

Voluntades Anticipadas

EN SALUD MENTAL

Voluntades Anticipadas

EN SALUD MENTAL



Autoría

Adrián Haro González
Alfonso Ríos Solsona
Carlos Ruiz Vicente
Itxaso Gardoki Souto
María Camacho Gómez
Olaia Fernández Fernández
Pablo Fernández Cordón
Pedro Enrique Luque González - Kike
Sara Martínez Urbano
Yohana González Sedeño

Edición y corrección

Sandra Bortolotti Muñoz

Diseño editorial

anto sponton

DOCUMENTO **NO AUTORIZADO**
POR LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (AEN)
Para mayor información <https://exseccionddhhaen.wordpress.com/>

Índice

I. ¿Cómo se organiza esta guía?	5
II. Introducción	9
III. Declaración de Voluntades Anticipadas	17
1. Criterios que deseo que se tengan en cuenta	20
2. Situaciones sanitarias en que deseo se considere este documento	20
3. Instrucciones que deseo que se consideren en cuanto a las actuaciones sanitarias sobre mi persona	21
3.a Llamada al 112	22
3.b Traslado al hospital	22
3.c Urgencias	24
3.d Ingresos	25
3.d.1 Defensa jurídica y procedimiento en caso de internamiento	25
3.d.2 Designación de persona representante interlocutora	27
3.d.3 Procedimiento a seguir antes de un ingreso involuntario	28

3.d.4 Diagnóstico	30
3.d.5 Medicación	31
3.d.6 Condiciones durante el ingreso (uso del teléfono, visitas, permisos de salida, uso de pertenencias)	32
3.d.7 Actuaciones de psicoterapia y atención psicológica ...	33
3.d.8 Actuaciones de evaluación psicológica	34
3.d.9 Trámites sociales	36
3.d.10 En cuanto a las actuaciones con fines de investigación	39
3.e Acciones legales	40
3.f Constancia	41
Bibliografía	42

IV. Anexo

Anexo 1. Generar una red de apoyo	47
Anexo 2. Medios de contacto con la red de apoyo	56
Anexo 3. Poder notarial	58
Anexo 4. Consentimiento informado	59
Anexo 5. Trámites sociales	61

I.

¿Cómo está
organizada
esta guía?

Esta guía empieza con una primera parte de Introducción en la que contextualizamos las voluntades anticipadas y explicamos:

Qué son las voluntades anticipadas, por qué hablar de ellas en salud mental, para qué sirven y para qué no, qué hacer con ellas, y algunas otras consideraciones que entendemos pueden ser relevantes.

Una vez aclaradas esas dudas, pasamos al documento en sí, que lo hemos llamado Voluntades Anticipadas en Salud Mental. Este documento comienza con una **Declaración** de los criterios que se quieren tener en cuenta ante una **situación de crisis**, y continúa con la declaración de las **situaciones sanitarias** que se pueden llegar a presentar. El tercer apartado lo hemos dividido en cuatro bloques: **llamadas al 112**, **traslados forzosos**, y **urgencias e ingresos involuntarios**, en el que hemos considerado «situaciones críticas» que pueden conllevar actuaciones de violencia por parte de los equipos profesionales.

Dentro de cada uno de estos bloques hemos planteado las situaciones que, según nosotras, pueden ser objeto de actuaciones dañinas. Por ello, merece la pena reflexionar e invitamos a detenerse a pensar sobre cómo cada persona quiere que se actúe en cada una de ellas.

Hablamos de las **contenciones mecánicas**, de la **medicación** que quiero o no que se me administre, de si quiero o no recibir **psicoterapia**, de cuáles son los **trámites sociales** y si quiero que se inicie o no la tramitación de alguno de ellos. Asimismo también se aborda la cuestión de si quiero o no ser **sujeto de investigación** y ceder mis datos para los estudios clínicos, así como de los diagnósticos, de quién quiero que sean mis **interlocutores** para que puedan hablar por mí, etc.

Estos apartados han surgido de debates y reflexiones llevadas a cabo, aunque **no dejamos esta guía cerrada** a nuevas aportaciones derivadas de situaciones no contempladas aquí,

así como cuestiones que pueden ser de interés y se puedan incluir como nuevos apartados.

La propuesta es que cada persona pueda completar lo que le resulte útil o necesario, ya que no hay por qué rellenar todos y cada uno de los apartados propuestos en esta guía si a la persona no le interesan o no le resultan útiles en este momento. Siempre que se quiera se podrán modificar estas voluntades, así como ampliarlas o reducirlas... ¡Todo lo que tú, como persona que utiliza esta guía, necesites!

Este documento tiene un último apartado de «**Constancia**» para dejar sentado que lo expuesto ha sido decidido libremente por ti y por ello se firma, para que se tengan en cuenta tus declaraciones.

Veréis también que al final hemos adjuntado la **Bibliografía** y varios **Anexos** donde podéis encontrar los documentos siguientes:

- 1. La Importancia de la Red de Apoyo.**
¿Cómo generarla?
- 2. Mi Red de Apoyo y cómo contactarla.**
- 3. Poder Notarial.**
- 4. Documento de Consentimiento Informado sobre la Medicación.**
- 5. Notas explicativas para los trámites sociales.**

II.

Introducción

¿Qué son las voluntades anticipadas?

Son un documento que recoge las decisiones que ha tomado una persona, de manera **pensada y libre**, sobre el tipo de tratamientos, tratos y cuidados que quiere recibir cuando se considere que su estado le impide tomar decisiones por sí misma.

En este documento se pueden designar **personas representantes de tu red de apoyo**, encargadas de velar para que los deseos expresados en el documento se cumplan.

¿Por qué hablar de voluntades anticipadas en salud mental?

La vulneración de derechos humanos de las personas atendidas en los servicios de salud mental es frecuente en todos los países del mundo y reconocida tanto por la OMS como por distintos organismos de Naciones Unidas en diferentes documentos e informes.

Algunas de las vulneraciones más explícitas se producen en momentos de crisis, cuando se considera que las personas no pueden tomar decisiones por sí mismas y los profesionales de los servicios de salud mental actúan sobre ellas sin tener en cuenta su consentimiento, preferencias, valores, ideas, etc.

Las voluntades anticipadas o instrucciones previas son una herramienta que puede servir para que se conozca la voluntad y las decisiones de alguien a la hora de organizar sus cuidados en momentos en los que no está (o se considera que no está) en condiciones de expresarlas.

El documento de voluntades anticipadas se ha usado en mayor medida en otro tipo de dificultades y diferentes condiciones del estado de salud que impiden que las personas expresen personalmente sus decisiones sobre sus cuidados (por ejemplo, en caso de daño cerebral, estados vegetativos, demencias severas, Alzheimer, etc.). Y aunque todavía queda un largo trecho para que esta herramienta tenga la misma validez en situaciones de crisis psiquiátricas que en otros estados de salud, **este documento puede ser útil para frenar algunas de las violencias cotidianas que se producen, así como para contribuir al cambio cultural que necesitamos para que se considere que las personas psiquiatrizadas tienen capacidad para decidir, cuando están fuera de las crisis, en el camino de que se las consideren también durante las crisis.**

¿Para qué sirven las voluntades anticipadas?

Tener el documento de voluntades anticipadas servirá para que los profesionales de salud mental, cuando consideren que una persona no está en condiciones de decidir por sí

misma, puedan conocer su voluntad y sus preferencias a la hora de organizar sus cuidados.

Si no se respetan estas instrucciones, creemos que tanto los representantes designados por la persona para velar por sus deseos mientras se consideran incapaces de decidir, o la misma persona cuando haya superado la crisis, **podrán usarlas para tener material registrado a la hora de organizar una posible denuncia legal, procesos de reparación y/o justicia transformativa, dotándolos de un mayor sustento.**

¿Para qué *no* sirven las voluntades anticipadas?

El documento de voluntades anticipadas todavía no es suficiente para que se respeten los deseos y preferencias de una persona sobre los tratos, cuidados y tratamientos que quiere. Tampoco garantiza que reciba una reparación en caso de que se vulnere la voluntad expresada en el documento.

¿Qué hacer con las Voluntades Anticipadas una vez que se haya rellenado?

Todas las comunidades autónomas cuentan con un *Registro de Voluntades Anticipadas* en el que se puede presentar el documento

de manera presencial. Lamentablemente, a día de hoy los documentos de voluntades anticipadas redactados para organizar cuidados y tratamientos por problemas de salud mental no se están pudiendo registrar en casi ninguna comunidad autónoma. Y en las comunidades autónomas en las que se pueden registrar en la historia clínica, como es el caso de Andalucía, éste no tiene carácter vinculante. Es decir, los profesionales pueden acceder a los deseos y preferencias especificados en el documento de voluntades anticipadas, pero no tienen la obligación de respetarlos.

En otras comunidades autónomas, como Madrid, conocemos personas que han conseguido, hablando con sus profesionales y con personas responsables de los servicios de salud mental, que sus voluntades figuren en las historias clínicas de sus hospitales de referencia. Esto supone que si vas a tu centro se tendrían en cuenta, pero si alguien acudiera o fuera trasladado de manera forzosa a otro centro distinto a donde las presentó, los profesionales no tendrían acceso al documento ni, por tanto, a las instrucciones expresadas en él.

También conocemos a personas que las han firmado ante notario y han optado por llevarlas encima en todo momento para poder presentarlas en caso de que estén actuando sobre ellas, saltándose su consentimiento.

Ante la falta de una legislación clara sobre dónde registrar las VVAA vinculadas a salud mental, animamos a explorar nuevas vías de registro.

Poniendo el ejemplo de supuestos distintos a los de las crisis de salud mental, las voluntades anticipadas se pueden presentar: en los Servicios Provinciales del Departamento de Sanidad; en los Servicios de Información y Atención al Usuario (SIAU) de cualquier centro sanitario y en los Servicios de Admisión de los Centros de Salud.

¿Se puede cambiar o anular el documento?

El documento de VVAA puede cambiarse o anularse en cualquier momento. Si lo cambias, recomendamos que una vez completado de nuevo el documento, se repita el proceso de registro utilizado en la primera ocasión. Si lo anulas, te recomendamos que lo comuniques allá donde lo hayas comunicado.

Cuestiones a tener en cuenta *antes* de rellenar el documento

En salud mental se entiende por ley que si hay una alternativa menos coercitiva hay que ceñirse a ella. Con esta idea, pensamos que **incluir a profesionales sanitarios (de la salud en general**, como médicas de familia, enfermeras, técnicas de cuidados auxiliares de enfermería... **y de la salud mental en particular**, como monitoras, trabajadoras sociales, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, enfermeras de salud mental, psicólogas...) en el documento, comprometidas y disponibles para acompañar la crisis, respetando las voluntades y preferencias en los supuestos reflejados en el documento, puede ser útil porque, al ser profesionales, se puede convencer más fácilmente de que la alternativa menos restrictiva que existe, sigue siendo profesional.

Si las personas **no cuentan con profesionales en su red** pensamos que aun así se puede presentar la red personal o natural

(tus amigxs, familiares, etc.) comprometida con un proceso como una alternativa menos coercitiva, pero aún no sabemos el grado de validez formal que esto podría tener de cara a los interlocutores médicos y judiciales.

Aun así, creemos que si la red (amigxs, familiares, etc.) comprometida con el proceso se constituye como *asociación* u otra **forma jurídica formal** (por ejemplo, formando una asociación), es más probable que se le tenga en cuenta. Pero de momento son sólo suposiciones.

En caso de no tener red a la hora de rellenar el documento recomendamos que se revise detenidamente el ANEXO I. En todo caso, creemos deseable que se comparta el documento con otras personas encargadas de velar por el cumplimiento de las instrucciones para los supuestos recogidos en él.

A continuación comenzaremos a escribir el documento. Lo que se muestra es un ejemplo que puede rellenarse aquí mismo o usarlo como modelo para escribir el propio.

III.

Declaración de Voluntades Anticipadas

Yo, _____, con DNI _____,
fecha de nacimiento _____ y, por lo tanto, mayor de
edad, y código de identificación personal autonómico de la tarjeta sanitaria
número _____ con domicilio en _____
_____ y teléfono de contacto _____

Manifiesto que tengo conocimiento de que:

La Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario de la comunidad autónoma de _____, considera este documento como el cauce por el cual **una persona manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre el cuidado y el tratamiento de su salud (artículo 2).**

En el marco de dicha Ley, cuyo artículo 1 reconoce el derecho a otorgar el presente documento, declaro disponer de la capacidad para otorgar la presente declaración en los términos previstos en el artículo 4 de la Ley 3/2005, de 23 de mayo de la Comunidad de _____, por cuanto soy mayor de edad, cuento con plena capacidad de obrar y no he sido objeto de incapacitación legal. Tras una serena y adecuada reflexión, y actuando libremente, formalizo mediante este documento, mi declaración de instrucciones previas (VVAA), para lo cual:

Declaro

1. CRITERIOS QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA

Que, de tener contacto con el Sistema Público de Salud en cualquier ámbito de la salud mental, se deben tener en cuenta los siguientes criterios generales: **Que en todo momento se respeten los criterios de las personas representantes de mi red de apoyo a las crisis** y, para ello, desde el mismo instante en el que tenga contacto para valoración por los servicios de salud mental, se realicen todos los esfuerzos necesarios para contactar con dichas personas, cuyos teléfonos de contacto se recogen en el **Anexo II Medios de contacto con la red de apoyo** a este escrito.

Que antes de tomar una decisión, se valoren pormenorizadamente todas las posibilidades que se me pueden aplicar en cada una de las situaciones, y se aplique la que menos efectos secundarios me produzca, secuelas, etc., consultando ante cualquier tipo de decisión médica el criterio de mi red de apoyo.

2. SITUACIONES SANITARIAS EN QUE DESEO SE CONSIDERE ESTÉ DOCUMENTO

Este documento debe considerarse si en cualquier momento de mi vida futura (y como consecuencia de un alto grado de deterioro físico y/o mental según el criterio clínico y subjetivo del personal médico encargado), se valorara que me encuentro en una situación que me impidiese tomar decisiones sobre mi cuidado sanitario y sobre los tratamientos y/o técnicas de soporte vital que se me fuesen a aplicar, provocado por cualquiera de las causas que a

continuación se enuncian:

- ♦ Previsión de posible ingreso, pero en momentos anteriores a que se produzca (llamada al 112, posibilidad de traslado al hospital, valoración en urgencias).
- ♦ Ingreso Involuntario en la Unidad de Hospitalización.
- ♦ Aplicación de alguna de las **medidas coercitivas y/o propuesta de intervenciones sociosanitarias**:
 - Contención Física.
 - Contención Farmacológica (drogas psiquiátricas).
 - Contención Mecánica.
 - Propuesta de terapia electroconvulsiva
 - Atención Psicoterapéutica
 - Solicitud de Trámites Sociales
 - Participación en ensayos clínicos

No obstante, **en cuanto se considere que estoy de nuevo capacitado** para ello, la decisión sobre mi situación sanitaria volveré a determinarla yo personalmente.

3. INSTRUCCIONES QUE DESEO QUE SE CONSIDEREN EN CUANTO A LAS ACTUACIONES SANITARIAS SOBRE MI PERSONA

Mi voluntad, en los supuestos contemplados en el apartado segundo de esta declaración, es la siguiente:

3.a

3.a LLAMADAS AL 112

Que no se realicen **llamadas** a los servicios de emergencias. **Antes de realizarse**, se haya contactado con mi red de apoyo para las crisis (en los números facilitados en el **ANEXO II**) y se espere a que acudan.

Que en caso de realizarse la llamada y acudan los servicios de emergencias, se esperará a que acuda mi red de apoyo para las crisis, antes de recurrir a la policía. Si la espera está siendo difícil de sostener por el equipo sanitario me ayudaría que durante la espera se intentara *(cosas que me ayudarían)*:

3.b

3.b TRASLADOS AL HOSPITAL

Que bajo ninguna circunstancia se realice un **traslado forzoso** al hospital. Que si la situación está siendo difícil de gestionar por parte del equipo sanitario se contacte con mi red de apoyo y hasta que acudan se intente acompañar la situación intentando *(cosas que me ayudarían durante la espera)*:

Que, si se decidiera enviar un equipo para la valoración de un **traslado forzoso** a una Unidad de Hospitalización, éste se realice **sin necesidad de que participen las fuerzas de seguridad**, ya que dicha participación sería anti-terapéutica, y que en todo momento se realice siendo respetuosos con mis derechos personales.

A este respecto, cabe decir, en relación al **traslado forzoso** en ambulancia para valoración por psiquiatría, que la evidencia que sostienen tanto el marco PAS¹ como el marco de los servicios conscientes del trauma², contraindica toda intervención forzosa desde los circuitos de salud mental en el caso de ser valorada como retraumatizante para la persona, como lo sería en mi caso, de acuerdo a las experiencias vividas en los servicios con anterioridad y mis valores centrados en la autodirección y la plena asunción de las consecuencias de todos mis comportamientos. En mi caso, **antes** de proceder a un traslado forzoso para valoración por psiquiatría **se habrá contactado con mi red de apoyo para las crisis, la cual es responsable del tratamiento y constituye una alternativa de respuesta inmediata libre de coerción ante una situación de crisis**, con el objetivo de que se encargue de organizar los apoyos que sean necesarios para seguir adelante sin proceder al traslado.

Que en caso de que mi red de apoyo no esté disponible y se valore un traslado forzoso al hospital, **bajo ninguna circunstancia se recurrirá a una contención farmacológica involuntaria y una contención mecánica en el interior de la ambulancia**. Si se realizara alguna de estas intervenciones durante el traslado, **será registrado quién es el responsable de la misma, su duración y las estrategias que se han intentado poner en práctica antes de la decisión**.

¹ Lucy Johnston y Mary Boyle (2018)

² Angela Sweeney y col. (2016)

3.C

3.C
URGENCIAS

Que en caso de ser trasladado a urgencias se contactará con mi red de apoyo a las crisis y se esperará a que se personen antes de tomar ninguna decisión o realizar ninguna intervención. Antes de llamar a la policía se habrán intentado las siguientes acciones: _____

La primera comunicación será con las personas **representantes de mi red de apoyo (ANEXO II)** y, si se desea, pensar en otras personas o personal de urgencias que haya sido de ayuda con anterioridad. Incluir sus nombres y datos de contacto en este apartado: _____

Que en ningún caso se recurrirá a **contención farmacológica de carácter involuntario**. Antes de haber propuesto ningún tipo de medicación se habrá contactado con mi red de apoyo a las crisis. En caso que no estén disponibles o durante la espera, si la situación está siendo de difícil gestión para el equipo de emergencias, se intentará (*cosas que me ayudarían durante la espera*):

Si se diera una situación que habitualmente se nombra en los entornos sanitarios como **«agitación psicomotriz»**, durante mi estancia en la sala de espera de Urgencias, la atención que reciba se realizará **sin necesidad de que participen las fuerzas de seguridad**, ya que dicha participación sería **iatrogénica y contraterapéutica**. Y todas las actuaciones que se lleven a cabo se realizarán siendo respetuosos con mis derechos personales.

Exijo que **no se me controle bajo ningún concepto con Medidas Coercitivas**, como son la fuerza física, medicaciones inyectables, la Contención Mecánica o farmacológica, etc., **sino mediante la espera, la escucha, el diálogo** y, para promoverlo, llamando inmediatamente a mi red de apoyo en las crisis (teléfonos disponibles en **ANEXO II**), con cuyo criterio confío y ha demostrado garantizar mis intereses y derechos.

3.d
INGRESOS3.d.1
Defensa jurídica y procedimiento
en caso de internamiento

Que, en el caso de que se valorara un internamiento psiquiátrico involuntario, en el mismo momento en que se inicie el procedimiento judicial, serán respetados todos mis derechos y se seguirá fehacientemente el procedimiento establecido en el art. 763 de la *Ley de Enjuiciamiento Civil*:

- ♦ Que el responsable del centro en que se vaya a producir el internamiento dé cuenta al tribunal competente en la mayor brevedad posible.

3.d

3.d.1

- Que el tribunal competente escuche lo que yo tengo que decir sobre mi situación y, así mismo, escuche y tenga en cuenta la opinión de la red de apoyo a las crisis (ver s en **ANEXO II**), a los que en el siguiente apartado les **otorgo la potestad** de ser mis interlocutores válidos en todo el proceso, y a los que, en función de lo dispuesto en el art. 763.3, designo como interlocutores, cuyo dictamen debe tenerse en cuenta.
- Que a dicho tribunal se le haga llegar esta Declaración.
- En caso de que se autorice el internamiento contra mi voluntad, y dado el potencial iatrogénico y antiterapéutico de esta medida sobre mi persona, ruego que los informes periódicos que deben remitirse al tribunal se realicen con una periodicidad muy breve.
- Que en todo momento se me informe a mí, y a mi red sobre mi situación médica y legal, y se nos expliquen mis derechos y la **posibilidad de elegir a una abogada/o** que defienda mis intereses durante todo el procedimiento.
- Que en todo momento, tanto yo como mi red, tengamos acceso a la comunicación con mi abogada/o, sea este designado por mí mismo o por mi red, a quienes otorgo la potestad de elegir mi representación jurídica tanto en este documento como en el **Poder notarial** que se adjunta como **ANEXO III**.

Dicho letrado estará capacitado para intervenir en mi nombre y derecho exclusivamente en lo referente al proceso judicial de internamiento involuntario, **estando legitimado para interponer todos los recursos y escritos que sean oportunos relacionados con dicho procedimiento. Así mismo, estará legitimado para denunciar en mi nombre cuantos delitos y vulneraciones de derechos fundamentales sean apreciados durante mi estancia no voluntaria en el centro médico correspondiente.**

Ruego que se respete todo lo mencionado para evitar lesionar mi derecho fundamental a la libertad, ya que, en caso de verse lesionado este derecho desproporcionadamente o sin las garantías suficientes, me reservo emprender las acciones legales pertinentes contra los responsables y partícipes del internamiento involuntario.

3.d.2 Designación de representante interlocutor o interlocutora

Deseo designar representantes para que actúen como interlocutores válidos y necesarios con el/la médico o el equipo sanitario que me atienda, en caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad personalmente. Para ello, designo a las siguientes personas, todas ellas comprometidas con mi proceso y mis valores, con conocimiento sobre mis voluntades y preferencias en el ámbito de la salud mental, que forman parte fundamental de mi **red de apoyo para las crisis** y en quienes confío para salvaguardar mis derechos.

Nombre y apellidos _____, mayor de edad, de nacionalidad _____, con DNI _____, y domicilio en _____, con número de teléfono _____, el cual firma conmigo este documento en señal de conformidad.

Nombre y apellidos _____, mayor de edad, de nacionalidad _____, con DNI _____, y domicilio en _____, con número de teléfono _____, el cual firma conmigo este documento en señal de conformidad.

Dicha representante participará, en caso de duda, en la interpretación de mis deseos, junto a mi red de apoyo para las crisis, siempre que no se contradiga con las **instrucciones previas (Voluntades Anticipadas)** otorgadas por mí en este documento. Cualquiera de ellos podrá representar mis intereses conjuntamente o de manera individual dependiendo de las posibilidades de cada uno.

Así mismo, y en caso de que yo no pueda designar una representación que vele por mis derechos durante el proceso judicial de internamiento involuntario, les otorgo la capacidad de designar a una abogada/o para que ejerza el derecho de defensa contemplado en el artículo 763.3 de la *Ley de Enjuiciamiento Civil** (Ver **ANEXO III. Poder notarial**).

3.d.3 Procedimiento a seguir para evitar ingreso involuntario

En caso de no respetarse mi voluntad ni la del equipo designado, y se proceda a realizar un Ingreso Involuntario, manifiesto que **no quiero que se me apliquen bajo ningún concepto medidas coercitivas, como son la fuerza física, medicaciones inyectables, la contención mecánica y/o farmacológica, etc.**, sino mediante la espera, el diálogo y, para promoverlo, llamando inmediatamente a mi red de apoyo, con cuyo criterio me siento cómodo y ha demostrado garantizar mis intereses y derechos.

A este respecto, cabe mencionar, en relación con el ingreso involuntario que, a pesar de que es una práctica habitual en los servicios de salud mental, ape-

* En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

nas hay investigaciones científicas que justifiquen su uso y muchas otras apuntan a su potencial iatrogénico³. Además, siguiendo las directrices de las guías NICE^{4,5} y otros estudios realizados en EEUU, Australia y Canadá⁶ sólo está justificado, y como último recurso, en el manejo a corto plazo de violencia y comportamientos agresivos.

En mi caso, antes de proceder a un ingreso involuntario:

I.
Se habrá contactado con mi red de apoyo a las crisis, que constituye una alternativa real al ingreso involuntario, pudiendo tener encuentros diarios si así lo acordáramos. Cabe recordar que cumplir con los criterios legales de atención involuntaria no significa que se tenga que estar sujeto a ella, y menos aún, habiendo una alternativa disponible a la que debe recurrirse.

II.
En caso de recurrir al ingreso involuntario, se asume que la/las personas responsables de la decisión son conscientes de la existencia de dicha alternativa y de mi deseo de que se recurra a ella antes de proceder al ingreso; y que, por tanto,

III.
Asumen su responsabilidad en el caso de que sufra, tal y como apuntan distintos estudios, traumas y retraumatizaciones; adopción de actitudes y comportamientos más sumisos, así como una reducción de mi apertura social.

³ Amy Mellow y col. (2017)

⁴ National Collaborating Centre for Mental Health, NICE (UK) (2015)

⁵ National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, NICE (UK) (2005)

⁶ Selim El-Badri y Graham Mellsop (2008)

Que, en el caso de que esté en una **situación de crisis** o el profesional sanitario que me trate crea que supongo un riesgo para mí mismo o para otro paciente, **se avise inmediatamente a mi red de apoyo** (contactos en **ANEXO II**) y se intente la contención verbal hasta que lleguen los mismos, prescindiendo de todo tipo de contención mecánica o física y, en la medida de lo posible, farmacológica. Que en el caso de aplicar finalmente y en contra de mi voluntad y de estas instrucciones previas, la contención mecánica, **se permita el acompañamiento de las personas que aquí designo como representantes interlocutores durante todo el tiempo que dure la contención, así como que no esté privado sensorialmente de todo estímulo.**

3.d.4 Diagnóstico

Que, dado el impacto traumatizante e interpersonal (conflictos familiares, etc.) que han tenido los diagnósticos que me han sido emitidos en el pasado, **habiendo sido siempre distintos entre ellos, según el profesional que los emitiera** _____

(poner todos los diagnósticos que han sido asignados):

1) No se me diagnosticará de nuevo. Son varios los estudios que hablan del carácter traumático de algunas categorías diagnósticas, de su carácter impreciso (ya que ni siquiera funcionan como unidades discretas), su alto riesgo de falsos positivos y sus limitaciones para la práctica clínica (pues se entiende que el tratamiento tiende a estar más sujeto a síntomas específicos que a diagnósticos generales⁷).

⁷ Kristine M. Faschingbauer y col. (2013)

2) En caso de diagnosticarme de nuevo, tanto yo como mi red de apoyo, seremos informados por escrito y con carácter inmediato del diagnóstico que me han puesto.

3) Informar por escrito acerca del impacto social e interpersonal que dicho diagnóstico puede tener de acuerdo a la literatura científica disponible en la actualidad.

3.d.5 Medicación

Habiendo sido informado de los diferentes modelos de prescripción disponibles⁸ y siendo conocedor de que no hay ninguna prueba convincente que apunte a que algún tipo de fármaco psiquiátrico opere como corrector de un desequilibrio bioquímico previo o tenga una actividad específica sobre una «enfermedad mental»⁹, quiero:

I.

Que no se me prescriba ningún fármaco psiquiátrico a la fuerza, para evitar el efecto retraumatizante de dicha acción¹⁰; que en caso de proponer un tratamiento:

A. Tanto yo como la red de apoyo a las crisis seremos informados por escrito con carácter inmediato del apoyo farmacológico disponible según los diferentes modelos de prescripción existentes (modelo basado en el fármaco, modelo basado en la enfermedad);

⁸ Piers Gooding y col. (2018)

⁹ Kate Allsopp y col. (2019)

¹⁰ Joanna Moncrieff (2018)

B. Mi voluntad de elección será en todo momento respetada, incluida la de no utilizar psicofármacos;

C. Tanto mi red de apoyo como yo seremos informados por escrito de los efectos secundarios de la medicación propuesta (y de la posibilidad de que me generen otros efectos no deseados sobre mi salud física y mental que no aparecen descritos). Ver **Modelo de consentimiento informado** en **ANEXO IV**;

D. En todo caso se comenzará con un propuesta basada en el uso de _____

(nombrar los grupos farmacológicos o medicamentos concretos con preferencia) antes que utilizar cualquier otra droga psiquiátrica, pues por mi experiencia previa puedo decir que mi organismo es sensible al efecto de estas sustancias;

E. En ningún caso se recurrirá a más de un fármaco de la misma familia sin una justificación informada por escrito, ni se harán propuestas de medicación con dosis por encima de la ficha técnica.

F. Que se use como vía de administración _____

(indicar preferencias, como por ejemplo, vía oral, intramuscular...).

3.d.6

3.d.6 Condiciones durante el ingreso (uso del teléfono, visitas, permisos de salida, uso de pertenencias...)

Durante el ingreso **se me permitirá el uso del móvil** para mantener la comunicación con las personas que considere, ya que no permitir que contacte con mi red de apoyo en una situación como esa puede ser altamente perjudicial para mí. Por ello, en caso de que la o el psiquiatra contraindique expresamente la utilización del teléfono móvil, exijo que éste o ésta lo haga constar de forma razonada y por escrito en mi Historia Clínica.

De igual manera, podré usar todas mis pertenencias en mi habitación y en la Unidad, y si en algún caso no fuera así, el profesional sanitario responsable deberá **justificar por escrito todas las razones de dicha restricción en la Historia Clínica**.

Podré decidir salir y entrar de la Unidad cuando yo lo considere, y si en algún caso no se me permitiese, se fomentarán todos los permisos de salida de la Unidad con la mayor amplitud horaria posible. El profesional sanitario responsable deberá **justificar todas las razones en la Historia Clínica**.

Podré decidir en todo momento las personas que yo considero que pueden venir a visitarme a la Unidad durante el ingreso y las que no.

3.d.7 En cuanto a las actuaciones de psicoterapia y atención psicológica sobre mi persona

I.

En el caso de que se me plantee recibir una **terapia psicológica** por mis experiencias previas y mi manera de pensar, no me gustaría que se me tratara desde los siguientes enfoques _____

3.d.7

II.

En el caso de que se quisiera intervenir sobre mí a nivel psicológico, deseo que se nos informe a mí y a mi red de apoyo sobre ello. El **tipo de acompañamiento** que me gustaría recibir tendría que tener las siguientes características: _____

III.

En todo caso me gustaría que tanto mi red de apoyo cómo yo fuéramos invitados a estar presentes en las reuniones profesionales en las que se hable sobre mí o se tomen **decisiones sobre mi tratamiento**.

IV.

Además, antes de comenzar un proceso de atención psicológica, solicito una explicación detallada del tipo de intervención y sus características por parte del profesional encargado para tal fin. En el caso de que no estuviera de acuerdo con recibir la intervención ofrecida, tendré la opción de negarme a recibirla. Si no fuera así, **me reservo el derecho de tomar acciones legales**.

3.d. 8**En cuanto a las actuaciones de evaluación psicológica sobre mi persona****I.**

En el caso de ser atendida/o por un/a psicólogo/a, psiquiatra u otro/a profesional sanitario, y me propongan cumplimentar pruebas de

evaluación estandarizadas, se nos facilitará tanto a mí cómo a mi red de apoyo una **explicación por escrito** de lo que se está pretendiendo evaluar con dicha herramienta.

II.

Sin mi consentimiento y el de mi red de apoyo **no se me podrá aplicar** ninguna prueba de evaluación psicológica.

III.

En el caso de haber dado mi consentimiento, si sintiera incomodidad o quisiera poner fin a la participación, la evaluación se detendrá automáticamente.

IV.

Si se me sometiera a contestar alguna prueba del tipo arriba señalado sin mi consentimiento, me reservo el derecho a tomar acciones legales.

V.

En el caso de que se emitiera algún tipo de informe en el que figuren los resultados obtenidos mediante pruebas psicométricas o juicios clínicos, yo sería informado inmediatamente. Solamente doy permiso para elaborar informes o documentos de características similares cuando yo lo solicite. Si se quisiera compartir algún informe o documento de características similares y se enviara a algún otro profesional sanitario, profesional de la ley, institución de cualquier índole u otras sin mi consentimiento y el de mi red de apoyo, **me reservo el derecho de tomar acciones legales**.

3.d.9

3.d. 9

En cuanto a las actuaciones respecto a trámites sociales (discapacidad, apoyo a la discapacidad, dependencia...)

En el caso de que se decidiera iniciar los trámites sociales (por algún profesional trabajador/a social, psicólogo/a o psiquiatra) para algunos de los siguientes supuestos, **siempre se informará por escrito debidamente a mi persona y a mi red de apoyo a través de dos copias iguales de un documento de consentimiento informado sobre:**

1. DISCAPACIDAD (*antigua Minusvalía*) *
2. APOYO A LA DISCAPACIDAD *
3. DEPENDENCIA *

* Notas explicativas en el **ANEXO V.**

1. DISCAPACIDAD (*antigua Minusvalía*)

En el documento de consentimiento informado que me será entregado se deberá incluir la definición de discapacidad, el baremo que existe con los cinco niveles (expresados en porcentaje %) y su significado, las implicaciones personales, psicológicas, sociales, etc. que conlleva su reconocimiento, los recursos a los que da acceso y las limitaciones que provoca su reconocimiento (pros y contras), además de la facilidad para su reconocimiento y las dificultades para una posible retirada.

Firma de los profesionales responsables que han decidido solicitar el reconocimiento de la Discapacidad:

Nombre y apellidos: _____

Profesión y centro de trabajo: _____

Colegiado: _____

Nombre y apellidos: _____

Profesión y centro de trabajo: _____

Colegiado: _____

Nombre y apellidos: _____

Profesión y centro de trabajo: _____

Colegiado: _____

Para mi cuidado sería fundamental recibir una **explicación de los motivos** por los que los profesionales arriba firmantes han decidido solicitar el reconocimiento de la discapacidad: _____

2. APOYO A LA DISCAPACIDAD

**Rellenar solo en el caso de que sea necesario*

Si tienes reconocida una «**figura de apoyo**», en el documento de consentimiento informado se deberán incluir los datos de la/s persona/s que representan tus voluntades, deseos y preferencias.

Estos datos se encuentran recogidos en **ANEXO III, Poder notarial** del presente documento.

3. DEPENDENCIA

En el documento de consentimiento informado se deberá incluir la definición de dependencia, los grados que existen, para que sirve, los recursos que se asignan según el grado reconocido, además de la facilidad para su reconocimiento y las dificultades para una posible retirada.

Firma de los profesionales responsables que han decidido solicitar el reconocimiento del **Grado de Dependencia**:

Nombre y apellidos: _____

Profesión y centro de trabajo: _____

Colegiado: _____

Nombre y apellidos: _____

Profesión y centro de trabajo: _____

Colegiado: _____

Nombre y apellidos: _____

Profesión y centro de trabajo: _____

Colegiado: _____

Explicar los **motivos** por los que los profesionales arriba firmantes han decidido solicitar el reconocimiento del **Grado de Dependencia**:

3.d.10 En cuanto a las actuaciones con fines de investigación sobre mi persona

3.d.10

I.

En el caso de que se me ofreciera participar en algún estudio científico, siempre **se informará debidamente** a mi persona y a mi red de apoyo, a través de dos copias iguales de un documento de consentimiento informado para cada una de las partes que contenga inexcusablemente los siguientes apartados:

- Objetivo del estudio.
- Explicación de los procedimientos e intervenciones a recibir.
- Posibles riesgos y beneficios de las intervenciones
- Confidencialidad y protección de datos personales.
- Coste de y/o compensación por mi participación.
- Condiciones de mi participación y derecho al abandono del estudio.
- Almacenamiento y futuro uso de los datos obtenidos sobre mi persona.

II.

En el caso de no estar de acuerdo con alguno de los apartados del consentimiento informado arriba descritos, mi participación no se hará efectiva en ningún momento. Si estoy de acuerdo con tales puntos y accedo a participar en algún estudio científico, tendré el derecho de pedir los resultados relacionados con mi desempeño y mis evaluaciones, que se proceda a su eliminación cuando yo lo solicite, y a abandonar el estudio en cualquier momento. Si no fuera así, me reservo el derecho de tomar acciones legales.

III.

Para que mi participación en un estudio se haga efectiva, ambas copias del documento de consentimiento informado deberán ser fir-

madras por mi persona y mi red de apoyo, con nuestros DNI y firmas, además de por el equipo de investigación encargado del proyecto. Una de las copias será conservada por mi persona y la otra por mi red de apoyo. Si no fuera así, me reservo el derecho de tomar acciones legales.

IV.

Si accediera a participar en algún estudio científico:

- En ningún momento se me extraerá ninguna prueba biológica.
- Me es indiferente.

3.e

3.e Acciones legales ante las vulneraciones de mis derechos

Que, en caso de no seguir mis indicaciones ni las de mis representantes, y se me apliquen **protocolos de contención farmacológica y/o física, traslado al servicio de urgencias, el ingreso hospitalario o cualquier otra medida coercitiva** sin haber acudido a otras medidas menos lesivas para con mis derechos, hago saber al equipo médico encargado, mi capacidad de emprender las acciones legales pertinentes al considerar que dichas medidas y actuaciones no harán sino agravar mi situación.

Que en todo momento se respete mi dignidad como persona y mis derechos como paciente.

3.f Constancia

Por último, quiero dejar constancia de que esta declaración ha sido realizada libre y serenamente, con plena capacidad de obrar y con pleno conocimiento de los términos que aquí se expresan y que ésta es mi voluntad firme llegado el caso de tener que consultarse este documento para hacerlo efectivo.

Firma de la persona, de las personas de la red de apoyo y de al menos una persona testigo, que aparecen referenciados en el texto.

En _____ a _____ de 20_____

3.f

Bibliografía

Para sustentar todas mis instrucciones previas, se han utilizado diversos estudios sobre los posibles perjuicios de medidas coercitivas y de no respetar mis derechos y preferencias. Entre ellas, las recogidas a continuación:

~

Lucy Johnstone y Mary Boyle (2018). The Power Threat Meaning Framework: Overview. Leicester: British Psychological Society.

Angela Sweeney, Sarah Clement, Beth Filson y Angela Kennedy (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*, 21(3): 174-192. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2015-0006>

Amy Mellow, Anna Tickle y Mike Rennoldson (2017). Qualitative systematic literature review: the experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*, 22(1): 1-15. <http://doi.org/10.1108/mhrj-04-2016-0007>

Selim El-Badri y Graham Mellsop (2008). Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australasian Psychiatry*, 16(4): 248-52. <https://doi.org/10.1080/10398560802027302>

National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, NICE (UK) (2005). Violence: The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in In-Patient Psychiatric Settings and Emergency Departments. Londres: Royal College of Nursing.

National Collaborating Centre for Mental Health, NICE (UK) (2015). Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings: Updated edition. Londres: British Psychological Society.

Kristine M. Faschingbauer, Cynthia Peden-McAlpine y Wendy Tempel (2013). Use of seclusion: finding the voice of the patient to influence practice. *Journal of Psychosocial Nursing*, 51(7): 32-38. <https://doi.org/10.3928/02793695-20130503-01>

Piers Gooding, Bernadette McSherry, Cath Roper y Flick Grey (2018). Alternatives to coercion in mental health settings: a literature review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne [Internet] Disponible en: https://socialequity.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf

Kate Allsopp, John Read, Rhiannon Corcoran y Peter Kinderman (2019). Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Research*, 279: 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005>

Joanna Moncrieff (2018). Un enfoque alternativo del tratamiento farmacológico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133): 181-193. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100010>

IV.

Anexo

ANEXO 1.

CÓMO GENERAR UNA RED DE APOYO

ÍNDICE

- 1** Conocer la situación actual
 - 1.a** Situaciones previas
 - 1.b** Generar ideas y posibilidades
 - 1.c** Amplitud de miras

- 2** Primeros pasos
 - 2.a** Generar y/o compartir con la red
 - 2.b** Dialogar y transitar hacia el acercamiento

- 3** Comprometerse
 - 3.a** Definir quién, cuándo, cómo, para qué
 - 3.b** Disponibilidades y compromisos
 - 3.c** Clarificar y establecer acuerdos

- 4** Activar a la red
 - 4.a** Los supuestos más probables
 - 4.b** Cuando la cosa falla

- 5** Respetar y defender tu voz
 - 5.a** La red trae tu palabra
 - 5.b** Defensa y autodefensa de tu dignidad
 - 5.c** Contar con esta guía

1. Conocer la situación actual

1.a Situaciones previas

Es importante conocer la situación en la que te encuentras ahora mismo. Para ello pensamos que es importante contar con personas de tu red de confianza para que, si en un momento piensas que necesitas apoyo o esas personas creen que necesitas ayuda, te lo puedan comunicar y ayudarte de la forma más amable que se haya decidido conjuntamente. Para ayudarte a pensar y valorar tu situación actual, creemos que algunas de las situaciones más habituales pueden ser las siguientes:

1. Si no tienes red de apoyo y no quieres generar una nueva.
2. Si no tienes red de apoyo y quieres generar una nueva.
3. Si ya tienes red de apoyo, las cosas no están bien ahora, pero quieres volver a contar con ella.
4. Si ya tienes red de apoyo, las cosas no están bien ahora y prefieres generar una nueva.
5. Si ya tienes red de apoyo y quieres contar con ella.

1.b Generar ideas y posibilidades

A partir de las cinco situaciones habituales que antes se han nombrado, hemos pensado en aportar algunas ideas para ayudarte a reflexionar qué camino te gustaría tomar. Allá va:

1. Si no tienes red de apoyo y no quieres generar una nueva:

Pensamos que es importante contar con personas de confianza para los momentos de mayor dificultad, por lo que si tu decisión es asumirlo sin red de apoyo, es importante que comprendas que tendrás que aceptar la responsabilidad de afrontar una crisis de esta manera y el riesgo que conlleva.

2. Si no tienes red de apoyo y quieres generar una nueva:

Es el momento de generar estrategias e ideas antes nunca pensadas, retomar conversaciones con el entorno, contactar con los colectivos de tu barrio para que te acompañen en esta nueva generación, conocer los recursos que hay cercanos a ti y contactar con equipos de respuesta a las crisis sin ejercer violencia.

3. Si ya tienes red de apoyo, las cosas no están bien ahora, pero quieres volver a contar con ella:

Intentar el acercamiento, ver hasta donde se puede y hasta donde no. Acompañarte de las personas que sí te apoyan para conversar con las personas donde la situación no está bien en estos momentos. Intentar solucionar conflictos previos, destapar los largos silencios o, incluso, aceptar pensar que “al menos lo he intentado”.

4. Si ya tienes red de apoyo, las cosas no están bien ahora y prefieres generar una nueva:

Definir como que NO quieres que tu red actual se involucre en tus cuestiones. Si es posible, conversar para dejar clara tu decisión, contactar con colectivos y/o asociaciones críticas, explorar los recursos de tu barrio y/o ciudad o contar con información y recursos de internet.

5. Si ya tienes red de apoyo, y quieres contar con ella:

Es muy importante generar conversaciones para definir y acordar la forma y el compromiso de esas personas, como tomarán partida, comentar los límites de este apoyo, el cuándo sí y cuándo no.

1.C

Amplitud de miras

Explorar a lo grande los recursos en la red, lecturas críticas, contactar con colectivos e iniciativas de fuera de tu ciudad o incluso internacionales, realizar mapeos colectivos, contactar con grupos de apoyo mutuo (GAM) ya existentes en tu zona o a distancia o contactar con equipos de respuesta a las crisis sin ejercer violencia...

2.

Primeros pasos

2.a

Generar y/o compartir con la red

Definir concretamente qué situaciones y experiencias de tu vida cotidiana te colocan en una situación de mayor estrés, vulnerabilidad y fragilidad para ayudar a conocerte un poco más y a pensar en conjunto con las personas de tu red. Si ya has tenido alguna crisis, conversar sobre en qué contextos ocurrió, qué personas estuvieron apoyándote, qué sentido o significado propio tiene para ti. También se puede dialogar sobre hasta qué punto hay una responsabilidad individual, hasta dónde una compartida con la red y hasta dónde de la situación social, con la perspectiva de que nadie tiene nunca la responsabilidad total de lo que ocurre, por mucho que lo pueda parecer en algunos momentos.

2.b

Dialogar y transitar hacia el acercamiento

Generar espacios de diálogo donde se converse sobre las estrategias previas que se han intentado, las que han ayudado más y las que menos. Pensamos que es importante no tomar decisiones precipitadas y acompañarse de las personas de tu red, para poder sostener las inquietudes que pueden generarse de las conversaciones sobre una posible situación de crisis, si el escenario lo permite. Una idea puede ser contactar con redes amables donde se generen espacios de encuentro y conversación, redes de diálogo abierto, redes vecinales, colectivos, equipos de acompañamiento...

3.

Comprometerse

3.a

Definir quién, cuándo, cómo y para qué.

Generar espacios de diálogo donde se converse sobre las estrategias previas que se han intentado, las que han ayudado más y las que menos. Pensamos que es importante no tomar decisiones precipitadas y acompañarse de las personas de tu red, para poder sostener las inquietudes que pueden generarse de las conversaciones sobre una posible situación de crisis, si el escenario lo permite. Una idea puede ser contactar con redes amables donde se generen espacios de encuentro y conversación, redes de diálogo abierto, redes vecinales, colectivos, equipos de acompañamiento...

3.b

Disponibilidades y compromisos

De nuevo hacemos hincapié en que es muy importante definir la disponibilidad y el compromiso de esas personas significativas designadas como tu red de apoyo, detallando todo lo posible. Se repite con el apartado anterior.

3.c

Clarificar y establecer acuerdos

Acordar el pacto de cuidados de forma concreta, es hora de hablar de todas las posibilidades que se puedan dar (si estoy en crisis, quiero que se contacte con, quiero que no se me ingrese, si así se respeta qué hacer después, si no se respeta, definir cómo será el ingreso, qué preferencias tengo, qué tratamientos quiero y cómo, a quién quiero ver, llamar... y qué hacer al alta... En los documentos de esta guía se incluyen los formularios donde rellenar todos estos datos.

4.

Activar la red

4.a

Los supuestos

En la guía se incluyen muchos de los supuestos más habituales que se pueden desencadenar a raíz de una crisis personal y del entorno cercano. Hemos incluido algunas formas de actuar que creemos que son más protectoras de tus derechos y que frenan, en cierta medida, la escalada de violencia social e institucional que es posible que pueda darse.

4.b

Cuando la cosa falla

Pensamos que si la mayoría de estos mecanismos de autodefensa de tus derechos fallan, cuando te sientas mejor es importante reparar este daño, acompañándote de las personas importantes para ti, con mucha calma y apoyo emocional, con mucho diálogo y reflexión. Por el mismo camino, si las circunstancias se dan, se pueden emprender acciones encaminadas hacia el activismo de forma individual y colectiva (pensamos que de esta forma se genera mucha mayor fuerza) e incluso acciones legales si así fuera necesario.

5.

Respetar y defender tu voz

5.a

La red trae tu palabra

Si la situación y el contexto lo requieren, es el momento de activar todos los mecanismos que se han preparado y acordado previamente. Insistimos en la importancia de tener los documentos escritos que os compartimos en esta “guía de autodefensa”, ya que, aunque por desgracia actualmente no sean documentos vinculantes legalmente, si hubiera algún procedimiento judicial, estaría todo a tu favor para afrontarlo, ya que será, en muchas ocasiones, la defensa más importante con la que cuentes, al encontrarse registrado por escrito.

Creemos en todo ello por el hecho de que el compromiso y la redacción de este do-

cumento ha sido realizada (y nos ponemos ahora en el lenguaje psiquiátrico arcaico, reduccionista, biologicista y violento que tanto detestamos para que se comprenda) en el “momento de estabilidad psicopatológica” “con plena conciencia de enfermedad” “con adherencia al tratamiento” “sin ideas delirantes estructuradas ni fenómenos de escucha de voces” “sin afectación de las capacidades volitivas” “sin alteración de la sensopercepción ni alucinaciones” “sin ideación autolítica estructurada” “consciente y con orientación en las tres esferas” “estado anímico estable y regulado” “no alteración de los cronobiorritmos (sueño y descanso, alimentación, eliminación, ciclo menstrual...)” y un largo etcétera de expresiones y conceptos que dividen el malestar de las personas en un binarismo sin sentido, entre “estable” e “inestable” o “bien” y “mal”, sin mayor complejidad, diversidad ni profundidad. De este modo, es mucho más probable que tu voz sea legitimada y tenida en cuenta en la situación de crisis, además que así cualquier profesional se pensará dos veces tomar cualquier decisión de forma unilateral. Esa es nuestra mayor esperanza.

5.b Defensa y autodefensa de tu dignidad

Tras mucho reflexionar, pensamos que una “regla de mínimos” que se debe intentar conseguir cuando haya una situación de crisis y, por los motivos que sean, se produzca un encuentro con la institución psiquiátrica, es solicitar todo por escrito. Esta solicitud la puedes hacer tú y/o lo puede hacer tu red de apoyo, que lo hará en representación tuya. De esta forma, se respeta tu derecho a ser informadx de cualquier opción de tratamiento que te propongan, cualquier protocolo o guía que haya en la Unidad, el Hospital o la Comunidad Autónoma y de cualquier decisión que vaya a ser tomada, para que, en el caso de no ser así, pueda producirse una respuesta posterior y las repercusiones oportunas sobre los profesionales o la Unidad que te ha atendido.

Además, el propio hecho de “pedir todo por escrito” pensamos que puede generar cierta seguridad y protección preventiva para ti y tu red de apoyo, y posiblemente provocará que no se produzca una actuación tan a la ligera por el temor de la persona que te atiende a tener repercusiones institucionales, legales y/o sociales.

5.c Contar con esta guía

A modo de resumen, esperamos que el uso de esta guía pueda servirte como documento útil y práctico, en primer lugar para la reflexión personal y el contacto con tu red de apoyo y para nuevas formas de pensar, compartir, generar, diversificar..., y como defensa y autodefensa de tus derechos y de tu dignidad como persona.

ANEXO 2.

MEDIOS DE CONTACTO CON LA RED DE APOYO

Estos son los datos de contacto para que la red de apoyo, nombrada por mí como interlocutora, a lo largo de todo el proceso y como voz autorizada para ser escuchada ante los profesionales que me atiendan y ante el tribunal que en su caso deba autorizar un posible ingreso involuntario.

Nombre: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfonos de contacto: _____

Email de contacto: _____

Nombre: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfonos de contacto: _____

Email de contacto: _____

Nombre: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfonos de contacto: _____

Email de contacto: _____

Nombre: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfonos de contacto: _____

Email de contacto: _____

Nombre: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfonos de contacto: _____

Email de contacto: _____

Nombre: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfonos de contacto: _____

Email de contacto: _____

Nombre: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfonos de contacto: _____

Email de contacto: _____

Nombre: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Teléfonos de contacto: _____

Email de contacto: _____

Se ruega que si en un primer momento no se logra establecer contacto, se siga intentando a través de todos los canales ofrecidos.

ANEXO 3.

CARTA DE PODER NOTARIAL

Por medio de la presente, Yo _____ mayor de edad, con DNI o NIE _____, y domicilio en _____

OTORGO PODER ESPECIAL A FAVOR de _____, mayor de edad, de nacionalidad _____, con DNI/NIF/CIF y domicilio en _____ para que efectúe en mi nombre y representación los siguientes actos y pueda ejecutar cuando proceda a los efectos del ejercicio de este poder:

1. Este Poder adquirirá plena vigencia en el mismo instante en que el poderdante sea ingresado forzosa e involuntariamente en un centro o planta psiquiátrica.

2. A través de este poder, se entenderá a _____ como representante de _____ para ser informado de las razones que motivan el supuesto ingreso y defender los intereses del poderdante en el proceso descrito en el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, y en lo que dure el ingreso involuntario, así mismo se la considera interlocutora válida en todo el proceso.

3. A través de este poder, nombre y apellidos _____ le otorga a _____ el poder para defenderle durante el proceso de acuerdo a su criterio, para ser escuchada por el tribunal que decida sobre el internamiento, y para elegir, en nombre del poderdante, a un abogado/a que vele por sus intereses o cualquier otro medio de defensa y representación del mismo.

4. También se le otorga la capacidad de decidir si se debe recurrir la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento del poderdante.

5. Así mismo, en caso de que se considere que nombre y apellidos _____ deba recibir medicación, y siempre que sea posible de acuerdo a la normativa legal, se solicitará consentimiento informado a las apoderadas.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

ANEXO 4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Nombre y apellidos) _____ acude a la consulta de nombre y apellidos _____ número de col. _____ en previsión de las consecuencias que cualquier tratamiento psiquiátrico puede tener sobre su salud y para ello poder valorar con libertad y conocimiento si seguir su tratamiento u otras alternativas. En consecuencia, toda medicación prescrita al paciente deberá ser aceptada por éste en cuanto a la toma del fármaco, así como la dosis o la necesidad de discontinuar tal y como establece el artículo 8 de la ley de autonomía del paciente. Y dado que se ha demostrado que los fármacos psiquiátricos pueden provocar efectos nocivos para la salud a corto, medio y largo plazo, se reclama por el presente documento **información por escrito** antes de prestar su consentimiento informado de todos los puntos que se detallan a continuación:

- Efectos secundarios del fármaco a corto, medio y largo plazo.

- De acuerdo al artículo 10 el facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: **a)** Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad. **b)** Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente. **c)** Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención. **d)** Las contraindicaciones.

-Todo esto es doblemente exigible si el facultativo está pensando en prescribir por encima de ficha técnica.

Es la voluntad de (nombre y apellidos) _____ recibir ayuda y apoyo **cuando así lo decida, por la razón que considere**, y solicitar que se tenga en cuenta en este momento esta voluntad firme de discontinuación (permitida y amparada por la Ley de Autonomía del Paciente) para lo que estima que es necesario en este momento pasar de medicación

inyectable a medicación en pastillas y empezar, con la discontinuación del 10% máximo de la dosis total en cada momento al mes (método que se ha probado como más seguro para hacerlo), teniendo el derecho a ser acompañada por un profesional sanitario si así lo desea y viendo en todo momento los efectos que esta bajada de medicación le produce, siendo necesario un constante seguimiento y comunicación entre ambos.

La persona _____ queda en su derecho de decidir si se mantiene con la dosis mínima que le resulte aceptable o desea eliminar del todo la medicación (lo que también permite la Ley).

Y para que así conste lo firma en _____ a _____ de _____ de 20_____

(Nombre y apellidos)

Abogada colegiada número _____ del Colegio de Abogados de _____

ANEXO 5.

TRÁMITES SOCIALES

Nota explicativa (1)

DISCAPACIDAD

Recogida en el *Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.*

- La Discapacidad (antigua Minusvalía) está pensada para reconocer a nivel administrativo, la severidad de las consecuencias de una enfermedad biológica. Para la “enfermedad mental” incluye un apartado concreto, y la define como “conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que interfieren en el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración”.
- Los grados de discapacidad se expresan en un rango de porcentaje de 0 a 100%, valorada por el Centro Base de Valoración y Orientación de cada CC. AA. El equipo que lo valora debe ser un/a médico/a, un/a psicólogo/a y un/a trabajador/a social. Además, este equipo solicita un Informe de Salud Mental realizado de forma conjunta habitualmente por psiquiatra, trabajador/a social y enfermera/o de salud mental. La revisión lo pone en cada resolución. Se puede solicitar la revisión “si hay un cambio significativo”.
- El grado de discapacidad se calcula según la suma de: baremo por enfermedad + baremo social. Los niveles son: **nula** (0 puntos); **leve** (entre el 1 y el 24%), **moderada** (entre el 25 y el 49%), **grave** (entre 50 y 70%) y **muy grave** (75% o más).
 - Existen varios beneficios según cada nivel de dependencia. Los habituales son con un grado de discapacidad >33% (derechos del Estado como cupo en empresas, plazas en oposiciones...), >65% (pensión no contributiva...), y añadidos por otras circunstancias, como la pensión por hijo a cargo, pensión de orfandad, etc.

Nota explicativa (2)

APOYO A LA DISCAPACIDAD

Recogida en la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica

- ♦ En esta nueva Ley, la persona discapacitada pasa de ser «un objeto de cuidados» a un «**sujeto de derechos**», donde siempre deben respetarse “la voluntad, deseos y preferencias de la persona”.
- ♦ Se recoge las diferentes «figuras de apoyo» [**guarda de hecho** (informal), **persona de apoyo** (formal voluntaria), **curador y defensor judicial** (formales judiciales)], despareciendo la antigua figura de «tutor» (tutela) que representaba totalmente a la persona para todas las cuestiones sanitarias, económicas, de cuidados, comunicaciones... La figura de apoyo debe ser la promotora de garantías de los derechos, actuando como interlocutor y asesor.
- ♦ Para tener una figura de apoyo, **NO es necesaria** tener reconocida la Discapacidad administrativa. Se recoge que «Cualquier persona mayor de edad o menor emancipada, en previsión o apreciación de la concurrencia de circunstancias que puedan dificultarle el ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás, podrá prever o acordar en escritura pública medidas de apoyo relativas a su persona o bienes».
- ♦ Ejemplos habituales:

Para la figura de «**Persona de apoyo**»: En casos de necesidad de apoyo sobrevenido. Será necesario que la persona nombre de forma voluntaria ante Notario a la/s persona/s de apoyo y lo entregue en el Registro Civil. Los mínimos datos que se deberán incluir del poderdante (la persona de apoyo) son: quién, qué y cómo + medidas de control + plazos revisión + formas de extinción.

Para la figura de «**Curador/a**» (Curatela): En casos de apoyo continuado cuando no hay otra medida de apoyo suficiente. Se otorga por resolución judicial. Debe especificar muy bien para qué se necesita al curador. Hay varios tipos, según el apoyo sea de asistencia o de representación. La revisión será cada 3 años, con ampliación a 6 años.

Nota explicativa (3)

LEY DE DEPENDENCIA

Recogida en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- ♦ El reconocimiento del Grado de Discapacidad es previo al del Grado de Dependencia. La discapacidad indica «el nivel de dificultades» a través de un porcentaje de 0-100%; mientras que, la dependencia indica «los apoyos que se necesitan según esas dificultades», mediante tres niveles (los grados de dependencia). Está diseñada para problemas principalmente médicos.
- ♦ Los grados de dependencia que existen son: **Grado I** Dependencia moderada, **Grado II** Dependencia severa y **Grado III** Gran Dependencia.
- ♦ Para solicitarla se necesita un Informe de Salud (médico de atención primaria) + Informe de Salud Mental (psiquiatra/psicóloga/o, trabajador/a social, enfermera/o de salud mental). Estos informes se enviarán a la Delegación Territorial de Servicios Sociales de cada CC. AA., donde un equipo decidirá qué grado de dependencia y por ello, qué recursos corresponden.
- ♦ Los apoyos que se aporten NUNCA serán una prestación económica (esto depende del % de Discapacidad que debe ser >65%), pero SI UNA PRESTACIÓN DE SERVICIOS en empresas públicas o privadas dependiendo de cada CC. AA, como los pisos tutelados, talleres, centros de día, casa hogar, residencias... que se asignan según el grado reconocido. Por ejemplo: para un grado I suelen dar acceso a un centro de día o taller, para un grado II un piso tutelado o de supervisión y para un grado III una casa hogar o residencia.

