

## COMUNICACIÓN DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES (PAD) EN SALUD MENTAL

Yo, D/D<sup>a</sup>, \_\_\_\_\_, con  
DNI / NIE / Pasaporte Nº: \_\_\_\_\_,

Deseo que, durante mi tratamiento en su centro u hospital, las siguientes preferencias e indicaciones se tengan en cuenta en la atención a mi salud mental cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones a cusa de mis problemas 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 encargarse 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 recibiré 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 recibiré 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, contemplada en mi pauta farmacológica 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 Nº \_\_\_\_\_, 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 Nº \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 12. Fecha de primera cumplimentación

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

Titular  
Nombre y apellidos:  
Fdo.:

Representante  
Nombre y apellidos:  
Fdo.:

## 13. Fecha de actualización

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

Titular  
Nombre y apellidos:  
Fdo.:

Representante  
Nombre y apellidos:  
Fdo.:

**(Nota:** Se recomienda presentar esta comunicación de voluntades mediante registro oficial a todos los centros y hospitales en los que la persona sea atendida. Para que quede constancia escrita de que lo han recibido).

**A CUMPLIMENTAR POR PARTE DEL RECURSO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL QUE  
PRETENDE RESPETAR LA VOLUNTAD DEL PACIENTE**

El equipo de atención a la salud mental, del (nombre del hospital o centro):

\_\_\_\_\_

Habiendo corroborado que la planificación anticipada de decisiones se comunica por parte de la persona interesada en un momento de estabilidad psicopatológica y plena capacidad para decidir, se comprometen con

D. / Dña. \_\_\_\_\_,

A dar correcto cumplimiento a lo solicitado mediante el documento de Planificación Anticipada de Decisiones (PAD), que presentó en este centro el día \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ dentro de los márgenes que permita la legislación vigente.

Para que así conste, se entrega este documento a la persona citada, con lugar y fecha de firma en,

Valencia, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: Responsable de atención a la salud mental del citado centro u hospital