

Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia

Miguel Hernández-Viadel, Carlos Cañete Nicolás, Guillem Lera Calatayud, Juan Francisco Pérez Prieto y Teresa Roche Millan

Centro de Salud Mental de la Malvarrosa. Valencia. España.

El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) es una forma de tratamiento no voluntario aplicado en la comunidad, que pretende asegurar el cumplimiento terapéutico en pacientes que sufren una enfermedad mental grave, sin conciencia de enfermedad y en los que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas disruptivas y violentas, así como hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes.

En este artículo se presentan los resultados de un estudio observacional-retrospectivo, realizado en la ciudad de Valencia sobre una población de 38 pacientes sometidos a esta medida de tratamiento judicializado. Describimos el diagnóstico psiquiátrico, quién solicita la medida y por qué motivo. Comparamos el número de urgencias e ingresos y la estancia media de los ingresos realizados en los 6 meses antes y después de la introducción de la autorización judicial. Finalmente, analizamos las incidencias acontecidas en este período.

Palabras clave:

Tratamiento ambulatorio involuntario. Trastorno mental severo. Seguimiento intensivo comunitario.

Involuntary outpatient treatment for persons with severe mental illness. Results of a study in the city of Valencia, Spain

Involuntary outpatient treatment is non-voluntary treatment applied in the community to ensure therapeutic compliance in patients with severe mental illness and little insight, in whom noncompliance involves a high risk of relapse, with disruptive and violent behaviors, or frequent hospitalizations and emergency care.

In this article we present the results of an observational, retrospective study in 38 patients undergoing involuntary outpatient treatment in the city of Valencia. We describe the psychiatric diagnosis, the persons seeking this treatment and the reasons for seeking it. We compare the number of emergencies and admissions and the average length of stay of admissions in the 6 months before and after the introduction of court authorization. Finally we analyze the events occurring during this period of time.

Key words:

Involuntary outpatient treatment. Severe mental illness. Intensive community services.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) es una forma de tratamiento no voluntario aplicado en la comunidad, que pretende asegurar el cumplimiento terapéutico en pacientes que sufren una enfermedad mental grave, sin conciencia de enfermedad y en los que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con

aparición de conductas disruptivas y violentas, u hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes.

El TAI es denominado en la literatura médica con diferentes términos: tratamiento ambulatorio obligatorio, tratamiento ambulatorio forzado o judicializado, órdenes de tratamiento y tratamiento obligatorio en la comunidad.

Los pacientes con una enfermedad mental grave suelen presentar nula conciencia de enfermedad y, en ocasiones, también problemas de abuso de tóxicos (alcohol u otras sustancias). Una de las consecuencias es el abandono de la medicación psicotrópica prescrita, lo cual contribuye a un empeoramiento episódico de su enfermedad psiquiátrica e incluso a la aparición de conductas

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

disruptivas o violentas. Igualmente, la evolución de la enfermedad sin tratamiento puede causar al paciente incapacidad para cuidar de sí mismo o presentar conductas de riesgo para sí mismo o los demás.

Por los motivos anteriormente expuestos, en algunos países se utilizan intervenciones coactivas o mandatos judiciales para asegurar el cumplimiento terapéutico del paciente con enfermedad mental grave.

Existen dos tipos diferentes de intervención:

– Disposiciones de licencia prolongada o alta supervisada. Se trata de dar el alta hospitalaria condicionada al cumplimiento del tratamiento fuera del hospital. Sólo es aplicable a pacientes que están ingresados en el hospital. El psiquiatra decide si el paciente debe reingresar si no cumple con la pauta terapéutica ambulatoria.

– Tratamiento obligatorio en la comunidad. El juez autoriza al médico para aplicar un tratamiento en contra de la voluntad del paciente en el ámbito comunitario. Se aplica a pacientes dados de alta del hospital y a pacientes ambulatorios.

El tratamiento ambulatorio involuntario de personas con enfermedad mental grave es una práctica habitual en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda e Israel. En general, no se incluye el poder para administrar de forma obligada la medicación, excepto en Australia, donde sí se puede incluir. En Inglaterra y Gales, se utiliza el alta supervisada o la disposición de licencia prolongada.

Estudios canadienses y australianos acerca del TAI indican una prevalencia de uso de 5-15 por cada 100.000 habitantes de la población general. En Estados Unidos, es utilizado en aproximadamente 3 de cada 100.000 habitantes de la población general, el 9,8% de los nuevos ingresos y el 7,1% de los pacientes ambulatorios¹.

Situación del TAI en España

En España no existe una regulación legal específica sobre esta materia. A pesar de ello, es una realidad en la práctica clínica; se administran gotas de neuroléptico en la comida sin conocimiento del enfermo o se inyecta medicación depot aunque el paciente exprese su reticencia y sin que se haya solicitado al Juzgado una autorización para obligarlo a un tratamiento involuntario. La aplicación del TAI no está exenta de polémica, con defensores, que consideran que es una forma de conseguir el cumplimiento terapéutico y la consiguiente mejoría clínica del paciente, y opositores, que encuentran en este tipo de medidas una vulneración de los derechos fundamentales de la persona y que conlleva un aumento de la coerción y el estigma del paciente psiquiátrico (tabla 1).

Actualmente, para las personas que ven gravemente alterada su vida por una enfermedad psíquica y que no tienen conciencia de ello, la legislación española únicamente prevé la posibilidad del internamiento o la incapacidad civil. En octubre de 2004, la Asociación Nacional de Familiares de Pacientes con Enfermedad Mental (FEAFES), a través de los representantes políticos, 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 determinado tipo de pacientes a recibir tratamiento ambulatorio².

La Sociedad Española de Psiquiatría³ y la Sociedad Española de Psiquiatría Legal⁴ se han manifestado a favor del cambio legislativo, pues consideran que es una forma de conseguir el cumplimiento terapéutico y la consiguiente mejoría clínica del paciente. Por el contrario, la Asociación Española de Neuropsiquiatría⁵ se ha manifestado en contra, dando mayor peso a los potenciales inconvenientes.

Desde el año 1997, en la ciudad de San Sebastián se está realizando una experiencia de tratamiento ambulatorio involuntario en uno de los juzgados de la ciudad. En la misma línea, en la ciudad de Barcelona, hay 2 juzgados especializados en temas de incapacidades e internamientos, pero con puntos de vista diferentes a la hora de interpretar la normativa vigente para la aplicación de tratamientos ambulatorios no voluntarios: el Juzgado n.º 59, que aplica esta medida desde 1999 como alternativa a otras más radicales, como el internamiento y la incapacidad civil, y el Juzgado n.º 40, que entiende que, al no haber una norma escrita, ni siquiera se puede plantear el tema, sin perjuicio de que si una persona empeora se solicite el internamiento psiquiátrico³.

En Valencia, siguiendo la experiencia de la ciudad de San Sebastián, se está aplicando el TAI desde 2003, según el Convenio de Oviedo, para la protección de los derechos humanos y 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”⁶.

En la resolución judicial se establece el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable de él, que deberá informar al juez, al menos cada 3 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 18 meses e incluye la administración obligatoria de medicación en el ámbito comunitario.

TABLA 1. Argumentos a favor y en contra del tratamiento ambulatorio involuntario

Argumentos a favor	Argumentos en contra
Menos restrictivo que repetidos ingresos y menos radical que la incapacidad civil Evita recaídas y reingresos Evita abandono del tratamiento en pacientes incapacitados Estabiliza la vida de personas con enfermedad mental grave Mejora el desarrollo personal y mejora la convivencia familiar	Mayor énfasis en el control, la restricción y la amenaza Alternativa a tratamientos intensivos en la comunidad (manejo de casos o tratamiento asertivo en la comunidad) Afectar negativamente a la alianza terapéutica Alejar al paciente de los servicios sanitarios Aumenta la discriminación y el estigma social Inhibición de los profesionales de salud mental que delegarían en el juez

Datos sobre la efectividad del TAI

En la literatura médica se recogen 2 tipos de estudios⁷.

En los estudios observacionales o de primera generación⁸⁻¹², de forma mayoritaria se encuentra una disminución en el número de urgencias, número de ingresos y días de estancia en el hospital tras la introducción del tratamiento obligatorio en la comunidad.

En los estudios de segunda generación o aleatorizados, se compara mediante reparto aleatorio a pacientes con TAI con un grupo control¹³⁻¹⁷ y se obtienen resultados contradictorios. Steadman et al¹³ no encuentran diferencias significativas en los resultados con el grupo control. Swartz y Swanson¹⁸ encuentran mejoría en los pacientes con enfermedad mental grave que mantienen el tratamiento obligatorio más tiempo y se acompaña de tratamiento intensivo en la comunidad.

En este artículo presentamos los resultados de un estudio observacional y retrospectivo, realizado en la ciudad de Valencia (España) sobre una población de 38 pacientes sometidos a esta medida de tratamiento judicializado. Comparamos la utilización de servicios sanitarios durante un mismo período, antes y después de la introducción de la autorización judicial. A pesar de la debilidad metodológica de los estudios observacionales, consideramos estos resultados de interés, ya que hasta ahora los estudios publicados han sido, en su mayoría, de países de cultura anglosajona.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional y retrospectivo. La población está compuesta por todos los pacientes que están en tratamiento obligatorio ambulatorio en la ciudad de Valencia en el momento de iniciar el estudio (31-10-2005).

El acceso a los datos de esta población fue autorizado y facilitado por el Juzgado n.º 13 de Valencia, encargado de los procesos de internamientos e incapacidad civil. La recogida de información se completó con los datos de la historia clínica del paciente. Todos los pacientes tenían una edad superior a 18 años.

Se compara la utilización de los servicios de salud (reingresos, urgencias, tiempo de hospitalización) durante un período equivalente, 6 meses antes y 6 meses después de la introducción del tratamiento obligatorio.

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, número de ingresos hospitalarios, número de urgencias psiquiátricas y duración media de la estancia hospitalaria de los ingresos.

Aspectos éticos y origen de la financiación

El estudio se diseñó y realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki y las leyes éticas relacionadas con la profesión médica. El estudio fue desarrollado con independencia de cualquier influencia institucional y no recibió ninguna financiación externa.

RESULTADOS

Se obtiene una población de 38 pacientes con TAI. El 68% (n = 26) son varones y el 32% (n = 12), mujeres. La media de edad de los pacientes fue de 41 años. La persona más joven tenía 21 años (varón con diagnóstico de esquizofrenia paranoide) y la persona de mayor edad tenía 75 años (mujer diagnosticada hacía más de 25 años de trastorno bipolar con predominio de episodios maníacos y más de 15 ingresos hospitalarios). Los años de evolución de enfermedad oscilan desde los 3 a los 33 años, con una media de 13 años. La media de ingresos hospitalarios es de 4 por paciente.

En 25 casos (65%) se solicitó la aplicación de TAI por vía urgente y en el resto se realizó por vía ordinaria. Los casos solicitados por vía urgente corresponden a los pacientes ingresados en el hospital y el TAI se solicita por vía urgente desde el hospital para asegurar la continuación del tratamiento en la comunidad tras el alta hospitalaria. Las solicitudes de TAI vía ordinaria corresponden a pacientes con graves alteraciones de conducta (aislamiento en casa, abandono del autocuidado) sin riesgo urgente y que se niegan a acudir a los servicios sanitarios.

TABLA 2. Diagnóstico en ejes I y II (DSM-IV)

Eje I: diagnóstico primero	n (%)
Esquizofrenia	26 (68)
Trastorno delirante	5 (13)
Trastorno bipolar	5 (13)
Trastorno esquizoafectivo	1 (3)
Trastorno psicótico inducido por tóxicos	1 (3)
Eje I: diagnóstico segundo	n (%)
Abuso de tóxicos	10 (26)
Eje II	n (%)
Trastorno antisocial de la personalidad	1 (3)
Trastorno paranoide de la personalidad	2 (6)
Retraso mental leve	1 (3)

Los familiares acuden al juzgado para autorizar el tratamiento obligatorio.

Por diagnósticos, la esquizofrenia es el trastorno mental más frecuente en la población estudiada, con un 68% (n = 26) del total de pacientes. En segundo lugar, el trastorno delirante (n = 5) y el trastorno bipolar (n = 5). Finalmente, se diagnosticó a un paciente de trastorno esquizoafectivo y a otro de trastorno psicótico inducido por tóxicos (tabla 2). En el 26% de los pacientes (n = 10) había un segundo diagnóstico en eje I de consumo (abuso o dependencia) de tóxicos.

Respecto al eje II, se diagnosticó a un paciente de trastorno antisocial de la personalidad y a 2 pacientes de trastorno paranoide de la personalidad. También hay un caso con retraso mental leve.

En la mayoría de los casos (75%), el psiquiatra de la sala solicitó la medida durante el ingreso hospitalario del paciente, en coordinación con el centro de salud mental. En el resto de los casos, se trata de pacientes ambulatorios o personas que nunca han estado en contacto con los servicios de salud mental. La solicitud de medidas judiciales ha sido realizada por la familia del paciente (16%), Ministerio Fiscal (3%), Centro de Salud Mental (3%) o desde la Unidad de Conductas Adictivas (3%).

Los motivos más frecuentes para la aplicación del TAI han sido la aparición de conductas agresivas (38%) y el incumplimiento terapéutico (38%), que conllevan ingresos 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 (tabla 3).

El número de urgencias e ingresos y la estancia media hospitalaria de los ingresos realizados en los 6 meses anteriores y después de la introducción de la autorización judicial se presentan en la tabla 4. Se observa una disminución significativa tanto en el número de ingresos como en el número de urgencias en los 6 meses siguientes a la

TABLA 3. Motivo de solicitud del tratamiento ambulatorio involuntario

Motivo principal	n (%)
Violencia/agresividad	14 (38)
Incumplimiento terapéutico	14 (38)
Nula conciencia de enfermedad	7 (19)
Prevención recaídas en manía	2 (5)

TABLA 4. Utilización de servicios sanitarios (6 meses antes y después de introducir el TAI)

	Antes n (moda)	Después n (moda)	P
Urgencias	1,86 (2)	0,47 (0)	< 0,05
Ingresos	1,10 (1)	0,23 (0)	< 0,05
Estancia media, días	26	2,5	< 0,05

aplicación del tratamiento obligatorio. La estancia media hospitalaria de los ingresos se redujo en forma importante, desde 26 días de media antes del TAI a 2,5 días después del tratamiento judicializado.

A lo largo de este período de estudio, el juzgado había registrado las siguientes incidencias: 4 pacientes habían ingresado en un centro residencial de larga estancia para enfermos mentales, un paciente había ingresado en prisión, el psiquiatra había solicitado en 3 pacientes la renovación del tratamiento obligatorio y en un caso informaba que no hacía falta la renovación de la medida al término de los 18 meses de tratamiento obligatorio. En un caso se solicitó la incapacidad civil. Únicamente en un paciente fue necesaria la conducción forzosa al centro de salud para que se le pautara el tratamiento.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la literatura médica, el TAI se aplica con mayor frecuencia a personas con esquizofrenia (68%), que tienen recaídas graves, con conductas violentas o incumplimiento terapéutico (76%). Destaca la baja incidencia de abandonos del tratamiento en las personas con TAI, ya que sólo en un caso fue necesaria la conducción forzosa del paciente al centro de salud mental.

En la utilización de los servicios de salud, los estudios de comparación con un grupo control y reparto aleatorio muestran resultados contradictorios. Los investigadores de la Universidad de Duke, proponen que una orden de TAI mantenida (180 días o más), cuando es combinada con servicios de salud mental intensivos, puede incrementar el cumplimiento del tratamiento y reducir el riesgo de resultados negativos, como recaídas¹⁴, conducta violenta¹⁶ o arrestos¹⁷. Por otro lado, autores como Steadman et al¹³ y Kisely et al¹ no encuentran diferencias

significativas en las tasas de rehospitalización, 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).

Dada la información contradictoria de los estudios aleatorizados y a pesar de la debilidad metodológica de los estudios observacionales, consideramos que puede ser de interés la información aportada por estudios realizados en países con diferente tradición cultural.

En nuestro estudio encontramos una disminución del número de urgencias (1,86 frente a 0,47), del número de ingresos (1,1 frente a 0,23) y del número de días de hospitalización (26 frente a 2,5), en los 6 meses siguientes a la aplicación del TAI. Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios^{8,9,11,12,19,20}.

Consideramos que el TAI puede funcionar en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, al asegurar la continuación del tratamiento (sólo en un caso fue necesaria la intervención del juzgado para forzar el tratamiento) y así evitar recaídas y estabilizar la enfermedad. Por otro lado, puede servir para introducir en recursos terapéuticos ya existentes a pacientes que antes se negaban a asistir. El 25% de los TAI son vía ordinaria y se trata de pacientes que están en la comunidad y antes del tratamiento obligatorio se negaban a acudir a los recursos de salud mental. Hiday y Scheid-Cook²¹ también encuentran en pacientes con TAI un mayor cumplimiento de los programas terapéuticos y menor rechazo de la medicación. Así pues, consideramos que el TAI es una medida de utilidad, aunque sea para un pequeño porcentaje de pacientes²².

Es posible que estos resultados se consigan también con la instauración de programas de seguimiento intensivo. Ridgely (2001) encuentra en la literatura evidencias de que tratamientos alternativos basados en la comunidad, como el uso de programas de tratamientos asertivos en la comunidad, que son intervenciones intensivas, pueden producir buenos resultados en personas con enfermedad mental severa. En realidad no se trataría de sustituir un tratamiento intensivo ambulatorio por el TAI, sino de complementar una intervención con otra.

Creemos que en España se requiere una regulación legal específica sobre esta materia y que el TAI puede ser un instrumento más al alcance de los profesionales que trabajan en salud mental.

Limitaciones metodológicas y direcciones de la investigación futura

Los estudios observacionales como éste tienen limitaciones metodológicas importantes (el tamaño pequeño de la muestra y la ausencia de grupos de comparación). Es

posible, además, que otros factores no incluidos en este estudio también intervengan en la evolución de la enfermedad. Así pues, son necesarios más estudios que permitan aportar más información sobre la efectividad del TAI. Actualmente estamos realizando un estudio cualitativo en el que se recoge la opinión que tienen sobre esta medida los pacientes, sus familiares y los profesionales en salud mental que los atienden.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer al juzgado n.º 12 de Valencia, y en particular al juez D.J.M. Bort, su ayuda y colaboración en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient for people with severe mental disorders. Cochrane Review. Biblioteca Cochrane Plus; 2005, Número 4.Oxford.
2. Diario Sesiones Congreso Diputados Comisión Justicia. Proposición de Ley de Modificación LEC para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. Número 206, Sesión n.º 11, 1-56; 1 de marzo de 2005.
3. Diario Sesiones Congreso Diputados Comisión Justicia. Proposición de Ley de Modificación LEC para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. Número 209, Sesión n.º 12, 1-40; 2 de marzo de 2005.
4. SEPL (Sociedad Española Psiquiatría Legal 2005). Posición sobre el tratamiento ambulatorio y la observación para el diagnóstico no voluntarios. Disponible en: www.psiquiatrallegal.org
5. AEN. Documento AEN sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario; 2005. Disponible en: www.asoc-aen.es
6. Convenio de Oviedo, 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 Biomedicina. Disponible en: www.san.gva.es/hgub/descargas/quiosco/convenio_oviedo.pdf
7. Ridgely MS, Borum R, Petrila J. The effectiveness of involuntary outpatient treatment: Empirical evidence and the experience of eight States 2001. Disponible en: www.rand.org/publications/MR/MR1340
8. Fernandez G, Nygard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41:1001-4.
9. Geller J, Grudzinskas A. The efficacy of involuntary outpatient treatment in Massachusetts. *Admin Policy Ment Health*. 1998;25:271-85.
10. Hiday V, Scheid-Cook T. A follow-up of chronic patients committed to outpatient treatment. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40:52-9.
11. Munetz MR, Grande T, Kleist J, Peterson GA. The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatr Serv*. 1996;47:1251-3.
12. Zanni G, DeVeau L. Inpatient stays before and after outpatient commitment. *Hosp Community Psychiatr*. 1986;37:941-2.
13. 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;52:330-6.

14. 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;156:1968-75.
15. 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;52:325-9.
16. 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.
17. Swanson JW, Borum R, Swartz MS, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ. Can involuntary outpatient commitment reduce arrests among persons with severe mental illness? *Criminal Justice and Behavior*. 2001;28:156-89.
18. Swartz MS, Swanson JW. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: What's in the data? *Can J Psychiatry*. 2004;49:585-91.
19. Durst R, Teitelbaum A, Bar-El Y, Ginath Y. Evaluation of Compulsory Ambulatory Treatment in Israel. *Psychiatr Serv*. 1999;50:698-700.
20. Rohland BM. The role of outpatient commitment in the management of persons with schizophrenia. Iowa: Consortium for Mental Health; 1998. p. 1-11.
21. Hiday V, Scheid-Cook T. The Nord Carolina experience with outpatient ommitent: a critical appraisal. *Int J Law Psychiatry*. 1987;10:215-32.
22. Hiday VA. An assessment of outpatient commitment in North Carolina. *Ed & Self Mgmt Psych Pt*. 1987;1:4-7.