



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Tratamiento obligatorio en la comunidad y tratamiento ambulatorio no voluntario para personas con trastornos mentales graves

Kisely S, Campbell LA, Preston N

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2

Producido por



Si desea suscribirse a "La Biblioteca Cochrane Plus", contacte con:

Update Software Ltd, Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX2 7LG, UK

Tel: +44 (0)1865 513902 Fax: +44 (0)1865 516918

E-mail: info@update.co.uk

Sitio web: <http://www.update-software.com>

Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.

Ningún apartado de esta revisión puede ser reproducido o publicado sin la autorización de Update Software Ltd. Ni la Colaboración Cochrane, ni los autores, ni John Wiley & Sons, Ltd. son responsables de los errores generados a partir de la traducción, ni de ninguna consecuencia derivada de la aplicación de la información de esta Revisión, ni dan garantía alguna, implícita o explícitamente, respecto al contenido de esta publicación.

El copyright de las Revisiones Cochrane es de John Wiley & Sons, Ltd.

El texto original de cada Revisión (en inglés) está disponible en www.thecochranelibrary.com.



ÍNDICE DE MATERIAS

RESUMEN.....	1
RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS.....	2
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	3
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	5
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	6
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	7
CALIDAD METODOLÓGICA.....	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSIÓN.....	10
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	11
AGRADECIMIENTOS.....	12
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	12
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	12
REFERENCIAS.....	12
TABLAS.....	16
Characteristics of included studies.....	16
Characteristics of excluded studies.....	17
Table 01 Rating of concealment of allocation.....	18
Table 02 Rating of the description of randomisation.....	18
Table 03 Rating of blinding.....	19
CARÁTULA.....	19
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	20
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	21
01 TRATAMIENTO OBLIGATORIO EN LA COMUNIDAD versus TRATAMIENTO ESTÁNDAR.....	21
01 Medidas de resultado de los servicios de salud: 1. Reingreso al hospital - a los 11-12 meses.....	21
02 Medidas de resultado de los servicios de salud: 2. Cumplimiento con la medicación - a los 11-12 meses.....	21
03 Medidas de resultado a nivel de los pacientes: 1a. Funcionamiento social: dificultad con la policía - a los 11-12 meses.....	22
04 Medidas de resultado a nivel de los pacientes: 1b. Funcionamiento social: carencia de hogar - a los 11-12 meses.....	22
05 Medidas de resultado a nivel de los pacientes: 2. Calidad de vida: victimización - a los 11-12 meses...23	
06 Medida de resultado a nivel de los pacientes: 3. Satisfacción con la atención: coerción percibida - a los 11-12 meses.....	23

Tratamiento obligatorio en la comunidad y tratamiento ambulatorio no voluntario para personas con trastornos mentales graves

Kisely S, Campbell LA, Preston N

Esta revisión debería citarse como:

Kisely S, Campbell LA, Preston N. Tratamiento obligatorio en la comunidad y tratamiento ambulatorio no voluntario para personas con trastornos mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Fecha de la modificación más reciente: 20 de mayo de 2005

Fecha de la modificación significativa más reciente: 20 de mayo de 2005

RESUMEN

Antecedentes

Existe controversia acerca de si el tratamiento obligatorio en la comunidad para las personas con enfermedades mentales graves reduce el uso de los servicios sanitarios, o mejora el resultado clínico y el funcionamiento social. Debido al uso generalizado de tales poderes es importante evaluar los efectos de este tipo de legislación.

Objetivos

Examinar la efectividad clínica y el coste efectividad del tratamiento obligatorio en la comunidad para las personas con enfermedades mentales graves.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Especializado de Ensayos Controlados del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group) hasta el 2003 y en el Science Citation Index. Se obtuvieron todas las referencias de los estudios identificados y se estableció contacto con los autores de cada estudio incluido.

Criterios de selección

Todos los ensayos clínicos controlados aleatorios pertinentes sobre el tratamiento obligatorio en la comunidad en comparación con la atención estándar para las personas con enfermedades mentales graves.

Recopilación y análisis de datos

Se seleccionaron y evaluaron los estudios, y se obtuvieron los datos de manera fiable. Para las medidas de resultado binarias se calculó el cociente de riesgo (CR) de efectos fijos, su intervalo de confianza (IC) del 95% y, cuando fue posible, el número ponderado necesario para tratar / dañar (NNT/NND).

Resultados principales

Se identificaron 2 ensayos clínicos aleatorios (n total = 416) sobre "Compromiso de paciente ambulatorio" ('Outpatient Commitment', OPC) ordenado por tribunales de los EE.UU. Se hallaron pocas pruebas que indicara que el tratamiento obligatorio en la comunidad fue efectivo en cualquiera de las principales medidas de resultado: uso de servicios sanitarios (2 ECA, n=416, CR de reingreso al hospital a los 11-12 meses 0,98; IC: 0,79 a 1,2), funcionamiento social (2 ECA, n=416, CR de la medida de resultado "detenido por lo menos una vez a los 11-12 meses" 0,97; IC: 0,62 a 1,52), estado mental, calidad de vida (2 ECA, n=416. CR de carencia de hogar 0,67; IC: 0,39 a 1,15) o satisfacción con la atención (2 ECA, n=416, CR de coerción percibida 1,36; IC: 0,97 a 1,89). Sin embargo, el riesgo de ser víctima puede disminuir con el "Compromiso de paciente ambulatorio" (1 ECA, n=264, CR 0,5; IC: 0,31 a 0,8; NNT 6; IC: 6 a 6,5). En cuanto a los números necesarios para tratar, se requerirían 85 órdenes de "Compromiso de paciente ambulatorio" para evitar un reingreso al hospital, 27 para prevenir un caso de carencia de hogar y 238 para evitar una detención.

Conclusiones de los autores

En base a las pruebas actuales, las órdenes de tratamiento en la comunidad pueden no constituir una alternativa efectiva de la atención estándar. Parece que el tratamiento obligatorio en la comunidad no presenta ninguna diferencia significativa en el uso de servicios, el funcionamiento social o la calidad de vida en comparación con la atención estándar. Actualmente no hay pruebas acerca del coste-efectividad. Las personas que recibieron tratamiento obligatorio en la comunidad tuvieron, sin embargo, menor probabilidad de ser víctimas de delitos violentos o no-violentos. No obstante, es difícil concebir cualquier otro grupo en la sociedad en el que se restringiera la libertad de 85 personas para evitar un ingreso al hospital, o de 238 personas para evitar una detención. Se requieren urgentemente estudios adicionales aleatorios, controlados, de buena calidad para consolidar los hallazgos y establecer si es la intensidad del tratamiento obligatorio en la comunidad o su naturaleza obligatoria lo que afecta el resultado. Debería incluirse la evaluación de una amplia gama de medidas de resultado si se introduce este tipo de legislación.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Las pruebas encontrada en esta revisión sugiere que el tratamiento obligatorio en la comunidad puede no constituir una alternativa eficaz de la atención estándar.

Se examinó la efectividad del tratamiento obligatorio en la comunidad para las personas con enfermedad mental grave mediante una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos controlados aleatorios pertinentes. Sólo se encontraron 2 ensayos relevantes y éstos aportaron escasas pruebas sobre la eficacia para cualquiera de los resultados, tales como el uso de los servicios de salud, el funcionamiento social, el estado mental, la calidad de vida o la satisfacción con la atención. No hubo datos disponibles acerca del coste, y la presentación poco clara de la información impidió evaluar el efecto sobre el estado mental y la mayoría de los aspectos de la satisfacción con la atención. En cuanto a los números necesarios a tratar, se requerirían 85 órdenes de compromiso de pacientes ambulatorios para prevenir un reingreso al hospital, 27 para prevenir un caso de carencia de hogar y 238 para prevenir una detención.

ANTECEDENTES

El tratamiento obligatorio en la comunidad para las personas con trastornos mentales graves es utilizado en muchos países, entre ellos Australia, Israel, Nueva Zelanda, el Reino Unido y los Estados Unidos (Wilk 1988, Torrey 1995, McIvor 1998, Kanter 1995). En los EE.UU. más de la mitad de los estados tienen alguna forma de tratamiento obligatorio en la comunidad (Torrey 1995) y en Asia Austral existen disposiciones similares en los estados de Nueva Gales del Sur, Victoria y Australia Occidental, así como en Nueva Zelanda (Torrey 1995, Dedman 1990, Mulvany 1993). Las iniciativas en el Reino Unido han incluido la extensión de licencias para los pacientes que regresan del hospital y un "registro de supervisión" (Holloway 1996, Sensky 1991). Un documento reciente de política para Inglaterra y Gales, la "Reforma de la ley de salud mental", al reseñar la legislación propuesta examina las disposiciones para el tratamiento obligatorio en la comunidad, aunque todavía no habrá ningún poder para administrar la medicación obligatoriamente fuera del contexto médico (Dept of Health 2000).

Los defensores de este enfoque sugieren que es menos restrictivo tratar obligatoriamente a alguien en la comunidad que someterlo a ingresos repetidos a hospitales (Pinfold 2001). También alegan que es efectivo para ofrecer estabilidad a la

vida de las personas con enfermedades mentales graves (O'Reilly 2001). Los opositores al tratamiento obligatorio en la comunidad temen que el tratamiento y el apoyo sean reemplazados por un mayor énfasis en el control, la restricción y la amenaza (Pinfold 2001). Alegan que la obligatoriedad puede ser utilizada como alternativa del tratamiento intensivo de casos o del tratamiento asertivo en la comunidad, que puede ser todo que se necesita (Swartz 1995). El tratamiento obligatorio en la comunidad también puede afectar negativamente la alianza terapéutica entre los profesionales de la atención de la salud y los pacientes, y puede alejar de los servicios a las personas con enfermedades mentales graves; (Pinfold 2001), sin embargo, los datos limitados hasta la fecha no sugieren que esto haya sucedido (O'Reilly 2001).

El rango de las diferentes intervenciones y maneras de informar la frecuencia de su uso dificulta estimar con qué frecuencia se utiliza el tratamiento obligatorio en la comunidad. La situación se complica también por el hecho de que, en algunas jurisdicciones, existen al mismo tiempo diferentes formas de tratamiento comunitario como la extensión del alta y el tratamiento ambulatorio no-voluntario. La información disponible indicó que dichas intervenciones son utilizadas moderadamente. Estudios canadienses y australianos acerca de las órdenes de tratamiento comunitario indican una prevalencia de 5 a 15 por cada 100 000 habitantes de la población general

(O'Reilly 2000, Preston 2002). En los Estados Unidos, el tratamiento ambulatorio no-voluntario es utilizado en aproximadamente 3 de cada 100 000 habitantes de la población general, 9,8% de los nuevos ingresos de pacientes ambulatorios y 7,1% de los pacientes ambulatorios continuos (Ridgely 2001). Sin embargo, el uso del tratamiento ambulatorio no-voluntario fue variable. Los datos de quienes respondieron una encuesta en 13 estados y en el Distrito de Columbia indicaron que lo utilizaban con frecuencia o mucha frecuencia, mientras que en otros 21 Estados, el uso fue infrecuente o muy infrecuente. Parte de esta variación puede explicarse por el uso de disposiciones alternativas como la extensión del alta (Torrey 1995).

Los estudios que indicaban limitados pero mejores resultados en cuanto al reingreso al hospital, la duración del ingreso y el cumplimiento del tratamiento, a menudo no han controlado el sesgo de selección, las variaciones en el tratamiento y los criterios dispares para el tratamiento obligatorio en la comunidad (McIvor 1998). En Carolina del Sur, la duración de la psicosis fue un factor determinante importante para el tratamiento obligatorio en la comunidad (Schied-Cook 1987). En Inglaterra y Gales, se ha utilizado la licencia prolongada como un sustituto del tratamiento obligatorio en la comunidad, y los investigadores han identificado la peligrosidad reciente y la falta de cumplimiento como factores determinantes para recibir esta disposición (Sensky 1991). Las órdenes de tratamiento en la comunidad en Nueva Gales del Sur son utilizadas principalmente para los hombres solteros con esquizofrenia (Vaughan 2000). El tratamiento ambulatorio no-voluntario en muchos estados norteamericanos no incluye el poder para administrar la medicación obligatoriamente en el contexto de la comunidad, pero las órdenes de tratamiento comunitario en Asia Austral sí lo poseen. Además, los estudios a menudo no incluyen un grupo control que considere la posibilidad de que los participantes hayan sido reclutados cuando se encontraban especialmente perturbados y que la disminución posterior del uso de hospitales puede deberse a otros factores. En un estudio con un grupo control de pacientes no sujetos a una orden de tratamiento obligatorio, dicho grupo mostró una reducción similar del tiempo de ingreso (Bursten 1986).

En Inglaterra y Gales, la disposición de la licencia prolongada de la Ley de Salud Mental (Mental Health Act) ha sido evaluada como una medida sustituta de la orden de tratamiento en la comunidad, aunque no incluye el tratamiento obligatorio. Un grupo de investigadores halló que la licencia prolongada mejoraba el cumplimiento, reducía el tiempo en el hospital y los niveles de peligrosidad (Sensky 1991). La introducción del alta supervisada significó que un paciente podría transferirse a una ubicación designada para tratamiento médico, trabajo o capacitación pero no estaba obligado a aceptar el tratamiento; esta medida legislativa nunca ha sido evaluada formalmente.

Aun cuando los estudios han usado controles, es difícil saber si atribuir el beneficio de la salud a la orden en sí o a efectos inespecíficos del mayor contacto con los profesionales de

atención de la salud (Torrey 1995, Geller 1998, Swartz 1995, Swartz 1999b). Un grupo de investigación halló que aunque los pacientes que recibieron tratamiento prolongado no-voluntario en la comunidad presentaban menos reingresos al hospital y días de cama, fue difícil separar qué proporción de la mejoría se debió al tratamiento obligatorio y cuánto al tratamiento intensivo en la comunidad (Swartz 1999b). En el caso de los diseños no aleatorios, una dificultad adicional es asegurar que el grupo de control esté tan severamente afectado como el grupo que recibe una orden de tratamiento en la comunidad (Vaughan 2000).

En resumen, es aún incierto si el tratamiento obligatorio en la comunidad puede mejorar el resultado de los pacientes o reducir el uso de los servicios sanitarios. Dado el uso generalizado de tales poderes en Asia Austral, Israel, Norteamérica e Inglaterra y Gales es importante evaluar el beneficio y los daños potenciales de este tipo de legislación.

OBJETIVOS

Examinar los efectos clínicos y la relación coste-efectividad del tratamiento obligatorio en la comunidad para las personas con enfermedades mentales graves, en cuanto a medidas de resultado para los pacientes o el uso de los servicios de salud.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Ensayos controlados aleatorios. Aunque los estudios aleatorios constituyen el método con menor sesgo para evaluar los efectos de todo tipo de intervenciones, existen determinadas situaciones donde los estudios aleatorios convencionales pueden ser inapropiados, difíciles o imposibles de llevar a cabo (Gilbody 2002). Por ejemplo, las cuestiones relacionadas con políticas de salud y la organización y prestación de atención para las personas con trastornos mentales graves pueden requerir la asignación al azar de equipos clínicos, hospitales, zonas geográficas o incluso sistemas enteros de asistencia sanitaria. La adaptación de los estudios aleatorios a estas situaciones implica la realización de ensayos aleatorios "por grupos" ("clusters"). Existen cuestiones específicas con respecto a la realización y al análisis apropiados de dichos estudios, particularmente las implicaciones estadísticas de la similitud entre los individuos en los grupos (Gilbody 2002). Cuando se ha implementado una política de salud mental -particularmente una política legislativa de salud mental- a nivel nacional, la asignación al azar dentro de un país es muy difícil de lograr. De modo similar, si los grupos son demasiado grandes (por ejemplo, sistemas enteros de asistencia sanitaria), puede resultar imposible a nivel práctico generar o reunir un número suficiente de grupos para llevar a cabo un ensayo aleatorio con suficiente poder o bien distribuido. Los diseños no aleatorios se utilizan para evaluar dichas intervenciones.

El grupo Cochrane de Práctica Efectiva y Cambio Organizativo (Cochrane Effective Practice and Organisational Change, EPOC) sugiere que los ensayos clínicos controlados (ECC) no aleatorios, los estudios controlados de antes y después (ECAD) y los análisis de series a intervalos deberían ser considerados ante la ausencia de pruebas de estudios aleatorios (Bero 1998). En la actualidad, existe un Grupo Cochrane de Metodología de Estudios No Aleatorios (Cochrane Non-Randomised Studies Methods Group, NRSMG) que se propone publicar guías sobre la utilización de datos no-aleatorios en las revisiones Cochrane (Bero 1998). Mientras tanto, los estudios no-aleatorios serán solamente incluidos en las revisiones en los casos donde los estudios aleatorios sean imposibles de realizar. La inclusión de datos no-aleatorios debería estar claramente justificada dentro de una revisión y en colaboración con el editor de contacto de los revisores.

Esta revisión está restringida a los ensayos controlados aleatorios (ECA), para disminuir el sesgo al controlar los factores de confusión desconocidos o no medidos. No se incluyeron ensayos cuasialeatorios. Una revisión futura considerará los ensayos clínicos controlados (ECC), los estudios controlados tipo antes y después (ECAD) y los diseños de series a intervalos

Tipos de participantes

Se incluyeron los adultos con enfermedades mentales graves (principalmente esquizofrenia y trastornos similares a la esquizofrenia, trastorno bipolar, o depresión con características psicóticas), diagnosticadas mediante cualquier criterio, que recibieron tratamiento en un contexto comunitario. No se consideró que el abuso de sustancias en sí sea un trastorno mental grave. Sin embargo, los estudios eran elegibles si se incluían personas con ambos diagnósticos, es decir, sujetos con enfermedad mental grave más abuso de sustancias.

Tipos de intervención

1. Tratamiento obligatorio en la comunidad

Para aceptar una intervención como tratamiento obligatorio en la comunidad, ésta debía estar descrita en el ensayo con los siguientes términos: orden de tratamiento en la comunidad, tratamiento ambulatorio no-voluntario, compromiso de paciente ambulatorio no-voluntario, licencia prolongada, extensión del alta o alta supervisada.

Las disposiciones de licencia prolongada o alta supervisada se aplican en el momento del alta del ingreso obligatorio. Se utilizan en Canadá (Gray 2001), Gran Bretaña (Sensky 1991) y Nuevo Hampshire, EE.UU. (Torrey 1995). Proporcionan a los profesionales de la salud mental el derecho de reingresar a un paciente al hospital contra su voluntad si no cumple con el tratamiento.

Las órdenes de tratamiento en la comunidad se usan en Australia (Vaughan 2000) y Canadá (Gray 2001) y confieren a los profesionales de la salud mental el derecho de aplicar una orden a una persona, ya sea que esté o no ingresada. Esto difiere de

la licencia prolongada o el alta supervisada, que sólo se aplican a los pacientes que reciben el alta de la atención hospitalaria (Gray 2001). Las órdenes de tratamiento en la comunidad están diseñadas para contener a las personas que posiblemente deban hospitalizarse. Además, a diferencia de la licencia, es posible que la persona no tenga que satisfacer los mismos criterios para el tratamiento que un enfermo hospitalizado (Gray 2001). En Australia puede incluir el poder para imponer la medicación en la comunidad (Preston 2002). El tratamiento o compromiso ambulatorios no voluntarios son los términos preferidos en los Estados Unidos e incluyen el tratamiento en la comunidad ordenado por un tribunal (O'Reilly 2001). En este caso, un juez, y no un profesional de la salud, decide la conveniencia de la orden.

2. Atención convencional

La atención que una persona recibiría normalmente si no se hubiese incluido en el ensayo de investigación, siempre que ésta no incluyera ninguna de las formas de tratamiento obligatorio en la comunidad.

Tipos de medidas de resultado

Se clasificaron las medidas de resultado en dos categorías: resultados de los servicios de salud y resultados a nivel de los pacientes (los resultados dicotómicos están en la parte superior de cada lista). Los resultados primarios de interés ("*") incluyeron el uso de los servicios de ingreso (días de cama e ingresos), el uso de los servicios ambulatorios y los contactos forenses (dificultades con la policía, detenciones).

A. Medidas de resultado de los servicios de salud

1. Contactos y utilización de los servicios de salud

1.1 Ingreso al hospital*

1.2 Media de días en el hospital por mes*

1.3 Permanencia en contacto con servicios psiquiátricos - abandono temprano del estudio

B. Medidas de resultado a nivel de los pacientes

2. Funcionamiento social

2.1 General

2.2 Específico - encarcelamiento, contactos policiales y detenciones*

2.3 Específico - empleo

2.4 Específico - estado de vivienda

3. Estado mental

3.1 General

3.2 Específico - psicopatología

4. Calidad de vida

4.1 General

4.2 Autoestima

5. Satisfacción

5.1 Número de necesidades por atender

5.2 Satisfacción del paciente

5.3 Satisfacción del cuidador

5.4 Coerción percibida

No se planificó informar medidas de resultado sumamente específicos (como, por ejemplo "sensación de seguridad") dado que la evaluación múltiple de subcomponentes de las escalas de resultado conlleva el riesgo de errores tipo I (hallar una diferencia cuando no existe). No se reportaron medidas de resultado relacionadas con el proceso de las intervenciones en sí, como el número de visitas ambulatorias (Wagner 2003). No se consideró que la pérdida durante el seguimiento a los fines del estudio sea igual a la pérdida durante el seguimiento para los servicios clínicos, debido a que el consentimiento para el tratamiento no es necesariamente el mismo que el consentimiento para participar en un estudio.

En el protocolo original para este estudio se estableció que se agruparían medidas de resultado a corto plazo (dentro de las 12 semanas del comienzo del tratamiento), a medio plazo (entre 13 y 24 semanas después del comienzo del tratamiento) y a largo plazo (más de 24 semanas del comienzo del tratamiento). Debido a que sólo los artículos de Swartz 1999 presentaron los resultados de períodos intermedios de seguimiento al mes y a los 5 meses, se utilizaron sólo los resultados a los 11 a 12 meses de seguimiento para permitir la comparación con aquellos obtenidos a los 11 meses por Steadman 2001.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Ver: Estrategia de búsqueda del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group)

Se utilizaron las siguientes estrategias sin restricción de idioma.

1. Búsqueda electrónica

1.1 Registro Especializado de Ensayos Controlados del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (mayo 2003): para la búsqueda se utilizó la frase:

[(community* AND treatment* AND order*) OR (involuntary* AND outpatient* AND treatment*) OR (involuntary* AND outpatient* AND commitment*) OR (extended* AND leave*) in Title or (*community* AND *treatment* AND *order*) OR (*involuntary* AND *outpatient* AND *treatment*) OR (*involuntary* AND *outpatient* AND *commitment*) OR (*extended* AND *leave*) or (*supervised* AND *discharge*) in title, abstract, index terms of REFERENCE] or Involuntary Commitment in intervention of STUDY]

El registro de ensayos de los Grupos Cochrane de Esquizofrenia se basa en búsquedas periódicas en BIOSIS Inside, CENTRAL; CINAHL; EMBASE; MEDLINE y PsycINFO; en la búsqueda manual en publicaciones periódicas y resúmenes de congresos relevantes, y en búsquedas en diversas fuentes clave de la literatura gris. En el módulo del Grupo se ofrece una descripción detallada.

1.2. Cochrane Library (número 2, 2003): para la búsqueda se utilizó la frase:

[(exp Commitment of Mentally Ill/ or (community NEAR treatment NEAR order) or (involuntary NEAR outpatient NEAR treatment) or (involuntary NEAR outpatient NEAR commitment) or (extended NEAR leave) or (supervised NEAR discharge)]

1.3 BIOSIS (1985 hasta julio 2003): para la búsqueda se utilizó la frase:

[(Commitment AND Mentally AND Ill or (extended AND leave) or (community AND treatment AND order) or (involuntary AND outpatient AND treatment) or (involuntary AND outpatient AND commitment) or (extended AND leave) or (supervised AND discharge) or (mandatory AND programs)]

1.4 CINAHL (1982 hasta julio 2003): se realizó la búsqueda por medio de la frase del Grupo Cochrane de Esquizofrenia para los ensayos controlados aleatorios combinada con:

[(exp Involuntary Commitment/ or exp Hospitalization/ or (extended adj1 leave) or (community adj2 treatment adj2 order) or exp "NONCOMPLIANCE (NANDA)"/ or (involuntary adj3 outpatient adj3 treatment) or (involuntary adj3 outpatient adj3 commitment) or (supervised adj2 discharge) or (mandatory adj3 programs) or (extended adj3 leave)]

1.5 EMBASE (1980 hasta julio 2003): se realizó la búsqueda por medio de la frase del Grupo Cochrane de Esquizofrenia para los ensayos controlados aleatorios combinada con:

[(exp Commitment of Mentally Ill/ or (extended adj1 leave) or (community adj2 treatment adj2 order) or (involuntary adj3 outpatient adj3 treatment) or (involuntary adj3 outpatient adj3 commitment) or (extended adj3 leave) or (supervised adj2 discharge) or (mandatory adj3 programs)]

1.6. MEDLINE (1966 hasta julio 2003): se realizó la búsqueda por medio de la frase del Grupo Cochrane de Esquizofrenia para los ensayos controlados aleatorios combinada con:

[(exp Commitment of Mentally Ill/ or jurisprudence/ or exp mandatory programs/ or (extended adj1 leave) or (community adj2 treatment adj2 order) or (involuntary adj3 outpatient adj3 treatment) or (involuntary adj3 outpatient adj3 commitment) or (extended adj leave) or (extended adj3 leave) or (supervised adj2 discharge)]

1.7. PsycINFO (1872 hasta julio 2003): se realizó la búsqueda por medio de la frase del Grupo Cochrane de Esquizofrenia para los ensayos controlados aleatorios combinada con:

[(exp outpatient commitment/ or exp Legal Processes/ or exp "Commitment (Psychiatric)"/ or exp Psychiatric Hospitalization/ or exp Laws/ or exp Involuntary Treatment/ or (community adj2 treatment adj2 order) or (involuntary adj3 outpatient adj3 treatment) or (involuntary adj3 outpatient adj3 commitment) or (extended adj3 leave) or (supervised adj2 discharge) or (mandatory adj3 programs)]

1.8 SCISEARCH - Science Citation Index: Se buscó cada uno de los estudios incluidos como cita en la base de datos

SCISEARCH. Se examinaron luego los informes de los artículos que habían citado tales estudios con el fin de identificar ensayos adicionales.

1.9 Google - Motor de búsqueda de Internet (julio 2003)

Se realizaron búsquedas en Internet para identificar cualquier publicación pertinente mediante los siguientes términos: community treatment order, involuntary outpatient treatment, involuntary outpatient commitment, extended leave, extended release or supervised discharge.

2. Búsqueda de referencias

También se inspeccionaron las referencias de todos los estudios identificados, incluso de aquellos rechazados para la revisión, para obtener más estudios.

3. Contacto personal

Se estableció contacto con el primer autor de cada estudio incluido y con expertos conocidos que han publicado revisiones en esta área y se les solicitó información con respecto a ensayos no publicados y datos adicionales sobre los ensayos publicados.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

1. Selección de los ensayos

Dos revisores, SK y LAC, examinaron de forma independiente las citas identificadas en la búsqueda. Estos identificaron los resúmenes potencialmente relevantes, solicitaron los artículos completos y los evaluaron para determinar su inclusión y su calidad metodológica. Se discutió e informó cualquier desacuerdo. Cuando los dos revisores difirieron acerca de la inclusión de un estudio, esto se resolvió por consenso o mediante la consulta con un tercer revisor (NP), si un desacuerdo no podía resolverse. Cuando no fue posible la resolución, se estableció contacto con el autor para obtener más información y aclaración. Para controlar el sesgo de selección, se imprimió una lista de todos los títulos y resúmenes, sin tener en cuenta los nombres de los autores, las instituciones y los títulos de las publicaciones periódicas. Un artículo se rechazaba si el título y el resumen contenían información suficiente para determinar que el mismo no cumplía con los criterios de inclusión. Se mantuvo un registro de todos los artículos rechazados y de las razones de su rechazo.

2. Evaluación de la calidad

Cada revisor asignó a los ensayos, nuevamente de forma independiente, a una de las tres categorías de calidad, tal como se describe en el Manual de la Colaboración Cochrane (Cochrane Collaboration Handbook) (Clarke 2002, Tabla 01, Tabla 02, Tabla 03). Cuando surgieron desacuerdos con respecto a qué categoría pertenecía un ensayo se intentó resolver mediante la discusión. Cuando esto no fue posible y se requería información adicional, los datos no se introdujeron en los análisis y el estudio se asignó a la lista de aquellos en espera de evaluación. Todos los estudios no-aleatorios se retuvieron para su inclusión en la revisión acompañante de estudios no-aleatorios.

3. Manejo de los datos

3.1 Extracción de datos

SK y LAC realizaron independientemente la extracción de datos. Se discutió cualquier desacuerdo, se documentaron las decisiones y, cuando fue necesario, se estableció contacto con los autores de los estudios para obtener ayuda en la resolución de los problemas.

3.2 Pérdidas durante el seguimiento y análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis)

Los informes de los ensayos deberían proporcionar una descripción adecuada de la pérdida de participantes, en cuanto al número de pérdidas, abandonos y desviaciones del protocolo. Se realizó un análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis), que incluyó a todos los individuos que se asignaron al azar al tratamiento obligatorio en la comunidad o al control, independientemente de la disposición posterior. En el protocolo (Kisely 2004), se propuso excluir los estudios en los cuales más del 35% de los individuos originalmente asignados al azar hubieran sido perdidos durante el seguimiento. Sin embargo, el estudio de Nueva York (Steadman 2001) informó tasas de deserción de aproximadamente un 45% para medidas de resultados a los 11 meses. Debido a que sólo se pudieron identificar 2 ensayos controlados aleatorios, se decidió someter este estudio con alta deserción a un análisis de sensibilidad. Si se hallaba que la inclusión de estos datos producía un cambio importante en la estimación del efecto, no eran agregados a los resultados de Swartz 1999, sino que se presentarían por separado.

4. Análisis de los datos

4.1 Datos binarios

Para las medidas de resultado binarias se calculó como estimación estándar el cociente de riesgo (CR) de efectos fijos y su intervalo de confianza (IC) del 95%, así como el número ponderado necesario para tratar / dañar (NNT/D). Los números necesarios para tratar (NNT) se calcularon por medio de la metodología de Cook (Cook 1995) para los resultados que no fueran significativos. Si eran estadísticamente significativos, se tuvo en cuenta la tasa de eventos en el grupo de control (Bandolier 1995). Si se hallaba heterogeneidad (ver sección 5), se tomaba entonces una decisión acerca de si una síntesis cuantitativa (metanálisis) era el método apropiado para resumir ese bloque de investigación y se usaba un modelo de efectos aleatorios.

4.2 Datos continuos

4.2.1 Datos asimétricos: los datos continuos sobre resultados clínicos y sociales con frecuencia no tienen una distribución normal. Para evitar el peligro de aplicar pruebas paramétricas a datos no paramétricos, se aplicaron los siguientes estándares a todos los datos antes de su inclusión: (a) que las desviaciones estándar y medias estuvieran informadas en el artículo o se pudieran obtener de sus autores; (b) cuando una escala comenzaba a partir de un número finito (como el 0), la desviación estándar, multiplicada por 2, fuera menor a la media (ya que de otra manera es improbable que la media sea una

medida apropiada del centro de distribución - Altman 1996). Las puntuaciones basadas en escalas por lo general cuentan con un comienzo y final finitos, y esta regla puede ser aplicada a estas.

4.2.2 Estadística de resumen: para las medidas de resultado continuas se calculó la diferencia de medias ponderada (DMP) entre los grupos. Nuevamente, si se hallaba heterogeneidad (ver sección 5), se tomaba entonces una decisión acerca de si una síntesis cuantitativa (metanálisis) era el método apropiado para resumir ese bloque de investigación y se usaba un modelo de efectos aleatorios.

4.2.3 Escalas válidas: se incluyeron los datos continuos de las escalas de calificación sólo si dicho instrumento de medición había sido descrito en una publicación periódica revisada por pares y consistía en un autoinforme o era completado por un evaluador independiente o un familiar (no por el terapeuta) (Marshall 2000).

4.2.4 Ensayos por grupos ("Cluster"): Se estableció en el protocolo (Kisely 2004) que se presentaría la asignación al azar por grupos en el análisis. Sin embargo, en los dos estudios identificados en la revisión se asignó al azar a los sujetos, no por médico o consultorio.

5. Prueba de heterogeneidad

En primer lugar, se consideraron todos los estudios incluidos dentro de cualquier comparación para estimar la heterogeneidad clínica. Se utilizó luego la inspección visual de los gráficos para investigar la posibilidad de heterogeneidad estadística. Este examen se complementó principalmente con el uso de la estadística de I cuadrado. Esta proporciona una estimación del porcentaje de variabilidad, debida a la heterogeneidad, más que sólo al azar. Cuando la estimación de I cuadrado fue mayor o igual al 75%, se interpretó como una indicación de la presencia de altos niveles de heterogeneidad (Higgins 2003). Si la inconsistencia era importante, los datos no se combinaron sino que se presentaron por separado y se investigaron los motivos de la heterogeneidad.

6. Abordaje del sesgo de publicación

En el protocolo original (Kisely 2004) se estableció que los datos de todos los estudios incluidos serían introducidos en un gráfico de embudo (funnel graph) del efecto del ensayo contra el tamaño del mismo, con el fin de investigar la probabilidad de sesgo de publicación evidente (Egger 1997). Dado que nunca hubo más de dos estudios para cada resultado, no fue posible usar esta técnica para investigar el sesgo de publicación.

7. Análisis de sensibilidad

En el protocolo original también se declaró que se investigarían las posibles fuentes de heterogeneidad, incluidas: i) diferentes variaciones de los tipos de intervención (por ejemplo, órdenes de tratamiento en la comunidad, tratamiento ambulatorio no-voluntario, compromiso de tratamiento ambulatorio no-voluntario o alta supervisada), y ii) variaciones en la calidad metodológica como el análisis del tipo intención de tratar

(intention-to-treat analysis) o las descripciones de los motivos de deserción (alta versus baja calidad metodológica). Dado que nunca hubo más de dos estudios para cada medidas de resultado y todos evaluaron el tratamiento obligatorio en la comunidad ordenado por un tribunal, no se pudieron realizar dichos análisis de sensibilidad como se esperaba.

8. General

Cuando fue posible, los revisores introdujeron los datos de manera tal que el área a la izquierda de la línea de ausencia de efecto indicara un resultado favorable para el tratamiento obligatorio en la comunidad.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Ver tablas de estudios excluidos e incluidos.

1. Estudios excluidos

Son 27 estudios en la tabla de estudios excluidos de esta revisión. Catorce de los mismos se excluyeron por no ser aleatorios. Éstos presentaron los resultados de una amplia gama de intervenciones, que incluyeron las disposiciones de licencia prolongada o alta supervisada, (Sensky 1991), las órdenes de tratamiento en la comunidad (Vaughan 2000, Preston 2002) y el compromiso de paciente ambulatorio ordenado por un tribunal (Geller 1998, Greeman 1985, Hiday 1987, Hiday 1989). Otros 5 estudios no presentaban ningún grupo de control y se debieron excluir 7 estudios adicionales porque eran revisiones que o bien no contenían datos primarios o no eran sobre estudios de intervención. Se excluyó un ensayo aleatorio (Wagner 2003) debido a que informó medidas de resultado inherentes al proceso de compromiso de los pacientes ambulatorios, a saber el número de visitas de pacientes ambulatorios para la revisión de medicación, orientación y manejo del caso.

2. Evaluaciones pendientes

No hay ningún ensayo a la espera de evaluación.

3. Estudios en curso

No se conoce acerca de ningún estudio en curso, pero se agradecería cualquier información pertinente.

4. Estudios incluidos

Se incluyen dos estudios. Ambos comparan una forma de tratamiento obligatorio en la comunidad conocido como compromiso de paciente ambulatorio ("OPC", en inglés "outpatient commitment"), con la atención estándar en la comunidad. Swartz 1999 se realizó en Carolina del Norte, EE.UU. y el estudio de Steadman 2001 en Nueva York.

4.1 Duración de los ensayos

Todos los artículos informan un período de seguimiento similar de hasta 12 meses. Sólo Swartz 1999 presentó resultados de un seguimiento intermedio a los 4 y a los 8 meses.

4.2 Participantes

Los dos estudios aleatorios incluyeron 416 personas en total. La mayoría de los participantes sufrían algún tipo de psicosis,

todos eran mayores de 18 años de edad y alrededor del 40% eran mujeres. Aunque las personas presentaban dificultades sociales significativas, la violencia fue un criterio de exclusión para ambos estudios. Ambos estudios se restringieron a las personas que recibían el alta del hospital a la comunidad. Steadman 2001 incluyó personas de quienes se conocía su falta de cumplimiento con los servicios una vez que recibían el alta.

4.3 Ámbito

Ambos estudios se enmarcaron en los programas de salud mental para pacientes ambulatorios de los EE.UU.

4.4 Tamaño de los estudios

Aunque el número de estudios fue reducido, ambos ensayos fueron bastante amplios e incluyeron a más de 150 personas cada uno. Sin embargo, 10 personas en el estudio de Nueva York no completaron las evaluaciones iniciales después de la asignación al azar, y permanecieron 142 en el ensayo (Steadman 2001). Se realizó un análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat, ITT) y, por consiguiente, se utilizó el tamaño de la muestra de 152 para los cálculos.

4.5 Intervenciones y análisis

Ambos ensayos usaron la forma estadounidense de Compromiso de paciente ambulatorio como tratamiento. Éste es un plan de tratamiento obligatorio ordenado por un tribunal para las personas que sufren enfermedades mentales graves y tienen la capacidad de sobrevivir en la comunidad con la ayuda disponible, una historia clínica que indica la necesidad de tratamiento para prevenir el deterioro que previsiblemente daría lugar a peligrosidad, y un estado mental que limita o anula su capacidad para cumplir voluntariamente o tomar decisiones fundamentadas con respecto al tratamiento. Después de una audiencia, el tribunal puede ordenar el tratamiento obligatorio en la comunidad, que permite a los médicos solicitar que los oficiales de la ley acompañen al paciente a un establecimiento de salud mental para su examen, la persuasión para aceptar el tratamiento o la evaluación eventual para el compromiso de ingreso no-voluntaria (Swartz 1999). La ley prohíbe explícitamente la medicación forzada. Las disposiciones del compromiso de paciente ambulatorio eran similares en ambos estados.

Los grupos de intervención y de control en ambos estudios recibieron un plan de tratamiento completo, que incluyó el manejo del caso y el tratamiento ambulatorio de acuerdo con las indicaciones clínicas.

Swartz 1999 también informó sobre un subgrupo no-aleatorio de participantes, pero sólo se usaron los datos de la porción del estudio asignada al azar en esta revisión.

4.6 Medidas de resultado

4.6.1 Medidas de resultado ausentes

No se informó la satisfacción de los pacientes o los cuidadores en ninguno de los ensayos. No se hallaron datos sobre los costes o las tasas de mortalidad.

4.6.2 Escalas

Ambos estudios utilizaron sólo una escala.

MAES: La Modified Admission Experience Survey (Encuesta de experiencia de admisión modificada) (Gardner 1993). Ésta es una encuesta de 15 elementos de verdadero/falso que evalúa cuestiones de la coerción percibida, las presiones negativas percibidas y los procesos de exclusión.

CALIDAD METODOLÓGICA

1. Asignación al azar

Steadman 2001, el estudio de Nueva York describió la asignación al azar, mediante una lista de números aleatorios para identificar la asignación a la intervención o al grupo de control. Swartz 1999 no proporcionó una descripción del método de asignación al azar. Ambos estudios se calificaron como "B" (Tabla 01, Tabla 02).

2. Cegamiento del resultado

Ambos estudios controlaron el sesgo de selección al usar un análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis) y utilizaron medidas de autoinforme para al menos algunas de las medidas de resultado, que constituyen un efectivo cegamiento personal. En el caso de otras evaluaciones, ambos estudios se calificaron como "C" (Tabla 03).

3. Abandono temprano del estudio.

El informe del número de participantes que dejaban los estudios temprano fue incierto. Aunque se mencionó en el texto, los investigadores no informaron los números reales de cada grupo individual y, debido a esto, no se pudo evaluar esta medida de resultado.

4. Informe de los datos

En general, el informe de los datos fue deficiente y confuso. Los datos continuos para varias medidas de resultado no fueron utilizables debido a que no se informaron las varianzas. Un estudio fue informado ocho veces, (Swartz 1999) con diferentes artículos que presentaban diversos aspectos del estudio y ningún informe que ofrecía la totalidad del número de personas (i) sometidas a cribaje (screening), (ii) derivadas a otro establecimiento o al hogar antes de la asignación al azar, (iii) consideradas no apropiadas por el equipo de tratamiento, (iv) que no cumplían los criterios de exclusión o (v) que se perdieron durante el seguimiento. Además, los investigadores complementaron este mismo estudio con el seguimiento de un grupo adicional de pacientes no asignados al azar y con antecedente de violencia reciente, que también se habían colocado en el compromiso de paciente ambulatorio. En algunos casos fue difícil separar los resultados del ensayo aleatorio del no-aleatorio. En el artículo de Carolina del Norte (Swartz 2002), los datos de los estudios aleatorio y no-aleatorio no fueron presentados por separado. Otro, sólo informó los porcentajes en lugar del número absoluto de personas que recibieron seguimiento (Swartz 1999b). Se estableció contacto con los autores del artículo, quienes confirmaron amablemente que al momento del seguimiento había 114 personas en el grupo de

control, 102 en el grupo de compromiso de paciente ambulatorio y 46 que no se habían asignadas al azar. De igual manera, los autores del estudio de Nueva York facilitaron amablemente datos adicionales para un análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis) de su artículo.

RESULTADOS

1. Búsqueda

La búsqueda identificó 245 referencias. Fue necesario obtener 37 artículos para la inspección adicional y se excluyeron 27. Sólo 2 ensayos (10 artículos) cumplieron con los criterios de inclusión de esta revisión.

2. COMPARACIÓN 1. TRATAMIENTO OBLIGATORIO EN LA COMUNIDAD versus TRATAMIENTO ESTÁNDAR

Las tasas de deserción en el estudio de Steadman 2001 fueron del 45%. Debido a que se incluyeron sólo dos estudios en esta revisión, se decidió que en lugar de excluir los datos de este estudio, se realizaría un análisis de sensibilidad y, si los datos del estudio con alta deserción cambiaban de manera significativa la estimación del efecto, se presentarían por separado. La inclusión de los datos de Steadman 2001, sin embargo, no alteró el efecto general y por lo tanto se agregaron a los datos de Swartz 1999.

2.1 Medidas de resultado de los servicios de salud - a los 11-12 meses

2.1.1 Reingreso al hospital

Las tasas de reingreso fueron similares. A los 11-12 meses, los ensayos no encontraron diferencias significativas entre los grupos (2 ECA; n=416; CR 0,98; IC: 0,79 a 1,2). En cuanto al número necesario a tratar, serían necesarias 85 órdenes de compromiso de paciente ambulatorio para prevenir un reingreso.

2.1.2 Cumplimiento con la medicación

De igual manera, al año de seguimiento no se hallaron diferencias entre los grupos para la medida de resultado de cumplimiento con la medicación (2 ECA, n=416; CR 0,99; IC 0,83 a 1,19)

2.2 Medidas de resultado a nivel de los pacientes - a los 11-12 meses

2.2.1 Funcionamiento social: problemas con la policía

Las personas que recibían tratamiento obligatorio en la comunidad no mostraron mayor probabilidad de ser detenidas que los que recibieron atención estándar (2 ECA, n=416; CR para la medida de resultado "detenido por lo menos una vez" 0,97; IC: 0,62 a 1,52). Los resultados también indicaron que las personas asignadas al tratamiento obligatorio en la comunidad no mostraron mayor probabilidad de cometer un acto de violencia que aquellas con atención estándar (2 ECA, n=416; CR 0,82; IC: 0,56 a 1,21). En cuanto al número necesario a tratar, se requerirían 238 órdenes de compromiso de paciente ambulatorio para prevenir una detención.

2.2.2 Funcionamiento social: indigencia

Aunque los resultados parecían favorecer al grupo de tratamiento obligatorio en la comunidad, no se halló ninguna diferencia estadísticamente significativa en el riesgo de carecer de hogar entre los grupos (2 ECA, n=416; CR 0,67; IC: 0,39 a 1,15). En cuanto al número necesario a tratar, se necesitarían 27 órdenes de compromiso de paciente ambulatorio para prevenir un caso de carencia de hogar.

2.2.3 Calidad de vida: victimización

Swartz 1999 proporcionaron datos sobre esta medida de resultado. Aquellos que recibieron tratamiento obligatorio en la comunidad tuvieron significativamente menos probabilidad de sufrir victimización (ser víctimas de un delito violento o no violento una o más veces) que los del grupo de atención estándar (1 ECA, n=264, CR 0,5; IC: 0,31 a 0,8; NNT 6; IC: 6 a 6,5).

2.2.4 Satisfacción con la atención: coerción percibida

Para esta revisión, la coerción percibida se definió como una sensación del participante de carecer de autonomía para buscar atención ambulatoria o las presiones negativas, amenazas captadas y/o el tratamiento a la fuerza. La exclusión de los procesos consistió en las sensaciones de los participantes de su falta de participación y validación en las decisiones de tratamiento. Aquí los resultados parecen favorecer a la atención estándar, pero la diferencia entre los grupos no alcanzó los niveles convencionales de significación estadística (2 ECA, n=416, CR 1,36; IC: 0,97 a 1,89).

3. Análisis adicionales

Todos los artículos de Swartz 1999 presentaron los resultados de un análisis post hoc no aleatorio del grupo de intervención, basado en la duración del tratamiento ambulatorio no-voluntario. En dos, esto se complementó con el seguimiento de un grupo adicional no-aleatorio de pacientes con antecedentes recientes de violencia, que se colocaron en el tratamiento obligatorio en la comunidad (Swartz 2001, Hiday 2002). Estos artículos sugirieron que un compromiso de paciente ambulatorio de más de 180 días de duración estuvo asociado con mejores resultados en cuanto a la tasa de reingreso, el cumplimiento con la medicación, la carencia de hogar y los antecedentes forenses. Sin embargo, tales análisis están sujetos al sesgo, que los ensayos aleatorios están diseñados para minimizar (Hotopf 1999). Por ejemplo, el análisis de las personas que han sido asignadas no al azar a los grupos de compromiso de paciente ambulatorio de menos y de más de 180 días, puede reflejar un sesgo por el cual el compromiso de paciente ambulatorio se extendió selectivamente cuando pareció ser de ayuda para el paciente (Szmukler 2001).

4. Análisis de sensibilidad y sesgo de publicación

Dado que no hubo nunca más de dos estudios para cada resultado, y todos eran acerca del tratamiento obligatorio en la comunidad ordenado por un tribunal, los autores no pudieron realizar los análisis de sensibilidad descritos en el protocolo para el tipo de intervención (por ejemplo órdenes de tratamiento en la comunidad, tratamiento ambulatorio no voluntario,

compromiso de paciente ambulatorio no voluntario o alta supervisada) o la calidad de los estudios. De igual manera, no fue posible abordar el sesgo de publicación debido al número reducido de estudios identificados.

DISCUSIÓN

1. General

A pesar del uso generalizado del tratamiento obligatorio en la comunidad y la controversia persistente en cuanto a su efectividad, resultó sorprendente el número limitado de estudios que se han realizado en esta área. Por consiguiente, en esta revisión se intentó establecer conclusiones modestas, basadas en la evidencia disponible, y destacar las áreas que requieren estudio adicional, en lugar de establecer conclusiones firmes que no puedan sustentarse en pruebas de alta calidad.

Esta revisión reveló escasas pruebas sobre la efectividad del tratamiento obligatorio en la comunidad en cualquiera de las principales medidas de resultado: el uso de los servicios sanitarios, los costes, el funcionamiento social, el estado mental, la calidad de vida o la satisfacción con la atención. Sólo se pudo establecer un efecto estadísticamente significativo para una medida de resultado, el funcionamiento social (victimización).

Fue sorprendente la falta de datos sobre las medidas de resultado psicosociales medidos con instrumentos estandarizados. Aunque se identificaron 10 artículos, éstos representaron sólo 2 ensayos y ambos fueron acerca del compromiso de paciente ambulatorio ordenado por un tribunal en los Estados Unidos. Los problemas incluyeron el número reducido de participantes y cuestiones relativas a la calidad metodológica. Esto ilustra la difícil, pero no imposible, tarea de usar la metodología de ensayos clínicos para estudiar el efecto de tal legislación.

En el caso del estudio de Carolina del Norte, (Swartz 1999), diferentes artículos informaron diversos aspectos del estudio pero ninguno ofreció resultados globales claros. Además, este estudio se complementó con el seguimiento de un grupo adicional no aleatorio de pacientes con antecedentes recientes de violencia que también se colocaron en compromiso de paciente ambulatorio. En ocasiones fue difícil separar los resultados de los ensayos aleatorios de aquellos de los estudios no-aleatorios. En el caso del estudio de Nueva York, (Steadman 2001), hubo un número relativamente reducido de participantes y se sugirió que los miembros del grupo de control y quienes manejaban su caso pensaron que se encontraban en realidad en el compromiso de paciente ambulatorio (NASMHPD 2001). Estos factores minimizarían cualquier efecto de la intervención.

2. COMPARACIÓN 1. TRATAMIENTO OBLIGATORIO EN LA COMUNIDAD versus TRATAMIENTO ESTÁNDAR

2.1 Medidas de resultado de los servicios de salud

Sólo fueron utilizables los datos sobre dos medidas de resultado de los servicios de salud (reingreso al hospital y cumplimiento con la medicación). Aunque los datos sobre otras medidas de

resultado habrían sido interesantes, la información disponible es tanto interesante como pragmática. No hubo diferencias entre los grupos en ambos casos. En un año, las personas no presentaron mayor probabilidad de reingresar al hospital si se colocaban en compromiso de paciente ambulatorio que si recibían atención estándar. También tenían las mismas probabilidades de cumplir con la medicación. Debería señalarse, sin embargo, que estos resultados se basan en los datos de dos estudios solamente y en uno de ellos (Steadman 2001) las tasas de deserción eran del 45%, por lo que no pueden establecerse conclusiones firmes.

2.2 Medidas de resultado a nivel de los pacientes

Se presentaron cuatro medidas de resultado a nivel de los pacientes (problemas con la policía, carencia de hogar, coerción y victimización).

En un año, el número de detenciones por la policía fue similar para ambos grupos y las personas en el grupo de tratamiento obligatorio en la comunidad no cometieron ningún acto de violencia más que aquellas con atención estándar. Estos resultados provienen, nuevamente, sólo de dos estudios. Otro problema con los datos en esta área fue la posibilidad de sesgo de selección debido a que los pacientes con antecedentes de violencia se excluyeron explícitamente de ambos ensayos. Esto limita su aplicabilidad debido a que la peligrosidad reciente, en particular la violencia hacia terceros, es a menudo el motivo para el tratamiento obligatorio en el hospital o la comunidad (Lansing 1997, Sensky 1991). También existe el riesgo de sesgo cuando los datos de los resultados no son evaluados con cegamiento del grupo y se incluyen en los análisis los resultados de las personas que no se asignaron al azar o de los análisis post hoc.

La coerción percibida pareció favorecer al grupo de atención estándar, es decir el número de personas con atención estándar que se sintieron presionadas a asistir a las sesiones de tratamiento fue menor que con el tratamiento obligatorio en la comunidad, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. Los partidarios del tratamiento obligatorio en la comunidad argumentan que es menos coercitivo que las opciones de tratamiento obligatorio en el hospital o el encarcelamiento (Pinfold 2001). Sin embargo, los hallazgos de esta revisión sugieren que el tratamiento obligatorio en la comunidad es todavía una modalidad no probada para disminuir ambas. Es posible que también tenga efectos perjudiciales. En dos artículos de Carolina del Norte, la coerción percibida fue significativamente mayor en el grupo de compromiso de paciente ambulatorio, aunque estos hallazgos deben ser considerados con cuidado debido a los problemas metodológicos de ambos artículos y el resultado no-significativo de Steadman 2001. Por otro lado, la mayor coerción percibida en el grupo de compromiso de paciente ambulatorio fue uno de los dos únicos hallazgos que casi alcanzaron significación estadística en este metanálisis. Esto puede tener implicaciones para la alianza terapéutica entre los pacientes y los servicios de salud mental, a pesar de que se alegue lo contrario (O'Reilly 2001).

También el número de personas sin hogar al año fue similar en ambos grupos.

El único resultado significativo correspondió a la victimización, con las personas en el tratamiento obligatorio en la comunidad con menor probabilidad de ser víctimas de un delito violento o no violento al año. Este resultado proviene de los datos de un solo estudio (Swartz 1999) y no se pueden establecer conclusiones firmes.

2.3 NNT:

Por medio de metodología que permite calcular el NNT a partir de resultados estadísticamente no significativos, se halló que un número elevado de personas deberían recibir tratamiento obligatorio en la comunidad para obtener un resultado positivo. Podría argumentarse que el tratamiento obligatorio en la comunidad surge y se difunde a partir de la creencia errónea que las personas con enfermedad mental son de alguna forma más peligrosas que el resto de la sociedad (Steadman 1998b). Ningún otro grupo se sometería a una medida que restringe la libertad de 85 individuos para evitar un ingreso al hospital, o de 238 para evitar una detención. Aun cuando se mostraron cambios en medidas de resultado como la reducción de la victimización, (Hiday 2002), todavía no se conoce si tales cambios se deben al marco legislativo o a una mayor intensidad de los contactos (McIvor 1998, McIvor 2001).

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

1. Para las personas con enfermedades mentales graves

Los pacientes y sus cuidadores deberían cuestionar la justificación del tratamiento obligatorio en la comunidad y defender los tratamientos más eficaces.

2. Para los médicos

Los médicos y los planificadores de los servicios de salud que deseen reducir los ingresos al hospital deberían considerar las opciones que poseen pruebas más sólidas de efectividad, como el Tratamiento Asertivo en la comunidad (Marshall 2003b).

3. Para los elaboradores de políticas

En base a los resultados de esta revisión, no existen pruebas sólidas para apoyar las afirmaciones que hacen al tratamiento obligatorio en la comunidad tan atractivo para los legisladores. No parece reducir el uso de los servicios sanitarios ni mejorar el funcionamiento social de los pacientes. Tampoco reduce significativamente la coerción percibida. La falta de datos impidió evaluar su efecto sobre los costes, el estado mental y otros aspectos de la satisfacción del paciente o cuidador.

No obstante, los gobiernos de jurisdicciones como Nueva Escocia e Inglaterra y Gales están considerando activamente una legislación similar. Si se introdujera, un problema particular que se plantearía sería la dificultad de los médicos para decidir cuándo dar el alta a una persona de una orden comunitaria, ya que esto sería considerablemente más importante que decidir

cuándo suspender una orden de tratamiento en internación (Moncrieff 2003). Aparte de esto y de los riesgos para la libertad individual, tales iniciativas dan la impresión de que los legisladores atendieran las necesidades de los pacientes y los cuidadores, cuando en realidad hacen muy poco al respecto. La legislación en este área puede ir en detrimento de la introducción de intervenciones que son beneficiosas para las personas con trastorno mental grave como el Tratamiento Asertivo en la comunidad (Marshall 2003a), pero que son más costosas que las soluciones legislativas al problema. Si los gobiernos siguen introduciendo este tipo de legislación, sin pruebas adicionales sobre su efectividad, debería incluirse alguna evaluación del resultado.

Implicaciones para la investigación

1. General

El cumplimiento con los estándares CONSORT para el reporte de la información (Begg 1996, Moher 2001) habría asegurado la disponibilidad de más datos para el análisis de los dos importantes estudios incluidos.

2. Específico

A pesar del uso generalizado del tratamiento obligatorio en la comunidad, es notable que los únicos estudios que pudieron incluirse correspondieran al tratamiento en la comunidad ordenado por un tribunal (compromiso de paciente ambulatorio) en los Estados Unidos. Existe mucha menos información y ningún ensayo aleatorio acerca de otras formas de tratamiento obligatorio en la comunidad. La investigación adicional de los efectos clínicos del tratamiento obligatorio en la comunidad es posible y necesaria.

2.1 Tipos de estudios

Los ensayos pioneros presentados en esta revisión han fijado una norma al mostrar que dicha investigación es difícil pero no imposible, y que puede ser sumamente informativa. Se ha argumentado, sin embargo, que el nivel de dificultad inherente significa que los estudios adicionales que utilicen esta metodología pueden no ser factibles (Bindman 2002). El análisis de conjuntos de datos administrativos rutinarios puede ser una estrategia alternativa. Aunque el análisis de tales datos está sujeto a sesgos y dificultades propias, el uso de un marco de muestreo epidemiológico que cubra a todos los pacientes asignados al tratamiento obligatorio en la comunidad ayudaría a minimizar el sesgo de selección o de seguimiento (Preston 2002). En particular, su utilización significaría que podrían haberse incluido las personas con antecedentes de violencia, quienes se excluyeron explícitamente de ambos ensayos. La dificultad de tales estudios es la identificación de controles apropiados. Los diseños semiexperimentales que comparen a las personas de jurisdicciones con sistemas de salud similares, donde una permita el tratamiento obligatorio en la comunidad y otra no, puede ser una respuesta. Se planificó una revisión adicional para considerar los ensayos clínicos controlados, los estudios controlados tipo antes y después y los diseños de series a intervalos mediante datos clínicos o epidemiológicos.

Además de la investigación cuantitativa, las técnicas cualitativas pueden ofrecer apreciaciones adicionales acerca del efecto del tratamiento obligatorio en la comunidad sobre los pacientes, los cuidadores y los profesionales de la atención de la salud (O'Reilly 2001). También es posible que se necesite considerar el lugar ocupado por el tratamiento obligatorio en la comunidad dentro del espectro de medidas coercitivas usadas para mejorar el cumplimiento del tratamiento, y observar medidas de resultado adicionales como la reducción de riesgos (Bindman 2002).

2.2 Ámbito

Otro hallazgo interesante fue la ausencia de cualquier trabajo fuera del mundo de habla inglesa, a pesar de que la búsqueda bibliográfica no estuvo restringida a las publicaciones en inglés. Se desconoce si esto se debe al sesgo de publicación o a que tal legislación se encuentre ausente o sea aceptada sin controversia.

2.3 Participantes

La investigación adicional puede determinar si determinadas personas con problemas específicos pueden controlarse mejor con las órdenes de tratamiento obligatorio.

2.4 Intervenciones

Se necesitan estudios adicionales bien realizados para establecer si es la intensidad del tratamiento, su naturaleza obligatoria o el marco legislativo lo que afecta los resultados.

2.5 Medidas de resultado

Aunque las medidas de resultado que se registraron fueron útiles e informativas, fue sorprendente la ausencia de datos sobre medidas de resultado psicosociales medidas con instrumentos estandarizados. Los estudios deberían utilizar instrumentos adecuadamente validados para medir las medidas de resultado y también deberían obtener y reportar datos categóricos y de

"recuento", tales como los días en el hospital. Los datos deberían presentarse de tal forma que pudieran incorporarse fácilmente en una revisión sistemática, con las medias y las desviaciones estándar (o los errores estándar) de todas las variables de resultado continuas.

AGRADECIMIENTOS

SK y LAC son empleados de la Universidad de Dalhousie (Dalhousie University) y la Health Outcomes Unit de la Autoridad Sanitaria del Distrito Capital (Capital District Health Authority), Halifax, Canadá. Los investigadores principales de los dos grupos que realizaron los ensayos controlados aleatorios en esta área gentilmente confirmaron que se contaba con todos los artículos pertinentes.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

Recursos internos

- Health Outcomes Unit, Capital District Health Authority, Halifax CANADA
- Dalhousie University, Halifax CANADA
- Fremantle Hospital AUSTRALIA
- University of Western Australia AUSTRALIA

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Steadman 2001 {published data only}

Steadman HJ. *Final Report: Research study of the New York City involuntary outpatient commitment pilot program*. Delmar, NY: Policy Research Associates Inc., 1998.

*Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, Robbins P. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric Services* 2001;**52**(3):330-6.

Swartz 1999 {published data only}

Compton SN, Swanson, JW, Wagner HR, Swartz MS, Burns BJ, Elbogen EB. Involuntary outpatient commitment and homelessness in persons with severe mental illness. *Mental Health Services Research* 2003;**5**(1):27-38.

Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry* 2002;**159**:1403-11.

Swanson JW, Borum R, Swartz MS, Hiday VA, Ryan Wagner H, Burns BJ. Can involuntary outpatient commitment reduce arrests among persons with severe mental illness?. *Criminal Justice and Behaviour* 2001;**28**(2):156-89.

Swanson JW, Swartz MS, Wagner HR, Burns BJ. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2000;**174**:324-31.

Swartz MS, Hiday VA, Swanson JW, Wagner HR, Borum R, Burns B. Measuring coercion under involuntary outpatient commitment. Initial findings from a randomised controlled trial. *Research in Community and Mental Health* 1999;**10**:52-77.

Swartz MS, Swanson JW, Ryan Wagner H, Burns BJ, Hiday VA. Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2001;**189**(9):583-92.

*Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry* 1999;**156**:1968-75.

Swartz MS, Wagner HR, Swanson J, Hiday VA, Burns BJ. The perceived coerciveness of involuntary outpatient commitment: findings from an experimental study. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2002;**30**(2):207-17.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Bindman 2002

Bindman J. Involuntary outpatient treatment in England and Wales. *Current Opinion in Psychiatry* 2002;**15**:595-8.

Borum 1999

Borum R, Swartz M, Riley S, Swanson J, Hiday VA, Wagner R. Consumer perceptions of involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services* 1999;**50**(11):1489-91.

Bursten 1986

Bursten P. Post-hospital mandatory outpatient treatment. *American Journal of Psychiatry* 1986;**143**:1255-8.

Fernandez 1990

Fernandez GA, Nygard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hospital and Community Psychiatry* 1990;**41**(9):1001-4.

Geller 1998

Geller J, Grudzinskas AJJ, McDermeit M, Fisher WH, Lawlor T. The efficacy of involuntary outpatient treatment in Massachusetts. *Administration Policy and Mental Health* 1998;**25**:271-85.

Greeman 1985

Greeman M, McClellan T. The impact of a more stringent commitment code in Minnesota. *Hospital and Community Psychiatry* 1985;**36**(9):990-2.

Hiday 1987

Hiday VA, Scheid-Cook TL. The North Carolina experience with outpatient commitment: a critical appraisal. *International Journal of Law and Psychiatry* 1987;**10**(3):215-32.

Hiday 1989

Hiday VA, Scheid-Cook TL. A follow-up of chronic patients committed to outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 1989;**40**(1):52-9.

Hiday 1999

Hiday nV, Swartz M, Swanson J, Borum R, Wagner HR. Criminal victimisation of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1999;**50**(1):62-8.

Kanter 1995

Kanter A, Aviram U. Israel's involuntary outpatient commitment law: Lessons from the American experience. *Israel Law Review* 1995;**29**(4):565-635.

Lidz 1999

Lidz CW. Coercion in psychiatric care: what have we learned from research?. *Journal of the American Academy of Psychiatry & the Law* 1998;**26**(4):631-7.

Miller 1982

Miller R, Fiddleman P. Outpatient commitment: treatment in the least restrictive environment?. *Hospital and Community Psychiatry* 1984;**35**(2):147-51.

Miller 1985

Miller RD. Commitment to outpatient treatment: A national survey. *Hospital and Community Psychiatry* 1985;**36**(3):265-7.

Munetz 1996

Munetz MR, Grande T, Kleist J, Peterson G. The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatric Services* 1996;**47**(11):1251-3.

NASMHPD 2001

Medical Directors Council of NASMHPD. Technical Report on Involuntary Outpatient Commitment. http://www.nasmhpd.org/Involuntary_Outpatient_Commitment.pdf 2001.

NHPF 2000

National Health Policy Forum. Outpatient Commitment in Mental Health: Is Coercion the Price of Community Services?. Page 1. No. 757 *ISSUE BRIEF* 2000;(757):www.nhpf.org/pdfs_ib/IB757_OutptMentalH_7-11-02.pdf.

O'Keefe 1997

O'Keefe C, Potonza DP, Mueser KT. Treatment outcomes for severely mentally ill patients on conditional discharge to community-based treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1997;**185**(6):409-11.

Preston 2002

Preston N, Kisely S, Xiao J. Assessing the outcome of compulsaory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. *BMJ* 2002;**324**:1244-9.

Ridgely 2001

Ridgely S, Borum R, Pertila J. *The effectiveness of involuntary outpatient treatment. Empirical evidence and the experience of 8 states.* California: RAND, 2001.

Rohland 1998

Rohland BM. *The role of outpatient commitment in the management of persons with schizophrenia.* Des Moines, IA: Iowa Consortium for Mental health, 1998.

Schwartz 1997

Swartz MS, Burns BJ, George LK, Swanson J, Hiday VA, Borum R, Wagner HR. The ethical challenges of a randomized controlled trial of involuntary outpatient commitment. *Journal of Mental Health Administration* 1997;**24**(1):35-43.

Schwartz 2001b

Schwartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. A randomised controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatric Services* 2001;**52**(3):325-9.

Sensky 1991

Sensky T, Hughes T, Hirsch S. Compulsory psychiatric treatment in the community. I. A controlled study of compulsory community treatment with extended leave under the Mental Health Act: special characteristics of patients treated and impact of treatment. *British Journal of Psychiatry* 1991;**158**:792-9.

Swartz 2001b

Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. A randomised controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatric Services* 2001;**52**(3):325-9.

Van Putten 1988

Van Putten R, Santiago J, Berren M. Involuntary outpatient commitment in Arizona: a retrospective study. *Hospital and Community Psychiatry* 1988;**39**(9):953-8.

Vaughan 2000

Vaughan K, McConaghy N, Wolf C, Myhir C, Black T. Community treatment orders: relationship to clinical care, medication compliance, behavioural disturbance and readmission. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;**34**:801-8.

Wagner 2003

Wagner HR, Swartz MS, Swanson JW, Burns BJ. Does involuntary outpatient commitment lead to more intensive treatment?. *Psychology, Public Policy and Law* 2003;**9**(1/2):145-58.

Zanni 1986

Zanni G, DeVeau L. Inpatient stays before and after outpatient commitment. *Hospital and Community Psychiatry* 1986;**37**(9):941-2.

Referencias adicionales

Altman 1996

Altman DG, Bland JM. Detecting skewness from summary information. *BMJ* 1996;**313**:1200.

Bandolier 1995

Anonymous. NNTs and Confidence Intervals. *Bandolier 18*; available at: URL <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band18/b1809.html> Aug 1995.

Begg 1996

Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I, Pitkin R, Rennie D, Schulz KF, Simel D, Stroup DF. Improving the quality of randomized controlled trials. The CONSORT statement. *JAMA* 1996;**276**:637-9.

Bero 1998

Bero L, Grilli R, Grimshaw J, Oxman A. The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) Module. In: *The Cochrane Library*, 4, 1998. Oxford: Update Software.

Clarke 2002

Clarke M, Oxman AD. *Cochrane Collaboration Handbook*. Oxford: Update Software, 2002.

Cook 1995

Cook RJ, Sackett DL. The number needed to treat: a clinically useful measure of treatment effect. *BMJ* 1995;**310**:452-4.

Dedman 1990

Dedman P. Community treatment orders in Victoria, Australia. *Psychiatric Bulletin* 1990;**14**:462-4.

Dept of Health 2000

Department of Health. *Reforming the Mental Health Act*. London: Stationery Office, 2000.

Egger 1997

Egger M, Davey Smith G, Schneider M, Minder CE. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test Bias in meta-analysis detected by a simple graphical test by a simple, graphical test. *BMJ* 1997;**315**:629-34.

Gardner 1993

Gardner W, Hodge SK, Bennett N, et al. Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behavioural Sciences and the Law* 1993;**20**:301-21.

Gilbody 2002

Gilbody SM, Whitty PA. Improving the delivery and organization of mental health services: beyond the conventional RCT. *British Journal of Psychiatry* 2002;**180**:13-8.

Gray 2001

Gray J, O'Reilly R. Clinically significant differences among Canadian mental health acts. *Canadian Journal of Psychiatry* 2001;**46**:315-21.

Hiday 2002

Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry* 2002;**159**:1403-11.

Higgins 2003

Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;**327**(7414):557-60.

Holloway 1996

Holloway F. Supervised discharge - paper tiger?. *Psychiatric Bulletin* 1996;**20**:193-4.

Hotopf 1999

Hotopf M, Churchill R, Lewis G. Pragmatic randomised controlled trials in psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 1999;**175**:217-23.

Kisely 2004

Kisely S, Preston N. Compulsory community treatment and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD004408.

Lansing 1997

Lansing AE, Lyons JS, Martens LC, et al. The treatment of dangerous patients in managed care. Psychiatric hospital utilization and outcome. *General Hospital Psychiatry* 1997;**19**(2):112-8.

Marshall 2000

Marshall M, Lockwood A, Adams C, Bradley C, Joy C, Fenton M. Unpublished rating scales - a major source of bias in randomised controlled trials of treatments for schizophrenia?. *British Journal of Psychiatry* 2000;**176**:249-52.

Marshall 2003a

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane Library*, 3, 2003. Oxford: Update Software. CD001089.

Marshall 2003b

Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane Library*, 3, 2003. Oxford: Update Software. CD000050.

McIvor 1998

McIvor R. The community treatment order: clinical and ethical issues. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998;**32**:223-8.

McIvor 2001

McIvor R. Care and compulsion in community psychiatric treatment work. *Psychiatric Bulletin* 2001;**25**:369-70.

Moher 2001

Moher D, Schulz KF, Altman D. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *JAMA* 2001;**285**:1987-91.

Moncrieff 2003

Moncrieff J. The politics of a new Mental Health Act. *British Journal of Psychiatry* 2003;**183**:8-9.

Mulvany 1993

Mulvany J. Compulsory community treatment: implications for community health workers. *Australian Journal of Mental Health Nursing* 1993;**2**:183-9.

O'Reilly 2000

O'Reilly R, Keegan D, Elias J. A survey of the use of community treatment orders by psychiatrists in Saskatchewan. *Canadian Journal of Psychiatry* 2000;**45**:79-81.

O'Reilly 2001

O'Reilly R. Does involuntary out-patient treatment work?. *Psychiatric Bulletin* 2001;**25**:371-4.

Pinfold 2001

Pinfold V, Bindman J. Is compulsory community treatment ever justified?. *Psychiatric Bulletin* 2001;**25**:268-70.

Schied-Cook 1987

Schied-Cook TL. Commitment of mentally ill to outpatient treatment. *Community Mental Health* 1987;**23**:183-9.

Steadman 1998b

Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry* 1998;**55**(5):393-401.

Swartz 1995

Swartz MS, Burns BJ, Hiday VA, George LK, Swanson J, Wagner HR. New directions in research on involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services* 1995;**46**:381-5.

Swartz 1999b

Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry* 1999;**156**:1968-75.

Swartz 2001

Swartz MS, Swanson JW, Ryan Wagner H, Burns BJ, Hiday VA. Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2001;**189(9)**:583-92.

Swartz 2002

Swartz MS, Wagner HR, Swanson J, Hiday VA, Burns BJ. The perceived coerciveness of involuntary outpatient commitment: findings from an experimental study. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law* 2002;**30(2)**:207-17.

Szmukler 2001

Szmukler G, Hotopf M. Effectiveness of involuntary outpatient commitment. *American Journal of Psychiatry* 2001;**158(4)**:653-4.

Torrey 1995

Torrey EF, Kaplan RJ. A national survey of the use of outpatient commitment. *Psychiatric Services* 1995;**46**:778-84.

Wilk 1988

Wilk RJ. Implications of involuntary outpatient commitment for community health agencies. *American Journal of Orthopsychiatry* 1988;**58**:580-91.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Steadman 2001
Methods	Allocation: randomised, described. Blindness: not blinded. Duration: 11 months.
Participants	Diagnosis: majority had psychosis. N=152.* Age: over 18 years. Sex: 94 M, 48 F. History: poor compliance with services when discharged. Exclusion criteria: history of violence.
Interventions	1. CCT: enhanced service package + intensive, court-ordered compulsory outpatient commitment, including involuntary medication for people thought by court to lack capacity to give informed consent. N=78. 2. Standard care: enhanced service package with inpatient assessment and comprehensive discharge treatment plan in which patients participated, case management and oversight by OPC co-ordinating plan. N=64.**
Outcomes	Hospitalisation: number of admissions. Compliance: medication. Social adjustment: number of arrests, homelessness. Perceived coercion: MAES. Unable to use - Global state: GAF (no SD). Hospitalisation: length of stay (no SD). Mental state: PANSS (no SD). Leaving the study early: (data unusable). Quality of life: LBQL (no SD). Adverse effects: various side effects (no SD).
Notes	ITT analysis. *142 completed baseline interview, 10 excluded from all reporting. **There was a suggestion that members of the control group and their case managers thought that they were actually on OPC.
Allocation concealment	B
Study	Swartz 1999
Methods	Allocation: randomised. Blindness: not blinded. Duration: 12 months.
Participants	Diagnosis: schizophrenia, schizoaffective disorder or other major psychotic or affective disorder. N=264.* Age: over 18 years. Sex: 132 M, 132 F. History: ill > 1 year, significant functional impairment (NCFAS score ≥ 90), intensive treatment in past 2 years, awaiting period of court-ordered CCT, only included patients discharged from hospital not those already living in the community. Exclusion criteria: personality disorder, psychoactive substance use disorder, organic brain syndrome in absence of primary psychotic or mood disorder, recent serious act of violence involving injury or use of a weapon.*

Characteristics of included studies

Interventions	1. CCT: intensive, court-ordered compulsory outpatient commitment. N=129. 2. Standard care: control group were released from outpatient commitment by notifying the court. N=135.
Outcomes	Hospitalisation: number of admissions. Compliance: medication. Social adjustment: number of arrests, threatening behaviour, homelessness. Perceived coercion: MAES. Victimisation: number of violent or non-violent attacks. Unable to use - Hospitalisation: length of stay (data unusable). Leaving the study early (data unusable).
Notes	* data for this review based only on those randomised to treatment groups and only non-violent participants were randomised. The RCT was supplemented by a non-random post hoc analysis of the intervention group based on duration of involuntary outpatient treatment. Renewals of CCT were not randomised for patients who no longer met legal criteria.
Allocation concealment	B

Notas:

BSI: Brief Symptom Inventory
CCT: Compulsory community treatment
GAF: Global Assessment of Functioning Scale
ITAQ: Insight and Treatment Attitudes Questionnaire
ITT: Intent-to-treat
LBQL: Lehman Brief Quality of Life Interview
MAES: MacArthur Modified Admission Experience Survey
MPCS: MacArthur Perceived Coercion Scale
NCFAS: North Carolina Functional Assessment Scale
OPC: Outpatient commitment
PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Bindman 2002	Allocation: not randomised, review.
Borum 1999	Allocation: not randomised.
Bursten 1986	Allocation: not randomised.
Fernandez 1990	Allocation: not randomised, no controls.
Geller 1998	Allocation: not randomised.
Greeman 1985	Allocation: not randomised.
Hiday 1987	Allocation: not randomised.
Hiday 1989	Allocation: not randomised.
Hiday 1999	Allocation: not randomised.
Kanter 1995	Allocation: not randomised, review.
Lidz 1999	Allocation: not randomised, review.
Miller 1982	Allocation: not randomised, before and after design.
Miller 1985	Allocation: not randomised, survey of providers.

Characteristics of excluded studies

Munetz 1996	Allocation: not randomised, retrospective design.
NASMHPD 2001	Allocation: not randomised, review.
NHPF 2000	Allocation: not randomised, review.
O'Keefe 1997	Allocation: not randomised, no controls.
Preston 2002	Allocation: not randomised.
Ridgely 2001	Allocation: not randomised.
Rohland 1998	Allocation: not randomised.
Schwartz 1997	Allocation: not randomised.
Schwartz 2001b	Allocation: not randomised.
Sensky 1991	Allocation: not randomised.
Swartz 2001b	Allocation: not randomised.
Van Putten 1988	Allocation: not randomised, no controls.
Vaughan 2000	Allocation: not randomised.
Wagner 2003	Allocation: randomised. Participants: people with schizophrenia, schizoaffective disorder or other major psychotic or affective disorders. Intervention: 1. CCT: intensive court-ordered compulsory outpatient commitment versus 2. Standard care: control group who were released from outpatient commitment by notifying the court. Outcomes: no usable outcomes. Only the number of subsequent out-patient visits were reported, this was considered to be inherent to the process of compulsory community treatment/outpatient commitment and not a result of the interventions.
Zanni 1986	Allocation: not randomised, no controls.

TABLAS ADICIONALES

Table 01 Rating of concealment of allocation

Rating	Description
A	indicates adequate concealment
B	indicates uncertainty about whether allocation was adequately concealed
C	indicates the allocation was definitely not adequately concealed
D	indicates the score was not assigned

Table 02 Rating of the description of randomisation

Rating	Description
A	correct randomised method described
B	randomised method described but incorrect (e.g. every alternate patient given the control treatment)
C	randomised method not described

Table 03 Rating of blinding

Rating	Description
A	blinding of outcome assessor and the participant
B	blinding of outcome assessor only
C	blinding not done

CARÁTULA

Titulo	Tratamiento obligatorio en la comunidad y tratamiento ambulatorio no voluntario para personas con trastornos mentales graves
Autor(es)	Kisely S, Campbell LA, Preston N
Contribución de los autores	<p>Steve Kisely - formuló la pregunta de la revisión, desarrolló inicialmente la estrategia de búsqueda, realizó el análisis, y redactó el primer borrador de la revisión.</p> <p>Leslie Anne Campbell - evaluó y aportó observaciones sobre la estrategia de búsqueda y revisión, y realizó el análisis</p> <p>Neil Preston - evaluó y aportó comentarios sobre la estrategia de búsqueda y revisión, y resolvió los desacuerdos con respecto a la inclusión/exclusión de los estudios.</p>
Número de protocolo publicado inicialmente	2003/4
Número de revisión publicada inicialmente	2005/3
Fecha de la modificación más reciente"	20 mayo 2005
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	20 mayo 2005
Cambios más recientes	El autor no facilitó la información
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	El autor no facilitó la información

Dirección de contacto	Dr Steve Kisely Chair in Health Outcomes Department of Psychiatry, Community Health & Epidemiology Dalhousie University Room 425, Centre for Clinical Research 5790 University Avenue HALIFAX NS B3H 1V7 Nova Scotia CANADA Teléfono: +1 902 494 7075 E-mail: Stephen.Kisely@cdha.nshealth.ca Facsimile: +1 902 494 1597
Número de la Cochrane Library	CD004408
Grupo editorial	Cochrane Schizophrenia Group
Código del grupo editorial	HM-SCHIZ

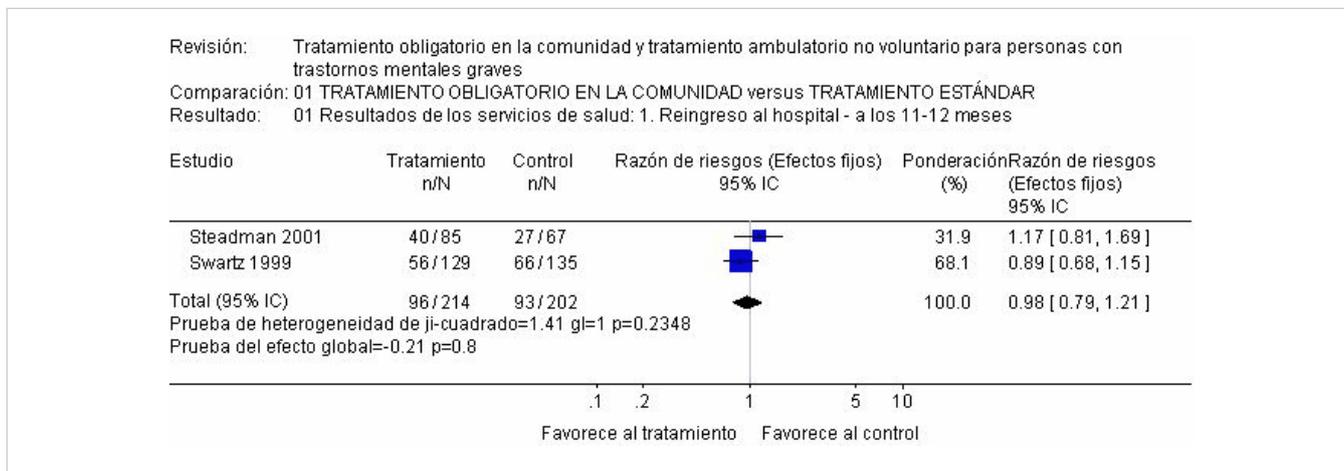
RESUMEN DEL METANÁLISIS

01 TRATAMIENTO OBLIGATORIO EN LA COMUNIDAD versus TRATAMIENTO ESTÁNDAR				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Medidas de resultado de los servicios de salud: 1. Reingreso al hospital - a los 11-12 meses	2	416	Riesgo Relativo (efectos fijos) IC del 95%	0.98 [0.79, 1.21]
02 Medidas de resultado de los servicios de salud: 2. Cumplimiento con la medicación - a los 11-12 meses	2	416	Riesgo Relativo (efectos fijos) IC del 95%	0.99 [0.83, 1.19]
03 Medidas de resultado a nivel de los pacientes: 1a. Funcionamiento social: dificultad con la policía - a los 11-12 meses			Riesgo Relativo (efectos fijos) IC del 95%	Subtotales únicamente
04 Medidas de resultado a nivel de los pacientes: 1b. Funcionamiento social: carencia de hogar - a los 11-12 meses	2	416	Riesgo Relativo (efectos fijos) IC del 95%	0.67 [0.39, 1.15]
05 Medidas de resultado a nivel de los pacientes: 2. Calidad de vida: victimización - a los 11-12 meses	1	264	Riesgo Relativo (efectos fijos) IC del 95%	0.50 [0.31, 0.80]
06 Medida de resultado a nivel de los pacientes: 3. Satisfacción con la atención: coerción percibida - a los 11-12 meses	2	416	Riesgo Relativo (efectos fijos) IC del 95%	1.36 [0.97, 1.89]

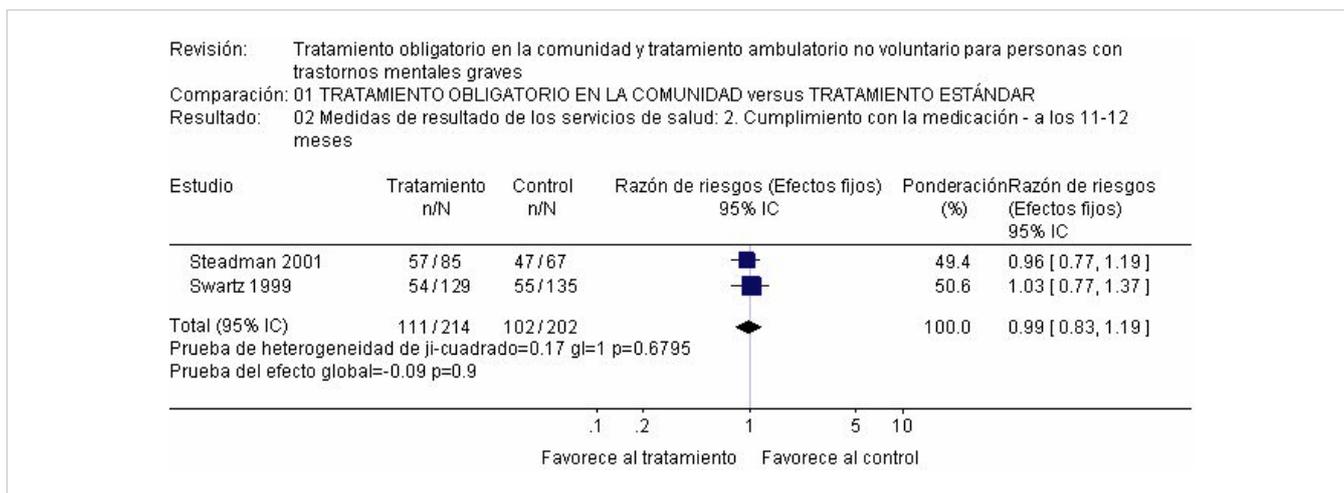
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 TRATAMIENTO OBLIGATORIO EN LA COMUNIDAD versus TRATAMIENTO ESTÁNDAR

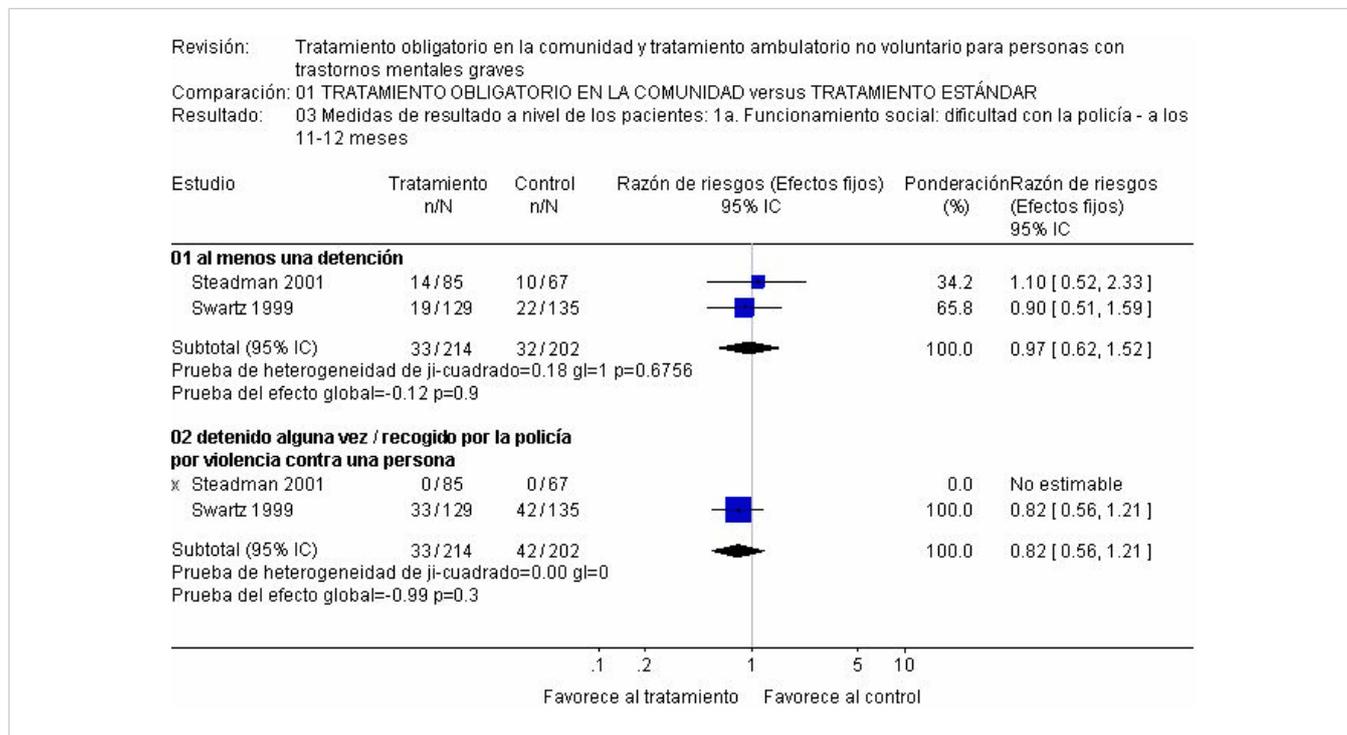
01.01 Medidas de resultado de los servicios de salud: 1. Reingreso al hospital - a los 11-12 meses



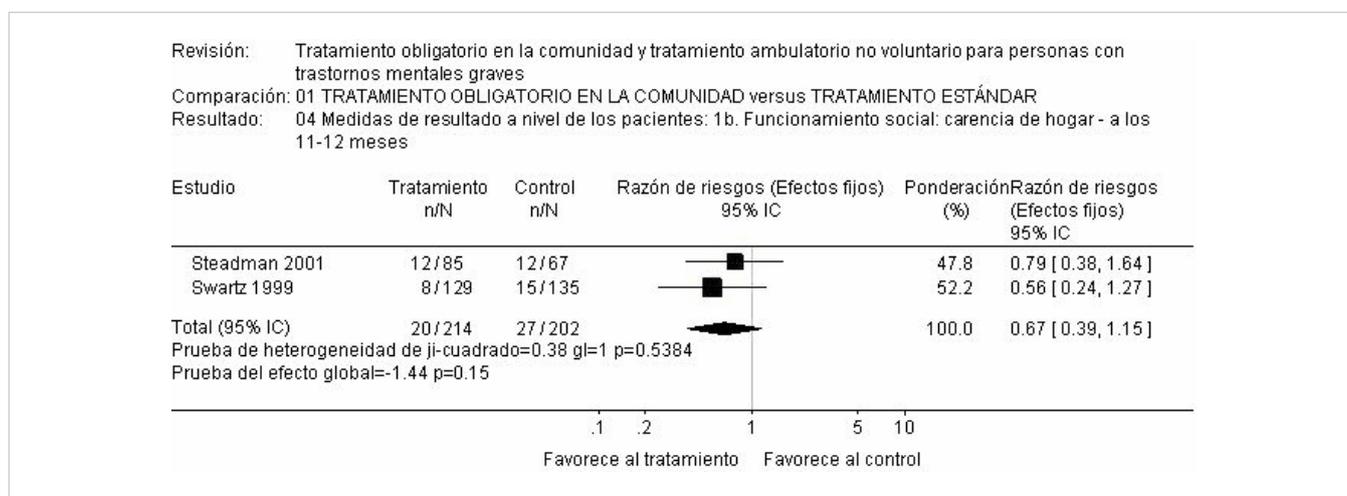
01.02 Medidas de resultado de los servicios de salud: 2. Cumplimiento con la medicación - a los 11-12 meses



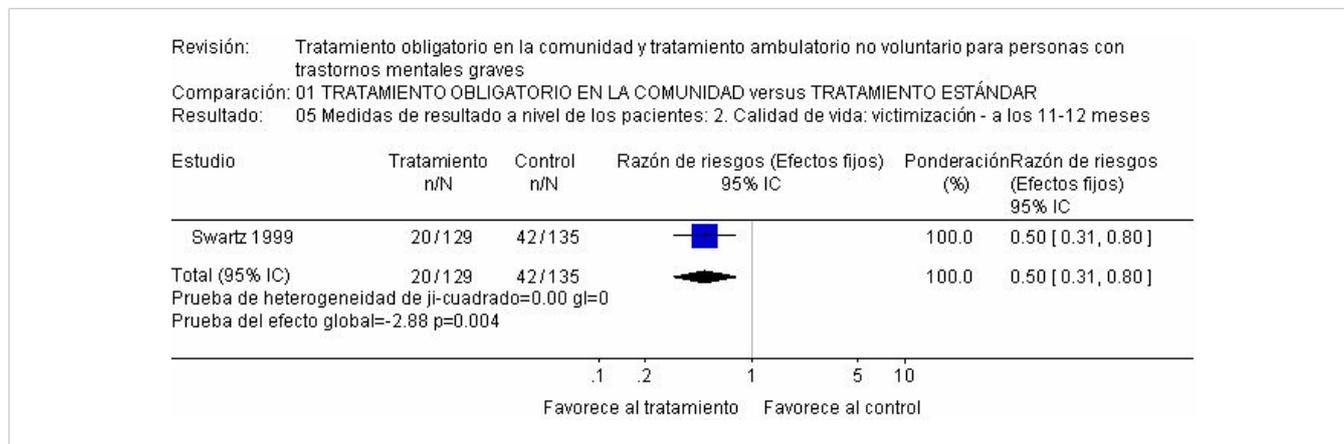
01.03 Medidas de resultado a nivel de los pacientes: 1a. Funcionamiento social: dificultad con la policía - a los 11-12 meses



01.04 Medidas de resultado a nivel de los pacientes: 1b. Funcionamiento social: carencia de hogar - a los 11-12 meses



01.05 Medidas de resultado a nivel de los pacientes: 2. Calidad de vida: victimización - a los 11-12 meses



01.06 Medida de resultado a nivel de los pacientes: 3. Satisfacción con la atención: coerción percibida - a los 11-12 meses

