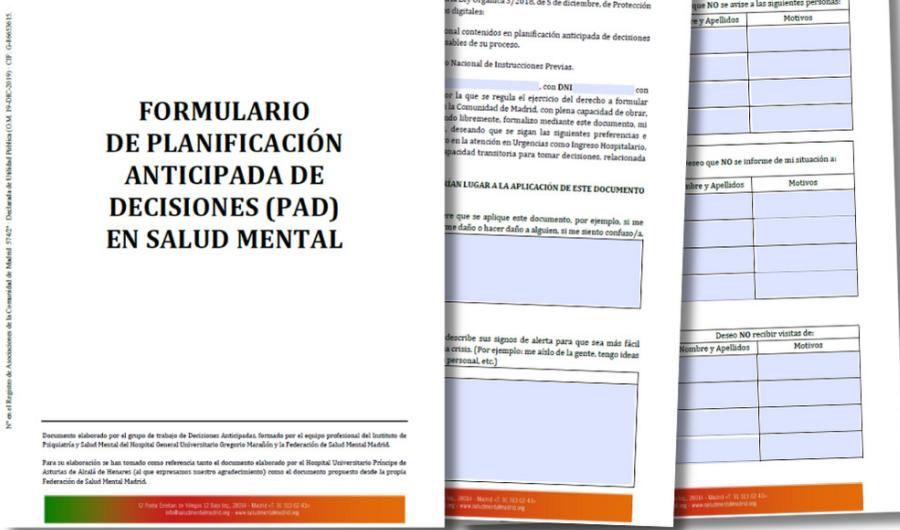




federación
SALUD MENTAL
madrid

GUÍA SOBRE **PLANIFICACIÓN ANTECEDENTE DE DECISIONES (PAD)** PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID



Publicación: Madrid. Septiembre de 2025.

Edición:



Con la colaboración de:



No está permitida la reproducción total o parcial de esta guía, ni su tratamiento informático, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del copyright. Puedes escribirnos para solicitar nuestra autorización a: info@saludmentalmadrid.org.

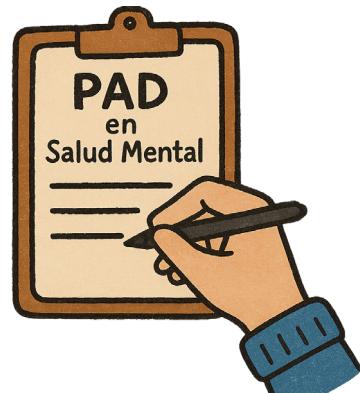
Contenido

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS DE LA PAD EN SALUD MENTAL	7
3. MARCO JURÍDICO	11
3.1 La Ley 41/2002, Convención ONU y normativa autonómica	12
3.2 Carácter vinculante de la PAD	14
3.3 Implicaciones jurídicas de los/as profesionales	16
4. LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES: QUÉ ES Y CÓMO FUNCIONA	19
4.1 Origen de la PAD	20
4.2 ¿Para qué está diseñada la PAD?	22
4.3 ¿Para quién está diseñada?	24
4.4 ¿Para cuándo está diseñada?	26
4.5 ¿Cómo ha de rellenarse?	28
4.6 ¿Es posible modificar su contenido?	33
5. DESGRANANDO EL FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES	35
6. EJEMPLOS DE SITUACIONES RELACIONADAS CON LA PAD	45
7. REGISTRO DEL FORMULARIO DE PAD Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	49
8. SI QUIERES SABER MÁS...	53
9. ANEXO - FORMULARIO PAD	55
10. REFERENCIAS INSTITUCIONALES Y NORMATIVA CITADA	64

1. INTRODUCCIÓN

LA Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental (PAD) es una herramienta innovadora centrada en la persona, que permite a quienes reciben atención en salud mental dejar por escrito sus preferencias y voluntades para eventuales situaciones de crisis en las que no puedan expresarlas directamente. Esta iniciativa responde a las directrices de las políticas de salud mental actuales como la *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026* (en concreto, en su Línea Estratégica 3, orientada a los derechos humanos y la humanización) enfatiza la necesidad de favorecer la planificación anticipada de decisiones en salud mental, de acuerdo con el artículo 12 de la *Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (CDPD). Igualmente, el *Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024* incorpora un enfoque de derechos humanos, participación de usuarios/as y lucha contra el estigma en sus líneas estratégicas, en consonancia con estas recomendaciones.

Además, desde la sociedad civil y el movimiento asociativo se impulsa esta práctica como una forma de proteger derechos. La *Confederación Salud Mental España*, en su publicación anual del “*Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en Salud Mental*”, subraya la importancia de promover las voluntades anticipadas en salud mental como medida para garantizar la capacidad jurídica de las personas con problemas de salud mental y su autonomía en la toma de decisiones. Asimismo, organismos internacionales y nacionales abogan por modelos de atención en salud mental más humanizados y centrados en la voluntad de los/as pacientes, dejando atrás prácticas paternalistas. En este contexto, la PAD se configura como una potente herramienta para materializar el enfoque de derechos humanos en la atención psiquiátrica.



El presente documento es una guía práctica dirigida a profesionales sanitarios, sociosanitarios, sociales y/o comunitarios de atención a la salud mental de la Comunidad de Madrid –incluyendo personal de hospitales, centros de salud

mental, servicios sociales, recursos sociales y/o comunitarios, asociaciones— con el fin de facilitar la comprensión e implementación de la Planificación Anticipada de Decisiones en salud mental. Se presenta con un tono formal y jurídico, pero a la vez accesible y centrado en la práctica clínica, integrando referencias normativas vigentes y ejemplos concretos. El objetivo es que el personal implicado conozca el qué, por qué y cómo de la PAD, para poder apoyar a las personas con problemas de salud mental en la elaboración de sus planes anticipados, respetando en todo momento su voluntad y preferencias. En las secciones siguientes se abordan los objetivos específicos de la PAD, su marco legal (tanto nacional como autonómico), los aspectos prácticos sobre quién, cuándo y cómo elaborarla, un desglose detallado del formulario de PAD cuya utilización se propone en la Comunidad de Madrid, ejemplos de situaciones reales donde esta herramienta entra en juego, y finalmente la accesibilidad en el sistema sanitario.

2. OBJETIVOS DE LA PAD EN SALUD MENTAL

LA Planificación Anticipada de Decisiones tiene como finalidad principal garantizar que se respeten las preferencias de la persona con problemas de salud mental en situaciones de descompensación o crisis, cuando su capacidad de decisión pueda estar comprometida. En términos generales, los objetivos fundamentales de la PAD son:

- **Preservar la autonomía y los derechos del/la paciente:** Funciona como un instrumento para proteger los derechos y la dignidad de las personas en materia de salud mental, asegurando que sus valores y decisiones previas guíen la atención que reciban. De esta manera se da cumplimiento a lo dispuesto en el art.12 de la CDPD, evitando en lo posible decisiones por sustitución ajenas a la voluntad de la persona.
- **Adaptar la asistencia a las preferencias y necesidades individuales:** La PAD permite adecuar las intervenciones terapéuticas al proyecto de vida y deseos del/la paciente, mejorando la relación clínica y la alianza terapéutica. Por ejemplo, el documento puede recoger qué tratamientos prefiere o rechaza la persona afectada, a quién autoriza como contacto en caso de ingreso, o qué medidas le resultan más confortables en una hospitalización.
- **Facilitar los procesos de toma de decisiones en momentos de crisis:** Al anticipar escenarios, la PAD ayuda al personal sanitario y a la red de apoyo a saber cómo actuar conforme a la voluntad del/la paciente cuando éste/a no pueda comunicarla. Esto brinda un marco de referencia claro para decidir intervenciones en situaciones complejas, reduciendo la improvisación y las actuaciones coercitivas no deseadas.
- **Empoderar a las personas y reducir riesgos asociados a las crisis:** El proceso de elaborar una PAD en sí mismo tiene un efecto terapéutico, ya que promueve el autoconocimiento, disminuye la ansiedad ante recaídas y combate el estigma autoimpuesto. La persona se

siente protagonista de su cuidado (empoderamiento), gana sensación de control y seguridad, y esto puede contribuir a prevenir nuevas crisis o mitigarlas.

- **Mejorar la comunicación y la confianza entre paciente, familia y profesionales:** Al quedar por escrito sus preferencias, se reducen posibles conflictos o incertidumbres entre familiares y equipo médico/profesional durante una descompensación. La PAD favorece la transparencia, la toma de decisiones compartida y la corresponsabilidad, incrementando la confianza mutua en la relación asistencial.
- **Aumentar la seguridad jurídica y ética de las actuaciones médicas:** Para los/as profesionales, contar con una PAD supone disponer de las directrices del/la propio/a paciente, lo cual otorga mayor seguridad legal y ética a la hora de tomar decisiones difíciles. Si el/la profesional sigue las instrucciones previas válidas de un/a paciente con sus facultades mermadas en ese momento, está actuando conforme a la *lex artis* y respetando la autonomía de la persona en crisis, lo que reduce el riesgo de vulnerar derechos o afrontar dilemas morales.
- **Dotar a los/as profesionales de una herramienta de trabajo que les permite facilitar su labor:** Los equipos profesionales que han aplicado el formulario PAD reportan una mejor relación con los/as pacientes incluso en contextos de urgencia, y una disminución de intervenciones coercitivas (como sujetaciones físicas o tratamientos forzados) al disponer de alternativas manifestadas de antemano. En suma, la PAD permite a los/as profesionales conocer mucho mejor qué herramientas pueden favorecer a los/as pacientes en una situación de crisis o fase temprana de alarma.

¿QUÉ ES LA PAD-SM?

La Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental es un proceso voluntario por el que una persona con problemas de salud mental puede expresar sus preferencias en caso que en el futuro no pueda decidir por sí misma.



Autonomía



Personalización



Facilita decisiones



Empoderamiento



Comunicación



Seguridad jurídica



Herramienta de trabajo profesional



En resumen, la PAD tiene un enfoque proactivo y preventivo, orientado a colocar a la persona en el centro de las decisiones sobre su tratamiento. Lejos de ser un simple documento, constituye un proceso continuo de diálogo y planificación que busca garantizar “*nada sobre mí sin mí*”, incluso en las fases en que el problema de salud mental pudiera mermar temporalmente la capacidad de decisión de la persona.

3. MARCO JURÍDICO

El uso de la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental está respaldado por un sólido marco legal que combina normativa estatal, internacional y autonómica. A continuación, se desgranan los principales fundamentos y consideraciones jurídicas:

3.1 La Ley 41/2002, Convención ONU y normativa autonómica

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, introdujo en el ordenamiento español la figura de las instrucciones previas (también conocidas como voluntades anticipadas o testamento vital). En su artículo 11, esta ley reconoce el derecho de cualquier persona mayor de edad, capaz y libre, a manifestar anticipadamente su voluntad para que se cumpla en el momento en que no pueda expresarla personalmente, en relación con los cuidados y tratamientos de su salud, o sobre el destino de su cuerpo u órganos tras el fallecimiento. La validez de dichas instrucciones se supedita a que no sean contrarias al ordenamiento jurídico ni a la buena práctica clínica (*lex artis*). Para asegurar su eficacia en todo el territorio nacional, la Ley 41/2002 instó a las Comunidades Autónomas a establecer registros oficiales donde inscribir estos documentos.

Paralelamente, en el plano internacional, España es Estado parte de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada en 2006 y en vigor desde 2008. Esta Convención supone un cambio de paradigma en la consideración legal de las personas con discapacidad (incluida la psicosocial o por problemas de salud mental), afirmando en su artículo 12 que todas las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

El artículo 12 CDPD obliga a los Estados a proporcionar los apoyos necesarios para que las personas con discapacidad puedan ejercer esa capacidad jurídica, en lugar de sustituir su voluntad. En coherencia con ello, España

I llevó a cabo el cambio de su legislación civil mediante la *Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica*, orientada a eliminar la incapacidad judicial y los regímenes de tutela, sustituyéndolos por sistemas de apoyos a la toma de decisiones conforme al modelo de la Convención. Este cambio legislativo refuerza el fundamento legal de instrumentos como la PAD, que precisamente permiten a la persona expresar por adelantado sus deseos, preferencias y valores, evitando en lo posible decisiones forzosas contrarias a su voluntad.

En el ámbito de la Comunidad de Madrid, el derecho a dejar instrucciones previas está reglado por la *Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente*, que reconoce este derecho y creó el Registro autonómico de Instrucciones Previas. Dicha ley denomina a este instrumento “*Documento de Instrucciones Previas*” (DIP) y establece los requisitos para su validez (edad adulta o menor emancipado, capacidad suficiente, forma escrita ante testigos o notario, etc.).

Posteriormente, la Comunidad de Madrid aprobó el *Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas*, desarrollado por la *Orden 2191/2006*. Este registro permite que los/as profesionales sanitarios consulten el documento en caso necesario, y está interconectado con el Registro Nacional de Instrucciones Previas creado por el *Real Decreto 124/2007*, garantizando la validez del DIP en toda España.

Es importante señalar que la PAD, al circunscribirse al ámbito de salud mental, no cuenta aún con una regulación específica por ley autonómica distinta de la legislación general de instrucciones previas. No obstante, algunas Comunidades Autónomas han comenzado a integrar la Planificación Anticipada de Decisiones en sus planes de salud mental, como por ejemplo, la Comunidad Valenciana que incluyó la PAD en su *Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020*, dentro de una línea estratégica de promoción de derechos y participación. En Madrid, la im-

plementación de la PAD se realiza en el marco de proyectos piloto en hospitales públicos, con apoyo institucional, pero siguiendo las mismas bases legales generales de autonomía del/la paciente y apoyos a la capacidad jurídica.

3.2 Carácter vinculante de la PAD

Un aspecto crucial es aclarar en qué medida obligan legalmente las disposiciones recogidas en un documento de Planificación Anticipada de Decisiones. Dado que, a diferencia del DIP general, la PAD puede adoptar formatos diversos y nacer de un proceso clínico, o una expresión de voluntad unilateral, más que de un acto formal ante testigos, conviene analizar su fuerza vinculante:

- **Valor legal y límites:** Las preferencias anticipadas y deseos expresados por un/a paciente en materia de salud mental son preferentes para los/as profesionales sanitarios/as, siempre que se ajusten a la legalidad y a la buena práctica clínica, y se dispongan de recursos suficientes. Esto significa que los/as médicos/as, y demás personal, deben tener en cuenta y respetar las preferencias manifestadas en la PAD cuando el/la paciente no pueda opinar, del mismo modo que lo harían con un testamento vital inscrito. Sin embargo, existen límites: no se ejecutarán aquellas instrucciones que contravengan el ordenamiento jurídico o las obligaciones de la *lex artis* médica (por ejemplo, la exigencia de un tratamiento no autorizado o la negativa a uno vital de urgencia), ni aquellas que no se correspondan con la situación clínica real prevista por la persona afectada. Tampoco se aplicarán peticiones de tratamientos específicos que resulten médicaamente contraindicados para la patología en ese momento, aunque sí deben quedar reflejadas en la historia clínica con la debida explicación. Asimismo, el/la profesional no podrá garantizar el cumplimiento de aquellas voluntades cuya aplicación suponga un perjuicio para otras personas, o por la existencia de recursos limitados que deben distribuirse conforme a criterios de equidad y buena práctica asistencial. En cualquier caso, el incumplimiento debe estar motivado.

- **Prevalencia sobre terceros:**

Cuando el/la paciente se encuentra con su capacidad mermada temporalmente y entra en juego su PAD, lo expresado en este documento prevalece sobre la opinión de familiares o allegados/as. La ley y la ética médica establecen que la voluntad anticipada del/la propio/a paciente es prioritaria frente a lo que terceros/as consideren que “le conviene”. Por tanto, los/as profesionales han de guiarse por la PAD, incluso si algún familiar discrepa de su contenido. Únicamente si el/la propio/a paciente, una vez recuperada su capacidad, manifiesta una decisión distinta, esta voluntad actual prevalecerá sobre lo anticipado, tal como sucede con cualquier instrucción previa (es un derecho revocable).



- **Reconocimiento como buena práctica clínica:** Desde la perspectiva jurídica, la existencia de una PAD vigente dota de seguridad a la actuación sanitaria y asistencial. Los/as profesionales que siguen las indicaciones anticipadas actúan conforme al principio de autonomía del paciente consagrado en la Ley 41/2002 y evita posibles reclamaciones por vulneración de derechos. De hecho, la *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026* aboga por desarrollar e incorporar el documento de Planificación Anticipada de Decisiones en las historias clínicas de los/as pacientes, de manera que su uso se extienda a todos los Servicios de Salud autonómicos. Esto implica un respaldo institucional a su validez y utilidad. Si bien aún no existe jurisprudencia específica sobre la PAD en Salud Mental, es previsible que en el futuro se consolide su consideración como elemento vinculante dentro de la *lex artis* psiquiátrica.

En conclusión, el contenido de la PAD es vinculante con matices: obliga en la medida en que recoge la voluntad válida del/la paciente y no ordena algo ilegal o

clínicamente inviable. Los/as profesionales deben hacer todo lo posible por cumplirlo, documentando en caso de no poder hacerlo las razones (por ejemplo, “*no administración de la medicación X por contraindicación en la situación actual, pese a constar preferencia en la PAD*”). Esto garantiza transparencia y respeto al/la paciente, conciliando la autonomía con la seguridad clínica.

3.3 Implicaciones jurídicas de los/as profesionales

La implementación de la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental conlleva para los/as profesionales una serie de implicaciones éticas y legales. Entre las principales, destacan:

- **Deber de información y apoyo:** El personal sanitario y sociosanitario que atiende a personas con problemas de salud mental tiene la responsabilidad de informar sobre la posibilidad de realizar una PAD e incluso fomentar su elaboración cuando sea pertinente. Según las buenas prácticas, el/la profesional de salud mental debe adoptar un rol de facilitador/a, proporcionando información clara, asesoramiento técnico sobre las opciones de tratamiento, y acompañamiento durante el proceso de reflexión del/la paciente. Esto implica dedicar tiempo a dialogar sobre los valores, temores y preferencias del/la paciente, ayudándole a plasmarlos en el documento. Cumple aquí el principio de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica, en línea con la Ley 8/2021 y la CDPD.
- **Respeto escrupuloso a la voluntad de la persona afectada:** En todo momento, el/la profesional debe respetar la autonomía y decisiones de la persona afectada e interesada, evitando ejercer presión o influencia indebida sobre el contenido de la PAD. El rol del/la profesional es recomendar y orientar desde su experiencia, pero nunca imponer intervenciones contra la voluntad anticipada del/la paciente. Si la persona expresa preferencias que generen desacuerdo clínico y/o terapéutico o no coincidan con la opinión del/la

facultativo/a, el/la profesional no debe descalificar ni obviar dichas preferencias, sino dialogar sobre ellas. Solo en caso de que alguna petición claramente contravenga la legalidad vigente o normas sanitarias, el/la profesional tiene la obligación de informar al/la paciente de esa incompatibilidad (por ejemplo, si alguien pidiera “*no ser ingresado/a bajo ninguna circunstancia*” ello colisiona con el deber de tratamiento involuntario en ciertos supuestos de riesgo, debiendo explicarse que legalmente no es posible garantizarlo al 100%).

- **Documentación y registro:** Es competencia del/la profesional procurar, en la medida de sus posibilidades, que la existencia de la PAD se incorpore a la historia clínica electrónica de la persona afectada, de forma visible para otros/as sanitarios/as que pudieran intervenir en una urgencia constante la existencia de la misma. Todo ello atendiendo siempre a la disponibilidad de las herramientas digitales del momento, siendo a día de hoy un campo en el que se está abriendo camino.

En Madrid, se está trabajando para poder adjuntar directamente el formulario al sistema de gestión clínica (ejemplo, HCIS o similar en el hospital). Asimismo, es importante que el/la profesional de referencia actualice las versiones del documento si la persona afectada realiza cambios, así como anotar cualquier aplicación de la PAD en el curso asistencial.

- **Cumplimiento y toma en consideración en la práctica asistencial:** Al presentarse una situación de crisis donde aplique la PAD, los/as profesionales involucrados/as (médicos/as de guardia, enfermería, etc.) tienen la responsabilidad de consultar el documento y seguir sus indicaciones en la medida de lo posible. Ignorar la existencia de una PAD o no revisarla ante un ingreso psiquiátrico sería una mala praxis. Los equipos han de integrar en sus protocolos la comprobación de si el/la paciente tiene instrucciones previas o PAD registrada. Dentro de los límites descritos (legalidad, viabilidad y recursos disponibles), lo expresado por el/la paciente en su PAD es el criterio rector de las decisiones médicas durante el estado de crisis.

- **Confidencialidad y custodia:** Al igual que el resto de la historia clínica, el contenido de la PAD está protegido por la normativa de protección de datos personales (*LO 3/2018*) y por el deber de confidencialidad. Solo el personal asistencial implicado debe acceder a él. Además, corresponde a los/as profesionales orientar al/la paciente sobre con quién compartir su documento. Muchos/as pacientes entregan copias a familiares o a su representante nombrado/a; el/la profesional debe facilitar esas copias si así lo desea el/la paciente, e incluso aconsejarle que lo comparta con quienes podrían estar presentes en una crisis (familia, cuidador/a, etc.).
- **Formación continua y buen juicio profesional:** Por último, se espera de los/as profesionales una disposición ética y de buena praxis para formarse en la planificación anticipada y en sus aspectos legales, de modo que puedan ofrecer este apoyo con rigor y sensibilidad. Esto incluye habilidades de comunicación en conversaciones difíciles, conocimientos de ética clínica y capacidad para manejar eventuales conflictos (por ejemplo, entre preferencias del/la paciente y opinión de la familia). Si surgiera una situación no contemplada en la PAD, el/la profesional deberá aplicar su buen juicio considerando los valores conocidos del/la paciente. Si surgieran dilemas, conviene documentar las decisiones y, de ser posible, consultar con el comité de ética o con colegas, siempre poniendo en primer término lo que el/la paciente hubiera querido.



En definitiva, la PAD otorga un marco claro de actuación pero también exige a los/as profesionales un compromiso activo con el modelo de atención centrada en la persona, actuando más como guías o aliados/as terapéuticos/as que como decisores/as únicos/as. Su rol legal es ser garantes de la voluntad del/la paciente y ejecutores/as de la misma, bajo el paraguas de la ley y la ética.

4.

LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES: QUÉ ES Y CÓMO FUNCIONA

EN este apartado se abordan aspectos clave sobre la naturaleza de la PAD: su origen, su propósito, a quién va dirigida, en qué momento se debe hacer, cómo se elabora y si es modificable.

4.1 Origen de la PAD

La idea de anticipar las decisiones en salud mental surge ante la necesidad de reforzar la autonomía de las personas con problemas de salud mental en contextos tradicionalmente dominados por decisiones médicas unilaterales. Tras la aprobación de la CDPD (2006), organismos de derechos humanos en España comenzaron a recomendar herramientas concretas para cumplir con el mandato de respetar la voluntad de los/as pacientes incluso en situaciones de crisis. En el año 2012, el *Informe del Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental de Andalucía* señaló la urgencia de implementar iniciativas para mejorar el respeto a la toma de decisiones autónomas y libres de las personas con diagnóstico de problemas de salud mental, especialmente en momentos de vulnerabilidad en los que su capacidad de decidir se ve limitada. Se vislumbró así que muchas prácticas (ingresos involuntarios, concenciones, tratamientos forzados) podían mitigarse o re conducirse si se conocieran de antemano las preferencias expresas de los/as propios/as pacientes.

En respuesta a ello, la *Escuela Andaluza de Salud Pública* y el *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía*, a través de su Grupo de Derechos Humanos, desarrollaron a partir de 2013-2014 una herramienta piloto de planificación anticipada. Fruto de aquel trabajo, en 2015 se publicó la primera guía de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental *Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental* (Andalucía), la cual se convirtió en referencia nacional. Este documento se concibió para recoger, de forma estructurada, las necesidades y preferencias de atención de la persona con problemas de salud mental, garantizando su derecho a decidir cuando tuviera limitada la capacidad para hacerlo en el curso de un estado de crisis. La guía andaluza fue actualizada en 2020, incorporando la experiencia acumulada y aportaciones de profesionales y pacientes, con enfoque

muy práctico para facilitar a otros/as profesionales el apoyo a los/as pacientes en este proceso.

A partir de estas experiencias pioneras, otras comunidades autónomas y entidades se han sumado. En Cataluña se han desarrollado proyectos de planes de crisis adelantados (*Plan de Decisiones Compartidas Antes de Crisis*); en Comunidad Valenciana –como se mencionó– se incluyó en su estrategia regional; y en la Comunidad de Madrid, desde la [Federación Salud Mental Madrid](#) en colaboración con el *Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón*, elaboramos en 2023 un formulario específico de PAD en Salud Mental que actualmente se está pilotando en la red hospitalaria pública de la región.

Este creciente interés responde también a la evidencia internacional: en países como Reino Unido, Canadá, Australia o EE.UU. existen desde hace años figuras semejantes (llamadas *Psychiatric Advance Directives* o *Planes de Crisis*), que han mostrado utilidad para reducir ingresos involuntarios y mejorar la satisfacción de los/as pacientes con su cuidado.

En suma, el origen de la PAD está ligado al movimiento de derechos humanos en salud mental y a la reforma de los modelos asistenciales hacia paradigmas más participativos. Surgió para dar cumplimiento a obligaciones legales (CDPD) y éticas, y se ha venido construyendo desde iniciativas de profesionales comprometidos/as y asociaciones de personas con problemas de salud mental que hicieron suyo el lema “*nada sobre nosotros/as sin nosotros/as*”. Hoy día, la PAD es reconocida como una herramienta valiosa para transformar la práctica clínica psiquiátrica hacia la plena consideración del/la paciente como sujeto de derechos y no objeto pasivo de tratamientos.

Además, este enfoque es extrapolable a otros recursos y ámbitos de apoyo, como los servicios de atención social y representación, las asociaciones de personas con experiencia propia y las familias. Todas estas figuras pueden desempeñar un papel clave en la difusión, acompañamiento y apoyo para la elaboración de la

PAD, contribuyendo a que el proceso no quede limitado al ámbito estrictamente sanitario, sino que forme parte de una red comunitaria más amplia de apoyo, acompañamiento y garantía de derechos.

4.2 ¿Para qué está diseñada la PAD?

La Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental está diseñada para preservar la voluntad del/la paciente en la atención sanitaria futura, en concreto en aquellas situaciones en que pueda perder temporalmente la capacidad de decisión (por ejemplo, una crisis psicótica aguda, un episodio maníaco con descontrol de impulsos, una depresión melancólica con negación de tratamientos, etc.). En esencia, la PAD sirve para:

- **Garantizar que se consideran y respetan las preferencias de la persona, incluso cuando esté en crisis:** Es un mecanismo para que la voz del/la paciente siga presente en la toma de decisiones clínicas, evitando o minimizando intervenciones no deseadas.
- **Planificar con antelación las actuaciones en situaciones de descompensación:** El documento orienta a los/as profesionales sobre cómo proceder de acuerdo con lo pactado previamente con el/la paciente. Esto puede incluir medidas concretas (por ejemplo, “en caso de agitación, prefiero que primero se pruebe a darme un paseo acompañado/a antes que inyectar medicación”).
- **Mejorar la calidad de la atención y la seguridad del/la paciente:** Al estar diseñadas conforme a la voluntad del/la paciente, las intervenciones tienden a ser más aceptables y menos traumáticas para él o ella, lo que aumenta la eficacia terapéutica y reduce riesgos (como oposición violenta a un tratamiento, necesidad de fuerzas de seguridad, etc.).

- **Empoderar a la persona en su proceso de recuperación:** Que el/la paciente participe en la planificación de posibles crisis tiene en sí mismo un efecto terapéutico, se siente reconocido/a y preparado/a ante eventuales recaídas. Esto puede redundar en mayor adherencia al plan de tratamiento habitual, pues sabe que sus preferencias serán consideradas en todo momento.
- **Facilitar la coordinación asistencial y social:** La PAD puede incluir nombramiento de representantes, personas de contacto, instrucciones para contextos comunitarios, etc., lo que sirve para que distintos actores (familia, servicios sociales, policía en su caso, entre otros/as) actúen alineados/as durante una crisis. En definitiva, proporciona un guión anticipado para la red de apoyo alrededor de la persona.

En términos concretos, la PAD está diseñada para responder a preguntas como: “*¿Cómo querría ser tratado/a X si volviera a tener una crisis?*”, “*¿Qué medidas prefiere evitar a toda costa?*”, “*¿A quién debemos avisar y quién no desea que esté involucrado/a?*”, “*¿Qué señales indican que empieza a empeorar y qué hacer entonces?*”, etc. Al dar respuesta a estas cuestiones por adelantado, se pretende que la atención en salud mental sea lo más personalizada, digna y respetuosa posible con cada individuo.

OBJETIVOS DE LA PAD-SM

Garantizar que se consideren y respetan las preferencias de la persona incluso cuando esté en crisis.





Planificar con antelación las actuaciones en situaciones de descompensación.



Empoderar a la persona en su proceso de recuperación.



Facilitar la coordinación asistencial y social.

4.3 ¿Para quién está diseñada?

La PAD está pensada principalmente para personas con problemas de salud mental estables, con episodios de crisis puntuales o recurrentes, o incluso para quienes teman que en algún momento puede ver comprometida su capacidad de tomar decisiones o de comunicar su voluntad. Esto incluye una variedad de situaciones clínicas como, por ejemplo:

- Personas con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos crónicos, que han experimentado episodios de psicosis aguda en los cuales perdieron el análisis de la realidad.
- Personas con trastorno bipolar que alternan fases de manía (donde pueden tener conductas impulsivas y falta de conciencia del diagnóstico) con fases depresivas.
- Pacientes con trastornos depresivos mayores recurrentes, especialmente si han llegado a ideación o intentos autolíticos que llevaron a ingresos involuntarios o tratamientos forzados.
- Personas con trastornos de la personalidad o trastornos por consumo de sustancias que hayan atravesado crisis severas con riesgo para sí o terceros/as.
- En general, cualquier paciente de salud mental que anticipa escenarios en los que podría no poder expresar su consentimiento. Incluso personas con problemas moderados que deseen dejar establecida su preferencia de tratamiento ante la eventualidad de un primer ingreso psiquiátrico, etc.

Es importante aclarar que no es una herramienta exclusiva para personas con problemas de salud mental grave, si bien quienes más se benefician suelen ser pacientes con historial de crisis, cualquier persona mayor de edad, capaz en el momento de hacerlo, puede formalizar una PAD si así lo desea. Por ejemplo, algunos/as pacientes

primerizos/as, tras ser informados/as, pueden querer elaborar un plan ante el temor a futuras intervenciones coercitivas. De igual modo, familiares de pacientes con un problema de salud mental alargado en el tiempo pueden alentarles a hacer la planificación para tranquilidad de todos/as.

En conclusión, cualquier persona que piense que puede llegar a necesitarlo, ya sea porque ha tenido una experiencia previa difícil, porque desea prevenir situaciones de vulnerabilidad, o simplemente porque quiere ejercer su derecho a decidir anticipadamente sobre su atención, está en condiciones de elaborar una PAD.

Para que sea operativa, la persona debe encontrarse en un momento en el que pueda comprender la información y anticipar las consecuencias de sus decisiones al elaborar la PAD. Por ello, suele recomendarse llevarla a cabo en fases de estabilidad clínica o de remisión, no en medio de una crisis aguda. Asimismo, en situaciones en las que existan dificultades de comprensión o necesidades de apoyo, la PAD puede realizarse empleando otros recursos como el acompañamiento de una persona facilitadora o las figuras de apoyo legalmente reconocidas. Lo fundamental es garantizar que quede reflejada la voluntad genuina de la persona.

En síntesis, la PAD está diseñada para y por la propia persona con problemas de salud mental. No es un plan que hagan los/as médicos/as o la familia unilateralmente (eso sería volver al viejo modelo paternalista), sino que debe partir del/la propio/a paciente. Su ámbito es la salud mental, complementando al documento general de voluntades anticipadas (que suele centrarse en situaciones al final de la vida o somáticas). Ambos pueden coexistir: de hecho, una misma persona podría tener un testamento vital para decisiones sobre tratamientos en caso de coma o enfermedad terminal, y además una PAD para escenarios de descompensación psiquiátrica.

En el caso de menores de edad con problemas de salud mental, la figura de la PAD formalmente no se aplica igual (ya que legalmente las instrucciones previas las otorgan mayores de edad o menores emancipados). No obstante, se pueden hacer

planes de crisis infantiles/adolescentes en colaboración con los padres o tutores, respetando en lo posible la opinión del/la menor y anticipando cómo proceder ante crisis (por ejemplo, en trastornos de conducta alimentaria, etc.).

4.4 ¿Para cuándo está diseñada?

La Planificación Anticipada de Decisiones ha de realizarse en momentos de estabilidad o, al menos, de suficiente lucidez de la persona, nunca en medio de una crisis aguda. Se recomienda que el proceso se inicie “en frío”, es decir, cuando la persona se encuentre en un buen momento para reflexionar sobre su situación y su futuro, recomendablemente y en el caso que así lo desee, con el apoyo y/o acompañamiento del/la profesional de referencia en quien más confíe. Idealmente, debería estar asintomática o con síntomas leves/moderados y plenamente consciente de su situación.

Aunque la persona puede elaborar su PAD de manera autónoma y sin compañía, se sugiere que, en la medida de lo posible, cuente con el apoyo de algún familiar o profesional para resolver dudas, facilitar la reflexión y acompañar en todo lo que necesite. Este acompañamiento no es obligatorio, pero puede enriquecer el proceso y reforzar la seguridad en la toma de decisiones.

No existe un “tiempo perfecto” universal para elaborar una PAD b, ya que dependerá de cada individuo. Algunos momentos propicios pueden ser:

- **Tras la recuperación de una crisis:** Aprovechar el período post-crítico (por ejemplo, alta hospitalaria reciente) cuando el recuerdo de lo vivido aún está presente, pero la persona ya está tranquilo/a para conversar sobre qué funcionó y qué no, qué hubiera preferido distinto, etc. Muchas PAD se elaboran en las semanas o meses siguientes a un ingreso involuntario o una intervención coercitiva, como parte del plan de alta y prevención de recaídas.

- **Durante fases tempranas del diagnóstico:** En trastornos que se anticipan de curso largo (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.), los/as profesionales pueden plantear la PAD tras el primer episodio superado, como preparación para el futuro. Siempre con tacto, explicando que es una forma de tomar las riendas y no esperando a que otros/as decidan.
- **En seguimiento ambulatorio estable:** Pacientes que llevan años en tratamiento, relativamente estables, pueden mostrar interés en planificar por escrito lo que querrían en caso de un empeoramiento. Aquí a veces surge por iniciativa del/la paciente (por ejemplo, “doctor/a, me da miedo perder el control otra vez, ¿podemos dejar algo acordado?”) o del/la profesional como sugerencia.
- **Ante cambios vitales significativos:** Por ejemplo, si un/a paciente va a mudarse de ciudad (y teme la atención en un nuevo centro), o si alcanza la mayoría de edad saliendo de salud mental infanto-juvenil, etc., puede ser un buen punto para formalizar un plan anticipado.

- **Nunca en situación de urgencia o de juicio nublado:** Esto hay que recalcarlo. Si la persona está atravesando delirios, confusión severa, manía desbordada, intoxicación, etc., no es el momento de hacer la PAD. Las decisiones tomadas así carecerían de valor real y ético, pues no hay plena capacidad. Se debe esperar a la recuperación.



Una vez elaborado, la PAD debería ser revisada periódicamente. No es un documento estático válido “para siempre” sin cambios. Se aconseja revisarlo ante cualquier evento relevante: si ocurre una nueva crisis, si hay un cambio importante en el estado de salud, si el/la paciente modifica su visión (por ejemplo, tras probar un nuevo tratamiento o terapia), o simplemente con cierta periodicidad (anualmente, por ejemplo). La revisión permite actualizar preferencias y asegurar que el plan sigue reflejando los deseos actuales.

En resumen, la PAD está pensada “*por si acaso, antes de que haga falta*”. Es como un seguro: ojalá no se necesite aplicar, pero en caso de necesidad, estará ahí. Por eso es crucial hacerlo con tiempo, sin presión y con claridad. Este carácter anticipatorio es su esencia, de poco serviría intentar confeccionarla en pleno caos de una urgencia psiquiátrica. La anticipación es la clave del éxito de esta herramienta.

4.5 ¿Cómo ha de llenarse?

La elaboración de una PAD puede ser un proceso colaborativo si así lo desea el/la paciente. No se trata simplemente de que el/la paciente rellene un formulario de manera aislada, ni de que el/la profesional dirija las respuestas si se le ha pedido apoyo: en tal caso deberá ser un diálogo continuo entre ambos, posiblemente a lo largo de varias sesiones. A grandes rasgos, el proceso para “rellenar” o desarrollar una PAD puede incluir alguno de los siguientes pasos:

- I. Información previa:** En caso de que el/la paciente acuda interesándose por esta cuestión, o bien porque el/la profesional estime que pudiera ser beneficioso para él o ella, se le debería hacer una introducción del tema explicando qué es la Planificación Anticipada de Decisiones, para qué sirve, y ofreciendo material informativo si está disponible (folletos, guías de lectura, etc.). Es importante resolver todas las dudas iniciales del/la paciente (y familia si procede) y recalcar que es voluntario: se hace si él o ella quiere, y que puede desistir en cualquier momento.

2. **Reflexión personal del/la paciente:** Se anima a la persona a pensar sobre distintas situaciones y preferencias. Puede ser útil proporcionarle un borrador o formulario en blanco para que lo lleve a casa, lo lea y reflexione. En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, el formulario PAD está disponible para descarga en la web de la Federación Salud Mental Madrid (www.salud-mentalmadrid.org), de modo que la persona pueda revisarlo con calma. Se recomienda que el/la paciente hable también con sus allegados/as de confianza sobre el tema, si lo desea, para recoger sus inquietudes.
3. **Diálogo estructurado entre paciente y profesional:** Si se ha solicitado por parte del/la paciente el acompañamiento y guía de un/a profesional (psiquiatra, psicólogo/a clínico/a, enfermero/a gestor de casos, enfermero/a especialista en salud mental, trabajador/a social, según corresponda), se van abordando punto por punto las secciones de la PAD, o bien aquellas áreas para las que haya sido consultado/a.

El/la profesional aporta su conocimiento (por ejemplo, explicando qué implica rechazar cierto tratamiento, qué alternativas existen, qué recursos hay en crisis, etc.) y el/la paciente expresa sus valores y deseos. En este caso, es un intercambio: el/la profesional orienta y asegura que las decisiones anticipadas sean realistas, y el/la paciente decide qué quiere dejar escrito. Por ejemplo, si el/la paciente dice “*no quiero medicación nunca*”, el/la profesional explicará situaciones extremas donde podría ser imprescindible, buscando un acuerdo razonable (quizá limitar ciertas medicaciones pero aceptar otras).

4. **Incorporación de apoyos y representantes:** Si el/la paciente lo desea, pueden involucrarse en las conversaciones y/o elaboración de la PAD otras personas de apoyo tales como familiares, pareja, algún/a amigo/a, un/a representante de una asociación, etc. Especialmente importante es identificar y nombrar (si así se quiere) a un/a representante para la PAD: una persona de confianza que actúe de interlocutor/a y defensor/a de las preferencias del/

la paciente en caso de que éste/a no pueda temporalmente manifestar sus voluntades por sí mismo/a. Rellenar la sección de representante implica hablar con esa persona, en la medida de lo posible, asegurarse de que conoce su rol y que llegaría a aceptar la responsabilidad.

5. **Redacción del documento:** Se llenan las secciones concretas del formulario con las indicaciones de la persona interesada. Algunas lo escribirán por sí mismas a mano (con letra legible) o en ordenador, y luego lo podrían llevar al/la profesional para repasar y solicitar apoyo; otras pudieran preferir que el/la profesional les apoye en la redacción y/o traslado de información al documento, no es una obligación del/la profesional pero el formulario se encuentra editable en su versión digital para facilitar su uso como herramienta. Lo más importante será que el documento sea legible para la mayoría de las personas.

No importa el método, mientras refleje fielmente lo que el/la paciente desea. Es válido también dejar partes en blanco si el/la paciente no tiene preferencia en algún tema.

6. **Revisión conjunta y firma:** Una vez completado el formulario PAD, si el/la paciente así lo quiere, se puede repasar punto por punto con el/la profesional de referencia para confirmar que todo está claro (sin ambigüedades ni contradicciones) y conforme al/la paciente, habida cuenta de que en muchas ocasiones puede transcurrir cierto tiempo desde que se comienza a redactar hasta que se concluye.

Tras los ajustes finales, se procede a la firma del documento por el/la paciente. No se requieren testigos legales ni notario para la validez clínica, aunque sí en un futuro fuese posible y se pudiera elevar al registro oficial de instrucciones previas, entonces sí habría que cumplir esas formalidades de la Ley 3/2005 (por ejemplo, tres testigos o trámite notarial).

7. **Registro y distribución:** El/la profesional procurará registrar, si es posible, la existencia de la PAD en la historia clínica del/la paciente y, se recomienda que guarde una copia en la misma. Igualmente se recomienda al/la paciente hacer copias adicionales para sí mismo/a y para las personas claves: su representante, familiares cercanos/as, etc., de modo que todos/as sepan qué hacer llegado el caso.
8. **Actualizaciones:** Como se indicó, llenar la PAD no es el fin del camino. Se recomienda futuras revisiones tanto por parte de la propia persona interesada como por sugerencia del/la profesional (por ejemplo, preguntar cada cierto tiempo si desea cambiar algo, sobre todo tras un ingreso involuntario). La vida cambia y las preferencias también, por lo que las personas tienen el derecho de modificar, actualizar o anular el documento PAD siempre que lo desee o consideres oportuno.

Cualquier modificación o anulación que el/la paciente quiera hacer es factible en todo momento, pues la PAD es un proceso dinámico: basta con comunicarlo, llenar uno nuevo o tachar lo anterior y firmar la nueva versión.

Vale la pena destacar que “rellenar” una PAD no debe verse como un trámite burocrático, sino como un proceso terapéutico en sí mismo. Muchos/as pacientes refieren que el simple hecho de reflexionar y/o conversar abiertamente sobre sus miedos de tratamiento y sus preferencias les hace sentir más tranquilos/as y respetados/as, aunque luego puede que nunca llegue a usarse el documento. Por ello, en caso de que se solicite el acompañamiento y apoyo profesional, la actitud del/la mismo/a debe ser empática, paciente y de escucha activa, sin generar presión a que el/la paciente rellene el formulario de manera apresurada. Cada persona puede tardar tiempos diferentes en completar su planificación (desde un par de sesiones hasta varias semanas), contando con que es posible que algunas partes se queden en blanco.

Pasos para cumplimentar una PAD-SM

- 1 Estar en situación clínica estable 
- 2 Reflexionar sobre las futuras situaciones y preferencias 
- 3 Seleccionar apoyos y figura de representación 
- 4 Redactar el documento 
- 5 Revisar, datar y firmar el documento 
- 6 Registrar y distribuir 
- 7 Actualizaciones periódicas 

4.6 ¿Es posible modificar su contenido?

Sí. La Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental no es algo rígido ni inamovible, sino que se concibe como un proceso continuo que puede y debe ajustarse con el tiempo según la evolución de la persona. La normativa y las buenas prácticas reconocen el derecho del/la paciente a modificar, actualizar o incluso anular su PAD en cualquier momento, siempre que conserve la capacidad para ello. Esto es similar a la figura del testamento vital: la planificación anticipada de decisiones no es definitiva, sino expresión de la voluntad en un momento dado, que el/la propio/a otorgante puede revocar o cambiar posteriormente.

Algunas consideraciones respecto a las modificaciones:

- **Procedimiento de modificación:** Si un/a paciente desea cambiar algo de su PAD, lo ideal es generar un nuevo documento completo que refleje los cambios, volviendo a firmarlo. Se debería archivar el antiguo pero marcándolo como anulado, para evitar confusión, y registrar la nueva versión en la historia clínica. Si son cambios menores, podría añadirse un anexo o nota firmada, pero es más claro rehacer el formulario. En cualquier caso, el/la profesional debe asegurarse de documentar la modificación (fecha, motivo si se quiere consignar, etc.).
- **Frecuencia de revisión:** A las personas con problemas de salud mental se les recomienda revisar la PAD periódicamente, al menos una vez al año o antes si hubo eventos relevantes (nueva crisis, ingreso involuntario, cambio importante de tratamiento, variación en las circunstancias vitales, etc.), por ello puede resultar beneficioso si el/la profesional anima al/a paciente revisar su PAD transcurrido cierto tiempo. Muchos/as pacientes, tras vivir una segunda crisis, entienden mejor qué les ayudó y qué no, y pueden querer afinar sus instrucciones.
- **Anulación total:** El/la paciente puede decidir que ya no desea tener una PAD (por ejemplo, porque desconfía del uso que se le dé, o porque su situación cambió radicalmente). En tal caso, se registra su voluntad de anularla. Si en el futuro la PAD se hubiese podido registrar en el Registro de Instrucciones previas porque la legislación así lo permitiese, es importante recordar que se gestione su revocación. Si solo estaba en la historia clínica, bastaría con anotarlo claramente (aunque por prudencia se podría conservar el documento antiguo en historia pero marcado como “*anulado por deseo della paciente en fecha X*”).



- **Persistencia de la última versión válida:** Es importante que tanto paciente como profesionales tengan claro que solo la versión más reciente firmada de la PAD es la válida. Las anteriores quedan obsoletas. Por ello, hay que evitar que circulen copias antiguas que podrían llevar a equívoco, conviene informar a quienes tuvieran copia (familia, representante, etc.) de que hay cambios, y darles la nueva copia.
- **En caso de duda interpretativa:** Si la persona no ha tenido oportunidad de actualizar y ocurre algo no contemplado, los/as profesionales y allegados/as deberán interpretar de buena fe el documento existente, procurando ajustarse al espíritu de las preferencias conocidas. Pero esto se aleja ya del terreno formal, lo formalmente preferente es lo escrito. De ahí la importancia de mantenerlo actualizado.

En resumen, la PAD es flexible y revisable. Lejos de restarle valor, esto es una fortaleza, pues permite acompañar el proceso vital del/la paciente. Las preferencias de alguien pueden cambiar con la experiencia (por ejemplo, inicialmente se oponía a todo ingreso, pero tras uno en buenas condiciones ya no lo ve tan mal; o al revés, pensaba que cierta medicación le iba bien y luego la rechaza). La Planificación Anticipada de Decisiones debe adaptarse a esos cambios para seguir siendo fiel reflejo de la voluntad actual. El lema podría ser: “*Mientras la persona tenga voz, la última palabra es suya*”. Solo cuando ya no pueda expresarse, regirá lo que dejó dicho por escrito hasta la última vez.

5.

DESGRANANDO EL FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES

En la Comunidad de Madrid, el formulario piloto de PAD lo hemos desarrollado desde la *Federación Salud Mental Madrid*, en colaboración con el *Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón*, aunque cada vez son más los hospitales públicos que se están uniendo a esta iniciativa. El mismo ha sido fruto de una reflexión colectiva, junto con la participación del *Comité Madrileño Pro Salud Mental en Primera Persona* y las personas que componen las asociaciones que agrupa la Federación, y recoge las vicisitudes y los problemas que se han encontrado en una planta de psiquiatría en aras de que se respete la voluntad de las personas con problemas de salud mental. Es un documento estructurado en varias secciones clave.

A continuación, explicamos qué apartados suele contener un formulario de PAD y qué tipo de información se recoge en cada uno, ilustrándolo con el modelo madrileño como referencia y que se puede consultar como anexo a esta guía o en la página web de la Federación.

En general, un formulario de PAD se inicia con los datos identificativos de la persona (nombre y DNI/NIE) y una declaración de intenciones. En el modelo de Madrid, por ejemplo, el encabezado incluye una frase donde la persona declara que, tras un proceso de reflexión, formaliza este documento de planificación anticipada de decisiones en salud mental, para que se respeten sus preferencias conforme a la Ley. También se suele hacer referencia a la normativa (Ley 3/2005 en Madrid) para darle respaldo legal. A partir de ahí, las secciones de este formulario son:

- I. Situaciones y circunstancias que darían lugar a la aplicación de este documento (PAD-SM):** Aquí la persona describe qué circunstancias o síntomas desencadenantes indicarían que debe ponerse en marcha lo previsto en el documento. Es decir, define el umbral a partir del cual considera que no puede decidir con plena conciencia, ya sea en un supuesto de ingreso involuntario, en un estadio temprano de crisis o cuando lo ha establecido la persona afectada. Por ejemplo: “Aplica si estoy tan alterado/a que intento hacer daño o no reconozco a mi familia”, “si tengo alucinaciones intensas durante

más de 2 días”, “si dejo de hablar y comer por mi depresión”, etc. Esto orienta a los/as profesionales y allegados/as sobre cuándo usar la PAD. También puede incluir señales precoces de recaída que la persona identifica en sí misma.

2. **Signos de alerta y síntomas:** Relacionado con lo anterior, este espacio está dedicado para que la persona liste sus síntomas iniciales de crisis o factores desencadenantes conocidos, y qué hacer en esas primeras fases. Por ejemplo: “*Cuando empiezo a no dormir más de 2 horas, me aísllo en mi cuarto y digo incoherencias*”. Junto a cada signo de alerta, a veces el/la paciente indica acciones concretas: “*Avisar a mi psiquiatra si ocurre esto*”, “*Aumentar dosis de tal medicación si empiezo con insomnio más de 3 noches*”, etc.

Esta sección es valiosa para actuar tempranamente, ya que supone un ejercicio previo de conocimiento por parte del/a paciente, así como de diagnóstico temprano para los/as profesionales, familia y amistades.

3. **Personas a las que avisar o no, si estoy en el hospital:** En este apartado el/la paciente especifica qué personas desea que sean avisadas, informadas o involucradas en caso de ingreso, tanto voluntario como involuntario, y a quiénes preferiría excluir. Puede incluir familiares, amigos/as, vecinos/as, profesionales de referencia, etc. Por ejemplo, anotar “*Avisar a mi hermana (incluyendo nombre completo y teléfono). No avisar a mi padre (prefiero que no se entere porque me pone nervioso/a)*”.

La posibilidad de señalar a qué personas se debe avisar y a cuáles se debe excluir resulta fundamental, ya que algunas personas pueden querer proteger su intimidad y confidencialidad evitando que familiares, exparejas u otros allegados/as conozcan información sensible sobre su salud; en otros casos, las experiencias previas con vínculos conflictivos o dañinos han demostrado que la intervención de ciertas personas puede generar malestar, empeorar el motivo de ingreso o no respetar la voluntad de la persona afectada; además, excluir a quienes puedan ejercer presión, desautorizar o desvalorizar

a la persona en un momento vulnerable contribuye a garantizar un entorno seguro y de acompañamiento respetuoso.

Este apartado es clave porque refuerza el derecho a la autonomía y a la intimidad reconocido en la Ley 41/2002 de autonomía del paciente y en la normativa de protección de datos, proporciona seguridad al equipo asistencial al delimitar con claridad a quién informar y a quién no, evitando conflictos, y permite priorizar la verdadera red de apoyo de la persona, optimizando los recursos emocionales y prácticos durante la hospitalización.

4. **Visitas y Llamadas:** El formulario incluye un espacio para detallar preferencias relacionadas con la comunicación durante la aplicación del formulario. Por ejemplo: “Deseo poder tener contacto telefónico con X (incluyendo nombre completo y teléfono)”, “No quiero que me visiten en el hospital tales personas porque me alteran”.
5. **Actuaciones que me hacen “sentir mal” o “sentir bien”:** Este apartado del formulario busca recoger de manera explícita aquellas intervenciones, conductas o formas de trato que la persona identifica como negativas o positivas en su experiencia de atención en salud mental. Su objetivo es humanizar la práctica clínica, ofreciendo a los/as profesionales información concreta para evitar actuaciones dañinas y reforzar aquellas que favorecen el bienestar y la recuperación.

Las personas con problemas de salud mental suelen tener un conocimiento profundo de lo que les alivia o les resulta perjudicial en estos momentos de vulnerabilidad. Expresarlo en la PAD permite prevenir la repetición de experiencias traumáticas y orientar al equipo profesional hacia intervenciones más respetuosas.

Ejemplos de lo que puede incluirse como actuaciones que hacen “sentir mal” son: “ser sujetado/a físicamente, recibir medicación sin consentimiento o

sin comunicación clara, la falta de escucha activa, el trato infantilizante, las visitas restringidas o un ambiente hostil en la unidad”.

Por el contrario, actuaciones que hacen “sentir bien” pueden ser: “*recibir información comprensible antes de cualquier procedimiento, que se respete la necesidad de privacidad, poder mantener contacto con una persona de confianza, tener acceso a objetos de autocuidado (música, escritura, lectura), contar con un trato cercano y empático del personal o disponer de espacios tranquilos*”.

En caso de que el/la paciente solicite el apoyo del/la profesional para llenar la PAD, lo clave en esta sección será:

- Favorecer la reflexión de la persona sobre experiencias pasadas (positivas y negativas) para que pueda plasmarlas en el documento.
- Validar la importancia clínica de estas percepciones, reconociendo que son un insumo valioso para mejorar la alianza terapéutica.
- Registrar de manera clara y específica las actuaciones señaladas, evitando en la medida de lo posible generalizaciones vagas (“*me gusta que me traten bien*”) y fomentando ejemplos concretos que puedan guiar la práctica asistencial.

En definitiva, este punto aporta una visión personalizada del cuidado, que permite ajustar las intervenciones no solo a criterios médicos, sino también a las vivencias, preferencias y necesidades emocionales de la persona, reforzando así la calidad y humanidad de la atención.

6. Preferencias en la medicación: Este es uno de los núcleos de la PAD. La persona puede indicar qué tratamientos médicos o intervenciones prefiere o rechaza. Es decir, listar fármacos que le han sentado bien en el pasado y estaría de acuerdo en que se usen, y aquellos que no tolera o no quiere (por

efectos secundarios u otras razones). Por ejemplo: “*Medicaciones preferidas: Diazepam, porque me ayuda a dormir. Medicación a evitar: Haloperidol, porque me provoca acatisia insoportable*”. También si tiene preferencias sobre dosis (por ejemplo, “*Usar la mínima dosis eficaz de antipsicótico, evitar dosis altas si es posible*”).

Es aconsejable que se indique el motivo de su aplicación o rechazo, ya que ayuda a los/as profesionales a entender mejor el porqué de ese deseo, evitando así prejuicios que pudieran hacer pensar que son caprichos del/la paciente.

En cualquier caso, este apartado está sujeto especialmente a *lex artis*, pues será el personal clínico quien determine la medicación suministrada, su duración y dosis, siendo recomendable buscar alternativas atendiendo a lo solicitado/a por el/la paciente y el abanico de farmacología disponible.

7. Preferencias relacionadas con actuaciones terapéuticas y uso de medidas coercitivas en el ámbito de la salud mental: En esta sección, el formulario incluye a título ejemplificativo una cuadrícula dividida por columnas que puedan ser de ayuda al/la paciente para llenar su PAD, dividiendo el bloque en: situación, qué me ayuda, qué no me ayuda.

Este apartado es, quizás, uno de los más importantes a nivel sociosanitario, puesto que se aleja de la relación clínica y ahonda en los deseos y miedos de la persona. El/la paciente puede expresar cómo prefiere manejar situaciones extremas. Por ejemplo: “*Prefiero que intenten técnicas de desescalada verbal y la presencia de un familiar antes que proceder a atarme*”, o “*No deseo contención mecánica bajo ningún concepto, salvo que sea la única forma de salvar mi vida o la de otros*”.

También puede dejar indicado si aceptaría o no procedimientos como terapia electroconvulsiva de urgencia, ingreso involuntario, etc., en caso nece-

sario. Obviamente, los/as profesionales tendrán que valorar cada situación, pero esta guía de preferencias es fundamental para evitar daños. Muchos/as pacientes plantean alternativas: “*Si me pongo agresivo/a, por favor utilicen medicación intramuscular y no me aten, a menos que sea absolutamente imprescindible*”.

Por ejemplo, si la persona cree que en el momento de descompensación le ayuda la terapia ocupacional, la presencia de su mascota, técnicas de respiración, etc., puede anotarlo. Todo aquello que ayude a su estabilización según su experiencia es útil consignarlo.

8. **Preferencias respecto a los/las profesionales:** Algunas personas tienen particularidades en su interacción con profesionales. Este apartado permite indicar, por ejemplo: “*Prefiero ser atendido/a por personal femenino*”, o “*Me siento más cómodo/a con la psiquiatra X, si está disponible*”. Otras indicaciones pueden ser: “*Que me hablen con frases sencillas cuando estoy mal*”, “*No soporto que me den órdenes de mala manera, necesito que me expliquen tranquilo*”.

En esencia, cómo quiere ser tratado/a el/la paciente por el equipo terapéutico. En el formulario se sugiere anotar si prefiere algún/a profesional concreto/a o características del trato (ejemplo: que le tuteen o no, que le informen de todo aunque esté agitado/a, etc.).

Además, al igual que ocurre en otros apartados, se recomienda consignar los motivos de la preferencia para ayudar al resto de profesionales a entender el origen de la preferencia, evitando nuevamente prejuicios sobre posibles deseos injustificados de los/as pacientes. En cualquier caso, dependerá de los medios disponibles en ese momento.

9. **Hábitos personales:** Dado que durante una crisis o ingreso muchas rutinas se ven interrumpidas, es útil saber si la persona tiene hábitos importantes que le gustaría mantener o costumbres que respetar. Por ejemplo: “*Tengo*

que *dormir con la luz apagada completamente*”, o “*Soy vegetariano/a, por favor que lo tenga en cuenta el comedor*”, “*Necesito hacer ejercicio diariamente, permítanme salir al patio cuando pueda*”. También puede incluir aspectos religiosos o culturales (por ejemplo, “*rezo todas las noches, quisiera tener mi biblia en el hospital*”). Estos detalles ayudan a humanizar el cuidado y que el/la paciente no se sienta anulado/a en su identidad.

10. Otras preferencias: Finalmente, se ha creado un apartado libre para cualquier otra preferencia no incluida en los puntos anteriores. Aquí cada persona puede añadir peticiones diversas. Por ejemplo: “*Si mi estado es muy grave, preferiría ser derivado a tal hospital donde me trajeron bien*”, o “*No quiero estudiantes de medicina en mis evaluaciones porque me pongo nervioso/a*”, o incluso disposiciones post-crisis (“*Al salir de alta, por favor informarme detalladamente de todo lo sucedido porque me siento más seguro/a*”).

Cualquier cosa que el/la paciente considere relevante para su dignidad y bienestar puede reflejarse, siendo recomendable motivar la disposición.

11. Designación de representante: En algunos formularios esto se integra al principio, en otros al final. Es fundamental poner nombre, apellidos, DNI y contacto (número de teléfono y correo electrónico) de la persona que actuará como su representante. Este/a representante no toma decisiones médicas por sí solo/a, pero defiende y comunica la voluntad del/la paciente ante los/as profesionales cuando éste/a no pueda. Básicamente, sirve de “voz” de lo que dice la PAD y del espíritu de las preferencias de la persona.

Es recomendable que el/la paciente haya informado previamente a la persona que designa como representante, en la medida en la que idealmente deberá ser una persona que, llegado el caso, esté dispuesto/a a asumir el cargo. Evitando así que la PAD recaiga sobre amistades, profesionales o familiares que no desean libremente acompañar en este proceso.

12. Otras observaciones: Nuevamente, el formulario proporciona un área de libre expresión para el/la paciente, puesto que la idea es que no sea un documento rígido que implique circunstancias tasadas e inamovibles.

Por ejemplo, se podría indicar ¿quién cuida de su mascota si es ingresado/a de urgencia?, ¿qué hacer con su piso si vive solo/a durante un ingreso prolongado?. Estos detalles prácticos no siempre se cubren en el formulario sanitario, pero son valiosos en la vida real y hacen parte de una planificación integral.

Puede ser una casilla que complemente a alguna otra, puede dejarse en blanco, o incluso introducir cuestiones no previstas por el propio formulario.

13. Lugar, fecha y firma: Al cierre del documento se consigna el lugar y la fecha, pues como vimos es importante para determinar su vigencia y si ese formulario es el más actualizado, lo que conllevaría la revocación de una eventual PAD anterior. También se requieren las firmas del/la paciente (otor-gante), así como la del/la representante designado/a cuando se le hace entrega del documento.

Cabe señalar que, aunque haya un formato establecido, no todas las secciones son obligatorias. El/la paciente puede dejar vacía cualquier parte que no se aplique o sobre la que prefiere no concretar. Por ejemplo, si no le importa qué profesio-nal le atienda, puede omitir esa sección. La PAD debe adaptarse a cada individuo; algunos/as harán un documento muy detallado, y otros/as sólo expresarán 2 o 3 cosas que les importan. Lo esencial es que refleje sus deseos genuinos en aquellos aspectos que considere críticos.

En conclusión, desgranar el formulario de PAD es ver que abarca todas las fa-cetas de la atención en crisis de salud mental: desde lo clínico (síntomas, tratamien-tos) hasta lo personal (afectos, entorno, costumbres). Es un traje a medida para el/ la paciente, por escrito. Un formulario bien cumplimentado ofrece a cualquier pro-

fesional que lo lea una “fotografía” bastante completa de cómo brindar los cuidados de manera que respeten la individualidad de esa persona. En la sección siguiente veremos ejemplos de cómo esto se aplica en la práctica con casos concretos.

6. EJEMPLOS DE SITUACIONES RELACIONADAS CON LA PAD

PARA ilustrar la utilidad de la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental, a continuación, describimos brevemente algunos escenarios basados en situaciones reales (inspirados en casos recopilados en guías, buenas prácticas y experiencias clínicas):

Ejemplo 1: Ingreso con aplicación de la PAD

Laura, una mujer de 32 años con un historial de episodios psicóticos, elaboró su PAD con apoyo de su psicóloga. En ella reflejó los síntomas de alarma que suele presentar —mutismo, ideas delirantes, rechazo de comida— y detalló qué intervenciones le resultaban más dañinas y cuáles le ayudaban (escuchar música, pintar mandalas, evitar televisión con noticias). Durante un ingreso posterior, el equipo del hospital aplicó su PAD: restringieron el acceso a noticias, autorizaron visitas únicamente de las personas designadas y facilitaron cuadernos de dibujo. La hospitalización duró menos que las anteriores y Laura refirió sentirse respetada y comprendida, pues percibió que “*el documento habló por ella*” cuando no podía expresarse.

Ejemplo 2: Superación de resistencias profesionales

Tomás, de 47 años, pidió junto a su pareja elaborar una PAD tras escuchar hablar de este recurso en una asociación. Al principio, su psiquiatra se mostró reacia, pero accedió a explorar la herramienta. Durante el proceso, Tomás expresó miedos específicos: “*me angustia quedarme aislado sin que nadie me hable*” y “*me ayuda mucho si me acompañan en las primeras horas de agitación*”. La profesional comprendió que eran peticiones razonables y fáciles de aplicar. La experiencia le permitió ver que la PAD no resta tiempo, sino que previene conflictos y mejora la confianza mutua.

Ejemplo 3: Prevención tras una tentativa autolítica

Sofía, de 29 años, fue ingresada tras un intento de suicidio. En su PAD reflexó que no quería volver a experimentar la sensación de humillación por el control excesivo, aunque aceptaba medidas de protección siempre que se aplicaran con dignidad (como supervisión discreta, uso de su propia ropa en lugar de camisón hospitalario y acceso a actividades de relajación). Cuando meses después tuvo ideación autolítica y solicitó ayuda, el equipo aplicó lo pactado: mantuvieron la vigilancia sin invadir su intimidad y respetaron su autonomía. Gracias a ello, Sofía afrontó la crisis de forma más segura y colaborativa.

Ejemplo 4: Función del/la representante y respeto a las preferencias indicadas del/la paciente

Raúl, de 40 años, había sufrido experiencias traumáticas de contención física en hospitalizaciones previas. En su PAD designó a su hermana como representante de confianza y dejó escrito que prefería sedación farmacológica antes que ser atado. Cuando sufrió una nueva descompensación, la hermana presentó el documento y el equipo respetó las indicaciones, evitando la contención mecánica. Aunque el padre de Raúl insistía en “*atarlo por seguridad*”, prevaleció la voluntad anticipada recogida en la PAD, lo que permitió reducir la tensión familiar y preservar los derechos del afectado.

Ejemplo 5: Decisiones sobre medicación y continuidad de tratamiento

Daniela, de 36 años, llevaba tiempo incómoda con un antipsicótico que le generaba efectos secundarios. En su PAD especificó que, si volvía a entrar en un supuesto de crisis, prefería probar un fármaco alternativo que ya le habían propuesto y que le resultaba más tolerable. Durante un episodio

de descompensación, el equipo revisó el documento y, dentro de lo clínicamente posible, aplicó su preferencia. La respuesta fue positiva y Daniela, tras recuperarse, reconoció que su voluntad fue tenida en cuenta en un momento en el que ella misma no podía decidir.

Estos casos ilustran diversas situaciones, desde las resistencias iniciales, el uso tras experiencias traumáticas, hasta ejemplos específicos sobre representantes, contenciones o medicación. En todos ellos se observa un denominador común, la PAD fue útil para orientar la atención conforme a la voluntad de la persona, mejorando la vivencia del proceso tanto para el/la paciente como para los/as profesionales implicados/as.

También es importante señalar que no todas las historias son perfectas: puede haber casos donde, aun habiendo PAD, surgen circunstancias imprevistas. Por ejemplo, un/a paciente que en su PAD rechace categóricamente un ingreso, pero luego su estado es tan grave que facultativa y legalmente se requiere su ingreso; en esa situación, lo ideal es que los/as profesionales intenten minimizar el impacto (por ejemplo, ingresarle pero en la sala acordada, con las condiciones que pidió en lo posible). La PAD no es una varita mágica que elimine todas las intervenciones no deseadas, pero sí un faro que guía y en muchos casos permite soluciones creativas para respetar la voluntad del/la paciente.

En general, la experiencia práctica acumulada sugiere que la PAD reduce la frecuencia y duración de medidas coercitivas, mejora la satisfacción del/la paciente y su entorno con la atención recibida, e incluso puede disminuir reingresos (al fortalecer la alianza terapéutica, muchos/as pacientes buscan ayuda antes de empeorar demasiado. Por ello se están convirtiendo en un recurso clave en los modelos de atención centrada en la persona.

7.

REGISTRO DEL FORMULARIO DE PAD Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

UNA vez elaborada y firmada la Planificación Anticipada de Decisiones, es importante registrarla, si es posible, o dejar constancia de su existencia, para que surta efecto cuando se necesite. De nada sirve una PAD cuidadosamente redactada si luego, en la urgencia, los/as profesionales no tienen constancia de que existe. Desde los diferentes organismos se está buscando la mejor manera de registrar y visibilizar, pero de momento no existe un criterio único avalado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o los diferentes hospitales. En este apartado se abordan los posibles mecanismos de registro y custodia que dependerán de cada hospital:

- **Registro en la Historia Clínica:** La primera y más importante acción es registrar en la historia clínica la existencia de una PAD y, si los medios técnicos lo permiten, integrar el documento PAD en la historia clínica electrónica. Esto implica que el/la profesional de referencia (psiquiatra o quien coordine el proceso) digitalice o adjunte el formulario en los sistemas informáticos de salud (por ejemplo, en HCIS o en el visor de historias compartidas). Se debe ubicar de forma que sea visible para cualquier profesional de la salud mental que atienda al/la paciente.

Muchos sistemas de la Comunidad de Madrid tienen apartados de “instrucciones previas” o de subida de “documentos”, si existiera un apartado específico para PAD en salud mental -como se está impulsando desde el movimiento asociativo y la propia Federación Salud Mental Madrid-, lo ideal es subir el documento. Puede incorporarse como informe clínico con un título claramente identificable (ejemplo, “*Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental – Fecha*”).

Además, una opción de visibilización sería crear una alerta o anotación en la cabecera de la historia indicando “*Paciente con Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental vigente*”, aunque de momento no es posible se está intentando crear dicha alerta. Esto asegurará que ante cualquier ingreso o atención, el personal sepa que debe buscar ese documento. Cabe destacar que la PAD forma parte de la atención sanitaria integral y, por tanto, es recomendable que se trate con el mismo rigor que otros diag-

nósticos. El registro en historia es confidencial y accesible solo a profesionales sanitarios/as autorizados/as, lo que garantiza privacidad pero también disponibilidad cuando se requiera.

- **Registro Autonómico de Instrucciones Previas:** Dado que legalmente la PAD no deja de ser un tipo de instrucciones anticipadas, el/la paciente debería poder optar por inscribirla en el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid para darle mayor garantía jurídica de cumplimiento. Sin embargo, en la práctica existen desafíos como que, el Registro autonómico (regulado por Decreto 101/2006) fue diseñado para el documento de instrucciones previas clásico (centrado en decisiones al final de la vida, etc.), y suele requerir un formato específico. Por ahora, no existe un formulario oficial específico de PAD en salud mental en dicho registro.

Actualmente el uso del Registro para documentos de PAD no es posible. De esta forma, a la fecha de elaboración de esta guía, no es posible inscribir la PAD en el Registro de Instrucciones Previas, pero su validez clínica no depende de ello, siempre que esté en la historia clínica y/o en manos de quienes la van a ejecutar.

No obstante, registrarla puede añadir una capa de garantía jurídica, motivo de más para que desde el movimiento asociativo de personas con problemas de salud mental, así como asociaciones de familiares y facultativos/as, se esté impulsando su regularización.

- **Accesibilidad de la información en situaciones de emergencia:** Otro punto vital es que en el futuro se pueda asegurar que, por ejemplo, si el/la paciente ingresa por Urgencias en un hospital diferente, se pueda acceder a su PAD.

Por ello, ante desconocimiento, dificultad o imposibilidad del personal sanitario, una buena práctica es que el/la propio/a paciente, sus familiares o representante lleven una copia física de la PAD al servicio de Urgencias si

ocurre una crisis. Muchas personas guardan una copia en su casa en lugar conocido, o incluso la llevan consigo (hay quien lámina una tarjeta en su cartera indicando “*Tengo Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental, en caso de urgencia psiquiátrica avisar a X y consultar documento en...*”). Esta iniciativa personal es muy útil porque en momentos agudos el acceso a la PAD podría no ser inmediato.

- **Custodia y actualización en la institución sanitaria:** Es altamente recomendable que los servicios de salud mental tengan un protocolo interno para custodia de la PAD, atendiendo a los recursos disponibles y al acceso a solicitar nuevos. Por ejemplo, mantener un archivo (digital o en papel) de todos/as los/as pacientes con PAD del área de su CSM para poder hacer la consulta cuando corresponda. Mientras tanto, recae en los/as profesionales locales procurar que la información esté donde debe. También es aconsejable que, cuando un/a paciente con PAD es derivado/a a otro recurso (otro hospital, un centro de rehabilitación, etc.), se informe de la existencia de la PAD a los/as nuevos/as profesionales.

En conclusión, registrar y difundir (de forma controlada) el contenido de la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental es tan importante como su elaboración. El mejor plan es inútil si nadie lo conoce. Así, el personal sanitario cobra un papel fundamental en los supuestos en los que pueda subir el documento a los sistemas, instruir al/la paciente sobre sus opciones y fomentar que las personas cercanas también estén al tanto.

La Comunidad de Madrid se encuentra en un momento de desarrollo de esta herramienta, y no sería extraño que en el corto plazo se desarrollen protocolos específicos o un registro *ad hoc* para PAD. Hasta entonces, conviene aprovechar los cauces existentes y la custodia personal y/o familiar del documento. Como profesionales, nuestra tarea es asegurarnos de que la voluntad anticipada del paciente no quede en un cajón, sino que esté disponible justo cuando sea necesaria, haciendo realidad el propósito último de la PAD: que ninguna decisión sobre la salud mental de la persona se tome sin contar con su propia voz, aunque esa voz haya sido anticipada en el tiempo.

8. SI QUIERES SABER MÁS...

LA Federación Salud Mental Madrid es una entidad sin ánimo de lucro, declarada de Utilidad Pública e Interés Público Municipal, que agrupa y representa al movimiento asociativo de salud mental en la Comunidad de Madrid. Integrados a 16 asociaciones de personas con problemas de salud mental y a sus familiares, trabajando de manera coordinada para la defensa de derechos, la mejora de la calidad de vida y la plena inclusión social. Nuestra misión es promover una atención en salud mental centrada en la persona, basada en los derechos humanos y en la participación activa, fomentando la voz en primera persona y la implicación de las familias. A través de proyectos innovadores, formación, sensibilización y colaboración con las administraciones públicas, contribuimos a transformar los servicios de salud mental hacia un modelo más humano, inclusivo y respetuoso con la autonomía de las personas.

Si quieres conocernos entra en www.saludmentalmadrid.org o a nuestras redes sociales a través del perfil @saludmentalCM en [Instagram](#), [Facebook](#) y [X](#).

Esta guía se elabora en el marco del proyecto “Mi voz, mis decisiones” 2024-2025, que cuenta con la colaboración de la Fundación “laCaixa”.

Además de esta guía, la Federación Salud Mental Madrid ha elaborado un [video informativo](#) y un [folleto divulgativo](#) sobre la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD), que explican de manera clara y accesible qué es y cómo ponerla en práctica. Asimismo, en los últimos años hemos organizado conferencias y jornadas especializadas en torno a la PAD, donde profesionales, personas con experiencia propia y familiares han compartido conocimientos, experiencias y recomendaciones para impulsar esta herramienta. Todo este material complementario está disponible en nuestra página web y constituye un recurso útil para seguir profundizando en la materia.

Escanea los siguientes códigos QR para acceder a:

Página web Federación



Vídeo Informativo



Folleto divulgativo



9.

ANEXO - FORMULARIO PAD

SE adjunta como anexo el modelo de formulario de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental, elaborado por el grupo de trabajo de Decisiones Anticipadas, formado por el equipo profesional del *Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y la Federación de Salud Mental Madrid*. El mismo se encuentra en formato rellenable, destinado al uso práctico por parte de los/as profesionales y las personas interesadas.

Tal y como se ha expuesto a lo largo de la presente guía, no es requisito que se utilice de manera exclusiva este modelo, sin embargo, desde la *Federación Salud Mental Madrid* recomendamos unificar los criterios y modelos de referencia con el fin de otorgar mayor voz, seguridad y garantía al proceso, favoreciendo así la coherencia en su aplicación y el respeto a las decisiones anticipadas de las personas con problemas de salud mental.

El modelo del formulario PAD también se encuentra disponible para su [descarga](#) en la página web de la Federación. Escanea el siguiente código QR para acceder a él:



Formulario PAD en Salud Mental

FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES (PAD) EN SALUD MENTAL

Documento elaborado por el grupo de trabajo de Decisiones Anticipadas, formado por el equipo profesional del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y la Federación de Salud Mental Madrid.

Para su elaboración se han tomado como referencia tanto el documento elaborado por el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (al que expresamos nuestro agradecimiento) como el documento propuesto desde la propia Federación de Salud Mental Madrid.

FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES (PAD) EN SALUD MENTAL

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.

AUTORIZO en los términos que se establece en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales:

Primero.- La cesión de datos de carácter personal contenidos en planificación anticipada de decisiones (PAD) a los/las profesionales médicos responsables de su proceso.

Segundo.- La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.

Yo, **D/D^a** , con **DNI** con
amparo en la Ley 3/2005 de 23 de Mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid, con plena capacidad de obrar, tras una serena y adecuada reflexión, y, actuando libremente, formalizo mediante este documento, mi planificación anticipada de decisiones (PAD), deseando que se sigan las siguientes preferencias e indicaciones en atención a la Salud Mental, tanto en la atención en Urgencias como Ingreso Hospitalario, cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones, relacionada con un problema de Salud Mental (SM):

1.- SITUACIONES Y CIRCUNSTANCIAS QUE DARÍAN LUGAR A LA APLICACIÓN DE ESTE DOCUMENTO (PAD-SM)

Aquí tiene que indicar en qué situaciones quiere que se aplique este documento. (Por ejemplo: si me siento fuera de control, si tengo deseos de hacerme daño o hacer daño a alguien, si me siento confuso/a).

--

2.- SIGNOS DE ALERTA Y SÍNTOMAS

La persona desde su propio autoconocimiento describe sus signos de alerta para que sea más fácil identificar desde un principio que va a venirle una crisis. (Por ejemplo: me aísllo de la gente, tengo ideas extrañas, menos atención en la higiene y cuidado personal, etc.).

Signos de crisis:

3.- PERSONAS A LAS QUE AVISAR O NO, SI ESTOY EN EL HOSPITAL

(Ejemplos: Deseo que me visite mi madre, no quiero que se llame a mi hermano/a, etc.).

Deseo que se avise a las siguientes personas:		Deseo que NO se avise a las siguientes personas:	
Nombre y Apellidos	Teléfono	Nombre y Apellidos	Motivos

Deseo que se informe de mi situación a: Personal sanitario de referencia/ familiar/ asociación...		Deseo que NO se informe de mi situación a:	
Nombre y Apellidos	Teléfono	Nombre y Apellidos	Motivos

4.- VISITAS Y LLAMADAS

Deseo recibir visitas de:		Deseo NO recibir visitas de:	
Nombre y Apellidos	Teléfono	Nombre y Apellidos	Motivos

Deseo recibir/emitir llamadas de/a:		Deseo NO recibir/emitir llamadas de/a:	
Nombre y Apellidos	Teléfono	Nombre y Apellidos	Motivos

5.- ACTUACIONES QUE ME HACEN “SENTIR MAL” O “SENTIR BIEN”

(Por ejemplo: que me dejen el teléfono móvil para llamar durante la hospitalización, es recomendable incluir información del por qué te hace sentir bien o mal, por ejemplo, una experiencia previa).

Me hace sentir bien	Motivos	Me hace sentir mal	Motivos

6.- PREFERENCIAS EN LA MEDICACIÓN

(Ejemplo: Prefiero recibir la siguiente medicación porque con “x” medicamento tuve muchos efectos secundarios).

Medicación que me sienta bien :	Motivos	Medicación que me sienta mal :	Motivos

7.- PREFERENCIAS RELACIONADAS CON ACTUACIONES TERAPÉUTICAS Y USO DE MEDIDAS COERCITIVAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Ejemplos:

SITUACIÓN	QUE ME AYUDA	QUE NO ME AYUDA
Estoy angustiado/a	Terapia en grupo	Que me dejen solo/a
Estoy disociado/a	Que me dejen escuchar música	Que vengan mis familiares
Desconectado/a del medio	Que me den x medicación	Que me contengan
Me siento nervioso/a, enfadado/a	Permiso para salir del centro, que vengan mis amigos/as

SITUACIÓN	QUE ME AYUDA	QUE NO ME AYUDA

8.- PREFERENCIAS RESPECTO A LOS/AS PROFESIONALES

(Ejemplos: Prefiero ser tratado/a por el/la siguiente profesional, prefiero que sea mujer, que me hablen despacio, nunca de pie).

Preferencias	Motivos

9.- HÁBITOS PERSONALES

(Ejemplo: que me dejen dormir 8 horas, sigo “x” dieta).

--	--

10.- OTRAS PREFERENCIAS

Aquí se designaría otras preferencias que le haga sentir bien a la persona durante la estancia en el hospital. (Por ejemplo: que me dejen jugar a las cartas, ver la TV, tener un/a acompañante en la habitación o no, que me dejen escuchar música).

Preferencias	Motivos

11.- DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

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** , **teléfono** y **correo electrónico** .

De acuerdo a lo previsto en los artículos 5 y 18.2 de Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, toda la información relativa a mi estado de salud, físico o mental, e historia clínica relativa a mi situación transitoria de toma de decisiones, deberá ser puesta en conocimiento de la persona designada como representante, estando facultado para recabar ésta si no es puesta a su disposición.

La anterior disposición, supone el cumplimiento además de lo dispuesto en el artículo 12.1 del y en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, por lo que el acceso a la información podrá ejercitarse directamente por el/la representante voluntario/a indicado/a en el presente documento.

Asimismo, es importante que se ponga en conocimiento de este documento al/la representante voluntario/a señalado/a en este apartado para, llegado el caso, velar de la mejor manera posible y se respeten mis deseos y preferencias.

El/la representante de la persona firmante asume, en virtud de lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento General de Protección de Datos - RGPD), la **obligación de mantener la confidencialidad sobre los datos personales contenidos en el formulario**.

Además, se compromete a no difundir, publicar ni compartir dichos datos sin el consentimiento expreso de la persona titular de los mismos, salvo que exista una obligación legal o judicial que lo exija. Esta obligación de confidencialidad se extiende durante y después de la finalización de cualquier gestión o trámite relacionado con el formulario.

12.- OTRAS OBSERVACIONES

13.- LUGAR Y FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN / ACTUALIZACIÓN

_____, ____ de _____ de _____.

Nombre y apellidos del/la interesado/a y firma	Nombre y apellidos del/la representante y firma (de la puesta a disposición de información)

10. REFERENCIAS INSTITUCIONALES Y NORMATIVA CITADA

- **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026** – Ministerio de Sanidad de España.
- **Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027** – Ministerio de Sanidad de España.
- **Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024** – Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- **Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en Salud Mental 2024** – Confederación Salud Mental España (Comisión de Defensa Derechos Humanos).
- **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** – Naciones Unidas, 2006.
- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** – Gobierno de España.
- **Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal** – Gobierno de España.
- **Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica** – Gobierno de España.
- **Ley 3/2005, de 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** – Comunidad de Madrid.

- [DECRETO 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid](#) – Comunidad de Madrid.
- [ORDEN 2191/2006, de 18 de diciembre, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006, de 28 de noviembre, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid y se establecen los modelos oficiales de los documentos de solicitud de inscripción de las Instrucciones Previas y de su revocación, modificación o sustitución](#) – Comunidad de Madrid.
- [Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020](#) – Generalitat Valenciana, 2016.
- [Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental](#) – Junta de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), edición 2020.
- [Formulario de Planificación Anticipada de Decisiones \(PAD\) en Salud Mental](#) – Federación Salud Mental Madrid / H.G.U. Gregorio Marañón, 2023.
- [Crónica de la jornada “Planificación Anticipada de Decisiones”](#) – Federación Salud Mental Madrid, 2023.
- [Jornada PAD en Salud Mental: Empoderamiento, autonomía personal y respeto a la voluntad](#) – Federación Salud Mental Madrid, 2025.
- Artículos científicos y bioéticos sobre la Planificación Anticipadas de Decisiones en Salud Mental.



C/ Poeta Esteban de Villegas 12 bajo izq
28014 Madrid
T. 91 513 02 43
www.saludmentalmadrid.org
info@saludmentalmadrid.org

Con la colaboración de:



Síguenos:

