

**Informe sobre el uso de la
coerción
en la
Red de Servicios de Salud Mental**

correspondiente al

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Alcalá de Henares (Madrid)

2018

Agosto de 2019

Índice

INTRODUCCIÓN.....	3
RESUMEN EJECUTIVO DEL INFORME SOBRE EL USO DE LA COERCIÓN.....	4
ANÁLISIS POR DISPOSITIVOS.....	9
Dispositivos del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias	
Centros de Salud Mental.....	9
Hospital de Día de Adultos.....	10
Hospital de Día de Adolescentes.....	10
Unidad de Hospitalización.....	10
Urgencias.....	17
Unidad de Atención Temprana.....	18
Hospitalización Domiciliaria.....	18
Interconsulta y enlace.....	19
Centros y recursos de la Consejería de Políticas Sociales y Familia (Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera).....	19
Centro de rehabilitación psicosocial (CRPS).....	20
Centro de día de día de Alcalá de Henares.....	20
Centro de día Espartales Sur de Alcalá.....	21
Centro de Rehabilitación Laboral de Espartales Sur de Alcalá.....	22
Equipo de Apoyo Social y Comunitario (EASC).....	22
Minirresidencia de Torrejón.....	22
Minirresidencia de Espartales Sur de Alcalá.....	23
Pisos supervisados.....	24
Pisos protegidos.....	24
Dispositivo dependiente del Ayuntamiento de Alcalá De Henares y la Subdirección General de actuación en Adicciones del Servicio Madrileño de Salud.....	24
CAID (Centro de Atención Integral a las Drogodependencias) de Alcalá de Henares.....	24
RECOMENDACIONES: OBJETIVOS 2019.....	25
General.....	25
Compromiso.....	25
Formación.....	25
Dispositivos del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias	25
Centros de salud Mental.....	25
Unidad de Hospitalización.....	26
Urgencias.....	26
Hospital de Día de Adultos.....	26
Hospital de Día de Adultos.....	26
Hospitalización domiciliaria.....	27
Unidad de Atención Temprana.....	27
Centros y recursos de la Consejería de Asuntos Sociales (Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera).....	27
Dispositivo dependiente del Ayuntamiento de Alcalá De Henares y la Subdirección General de actuación en Adicciones del Servicio Madrileño de Salud.....	28
CAID (Centro de Atención Integral a Drogodependencias) de Alcalá de Henares.....	28
ANEXOS.....	29
REGISTRO DE BUENAS PRÁCTICAS PARA DISMINUIR EL USO DE LA COERCIÓN.....	30
INFORME SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES REALIZADAS EN EL INFORME SOBRE COERCIÓN DE 2018.....	32
REGISTRO DE ENFERMERIA DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA.....	44
DOCUMENTOS PARA LA RECOGIDA DE DECISIONES ANTICIPADAS EN LA RED SALUD MENTAL.....	51
Documento general de la Red de Servicios de Salud Mental.....	52
Documento específico del Centro de Día de Espartales.....	62
Documento específico de la Minirresidencia de Espartales.....	73

INTRODUCCIÓN

El presente informe se concibe como un instrumento de la *política de transparencia* en materia de coerción. Dicha política se asienta en el compromiso de la Red de Servicios de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Madrid) con un modelo asistencial comunitario que tiene como objetivo la recuperación de las personas afectadas de sufrimiento psíquico y, por tanto al [Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción](#)¹ y a las recomendaciones del [Comité de Bioética de España en torno al uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario](#) que fue aprobada en la Comisión de Asistencia con fecha de 23 de junio de 2016.

Comprende el año natural de 2018 y sigue al [informe sobre coerción en 2017](#) disponible en la web.

Pretende proporcionar una panorámica sobre el uso de la coerción en la red que pueda servir para evaluar las medidas que se adopten para avanzar en el sentido propuesto.

Se complementa con un [Registro de Buenas Prácticas para Reducir el Uso de la Coerción](#) que pretende recoger iniciativas desarrolladas en los servicios para disminuir el uso de la misma

Este documento incluye como anexos la relación de ejemplos de buenas prácticas, un análisis de la encuesta de satisfacción en la unidad de hospitalización y las tablas con la evaluación del cumplimiento de las recomendaciones propuestas en el informe de 2017.

¹ Promovido y suscrito por la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental, En Primera Persona, VEUS y Confederación Salud Mental España

RESUMEN EJECUTIVO DEL INFORME SOBRE EL USO DE LA COERCIÓN

La información disponible, la situación, las prácticas coercitivas e, incluso, la concepción de la propia coerción es, en muchos aspectos, diferente entre los dispositivos del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental vinculada al Hospital Universitario Príncipe de Asturias y los Centros y Recursos de la Consejería de Políticas Sociales y Familia. Se han utilizado indicadores diferentes en uno y otro caso y es preciso trabajar en desarrollo de nuevos indicadores más adecuados para cada dispositivo.

Dispositivos del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Centros de Salud Mental

- No tenemos información fiable de las prácticas de coerción formales ni informales. Sería necesario:
 - Coerción formal:
 - Establecer registro de personas con **medidas alternativas a la pena**
 - Establecer registro de situaciones en las que se ha practicado **contención física**
 - Establecer registro de situaciones en las que se ha aplicado **medicación forzosa**
 - Coerción informal:
 - Registrar indicadores indirectos como
 - Uso de **antipsicóticos de acción prolongada**
 - Buenas prácticas posibles:
 - Extender el uso de **consentimiento informado** (actualmente restringido a litio, valproico y clozapina)
 - Establecer un procedimiento documentado de toma de **decisiones compartidas**
 - Extender el uso del registro de **decisiones anticipadas** (actualmente sólo hay 11 casos)

Hospitales de Día de Adultos y Adolescentes

- Son dispositivos libres de contención mecánica
- Existen documentos de **decisiones anticipadas**, pero es necesario generalizar su uso y articular su inclusión en la historia electrónica

Unidad de Hospitalización

- Es el dispositivo en el que, junto con la urgencia, están centralizadas las medidas coercitivas más drásticas que incluyen la restricción de acceso y salida, el internamiento involuntario y la contención mecánica.
- Se concibe como un **medio terapéutico** que incluye diversas intervenciones grupales
- En 2017, por indicación de la autoridad judicial, se produjo un cambio de criterio para la indicación de **ingreso involuntario**, con lo que los datos no son comparables con los de 2018. Con esa salvedad, los ingresos involuntarios fueron en cualquier caso

porcentualmente menos en 2018 (un 44,66 % frente a un 62,7 %). De ellos un mayor número pasaron a voluntarios antes del alta (un 74,62 % frente a un 3,5 %). 9 ingresos voluntarios pasaron a involuntarios – un 5.42 %.

- En el año 2018 se han aumentado las modalidades y horarios de **salida** de la unidad y no se podido implantar el uso de armarios individuales.
- Hay un **teléfono** disponible para realizar y recibir llamadas, pero no se permite el uso de móviles
- En febrero de 2018 se implantó un sistema de registro sistemático de la **contención mecánica**. Sólo se dispone de la información referente a 10 meses.
 - En los 10 meses de marzo a diciembre de 2018 se han producido **116 episodios** de contención mecánica sobre 26 personas (un 8,9% de los ingresados). Más del 50% de éstas (61 de 116) se realizaron sobre las mismas tres personas
 - Sólo en un 8% de los casos existía un plan de crisis. En ningún caso se aplicó un plan de crisis preestablecido
 - Según lo registrado en un 6% de los casos los profesionales que han realizado la contención consideran que ésta se podía haber evitado
 - La encuesta de satisfacción subjetiva cumplimentada por los pacientes al alta recoge algunos aspectos interesantes
 - El 83% dice encontrarse **satisfecho o muy satisfecho** con su estancia en el hospital. La satisfacción con el trato recibido ha sido calificada de buena o muy buena entre el 85 y el 91% para las distintas profesiones que participan en el equipo y aún mayor en cuanto a la información proporcionada por estos y la competencia percibida. Lo mismo sucede con la organización de la unidad
 - Un 50,38% afirma que se le han **ofrecido alternativas al tratamiento**. Un 28% afirma que no. (En 2017 fue el 26%). El resto no sabe o no contesta a esta pregunta
 - Un 40% dice haber sufrido **aburrimiento** y un 16% haberse sentido molesto porque consideraba que no se respetaba su **intimidad**
 - El 85% si tuviera que volver a ingresar preferiría **volver a hacerlo en el hospital de Alcalá**.

Urgencia

- Se desarrolla en **zona general** por falta de personal para habilitar la zona construida específicamente para atender problemas de salud mental.
- En el año 2018 se han atendido un total de **2.256 urgencias** (1.708 a los que se dio el alta desde Psiquiatría, más 548 en las que hemos intervenido, aunque el alta se ha dado desde otro servicio). De ellas **284** (un 12,59%) han generado **ingresos** en la unidad de hospitalización de los que **132** (un 5,85% de las urgencias y un 46,5 de los ingresos indicados desde la urgencia) fueron **involuntarios**.
- No hay datos fiables sobre **contenciones mecánicas** porque ha habido pérdidas en el registro en papel y aún no se ha puesto en marcha el registro informático.
 - Es urgente habilitar un sistema de **registro** fiable
- Existe un protocolo de *contención mecánica*, pero **no de agitación psicomotriz**, que está en proceso de elaboración.
 - Tras su aprobación se planea poner en marcha medidas para la mejora de alternativas a la contención por parte de todo el personal de la urgencia.

Unidad de Atención Temprana

- Todas las personas que reciben tratamiento en la Unidad de Atención Temprana lo hacen de forma voluntaria. Se plantea como una unidad **libre de coerción**, que para evitar la misma, utiliza estrategias dialógicas de respuesta inmediata para atender a personas afectadas por crisis psicóticas y su entorno. Acudiendo a domicilio a demanda y tomando las decisiones sobre el tratamiento y los apoyos necesarios de forma consensuada.
- Carece de medios de coerción formal, no se fuerza la toma de medicación, ni se emplea la contención mecánica. Durante el año 2018 no se ha indicado **ningún ingreso involuntario**.

Unidad de Hospitalización Domiciliaria

- Es un programa que carece de medios de coerción formal y representa una alternativa de **menor restricción** que la hospitalización tradicional.
- En la encuesta de satisfacción las calificaciones como **satisfactorio** o muy satisfactorio están entre el 90 y el 100% en todos los ítems. Con respecto al año previo, ha aumentado el porcentaje de personas que consideran que los terapeutas les han **ofrecido alternativas al tratamiento** que finalmente han seguido (del 57 al 68%)

Programa de Interconsulta y Enlace

- Desde el servicio en 2018 se indicó una **contención mecánica** a un paciente. Se atendieron pacientes a los que otros servicios habían indicado contención con o sin comunicación al juzgado. No hay registro de estas contenciones indicadas por otros servicios.
- Se han promovido **actividades de formación** para personal de otros servicios.
- Los pacientes con **trastornos del comportamiento alimentario** se ingresan en camas de endocrinología y nutrición en una unidad **abierta**, a cargo de Psiquiatría. Los ingresos fueron todos voluntarios. Los pacientes y el facultativo responsable firman contrato que incluye el control de contingencias pactadas y firmadas que pueden incluir restricción de movimientos, comunicaciones y contacto con otras personas. Existe un seguimiento diario documentado de estas contingencias.

Centros y recursos de la Consejería de Políticas Sociales y Familia (Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera)

GENERAL

- Son dispositivos a los que los pacientes acuden **voluntariamente** y no están provistos de medios de contención física o para la administración forzosa de medicación.
- De momento no hay medio de tipificar y cuantificar el uso de la **coerción informal**.

Centro de rehabilitación psicosocial (CRPS)

- En 2018 hubo una persona que acudía como **medida alternativa a la prisión** (ha habido 6 personas en esa situación en 30 años).
- Hay 9 personas **tuteladas** (4 por la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto, 3 por hermanos y 2 por madre)
- Los planes individualizados de rehabilitación incluyen **planes de crisis**, pero no decisiones anticipadas.
- Durante 2018 ha sido necesario recurrir en una ocasión al **112** y a las fuerzas de seguridad.

Centro de día de Alcalá de Henares

- En 2018 nadie acudió como **medida alternativa a la pena** (En los 13 años de existencia del CD ha estado en esa situación una persona).
- Los planes individualizados de rehabilitación incluyen **planes de crisis**, pero no incluyen decisiones anticipadas.
- En el 2018, 9 personas estuvieron **tuteladas** por la familia o la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto

- En los 13 años de funcionamiento del CD nunca ha sido necesario recurrir al **112** o solicitar un ingreso involuntario

Centro de día Espartales Sur de Alcalá

- Durante 2018 no fue necesario recurrir al **112** ni solicitar ningún ingreso involuntario. Desde 2017 se está implementando el protocolo específico "Sobre actuaciones a realizar por los profesionales del centro de día cuando las personas atendidas ingresan en la unidad de psiquiatría". Dicho procedimiento incluye la elaboración y otorgamiento de **decisiones anticipadas** en relación al ingreso en psiquiatría.
- Los **planes de crisis** están asociados a pacientes determinados que han presentado reincidencia en ingresos, pero no en la totalidad de los atendidos en el recurso.
- Hay 8 usuarios **tutelados**: 4 por familiares (2 madre, una sobrina y una hermana) 3 por la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto (AMTA) y 1 por Fundación Manantial.

Centro de Rehabilitación Laboral de Espartales Sur de Alcalá

- Hay una persona con **curatela** de salud.

Equipo de Apoyo Social y Comunitario (EASC)

- Hay 3 personas **tuteladas** y 2 con **curatela**.
- En los 13 años de funcionamiento del EASC en tres ocasiones ha sido necesario recurrir al 112. Nunca se ha solicitado un ingreso involuntario.

Minirresidencia de Torrejón

- 5 de los usuarios atendidos del distrito de Alcalá de Henares están **tutelados** por la familia o la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto.
- Un 11% de residentes tienen prescrita **medicación retard**.
- A lo largo de 2018 ningún usuario del centro ha solicitado la firma del documento de decisiones anticipadas.

Minirresidencia de Espartales Sur de Alcalá

- Un 13,33% de residentes tienen prescrita **medicación retard**.
- Durante el 2018 no hubo **ingresos involuntarios**.
- De los 40 atendidos en 2018, 10 de ellos estaban **tutelados** y 1 **curatelado**. (3 de los tutelados lo son por un familiar; el resto de tutelados y el curatelado por el AMTA).
- Han desarrollado un sistema formalizado de **decisiones anticipadas** para prever situaciones de crisis.

Pisos supervisados y Pisos protegidos

- Todos los habitantes lo son en régimen de **voluntariedad**.

Dispositivo dependiente del Ayuntamiento de Alcalá De Henares y la Subdirección General de actuación en Adicciones del Servicio Madrileño de Salud

CAID (Centro de Atención Integral a Drogodependencias) de Alcalá de Henares

- Durante el año 2018 se han atendido 53 personas que acuden a tratamiento como **medida alternativa a la prisión u otra pena**. Se han atendido además a 44 menores que se acogen a tratamiento en lugar de pagar multa a la Delegación del Gobierno.

ANÁLISIS POR DISPOSITIVOS

Dispositivos del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Centros de Salud Mental

Son centros de atención comunitaria que en principio atienden personas que *acuden voluntariamente*.

La excepción a esta regla la constituyen las personas que tiene indicado un tratamiento como *medida alternativa a la prisión u otra pena*, por haber cometido actos tipificados como delictivos pero que la Justicia ha considerado no imputables al haber sido guiados por un trastorno mental. No tenemos un registro específico de personas atendidas con este criterio.

Los centros *no están provistos de instrumentos contención mecánica* ni otros de coerción formal. Hay situaciones excepcionales en las que se puede haber ejercido la contención física con ayuda de agentes externos (servicio de urgencias, policía...) que pueden haber procedido al traslado a la urgencia hospitalaria. No hay registro sistemático de estos casos. Intentada recabar la información, parece que no se ha producido ninguno en 2018 (hubo 2 en 2017). No hay casos en que haya practicado administración forzada de medicación inyectable en 2018 (ni en 2017)

La *coerción informal* se puede producir sobre todo para propiciar la toma de medicación o de otras medidas de tratamiento, cuidados o rehabilitación en personas que no están de acuerdo en que sus problemas puedan deberse a una alteración de la salud mental. No disponemos de medidas de esto y no es fácil establecer qué indicadores podrían darnos cuenta de su magnitud. Un indicador indirecto y muy contaminado podría ser la aplicación de antipsicóticos de acción prolongada.

Como medidas dirigidas a restringir el uso de la coerción en la práctica clínica habitual, las más frecuentes son, la *toma de decisiones compartidas*, el *consentimiento informado* y la recogida de *decisiones anticipadas*. No hay soporte formal ni por tanto registro que permita la contabilidad para la toma de decisiones compartidas. Hay consentimiento informado sólo para algunos fármacos (litio, valproico, clozapina). Desde 2017 hay un sistema de registro de decisiones anticipadas. En 2018 se ha registrado las correspondientes a 11 personas, aunque todas ellas a iniciativa de dispositivos diferentes del CSM - 8 en centro de día, 1 en hospitalización domiciliaria y 2 en la Unidad de Hospitalización.

Hospital de Día de Adultos

Es un dispositivo de nivel terciario cuyo trabajo se inscribe sobre todo el Proceso de Trastornos de la Personalidad y que, por tanto, atiende a personas de las que con más frecuencia son objeto de prácticas de contención. Se diseñó como un *dispositivo libre de contención mecánica*. Como alternativa a la misma utiliza un medio terapéutico basado en la mejora de la capacidad de mentalización.

Según la información disponible, en 2018 no se ha realizado ninguna *contención mecánica*, ningún paciente ha sido puesto en aislamiento y no ha habido ningún caso de medicación forzada. Se realizó un ingreso involuntario. Existe un documento de decisiones anticipadas que prevé qué hacer en situaciones de crisis en el Hospital de Día. Desde el año 2018 estos documentos se incluyen en la historia clínica de cada paciente y están pendientes de incluirse en la historia clínica informatizada.

Hospital de Día de Adolescentes

Actualmente atiende un alto porcentaje de adolescentes que han sido allí derivados por tener graves alteraciones de la conducta. Se diseñó como un *dispositivo libre de contención mecánica*. Como alternativa a la misma utiliza un medio terapéutico. En 2018 se han realizado 4 *contenciones físicas* (no mecánicas). No se ha aplicado medicación forzosa.

Unidad de Hospitalización

Es el dispositivo en el que, de algún modo están delegadas las medidas coercitivas de la Red. Entre ellas se incluyen

Ingresos involuntarios

La unidad realiza ingresos involuntarios con autorización judicial de acuerdo con la legislación española. Dispone de un sistema presencial y virtual para garantizar la efectiva tutela judicial. Es excepcional que el paciente disponga de asistencia letrada ni hay un procedimiento articulado con los juzgados para que pueda recabarla.

En el año 2017, por indicación de la autoridad judicial se cambiaron los criterios de involuntariedad que se venían aplicando. Se abandonó el criterio previo de aplicar la legislación sobre ingreso involuntario a toda persona que se considerara que tenía mermada la capacidad de decidir sobre la conveniencia

de ingresar, aunque aceptara el ingreso (se hacía así con el objetivo de no privarle de garantías).

Este cambio de criterio hace que la cifra de 2018 no sea comparable a la serie anterior. En 2018 se ha producido 300 ingresos (en 2017 fueron 314) De ellos 134 – un 44,66 % - fueron involuntarios (En 2017 lo fueron 197 – un 62,7 %). 100 ingresos involuntarios – un 74,62 % - pasaron a voluntarios antes del alta (En 2017 sólo lo hicieron 7 un 3,5 %). 9 ingresos voluntarios pasaron a involuntarios – un 5.42 % - (En 2017 fueron 8)

Restricción de salida a pacientes

Afecta a todos los pacientes ingresados. Se trata de una unidad cerrada. La restricción está atemperada por la existencia de distintos tipos de salidas diarias.

Para los pacientes que no pueden salir solos, pero sí acompañados, hay salidas con la monitora de terapia ocupacional por las mañanas de días laborables y salidas con los familiares en horarios de visita /salida (en principio por las tardes de 4.45-19 h) aunque ese horario es flexible y adaptado a las posibilidades de los familiares, pudiendo ser a cualquier hora del día y de cualquier duración.

Los pacientes que pueden salir solos tienen permisos básicos de 30 min cuatro veces al día y se van ampliando a medida que avanza el ingreso, tanto los permisos solos como acompañados por familiares.

En los últimos meses se ha ampliado la disponibilidad de psiquiatras (tanto de UHB como de guardia) y del equipo de enfermería a lo largo del día para realizar salidas acompañando a los pacientes que no pueden salir solos (estas salidas dependen de la disposición personal para realizarlas y de la carga laboral que haya).

Restricción de visitas de familiares y allegados

Las visitas de familiares y allegados tienen un horario más restrictivo que en otros servicios del hospital. Se realizan de 16:45 a 19:00 en días laborables y de 10:00 a 20:00, aunque este horario es flexible y se adapta a las posibilidades de los familiares o allegados y a las necesidades de los pacientes.

Restricción de comunicaciones

Durante el ingreso los teléfonos móviles permanecen custodiados por el personal de enfermería. También está proscrito el uso de los teléfonos móviles por parte de las visitas por motivos de privacidad.

Los pacientes pueden realizar llamadas desde la cabina, marcando el "0" antes del teléfono deseado y pueden recibir llamadas en la misma 10h hasta las 23h, respetando el horario de las comidas (13:00h, 16:30h y 20:00h) y de las actividades terapéuticas de la Unidad (11:30h a 12:30h de lunes a viernes)

Restricción de acceso a pertenencias

Afecta a todos los pacientes ingresados. Durante el ingreso los pacientes permanecen en pijama salvo para las salidas. No todas las habitaciones disponen de un armario privado, y ninguna de una llave individualizada. La mayor parte de las pertenencias son retiradas al ingreso y custodiadas por enfermería. La excepción la constituyen los reproductores de música personales, libros y material de escritura y otros a consideración del equipo. y cantidades de dinero superiores a 10 euros, que pasan a estar custodiadas por Seguridad.

Contención mecánica

Afecta a personas que cumplen los criterios indicados en el protocolo. Se considera un último recurso aplicable cuando han fracasado estrategias basadas en la acción del medio terapéutico e intervenciones verbales y ambientales. En 2018 se han realizado dos actividades de formación en estas alternativas uno dirigido a personal de plantilla de todo el hospital y otro a residentes de enfermería. Todas las camas están dotadas de material de contención mecánica.

La indicación debe ser prescrita por el médico, aunque puede ser decidida en situaciones urgentes por las enfermeras. Existe un procedimiento de aplicación que incluye criterios de indicación, recursos materiales y humanos, medidas de control y registros.

El principal instrumento para prevenir la contención es la existencia de un medio terapéutico activamente estructurado. Para garantizar el mismo existe una reunión de equipo con los profesionales de todas las categorías de los turnos de noche saliente y entrante de mañana, un grupo de buenos días con todos los pacientes (lunes a viernes), un grupo terapéutico al que asisten los pacientes y todo el personal del turno de mañana, una reunión de postgrupo a la que asisten todos los profesionales del turno y talleres de salud y grupos de relajación realizados por la enfermería y por las tardes, ocasionalmente con la colaboración de organizaciones como "músicos por la salud".

2018 es el primer año en el que se puede disponer de datos del registro de contenciones, pero solo están disponibles desde el 1 de marzo. Analizaremos en este apartado este período de 10 meses.

Queda registro escrito de la contención y los controles realizados durante la misma, en la historia electrónica del paciente. Además, se realiza un registro con más información que se vuelca en una base de datos específica para contención (que es la que se analiza a continuación).

En los 10 meses de marzo a diciembre de 2018 se han producido 116 episodios de contención mecánica sobre 26 personas (un 8,9% de los ingresados). Más del 50% de éstas (61 de 116) se realizaron sobre las mismas tres personas (ver figura 1)

Episodios de contención por paciente

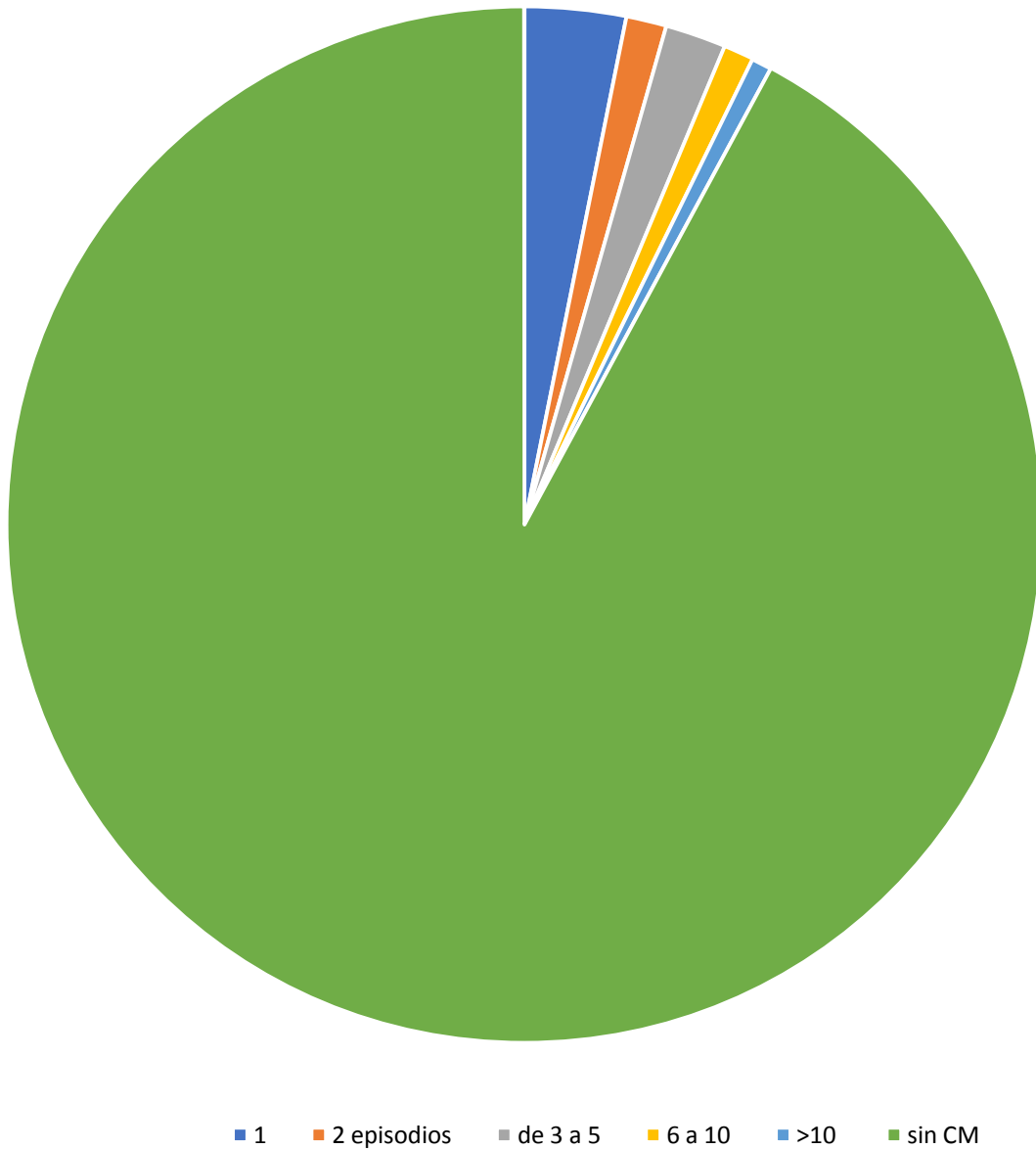


Figura 1: Número de episodios de contención por persona entre marzo y diciembre de 2018 (total de pacientes)



Figura 2: Número de episodios de contención por persona entre marzo y diciembre de 2018 (Sólo pacientes con algún episodio)

El 74% de los episodios de contención son sobre personas con ingreso involuntario.

En un 8% de los casos existía un plan de crisis. En ningún caso se aplicó un plan de crisis preestablecido

Según lo registrado en un 6% de los casos los profesionales que han realizado la contención consideran que ésta se podía haber evitado (tabla1)

REGISTRO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN LA UHB 2018

	C.M REALIZADAS	TIPO DE INGRESO			FESTIVO	DURACION		
		EN BLANCO	VOLUNTARIO	INVOLUNTARIO		MEDIA	MAX	MIN
TOTALES	116	13	17	86	33	17,58	151,00	0,30
PORCENTAJE		11%	15%	74%	28%			

ANTES DE LA CONTENCIÓN

	AGITADO	VIOLENTO	IMPULSIVIDAD AUTOLESIVA	DESORIENTADO	AGRESIVO	CONFUSO	OTROS COMPORTAMIENTOS
TOTALES	55	64	17	10	77	16	9
PORCENTAJE	47%	55%	15%	9%	66%	14%	8%

ALTERNATIVAS OFRECIDAS

	EXISTIA PLAN DE CRISIS	SE APLICO PLAN DE CRISIS	INTERVENCIONES PSICOLOGICAS	AMBIENTALES	FARMACOLOGICAS	COMUNICACION DE CONTENCION
TOTALES	9	0	74	79	78	74
PORCENTAJE	8%	0%	64%	68%	67%	64%

DURANTE LA CONTENCIÓN

	VIGILANCIA PRESENCIAL PERMANENTE	VIGILANCIA CÁMARA MAS REVISION CADA MEDIA HORA	SE PODIA HABER EVITADO	SE HA HECHO ALGO PARA EVITAR EL EPISODIO QUE DIO LUGAR A LA CONTENCION	SE PUEDE EVITAR QUE VUELVA A SUCEDER
TOTALES	12	74	7	52	18
PORCENTAJE	10%	64%	6%	45%	16%

Tabla 1: Datos del registro de contenciones entre 1 de marzo y 31 de diciembre de 2018

Nota: Hay 20 episodios de contención en los que no se ha señalado el tipo de vigilancia

Satisfacción Subjetiva

Como parte de la política de identificación de áreas de mejora se realiza al alta una encuesta de satisfacción. En 2018 la satisfacción con el trato recibido ha sido calificada de buena o muy buena entre el 85 y el 91% para las distintas profesiones que participan en el equipo y aún mayor en cuanto a la información proporcionada por estos y la competencia percibida.

Un 50,38% afirma que se le han ofrecido alternativas al tratamiento (en 2017 fue el 58%) que finalmente ha seguido tratamiento (en 2017 fue el 58%). Un 28% afirma que no. (En 2017 fue el 26%). El resto no sabe o no contesta a esta pregunta

La encuesta de satisfacción y su análisis están disponibles en la web

Urgencias

General

Las urgencias psiquiátricas se atienden en el servicio general de urgencias. Desde junio de 2010, hay un psiquiatra fijo que se encarga de la urgencia psiquiátrica de lunes a viernes de 08:00 a 15:00. El resto del tiempo se atiende por el equipo de guardia. La enfermería que se hace cargo de los cuidados es la general del servicio de urgencias.

Mientras dura el proceso de atención el paciente puede permanecer en un box de urgencias de Medicina Interna, uno de Observación, un sillón o la sala de espera. Está construida un área específica para la urgencia de salud mental. Pero no está operativa porque no se ha dotado de personal.

En el año 2018 se han atendido un total de 2.256 urgencias (1.708 a los que se dio el alta desde Psiquiatría, más 548 en las que se ha intervenido, aunque el alta se ha dado desde otro servicio). 284 (un 12,59%) han generado ingresos en la unidad de hospitalización de los que 132 (un 5,85% de las urgencias y un 46,5% de los ingresos indicados desde la urgencia) fueron involuntarios

Restricción de movimientos

Se puede producir tras el *triaje*, quedando acompañado el paciente por personal de enfermería y excepcionalmente, de seguridad, por indicación del psiquiatra

Contención mecánica

Puede ser indicada por el psiquiatra a cargo de la atención. Se practica de acuerdo con el [protocolo](#) propio del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.

No están disponibles los datos sobre el número de contenciones realizadas en 2018

Están definidas estrategias para el manejo de la agitación y la violencia y (en 2018 se han realizado dos actividades de formación continuada al respecto, aunque no existe una guía escrita). El psiquiatra responsable de la urgencia ha participado en la redacción de un documento sobre humanización en la Comunidad de Madrid al que ha contribuido con el apartado de Urgencias.

Unidad de Atención Temprana

Todas las personas que reciben tratamiento en la Unidad de Atención Temprana lo hacen de forma voluntaria. Se plantea como una *unidad libre de coerción*, que para evitar la misma, utiliza estrategias dialógicas de respuesta inmediata para atender a personas afectadas por crisis psicóticas y su entorno. Acudiendo a domicilio a demanda y tomando las decisiones sobre el tratamiento y los apoyos necesarios de forma consensuada.

Carece de medios de coerción formal, no se fuerza la toma de medicación, ni se emplea la contención mecánica. Durante el año 2018 no se ha indicado ningún ingreso involuntario.

Actualmente el equipo se haya en un proceso de reflexión continuo sobre el uso de prácticas de coerción informal o de baja intensidad.

Hospitalización Domiciliaria

Es un programa que carece de medios de coerción formal y representa una alternativa de menor restricción que la hospitalización tradicional. Las personas atendidas en el programa son los principales agentes en la toma de decisiones y el tratamiento está basado en el acompañamiento terapéutico, el diálogo y el consenso. El paso a hospitalización tradicional se hace en contadas ocasiones y únicamente ante situaciones de riesgo para el paciente.

Satisfacción Subjetiva

Como parte de la política de calidad se realiza al alta una encuesta de satisfacción. En 2018 las calificaciones como satisfactorio o muy satisfactorio están entre el 90 y el 100% en todos los ítems. Con respecto al año previo, ha

aumentado el porcentaje de personas que consideran que los terapeutas les han ofrecido alternativas al tratamiento que finalmente han seguido, concretamente el 68% (En 2017 fue del 57%).

Interconsulta y enlace

En el programa de interconsulta se atienden pacientes hospitalizados en otros servicios con el régimen de ingreso propio de cada uno de ellos.

Pueden estar sometidos a medidas coercitivas por motivos médicos cuya aplicación depende del servicio que demanda la interconsulta y que se encarga de la comunicación al juzgado, que, a veces, no se produce. No hay registro de estas medidas. La sujeción podría ser indicada por el equipo de interconsulta. En 2018 se indicó una única contención mecánica prolongada a un paciente por el riesgo vital que suponía una compulsión a beber sustancias tóxicas. El Juzgado denegó la autorización por considerar que no era motivo psiquiátrico y por lo tanto no procedía la aplicación del artículo 763 del CC. En su lugar recomendó actual según *Lex Artis* y en todo caso enviar un informe médico al juzgado.

El personal de la Interconsulta ha sido testigo de numerosas situaciones en las que la contención mecánica se utiliza por motivos médicos sin adecuado registro y de forma no adecuada y no comunicada. Como medida correctiva se ha intentado entrenar al personal en la puesta en práctica de medidas alternativas (mayor presencia del personal y/o la familia; uso de la medicación como alternativa a la coerción física y un uso racional de la misma en caso de extrema necesidad, así como en su correcta aplicación y registro).

Los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario se ingresan en camas de endocrinología y nutrición a cargo de psiquiatría. Los ingresos fueron todos voluntarios. En 2018 no ha habido ningún ingreso involuntario. Los pacientes y el facultativo responsable firman contrato que incluye el control de contingencias pactadas y firmadas que pueden incluir restricción de movimientos, comunicaciones y contacto con otras personas. Existe un seguimiento diario documentado de estas contingencias.

Centros y recursos de la Consejería de Políticas Sociales y Familia (Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera)

GENERAL

Son dispositivos a los que los pacientes acuden voluntariamente y no están provistos de medios de contención física o para la administración forzosa de medicación. No hay medio de tipificar y cuantificar el uso de la coerción informal.

Centro de rehabilitación psicosocial (CRPS)

Son pacientes que acuden voluntariamente a un programa individualizado de rehabilitación. La excepción a esta regla la constituyen las personas que tiene indicado un tratamiento como *medida alternativa a la prisión u otra pena*, por haber cometido actos tipificados como delictivos pero que la Justicia ha considerado no imputables al haber sido guiados por un trastorno mental. En 2018 estuvo en esta situación una persona (el 0,72% de las personas atendidas a lo largo del año). En los 30 años de existencia del CRPS han estado en esa situación seis personas (el 1,0% de las personas atendidas). El tratamiento farmacológico les es prescrito desde el Centro de Salud Mental.

A 31 de diciembre de 2018 son atendidas en el CRPS nueve personas tuteladas. Cuatro por la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto, tres por hermanos y dos por madre.

Los planes individualizados de rehabilitación incluyen planes de crisis, pero no incluyen decisiones anticipadas.

Durante 2018 ha sido necesario recurrir en una ocasión al 112 y a las fuerzas de seguridad para atender a una persona en la sala de espera.

Centro de día de día de Alcalá de Henares

Son pacientes que acuden voluntariamente a un programa individualizado de rehabilitación. La excepción a esta regla la constituyen las personas que tiene indicado un tratamiento como medida alternativa a la prisión u otra pena, por haber cometido actos tipificados como delictivos pero que la Justicia ha considerado no imputables al haber sido guiados por un trastorno mental. En 2018 nadie estuvo en esta situación. En los 13 años de existencia del CD ha estado en esa situación una persona (el 1,5% del total de personas atendidas). El tratamiento farmacológico les es prescrito desde el Centro de Salud Mental.

Los planes individualizados de rehabilitación incluyen planes de crisis, pero no incluyen decisiones anticipadas.

En el 2018, 9 personas estuvieron tuteladas por la familia o la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto.

En los 13 años de funcionamiento del CD nunca ha sido necesario recurrir al 112 o solicitar un ingreso involuntario.

Centro de día Espartales Sur de Alcalá

Son pacientes que acuden voluntariamente a un programa individualizado de rehabilitación. El tratamiento farmacológico les es prescrito desde el Centro de Salud Mental.

Durante 2018 no fue necesario recurrir al 112 ni solicitar ningún ingreso involuntario. Desde 2017 se está implementando el protocolo específico *“Sobre actuaciones a realizar por los profesionales del centro de día cuando las personas atendidas ingresan en la unidad de psiquiatría”*. Dicho procedimiento incluye la elaboración y otorgamiento de decisiones anticipadas en relación al ingreso en psiquiatría.

La elaboración de preferencias anticipadas comenzó en el año 2017. El documento de preferencias anticipadas ha sido utilizado en una persona que ingresó en el HUPA en 4 ocasiones en 2018. Finalizamos 2018 con el 50% de documentos de preferencias recabadas respecto al total de atendidos.

Hay 8 usuarios con procesos de incapacidad: 4 por familiares (2 madre, una sobrina y una hermana) 3 por la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto (AMTA) y 1 por Fundación Manantial.

Centro de Rehabilitación Laboral de Espartales Sur de Alcalá

Son pacientes que acuden voluntariamente a un programa individualizado de rehabilitación laboral con objetivo de facilitar el empleo normalizado.

El tratamiento farmacológico les es prescrito desde el Centro de Salud Mental.

Hay una curatela de salud.

Equipo de Apoyo Social y Comunitario (EASC)

Se trata de un equipo que pretende facilitar la vinculación con los diversos dispositivos de la red de pacientes que tienen dificultades para hacerlo y ofrece atención domiciliaria para el mantenimiento en la propia vivienda.

Hay 3 personas tuteladas y 2 con curatela.

En los 13 años de funcionamiento del EASC en tres ocasiones ha sido necesario recurrir al 112. Nunca se ha solicitado un ingreso involuntario.

Minirresidencia de Torrejón

Todos los residentes están en un régimen de voluntariedad. El tratamiento farmacológico está prescrito desde el centro de salud mental y los pacientes lo toman voluntariamente. Un 11% de residentes tienen prescrita medicación inyectable *depot* o *retard*.

Los usuarios disponen de una habitación individual con baño propio, donde pueden depositar sus pertenencias. El personal del centro no accede a ninguna de las mismas, salvo que el residente así lo solicite.

El grado de supervisión de la toma de medicación depende de su plan Individualizado (PIAR) que establece también si el pastillero con la medicación lo custodian los residentes o el personal. Si un residente se niega a la toma del tratamiento prescrito se le solicita que hable con su facultativo de referencia para que negocie con él la pauta de medicación. No se obliga a nadie a que tome medicación si no lo desea, pero sí se le recuerda que debe ser con su facultativo con el que hable de este tema.

No hay restricciones de horario ni personas para las visitas si son autorizadas por el usuario.

5 de los usuarios atendidos del distrito de Alcalá de Henares están tutelados por la familia o la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto.

No tienen instrumentos de contención mecánica

En 2018 no se realizaron ingresos involuntarios, de hecho se evitó la hospitalización de una paciente que reside en uno de los pisos supervisados en dos ocasiones al trasladarla a la residencia durante dos semanas para realizar contención ambulatoria y reajuste de tratamiento farmacológico.

A lo largo de 2018 ningún usuario del centro ha solicitado la firma del documento de decisiones anticipadas.

Minirresidencia de Espartaes Sur de Alcalá

Todos los residentes están en un régimen de voluntariedad. Disponen de un espacio privado con llave (habitación, mesilla y caja de caudales) para guardar sus pertenencias. Los residentes pueden recibir familiares o allegados sin restricción horaria ni de personas, aunque se pide que se respeten los horarios de comida y sueño.

El tratamiento farmacológico está prescrito desde el centro de salud mental y los pacientes lo toman voluntariamente. El grado de control de la toma medicación por parte del personal de la minirresidencia depende de lo establecido en el plan individualizado de rehabilitación. En los casos en los que el paciente se niega a tomar la medicación el personal de la minirresidencia avisa al psiquiatra y se acuerdan los pasos a seguir. Un 13,33% de residentes tienen prescrita medicación *depot* o *retard*.

No tienen instrumentos de contención mecánica

Durante el 2018 no hubo ingresos involuntarios.

De los 40 atendidos en 2018, 10 de ellos estaban tutelados y 1 curatelado. 3 de los tutelados lo son por un familiar. El resto de tutelados y el curatelado lo son por el AMTA.

Han desarrollado un sistema formalizado de decisiones anticipadas para prever situaciones de crisis. (ver ANEXOS)

Pisos supervisados

Todos los habitantes lo son en régimen de voluntariedad. La medicación está prescrita desde el centro de salud mental y los pacientes son autónomos para tomarla., aunque puede haber supervisión desde las Minirresidencia de Espartales Sur y Torrejón.

Pisos protegidos

Todos los habitantes lo son en régimen de voluntariedad. La medicación está prescrita desde el centro de salud mental y los pacientes son autónomos para tomarla, aunque puede haber supervisión desde el Centro de Salud Mental

Dispositivo dependiente del Ayuntamiento de Alcalá De Henares y la Subdirección General de actuación en Adicciones del Servicio Madrileño de Salud

CAID (Centro de Atención Integral a las Drogodependencias) de Alcalá de Henares

Se trata de un dispositivo de tratamiento ambulatorio que funciona sobre un principio de voluntariedad.

La excepción a esta regla la constituyen las personas que tienen indicada suspensión de pena con condición a tratamiento, como *medida alternativa a la prisión u otra pena*, por haber cometido actos tipificados como delictivos, pero que la Administración de Justicia orienta a la reinserción social del penado, cuando se cumplen determinados requisitos. Durante el año 2018 se han atendido 53 personas que responden a este criterio.

Se han atendido además a 44 menores que se acogen a tratamiento en lugar de pagar multa a la Delegación del Gobierno.

RECOMENDACIONES: OBJETIVOS 2019

General

Compromiso

- Operativizar el compromiso de reducción de prácticas coercitivas mediante
 - Publicación del compromiso en la página web y por otros medios
 - Puesta en marcha de una política de transparencia en las prácticas de coerción
 - Publicación de un informe anual que incluya evaluación de los avances y propuestas de mejora

Formación

- Puesta en marcha de actividades de formación continuada sobre prácticas basadas en derechos, medicación a dosis mínimas y discontinuación.
- Inclusión de personas con experiencia en primera persona en actividades de formación y espacios de discusión clínica

Dispositivos del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Centros de salud Mental

- Habilitar un medio para conocer que personas están siendo atendidas como medida alternativa a la pena
- Registro de contenciones con indicación de qué agentes externos participan y cuál es el resultado final (resolución en el centro, derivación a la urgencia...)
- Estimación del uso de antipsicóticos de acción prolongada
- Formalizar el consentimiento informado para antipsicóticos de acción prolongada
- Formalizar un procedimiento de toma de decisiones compartidas
- Aumentar el número de decisiones anticipadas recogidas

Unidad de Hospitalización

- Mejorar el sistema de custodia y acceso a pertenencias personales de los pacientes ingresados
- Disminuir las restricciones de acceso a familiares y allegados,
- Mantener el sistema registro de contenciones implantado en 2018, evaluarlo al menos una vez al año y proponer al menos una medida en base a este análisis
- Instaurar una estrategia documentada y evaluable de manejo de las situaciones de agitación y violencia

Urgencias

- Implantación de un registro de contención
- Implantación de una estrategia documentada de actuación frente a la actuación psicomotriz y la violencia que incluya actividades de formación y evaluación continua

Hospital de Día de Adultos

- Perfeccionar el registro de decisiones anticipadas

Hospital de Día de Adultos

- Conseguir que el 50% de los pacientes en tratamiento de hospital de día tenga un documento consensuado con ellos y las familias que recojan un plan individualizado de intervención en caso de crisis
- Realizar registro mensual de las intervenciones de crisis que han requerido contención física

Hospitalización domiciliaria

- Incrementar el número de decisiones anticipadas recogidas los pacientes en el correspondiente registro.

Unidad de Atención Temprana

- Incrementar el número de reuniones dialógicas que se desarrollan en los centros de salud mental, unidad de hospitalización y urgencias del hospital para contribuir a desarrollar nuevos instrumentos y alternativas de atención en la red a las personas en crisis.
- Ofrecer, a partir de octubre, un Grupo de Terapia Multifamiliar, en colaboración con otros dispositivos, que se desarrolle en la comunidad para contribuir a la salud mental familiar de la población general
- Realizar formación para residentes que incluya el Marco Dialógico como forma de atender a las personas sin emplear prácticas de coerción.
- Incrementar el número de decisiones anticipadas recogidas los pacientes en el correspondiente registro
- Ofrecer, a partir de octubre, un Grupo de Encuentro entre mujeres.

Interconsulta y enlace

- Incluir las contenciones practicadas desde este programa en el registro general de salud mental
- Mejorar la formación del personal médico y de enfermería en el uso de medidas alternativas a la coerción
- Mejorar la formación del personal de otros en el manejo de las situaciones emocional o relacionalmente difíciles y la agitación psicomotriz
- Estudiar la posibilidad de crear Unidades funcionales para el ingreso de pacientes con alteraciones del comportamiento por motivo médico.
- Mejorar las condiciones de ingreso de las pacientes con TCA con mayor actividad ocupacional y física.

Centros y recursos de la Consejería de Asuntos Sociales (Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera)

- En coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental promover la implantación de las decisiones anticipadas de las personas atendidas

Dispositivo dependiente del Ayuntamiento de Alcalá De Henares y la Subdirección General de actuación en Adicciones del Servicio Madrileño de Salud

CAID (Centro de Atención Integral a Drogodependencias) de Alcalá de Henares

- Mantener registro y protocolización de la atención a pacientes judicializados.
- Mantener Consentimiento sobre autorización de información judicial.
- Favorecer la formación del equipo terapéutico en Intervención psicológica de urgencias y emergencias.
- En coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental promover la implantación de las decisiones anticipadas de las personas atendidas con enfermedad mental grave.

ANEXOS

REGISTRO DE BUENAS PRÁCTICAS PARA DISMINUIR EL USO DE LA COERCIÓN

Como parte de la *política de transparencia en el uso de las prácticas coercitivas* y, en ese marco, el presente *registro de buenas prácticas para reducir el uso de la coerción* pretende servir para evaluar, discutir y difundir las medidas tomadas con el fin de avanzar hacia la eliminación de la coerción en la práctica de la atención a la salud mental,

La idea es hacer pública el conjunto de iniciativas orientadas a avanzar hacia la eliminación de las prácticas coercitivas, nuestra percepción sobre su efecto, forma de acceso a información adicional si la hay y facilitar un contacto al que poder requerir información adicional.

Un *informe anual* permitirá evaluar el panorama global

JUSTIFICACIÓN

PRÁCTICAS EN FUNCIONAMIENTO

1. GENERAL

1.1. Política de transparencia: Informe anual sobre el uso de la coerción 6

1.2. Registro de buenas prácticas para reducir la coerción en la Red de Servicios de Salud Mental de Alcalá De Henares

2. CENTRO DE SALUD MENTAL

2.1. Información sobre derechos: Díptico “ciudadanía: unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos de las personas” 10

3. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA 11

3.1. Programa de hospitalización domiciliaria para evitar la hospitalización convencional

4. HOSPITAL DE DÍA ADULTOS 14

4.1. Hospitalización parcial libre de contención mecánica

5. UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA INTEGRADA COMUNITARIA

5.1. Unidad de Atención Temprana libre de prácticas coercitivas

6. URGENCIAS

6.1. Continuidad de cuidados y estrategias para la reducción de la contención mecánica en la urgencia 22

7. HOPITALIZACIÓN

8. CENTRO DE DÍA ESPATALES SUR

- 8.1. Decisiones Anticipadas compartidas a aplicar en ingreso hospitalario (DACI)
- 38.2. Proceso de Elección de Persona de referencia del proceso de rehabilitación psicosocial en centro de día

PROYECTOS

1. GENERAL

- 1.1. Decisiones Anticipadas en Salud Mental.

2. HOSPITALIZACIÓN

- 2.1. Registro de contenciones mecánicas
- 2.2. Implantación de una estrategia de actuación frente a la agitación psicomotriz y la violencia que incluya actividades de formación y evaluación continua
- 2.3. Eliminación de las restricciones al acceso de familiares a la Unidad de hospitalización
- 2.4. Mejora del acceso y privacidad de las pertenencias de los pacientes ingresados

3. URGENCIAS

- 1.1. Registro de contenciones mecánicas
- 1.2. Implantación de una estrategia de actuación frente a la agitación psicomotriz y la violencia que incluya actividades de formación y evaluación continua

INFORME SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES REALIZADAS EN EL INFORME SOBRE COERCIÓN DE 2018

A continuación, se evalúa el cumplimiento de las recomendaciones propuestas para 2018 por dispositivos

General

Objetivo 2018	Cumplimiento	%	Comentario
<p><u>Compromiso</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Operativizar el compromiso de reducción de prácticas coercitivas mediante <ul style="list-style-type: none"> ○ Publicación del compromiso en la página web y por otros medios ○ Puesta en marcha de una política de transparencia en las prácticas de coerción ○ Publicación de un informe anual que incluya evaluación de los avances y propuestas de mejora 	<p>Se ha puesto en marcha una política de transparencia que incluye la publicación en la página web de</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El compromiso, ○ el informe sobre el uso de la coerción ○ los ejemplos de buenas prácticas 	100%	Estos documentos aparecen en primer lugar si se realiza una búsqueda por Google
<p><u>Formación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Puesta en marcha de actividades de formación continuada sobre prácticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Se han realizado (ver anexo) <ul style="list-style-type: none"> ○ Un curso sobre dosis mínimas y discontinuación ○ Un curso sobre atención basada en 	100%	

<p>basadas en derechos, medicación a dosis mínimas y discontinuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Inclusión de personas con experiencia en primera persona en actividades de formación y espacios de discusión clínica 	<p>derechos con participación de expertos por experiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> Han participado expertos por experiencia en un curso para el personal en general, talleres para residentes y las sesiones clínicas de área y de la UAT 		
--	--	--	--

Dispositivos del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Centros de salud Mental

Objetivo 2018	Cumplimiento	%	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Habilitar un medio para conocer que personas están siendo atendidas como medida alternativa a la pena 	<ul style="list-style-type: none"> Se ha pospuesto para 2019 	0	

<ul style="list-style-type: none"> • Registro de contenciones con indicación de qué agentes externos participan y cuál es el resultado final (resolución en el centro, derivación a la urgencia...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha pospuesto para 2019 	0	
<ul style="list-style-type: none"> • Estimación del uso de antipsicóticos de acción prolongada • Formalizar el consentimiento informado para antipsicóticos de acción prolongada 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha pospuesto para 2019 	0	
<ul style="list-style-type: none"> • Formalizar un procedimiento de toma de decisiones compartidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha pospuesto para 2019 	0	
<ul style="list-style-type: none"> • Formalizar la recogida de decisiones anticipadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha instaurado el procedimiento • En el área se han registrado 11 aunque ninguna desde el CSM (8 en centro de día, 1 en hospitalización domiciliaria y 2 en la UHB) 		

Unidad de Hospitalización

Objetivo 2018	Cumplimiento	%	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Mejorar el sistema de custodia y acceso a pertenencias personales de los pacientes ingresados 	<ul style="list-style-type: none"> Se ha pospuesto para 2019 	0	
<ul style="list-style-type: none"> Disminuir las restricciones de acceso a familiares y allegados, eliminando las de fin de semana 	<ul style="list-style-type: none"> Las visitas pueden realizarse durante la mañana y la tarde de los fines de semana desde 2018 		
<ul style="list-style-type: none"> Instaurar un sistema registro de contenciones que incluya la evaluación de las mismas por los intervinientes y sea accesible para la evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> Instaurado en marzo 	100	
<ul style="list-style-type: none"> Instaurar una estrategia documentada y evaluable de manejo de las situaciones de agitación y violencia 	<ul style="list-style-type: none"> Hay una comisión general del hospital trabajando en ello 	75	

•

Urgencias

Objetivo 2018	Cumplimiento	%	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Implantación de un registro de contención 	<ul style="list-style-type: none"> En curso 		
<ul style="list-style-type: none"> Implantación de una estrategia documentada de actuación frente a la actuación psicomotriz y la violencia que incluya actividades de formación y evaluación continua 	<ul style="list-style-type: none"> Hay una comisión general del hospital trabajando en ello 	75	

Hospital de Día de Adultos

Objetivo 2018	Cumplimiento	%	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Perfeccionar el registro de decisiones anticipadas 	<ul style="list-style-type: none"> Se ha postpuesto a 2019 	0	

Unidad de Atención Temprana

Objetivo 2018	Cumplimiento	%	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Incrementar el número de reuniones dialógicas que se desarrollan en los centros de salud mental, unidad de hospitalización y urgencias del hospital para contribuir a desarrollar nuevos instrumentos y alternativas de atención en la red a las personas en crisis. 	<ul style="list-style-type: none"> Se han incrementado, pero sin datos comparables puesto que la UAT se inició con el marco actual en julio de 2017. Con la intención de seguir aumentando las reuniones conjuntas en los diferentes dispositivos que participan en los tratamientos de las personas con PEP. 	75%	
<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer un grupo de terapia multifamiliar que se desarrolle en la comunidad para contribuir a la salud mental familiar de la 	<ul style="list-style-type: none"> Pendiente de iniciar en septiembre de 2019 	0%	

población general			
<ul style="list-style-type: none"> Asumir entre nuestras tareas desarrollar el plan de crisis o documento de decisiones anticipadas de las personas que se encuentren en tratamiento con nosotros para contribuir a una mejor atención en caso de crisis 	<ul style="list-style-type: none"> Asumida la tarea para las personas que así lo deseen a lo largo de su recorrido en la UAT. 	100%	

Interconsulta y enlace

Objetivo 2018	Cumplimiento	%	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Incluir las contenciones practicadas desde este programa en el registro general de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> No se ha realizado ninguna contención 	-	
<ul style="list-style-type: none"> Propiciar un registro general de sujeciones del hospital 	<ul style="list-style-type: none"> Hay una comisión general del hospital trabajando en ello 	75	

Centros y recursos de la Consejería de Asuntos Sociales (Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera)

Objetivo 2018	Cumplimiento	%	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> En coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental promover la implantación de las decisiones anticipadas de las personas atendidas 	<ul style="list-style-type: none"> Se ha implantado el procedimiento En el área se han registrado 11 (8 en centro de día, 1 en hospitalización domiciliaria y 2 en la UHB) 	100	

CRPS Alcalá

Objetivo 2018	Cumplimiento	%	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> En coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental promover la implantación de las decisiones anticipadas de las personas atendidas 	<ul style="list-style-type: none"> Se ha informado a todos los profesionales del CRPS del objetivo para que valoren su aplicación a los usuarios que atienden Se ha puesto en la red informática común a disposición de todos los profesionales la documentación pertinente: instrucciones del procedimiento y herramienta Se ha informado a tres usuarios con ingresos psiquiátricos frecuentes sobre las decisiones 	100%	Durante este año se ha difundido la información entre los profesionales y se han derivado a tres usuarios del CRPS a los profesionales de salud mental que gestionaban las decisiones anticipadas

	anticipadas y se han derivado a los profesionales de referencia de salud mental	100%	
		100%	

CD Nuevo Alcalá

Objetivo 2018	Cumplimiento	%	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> En coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental promover la implantación de las decisiones anticipadas de las personas atendidas 	<ul style="list-style-type: none"> Se ha implantado el sistema de decisiones anticipadas aunque no se ha promovido ninguna 		

Minirresidencia Espartales

Objetivo 2018	Cumplimiento	%	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> En coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental promover la implantación de las decisiones anticipadas de las personas atendidas 	<ul style="list-style-type: none"> Se ha implantado un sistema de decisiones anticipadas 	100%	

Dispositivo dependiente del Ayuntamiento de Alcalá De Henares y la Subdirección General de actuación en Adicciones del Servicio Madrileño de Salud

CAID (Centro de Atención Integral a Drogodependencias) de Alcalá de Henares

Objetivo 2018	Cumplimiento	%	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> Registro y protocolización de la atención a pacientes judicializados. 	<ul style="list-style-type: none"> Se ha establecido un registro en la base de datos y un protocolo de atención. 	100	

<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento sobre autorización de información judicial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha establecido un consentimiento específico para dichos pacientes 	100	
<ul style="list-style-type: none"> • Formación del equipo terapéutico en Intervención psicológica de urgencias y emergencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Se han realizado varios cursos de prevención de riesgos por parte del equipo terapéutico 	50%	
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la adherencia al tratamiento mediante medicación supervisada 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza para los pacientes indicados, a través de enfermería. 	100	
<ul style="list-style-type: none"> • En coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental promover la implantación de las decisiones anticipadas de las personas atendidas con enfermedad mental grave. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se ha implementado ningún protocolo de decisiones anticipadas. 	0	

REGISTRO DE ENFERMERIA DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

OBSERVACIONES

Espacio para etiqueta

REGISTRO DE LA CONTENCIÓN

INGRESO

FECHA DE INGRESO TIPO V I P
 MOTIVO DEL INGRESO

CONTENCIÓN

INICIO DE LA CONTENCIÓN				FIN DE LA CONTENCIÓN				
FECHA	HORA	FESTIVO	DURACIÓN	FIRMA PSQ	FECHA	HORA	DURACIÓN	FIRMA PSQ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MOTIVO DE LA CONTENCIÓN *(Descripción breve del motivo de la contención)*

INDICA	PARTICIPA <i>(Nombre y Apellidos)</i>
PSQ PLANTA <input type="checkbox"/>	
PSQ GUARDIA <input type="checkbox"/>	
MIR PLANTA <input type="checkbox"/>	
MIR GUARDIA <input type="checkbox"/>	
PIR PLANTA <input type="checkbox"/>	
PIR GUARDIA <input type="checkbox"/>	
ENFERMERA <input type="checkbox"/>	
EIR <input type="checkbox"/>	
AUX. ENFERM <input type="checkbox"/>	
CELADOR <input type="checkbox"/>	
OTROS <input type="checkbox"/>	

ANTES DE LA CONTENCIÓN

COMPORTAMIENTO ESPECIFICO

- Agitado
- Violento
- Impulsividad autolesiva
- Desorientado
- Existia plan de crisis

- Agresivo
- Confuso
- Otros

ALTERNATIVAS OFRECIDAS

- Intervenciones Psicológicas
- Ambientales
- Farmacológicas
- Comunicación de contención

Tiempo empleado en las alternativas

Que pasó, como estaba el ambiente de la unidad, que le pasaba a la persona que ha sido contenida, antecedentes y descripción del episodio, historia de la persona que pudiera haber favorecido que viviera como amenazate la situación, técnicas o procedimientos empleados en la contención mecánica, medidas de desescalada, resultado de esas técnicas o procedimientos.

DURANTE LA CONTENCIÓN

PERSONAL DE ENFERMERIA SUFICIENTE PARA REALIZAR LA CONTENCIÓN _____	SI	NO
INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE SEGURIDAD _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* CON INTERVENCIÓN FÍSICA _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* SÓLO PRESENCIA _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRODUCCIÓN DE LESIONES AL PACIENTE DURANTE LA CONTENCIÓN _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRODUCCIÓN DE LESIONES AL PERSONAL DURANTE LA CONTENCIÓN _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA HABIDO TESTIGOS _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE TOMARON MEDIDAS PARA ASEGURAR LA SEGURIDAD DE LOS TESTIGOS _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE HA PUESTO PAUTA PREVENTIVA DE HEPARINA _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DESPUES DE LA CONTENCIÓN

VIGILANCIA DE LA PERSONA CONTENIDA

COMPLICACIONES MEDICAS POR LA CONTENCIÓN

- Presencia permanente
- Cámara + revisión cada media hora
- Otros (especificar)

- UPP Aumento CPK
- Alteraciones de coagulación

<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> Otros (especificar)
--	--

PERSONA CONTENIDA (describir como está, se siente segura, que dice)

PERSONAS QUE HAN INTERVENIDO (describir como están y si ha sido necesaria alguna intervención para asegurar su bienestar/seguridad)

TESTIGOS (describir como están y si ha sido necesaria alguna intervención para asegura su bienestar/seguridad)

PREVENCIÓN

Se ha hecho algo para prevenir un nuevo episodio como el que dio lugar a la contención SI NO

Se podia haber evitado la contención SI NO

Se puede hacer algo AHORA para evitar que vuelva a suceder SI NO

--	--

VALORACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE AL ALTA

FIRMA PSQ PLAN

**DOCUMENTOS PARA LA RECOGIDA DE DECISIONES ANTICIPADAS EN
LA RED SALUD MENTAL**

DOCUMENTO GENERAL DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL.

Este documento reemplaza a cualquier formulario de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental previo.

Yo, D/D^a _____, con DNI/NIE/Pasaporte N° _____,

Deseo que las siguientes preferencias e indicaciones se tengan en cuenta en la **atención en la Urgencia o Ingreso hospitalario** cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones, relacionada con un problema de Salud Mental (SM):

1.-¿En qué circunstancias quiero que se haga uso de este documento? (Por ejemplo: si me siento perseguido, si me viene a la cabeza la idea de hacerme daño, si me siento fuera de control...)

Creo que la siguiente persona o las siguientes personas:

_____ puede o pueden ayudarme a identificar situaciones en que me encuentro con incapacidad transitoria para tomar decisiones.

espacio para
pegatina

2.-Personas a las que avisar/no avisar de que estoy en el hospital, de las que deseo/no deseo recibir visitas, y a las que deseo/no deseo que se informe de mi situación:

Deseo que se avise a las siguientes personas		Deseo que NO se avise a las siguientes personas
Nombre	Teléfono	

Deseo recibir visitas de		Deseo NO recibir visitas de:
Nombre	Teléfono	

Deseo que se informe de mi situación a:		Deseo que NO se informe de mi situación a:
Nombre	Teléfono	

3.-De los tratamientos farmacológicos que he recibido previamente prefiero...

SITUACIÓN (ej. insomnio, angustia, agitación, asustado, triste, enfadado, desconfiado, disociado o desconectado del medio...)	Prefiero recibir la siguiente medicación	Prefiero NO recibir la siguiente medicación

4.-De las actuaciones terapéuticas que he recibido anteriormente, prefiero...

SITUACIÓN (ej. estoy angustiado, inquieto, asustado, triste, enfadado, desconfiado, disociado o desconectado del medio...)	QUÉ ME AYUDA (ej. que me dejen solo, que hablen conmigo, que me acompañen, que me den una tila, que me den medicación, que vengan mis familiares, que vengan mis amigos, dar una vuelta, fumarme un cigarro...)	QUÉ NO ME AYUDA (ej. que me dejen solo, que hablen conmigo, que me acompañen, que me den una tila, que me den medicación, que vengan mis familiares, que vengan mis amigos, dar una vuelta, fumarme un cigarro...)

5.-Preferencias respecto a los psiquiatras en la planta de Psiquiatría.

Prefiero ser tratado por el siguiente profesional	Prefiero no ser tratado por el siguiente profesional

Cualidades del profesional que hacen sentir bien (por ej. prefiero que me hablen en tono bajo, que sea un hombre/mujer, que estemos sentados/de pie al hablar, que me hablen despacio...):

6.-Información sobre hábitos personales: me gustaría que se tuvieran en cuenta los siguientes hábitos personales (por ej. hábitos de higiene, hábitos al dormir, dieta, hábitos religiosos o espirituales, costumbres...).

7.- Otras cosas que me hacen sentir bien y cosas que me hacen sentir mal durante mi estancia en el hospital (por ej. estar solo/acompañado en la habitación de ingreso, que haya/no haya ruidos, ver la TV solo/acompañado...):

Me hace sentir bien...	Me hace sentir mal...

8.- Otras preferencias durante mi estancia en el hospital (por ej. hacer manualidades, jugar al pin pon, escuchar música...):

9.-Designación e información sobre el representante. Seleccionar una opción dependiendo de la situación del paciente:

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

D/D^a _____ con DNI/NIE/Pasaporte N° _____,
Teléfono _____, E-mail: _____

9.2. Mi tutor legal es:

D/D^a _____ con DNI/NIE/Pasaporte N° _____,
Teléfono _____, E-mail: _____

10.-Fecha de cumplimentación

En, _____ a _____ de _____ de _____.

TITULAR	REPRESENTANTE/TUTOR	PROFESIONAL
Fdo:	Fdo:	Fdo:
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:

GUÍA PARA PROFESIONALES PARA LA ELABORACIÓN DEL FORMULARIO DE DECISIONES ANTICIPADAS EN SALUD MENTAL

1. ¿Qué es la planificación anticipada de decisiones en salud mental?

Es una herramienta que permite recoger las preferencias de las personas con diagnóstico psiquiátrico en los momentos en que se considera que tienen dificultades en la capacidad para tomar decisiones por sí mismos. El paciente deja por escrito en fase estable distintos deseos o preferencias que quiere que se tengan en cuenta en posibles episodios futuros de pérdida de capacidad para tomar decisiones. Es importante recalcar que no se trata de un acuerdo respecto al plan terapéutico en situación de crisis entre el profesional y el paciente, sino de un documento donde el paciente recoge sus deseos y preferencias con el asesoramiento del profesional, si es que lo necesita.

Cuando una persona tiene limitada su capacidad para tomar decisiones, se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad. En el caso de que terceras personas deban tomar decisiones en su lugar, las necesidades o preferencias del paciente pueden no respetarse.

Por lo tanto, la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental permitiría por un lado, defender los derechos de estas personas y, por otro lado, facilitar la labor de los profesionales y allegados, mejorar la vinculación con los pacientes así como lograr una mayor implicación de los mismos en su propio tratamiento.

Este instrumento ya se está utilizando actualmente, tanto dentro como fuera de España. El ejemplo más cercano lo encontramos en Andalucía, donde esta herramienta se emplea de manera habitual y ha sido incorporada en el sistema informático y en el historial clínico de los pacientes.

2. ¿A quién podría aplicarse?

Personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave y una historia de varias recaídas que en algún momento pueden ver mermada su capacidad de decisión. En situación de seguimiento ambulatorio en Salud Mental y con experiencias previas de visita al servicio de Urgencias/ingreso en Psiquiatría.

Independientemente de que el paciente tenga o no conciencia de enfermedad el documento de Voluntades anticipadas puede ser útil para objetivar algunas de sus preferencias en su tratamiento.

3. ¿Quién puede ayudar al paciente a cumplimentar su documento de Voluntades Anticipadas?

Cualquier profesional de referencia o no que esté implicado en el tratamiento del paciente interesado en cumplimentar su documento de este tipo (por ej. terapeuta de referencia, continuidad de cuidados, profesionales de la UHB, profesionales de HD, profesionales implicados con el paciente en dispositivos de rehabilitación, profesionales del CAID, profesionales de la UAT...).

El documento del paciente será registrado en una carpeta compartida a la que podrán tener acceso todos los profesionales implicados en su tratamiento y cualquiera de ellos puede modificarlo si el paciente así lo desea en un momento dado. Cuando una persona cumplimente este documento con ayuda de un profesional que no se trate del terapeuta de referencia, este deberá ser informado por el profesional que lleva a cabo la cumplimentación, y de la misma manera si el proceso se hace a la inversa.

La iniciativa de rellenar este documento puede surgir por parte del paciente, del profesional, o de los dos.

4. ¿Dónde puedo acceder al documento de Voluntades anticipadas y dónde guardarlo después

La herramienta de Planificación anticipada de decisiones va a estar recogida en la carpeta Z, compartida en el área de gestión clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Príncipe de Asturias. Se deberá registrar la herramienta cumplimentada del paciente en la carpeta correspondiente al Número de Historia Clínica del paciente.

Los dispositivos de rehabilitación y CAID, así como cualquier otro que no tenga acceso a esta carpeta, podrá solicitar a la Secretaría de Psiquiatría del Hospital el formato de la herramienta, y enviar a este mismo lugar la herramienta una vez cumplimentada, para que sea registrada en esta carpeta compartida de manera que todos los profesionales implicados tengan acceso a ella.

5. Algunas explicaciones de los ítems que se recogen en la herramienta de Planificación Anticipada de decisiones:

1) ¿En qué circunstancias quiero que se haga uso de este documento?

Este ítem tiene como objetivo que el paciente, con la ayuda de un profesional, identifique las circunstancias o situaciones en las que considera que su capacidad de juicio está alterada, en relación a una patología de salud mental. Por ejemplo, un paciente con sintomatología psicótica puede identificar como signo de alarma el hecho de pensar que le están persiguiendo o vigilando.

Es necesaria cierto nivel de conciencia de enfermedad para que el paciente pueda completar este ítem, por lo que se añade en la parte final del ítem la probabilidad de que el paciente identifique personas de su entorno cercano que puedan ayudarle a identificar señales de que está en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones.

2) Personas a las que avisar/no avisar de que estoy en el hospital, de las que deseo/no deseo recibir visitas, y a las que deseo/no deseo que se informe de mi situación:

Este ítem permite al paciente decidir al respecto de tres situaciones en cuanto a las personas que quiere que estén presentes. Por una parte, permite decidir al paciente a quién quiere que se avise de que está en el hospital en ese momento y a quién no. Por otro lado, puede determinar las personas de las que le gustaría recibir visitas en el ingreso y las que no quiere ver. Finalmente, puede decidir a quién le gustaría que se informara de la situación clínica durante un ingreso, y a quién prefiere que no se informe.

3) Preferencias relacionadas con la medicación en el ámbito de SM.

En este apartado, el paciente tiene la posibilidad de reflejar tratamientos farmacológicos con los que haya tenido experiencias en ocasiones anteriores, ya hayan sido positivas o negativas (por contraindicaciones, efectos secundarios, falta de efecto perseguido, etc.).

Es importante **poner al paciente ejemplos de situaciones** que se pueden dar en el contexto de la urgencia o la planta para lo que él podría preferir que se le facilite o no tratamiento farmacológico, ya que ocasionalmente a los pacientes no se les ocurren espontáneamente estas situaciones al cumplimentar la herramienta PAD. Algunos ejemplos de situaciones son: insomnio, angustia, agitación, estar asustado, triste, enfadado, desconfiado, disociado o desconectado del medio...

Es muy importante tener en cuenta, y transmitírselo así al paciente, que el respeto de las preferencias expresadas puede estar limitado por distintos factores como: la accesibilidad del fármaco, su disponibilidad en el momento de la crisis, y la indicación médica oportuna. Por ello los profesionales deben proveer información sobre los medicamentos disponibles en el momento de la crisis, sus efectos beneficiosos, secundarios y adversos, así como alternativas existentes.

En caso de que no haya acuerdo entre la indicación del profesional la preferencia del paciente, se debería incluir la preferencia expresada por este último, haciendo referencia explícita a la falta de acuerdo y los motivos.

4) Preferencias relacionadas con actuaciones terapéuticas en el ámbito de la Salud Mental.

Por "actuaciones terapéuticas" se entienden aquellas intervenciones realizadas durante la atención de Salud Mental, como por ejemplo: terapias individuales y grupales, terapia ocupacional, cuidados de enfermería, sesiones de TEC u otras intervenciones médicas como la contención, inmovilización y aislamiento no consentidos, incluso la toma de infusiones o agua. La persona puede expresar aquí sus preferencias en cuanto a actuaciones terapéuticas en distintas situaciones que ya se le hayan presentado en el pasado, indicando lo que cree que le ayuda y lo que cree que no le sirve.

Es importante poner al paciente ejemplos de situaciones que se pueden dar en el contexto de la urgencia o la planta para lo que él podría preferir que se le facilite o no tratamiento farmacológico, ya que ocasionalmente a los pacientes no se les ocurren espontáneamente estas situaciones al cumplimentar la herramienta PAD. Algunos ejemplos de situaciones son: insomnio, angustia, agitación, estar asustado, triste, enfadado, desconfiado, disociado o desconectado del medio...

Asimismo, se recomienda que se le facilite al paciente ejemplos de actuaciones terapéuticas que le puedan dar ideas de las cosas que le sirven y que no. Algunos ejemplos: que me dejen solo, que hablen conmigo, que me acompañen, que me den una tila, que me den medicación, que vengan mis familiares, que vengan mis amigos, dar una vuelta, fumarme un cigarro...

Al igual que en el ítem anterior, es importante tener en cuenta, y transmitírselo así al paciente, que la realización de las actuaciones preferidas por la persona pueden estar sujetas a limitaciones por razones de disponibilidad y viabilidad, e indicación del profesional. En caso de que no haya acuerdo entre la persona interesada y el profesional, se debería incluir la preferencia expresada, haciendo referencia explícita a la falta de acuerdo y a los motivos.

5) Preferencias respecto a los psiquiatras en el ingreso.

Este ítem permite al paciente indicar las preferencias respecto a qué psiquiatra/s le gustaría que le atendiesen en la planta de psiquiatría durante un ingreso y cuáles no le gustaría. Dado el régimen de trabajo por turnos de otras categorías profesionales que se ven implicadas en un ingreso hospitalario, se considera que existen más limitaciones a la hora de que el paciente pueda indicar también sus preferencias con respecto a otros profesionales distintos a los psiquiatras, y que estas preferencias puedan ser tenidas en cuenta.

Se añade un apartado donde el paciente puede incluir algunas cualidades que prefiere que el profesional que le atienda tenga, independientemente de quién sea este (por ej. el tono de voz al hablar, la manera de hacer la entrevista, aspectos del género...).

Decidir acerca del profesional que prefiere que le atienda, puede constituir un elemento de apoyo en el proceso terapéutico. Es importante tener en cuenta, y transmitírselo así al paciente, que las preferencias que incluye este ítem pueden estar sujetas a limitaciones por motivos de disponibilidad o viabilidad.

6) Información sobre hábitos personales.

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

Es importante tener en cuenta, y transmitírselo así al paciente, que existen posibles limitaciones a estas preferencias derivadas de la disponibilidad de servicios y cumplimiento de normas básicas de convivencia en un ingreso intrahospitalario.

En caso de que no haya acuerdo entre la persona interesada y el profesional, se debe incluir la preferencia expresada, haciendo referencia explícita a la falta de acuerdo y a los motivos.

7) Cosas que me hacen sentir bien y cosas que me hacen sentir mal.

En este ítem los pacientes pueden incluir cualquier intervención, tipo de cuidados, actividades programadas, contacto con la persona nombrada como representante...Puede incluir la mención de elementos que pueden provocar una crisis relacionada con un problema de Salud Mental, aspectos que pueden ayudar a evitar una hospitalización, reacciones habituales ante la hospitalización....

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...durante la hospitalización o estancia en los dispositivos de Salud Mental.

Algunos ejemplos para aportar en este ítem: estar solo/acompañado en la habitación de ingreso, que haya/no haya ruidos, ver la TV solo/acompañado...

8) Otras preferencias

En este apartado se pueden recoger otras preferencias que no hayan sido tenidas en cuenta a lo largo del documento, y se consideren relevantes para el paciente o el profesional (por ej. actividades que le gusta hacer en planta y le ayudan a estar tranquilo, como manualidades o juegos, escuchar música...).

9) Designación e información sobre el representante.

En este ítem se pueden dar dos casos en función de si el paciente cuenta o no con una incapacidad reconocida, teniendo un representante legal en el primer caso.

En caso de que el paciente no tenga incapacidad reconocida, y por tanto, no cuente con un tutor legal, se recomienda a la persona firmante elegir como representante a una persona de confianza (familiar, allegado, amigo, representante del movimiento asociativo...) que conozca bien sus preferencias y valores y que tenga la capacidad para actuar en su representación en un momento en el que tenga una incapacidad transitoria para tomar decisiones relacionadas con un problema de Salud Mental.

¡Gracias por tu participación!

Documento específico del Centro de Día de Espartales

FECHA DE ELABORACION DEL DACI (Decisiones anticipadas compartidas en situación de ingreso) + FORMULARIO DE PLANIFICACION ANTICIPADA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL:

NOMBRE:

PERSONA QUE RECOGE LA INFORMACION:

PSIQUIATRA SSM:

Continuadora de Cuidados:

Se encuadra el DACI+ FORMULARIO DE PLANIFICACION ANTICIPADA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL con la persona dando importancia a que se trata de un documento en donde **quedará reflejado sus preferencias en lo que respecta a situaciones, enseres, tratamiento farmacológico, personas que acompañen mientras perdura la situación de ingreso etc....**

Solo si la persona quiere realizarlo se prestará el apoyo para su realización y los profesionales del equipo del centro de día asumirán el compromiso ético asociado al DACI.

Una vez realizado quedará copia en expediente de la persona, quien se llevará una copia de su DOCUMENTO DACI+ COMPROMISO ETICO DEL CENTRO DE DIA.

Este documento será revisado de forma bianual, mientras que la persona a la que corresponde este documento se encuentre en el Cd Espartales Sur.

En el segundo semestre de 2018 se adaptó la herramienta DACI del CD Espartales Sur a la aprobada por el área de Gestión Clínica del Hospital Universitario de Alcalá de Henares. En el formulario ha quedado en tinta azul los contenidos del DACI.

Se incorpora al final del documento. **GUÍA PARA PROFESIONALES PARA LA ELABORACIÓN DEL FORMULARIO DE DECISIONES ANTICIPADAS EN SALUD MENTAL**

Yo, D/D^a

con DNI:

Deseo que las siguientes preferencias e indicaciones se tengan en cuenta en la atención en la Urgencia o Ingreso hospitalario cuando me encuentre en una situación de recaída relacionada con un problema de salud mental

1.- ¿En qué circunstancias quiero que se haga uso de este documento? (Por ejemplo: si me siento perseguido, si me viene a la cabeza la idea de hacerme daño, si me siento fuera de control...)

--

Creo que la siguiente persona o las siguientes personas:

puede o pueden ayudarme a identificar situaciones en que me encuentre cuando tenga una recaída relacionada con mi problema de salud mental.

2.- DECISION SOBRE Personas a las que avisar/no avisar de que estoy en el hospital, de las que deseo/no deseo recibir visitas, y a las que deseo/no deseo que se informe de mi situación:

Deseo que se avise a las siguientes personas (<i>familiares, amigos, alguna otra persona de la red social a la que cree que importa...</i>)		Deseo que NO se avise a las siguientes personas
Nombre	Teléfono	

Deseo recibir visitas de (<i>puedes incorporar a aquellos profesionales que conoces por estar en un dispositivo de rehabilitación concreto, por ejemplo en el que estas en estos momentos : el centro de día, si piensas en más de una es importante que pienses en el orden en el que te gustaría que te visitasen</i>)		Deseo NO recibir visitas de:
Nombre	Teléfono	

Deseo que se informe de mi situación a:		Deseo que NO se informe de mi situación a:
Nombre	Teléfono	

Entendemos que aquellas personas que no especifiques en este apartado no querrás que te visiten y en caso de hacerlo te gustaría que se te preguntase primero.

3. DECISIÓN SOBRE LAS PERSONAS DEL EQUIPO DEL CENTRO DE DÍA QUE ME GUSTARÍA QUE ME VISITASEN MIENTRAS DURA LA SITUACIÓN DE INGRESO EN EL HOSPITAL.

Puedes pensar en una, dos o todas las personas que componen el equipo del centro de día, incluido la Directora del centro. Si piensas en más de una es importante que pienses en el orden en el que te gustaría que te visitasen.

3.1. Las personas del equipo del Centro de día que me gustaría que me visitaran serían.....

4. DECISION SOBRE ENSERES QUE ME GUSTARIA QUE ME TRAJERAN LAS PERSONAS QUE ME VISITEN MIENTRAS DURA LA SITUACION DE INGRESO.

5.-DECISION SOBRE los tratamientos farmacológicos que he recibido previamente...

SITUACIÓN (ej. insomnio, angustia, agitación,	Prefiero recibir la siguiente medicación	Prefiero NO recibir la siguiente
--	--	----------------------------------

asustado, triste, enfadado, desconfiado, disociado o desconectado del medio...)		medicación

6.-DECISION SOBRE las actuaciones terapéuticas que he recibido anteriormente, prefiero...

SITUACIÓN (ej. estoy angustiado, inquieto, asustado, triste, enfadado, desconfiado, disociado o desconectado del medio...)	QUÉ ME AYUDA (ej. que me dejen solo, que hablen conmigo, que me acompañen, que me den una tila, que me den medicación, que vengan mis familiares, que vengan mis amigos, dar una vuelta, fumarme un cigarro...)	QUÉ NO ME AYUDA (ej. que me dejen solo, que hablen conmigo, que me acompañen, que me den una tila, que me den medicación, que vengan mis familiares, que vengan mis amigos, dar una vuelta, fumarme un cigarro...)

7.- DECISION SOBRE los psiquiatras en la planta de Psiquiatría.

Prefiero ser tratado por el siguiente profesional	Prefiero no ser tratado por el siguiente profesional

Cualidades del profesional que hacen sentir bien (por ej. prefiero que me hablen en tono bajo, que sea un hombre/mujer, que estemos sentados/de pie al hablar, que me hablen despacio...):

8.-Información sobre hábitos personales: me gustaría que se tuvieran en cuenta los siguientes hábitos personales (por ej. hábitos de higiene, hábitos al dormir, dieta, hábitos religiosos o espirituales, costumbres...).

9.- Otras cosas que me hacen sentir bien y cosas que me hacen sentir mal durante mi estancia en el hospital (por ej. estar solo/acompañado en la habitación de ingreso, que haya/no haya ruidos, ver la TV solo/acompañado...):

Me hace sentir bien...	Me hace sentir mal...

10.- Otras preferencias durante mi estancia en el hospital (por ej. hacer manualidades, jugar al pin pon, escuchar música...)

11. DECISION SOBRE CON QUIEN QUIERO COMPARTIR ESTE DOCUMENTO PARA QUE LO CONOZCA.

Deseo que este documento sea conocido por _____

12.-Designación e información sobre el representante. Seleccionar una opción dependiendo de la situación del paciente:

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

D/Dª _____ con DNI/NIE/Pasaporte Nº _____,
Teléfono _____, E-mail: _____

11.2. Mi tutor legal es:

D/Dª _____ con DNI/NIE/Pasaporte Nº _____,
Teléfono _____, E-mail: _____

Este documento puede ser objeto de modificación con los profesionales del Centro de día cuantas veces desee y también lo podrá anular en cualquier momento.

Fdo :
Fecha Recabación de datos:
Fecha de firma del documento.

EL COMPROMISO ETICO DEL CENTRO DE DIA EN RELACION AL USO DE ESTE DOCUMENTO (DACI+ FORMULARIO DE PLANIFICACION ANTICIPADA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL):

EL COMPROMISO ETICO DEL CENTRO DE DIA

De estas voluntades, en relación al tratamiento farmacológico:

El Centro de Día, se compromete a hacer llegar estas decisiones al médico que te esté atendiendo en el momento de la situación de ingreso pues le corresponde al médico que te atiende tener en cuenta la voluntad que tu expresas en este documento.

Además este documento se lo haremos llegar a tu psiquiatra de referencia para que conozca tus deseos y te permita hablar de ello con él o ella.

De estas voluntades, en relación a que se contacte con las personas que tú desees, mientras que permanece la situación de ingreso:

El Centro de día se compromete a contactar con estas personas, informarle de que estas ingresado, informarle del horario de visitas y de la planta en la que te encuentras ingresado y transmitirle tus deseos de que quieres recibir visitas de ellos o ellas.

De estas voluntades, en relación a que te visiten las personas del equipo que tú desees, mientras que permanece la situación de ingreso:

El Centro de día se compromete, tan pronto como puedas recibir visitas, a reservar huecos en sus agendas para visitarte en el hospital siguiendo tu preferencia en personas que quieres que te visiten

De estas voluntades, en relación a los enseres que te gustaría que te llevaran las personas que te visitasen:

El Centro de Día se compromete a recordar estos enseres a las personas que tu desees que te visiten.

De estas voluntades, en relación a compartir este documento para que se conozca por las personas que tú consideres:

El Centro de día se compromete a propiciar una entrevista con aquellas personas que tu identifiques para que este documento sea conocido por ellos en tu presencia.

Fdo : M^a Teresa Ruiz Jiménez.
Directora Centro de día.

GUÍA PARA PROFESIONALES PARA LA ELABORACIÓN DEL FORMULARIO DE DECISIONES ANTICIPADAS EN SALUD MENTAL

1. ¿Qué es la planificación anticipada de decisiones en salud mental?

Es una herramienta que permite recoger las preferencias de las personas con diagnóstico psiquiátrico en los momentos en que se considera que tienen dificultades en la capacidad para tomar decisiones por sí mismos. El paciente deja por escrito en fase estable distintos deseos o preferencias que quiere que se tengan en cuenta en posibles episodios futuros de pérdida de capacidad para tomar decisiones. Es importante recalcar que no se trata de un acuerdo respecto al plan terapéutico en situación de crisis entre el profesional y el paciente, sino de un documento donde el paciente recoge sus deseos y preferencias con el asesoramiento del profesional, si es que lo necesita.

Cuando una persona tiene limitada su capacidad para tomar decisiones, se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad. En el caso de que terceras personas deban tomar decisiones en su lugar, las necesidades o preferencias del paciente pueden no respetarse.

Por lo tanto, la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental permitiría por un lado, defender los derechos de estas personas y, por otro lado, facilitar la labor de los profesionales y allegados, mejorar la vinculación con los pacientes así como lograr una mayor implicación de los mismos en su propio tratamiento.

Este instrumento ya se está utilizando actualmente, tanto dentro como fuera de España. El ejemplo más cercano lo encontramos en Andalucía, donde esta herramienta se emplea de manera habitual y ha sido incorporada en el sistema informático y en el historial clínico de los pacientes.

2. ¿A quién podría aplicarse?

Personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave y una historia de varias recaídas que en algún momento pueden ver mermada su capacidad de decisión. En situación de seguimiento ambulatorio en Salud Mental y con experiencias previas de visita al servicio de Urgencias/ingreso en Psiquiatría.

Independientemente de que el paciente tenga o no conciencia de enfermedad el documento de Voluntades anticipadas puede ser útil para objetivar algunas de sus preferencias en su tratamiento.

3. ¿Quién puede ayudar al paciente a cumplimentar su documento de Voluntades Anticipadas?

Cualquier profesional de referencia o no que esté implicado en el tratamiento del paciente interesado en cumplimentar su documento de este tipo (por ej. terapeuta de referencia, continuidad de cuidados, profesionales de la UHB, profesionales de HD, profesionales implicados con el paciente en dispositivos de rehabilitación, profesionales del CAID, profesionales de la UAT...).

El documento del paciente será registrado en una carpeta compartida a la que podrán tener acceso todos los profesionales implicados en su tratamiento y cualquiera de ellos puede modificarlo si el paciente así lo desea en un momento dado. Cuando una persona cumplimente este documento con ayuda de un profesional que no se trate del terapeuta de referencia, este deberá ser informado por el profesional que lleva a cabo la cumplimentación, y de la misma manera si el proceso se hace a la inversa.

La iniciativa de rellenar este documento puede surgir por parte del paciente, del profesional, o de los dos.

4. ¿Dónde puedo acceder al documento de Voluntades anticipadas y dónde guardarlo después

La herramienta de Planificación anticipada de decisiones va a estar recogida en la carpeta Z, compartida en el área de gestión clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Príncipe de Asturias. Se deberá registrar la herramienta cumplimentada del paciente en la carpeta correspondiente al Número de Historia Clínica del paciente.

Los dispositivos de rehabilitación y CAID, así como cualquier otro que no tenga acceso a esta carpeta, podrá solicitar a la Secretaria de Psiquiatría del Hospital el formato de la herramienta, y enviar a este mismo lugar la herramienta una vez cumplimentada, para que sea registrada en esta carpeta compartida de manera que todos los profesionales implicados tengan acceso a ella.

5. Algunas explicaciones de los ítems que se recogen en la herramienta de Planificación Anticipada de decisiones:

- 1) En qué circunstancias quiero que se haga uso de este documento?

Este ítem tiene como objetivo que el paciente, con la ayuda de un profesional, identifique las circunstancias o situaciones en las que considera que su capacidad de juicio está alterada, en relación a una patología de salud mental. Por ejemplo, un paciente con sintomatología psicótica puede identificar como signo de alarma el hecho de pensar que le están persiguiendo o vigilando.

Es necesaria cierto nivel de conciencia de enfermedad para que el paciente pueda completar este ítem, por lo que se añade en la parte final del ítem la probabilidad de que el paciente identifique personas de su entorno cercano que puedan ayudarle a identificar señales de que está en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones.

2) Personas a las que avisar/no avisar de que estoy en el hospital, de las que deseo/no deseo recibir visitas, y a las que deseo/no deseo que se informe de mi situación:

Este ítem permite al paciente decidir al respecto de tres situaciones en cuanto a las personas que quiere que estén presentes. Por una parte, permite decidir al paciente a quién quiere que se avise de que está en el hospital en ese momento y a quién no. Por otro lado, puede determinar las personas de las que le gustaría recibir visitas en el ingreso y las que no quiere ver. Finalmente, puede decidir a quién le gustaría que se informara de la situación clínica durante un ingreso, y a quién prefiere que no se informe.

3) Preferencias relacionadas con la medicación en el ámbito de SM.

En este apartado, el paciente tiene la posibilidad de reflejar tratamientos farmacológicos con los que haya tenido experiencias en ocasiones anteriores, ya hayan sido positivas o negativas (por contraindicaciones, efectos secundarios, falta de efecto perseguido, etc.).

Es importante poner al paciente ejemplos de situaciones que se pueden dar en el contexto de la urgencia o la planta para lo que él podría preferir que se le facilite o no tratamiento farmacológico, ya que ocasionalmente a los pacientes no se les ocurren espontáneamente estas situaciones al cumplimentar la herramienta PAD. Algunos ejemplos de situaciones son: insomnio, angustia, agitación, estar asustado, triste, enfadado, desconfiado, disociado o desconectado del medio...

Es muy importante tener en cuenta, y transmitírselo así al paciente, que el respeto de las preferencias expresadas puede estar limitado por distintos factores como: la accesibilidad del fármaco, su disponibilidad en el momento de la crisis, y la indicación médica oportuna. Por ello los profesionales deben proveer información sobre los medicamentos disponibles en el momento de la crisis, sus efectos beneficiosos, secundarios y adversos, así como alternativas existentes.

En caso de que no haya acuerdo entre la indicación del profesional la preferencia del paciente, se debería incluir la preferencia expresada por este último, haciendo referencia explícita a la falta de acuerdo y los motivos.

4) Preferencias relacionadas con actuaciones terapéuticas en el ámbito de la Salud Mental.

Por "actuaciones terapéuticas" se entienden aquellas intervenciones realizadas durante la atención de Salud Mental, como por ejemplo: terapias individuales y grupales, terapia ocupacional, cuidados de enfermería, sesiones de TEC u otras intervenciones médicas como la contención, inmovilización y aislamiento no consentidos, incluso la toma de infusiones o agua. La persona puede expresar aquí sus preferencias en cuanto a actuaciones terapéuticas en distintas situaciones que ya se le hayan presentado en el pasado, indicando lo que cree que le ayuda y lo que cree que no le sirve.

Es importante poner al paciente ejemplos de situaciones que se pueden dar en el contexto de la urgencia o la planta para lo que él podría preferir que se le facilite o no tratamiento farmacológico, ya que ocasionalmente a los pacientes no se les ocurren espontáneamente estas situaciones al cumplimentar la herramienta PAD. Algunos ejemplos de situaciones son: insomnio, angustia, agitación, estar asustado, triste, enfadado, desconfiado, disociado o desconectado del medio...

Asimismo, se recomienda que se le facilite al paciente ejemplos de actuaciones terapéuticas que le puedan dar ideas de las cosas que le sirven y que no. Algunos ejemplos: que me dejen solo, que hablen conmigo, que me acompañen, que me den una tila, que me den medicación, que vengan mis familiares, que vengan mis amigos, dar una vuelta, fumarme un cigarro...

Al igual que en el ítem anterior, es importante tener en cuenta, y transmitírselo así al paciente, que la realización de las actuaciones preferidas por la persona pueden estar sujetas a limitaciones por razones de disponibilidad y viabilidad, e indicación del profesional. En caso de que no haya acuerdo entre la persona interesada y el profesional, se debería incluir la preferencia expresada, haciendo referencia explícita a la falta de acuerdo y a los motivos.

5) Preferencias respecto a los psiquiatras en el ingreso.

Este ítem permite al paciente indicar las preferencias respecto a qué psiquiatra/s le gustaría que le atendiesen en la planta de psiquiatría durante un ingreso y cuáles no le gustaría. Dado el régimen de trabajo por turnos de otras categorías profesionales que se ven implicadas en un ingreso hospitalario, se considera que existen más limitaciones a la hora de que el paciente pueda indicar también sus preferencias con respecto a otros profesionales distintos a los psiquiatras, y que estas preferencias puedan ser tenidas en cuenta.

Se añade un apartado donde el paciente puede incluir algunas cualidades que prefiere que el profesional que le atienda tenga, independientemente de quién sea este (por ej. el tono de voz al hablar, la manera de hacer la entrevista, aspectos del género...).

Decidir acerca del profesional que prefiere que le atienda, puede constituir un elemento de apoyo en el proceso terapéutico. **Es importante tener en cuenta, y transmitírselo así al paciente,** que las preferencias que incluye este ítem pueden estar sujetas a limitaciones por motivos de disponibilidad o viabilidad.

6) Información sobre hábitos personales.

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

Es **importante tener en cuenta, y transmitírselo así al paciente,** que existen posibles limitaciones a estas preferencias derivadas de la disponibilidad de servicios y cumplimiento de normas básicas de convivencia en un ingreso intrahospitalario.

En caso de que no haya acuerdo entre la persona interesada y el profesional, **se debe incluir la preferencia expresada, haciendo referencia explícita a la falta de acuerdo y a los motivos.**

7) Cosas que me hacen sentir bien y cosas que me hacen sentir mal.

En este ítem los pacientes pueden incluir cualquier intervención, tipo de cuidados, actividades programadas, contacto con la persona nombrada como representante... Puede incluir la mención de elementos que pueden provocar una crisis relacionada con un problema de Salud Mental, aspectos que pueden ayudar a evitar una hospitalización, reacciones habituales ante la hospitalización...

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... durante la hospitalización o estancia en los dispositivos de Salud Mental.

Algunos ejemplos para aportar en este ítem: estar solo/acompañado en la habitación de ingreso, que haya/no haya ruidos, ver la TV solo/acompañado...

8) Otras preferencias

En este apartado se pueden recoger otras preferencias que no hayan sido tenidas en cuenta a lo largo del documento, y se consideren relevantes para el paciente o el profesional (por ej. actividades que le gusta hacer en planta y le ayudan a estar tranquilo, como manualidades o juegos, escuchar música...).

9) Designación e información sobre el representante.

En este ítem se pueden dar dos casos en función de si el paciente cuenta o no con una incapacidad reconocida, teniendo un representante legal en el primer caso.

En caso de que el paciente no tenga incapacidad reconocida, y, por tanto, no cuente con un tutor legal, se recomienda a la persona firmante elegir como representante a una persona de confianza (familiar, allegado, amigo, representante del movimiento asociativo...) que conozca bien sus preferencias y valores y que tenga la capacidad para actuar en su representación en un momento en el que tenga una incapacidad transitoria para tomar decisiones relacionadas con un problema de Salud Mental.

¡Gracias por tu participación!

Documento específico de la Minirresidencia de Espartales

Consentimiento informado

PLAN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

MINI RESIDENCIA DE ESPARTALES

Información previa

¿Qué es?

El Plan de Voluntades Anticipadas en Salud Mental es un documento en el que se expresa de manera anticipada las preferencias y voluntades del residente en relación a la asistencia que le gustaría recibir por parte de los Servicios de Salud Mental en el caso de ingreso.

Estas preferencias podrán estar relacionadas con actuaciones, medicación, intervenciones terapéuticas, dieta, aseo, hábitos de sueño, de higiene...

Su función es la de salvaguardar, mediante herramientas específicas, el derecho a la toma de decisiones de manera autónoma y con libertad de las personas con trastorno mental según se recoge en la **Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad** (Naciones Unidas 13/12/2006).

En todo momento hablaremos de preferencias que serán éticamente vinculantes pero que habrán de estar supeditadas a **la Ley 3/2005 del 23 de mayo por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente, en concreto a su artículo 11 (límites de las instrucciones previas)**

1. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la lex artis, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En estos supuestos se dejará constancia razonada en la historia clínica mediante las anotaciones correspondientes. Así como se informará por escrito al paciente o a sus familiares si así lo solicitaran.

2. *Tampoco serán aplicables, y en consecuencia se tendrán por no puestas, las instrucciones relativas a las intervenciones médicas que la persona otorgante haya manifestado que desee recibir cuando resulten contraindicadas para su patología, debiendo figurar anotadas y motivadas dichas contraindicaciones en la historia clínica del paciente. Así como se informará por escrito al paciente o a sus familiares si así lo solicitaran.*

El representante

El documento permite que se designe una, o varias, personas responsables de velar por el cumplimiento de lo recogido en él, además de delimitar o repartir diferentes funciones o responsabilidades entre varios representantes.

Es por ello que el representante se constituye como una figura crucial para el cumplimiento de las voluntades del firmante, por ello se le solicitará de manera previa a su inclusión en el Plan un consentimiento informado y se le entregará una copia (total o parcial) de Plan una vez elaborado.

Firma

Con la firma de este documento acepto las condiciones y las obligaciones descritas, así como el compromiso de hacer valer lo expresado en el Plan de Voluntades Anticipadas de:.....
.....

En a de de

Firma:

Fdo:

PLAN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

MINI RESIDENCIA DE ESPARTALES

Información previa

¿Qué es?

El Plan de Voluntades Anticipadas en Salud Mental es un documento en el que se expresa de manera anticipada las preferencias y voluntades del residente en relación a la asistencia que le gustaría recibir por parte de los Servicios de Salud Mental en el caso de ingreso.

Estas preferencias podrán estar relacionadas con actuaciones, medicación, intervenciones terapéuticas, dieta, aseo, hábitos de sueño, de higiene...

Su función es la de salvaguardar, mediante herramientas específicas, el derecho a la toma de decisiones de manera autónoma y con libertad de las personas con trastorno mental según se recoge en la **Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad** (Naciones Unidas 13/12/2006).

En todo momento hablaremos de preferencias que serán éticamente vinculantes pero que habrán de estar supeditadas a **la Ley 3/2005 del 23 de mayo por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente, en concreto a su artículo 11 (límites de las instrucciones previas)**

*1. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la **lex artis**, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En estos supuestos se dejará constancia razonada en la historia clínica mediante las anotaciones correspondientes. Así como se informará por escrito al paciente o a sus familiares si así lo solicitaran.*

2. Tampoco serán aplicables, y en consecuencia se tendrán por no puestas, las instrucciones relativas a las intervenciones médicas que la persona otorgante haya manifestado que desee recibir

cuando resulten contraindicadas para su patología, debiendo figurar anotadas y motivadas dichas contraindicaciones en la historia clínica del paciente. Así como se informará por escrito al paciente o a sus familiares si así lo solicitaran.

¿Cuándo elaborarlo?

- En el momento en el que la persona lo solicite. En ese momento se ofrecerá toda la información de la que dispongamos sobre el documento, su elaboración, la función del representante, legislación y en general toda aquella información relevante para la elaboración del Plan.
- Se establece un periodo de revisión, no obligatorio, de 6 meses, pudiendo ser modificado o cancelado en cualquier otro momento si el firmante lo decidiera
- La cumplimentación del Plan requerirá que la persona se encuentre en un momento estable, tranquilo sin manifestaciones recientes de su sintomatología. Para ello el primer paso será la elaboración de una descripción lo más exhaustiva posible de síntomas previos y signos de alerta previos a una crisis

El representante

El documento permite que se designe una, o varias, personas responsables de velar por el cumplimiento de lo recogido en él, además de delimitar o repartir diferentes funciones o responsabilidades entre varios representantes.

Es por ello que el representante se constituye como una figura crucial para el cumplimiento de las voluntades del firmante, por ello se le solicitará de manera previa a su inclusión en el Plan un consentimiento informado y se le entregará una copia (total o parcial) de Plan una vez elaborado.

Protocolo

1) Datos personales:

Yo, _____ con DNI/NIE/PASAPORTE nº _____

deseo que se haga uso de este protocolo en caso de Urgencia o Ingreso Hospitalario relacionado con un problema de salud mental.

Diagnostico principal:

Diagnósticos asociados:

2) Síntomas y signos de alerta

Descripción previa **de síntomas² de desestabilización psicopatológica y signos de alerta previos a una crisis:**

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

² Ninguno de estos síntomas o signos de alerta se encuentran presentes en el momento de la elaboración ni en el momento de la firma del presente documento

3) Representante:

Deseo nombrar para que actúe como mi/s representante/s en caso de **ingreso** o **situación de incapacidad transitoria** a:

Representante	Nombre	Apellidos	Teléfono
1			
2			

Esta/s persona/s se haya/n informada/s de esta elección por lo que adjunto como anexo 1 su consentimiento informado.

4) Funciones:

En el caso de haber elegido a varias personas como representantes las funciones de cada una de ellas serán las siguientes:

Representante 1. Nombre:	
Funciones	

Representante 2. Nombre:	
Funciones	

5) Comunicación y visitas en caso de ingreso psiquiátrico:

a) De mis **compañeros de Mini Residencia**, ¿a quién quiero que se comunique mi situación?

Nombre	Apellidos	¿Quiero que me visite?

b) ¿Y de mi **Red Social** (amigos, familiares...)?

Nombre	Apellidos	¿Quiero que me visite?

c) En cuanto al **personal de la Mini Residencia**, ¿te gustaría recibir visitas de alguno de ellos?

Nombre	Apellidos

d) Deseo que las siguientes personas **NO vengan a visitarme**:

Nombre	Apellidos

6) Durante la estancia en el Hospital:

a) Hospital de referencia:

b) **¿Qué me gustaría llevarme al hospital?** Haz una lista con todo lo que quieras. (Atención: la Mini residencia no se hace responsable de estos objetos una vez estén en el hospital)

ROPA	ASEO	OBJETOS PERSONALES/ OTROS

7) Basado en la experiencia de ingresos previos:

a) Preferencias de **medicación**:

Situación (Ej. Agitación)	NO quiero recibir la siguiente medicación.	Prefiero recibir la siguiente medicación.

b) Preferencias relacionadas con **acciones terapéuticas**: deseo que **NO** se apliquen las siguientes actuaciones terapéuticas.

Medida	¿Por qué?	Alternativa

--	--	--

c) **Hábitos personales:** (ej. Higiene, sueño...). Me gustaría que se tuviese en cuenta...

d) **¿Alguna otra preferencia?:**

Firma del residente:

Firma del profesional:

Fecha de la firma