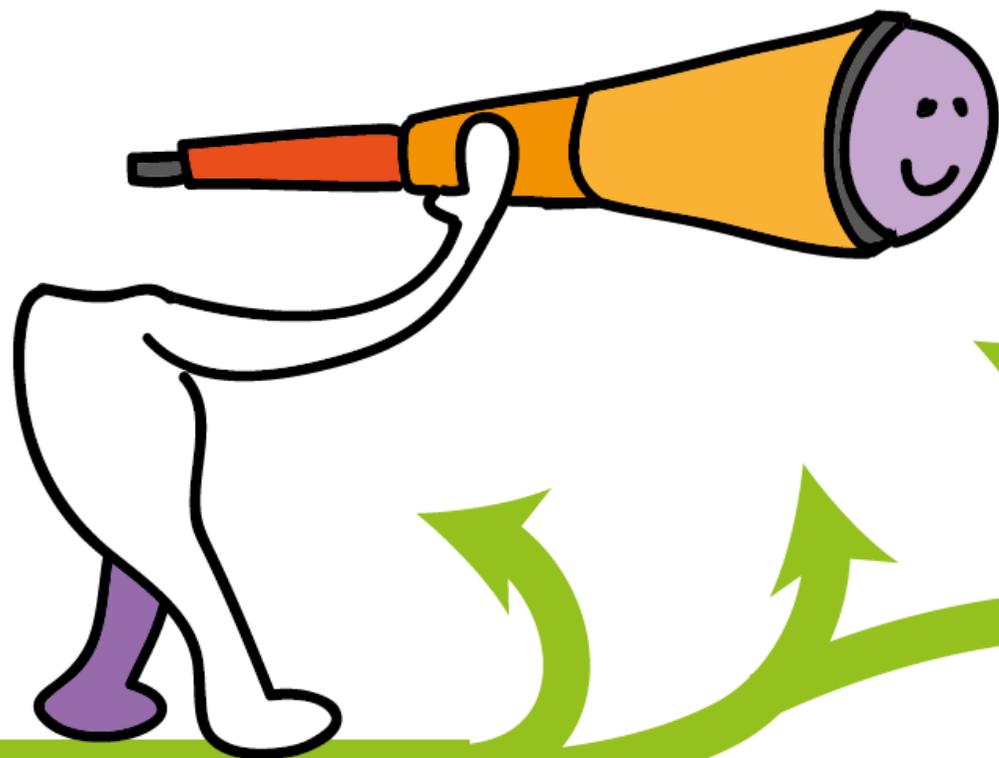


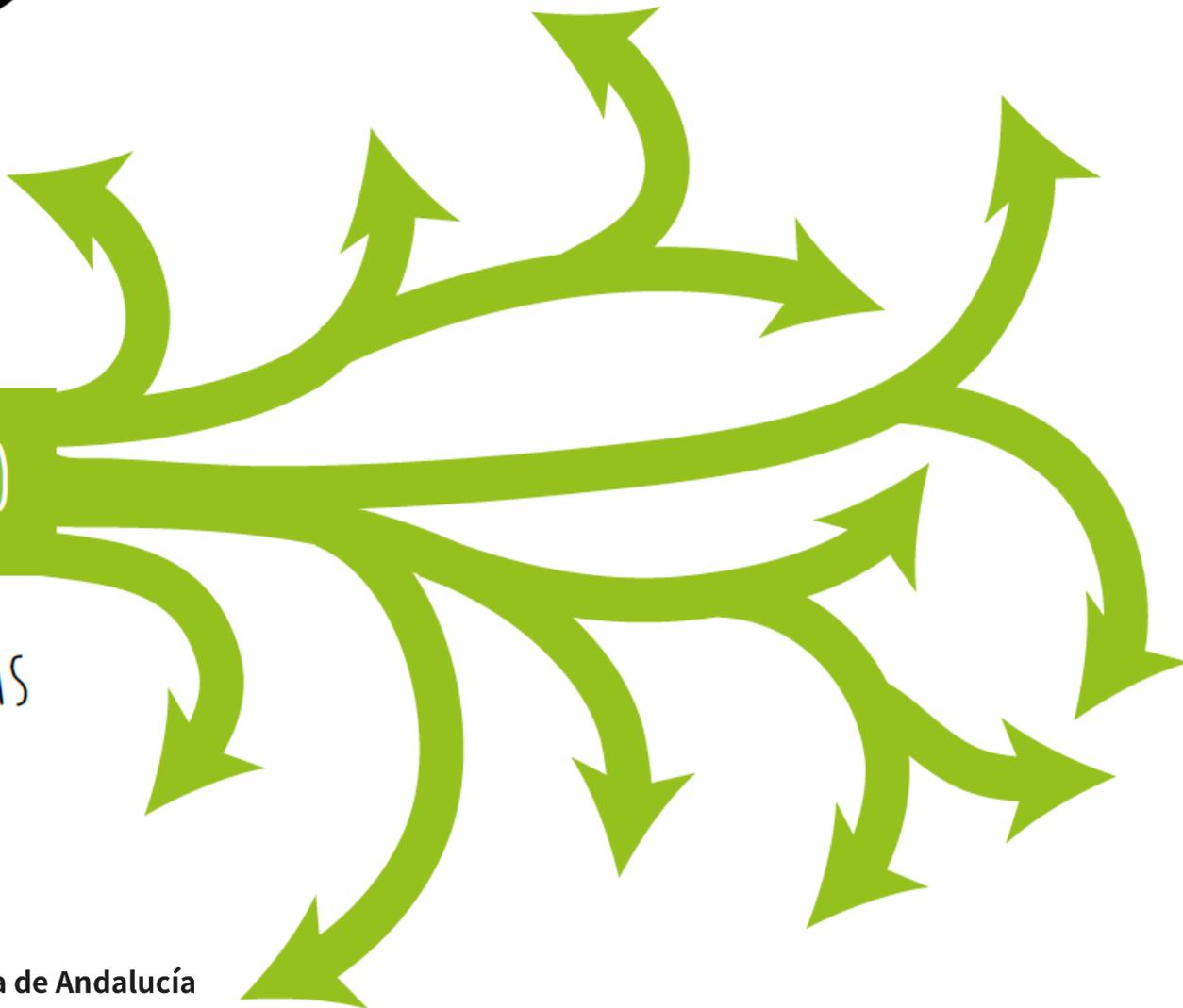
PLANIFICACIÓN  
ANTICIPADA DE  
DECISIONES EN

SALUD MENTAL



GUÍA DE APOYO

PARA PROFESIONALES  
Y PERSONAS USUARIAS  
DE LOS SERVICIOS DE  
SALUD MENTAL



PLAN INTEGRAL DE SALUD  
MENTAL DE ANDALUCÍA



**Junta de Andalucía**

Consejería de Salud y Familias

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA, S.A.

## Presentación

*Salvaguardar el derecho a la toma de decisiones de forma autónoma y con libertad es una obligación de los servicios y profesionales en todos los ámbitos de la atención socio-sanitaria. En el caso de las personas con diagnóstico de trastorno mental es, además, un imperativo legal específico, formulado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.*

*En el año 2012, el Informe del Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental de Andalucía, vinculado al Plan Integral del Salud Mental, expresaba la necesidad de poner en marcha iniciativas orientadas a mejorar el respeto a la toma de decisiones autónomas y con libertad de las personas con un diagnóstico de trastorno mental, especialmente en las situaciones de especial vulnerabilidad, como es el caso de tener limitada la capacidad para tomar sus propias decisiones.*

*El uso de planificación anticipada de decisiones en salud mental se considera que sirve para dar cumplimiento al artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, por instituciones que velan por el cumplimiento de los derechos humanos, ya que permite limitar las decisiones por sustitución, ajenas a la voluntad de la persona, y favorece la consideración propia y ajena de la persona como sujeto de derechos.*

*Con la coordinación de la Escuela Andaluza de Salud Pública y el Programa de Salud Mental, el Grupo de Derechos Humanos desarrolló una herramienta para conocer, de forma anticipada, las necesidades y preferencias en la atención que sirviera para garantizar el derecho a la toma de decisiones por parte de las personas en situaciones en las que se determina que tienen limitada su capacidad para decidir. En el año 2015 se publicó una Guía de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental, que en 2020 se ha actualizado con la colaboración de un grupo de profesionales y usuarios/as, con el objetivo de ofrecer información más práctica y clara que facilite el trabajo de los profesionales en el apoyo a usuarios a expresar sus decisiones de forma anticipada.*

*Es nuestro deseo que esta Guía revisada sirva para extender los procesos de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental en Andalucía, y que ello redunde en garantizar mejor los derechos de las personas, favoreciendo la relación terapéutica, la toma de decisiones compartidas y la expresión de acuerdos que faciliten el respeto y la confianza mutua entre profesionales y usuarios/as de los servicios.*

**Javier Romero Cuesta y José Guerrero Velázquez.**

Directores del Plan de Salud Mental

Esta Guía ha sido elaborada y actualizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con el Programa de Salud Mental, con las aportaciones de un grupo de profesionales, personas usuarias y familiares.

#### Redacción

Amets Suess Schwend  
María Isabel Tamayo Velázquez  
Águila Bono del Trigo

#### Aportaciones

José Manuel Arévalo López  
Águila Bono del Trigo  
Manuel Cabrera Espinosa  
Julio Castellano Ramírez  
Juan A. Delgado Bailon  
Andrés Eslava Martín  
Pablo García-Cubillana de la Cruz  
Josefa Guerra Arévalo  
Evelyn Huizing  
Vicente Ibáñez Rojo  
Ignacio Lara Ruiz-Granados  
Juan Carlos Maestro Barón  
Ana Martín Mingorance  
Antonio Miguel Quesada Portero  
Martín Rodríguez Téllez  
Javier Romero Cuesta  
María Dolores Romero Jimeno  
Mercedes Rueda Lizana  
Amets Suess  
María Isabel Tamayo Velázquez  
Ana Távora Rivero  
Amalia Tesoro Amate  
Laura Villalba Baena

#### Edición y Coordinación:

Escuela Andaluza de Salud Pública.  
CONSEJERÍA DE SALUD y FAMILIAS. JUNTA DE  
ANDALUCÍA

Diseño gráfico: Laura Apolonio

Primera Edición: Septiembre 2015  
Segunda Edición: Septiembre 2020  
ISBN: 978-84-608-2969-0

#### Agradecimientos:

A los y las profesionales y personas usuarias que participaron en el proceso de pilotaje de esta Guía para la primera edición en 2015.

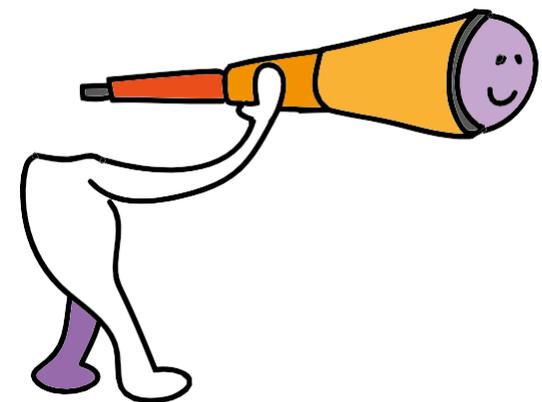
Al alumnado de los cursos de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental, que con sus aportaciones han permitido detectar aspectos que precisaban de revisión.

De forma especial, al Grupo de Trabajo que participó en la revisión de esta última versión 2020 de la Guía y el Documento-Formulario.



# ÍNDICE

<b>1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>La Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental .....</b>	<b>7</b>
2.1.	¿Qué es la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental? .....	7
2.2.	¿Qué se entiende por capacidad? .....	8
2.3.	¿Qué contenidos se pueden incluir en el documento de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental? .....	8
2.4.	¿Tiene la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental carácter legalmente vinculante? .....	8
2.5.	¿Quién debe iniciar y desarrollar los procesos de PAD-SM? .....	9
2.6.	¿Cuándo hacer una PAD-SM? .....	9
2.7.	¿Cuál es el rol del/de la profesional? .....	9
2.8.	¿Cuál es el rol de la persona representante? .....	10
2.9.	¿Qué limitaciones podemos encontrar en un proceso de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental? .....	10
2.10.	¿Cómo se deja constancia de un proceso de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental? .....	11
2.11.	¿Quién debe conocer la PAD-SM? .....	11
2.12.	¿Se puede modificar o anular una PAD-SM? .....	12
2.13.	¿Cuándo se debe aplicar el documento de PAD-SM? .....	12
<b>3</b>	<b>Proceso de realización de la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental .....</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>La Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental y la Ética de la Organización .....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>Ejemplos de situaciones relacionadas con la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental .....</b>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>Anexo 1. Documento de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental .....</b>	<b>27</b>
	<b>Anexo 2. Normativa y recursos .....</b>	<b>37</b>
	<b>Anexo 3. Bibliografía .....</b>	<b>39</b>



# 1 INTRODUCCIÓN

Cuando una persona tiene limitada su capacidad para tomar decisiones, se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad en la que sus derechos podrían no ser respetados. Esto ocurre cuando terceras personas toman decisiones ajenas a su voluntad, sus necesidades y preferencias en diferentes ámbitos, entre ellos en la atención sanitaria en Salud Mental. Para evitar que se produzcan vulneraciones de derechos, es recomendable que se conozcan, de forma anticipada, sus necesidades y preferencias respecto a la asistencia que va a recibir por parte de los servicios de Salud Mental.

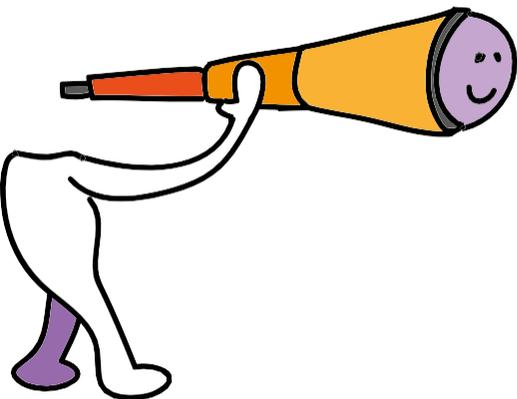
El Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental, vinculado al Plan Integral de Salud Mental de Andalucía desarrolló una herramienta de **Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental (PAD-SM)** para Andalucía, para contribuir a salvaguardar el derecho de las personas a que su autonomía sea respetada en situaciones de incapacidad transitoria.

Cumpliendo con lo formulado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y con lo expresado en la *Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente*, la PAD-SM promueve respetar el derecho que tienen las personas a decidir por sí mismas, favoreciendo su consideración propia y ajena como sujeto de derechos.

El objetivo de esta Guía, que ha sido actualizada en 2020, es proporcionar información práctica para realizar la PAD-SM. Esta información resultará útil tanto a profesionales como a personas usuarias de los servicios de Salud Mental, para facilitar la expresión y concreción, de forma anticipada, de las preferencias y decisiones de las personas interesadas.

## IDEAS PRINCIPALES

- Guía dirigida tanto a las personas interesadas en realizar un proceso de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental, como a los equipos profesionales de servicios de Salud Mental.
- En consonancia con lo expresado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, ratificada por España y con la *Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente*.
- Para preservar el derecho a la autonomía en la toma de decisiones de la persona.
- Para conocer de forma anticipada las necesidades y preferencias, y adaptar la atención en el caso de que la persona se encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones.
- Para favorecer la relación terapéutica, la toma de decisiones compartidas y la expresión de acuerdos que facilitan el respeto y la confianza mutua entre profesional y persona usuaria de los servicios.



## 2 La Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental PAD-SM

En este apartado se introducen algunos conceptos básicos relacionados con la PAD-SM que intentan responder a preguntas que pueden surgir en el proceso de su elaboración.

### 2.1. ¿Qué es la PAD-SM?

La PAD-SM es una herramienta para proteger los derechos de las personas usuarias en la atención que reciben en los servicios de Salud Mental, mejorar la relación clínica y adaptar la asistencia a sus preferencias y necesidades. El **objetivo** es facilitar los procesos de toma de decisiones en un momento en el que la persona se encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones relacionada con un problema de salud mental. Además, puede constituir una herramienta de autoconocimiento en el proceso de recuperación. Puede ser aplicada tanto en caso de hospitalización como en el ámbito de atención ambulatoria de Salud Mental.

Realizar una PAD-SM sirve para **preservar el derecho a la autonomía durante la toma de decisiones de la persona**, en consonancia con lo formulado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) aprobada por Naciones Unidas en el 2006, que España ha ratificado, y que tiene carácter legalmente vinculante. La PAD-SM es una **herramienta de apoyo** para evitar la sustitución en la toma de decisiones, tal como lo exige la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

La persona interesada puede designar a una o varias personas como su/s representante/s, en el caso de encontrarse en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones. Además, puede expresar sus preferencias respecto a medicación, actuaciones terapéuticas, lugares de hospitalización y profesionales. Asimismo, puede describir signos de alerta o síntomas previos a una situación de crisis, especificar el momento a partir del que desea que se aplique el documento, indicar actuaciones que le hacen sentirse mejor o peor, personas a avisar o no avisar, preferencias respecto a visitas, así como aportar información sobre preferencias personales (relacionadas con la dieta alimenticia, actividades ocupacionales, intereses, aficiones, hábitos religiosos o espirituales, prácticas de meditación, aseo, hábitos de sueño, aspectos culturalmente específicos, etc.).

La PAD-SM no se limita a la cumplimentación del documento de PAD-SM, sino que forma parte de un **proceso continuado de información, comunicación y apoyo a la toma de decisiones**. Dicho proceso es una oportunidad para fomentar una relación de confianza y diálogo entre la persona usuaria y el equipo profesional de Salud Mental, así como con otras personas de confianza, dentro de un enfoque de recuperación, empoderamiento y Derechos Humanos.

Para facilitar el **seguimiento** de la PAD-SM, se recomienda informar a personas de confianza (familiares, amistades, movimiento asociativo, profesionales del Servicio Andaluz de Salud o de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, etc.).

## 2.2. ¿Qué se entiende por capacidad?

El modelo de PAD-SM parte de la premisa de que **tener un problema de salud mental no es sinónimo de incapacidad**. Se basa en el reconocimiento de la capacidad de las personas con problemas de salud mental a expresar sus preferencias y tomar decisiones sobre su propia vida, así como en el carácter transitorio de una limitación potencial de esta capacidad, sin tratarse de una condición permanente. En ningún caso, **la falta de adaptación de las preferencias de la persona a la perspectiva del/de la profesional debería constituir una razón para considerar que la persona con problemas de salud mental se encuentre en una situación de incapacidad**.

La PAD-SM se fundamenta en el principio de respeto de la dignidad inherente, autonomía, libertad de tomar las propias decisiones, independencia, no discriminación, participación e inclusión plenas e igualdad de oportunidades de las personas con problemas de salud mental, así como en el derecho a disponer de los apoyos necesarios- y de no hacer uso de tales apoyos si así se prefiere -, en consonancia con lo establecido en la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)*.

En el artículo 12 (“Igual reconocimiento como persona ante la ley”), la CDPD establece que los estados “*adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica*”.

Siguiendo este principio, **no se trataría de que el/la profesional de Salud Mental evalúe la capacidad** para elaborar el documento de PAD-SM, **sino de facilitar a la persona interesada los apoyos necesarios para ejercer su capacidad en el proceso de PAD-SM**. Es por esta razón que se recomienda especificar en el documento el momento de aplicación de las preferencias expresadas.

## 2.3. ¿Qué contenidos se pueden incluir en el documento de PAD-SM?

La persona interesada en elaborar un documento de PAD-SM tiene también la oportunidad de:

- Describir **signos de alerta, síntomas**, situaciones o circunstancias que dan lugar a la aplicación de lo expresado en este documento de PAD-SM.
- Indicar actuaciones que le hacen **sentirse mejor o peor**.
- Nombrar a **personas a las que avisar o no avisar**.
- Indicar sus **preferencias de visita**.
- Expresar **preferencias respecto a medicación**.
- Nombrar preferencias relacionadas con **actuaciones terapéuticas** durante la crisis.
- Expresar preferencias en el caso excepcional de **medidas coercitivas**.
- Indicar **preferencias respecto a profesionales**.
- Nombrar preferencias relacionadas con **hábitos personales** (dieta, actividades ocupacionales, intereses, aficiones, hábitos religiosos o espirituales, hábitos aseo y sueño, etc.).
- Expresar **otras preferencias**.

## 2.4. ¿Tiene la PAD-SM carácter legalmente vinculante?

En el momento actual, las preferencias expresadas en la PAD-SM no tienen un carácter legalmente vinculante. La PAD-SM se registra en la historia clínica electrónica y estará solo accesible para profesionales de Salud Mental.

Es relevante que se tenga en cuenta lo expresado en el documento de PAD-SM cuando la persona se encuentre en una situación de incapacidad transitoria, dentro de los límites de legalidad, viabilidad y disponibilidad de recursos. Se protegerán los datos personales siguiendo lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se facilitará una copia en papel del documento a la persona interesada, a su(s) representante(s) y a otras personas que la persona considere oportuno.

En el momento actual existe la posibilidad de registrar un resumen de las preferencias relacionadas con el ámbito de Salud Mental en la Declaración de Voluntad Vital Anticipada, y la inscripción en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Una descripción detallada del procedimiento y el formulario se encuentra en: <https://rv2.csalud.junta-andalucia.es/salud/rv2/inicioCiudadania.action>.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que **esta Declaración está orientada a los procesos del final de la vida**, y no a problemas de salud mental. El documento incluye un espacio para especificar “*otras consideraciones y preferencias que deben tenerse en cuenta*” donde se podrían incluir cuestiones relacionadas con la salud mental, pero es necesario tener presente que los equipos profesionales suelen consultarlo únicamente en aquellas situaciones relacionadas con la toma de decisiones al final de la vida. Este espacio está además limitado a 2.000 caracteres.

## 2.5. ¿Quién debe iniciar y desarrollar los procesos de PAD-SM?

El documento puede ser elaborado por la persona interesada, sola y/o con el **apoyo de profesionales de Salud Mental**, así como con los apoyos que desee tener por parte de representantes, familiares, amistades, movimiento asociativo, agente de apoyo mutuo, etc. El/la profesional de Salud Mental registrará el documento en la historia clínica electrónica.

Con el objetivo de fomentar la aplicación del documento, **se recomienda su elaboración dentro de un proceso de PAD-SM**, entendido como **proceso de diálogo y reflexión compartida entre el/la profesional de Salud Mental y la persona interesada**.

La persona debe conocer el documento de PAD-SM antes de cumplimentarlo. Por lo que los y las profesionales deberían facilitar una copia a las personas interesadas, con el objeto de reflexionar sobre sus preferencias y solicitar la información y apoyo que precisen. El documento de PAD-SM está disponible en el Anexo I.

**Es imprescindible que la persona interesada tenga oportunidad de leer detenidamente el documento final y realizar las modificaciones que considere.**

## 2.6. ¿Cuándo hacer una PAD-SM?

El proceso de PAD-SM y la elaboración del documento de PAD-SM podrán realizarse en el momento que la persona interesada desee dejar constancia de sus preferencias. **Dependerá de cada persona y sus circunstancias**, ya que su desarrollo tiene un **carácter individualizado**. Por ejemplo, puede ser realizada a partir de la experiencia previa de una crisis relacionada con su problema de salud mental. En cualquier caso, se recomienda que el **momento permita una buena comunicación y reflexión**.

## 2.7. ¿Cuál es el rol del/de la profesional?

Desde la consideración de la PAD-SM como un proceso continuado, **el/la profesional de Salud Mental debe adoptar un rol de información, apoyo y acompañamiento, respetando en cada momento la voluntad de la persona**.

Este apoyo puede consistir en aportar información exhaustiva, contrastada y realista, así como explorar alternativas y opciones complementarias sobre la medicación, estrategias de contención o preferencias en la atención en Salud Mental; informar de los recursos disponibles, o bien prestar apoyo en la elaboración del documento de PAD-SM.

El/la profesional no debe ejercer presión o condicionar la expresión de preferencias. Puede proponer un proceso de PAD-SM en el marco de la relación terapéutica, pero no debería imponer su realización en contra de la voluntad de la persona. Si se expresara una preferencia que se encuentre en conflicto con la legislación vigente, el/la profesional debe informarle acerca de esta incompatibilidad.

En caso de que la persona desee elaborar el documento sin ayuda del/de la profesional, es necesario realizar un proceso de revisión conjunta del documento antes de su registro en la historia clínica electrónica. Si no hay acuerdo entre la persona integrada y el/la profesional, se deben incluir las preferencias en el documento de PAD-SM, haciendo referencia explícita a la falta de acuerdo.

En el caso de que el/la profesional de referencia no esté dispuesto/a a acompañar en un proceso de PAD-SM, se puede señalar el derecho a un cambio de especialista, establecido en el *Decreto 128/1997, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de Médico Especialista y de Hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*.

## 2.8. ¿Cuál es el rol de la persona representante?

La persona interesada en elaborar un documento de PAD-SM puede designar a una persona representante y a una sustituta, así como especificar y delimitar sus funciones.

La persona designada como representante tomará decisiones en lugar de la persona en situación de incapacidad transitoria, siguiendo sus preferencias. Velará por los intereses de la persona interesada en un momento en el que esta tenga incapacidad transitoria para tomar decisiones sobre la atención en los servicios de Salud Mental, siguiendo siempre las preferencias expresadas en el documento de PAD-SM.

Aunque la elección de una persona representante no es obligatoria, se recomienda su designación, ya que no es posible prever todas las situaciones que puedan presentarse en el futuro. Además, cuando el/la representante conoce bien las preferencias de la persona interesada puede evitar dificultades en la interpretación del documento.

Se recomienda elegir como representante a una persona de confianza (familiar, persona allegada, amigo/a, representante del movimiento asociativo, etc.), que conozca bien a la persona interesada y vaya a respetar las preferencias y valores de su representado/a más allá de lo expresado en el documento, pero utilizando este siempre como referencia. Además, no podrá estar incapacitado/a legalmente o tener conflictos de intereses a la hora de ejercer su función como representante.

Es recomendable que el/la representante participe en el proceso de identificación de preferencias, acompañando a la persona, de cara a conocer en profundidad sus deseos y poder respetarlos llegado el caso.

## 2.9. ¿Qué limitaciones podemos encontrar en un proceso de PAD-SM?

A pesar de las ventajas que puede suponer el realizar la PAD-SM, también existen potenciales limitaciones, como el carácter no vinculante legalmente y los límites de disponibilidad de recursos en el Sistema Sanitario.

Otras posibles limitaciones pueden ser la falta de conocimiento de la PAD-SM por parte de profesionales de Salud Mental, las actitudes paternalistas en la relación clínica, el no reconocer la capacidad de las personas usuarias para su elaboración, así como sus expectativas que pueden entrar en contradicción con normativas legales, reglas de convivencia o hábitos saludables.

Es necesario evitar un uso inadecuado de la PAD-SM, derivado de presiones ejercidas por parte del/de la profesional, familiares u otras personas, para que la persona interesada otorgue de forma anticipada su consentimiento al uso futuro de determinadas medidas o tratamientos. A ello hay que añadir que la PAD SM no debería reducirse a la mera firma del documento. Estos usos están en contradicción con el espíritu del documento como garante de los derechos de las personas usuarias.

Todas las preferencias expresadas en el documento, incluyendo las relacionadas con medidas coercitivas o tratamientos farmacológicos, deberían reflejar la voluntad de la persona interesada.

## 2.10. ¿Cómo se deja constancia de un proceso de PAD-SM?

Se puede dejar constancia de la designación de la persona representante y de las preferencias identificadas durante el proceso en el documento de PAD-SM. Este documento está disponible en la historia clínica electrónica, y puede ser solicitado a los y las profesionales del SSPA.

El documento de PAD-SM (véase Anexo I) incluye los siguientes apartados en los que la persona interesada puede expresar sus preferencias.

- Signos de alerta, síntomas, circunstancias que darían lugar a la aplicación de lo expresado en este documento de PAD-SM.
- Actuaciones que “me hacen sentir mal” o me ayudan a sentirme bien”.
- Personas a las que avisar.
- Preferencias de visita.

- Preferencias relacionadas con la medicación en el ámbito de la Salud Mental.
- Preferencias relacionadas con actuaciones terapéuticas en los dispositivos en los que la persona será atendida durante la crisis.
- Expresión de preferencias en el caso excepcional de medidas coercitivas.
- Preferencias respecto a profesionales.
- Preferencias relacionadas con hábitos personales.
- Otras preferencias.
- Designación de representantes.

La persona puede dejar en blanco aquellas secciones sobre las que no desea aportar información, sin restar esto validez a las preferencias expresadas.

El/la profesional de Salud Mental que atiende a la persona interesada registrará el documento de PAD-SM en la historia clínica electrónica.

## 2.11. ¿Quién debe conocer la PAD-SM?

Antes de proporcionar atención a una persona que se encuentra en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones sobre la atención en Salud Mental (ej. en caso de un ingreso involuntario o aplicación de medidas coercitivas en la atención ambulatoria de Salud Mental), los y las profesionales de Salud Mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía deben consultar la historia clínica para comprobar si la persona atendida tiene registrado un documento de PAD-SM, y seguir las preferencias expresadas en el mismo.

Actualmente no es posible que los/as profesionales de otras Comunidades Autónomas tengan acceso a la historia clínica electrónica y por tanto el al documento de PAD-SM registrado en la misma. En caso de viajar fuera de Andalucía, se recomienda a la persona interesada llevar consigo una copia impresa del documento.

Con el objetivo de facilitar el seguimiento de las preferencias expresadas en el documento de PAD-SM, **se recomienda informar al máximo de personas de confianza** acerca del proceso de elaboración de PAD-SM y de su registro en la historia clínica electrónica (representantes, familiares, amistades, profesionales de confianza del SAS o de FAISEM, otros/as profesionales de Salud Mental, personas del entorno social cercano o representantes del movimiento asociativo, etc). **Además, se recomienda a la persona declarante, facilitar una copia impresa del documento a las personas que considere.**

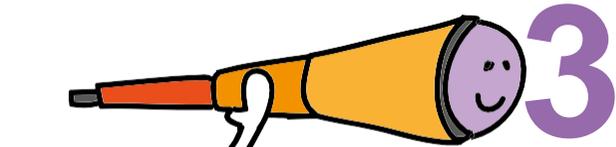
Además de facilitar el seguimiento del documento de PAD-SM, informar a personas cercanas puede contribuir a concienciar al propio entorno social sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental y difundir el conocimiento de la herramienta.

## 2.12. ¿Se puede modificar o anular una PAD-SM?

La PAD-SM se considera un **proceso continuo** de información, asesoramiento y toma de decisiones, por lo que la persona interesada tiene el **derecho de modificar, actualizar o anular el documento de PAD-SM siempre que lo considere oportuno.**

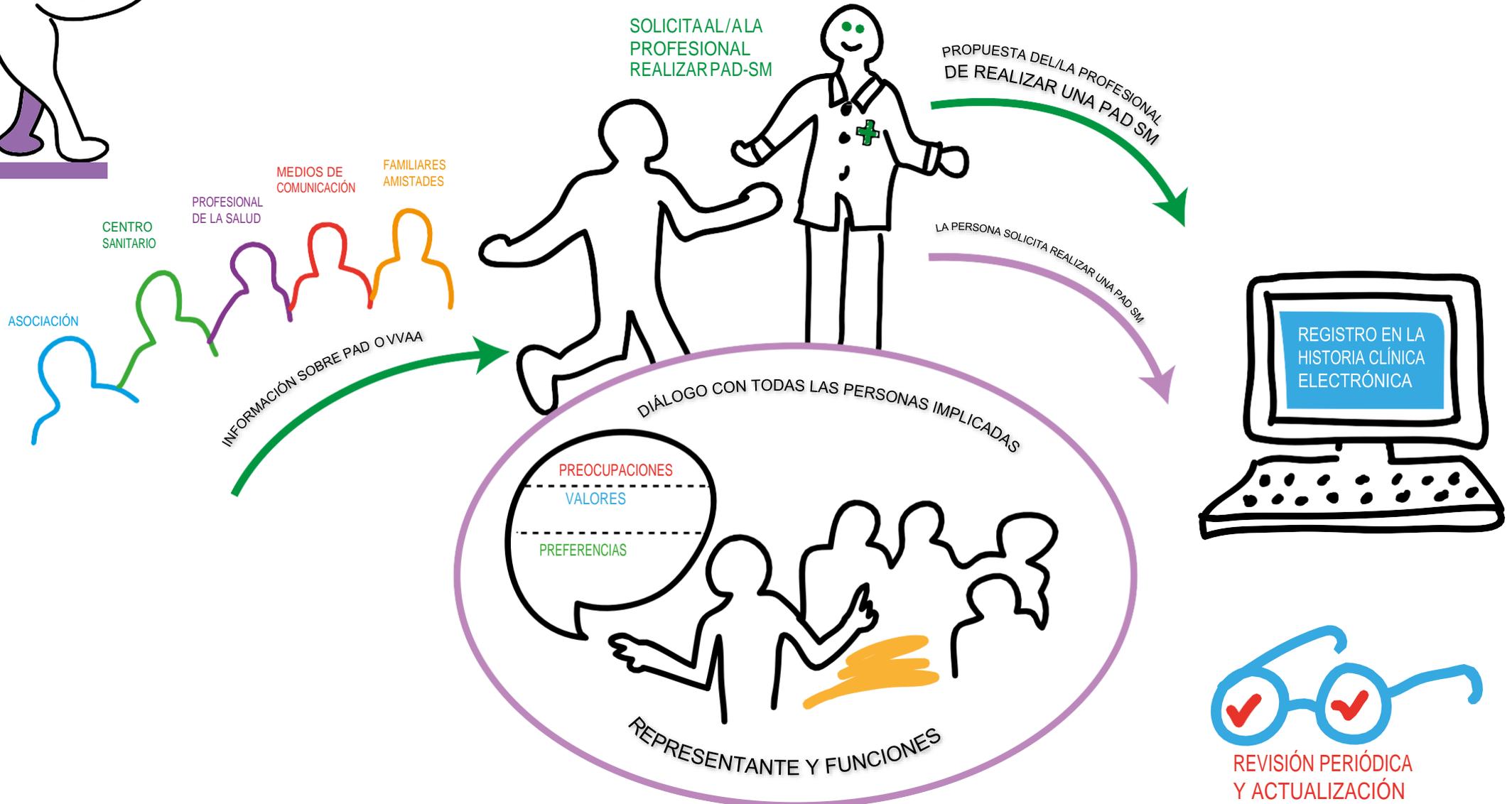
## 2.13. ¿Cuándo se debe aplicar el documento de PAD-SM?

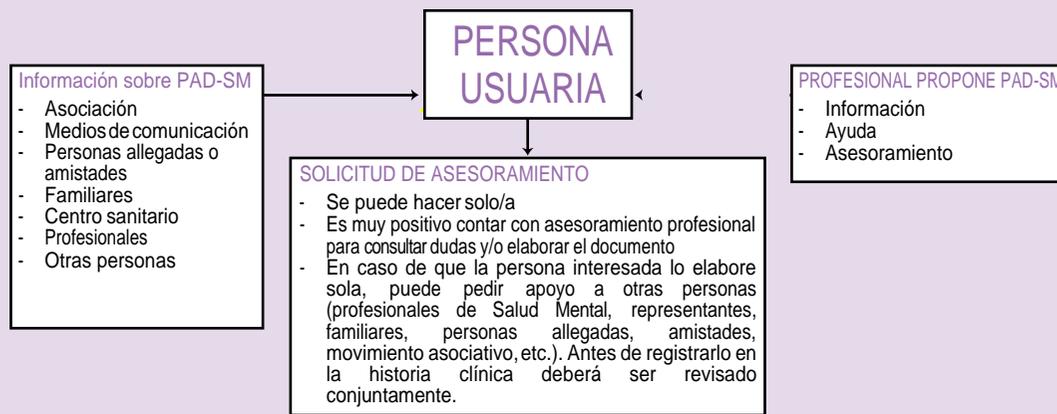
Se recomienda a la persona interesada **especificar en el documento aquellas situaciones o momentos en los que desea que se tengan en cuenta las preferencias expresadas en el mismo.**



3

### Proceso de realización de la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental





### DISCUSIÓN SOBRE VALORES, CREENCIAS, DESEOS, PREOCUPACIONES, EXPERIENCIAS PASADAS...

#### Discusión sobre preferencias concretas

- Medicación
- Ingresos
- Acompañamiento
- Barreras
- Facilitadores

#### Designación de la persona representante y sus funciones

- No tiene que ser necesariamente un/a familiar
- Es necesario mantener conversaciones con la persona representante y que entienda sus funciones
- Está dispuesto/a a aceptar la responsabilidad
- Está preparado/a para manejar opiniones divergentes entre familiares, amistades, profesionales
- Cumple los requisitos legales para cumplir con su función (mayoría de edad, capacidad...)
- Debe ser capaz de actuar en función de las preferencias de la persona a la que representa y no de sus propios sentimientos o intereses
- Debe estar fácilmente localizable / accesible
- No debe tener conflicto de intereses con la persona a la que representa

#### Incluir en las conversaciones a las personas que se considere oportuno

- Familiares
- Amistades
- Representante de movimiento asociativo
- Otros/as profesionales de la salud
- Otras personas

#### Registro del proceso

- Historia Clínica Electrónica

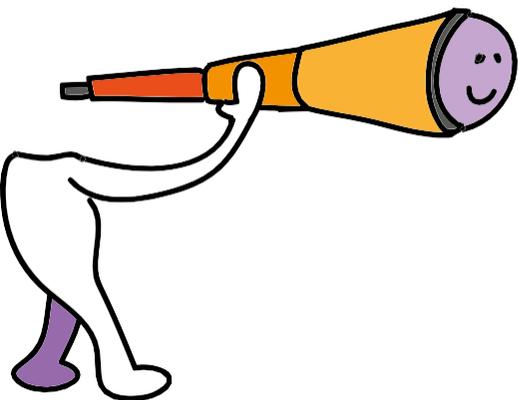
#### Informar a otras personas (aquellas que la persona interesada considere oportuno)

- Sobre el documento de PAD-SM
- Sobre los deseos y preferencias
- Sobre la persona representante designada y sus funciones

#### Revisión y actualización periódica

La persona interesada puede hacer una revisión de su PAD-SM. Es especialmente recomendable:

- Después de algún cambio vital importante (cambio en la estructura familiar, cambio/ruptura de pareja, fallecimiento cercano...)
- Después de cambios de salud importantes (diagnóstico, pronóstico, medicación, crisis, ...)
- Cambio de la persona representante (esta no puede ejercer sus funciones o deja de ser la persona idónea para ejercer esa función...)
- Si se pierde la capacidad de vivir de forma independiente



## 4 La Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental y la Ética de la Organización

La realización de los procesos de PAD-SM no es solo una responsabilidad individual del ejercicio profesional. **La PAD-SM es también una responsabilidad ética colectiva de los servicios de salud mental** en los diferentes niveles asistenciales: Dispositivos, Unidades de Gestión Clínica, Servicios Centrales del SAS y Consejería de Salud y Familias. **Forma, por tanto, parte del desarrollo de la Ética de la Organización.**

Esto implica que los equipos directivos tienen también la obligación ética de facilitar en lo posible a profesionales, personas usuarias y familias, que puedan llevarse a cabo procesos de PAD-SM.

Algunas de las actividades que los equipos directivos deben impulsar son:

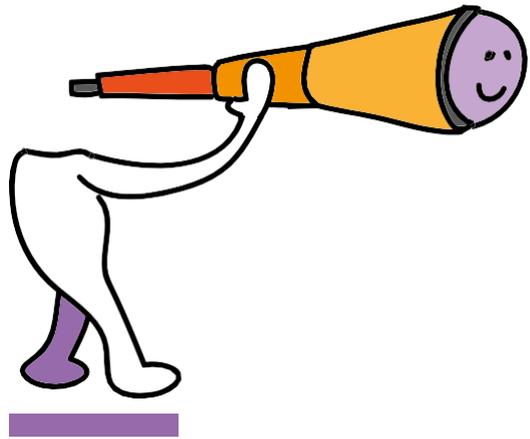
- **Facilitar la formación específica de profesionales del SSPA sobre la PAD-SM.**
- **Facilitar información actualizada a profesionales y personas usuarias sobre el proceso de PAD-SM, el documento de PAD-SM, y sobre su proceso de cumplimentación.**

- **Facilitar a profesionales y personas usuarias el manejo de esta Guía.** Esto exige ofrecerles su disponibilidad de forma fácilmente accesible, tanto en formato electrónico como en papel.

- **Desarrollar ciclos de calidad que permitan planificar intervenciones relacionadas con la PAD-SM, ejecutarlas, evaluarlas y revisar el resultado para proponer nuevas medidas.**

- **Impulsar el desarrollo de procesos funcionales estructurados, organizados y evaluados de puesta en marcha de PAD-SM** en sus servicios. Estos procesos deben determinar a qué personas se les propone iniciar un proceso de PAD-SM, cuándo, cómo, quién se responsabiliza, cómo se evalúa, etc.

- **Implicar a su Comité de Ética Asistencial de referencia en la realización de todas estas intervenciones.**



## **5** Ejemplos de situaciones relacionadas con la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental

**5.1. Ejemplo 1. A demanda de un/a familiar**

**5.2. Ejemplo 2. Resistencia de un/a profesional**

**5.3. Ejemplo 3. Tras una hospitalización por intento de suicidio**

**5.4. Ejemplo 4. Elección de representante**

**5.5. Ejemplo 5. Experiencia con una contención física**

**5.6. Ejemplo 6. Toma de decisiones sobre un antipsicótico**

## 5.1. Ejemplo 1. A demanda de un/a familiar

Blanca es una mujer de 45 años, con una hermana de 48, Mercedes, que toma diferentes fármacos para intentar controlar sus crisis relacionadas con un problema de salud mental. Mercedes ha estado ingresada en dos ocasiones a lo largo de su vida en la Unidad de Salud Mental. Últimamente Blanca está preocupada por la forma de comportarse de su hermana Mercedes, quiere ayudarla y no tiene claro cómo contribuir a que, tanto el estado de su hermana como la relación entre ellas mejoren. Blanca ha decidido hablar con una profesional de Salud Mental que suele atender a su hermana y con la que ya tiene cierta confianza.

**Profesional:** Hola Blanca, ¡cuánto tiempo! ¿Cómo estás?

**Blanca:** Hola, muy bien. Sí hace tiempo que no nos vemos.

**Profesional:** Y bien, cuéntame, ¿Cómo está Mercedes?

**Blanca:** Bueno, tiene sus días, ya sabes. Últimamente está muy alterable, se irrita mucho y parece que desconfía mucho de todos. Me tiene un poco preocupada.

**Profesional:** ¿Y qué es lo que te preocupa?

**Blanca:** Bueno, ya sabes que yo he sido siempre su mayor apoyo, mi hermana siempre ha confiado en mí y en mis decisiones cuando he tenido que tomarlas por ella, pero últimamente está más a lo suyo, no me cuenta mucho y yo sé que tiene sus crisis y que lo pasa mal. Se queja mucho y yo creo que necesita ayuda, porque parece que necesita algo, pero no sé lo que es. La verdad es que yo no sé cómo abordar el tema con ella, no sé cómo hablarlo porque últimamente está más distante y cuando intentamos acercarnos a hablar de algo, yo o mi familia, ella parece que huye. El caso es que en la asociación de familiares me han hablado de la Planificación Anticipada en Salud Mental y

me gustaría que mi hermana la hiciera. Yo siempre he sido la persona que la ha representado cuando ella no podía tomar decisiones, pero últimamente no sé si es lo que ella querría, o si hay cosas que he hecho mal, o que quiere que cambiemos, mi familia o yo.

**Profesional:** Blanca, qué bien que te plantees estas cosas y que te preocupes por saber qué puede querer o necesitar tu hermana, ya que, como dices, habitualmente has actuado como su representante. Entonces, ¿ya te han explicado en qué consiste la Planificación Anticipada?

**Blanca:** Bueno, me han contado por encima, pero tengo muchas dudas. Me gustaría saber con más detalle en qué consiste y ver qué puede incluirse en el documento de Planificación. Yo querría plantearle a ella esa posibilidad y quiero saber bien de qué va para darle la información correcta y ver si realmente puede ser algo útil para ella.

**Profesional:** Claro Blanca, el realizar la PAD-SM puede ser muy positivo tanto para Mercedes como para ti o tu familia, y a los profesionales que la atendemos también nos ayuda mucho a trabajar mejor. Si a ti, como persona a la que le ha tocado tomar decisiones en su nombre, te preocupan ciertas cuestiones, deberías poder hablarlas para que todos estéis más tranquilos y para que sepas que las decisiones que tomes serán las más acordes a las preferencias de Mercedes.

**Blanca:** Eso es lo que yo quiero. Por eso quiero que ella lo haga.

**Profesional:** Claro Blanca, puede ser un proceso muy positivo como te comento, aunque me imagino que entiendes que podemos informarla y asesorarla, pero que la decisión de hacerlo o no debe ser de ella.

**Blanca:** Claro, claro, por supuesto, así me lo han dicho en la asociación.

**Profesional:** Bien, pues decirte que la Planificación Anticipada no es otra cosa que el sentarnos a hablar, y después dejar por escrito las preferencias más importantes. Se trata de que Mercedes pueda expresar cuáles son sus preferencias, sus miedos, que pueda decir qué cosas no quiere que se repitan si vuelve a haber un ingreso. Qué cosas son las que podrían ayudarla, cuáles suelen empeorar su estado en estas situaciones, qué preferencias tiene en cuanto a la medicación. Hablar también sobre quién quiere que sea la

persona que la represente, si quiere que seas tú tal y como ha ocurrido en otras ocasiones o si prefiere que sea otra persona. Hablar también de qué funciones tendrá la persona representante, es decir, sobre qué cuestiones podrá decidir y sobre cuáles no, y de qué manera. Preferencias acerca del centro... ¿me explico?

**Blanca:** Sí, sí, perfectamente.

**Profesional:** Mira Blanca, aquí tengo una copia del documento. Como puedes ver tiene diferentes apartados y sería cuestión de ir completándolos, pero como te digo, después de haber hablado tranquilamente, una vez que Mercedes haya reflexionado sobre sus preferencias, y una vez que las tenga claras, sería el momento, y si ella así lo decide, de pasarlas al papel.

**Blanca:** Ajá, sí, de acuerdo. Me gustaría poder llevarme esta copia para ver sobre qué cuestiones podríamos hablar, para que no se nos pasara nada.

**Profesional:** Sí claro, puedes llevarte toda la información que tengo aquí sobre este tema. Como ves en el documento también se puede expresar los deseos con respecto a las visitas, a determinadas actuaciones terapéuticas, también sobre hábitos personales, etc... Como te digo se trata de que las personas puedan aportar toda la información que consideren acerca de sus preferencias para poder atenderle de la forma más adecuada y adaptada a sus necesidades.

**Blanca:** Perfecto. Muchísimas gracias. Voy a leerme la información y a pasársela a mi hermana por si está interesada en hacerlo, y si es así pues que ya se pase ella por aquí, que hable con su profesional de Salud Mental y lo haga como ella vea más conveniente.

## 5.2. Ejemplo 2. Resistencia de un/a profesional

Lorena es una mujer de 48 años. Lleva bastantes años en tratamiento de Salud Mental y hoy acude a una cita que tenía programada con el profesional que suele atenderla desde hace ya varios años.

**Lorena:** Buenos días. ¿Puedo pasar?

**Profesional:** Sí claro, adelante Lorena. Pase, la estaba esperando. ¿Qué tal se encuentra?

**Lorena:** Hola, bien, ahí vamos tirando. Verá, he venido a verle porque quería hacer un documento de Planificación Anticipada y me gustaría hablar de algunas cosas con usted.

**Profesional:** Perdona. ¿Un qué?

**Lorena:** Un documento de Planificación Anticipada en Salud Mental. Es un documento para poder dejar por escrito qué tratamientos quiero y cuáles no, o qué medicinas... y así si entro en una situación de crisis...

**Profesional:** ¡Ah, ya! ¡Sí, sí! Algo he oído yo de eso aquí en el hospital. Ya, ya, pero vamos Lorena, no se complique con esas cosas. Usted no se preocupe, que sabe que siempre que viene le atendemos lo mejor posible. Le proporcionamos las mejores medidas de las que disponemos y que van más acorde con su problemática.

**Lorena:** Ya, bueno, pero verá, es que yo lo que quiero es hablar de todo esto, de todos esos tratamientos, de las medicinas, del centro... Me he informado y creo que podría decidir sobre algunas cosas y me podría ir mejor. Conozco a una persona que lo ha hecho y su psiquiatra la ha ayudado.

**Profesional:** Lorena, entiendo que se preocupe y que hable con otras personas sobre su problema, pero le aseguro que cuando la tratamos siempre intentamos hacer lo más beneficioso para usted.

**Lorena:** ¿Pero y cómo sabe lo que es mejor para mí si no me lo ha preguntado nunca?!

**Profesional:** Mujer, somos profesionales, hemos estudiado muchos años para poder atender a los pacientes como se merecen y necesitan. Llevamos mucho tiempo juntos Lorena. Usted sabe que nunca voy a hacer nada en contra de su bienestar. No me gustaría ofenderla, pero los que sabemos de medicina y salud mental somos nosotros, y debería dejar esto en mis manos, si hay algo que le preocupe puede contármelo, pero soy muy profesional y mi deber es cuidar de usted.

**Lorena:** Doctor, la que no quiere ofenderle soy yo. Y ya sé que todo lo que hace lo hace por mi bien, pero yo soy adulta, tengo una enfermedad mental, pero soy una persona adulta y tengo derecho a informarme sobre mis tratamientos y a decidir lo que quiero y lo que no. Me he estado informando y sé que es mi derecho. Necesito sentarme con un profesional que esté dispuesto a tener esta conversación conmigo, porque tengo algunas dudas y necesito que se me resuelvan. Quiero que mi documento de Planificación Anticipada esté correcto y completo. Como ya le he dicho necesito que me aclaren algunas cosas, pero si usted no está dispuesto a ayudarme, tendré que buscarme a otro profesional que sí lo esté.

**Profesional:** Bueno Lorena, no se enfade conmigo. Usted sabe que yo estoy siempre dispuesto a ayudarla en lo que haga falta. Si quiere podemos hacer una cosa. Cuénteme hoy lo que más le preocupa, o sobre qué tratamientos quiere que hablemos. Pero deme algunos días para buscar más información sobre el tema y concertamos otra cita. Y si quiere, la próxima vez que nos veamos avanzamos en esto de la Planificación Anticipada. ¿Le parece?

**Lorena:** Bueno, agradezco que esté dispuesto a ayudarme, pero verá, para mí esto es un tema muy importante, por lo que también me gustaría poder hablar con otro profesional con más experiencia en Planificación Anticipada en Salud Mental.

### 5.3. Ejemplo 3. Tras una hospitalización por intento de suicidio

Ana es una mujer de 59 años. Ha tenido varios ingresos involuntarios y la última vez fue debido a un intento de suicidio. Han pasado dos meses desde dicho ingreso y durante este tiempo ha estado asistiendo a psicoterapia. Hoy tiene cita con su profesional.

**Profesional:** Hola Ana, buenas tardes. Pase por favor, tome asiento.

**Ana:** Buenas tardes, gracias.

**Profesional:** Bueno. ¿Cómo ha ido la semana?

**Ana:** Bueno, ya sabe, unos días mejor que otros.

**Profesional:** Ana, hace algún tiempo me comentó que le preocupaba mucho que volvieran a darse algunas circunstancias que sucedieron durante su último ingreso. Me preguntó si habría alguna forma de intentar evitar que volvieran a repetirse ciertas cuestiones. Y si habría alguna manera de avisar al personal sanitario de algunas preferencias suyas, para que su estancia durante el ingreso fuera lo más llevadera posible.

**Ana:** Sí. Verá, yo sé que, si vuelvo a hacerme daño, será necesario que me ingresen. Mi familia y yo somos conscientes de que, aunque esperamos que no ocurra en mucho tiempo, puede que vuelva a ser necesario.

**Profesional:** Claro Ana. A mí me parece una actitud muy positiva que quiera hablar de esto. Y la petición que me hizo me pareció muy oportuna. Así que he estado informándome a ver cómo podríamos hacer lo que me pedía, y quería proponerle que trabajáramos conjuntamente en un proceso de Planificación Anticipada. ¿Has oído hablar de esto?

**Ana:** Pues la verdad, es que no.

**Profesional:** Pues Ana, la Planificación Anticipada no es otra cosa que la comunicación entre profesionales y usuarios acerca de sus preferencias, objetivos y valores para que las tengamos en cuenta en el momento que tú no puedas decidir. Creo que ahora se encuentra en un buen momento para que nos planteemos estas cuestiones.

**Ana:** Hombre, estoy más tranquila, y voy teniendo ganas de hacer algunas cosas, pero muy poquito a poco la verdad.

**Profesional:** Ana, tal y como me pedía, creo que es el momento de que veamos qué cuestiones desea que los profesionales tengamos en cuenta durante su atención sanitaria si vuelve a haber un ingreso. Por ejemplo, recuerdo que en algún momento me mencionó que no quiere estar en camisión, que odia verse con el camisión delante del personal del centro y de sus familiares.

**Ana:** Ay sí, usted sabe cómo yo soy, que no salgo ni a por el pan sin peinarme y maquillarme. Y eso de estar un día tras otro con esas pintas y todo el mundo viéndome no lo soporto. Cuando vienen mis hermanas y me ven así, es que me vengo abajo del todo.

**Profesional:** Ahá. Pues Ana si quiere podríamos dejar dicho que le gustaría que, siempre que fuera posible, y al menos durante el día, pudiera estar con la ropa que usted decida. Incluso que pudiera llevar usted sus propios camisones. ¿Qué le parece?

**Ana:** Ay sí gracias, de verdad. A mí eso me cambia la vida.

**Profesional:** Otra cosa que podría hacer es dejar dicho a su familia las cosas que le gustaría que le llevaran en una maleta en el momento que estuviera de nuevo ingresada, para que pudiera disponer de ellas desde el primer día. ¿Le parece?

**Ana:** Sí, sí, lo voy a hacer. Mis hijas no tendrán problema con eso. ¿Y me podría llevar mis pinturas y mis cosas del pelo?

**Profesional:** Claro que sí Ana, pero aquí tendríamos que tener un poco de cuidado. Si está en un momento en el que los profesionales temen que pueda hacerse algún daño, quizás sería posible que utilizara sus pinturas y peines cuando haya alguien más con usted, y así evitaríamos riesgos. ¿Cómo lo ve?

**Ana:** Hombre, veo difícil que pueda suicidarme con el rímel (leve risa) pero entiendo lo que me quiere decir y me parece bien.

**Profesional:** Bueno Ana, pues ya hemos comenzado a hacer Planificación Anticipada, de esto se trata. Así que si le parece podemos seguir viendo algunas cuestiones que usted crea que pueden favorecerla si llegara a darse otro ingreso. Podemos ver su opinión sobre algunas medidas sanitarias y además podemos dejarlo luego todo por escrito. Y si quiere, podemos hablar de todo esto también con las personas de su familia que usted desee.

**Ana:** Pues sí, sí, esto es lo que yo necesitaba. Y sí, lo voy a hablar con mis hijas, sobre todo con la pequeña, ella es la que más me entiende y la que más pendiente está siempre de mí.

**Profesional:** Otra cosa que podemos hacer es hablar de esas señales, esos síntomas que suelen darse antes de que se ponga realmente mal. Podemos trabajar sobre ellos, para aprender a detectarlos con cierto tiempo y ver cómo podemos abordarlos e intentar que la cosa no vaya a más. También, puede elegir a una persona que la represente, quiero decir, a una persona que sea la que tome decisiones en su nombre cuando no se encuentre con capacidad para hacerlo. Todo esto son cuestiones que podemos tratar durante el proceso de Planificación Anticipada, pero si le parece vamos a ir despacito y hablando poco a poco de todo esto.

## 5.4. Ejemplo 4. Elección de representante

Alejandro, de 29 años, suele tener frecuentes descompensaciones. Vive con su madre (Irene), con la que siempre acude a las citas. Alejandro tiene una relación de dependencia con su madre, en casi todos los aspectos de su vida, incluyendo aspectos económicos. Su primera crisis la tuvo en la adolescencia, y aún no ha conseguido desarrollar su vida con cierta autonomía.

Recientemente, por recomendación de su profesional de referencia, ha contactado con la asociación de personas usuarias de Salud Mental de su localidad. Alejandro se siente muy reconfortado desde que participa en alguna de las actividades de la asociación, y su madre está de acuerdo con que participe puesto que su hijo parece que se siente mejor. En la asociación le han explicado que existe un documento en el que puede expresar sus preferencias de forma anticipada. Llega a la unidad acompañado de su madre con la intención de hacerlo.

**Profesional:** Buenos días Alejandro, buenos días Irene. ¿Qué tal están?

**Irene:** Pues muy bien. Con mucho ajeteo, ya sabe, pero bien. Mire, hemos venido porque nos gustaría que Alejandro tuviera hecha la Planificación Anticipada. Nos lo han recomendado en la asociación y nos ha parecido muy buena idea.

**Profesional:** Ah, pues sí, me parece una idea estupenda. Hablar de todo lo que puedes preferir Alejandro, y de lo que no, así como dejarlo escrito en el documento de Planificación Anticipada de Salud Mental puede ayudar mucho a que se cumplan tus preferencias. Además, esto también puede ayudarnos mucho a los profesionales a darte la atención más acorde a tus deseos cuando te encuentres en situación de capacidad.

**Irene:** Claro, claro, además, como se puede elegir a un representante y voy a ser yo...

**Profesional:** Ahá, supongo que habéis hablado de eso. ¿No, Alejandro?

**Irene:** Sí, sí, claro (*se adelanta Irene*).

**Alejandro:** Sí, sí (*responde después tímidamente cuando el profesional le mira*)

**Profesional:** Alejandro, supongo que sabes que la persona que te represente debe ser la persona que tú elijas, alguien que creas que va a respetar tus deseos si te encuentras en una situación en la que no puedas tomar decisiones.

**Irene:** Claro él lo sabe. ¿Verdad hijo?

**Alejandro:** Sí (*responde tímidamente*).

**Profesional:** Y sabes que no hace falta que la persona que te represente sea un familiar, que puede ser cualquier persona que tú decidas.

**Irene:** ¡¡Bueno!!, ¡¡Vaya cosa!! ¿¿Quién sino su madre va a ser la mejor persona para representar a su hijo?! ¿Verdad cariño?

**Alejandro:** *Asiente cabizbajo.*

**Irene:** La verdad es que me parece que esto de la Planificación Anticipada es una buena cosa. Yo creo que va a evitar que se meta en líos cuando está en la fase maníaca. Vamos a poner que cuando Alejandro empiece a salir mucho, llegue tarde, le dé por beber, o cuando deje de tomarse las medicinas como debe, lo que hay que hacer es que se ingrese, aunque en ese momento él no lo vea claro. Es que en ese momento es cuando empieza a ponerse mal, y eso hay que controlarlo bien para que no vaya a más. ¿Verdad cariño?

**Alejandro:** *Asiente con la cabeza.*

**Profesional:** Pues la verdad es que me parece que han tenido ustedes muy buena iniciativa planteando que hagamos esto.

**Irene:** ¿Verdad que sí doctora? Yo estoy muy contenta, y Alejandro también porque creo que esto nos va a ahorrar muchos problemas y mucho tiempo.

**Profesional:** Pero verán, antes de dejar registrado el documento de Planificación Anticipada de Alejandro, es necesario que hablemos de cuáles

son sus preferencias, y esto es conveniente que lo hagamos en varias sesiones, es lo que se llama Planificación Anticipada de las Decisiones en Salud Mental. Y para eso, tengo que verme a solas con Alejandro, también con usted..., para que quede bien recogida en el documento la voluntad de Alejandro.

**Irene:** Ay pero no se líe doctora, si ya lo tenemos claro, lo único que tenemos que hacer es escribirlo, y preguntarle a usted algunas cosas de la medicación.

**Profesional:** Ya. Pero verá Irene, nos conocemos desde hace algún tiempo, y no me cabe la menor duda de que le proporciona a su hijo unos cuidados excepcionales, que se desvive por él y que siempre intenta hacer lo mejor para Alejandro. Pero un proceso de Planificación Anticipada no consiste en que alguien escriba en un papel lo que es mejor para otra persona, sino en que la propia persona tenga la oportunidad de hablar y decidir sobre aquellas cosas que le influyen directamente. Irene, no es posible hacer un documento de Planificación Anticipada tal y como usted me lo pide. Es necesario que lo hagamos tranquilamente, y créame, esto puede ser una oportunidad para ustedes dos, y para mí también, porque podremos hablar de muchas cosas de una forma que al final, tanto usted como su hijo verán de forma muy positiva.

Alejandro e Irene, les propongo que hagamos esto con calma, es un error hacerlo con prisas, ustedes saben bien lo importante que es que se tomen las decisiones que más beneficien a Alejandro. Si les parece, podemos empezar a ver algunas cosas conjuntamente hoy, les explicaré algunas cuestiones que deben saber, resolveremos algunas dudas, y poco a poco iré completando con Alejandro el documento de Planificación Anticipada, y se tomarán las decisiones oportunas en cuanto a la representación. ¿De acuerdo Alejandro? ¿De acuerdo Irene?

**Alejandro:** Por mí bien. A mí me gustaría escribir algunas cosas.

**Irene:** Bueno, yo no veo que haya necesidad de complicarse tanto. Me parece que vamos a perder el tiempo, pero si es necesario hacerlo así. ¿Qué le vamos a hacer?

**Profesional:** De acuerdo, pues como hoy todavía tenemos un ratito vamos a empezar viendo algunas cuestiones sobre la Planificación Anticipada, en qué consiste, para qué sirve, etc...

## 5.5. Ejemplo 5. Sobre la experiencia con una contención física

Emilio es un hombre de 38 años con problemas de salud mental. Durante los 4 últimos años ha tenido varios ingresos en la Unidad de Salud Mental. Hace un mes, durante uno de estos ingresos, se utilizó por segunda vez (la vez anterior había sido hacía un año) la contención física. Emilio tiene cita con su profesional de Salud Mental.

**Profesional:** Buenos días Emilio. ¿Cómo te encuentras?

**Emilio:** Bueno, ahí vamos. Después de lo que he tenido que pasar con ustedes, ahí ando a ver si me olvido de todo lo que me hicieron.

**Profesional:** ¿Te refieres a tu último ingreso?

**Emilio:** ¡Pues sí! ¿A qué si no me voy a referir? Pero mejor no me pregunte de eso, no sabe por lo que he tenido que pasar, la próxima vez no me pilláis, ni siquiera sé por qué he venido hoy aquí.

**Profesional:** Emilio me gustaría que habláramos de ello porque como ya hemos comentado otras veces, esto puede volver a ocurrir, y es necesario que sepamos exactamente cómo podemos ayudarte mejor. Sé que el verte atado no ha sido nada agradable y que te fuiste muy enfadado, y creo que es necesario que tengamos un plan para evitar al máximo que esto vuelva a ocurrir.

**Emilio:** ¡Nada agradable dice! ¡Fue un infierno! No tienes idea de lo que es, por más que me mire con cara de comprensión no tienes ni idea de lo que es verse atado a una cama, con gente pululando a tu alrededor, hablando de ti cómo si no estuvieras allí, humillado como si fueras un animal que no se ha portado bien. Hay cosas que no recuerdo bien. ¡Pero hay otras que no se me van a olvidar nunca!

**Profesional:** Emilio, tienes razón y sé que aunque intente ponerme en tu lugar, nunca he vivido esa experiencia y solo puedo hablarte desde este lado. No quiero que pienses que no le doy importancia a lo que me dices y a lo que has vivido, pero sin embargo me gustaría que supieras que mi función es intentar que sufras lo menos posible y proporcionarte la mejor atención sanitaria que podamos.

**Emilio:** Atención sanitaria sí, sí, pues no sé lo que tiene de sanitario atar a una persona a una cama y dejarlo allí como a un animal. Pero os aseguro que esto no me pasa más, porque la próxima vez desaparezco y no me pilláis, no sé ni por qué he venido hoy, me juré que nunca más trataría con vosotros.

**Profesional:** Emilio, me alegra mucho que al final hayas decidido venir a tu cita. En este tiempo no hemos sabido de ti más que la información que nos han ido transmitiendo tus familiares.

**Emilio:** Ya, es que yo no iba a venir más, pero bueno, al final hoy he venido.

**Profesional:** Y creo que has hecho muy bien. Emilio, me gustaría que habláramos sobre lo ocurrido en las últimas semanas antes de tu ingreso. No acudiste a tu última cita y al parecer dejaste de tomar la medicación. Parece que poco a poco empeoró la situación, no querías comer, no salías de tu habitación, abandonándote y mostrándote muy irritado con tu madre. Fue esa situación de riesgo la que nos llevó de acuerdo con tu familia a plantear un ingreso involuntario como medida de protección. Después de todo lo ocurrido pienso que puede ser ahora un buen momento para poder reflexionar juntos con el objetivo de evitar que vuelva a pasar. Para este trabajo conjunto es necesario, como es lógico, tu participación junto con la nuestra y posiblemente alguien de tu confianza.

**Emilio:** Verás, ya no es fácil que yo confíe en vosotros. Hacéis lo que os da la gana. Os creéis que vuestras decisiones no tienen consecuencias, pero mira, esta es una de ellas, y es que ya no me creo nada de lo que me contáis. La verdad es que lo que me gustaría es que me recetaras mi medicación e irme a mi casa, tengo cosas que hacer.

**Profesional:** Emilio, entiendo que la confianza es algo frágil, pero si me das la oportunidad, lo que quería pedirte es que trabajáramos juntos en un plan. Un plan para que, si vuelve a darte una crisis como la última vez, sepamos todo lo que tenemos, y lo que NO tenemos que hacer para ayudarte, y eso

solo nos lo puedes decir tú. Verás, la idea que tengo es que me vayas diciendo qué cosas crees que pueden calmarte en ese momento, y qué cosas son las que pueden alterarte más. Qué cosas podríamos hacer para ayudarte en esa situación y qué medidas no te gustaría que utilizáramos, siempre dentro de nuestras posibilidades y las del centro claro. Yo también puedo darte opciones y explicarte las características de cada una de ellas y tú me puedes decir qué te parecen.

**Emilio:** ¡¡No quiero que me atéis!! ¿Es que no está claro ya?, ¿Cuántas veces hay que decirlo? Es que no tendría ni que decirlo, eso no se les hace a las personas. ¡Debería estar prohibido!

**Profesional:** De acuerdo, pero me gustaría también que me dijeras qué otras cosas no te gustaron antes de que se llevara a cabo la contención.

**Emilio:** Pues no soporto que me rodeen, y que me digan tranquilo, tranquilo, cálmate... rodeado de gente mirándome como si fuera un bicho. Ah, y lo que sí que no quiero es que se me acerque el enfermero ese calvo, el grandote. No lo soporto, no lo aguanto, parece que disfrutó cuando finalmente me ataron, como se me vuelva a acercar...

**Profesional:** De acuerdo Emilio. Si te parece podemos seguir hablando de estas cuestiones e ir apuntándolas.

## 5.6. Ejemplo 6. Toma de decisiones sobre un antipsicótico

Miguel es un diseñador gráfico de 32 años que desde hace algún tiempo toma un fármaco antipsicótico. Hoy le acompaña a la consulta, su íntima amiga Sofía a la que conoce prácticamente desde la infancia.

**Profesional:** Buenos días Miguel. Veo que hoy has venido acompañado de tu amiga Sofía. Buenos días Sofía. Bueno Miguel. ¿En qué puedo ayudarte?

**Miguel:** Pues verás, me gustaría que habláramos de mi medicación. Quiero dejarla, o cambiarla por otra. Hace tiempo que siento que esta no me hace bien.

**Profesional:** Pero Miguel, si desde que tomas esta medicación estás mucho mejor. Ya no tienes los delirios y prácticamente no has tenido efectos secundarios. La dosis que estás tomando es bastante baja. Me sorprende mucho que me digas esto porque pensaba que estabas muy bien últimamente.

**Miguel:** Bueno, pues eso depende. Es verdad que ya no tengo esas ideas raras, pero me he dado cuenta de que tengo un grave problema desde que tomo esos medicamentos, y es que ¡ya no puedo trabajar! Me levanto a mi hora, voy a la empresa, ¡pero no me sale ni un diseño en condiciones! Me quedo en blanco, y cuando consigo sacar algún boceto me doy cuenta de que no vale nada. Desde hace unos meses no he hecho ni un diseño en condiciones, y he notado que mis compañeros me han estado echando una mano, pero esto no puede seguir así. Mi jefa se está dando cuenta y yo no consigo sacar ni un solo encargo solo. Y todo esto por no hablar del apetito... Así que hace unos días dejé de tomar la medicación.

**Profesional:** Pero Miguel, ya sabes que si dejas de tomar la medicación puedes volver a tener una crisis importante. Acuérdate de que hemos probado con otros fármacos y ninguno te ha funcionado bien. Tuviste varias crisis, dejaste de ir al trabajo y tus padres no supieron de ti en muchos días. Tienes que pensar en las consecuencias y en todo lo que ocurre a tu alrededor. Eso sí que puede hacer que pierdas tu trabajo. Creo que si sigues intentándolo

finalmente podrás seguir haciendo tus diseños otra vez, te vendrá de nuevo la creatividad, seguramente necesitas algún tiempo para adaptarte a la nueva situación, pero creo que no es buena idea que dejes de medicarte. Para tu situación, es el tratamiento que más te conviene, ojalá la farmacología estuviera más avanzada y pudiéramos evitar esos efectos secundarios, pero hoy día es la mejor opción que podemos ofrecerte.

**Miguel:** Doctor, creo que no lo entiendes. No voy a seguir tomándola. Vosotros veis que ya no tengo crisis y creen que estoy bien, que estoy feliz porque no doy problemas, pero estoy amargado. Tú sabes lo importante que es para mí mi trabajo y poder desarrollarlo es de lo que más me importa en mi vida. Tenemos que buscar una alternativa, porque no quiero volver a tomar esa medicación ni que se me vuelva a administrar si vuelvo a entrar en crisis, y quiero que conste esto que le digo por escrito.

**Profesional:** Bueno, con respecto a dejar tus deseos por escrito no hay ningún problema, de hecho, podemos hacer un documento de Planificación Anticipada tras realizar un proceso adecuado de Planificación, como ya comentamos una vez. Pero me preocupa mucho tu futuro y creo que tenemos que encontrar una manera de evitar que vuelvas a entrar en una crisis grave por no tomarte la medicación.

**Miguel:** Pues verás, yo he pensado en algo, y por eso he traído conmigo a mi amiga Sofía. Nos hemos estado informando y me gustaría que ella fuera mi representante. Y ponerla en lo que usted me comentó del documento de Planificación. Verás, Sofía y yo, además de ser muy buenos amigos, trabajamos en la misma empresa por lo que pasamos mucho tiempo juntos. Lo que me gustaría es que sea ella, que me ve cada día, la persona que me diga cuándo estoy empezando a tener un comportamiento extraño y en cuanto esto ocurra me tomaré la medicación. Le haré caso, puede estar seguro.

**Sofía:** Doctor, he hablado mucho de esto con Miguel, y le he dicho que acepto esta responsabilidad si realmente se compromete a hacerme caso y a cumplir lo que acordemos. Él está convencido de que esto funcionará, y yo creo que tenemos que intentarlo.

**Profesional:** Bueno, la verdad es que yo no puedo poner mucha objeción a lo que me comentáis. Si pensáis que es una buena idea podemos probar una temporada a ver qué tal va la cosa. Pero antes me gustaría que habláramos más sobre el tema, que queden claros los síntomas para ti Sofía, cómo actuar ante ellos, debemos resolver las dudas que tengáis, ver más alternativas

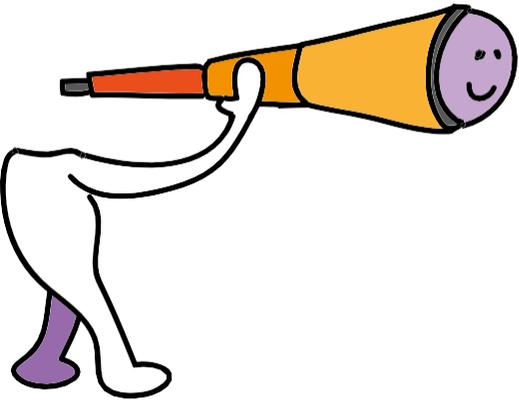
complementarias, y luego podemos dejar todo esto por escrito.

**Miguel:** ¡Gracias!, eso es justo lo que necesitamos.

**Profesional:** Y por supuesto ambos podéis contactar conmigo en cuanto tengáis cualquier duda sobre cómo actuar. ¿De acuerdo?

**Miguel:** Sí claro, muchas gracias.

**Sofía:** Me parece perfecto, muchas gracias. Tenemos muchas preguntas que hacerte.



# 6 ANEXOS

Anexo 1. Documento de Planificación Anticipada  
de Decisiones en Salud Mental

Anexo 2. Normativa Y RECURSOS

Anexo 3. Bibliografía

## ANEXO 1. Documento de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental

### INFORMACIÓN IMPORTANTE ANTES DE PROCEDER A UTILIZAR LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL (PAD-SM)

Este documento se dirige tanto a las personas interesadas en realizar un proceso de PAD-SM, como a los equipos profesionales de los servicios de Salud Mental. Se recomienda que todas las personas implicadas conozcan el documento antes de su cumplimentación.

La PAD-SM es una herramienta para proteger los derechos de las personas usuarias en la atención que reciben en los servicios de Salud Mental, mejorar la relación clínica y adaptar la asistencia a sus preferencias y necesidades. El **objetivo** es facilitar los procesos de toma de decisiones en un momento en el que la persona se encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones relacionada con un problema de salud mental. Además, puede constituir una herramienta de autoconocimiento en el proceso de recuperación. Puede ser aplicada tanto en caso de hospitalización como en el ámbito de atención ambulatoria de Salud Mental.

Realizar una PAD-SM sirve para **preservar el derecho a la autonomía durante la toma de decisiones de la persona**, en consonancia con lo formulado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada por Naciones Unidas en el 2006, que España ha ratificado, y que tiene carácter legalmente vinculante. La PAD-SM es una **herramienta de apoyo** para evitar la sustitución en la toma de decisiones, tal como lo exige la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

La persona interesada puede **designar a una o varias personas como su/s representante/s**, en el caso de encontrarse en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones. Además, puede expresar sus preferencias respecto a medicación, actuaciones terapéuticas, lugares de hospitalización y profesionales. Asimismo, puede describir signos de alerta o síntomas previos a una situación de crisis, especificar el momento a partir del que desea que se aplique el documento, indicar actuaciones que le hacen sentirse mejor o peor, personas a avisar o no avisar, preferencias respecto a visitas, así como aportar información sobre preferencias personales (relacionadas con la dieta alimenticia, actividades ocupacionales, intereses, aficiones, hábitos religiosos o espirituales, prácticas de meditación, aseo, hábitos de sueño, aspectos culturalmente específicos, etc.).

**El documento puede ser elaborado por la persona interesada, sola y/o**, si así lo desea, con el **apoyo de profesionales de Salud Mental**, así como con los apoyos que desee tener por parte de representantes, familiares, personas allegadas, amistades, movimiento asociativo, agente de apoyo mutuo, etc. El/la profesional de Salud Mental registrará el documento en la historia clínica electrónica.

Se recomienda que la PAD-SM no se limite a la cumplimentación del documento, sino que forme parte de un proceso continuado de información, comunicación y apoyo a la toma de decisiones. En este sentido, el/la profesional de Salud Mental debe adoptar un rol de información, apoyo y

acompañamiento, respetando la voluntad de la persona. No debe ejercer presión o condicionar la expresión de las preferencias.

En caso de que la persona exprese una preferencia que se encuentre en conflicto con la legislación y *lex artis* vigente, el/ la profesional debe informarle acerca de esta incompatibilidad. Es importante respetar las preferencias expresadas en el documento, avisando a la persona interesada de posibles limitaciones derivadas de su disponibilidad o viabilidad.

Es recomendable que la persona conozca este documento con antelación a la formulación de sus preferencias y su cumplimentación en la historia clínica.

Además, se recomienda a la persona representante y sustituta que esté presente en el proceso de información, comunicación y elaboración del documento.

En caso de haberse elaborado con el apoyo de otras personas, es imprescindible que la persona interesada tenga oportunidad de leer detenidamente el documento final y realizar modificaciones, si así lo desea.

El documento se incluirá en la historia clínica digital. Se protegerán los datos personales siguiendo lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Una vez elaborado, se facilitará una copia en papel del documento a la persona interesada, a su(s) representante(s) y a otras personas que la persona considere oportuno.

La PAD-SM incluye el derecho a modificar, actualizar y anular el documento.

A lo largo del documento, se añaden explicaciones acerca de cada uno de los apartados. La persona puede dejar en blanco aquellas secciones sobre las que no desea aportar información, sin restarle validez a las preferencias expresadas.

Es importante que el/la profesional se haya leído la Guía "Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los Servicios de Salud Mental" antes de dar apoyo a la persona usuaria en la cumplimentación del formulario.

## DOCUMENTO-FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL

Yo, D/D<sup>a</sup>, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, con DNI / NIE / Pasaporte N<sup>o</sup>: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Deseo que las siguientes preferencias e indicaciones se tengan en cuenta en la atención de Salud Mental cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones, relacionada con un problema de salud mental.

### 1. Signos de alerta / síntomas / situaciones / circunstancias que dan lugar a la aplicación de lo expresado en este documento de PAD-SM

En este apartado se recomienda que la persona interesada describa signos de alerta o síntomas, así como que identifique el momento a partir del que no se siente capacitado/a para tomar decisiones sobre la atención que va a recibir y por tanto desea que se actúe según lo expresado en este documento.

Por signos de alerta se entienden aquellos cambios en el funcionamiento cotidiano que pueden indicar el comienzo de una situación de crisis y que suelen anteceder a la aparición de síntomas clínicos. La descripción de signos de alerta y síntomas puede ayudar a la persona, a los/as representantes y a los/as profesionales de Salud Mental a prever una situación de crisis, así como a desarrollar estrategias para disminuir su gravedad o para evitar su desencadenamiento.

#### Signos de alerta y síntomas

A continuación, describo algunos **signos de alerta y síntomas** ante los que deseo que se tengan en cuenta las preferencias expresadas en el documento.

## Información sobre el momento a partir del que se aplicaría lo expresado en este documento de PAD-SM

Deseo que se tengan en cuenta las preferencias expresadas en el documento **a partir del siguiente momento:**

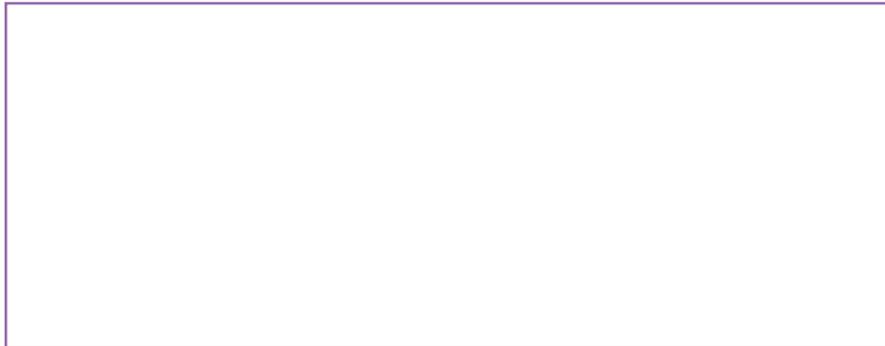
## 2. Actuaciones que “me ayudan a sentirme bien” o “me hacen sentir mal”

Las actuaciones que “me ayudan a sentirme bien” o “me hacen sentir mal” pueden incluir cualquier intervención, cuidados, actividades programadas, contacto con la persona nombrada como representante, apoyo por terceras personas (familiares, personas allegadas, amistades), contactos con profesionales, con el movimiento asociativo o agentes de apoyo mutuo, etc.

La descripción de actuaciones que “me ayudan a sentirme bien” o “me hacen sentir mal”, puede incluir la mención de elementos en el transcurso de una crisis, aspectos que pueden ayudar a evitar una crisis, reacciones habituales ante una crisis o aspectos a tener en cuenta por parte del personal en el momento de crisis, etc. También es importante que la persona identifique aspectos relacionados con su privacidad, la disponibilidad de determinados objetos personales, o la posibilidad de comunicación a través de mail o teléfono, etc., durante la hospitalización o estancia en los dispositivos de Salud Mental.

El conocimiento de actuaciones o circunstancias que en otras ocasiones hayan ayudado a la persona en una situación de crisis, también puede ser de utilidad para profesionales y representantes, para facilitar un apoyo adecuado.

En una situación de crisis relacionada con un problema de salud mental, tanto en los servicios de urgencias como en cualquiera de los dispositivos de salud mental, **las siguientes actuaciones o aspectos me ayudan a sentirme bien** (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):



**Las siguientes actuaciones o aspectos me hacen sentir mal.** (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):



### 3. Personas a las que avisar

El respeto de las preferencias respecto a las personas a las que debe avisarse en caso de una situación de crisis (familiares, personas allegadas, amistades, personas del movimiento asociativo, agentes de apoyo mutuo), puede constituir un elemento relevante para el bienestar de la persona usuaria de servicios de Salud Mental.

En este apartado, también se pueden incluir aspectos y tareas concretas que la persona desea encargar a las personas a avisar (por ejemplo, custodia de la llave o de pertenencias personales, hacerse cargo de animales domésticos o plantas, etc.).

Partiendo de la importancia de respetar las preferencias acerca de las personas a las que avisar o no, se recomienda reflexionar sobre las potenciales consecuencias de no informar a determinadas personas de su entorno, por lo que sería apropiado informarles previamente de estas preferencias.

En una situación de crisis, ingreso involuntario o estancia en dispositivos de Salud Mental en los que recibirá atención durante la crisis, **deseo que se avise a las siguientes personas.** (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como nombre, teléfono, relación, experiencias previas, motivos, etc.):

**NO deseo que se avise a las siguientes personas.** (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como nombre, teléfono, relación, experiencias previas, motivos, etc.):

### 4. Preferencias de visita

El respeto de las preferencias respecto a visitas en caso de una situación de crisis (familiares, personas allegadas, amistades, personas del movimiento asociativo, agentes de apoyo mutuo), puede constituir un elemento relevante para el bienestar de la persona usuaria de servicios de Salud Mental.

En una situación de crisis, ingreso involuntario o estancia en dispositivos de Salud Mental en los que recibirá atención durante la crisis, **deseo que me visiten las siguientes personas.** (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como nombre, teléfono, relación, experiencias previas, motivos, etc.):

**NO deseo que me visiten las siguientes personas** (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como nombre, teléfono, relación, experiencias previas, motivos, etc.):

## 5. Preferencias relacionadas con la medicación en el ámbito de la Salud Mental

En este apartado la persona puede indicar medicamentos con los que haya tenido experiencias negativas en ocasiones anteriores (por contraindicaciones, efectos secundarios, falta del efecto perseguido, etc.), así como nombrar aquellos medicamentos a los que da preferencia.

Es muy importante tener en cuenta que el respeto de las preferencias expresadas puede estar limitado por la accesibilidad del fármaco en el marco del Sistema Sanitario Público y por la *lex artis* vigente. Por ello, los/as profesionales deben proveer información exhaustiva sobre los medicamentos disponibles, sus beneficios, efectos secundarios y alternativas existentes. Solo podrá proporcionarse medicación que esté clínicamente indicada.

En una situación de crisis relacionada con un problema de salud mental, tanto en los servicios de urgencias como en cualquiera de los dispositivos de salud mental, **deseo recibir la siguiente medicación o actuación terapéutica alternativa** (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):



En cambio, **NO deseo recibir la siguiente medicación**. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

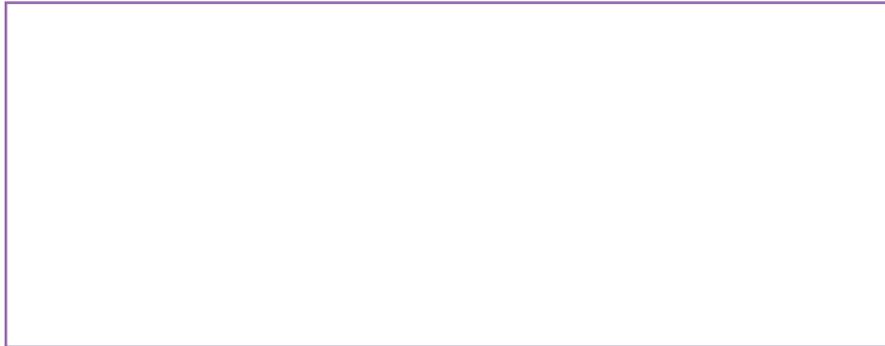


## 6. Preferencias relacionadas con actuaciones terapéuticas en dispositivos en los que la persona será atendida durante la crisis

Por actuaciones terapéuticas se entiende aquellas intervenciones realizadas en dispositivos en los que la persona será atendida durante la crisis, incluyendo sesiones de terapia individual o en grupo, terapia ocupacional, cuidados de enfermería, apoyo mutuo u otras intervenciones.

Puede ser útil reflexionar sobre la utilidad percibida o no del uso de diferentes actuaciones e intervenciones en el pasado para expresar sus preferencias, incluyendo medidas farmacológicas inyectables (siempre que sea explícitamente así expresada por la persona), contención verbal, acompañamiento, apoyo mutuo, estar solo/a en su habitación u otros espacios tranquilos, permisos para salir del centro, terapias, cuidados u otras actuaciones.

En una situación de crisis relacionada con un problema de salud mental, tanto en los servicios de urgencias como en cualquiera de los dispositivos de salud mental, **deseo que se realicen las siguientes actuaciones.** (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):



En cambio, **NO deseo que se apliquen las siguientes actuaciones terapéuticas**, tomando en consideración los siguientes aspectos, por las razones indicadas a continuación. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):



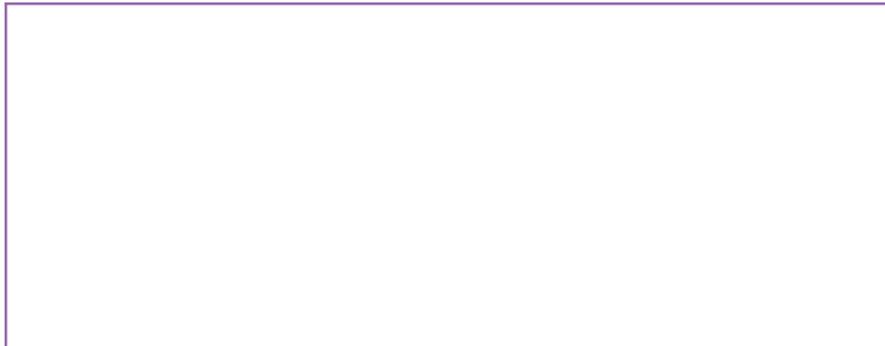
## 7. Expresión de preferencias en el caso excepcional de medidas coercitivas

Bajo el término de medidas coercitivas se incluyen prácticas de contención farmacológica, contención mecánica y aislamiento no consentidas, realizadas tanto en los servicios de urgencias como en cualquiera de los dispositivos de salud mental. La persona puede solicitar que, si se adoptan medidas coercitivas, se hagan respetando determinadas opciones personales, o también expresar su rechazo a que sean utilizadas.

Teniendo en cuenta el límite legal (daño a terceros o a sí mismo/a), si tuviera que recibir algún tipo de medida tranquilizante, **preferiría las siguientes medidas** (medicación tranquilizante por boca, medicación tranquilizante en inyectable, sujeción a la cama, aislamiento en mi habitación, etc.):



En cambio, **NO deseo que se apliquen las siguientes medidas:**



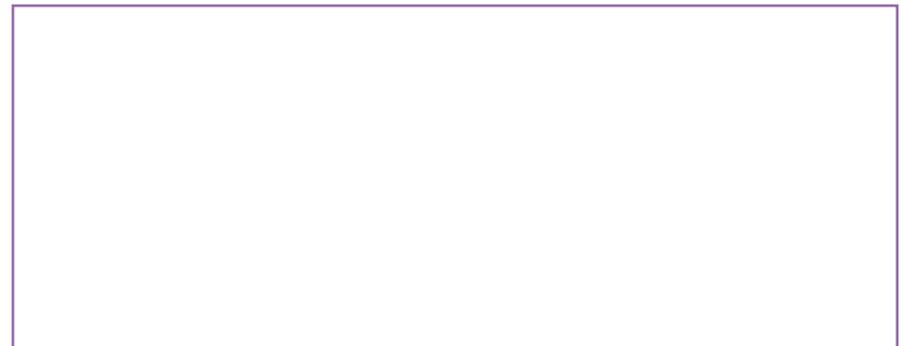
## 8. Preferencias respecto a profesionales

El seguimiento de las preferencias respecto a profesionales puede constituir un elemento de apoyo en el proceso terapéutico.

En caso de una situación de crisis relacionada con un problema de salud mental, tanto en los servicios de urgencias como en cualquiera de los dispositivos de salud mental, **prefiero ser tratado/a por los/as siguientes profesionales**. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):



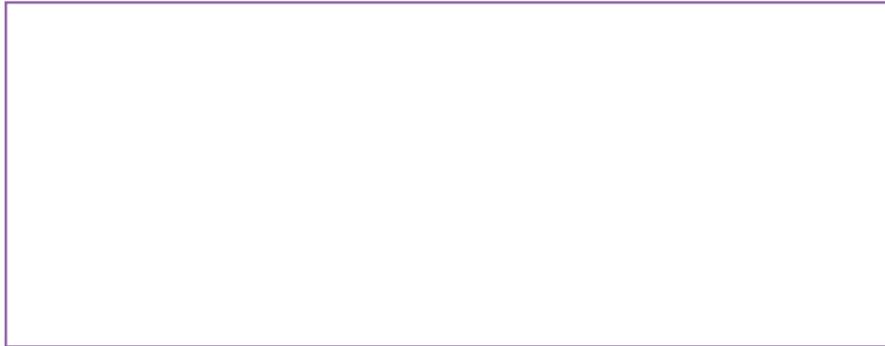
**NO deseo ser tratado/a por los/as siguientes profesionales**. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):



## 9. Preferencias relacionadas con hábitos personales

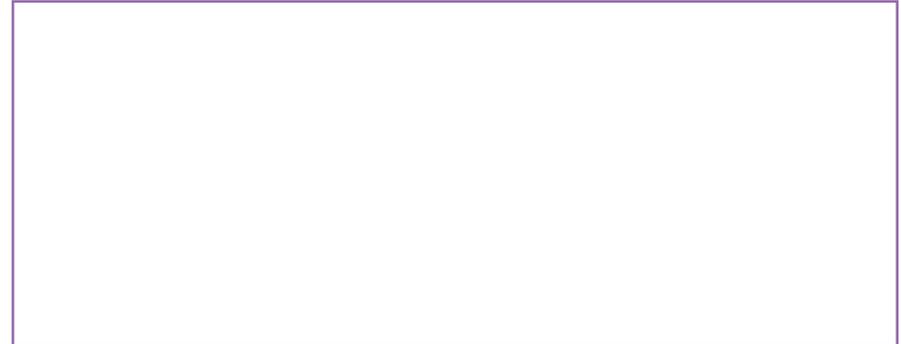
El respeto de las preferencias respecto a la dieta alimenticia, actividades ocupacionales, intereses, aficiones, hábitos religiosos o espirituales, prácticas de meditación, aseo, hábitos de sueño, aspectos culturales, etc., puede constituir un elemento relevante para el bienestar de la persona usuaria de Salud Mental durante una hospitalización o estancia en un dispositivo.

Durante un ingreso involuntario o estancia en un dispositivo de Salud Mental, **me gustaría que se tuvieran en cuenta los siguientes hábitos personales** (relacionados con la dieta alimenticia, hábitos religiosos o espirituales, prácticas de meditación, aseo, hábitos de sueño, aspectos culturales específicos, etc.). (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):



## 10. Otras preferencias

Finalmente, en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones, relacionada con un problema de salud mental, **deseo que en las decisiones sanitarias que me afecten se tenga en cuenta lo siguiente**. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):



## 11. Designación de Representante

Se recomienda a la persona firmante elegir como representante a una persona de confianza (familiar, persona allegada, amigo/a, representante del movimiento asociativo, etc.) que conozca bien sus preferencias y valores y que tenga capacidad para actuar en su representación en un momento en el que tenga una incapacidad transitoria para tomar decisiones. **Es importante que el/la representante participe en el proceso de formulación de preferencias, acompañando a la persona**, de cara a conocer en profundidad sus deseos, y poder respetarlas llegado el caso.

La persona indicada debe actuar como representante en las situaciones que son indicadas en este documento.

Deseo nombrar para que actúe como **mi representante** cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones a:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI / NIE /  
Pasaporte N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Asimismo deseo, para el caso en que mi representante no pueda comparecer por imposibilidad manifiesta, nombrar como **persona sustituta de mi representante** a:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI / NIE /  
Pasaporte N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 12. Fecha de cumplimentación

En, \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Titular	Representante	Profesional
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:

## 13. Fecha de actualización

En, \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Titular	Representante	Profesional
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:

## ANEXO 2. Normativa y Recursos

### Normativa

#### Internacional

- *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. ONU, Organización de las Naciones Unidas, 2006.

#### España

- *Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006* (BOE 96 de 21/04/2008)
- *LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (BOE 274 de 15/11/2002)
- *Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (BOE 184 de 02/08/2011)
- *REAL DECRETO 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal*. (BOE 40 de 15/02/2007)

#### Andalucía

- *LEY 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada*. (BOJA 210 de 31/10/2003). *Modificada por la LEY 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte* (BOJA 88 de 07/05/2010)
- *LEY ORGÁNICA 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía* (BOE 68 de 20/03/2007)
- *LEY 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte* (BOJA 88 de 07/05/2010)
- *DECRETO 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía* (BOJA 59 de 26/03/2012)

## Recursos

- Red de servicios de atención de salud mental en Andalucía
- FAISEM (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental)
- FEAFES (Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental)
- Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental “En Primera Persona”
- AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
- AAPSM (Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental)

## ANEXO 3. Bibliografía

Ambrosini DL, Crocker AG. Psychiatric Advance Directives and the Right to Refuse Treatment in Canada. *Can J Psychiatry*. 2007;52:397-402.

Amering M, Stastny P, Hopper K. Psychiatric advance directives: qualitative study of informed deliberations by mental health service users. *Br J Psychiatry*. 2005;186:247-252.

Atkinson JM, Garner HC, Harper Gilmour W. Models of advance directives in mental health care: stakeholder views. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004;39(8):673-680.

Backlar P, McFarland BH, Swanson JW, Mahler J. Consumer, Provider, and Informal Caregiver Opinions on Psychiatric Advance Directives. *Administration and Policy in Mental Health*. 2001;28(6):427-441.

Barrios Flores LF. Derechos Humanos y salud mental en Europa. *Norte de salud mental*. 2010;VIII(36):55-67.

Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care. *N Engl J Med*. 2012;366:780-781.

Berghmans R, van der Zanden M. Choosing to limit choice: Self-binding directives in Dutch mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2012;35:11-18.

Bono del Trigo A, Navarro Matillas B, Suess Schwend A. Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía. Protección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Resultados del Grupo Derechos Humanos y Salud Mental. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012. [https://www.1decada4.es/pluginfile.php/527/mod\\_label/intro/EASP\\_Informe\\_Dchos%20Humanos%20y%20Salud%20Mental.pdf](https://www.1decada4.es/pluginfile.php/527/mod_label/intro/EASP_Informe_Dchos%20Humanos%20y%20Salud%20Mental.pdf)

Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness (Review). The Cochrane Collaboration, 2009. [https://www.cochrane.org/CD005963/SCHIZ\\_advance-treatment-directives-for-people-with-severe-mental-illness](https://www.cochrane.org/CD005963/SCHIZ_advance-treatment-directives-for-people-with-severe-mental-illness)

Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. <https://www.who.int/management/general/decisionmaking/WhereArePatientsinDecisionMaking.pdf>

Council of Europe. Recommendation CM/Rec(2009)11 of the Committee of Ministers to member states on principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1563397&Site=CM>

Diestre Ortín G. Planificación de decisiones anticipadas: Un modelo de relación asistencial. *Informaciones Psiquiátricas*. 2017;228:42-53.

Easter MM, Swanson JW, Robertson AG, Moser LL, Swartz MS. Facilitation of Psychiatric Advance Directives by Peers and Clinicians on Assertive Community Treatment Teams. 2017; 68(7):717-723.

Elbogen EB, Swanson JW, Appelbaum PS, et al. Competence to Complete Psychiatric Advance Directives: Effects of Facilitated Decision Making. *Law Hum Behav*. 2007;31(3):1-17; doi: 10.1007/s10979-006-9064-6.

Elbogen EB, Swartz M, Van Dorn R, Swanson JW, Kim M, Scheyett A. Clinical Decision Making and Views about Psychiatric Advance Directives. *Psychiatric Services*. 2006;57-3:350-355.

Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(19):1361-1367.

Flood C, Byford S, Henderson C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szukler G. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2006;7(Suppl 1). doi:10.1136/bmj.38929.653704.55

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems. Viena: FRA, 2013. <https://fra.europa.eu/en/publication/2013/legal-capacity-persons-intellectual-disabilities-and-persons-mental-health-problems>

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. The fundamental rights of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems. Viena: FRA, 2010. <https://fra.europa.eu/en/project/2009/fundamental-rights-persons-intellectual-disabilities-and-persons-mental-health-problems>

Gieselmann A, Simon A, Vollman J, Schöne-Seifert B. Psychiatrists' views on different types of advance statements in mental health care in Germany. *Int J Soc Psychiatry*. 2018; Vol. 64(8) 737 -744.

- Gorrotategi Larrea M, Romero Cuesta J. Voluntades psiquiátricas: Una herramienta terapéutica. *Norte de salud mental*. 2012;10(42):11-17.
- Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107:403-409.
- Hamann J, Heres S. Adapting shared decision making for individuals with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2014;65:1483-6.
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*. 2004; 329(7458):136. doi:10.1136/bmj.38155.585046.63
- Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A Typology of Advance Statements in Mental Health Care. *Psychiatric Services*. 2008;59(1):63-71.
- Jankovik J, Richards F, Priebe S. Advance statements in adult mental health. *Advances in psychiatric treatment*. 2010;16:448-455.
- Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Registro de Voluntades Vitales Anticipadas, 2020. <https://rv2.csalud.junta-andalucia.es/salud/rv2/inicioCiudadania.action>
- Junta de Andalucía, Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008–2012. Sevilla: Consejería de Salud, 2008. [https://ws027.sspa.juntadeandalucia.es/contenidos/publicaciones/datos/473/pdf/pisma\\_2008\\_2012.pdf](https://ws027.sspa.juntadeandalucia.es/contenidos/publicaciones/datos/473/pdf/pisma_2008_2012.pdf)
- Junta de Andalucía, Consejería de Salud. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016 – 2020. Sevilla, Consejería de Salud, 2016. [https://ws027.sspa.juntadeandalucia.es/contenidos/publicaciones/datos/655/pdf/iii-pisma\\_041016.pdf](https://ws027.sspa.juntadeandalucia.es/contenidos/publicaciones/datos/655/pdf/iii-pisma_041016.pdf)
- Khazaal Y, Chatton A, Pasandin N, Zullino D, Preisig M. Advance directives based on cognitive therapy: A way to overcome coercion related problems. *Patient Education and Counseling*. 2009;74:35-38.
- Khazaal Y, Richard C, Matthieu-Darekar S, et al. Advance directives in bipolar disorder, a cognitive behavioural conceptualization. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2008;31:1-8.
- La Fond JQ, Srebnik D. The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2002;35:537-555.
- Lenagh-Glue J, O'Brien A, Dawson J, Thom K, Potiki J, Casey H, Glue P. A MAP to mental health: the process of creating a collaborative advance preferences instrument. *NZ Med J*. 2018;131(1486):18-26.
- Morrissey F. Advance Directives in Mental Health Care: Hearing the Voice of the Mentally Ill. *Medico Legal Journal of Ireland*. 2010;16(1):21-52.
- O'Connell MJ, Stein CH. Psychiatric Advance Directives: Perspectives of Community Stakeholders. *Administration and Policy in Mental Health*. 2005;32(3):241-265.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra: OMS, 2006. [https://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)
- OMS, Organización Mundial de la Salud. WHO QualityRights Tool Kit. Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Ginebra: OMS, 2012. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9789241548410\\_eng.pdf;jsessionid=A0F6C5526298C5B2BF9C74A687EFBE4C?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9789241548410_eng.pdf;jsessionid=A0F6C5526298C5B2BF9C74A687EFBE4C?sequence=3)
- Ouliaris C, Kealy-Bateman W. Psychiatric advance directives in Australian mental-health legislation. *Australas Psychiatry*. 2017;25(6):574-577.
- Papageorgiou A, King M, Janmohamed A, et al. Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2002;118:513-519.
- Pathare S, Shields L, Nardodkar R, Narasimhan L, Bunders J. What do service users want? A content analysis of what users may write in psychiatric advance directives in India. *Asian Journal of Psychiatry*. 2014;S1876-2018(14)00216-0. doi: 10.1016/j.ajp.2014.10.006.
- Porsdam Mann S, Bradley VJ, Sahakian BJ. Human Rights-Based Approaches to Mental Health. *Health Hum Rights*. 2016;18(1):263-276.
- Ramos Pozón S, Román Maestre B. Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2014;34(121):21–35.
- Ramos Pozón. Las decisiones compartidas en salud mental: mitos, barreras y beneficios. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016; 9 (3); 175-176.

Reilley J, Atkinson JM. The content of mental health advance directives: Advance statements in Scotland. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2010;33:116-121.

Ritchie J, Sklar R, Steiner W. Advance Directives in Psychiatry. Resolving Issues of Autonomy and Competence. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1998;21(3):245-260.

Russo J, Rose D. "But what if nobody's going to sit down and have a real conversation with you?" Service user/survivor perspectives on human rights. *Journal of Public Mental Health*. 2013;12(4):184-192.

Santos Urbaneja F. La autodeterminación frente a los tratamientos médicos en Salud Mental. Aspectos civiles y penales, 2012. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/autodeterminacion-tratamientos-medicos-salud-mental/>

Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Barrio Cantalejo IM, González Rubio MJ. Collaboratory on Advance Directives. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2011. <http://www.voluntadesanticipadas.com/>

Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López MS. Planificación anticipada de decisiones. Guía de Apoyo para profesionales. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013. [https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af1956a01d0a\\_planificacion\\_anticipada\\_de\\_decisiones\\_SSPA.pdf](https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956a01d0a_planificacion_anticipada_de_decisiones_SSPA.pdf) .

Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Méndez Martínez C, García León FJ. Guía para hacer la Voluntad Vital Anticipada. Sevilla: Consejería de Salud, 2012. <https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GuiaVVA.pdf>

Srebnik D, Appelbaum PS, Russo J. Assessing Competence to Complete Psychiatric Advance Directives with the Competence Assessment Tool for Psychiatric Advance Directives. *Comprehensive Psychiatry, Official Journal of the American Psychopathological Association*. 2004;45(4):239-245.

Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T. The Content and Clinical Utility of Psychiatric Advance Directives. *Psychiatric Services*. 2005;56(5):592-598.

Suess Schwend A, Bono del Trigo A, Ibáñez Rojo V, Romero Cuesta J, Romero Jimeno MD, Tamayo Velázquez MI, Huizing E. Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: Modelos, utilidades y propuestas de aplicación. *RAEN, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2016;36(129):79-102.

Sutherby K, Szmukler GI, Halpern A, et al. A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100:56-61.

Swanson J, Swartz M, Ferron, et al. Psychiatric Advance Directives among Public Mental Health Consumers in Five U.S. Cities: Prevalence, Demand, and Correlates. *J Am Acad Psychiatric Law*. 2006;34:43-57.

Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, et al. Facilitated Psychiatric Advance Directives: A Randomized Trial of an Intervention to Foster Advance Treatment Planning Among Persons with Severe Mental Illness. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1943-1951.

Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, et al. Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis intervention. *J Ment Health*. 2008;17(3):255-267.

Szmukler G, Dawson J. Commentary: Toward Resolving Some Dilemmas Concerning Psychiatric Advance Directives. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006;34:399-401.

Szmukler G. 'Advance statements' in psychiatry. *Psychiatry*. 2006;6(2):49-51.

Szmukler G. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: 'Rights, will and preferences' in relation to mental health disabilities. *Int J Law Psychiatry*. 2017;54:90-97.

The Ithaca Project Group. The Ithaca Toolkit for Monitoring Human Rights and General Health Care in Mental Health and Social Care Institutions, 2010. <http://www.ithacastudy.eu/toolkits/english/2.4%20Ithaca%20Toolkit%20English.pdf>

Van Dorn RA, Swartz M, Elbogen EB, et al. Clinicians' Attitudes Regarding Barriers to the Implementation of Psychiatric Advance Directives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2006;33(4):449-460.

Varekamp I. Ulysses directives in The Netherlands: opinions of psychiatrists and client. *Health Policy*. 2004;70:291-301.

Villagrán JM, Ruiz-Granados IL, González-Saiz. El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2014;34(123):491-506.

Zelle H, Kemp K, Bonnie R. Advance directives in mental health care: evidence, challenges and promise. *World Psychiatry*. 2015;14(3):278-280



**Junta de Andalucía**

Consejería de Salud y Familias

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA, S.A.