

## Tratamiento ambulatorio involuntario: opinión de las personas implicadas

Miguel HERNÁNDEZ-VADEL\*; Guillem LERA CALATAYUD\*\*,  
Carlos CAÑETE NICOLÁS\*; Juan Francisco PÉREZ PRIETO\*;  
Teresa ROCHE MILLÁN\*\*\*

### RESUMEN

*El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) pretende mejorar la adhesión al tratamiento y, por tanto, prevenir el deterioro de las personas con enfermedad mental grave y el peligro para sí mismas y los demás. La aplicación del TAI no está exenta de polémica, con defensores que consideran que es una forma de conseguir la cumplimentación terapéutica, y opositores que encuentran en este tipo de medidas una vulneración de los derechos fundamentales de la persona y que conllevan un aumento de la coerción y el estigma del paciente psiquiátrico.*

*En este trabajo se ha realizado un estudio de carácter descriptivo que trata de recoger la opinión que tienen las personas implicadas en el TAI. La población de estudio está compuesta por todos los pacientes que estaban en tratamiento obligatorio ambulatorio en la ciudad de Valencia al inicio del estudio —octubre de 2005—, sus familiares y psiquiatras encargados de su seguimiento ambulatorio. En los resultados destaca que la gran mayoría de los psiquiatras y familiares (93-83%) opinan que el TAI ha sido beneficioso para el tratamiento del paciente, incluso se ha apreciado una mejoría global de la clínica tras su instauración. Respecto a la opinión de los pacientes, más de la mitad (54%) también consideran que el TAI es una medida beneficiosa para su tratamiento.*

**PALABRAS CLAVE:** Tratamiento ambulatorio involuntario. Trastorno mental severo.

- \* Psiquiatra. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- \*\* MIR Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- \*\*\* Médico Forense. Juzgado n.º 13 de Valencia.

Correspondencia: Miguel Hernández-Viadel. Centro de Salud Mental de la Malvarrosa. Avda. Malvarrosa 10. 46011 Valencia. Correo electrónico: mhv4@comv.es

Recibido: 15-11-06 Aceptado: 30-1-07

M. Hernández-Viadel; G. Lera Calatayud; C. Cañete Nicolás y cols.

---

## INVOLUNTARY OUTPATIENT TREATMENT: THE VIEWS OF THOSE INVOLVED

### SUMMARY

*Involuntary outpatient treatment (IOT) aims to improve compliance with treatment and so prevent the deterioration of patients with severe mental illness and reduce the risk to themselves and other people. IOT is not free of controversy. Those who defend it regard it as a way of ensuring that treatment is carried out, while opponents consider it a violation of the basic rights of the individual, leading to an increase in the coercion and stigmatisation of psychiatric patients.*

*This article is a descriptive study, for which we have attempted to collect the opinions of people involved in IOT. The group studied was made up of all the patients in Involuntary Outpatient Treatment in the city of Valencia at the beginning of the project —October 2005—, their relatives and their outpatient unit psychiatrists. The results show that the great majority of psychiatrists and relatives (93-83%) think that IOT has been beneficial for patient's treatment. There has even been an overall clinical improvement since it was introduced. As for the opinion of the patients, over half of them (54%) also consider that IOT has been a beneficial measure for their treatment.*

**KEY WORDS:** Involuntary Outpatient Treatment. Severe mental disorder.

### INTRODUCCIÓN

El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) es una forma de tratamiento no voluntario aplicado en la comunidad. El objetivo es asegurar la cumplimentación terapéutica en aquellas personas que padecen una enfermedad mental grave, sin conciencia de enfermedad y en las que el abandono del tratamiento representa un riesgo alto de recaída, con hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes,<sup>1</sup> la aparición de conductas peligrosas para sí mismo o para los demás, o una incapacidad para el autocuidado.<sup>2</sup>

En cuanto a la efectividad del TAI, en la literatura se recogen dos tipos de estudios. Estudios observacionales o de primera generación y estudios randomizados o de segunda generación.<sup>3</sup>

En los estudios observacionales<sup>4-8</sup> se encuentra de forma mayoritaria una disminución en el número de urgencias, número de ingresos y días de estancia en el hospital. Sin embargo, tienen limitaciones metodológicas importantes (el tamaño pequeño de las muestras y la ausencia de grupos de comparación) que disminuyen la confianza en los resultados.

En los estudios de segunda generación, se compara mediante reparto aleatorio, pacientes con TAI frente a un grupo control. Hay sólo 2 estudios de este tipo, uno rea-

lizado en la ciudad de Nueva York<sup>9</sup> y el otro en Carolina del Norte, dirigido por investigadores de la Universidad de Duke.<sup>10-13</sup> Estos estudios encuentran resultados contradictorios.

Steadman y cols.,<sup>9</sup> no encuentran diferencias significativas en las tasas de rehospitalización, arrestos, calidad de vida, síntomas psiquiátricos, enfermos sin hogar, u otros resultados entre el grupo con TAI y el grupo control (aquellos que recibieron servicios intensivos pero sin orden judicial). Swartz y cols.<sup>10</sup> sugieren en 1999 que una orden de TAI mantenida (180 días o más), cuando se combina con servicios de salud mental intensivos, puede incrementar la adherencia al tratamiento y reducir el riesgo de resultados negativos como recaídas, conducta violenta,<sup>12</sup> victimización<sup>14</sup> o arrestos.<sup>13</sup> Ambos estudios también presentan limitaciones metodológicas que pueden afectar en la generalización de los resultados.

Otros estudios acerca del TAI son de carácter cualitativo y tratan de recoger la opinión de pacientes, familiares y profesionales sobre este tipo de tratamiento.

Borum y cols.<sup>15</sup> estudian las opiniones sobre el TAI de 306 pacientes que están a la espera de que se les aplique esta medida. Encuentran que la gran mayoría de pacientes (más del 75%) consideran que con el TAI es más probable mantener las citas del centro de salud mental, tomar la medicación prescrita y que puede ayudar a los pacientes a mantenerse fuera del hospital, lo cual es presumiblemente un deseo de todas las partes.

Swartz y cols.<sup>16</sup> estudian en pacientes, familiares, clínicos y población general, las preferencias por diferentes situaciones en el tratamiento de personas con esquizofrenia. Encuentran que los cuatro grupos de estudio tienen puntos de vista similares. En general, dan mayor importancia a evitar una hospitalización involuntaria, evitar episodios de violencia interpersonal y evitar conflictos interpersonales. La evitación del TAI fue relativamente de poca importancia, lo que sugiere que la evitación de esta forma de coerción es menos preocupante comparada con las otras situaciones y que las personas entrevistadas estarían dispuestas a aceptar la coerción del TAI para mejorar el pronóstico en ciertas personas con esquizofrenia.

En otro trabajo de estos últimos autores,<sup>17</sup> estudian la coerción percibida por los pacientes sometidos a TAI. Los mayores niveles de coerción aparecen entre pacientes con periodos más prolongados de TAI, sujetos de raza afroamericana, con problemas por abuso de sustancias, pobre conciencia de enfermedad y sintomatología grave. Los menores niveles de coerción se asociaban más a un estado civil de casado o vivir en pareja, un mayor *insight* y un mejor funcionamiento social. Los resultados apuntan que el TAI se asocia con coerción pero que, en parte, esta coerción también está relacionada con el esfuerzo del responsable del manejo del caso (*case manager*) por corregir la falta de adherencia al tratamiento.

M. Hernández-Viadel; G. Lera Calatayud; C. Cañete Nicolás y cols.

---

Finalmente, Crawford y cols.<sup>18</sup> entrevistan a 109 pacientes dados de alta del hospital en los cinco meses previos y les preguntan acerca del lugar de preferencia para recibir tratamiento obligatorio. El 48% preferiría ser tratado en su casa, el 40% en el hospital y el 13% en un centro comunitario. Es decir, el 60% prefiere fuera del hospital. La razón más frecuente para preferir el tratamiento obligatorio en casa fue el evitar la tensión y a veces el ambiente hostil de las unidades de ingreso hospitalarias.

En España no está regulada legalmente la posibilidad de aplicar un tratamiento involuntario en el ámbito comunitario. En octubre de 2004, recogiendo la iniciativa de numerosos familiares de pacientes (FEAFES), se presentó en el Congreso de los Diputados una proposición para modificar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y permitir así la posibilidad de obligar legalmente a un paciente a recibir tratamiento a nivel ambulatorio. Actualmente en ciudades como San Sebastián, Barcelona o Valencia se están realizando, por parte de los juzgados de incapacidad civil, experiencias de tratamiento ambulatorio involuntario.

En Valencia, se está aplicando el TAI desde el año 2003, según el Convenio de Oviedo, para la protección de los Derechos Humanos y de la dignidad del Ser Humano, elaborado por el Consejo de Europa en 1997. En su artículo 7, sobre la protección de las personas que sufren trastornos mentales, se reconoce que la persona que sufre un trastorno mental grave podrá ser sometida, sin su consentimiento, «a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud».<sup>19</sup>

En la resolución judicial del TAI se establece el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo, que deberá informar al juez, al menos cada tres meses, de su evolución y su seguimiento, así como la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento. El plazo máximo de duración de la medida es de dieciocho meses e incluye la administración obligatoria de medicación en el ámbito comunitario.

El objetivo de este artículo es valorar la satisfacción acerca del TAI de los pacientes sometidos a esta medida. También se recoge la opinión de familiares y profesionales de salud mental.

## MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo. La población de estudio está compuesta por todos los pacientes que están en tratamiento obligatorio ambulatorio en la ciudad de Valencia en el momento de iniciar el estudio, octubre de 2005. El acceso a los datos de esta población fue autorizada y facilitada por el Juzgado n.º 13 de Valencia, encargado de los procesos de internamientos e incapacidad civil. Todos los pacientes tenían una edad superior a 18 años.

De cada paciente se recogieron los datos de edad, sexo, diagnóstico psiquiátrico según DSM-IV (eje I y II), años de evolución de la enfermedad y los motivos del TAI.

Mediante entrevista telefónica se preguntó a pacientes, familiares y psiquiatras por su opinión acerca del TAI.

A los pacientes con TAI se les hizo la siguiente pregunta: «El hecho de que el juez le obligue a tomarse la medicación ¿lo considera una medida satisfactoria para su tratamiento?» A los familiares (padres o hermanos) de los pacientes con TAI se les preguntó: «¿Considera el TAI una medida beneficiosa para el tratamiento de su familiar?» A los psiquiatras que trataban a estos pacientes, se les hizo la siguiente pregunta: «¿Considera el TAI una medida beneficiosa para el tratamiento del paciente?»

Las respuestas posibles en los tres casos fueron: «mucho», «bastante», «algo», «nada» y «no evaluado». Se recogieron también, de forma no estructurada, opiniones de los pacientes, familiares y psiquiatras acerca de este tipo de tratamiento.

A los psiquiatras se les preguntó además por la mejoría global del paciente (CGI) en el momento de la entrevista (estado actual) respecto al inicio de la medida judicial (estado basal). Las respuestas posibles eran: «mucho mejor», «moderadamente mejor», «levemente mejor», «sin cambios» y «no evaluado».

## RESULTADOS

Se obtiene una población de 38 pacientes con TAI. El 68% ( $n = 26$ ) son hombres y el 32% ( $n = 12$ ) mujeres. La media de edad de los pacientes fue de 41 años. Los años de evolución de enfermedad oscilaron desde los 3 a los 33 años, con una media de 13 años.

Por diagnósticos, la esquizofrenia fue el trastorno mental más frecuente, con un 68% ( $n = 26$ ) del total de pacientes. En segundo lugar, el trastorno delirante ( $n = 5$ ) y el trastorno bipolar ( $n = 5$ ). Finalmente un paciente estaba diagnosticado de trastorno esquizoafectivo y, otro, de trastorno psicótico inducido por tóxicos. En el 26% de los pacientes ( $n = 10$ ) existía un segundo diagnóstico en eje I de consumo (abuso/dependencia) de tóxicos.

En el momento del estudio, el tiempo promedio del mantenimiento de la aplicación de la medida del TAI fue de 9,7 meses. Los motivos más frecuentes para la aplicación del TAI fueron: la aparición de conductas agresivas (38%) y el incumplimiento terapéutico (38%), que conllevaron reingresos frecuentes (enfermo de puerta giratoria) o alarma social (alteración de conducta, escándalo público). Otros motivos fueron: la nula conciencia de enfermedad y la nula intención de tomar el tratamiento (19%) y la prevención de recaídas en un paciente con trastorno bipolar.

M. Hernández-Viadel; G. Lera Calatayud; C. Cañete Nicolás y cols.

Los resultados de la entrevista fueron los siguientes. De acuerdo con la opinión de los psiquiatras, la gran mayoría de los pacientes con TAI han experimentado una mejoría clínica global (tabla 1), excepto un 5% de casos (n = 2), que no experimentan cambios. En el 42% de casos (n = 16), la impresión clínica global es que en el momento de la entrevista el paciente estaba «moderadamente mejor» respecto del estado basal. En el 23% de los casos (n = 9) estaba «mucho mejor» y «levemente mejor» en el 15% (n = 6).

Ante la pregunta de si consideraban el TAI una medida beneficiosa para el tratamiento del paciente, los psiquiatras respondieron que «mucho» en el 39% de los casos (n = 15) y «bastante» en el otro 39%. En el 8% de los casos (n = 3) se consideró que el TAI no había aportado ningún beneficio («nada»). (tabla 1)

TABLA 1: VALORACIÓN Y OPINIÓN DEL PSIQUIATRA RESPECTO AL ESTADO BASAL

	n	%
<i>Impresión clínica global del paciente</i>		
Mucho mejor	9	23,7
Moderadamente mejor	16	42,1
Levemente mejor	6	15,8
Sin cambios	2	5,3
No evaluado	5	13,1
<i>¿Considera el TAI beneficioso?</i>		
Mucho	15	39,5
Bastante	15	39,5
Algo	2	5,3
Nada	3	7,9
No evaluado	3	7,9

También se recogen de forma resumida las opiniones de los terapeutas: «De no ser por el tratamiento forzoso no tomaría [el paciente] el tratamiento». «Se ha interrumpido por completo la dinámica de descompensaciones y ha mejorado mucho la evolución, incluso con remisión clínica». «Se ha pedido la suspensión del tratamiento forzoso dada su excelente mejoría». «Ha hecho sólo una primera visita al Centro de Salud Mental y no ha vuelto. Se va a avisar al juzgado». «No valorable, ha estado seis meses en la cárcel por agresión a su madre».

Respecto a las opiniones de los familiares sobre el TAI (tabla 2), la gran mayoría consideraron que el TAI había sido beneficioso para el tratamiento del paciente. En el 37% de los casos (n = 14) respondieron que «mucho», el 18% (n = 7) que «bastante», otro 18% «algo». Sólo en el 5% de los casos (n = 2), los familiares opinaron que la medida judicial no había servido de «nada».

También en este caso se recopilaron las diferentes opiniones de los familiares: «Si alguien le obliga [al paciente] es la única forma de que se tome la medicación». «Contentísimos, porque era una persona solitaria y agresiva. Ahora ha dejado de tener denuncias e incluso tiene amigos». «Debe prevalecer la opinión propia del paciente, aunque a veces se dejan la medicación y hay discusiones. Esta medida ayuda mucho». «Soy la hermana pequeña y todos mis recuerdos en casa son siempre de una permanente lucha. Cuando mi hermano [esquizofrénico] está mal y buscas ayuda es horrible... El médico que no entra y el juez que es un problema médico... Espero que no quiten nunca esta ayuda y pongan más». «Sirve de ayuda pero es una lucha continua». «Lo encontramos igual, pues tiene manías que no se le van».

En cuanto a las opiniones de los pacientes a la pregunta sobre el TAI (tabla 2), algo más de la mitad la mitad de los entrevistados (54%) consideraron que el TAI había resultado bastante o algo beneficioso para su tratamiento. El resto, excluidos los no entrevistados, consideró que esta medida no había servido de nada o incluso la consideraba perjudicial. En un 30% casos no fue posible entrevistar al paciente, fundamentalmente por dificultades para contactar por teléfono.

Algunas de las opiniones expresadas por los pacientes acerca de si consideraban el TAI una medida beneficiosa para su tratamiento, son las siguientes: «Estoy mejor porque ya no me pasa lo que me pasaba». «Me encuentro mejor, pero al principio psicológicamente es matarte..., que te obliguen». «Soy muy tozuda y reconozco que el juez es la única manera para no dejarme la medicación, aunque por otro lado, la inyección me sujeta mucho y condiciona mi vida». «Las inyecciones me sientan como un tiro, se me enreda la lengua y se me cae la baba». «Es como si mermase mi libertad, aunque yo soy el mismo de siempre». «Es perjudicial porque me tienen que pinchar y es un palo, me resulta incómodo».

**TABLA 2: OPINIÓN DE FAMILIARES Y PACIENTES ACERCA DEL TAI**

	n	%
<i>Familiar: ¿Considera el TAI beneficioso?</i>		
Mucho	14	36,8
Bastante	7	18,4
Algo	7	18,4
Nada	2	5,3
No evaluado	8	21,1
<i>Paciente: ¿Considera el TAI beneficioso?</i>		
Mucho	1	2,6
Bastante	7	18,4
Algo	6	15,8
Nada	7	18,4
Perjudicial	5	13,2
No evaluado	12	31,6

## DISCUSIÓN

El prototipo de paciente con TAI, de acuerdo con los datos del estudio, corresponde a un varón de unos 40 años, diagnosticado de esquizofrenia, con más de diez años de evolución de la enfermedad y que se le ha aplicado el TAI por aparición de conductas agresivas, reingresos frecuentes o alarma social, asociados al incumplimiento terapéutico. Otros autores encuentran datos similares.

Destacan los siguientes resultados de la entrevista realizada a las personas implicadas en el TAI:

— Los psiquiatras entrevistados han observado una mejoría clínica global en la mayoría de los pacientes tras la aplicación del TAI (80%).

— La mayoría de psiquiatras (83%) han considerado que el TAI ha sido una medida beneficiosa para el tratamiento de estos pacientes.

— La gran mayoría de familiares (93%, si exceptuamos los no evaluados) han considerado que el TAI ha sido beneficioso para el tratamiento del paciente.

— La mayoría de pacientes (54%), si exceptuamos los no evaluados, han considerado que el TAI ha sido algo o bastante beneficioso para su tratamiento, mientras que el 46% ha considerado que la aplicación del TAI no ha servido para nada o incluso ha sido perjudicial para su tratamiento.

— Los psiquiatras y familiares consideran que el TAI ha sido beneficioso para el tratamiento del paciente, incluso se ha apreciado una mejoría global de la clínica tras la aplicación del TAI. En relación con estos resultados, conviene recordar el estudio de Swartz y cols.<sup>16</sup> sobre las preferencias en el tratamiento obligatorio. Encuentra que la gente en contacto más directo con este tipo de pacientes da una mayor importancia en general al hecho de evitar una hospitalización involuntaria, situaciones de violencia y conflicto interpersonal. Sin embargo, evitar el tratamiento forzoso ambulatorio era algo de una importancia relativa menor.

El trabajo de Geller<sup>20</sup> refuerza esta opinión. Este autor afirma que los nuevos datos disponibles apuntan a que este tipo de medida puede ser adecuada para subgrupos de población con enfermedad psiquiátrica crónica, aunque también se pregunta sobre si el tratamiento corresponde a un uso legítimo del poder gubernamental.

En la entrevista realizada a los pacientes, se ha obtenido una opinión más repartida, pero incluso es mayoría (54%) la opinión que considera el TAI una medida beneficiosa para su tratamiento.

Estudios diferentes<sup>18</sup> encuentran que el TAI es una opción de tratamiento menos coactiva que el ingreso hospitalario. Crawford y cols,<sup>18</sup> entrevistan a pacientes después del alta hospitalaria y encuentran que prefieren recibir tratamiento involuntario en su casa con el fin de evitar la atmósfera tensa y a menudo hostil percibida en uni-



dades hospitalarias cerradas. Sin embargo, la mayoría de pacientes se muestra contrario a apoyar un cambio en la legislación que refuerce el tratamiento domiciliario. Puede que esto refleje la ambivalencia que muestran algunos pacientes. Por otro lado, los cambios para instituir el tratamiento forzoso ambulatorio de forma protocolizada no deben disminuir los esfuerzos por mejorar las experiencias negativas descritas por los pacientes acerca de los ingresos hospitalarios.

Finalmente, señalar que el tamaño reducido de la muestra del estudio que se ha realizado y el ámbito local de la administración de la entrevista, pueden afectar a la generalización de los resultados, por lo que son necesarios más estudios sobre este tema.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Sensky T, Hughes T, Hirsch S. Compulsory psychiatric treatment in the community. A controlled study of compulsory community treatment with extended leave under the Mental Health Act: special characteristics of patients treated and impact of treatment. *Br J Psychiatry*. 1991;158:792-9.
2. Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jul 20;(3):CD004408.
3. Ridgely MS, Borum R, Petrla J: The effectiveness of involuntary outpatient treatment. Empirical evidence and the experience of eight States. Santa Monica, CA: Rand; 2001.
4. Fernandez G, Nygard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hosp Community Psychiatry*. 1990; 41(9):1001-4.
5. Geller J, Grudzinskas A. The efficacy of involuntary outpatient treatment in Massachusetts. *Admin Policy Ment Health*. 1998;25:271-85.
6. Hiday V, Scheid-Cook, T. A follow-up of chronic patients committed to outpatient treatment. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40(1):52-9.
7. Munetz MR, Grande T, Kleist J, Peterson GA. The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatr Serv*. 1996;47(11):1251-3.
8. Zanni G, DeVeau L. Inpatient stays before and after outpatient commitment. *Hosp Community Psychiatry*. 1986;37(9):941-2.
9. Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, et al. Assessing the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program. *Psychiatr Serv*. 2001;52(3):330-6.
10. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry*. 1999;156(12):1968-75.
11. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ, Borum R. A Randomized Controlled Trial of Outpatient Commitment in North Carolina. *Psychiatr Serv*. 2001;52(3):325-9.
12. Swanson JW, Swartz MS, Borum R, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000;176: 324-31.
13. Swanson JW, Borum R., Swartz MS, Hiday V.A, Wagner HR, Burns BJ. Can involuntary outpatient commitment reduce arrests among persons with severe mental illness?. *Crim Justice Behav*. 2001;28(2): 156-89.
14. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:1403-1411.
15. Borum R, Swartz M, Riley S, Swanson J, Hiday VA, Wagner R. Consumer perceptions of involuntary outpatient commitment. *Psychiatr Serv*. 1999;50(11): 1489-91.
16. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Hannon MJ, Burns BJ, Shumway M. Assessment of four stakeholder groups' preferences concerning outpatient commitment for persons with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1139-46.
17. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Hiday VA, Burns BJ. The perceived coerciveness of involuntary outpatient commitment: findings from an experimental study. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2002;30:207-17.
18. Crawford MJ, Gibbon R, Ellis E, Waters H. In hospital, at home, or not at all. A cross-sectional survey of patient preferences for receipt of compulsory treatment. *Psychiatric Bull*. 2004;28:360-3.
19. Convenio de Oviedo. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina: Convenio relativo a los derechos humanos y la medicina. 1997. Disponible en URL:www2.san.gva.es/hguv/descargas/quiosco/convenio\_oviedo.pdf.
20. Geller JL. The evolution of outpatient commitment in the USA: from conundrum to quagmire. *Int J Law Psychiatry*. 2006; 29(3):234-4.