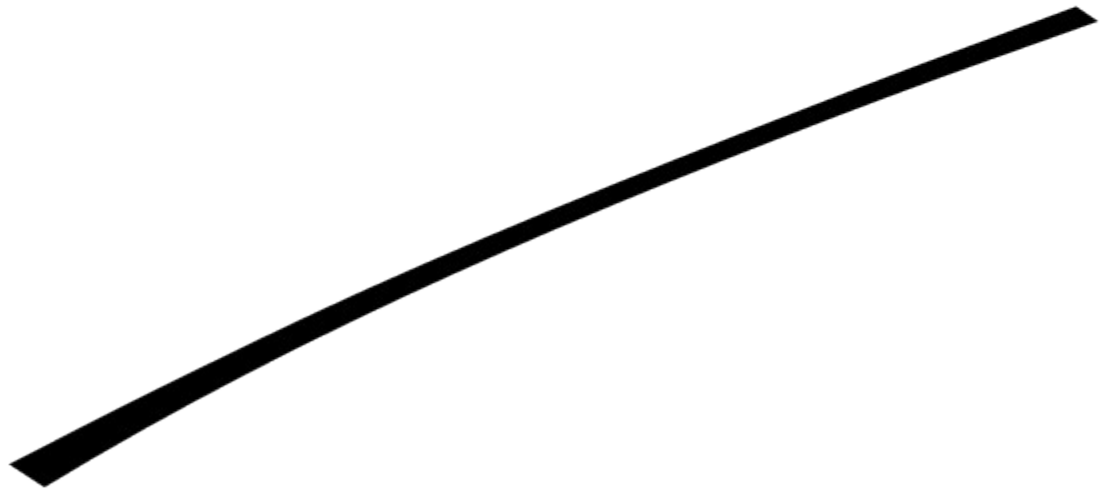


# CONTRA(los)INFORMES



autoediciones  
**LA PORVENIR**

Título: CONTRA(los)INFORMES

Coordinado, generado, diseñado y maquetado por:  
Autoediciones La Porvenir

Maquetado con:  
LibreOffice

Primera edición:  
Abril 2024

Licencia de Producción de Pares



Atribución

Compartir bajo la Misma Licencia

No capitalista

Licencia completa en: [https://endefensadelsl.org/ppl\\_deed\\_es.html](https://endefensadelsl.org/ppl_deed_es.html)

# Indice

<b>PRÓLOGO</b> .....	5
<b>DISCONTINUAR DROGAS PSIQUIÁTRICAS</b> .....	8
▲ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA I.....	9
▲ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA II.....	10
▲ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA III.....	11
○ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA IV.....	12
▲ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A PSIQUIATRA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL I.....	14
▲ FOLLETO INFORMATIVO: ¿QUÉ SON LAS REUNIONES?.....	16
◆ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A PSIQUIATRA DE CENTRO DE SALUD MENTAL II.....	19
◆ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A PSIQUIATRA DE CENTRO DE SALUD MENTAL III.....	23
● PETICIÓN DE COOPERACIÓN A INSPECCIÓN MÉDICA.....	26
<b>ACCEDER A DROGAS PSIQUIÁTRICAS</b> .....	30
▣ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA.....	31
<b>NO IR A TRABAJAR</b> .....	32
○ JUSTIFICAR LA ASISTENCIA A REUNIONES*.....	33
▨ JUSTIFICAR LA IMPLICACIÓN EN SITUACIONES DIFÍCILES.....	34
<b>RECURRIR MULTAS</b> .....	35
◆ RECURSO DE SANCIÓN EN EL CONFINAMIENTO.....	36
<b>RENOVAR CARNET DE CONDUCIR</b> .....	38
■ NOTA PARA PASAR EL PSICOTÉCNICO.....	39
<b>FRENAR INGRESO PSIQUIÁTRICO</b> .....	40
◆ CONTRAINDICACIÓN DE INGRESO PSIQUIÁTRICO I.....	41
▨ CONTRAINDICACIÓN DE INGRESO PSIQUIÁTRICO II.....	42
▣ CIRCULAR DIRIGIDA A VECINES DE UN PUEBLO.....	43
▣ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A LA POLICÍA MUNICIPAL DE UN PUEBLO.....	44
▣ CIRCULAR DIRIGIDA A PERSONAS DE UNA CIUDAD.....	46
◆ INFORME DE CONTRAINDICACIÓN DE INGRESO PARA LLEVAR ENCIMA.....	47
◆ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A JUZGADO RESPONSABLE.....	50
◆ INFORME ENVIADO AL JUZGADO PARA REVOCAR ORDEN DE VALORACIÓN I.....	51
◆ INFORME ENVIADO AL JUZGADO PARA REVOCAR ORDEN DE VALORACIÓN II.....	55
◆ VOLUNTADES ANTICIPADAS.....	59
<b>FRENAR INCAPACITACIÓN JUDICIAL</b> .....	74
▲ COMUNICACIÓN AL JUZGADO DEL DESACUERDO FRENTE AL JUICIO DE INCAPACITACIÓN I.....	75
▲ COMUNICACIÓN AL JUZGADO DE LOS RIESGOS DE NUEVA VALORACIÓN FORENSE.....	77
▲ INFORME PARA LA DEFENSA EN JUICIO DE INCAPACITACIÓN I.....	80
◆ COMUNICACIÓN AL JUZGADO DEL DESACUERDO CON EL PROCESO DE INCAPACITACIÓN.....	85

◆ INFORME PARA LA DEFENSA EN JUICIO DE INCAPACITACIÓN II.....	88
◆ INFORME ENTREGADO PARA VALORACIÓN FORENSE, EN FASE DE RECURSO EN AUDIENCIA PROVINCIAL POR SENTENCIA DE CURATELA ECONÓMICA.....	92
◆ COMUNICACIÓN AL JUZGADO DEL DESACUERDO FRENTE A LAS MEDIDAS CAUTELARES SOBRE EL DINERO.....	97
▸ OTRA COMUNICACIÓN AL JUZGADO DEL DESACUERDO CON EL PROCESO DE INCAPACITACIÓN.....	99
● INFORME PARA LA DEFENSA EN JUICIO DE INCAPACITACIÓN III.....	102
<b>CONSEGUIR PRESTACIONES DEL ESTADO.....</b>	<b>107</b>
▨ NOTA A SERVICIO DE EMPLEO PARA RENOVACIÓN DE DEMANDA.....	108
■ INFORME PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA DISCAPACIDAD EN CENTRO BASE.....	109
○ NOTA A CENTRO BASE APOYANDO EL RECONOCIMIENTO DE GRADO DE DISCAPACIDAD.....	111
◆ INFORME PARA LA REVISIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE POR PARTE DEL TRIBUNAL MÉDICO.....	112
◆ RECLAMACIÓN DEL RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE .....	117
<b>PUESTA EN LIBERTAD UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA.....</b>	<b>119</b>
▲ COMUNICACIÓN A DIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL.....	120
▲ INFORME PARA EL JUZGADO A FAVOR DE PUESTA EN LIBERTAD DE UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA.....	122

# PRÓLOGO

## CONTRA(LOS)INFORMES

### Recopilación de escritos para frenar la violencia psiquiátrica

#### ¿Qué es CONTRA(LOS)INFORMES?

**Contra(los)Informes** es una recopilación de papeles entregados en servicios de salud mental y sus alrededores. Durante un periodo temporal concreto, de abril de 2020 a junio de 2023. En poblaciones grandes y chicas de Galiza, Andalucía, Madrid, Castilla La Mancha, País Valencià, Castilla y León, Euskadi y Nafarroa.

Estos papeles fueron intentos de utilizar las titulaciones profesionales de algunas personas y los altavoces de los espacios con poder a los que tenían acceso, a favor de otras que estaban en contacto con la psiquiatría institucional por varias razones: presión, parálisis o complicidad del entorno, persecución activa de la maquinaria, estrategia de reducción transitoria del riesgo de oponerse a ser paciente, búsqueda de reparación, sorteo de obstáculos cotidianos, miedo a la libertad y problemas generales de imaginación.

No es una recopilación exhaustiva, hubo muchos más papeles, empezaron antes, los hubo mejores. Hubo voluntades anticipadas de máximos ante notario registradas en el hospital, hubo acceso a copia de toda una historia clínica para después pedir borrarla, hubo una retirada del certificado de discapacidad, hubo una renuncia a la incapacidad laboral cuando se iba a hacer permanente. Muchos se perdieron dentro del caos que supone responder colectivamente a las crisis y algunos se perdieron por ideas problemáticas sobre la propiedad, la privacidad y la intimidad. Algunos nunca se acabaron. Algunos se acabaron pero no se entregaron.

No se dedicó ni un minuto a decidir qué idioma utilizar, se hicieron en castellano por inercia, por ser la lengua de uso habitual de las personas que los escribieron. No se tradujeron. Debajo de esto hay mucha miga por supuesto: represión franquista, diglosia, clase aspiracional, trituración local y conflictos nacionalistas.

Se escribieron de forma conjunta, todo lo conjunta que se quiso por parte de las personas en contacto con los servicios y la gente de sus vidas. Unos aparecieron antes y otros después; los que funcionaban y servían de plantillas se fueron mejorando con el uso, probando cosas nuevas, quitando, añadiendo o descartando información. Algunos se escribieron en directo, en dos minutos porque estaba la ambulancia en la puerta, otros durante y después de muchas conversaciones dedicadas a guionizarlos, corregirlos, elegir lo que se subrayaba y para qué, lo que se retiraba del centro y por qué, elegir el lenguaje, la estrategia, el grado de desmarque de lo esperado, los objetivos reales personales y colectivos: reducción o restitución simbólica del daño, dinero, tiempo, legitimidad o pedagogía. Del impacto generado durante el proceso de escritura hubo que ocuparse: mala hostia, desidealización, desclasamiento, desencuentros, cobardía general, descubrimientos y apechugues varios.

**Contra(los)informes** es memoria histórica de esta práctica. Es reconocimiento de la palanca que supuso y es reconocimiento del daño que han causado. Son los estertores de la reforma que tenemos dentro. Son ejemplos para inspirarse unos y otros, bien para largarse lo más lejos posible o bien para defenderse, para frenar algo de la violencia que recibes y para frenar algo de la violencia que ejerces.

## **¿Cómo está redactado CONTRA(LOS)INFORMES?**

Los papeles recopilados se han anonimizado y se han retirado localizadores potenciales y datos irrelevantes, en revisiones hechas por al menos tres personas. Se ha conservado lo que parecía creativo, novedoso, posibilitador y argumentativo para conseguir el objetivo que se pretendía.

La forma de ordenarlos ha suscitado muchas dudas en torno a la utilidad y al riesgo. Finalmente la decisión ha sido la siguiente:

- Una clasificación principal que consiste en la agrupación de los escritos por bloques de temas, por ejemplo, escritos en torno a la discontinuación de drogas psiquiátricas o escritos en torno al freno de ingresos en plantas de psiquiatría.
- Una clasificación secundaria a la que podrás acceder siguiendo los símbolos que preceden a cada título y que agrupa escritos utilizados en un mismo proceso, en torno a la defensa de una misma persona.

## **¿Qué se pretende con CONTRA(LOS)INFORMES?**

Se pretende socializar una estrategia, la práctica del uso de las titulaciones profesionales a favor de las personas, y afirmar que tiene un efecto:

Con los escritos que aquí se recopilan y con los escritos que no aparecen, consta que se ha conseguido frenar muchos ingresos en plantas de psiquiatría, poner en libertad a alguien de un psiquiátrico por orden judicial, bloquear incapacitaciones judiciales, sustituir a la persona curadora de los bienes asignada por el juzgado por otra que no va a fiscalizar nada, discontinuar drogas psiquiátricas con recetas del sistema nacional de salud emitidas por psiquiatras o directamente por atención primaria, acceder a drogas psiquiátricas deseadas a través de recetas del sistema nacional de salud, cursar bajas médicas para las personas del entorno de quien abre la crisis, alargar bajas laborales hasta que se ha querido, aligerar la renovación del carnet de conducir, retirar el certificado de discapacidad, retirar el reconocimiento de la ley de dependencia, darse de alta de centros de salud mental sin

persecución, retirar prestaciones económicas por hijo a cargo, registrar voluntades anticipadas de máximos en el hospital, conseguir la copia completa de la historia clínica para valorar denunciar por su contenido e iniciar los trámites para borrarla.

De todos los escritos se desconocen, al menos en parte, sus efectos finales. No se hicieron bajo promesas de seguimiento ni de mantener la relación después de ser entregados. Parte de sus efectos son difíciles de cuantificar y son móviles, potencialmente cambiantes, como, por ejemplo, el efecto de reparación del daño que conllevó el uso del diagnóstico para reconocer síndrome de abstinencia prolongada a antidepresivos o estrés postraumático por el trato en los servicios de salud mental.

## **Precauciones en el uso de CONTRA(LOS)INFORMES**

Estos papeles no dejan de ser herramientas del amo. Se puede pensar que no tanto, que eso depende de desde qué lugar se escribieron, y que el desde dónde, el para qué, el que fuera para la defensa, el que fuera usando el privilegio a favor de las personas psiquiatrizadas o en riesgo de psiquiatrización, los exime de capacidad de generar daño. Pero conviene sospechar que no, que sí tienen capacidad de dañar y que son peligrosos.

Conviene prestar atención a los riesgos, poner mucha conciencia en su uso, valorar colectivamente en cada momento y lugar qué estamos arriesgando si los usamos.

Su peligrosidad potencial ha sido comprobada en la práctica y se puede atestiguar que estos escritos han construido *status quo*. Han mantenido la relación de servicio por todas las partes implicadas: han creado y mantenido pacientes, han creado y mantenido profesionales, han creado y mantenido personas en lugares del tipo “a mí que me registren”. Han mantenido el lugar de víctima y de victimario. Han taponado procesos colectivos de agencia y de paso a la acción. Han enlentecido descarrilamientos, desercciones de todo tipo, propias y ajenas. Han podado la imaginación.

Estos escritos sin duda han promovido crisis, y cada contexto ha sido responsable de su deriva hacia la transformación radical, la reforma o la conservación.

## **¿Es gratis CONTRA(LOS)INFORMES?**

**Contra(los)informes** es libre, pero no gratis.

Se puede descargar en <https://laporvenir.org/que-hacemos/autoediciones/>. Se puede usar, trocear al gusto, modificar, fotocopiar, publicar, compartir y vender.

Producir los escritos, recopilarlos, anonimizarlos, ordenarlos y maquetarlos, ha costado incalculables horas de incalculables personas haciendo incalculables tareas. Si tienes dinero y no lo estás redistribuyendo ya, puedes empezar ahora ingresándolo en La Porvenir a través de distintas vías que puedes consultar aquí: <https://laporvenir.org/tu/>

Puedes redistribuir cantidad de otras cosas que se te ocurran, con nosotres o con otros, cosas que tengas o sepas hacer, incluyendo ampliar la recopilación de escritos entregados en servicios de salud mental y sus alrededores. Para esto puedes escribirnos a: [autoediciones@laporvenir.org](mailto:autoediciones@laporvenir.org)

# **DISCONTINUAR DROGAS PSIQUIÁTRICAS**



# ▲ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA I

\_\_\_\_\_, psiquiatra, con n.col \_\_\_\_\_, informa a Atención Primaria de que el equipo sanitario de \_\_\_\_\_ (www.\_\_\_\_\_) es el equipo responsable de la atención de \_\_\_\_\_, tras haberse revertido en los juzgados, con fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, un ingreso involuntario en media estancia.

Este equipo de base, compuesto por psiquiatra y psicólogo (teléfonos de contacto \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_), tiene el enfoque primario de fomentar un trato respetuoso en momentos especialmente vulnerables, incluyendo las crisis que tradicionalmente se tratan en hospitales, reuniéndose de forma ambulatoria con la persona y su entorno durante el tiempo que se requiera. La intervención es una alternativa a las medidas involuntarias (ingreso, medicación, etc) y se basa en el Diálogo Abierto, el marco PAS, los servicios conscientes del trauma, las reivindicaciones del Movimiento en Primera Persona y los acuerdos internacionales garantes de los derechos y el buen trato de las personas psiquiatrizadas.

Para este proceso, solicitamos la colaboración de Atención Primaria para la emisión de recetas de los psicofármacos que precise, de acuerdo a apoyar la sostenibilidad económica, uno de los determinantes de la salud mental.

Con fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en reunión con \_\_\_\_\_, se acuerda el siguiente apoyo farmacológico:

Utilizar solo medicación por vía oral y buscar la dosis mínima eficaz.

Lo que nos hace pedir que:

- SE DESACTIVE LA PRESCRIPCIÓN DE ARIPIPAZOL INTRAMUSCULAR C/28 DÍAS, PARA YA NO SER ADMINISTRADO EN LA PRÓXIMA FECHA PREVISTA ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ )
- SE DESACTIVE LA PRESCRIPCIÓN DE AMISULPRIDE 400MG 0-0-1
- SE ACTIVE LA PRESCRIPCIÓN DE ARIPIPAZOL 15MG 1-0-0
- SE ACTIVE LA PRESCRIPCIÓN DE ARIPIPAZOL 10MG 1-0-0
- SE ACTIVE LA PRESCRIPCIÓN DE LORAZEPAM 1MG 0-0-0-(1)
- SE DESACTIVE CUALQUIER OTRA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS DEL PASADO QUE ESTUVIESE TODAVÍA ACTIVA Y NO SE HAYA MENCIONADO.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ▲ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA II

\_\_\_\_\_, psiquiatra, con n.col \_\_\_\_\_, como parte del equipo sanitario el equipo sanitario de \_\_\_\_\_ (www.\_\_\_\_\_), el equipo responsable de la atención de \_\_\_\_\_, solicita de nuevo la colaboración de Atención Primaria para la emisión de recetas de los psicofármacos, de acuerdo a apoyar la sostenibilidad económica, uno de los determinantes de la salud mental.

Con fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en reunión con \_\_\_\_\_, se acuerda el siguiente apoyo farmacológico:

Reducir el 10% de la dosis de neuroléptico, de acuerdo al plan previo de búsqueda de dosis mínima.

Para ello necesitamos que:

- SE DESACTIVE LA PRESCRIPCIÓN DE ARIPIPRAZOL 15MG 1-0-0
- SE CAMBIE LA PRESCRIPCIÓN DE ARIPIPRAZOL 10MG, DE 1-0-0 A 2-0-0
- SE ACTIVE LA PRESCRIPCIÓN DE ARIPIPRAZOL 5MG, PARA TOMAR ½-0-0

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ▲ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA III

\_\_\_\_\_, psiquiatra, con n.col \_\_\_\_\_, como parte del equipo sanitario de \_\_\_\_\_ (www.\_\_\_\_\_), equipo responsable de la atención de \_\_\_\_\_, solicita de nuevo la colaboración de Atención Primaria para la emisión de recetas de psicofármacos y añade la petición de extremar el cuidado de la salud física de \_\_\_\_\_ en estos meses.

Con fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, se valora en reunión con \_\_\_\_\_ el uso de apoyo farmacológico para sobrevivir a una situación altamente estresante a la que se está viendo sometido, que implica mucha incertidumbre hasta que se resuelva con éxito y la reactivación del sufrimiento por violencias de todo tipo recibidas en el pasado, y se comparte la preocupación de todos los participantes sobre el impacto que pueda estar teniendo en su salud física.

Para ello necesitamos que:

- SE ACTIVE LA PRESCRIPCIÓN DE TRAZODONA 100MG, PARA REALIZAR PRUEBA DE EFICACIA INICIALMENTE CON ½ COMPRIMIDO/NOCHE; PUDIENDO AUMENTAR LA DOSIS A 1 COMPRIMIDO/NOCHE SI NO FUNCIONA.
- SE PRESTE ESPECIAL ATENCIÓN A LA MONITORIZACIÓN, FILIACIÓN Y EL ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS QUE PRESENTE EN CADA MOMENTO.

Y aprovechamos la comunicación para:

- INFORMAR DE QUE SE HA FINALIZADO LA RETIRADA DE ARIPIPRAZOL, SIENDO ENTONCES OPORTUNO DESACTIVAR LA PRESCRIPCIÓN DE ESE FÁRMACO SI SIGUE VIGENTE TODAVÍA EN ALGUNA DE SUS DOSIS.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ○ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA IV

\_\_\_\_\_, psiquiatra, con n.col \_\_\_\_\_, informa a Atención Primaria de que el equipo sanitario de \_\_\_\_\_ (www.\_\_\_\_\_) es el equipo de salud mental responsable de la atención de \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_, en colaboración con los servicios públicos sociales y de salud.

Este equipo de base, está compuesto por psiquiatra, quien escribe, y psicólogo, \_\_\_\_\_, con la colaboración potencial de otros profesionales, hasta el momento del farmacéutico, \_\_\_\_\_; y tiene tres pilares:

- Garantizar una atención general basada en derechos y necesidades de la persona y su red, descentrando el apoyo farmacológico y priorizando la escucha y la respuesta, las decisiones propias y el trato como sujeto.
- Gestionar las crisis renunciando a las medidas coercitivas en todo caso (traslado forzoso, ingreso involuntario, contención farmacológica obligatoria, medidas de control).
- Acompañar procesos de toma informada de psicofármacos y procesos de discontinuación, tanto de retirada total como de búsqueda de dosis mínima eficaz y reducción de daño.

La intervención es una alternativa a las medidas involuntarias y los enfoques individuales y centrados en la hipótesis de la enfermedad. Se basa en el Diálogo Abierto, el marco PAS, los servicios conscientes del trauma, la necesidad de verdad, justicia y reparación, las reivindicaciones del Movimiento en Primera Persona y los acuerdos internacionales garantes de los derechos y el buen trato de las personas psiquiatrizadas.

El Diálogo Abierto es una metodología que permite que cualquier persona de la red, afectiva o comunitaria, incluidas las personas trabajadoras en los servicios públicos, puedan convocar una reunión con el equipo de \_\_\_\_\_ y quién consideren oportuno, para hablar de lo que les preocupe al respecto del proceso, llamando o escribiendo a los siguientes números de teléfono: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_; quedando éstos a disposición de atención primaria a partir de este momento, para preocupaciones, dudas, propuestas o deseos de más información, al igual que la dirección de correo \_\_\_\_\_.

**Para este proceso de atención, en estos momentos solicitamos la colaboración de Atención Primaria para la emisión de recetas de los psicofármacos que precise, de acuerdo a apoyar la sostenibilidad económica, uno de los determinantes de la salud mental.**

Con fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en reunión con \_\_\_\_\_ se acuerdan los siguientes cambios en el apoyo farmacológico:

- Retirada progresiva de cymbalta, por ser un antidepresivo y estar contraindicado en estado de riesgo de manía.

- Retirada de deprax como hipnótico de uso puntual, por lo mismo.
- Ensayo con rivotril solución en situaciones de riesgo de manía.
- Mantenimiento del resto de las prescripciones previas de momento, ajustadas a la toma real que realiza desde hace meses: depakine 500mg/día, aripirazol 10mg/día.

Para eso solicitamos:

- DESACTIVAR LA PRESCRIPCIÓN DE CYMBALTA 60MG.
- ACTIVAR LA PRESCRIPCIÓN DE CYMBALTA 30MG. 1 COMPRIMIDO Y MEDIO AL DÍA. CONOCEMOS Y ACEPTAMOS LOS RIESGOS DE ALTERAR LA CUBIERTA GASTRORRESISTENTE, QUE CONSISTEN EN MENOS DOSIS DISPONIBLE PERO EN TODO CASO SIENDO EN TOTAL SUPERIOR A 30MG, RESULTANDO ENTONCES ÉSTA UNA PAUTA MÁS CONVENIENTE QUE LA DE REDUCIR DE 60 A 30MG EN UN SOLO PASO, POR LOS RIESGOS DE SÍNDROME DE DISCONTINUACIÓN DE ANTIDEPRESIVOS.
- DESACTIVAR LA PRESCRIPCIÓN DE DEPRAX.
- ACTIVAR LA PRESCRIPCIÓN DE RIVOTRIL SOLUCIÓN 2,5MG/ML.
- ACTUALIZAR LA PAUTA DE DEPAKINE Y ARIPIRAZOL SI NO LO ESTÁN: DEPAKINE 500MG/DÍA, ARIPIRAZOL 10MG/DÍA.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ▲ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A PSIQUIATRA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL I

de: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

para: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

asunto: Comunicación \_\_\_\_\_

Buenos días,

Somos \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, psiquiatra y psicólogo, equipo base de \_\_\_\_\_ (www.\_\_\_\_\_) a disposición de \_\_\_\_\_. Nos dirigimos a ti a su petición, porque considera que hablar de la posibilidad de trabajar en conjunto en esta nueva etapa tras el ingreso y la vuelta al seguimiento en la Unidad de Salud Mental de zona, y de cómo se organizaría eso, construiría mejores condiciones para recuperarse; pensamiento que compartimos y para el que nos basamos en experiencias previas de cooperación con otros servicios de salud mental y en todo lo que ha sucedido desde que contactó con nosotres en \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

La colaboración que proponemos tiene el objetivo de construir alternativas respetuosas con su decisión en todo momento, incluyendo los momentos de crisis, elaborando propuestas que permitan evitar los ingresos involuntarios y la medicación forzosa; así como conseguir aumentar los apoyos materiales y emocionales para la emancipación familiar. Tiene también el objetivo de reconocer que, a pesar de los esfuerzos realizados este verano para atravesar la crisis sin que nadie promoviese un ingreso, fue manifiesto que las respuestas alternativas y el tejido construido no fueron suficientes para bloquearlo y que nos hubiera gustado compartir el proceso con una o varias personas que estuvieseis trabajando dentro del servicio de referencia.

Respetar su decisión a la hora de reducir o no tomar medicación, hacerlo teniendo en cuenta los riesgos y atendiendo a los últimos avances publicados en la literatura al respecto, y construir una respuesta alternativa al ingreso involuntario en los momentos de crisis, así como reducir inputs violentos promoviendo que pueda vivir en un lugar propio y seguro, son las necesidades que hemos identificado conjuntamente en los dos años de encuentros de frecuencia media semanal; en los que hemos constatado el daño producido por las medidas basadas en el control, el impacto del diagnóstico, la medicación a dosis altas, la institucionalización y la involuntariedad, su efecto acumulativo, el riesgo de empeoramiento grave e irreversible, y el riesgo de suicidio consumado de implementarse de nuevo medidas de control, todo ello descrito con más precisión en los dos informes adjuntos (*consultar apartado "Frenar incapacitación judicial": "Informe para la defensa en juicio de incapacitación I"; y apartado "Puesta en libertad UME": "Informe para el juzgado a favor de puesta en libertad de unidad de media estancia"*).

La propuesta que trasladamos es cooperar y aunar fuerzas, ofreciendo por nuestra parte la herramienta del Diálogo Abierto y tantos espacios de comunicación y coordinación como fuesen necesarios, estando disponibles para reunirnos en menos de 48 horas desde que se nos solicite desde cualquier punto de la red personal y/o profesional. Para más información sobre las posibilidades del Diálogo Abierto adjuntamos un breve resumen del planteamiento habitual de las reuniones (*consultar "Folleto informativo: ¿qué son las reuniones?"*).

Deseando que algo de todo esto pueda ser posible, nos quedamos a la espera.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ▲ FOLLETO INFORMATIVO: ¿QUÉ SON LAS REUNIONES?

## ¿Qué es una reunión?

Es la forma de trabajar en el Diálogo Abierto. Lo que otras propuestas hacen a través de consultas, citas, sesiones, grupos, terapia, llamadas telefónicas. Es un encuentro centrado en la conversación, en el que van a participar al menos la persona que está preocupada y al menos dos de nosotros. La persona preocupada puede invitar a quién considere.

Dura 1 hora y media, aunque puede ser más corta si no hace falta usar todo el tiempo, y, si para alguien es muy importante lo que sucede y no puede esperar al día siguiente, puede alargarse. Le ponemos hora de terminar porque tenemos que organizar nuestro tiempo para tener reuniones con otras personas a lo largo del día, y le ponemos 1 hora y media porque a parte del equipo le cuesta escuchar con atención cuando son más largas.

La gente que está en la reunión puede hablar mucho, poco o permanecer callada. Se puede estar un rato y no toda la reunión si no es posible por lo que sea. Se puede asistir y decidir marcharse a la mitad.

Al final de cada reunión se habla de si se quiere seguir hablando, y si es que sí, se fija otra reunión. Si es que no, se queda abierto para que cualquier persona de la red pida reunión cuándo lo necesite.

## ¿Qué no es una reunión?

No es un lugar para hablar de los demás, de lo que les pasa o tienen que hacer. Tampoco es un lugar para dar o recabar información sobre lo que hace el resto, ni para que alguien experto diga lo que está pasando y tome las decisiones.

## ¿Para qué sirven las reuniones?

Las reuniones pueden servir para entender lo que está pasando, para aclarar las necesidades y vivencias de las personas en cada momento, para encontrar la manera de que se resuelvan, para llegar a acuerdos, para acercarse o distanciarse.

Sirven para escucharse, para soportar el no saber qué hacer, para organizarse, para ser más flexibles, para atravesar esto juntas, para no tomar decisiones precipitadas, para frenar las inercias de la psiquiatría centradas en el control y en una idea fija de cómo hay que vivir o hacer las cosas.

## ¿Cómo se dialoga?

Empieza a hablar la persona que la ha convocado. A partir de ahí cada una tomará la palabra cuándo quiera y para decir qué está pensando, recordando o sintiendo. No hay turnos, se va a intentar que sea lo más natural posible y atendiendo lo mejor que se pueda a las necesidades de todas las personas presentes. Se habla "en primera persona". Queremos decir que se habla de lo que cada una está pensando, recordando, sintiendo o viviendo durante la reunión, y no de lo que cree o piensa que le está pasando a la otra persona. La idea no es pensar en lo que los demás tienen que cambiar, sino compartir como te están afectando a ti las palabras y vivencias del resto y, en todo caso, los cambios propios que te gustaría hacer.



Se dialoga escuchando todas las voces asumiendo que no hay una verdad. Cada persona puede tener visiones diferentes. Aunque te duela que la vivencia de la otra sea distinta a la tuya, la propuesta pasa por escuchar y compartir lo que te sucede al escuchar al resto, no buscar quién se aproxima más a la verdad. No se habla de las personas si no están presentes.

### **¿Quién las puede convocar?**

Cualquier persona que esté preocupada o tenga algo que decir. Puede pasar que alguien del equipo esté muy preocupado o tenga algo que decirle al resto, y si es así, también puede pedir una reunión. Esto es poco habitual porque en general el equipo va a intentar no hacerlo, porque pensamos que, tanto cuándo y cuánto reunirnos, como para qué hacerlo, son cosas que sabe mejor la gente que está viviendo la situación complicada.

### **¿A quién se puede invitar?**

La persona que pide la reunión decide a quién invitar. Puede invitar a cualquiera que forme parte del entorno social, del problema y de las instituciones implicadas, a cualquiera que tenga algo que decir, que pueda ayudar a salir de esta situación o que esté suponiendo un obstáculo.

Para invitar a alguien se le puede mandar este documento y así facilitar una comprensión común del problema.

### **¿Cuándo nos dejamos de reunir?**

Ocurre de forma natural, cuando nadie más tiene la necesidad de convocar reuniones. No lo decide la parte profesional, no hay un final de tratamiento que decide un experto. Es una conversación que se puede tener y llevar un tiempo, o quizás no se tenga nunca y las personas simplemente dejen de verse poco a poco, sin ser un tema.

También es lícito no querer más reuniones de pronto y no querer hablar de ello. El equipo se compromete a respetarlo y no perseguir a nadie.

### **¿Dónde se hacen las reuniones?**

La persona que la pide piensa y decide dónde es mejor que suceda. Puede ser en su casa, en casa de otra persona, en un parque... Si no cuenta con un espacio que le guste por lo que sea, podemos usar una de las salas que tenemos disponibles en \_\_\_\_\_. Puede ser en persona, de forma telemática o mezclando ambos formatos. Puede ser en persona para la mayoría pero que alguien esté a través del ordenador o del teléfono, porque sea importante su presencia y vivan lejos o no se puedan desplazar o crean que es mejor para ellas. Puede ser a veces de una manera y otras veces de otra.

### **El equipo de \_\_\_\_\_ en el Diálogo Abierto: ¿quiénes son y qué hacen?**

El equipo de \_\_\_\_\_ estará constituido por dos o tres personas que estarán presentes y disponibles para reunirse siempre que alguien del entorno quiera convocarnos. Dentro del equipo hay personas con estudios muy diferentes (terapia ocupacional, psicología, trabajo social, psiquiatría, derecho, \_\_\_\_\_...), aunque nuestro papel no será el de expertos en las disciplinas estudiadas sino el de facilitadores de la comunicación. Es decir, aunque se compartan conocimientos asociados a lo que se ha estudiado, las funciones del equipo serán ayudar a que se escuchen y se acepten todas las voces, a sostener las emociones intensas que puedan surgir en los encuentros y a recordar que no hay prisa a la hora de tomar decisiones, incluso cuando el sufrimiento es grave, ya que se parte de la idea de que la

comprensión es gradual y que la toma de decisiones precipitada, sin que sea comprendida por todos, puede ser dañina.

**¿Qué no hace el equipo de \_\_\_\_\_?**

El equipo no hace interpretaciones. No sabemos lo que está pasando ni qué es lo que hay que hacer. Confiamos en que quien sabe de verdad lo que está sucediendo son las personas invitadas, y por eso lo importante es facilitar la escucha de todas las personas presentes. No se insiste en una idea, ni se intenta persuadir a nadie de que sería lo mejor (incluyendo aquí la medicación). El equipo no prepara las reuniones antes de que sucedan. No fija los temas sobre los que se va a hablar, ni habla de las personas o de lo que se piensa que les sucede fuera de las reuniones. Todo lo que consideremos que hay que comunicar sobre lo que se está viviendo, pensando o sintiendo, se dice delante del resto.

# ◆ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A PSIQUIATRA DE CENTRO DE SALUD MENTAL II

A LA ATENCIÓN DE \_\_\_\_\_, **psiquiatra de referencia**

**del equipo de salud mental comunitario:**

\_\_\_\_\_, psiquiatra, con n.col \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_, psicólogo con n.col \_\_\_\_\_, informan, a fecha de \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_, de que \_\_\_\_\_, **se apoya desde \_\_\_\_\_ de 20\_\_ en el equipo de \_\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_ reúne a profesionales que han trabajado o trabajan dentro y fuera de los servicios de salud mental públicos, vinculados a organizaciones como

\_\_\_\_\_, a personas afectadas y a personas socialmente comprometidas con el objetivo de promover un cambio cultural en salud mental y sostener equipos que proporcionen una respuesta libre de coerción, particularmente en sufrimiento psíquico grave como el que acompaña los diagnósticos que incluyen experiencias psicóticas.

**Los equipos de \_\_\_\_\_** tienen el enfoque primario de fomentar un trato respetuoso en momentos especialmente vulnerables, incluyendo las crisis que tradicionalmente se tratan en hospitales, reuniéndose de forma ambulatoria con la persona y su entorno durante el tiempo que se requiera. Otra de sus funciones es acompañar procesos informados de búsqueda de dosis mínima o discontinuación de la medicación psiquiátrica cuando se corresponde con el deseo de la persona. La intervención es una alternativa a las medidas involuntarias (ingreso, medicación, incapacitación) y se basa en el Diálogo Abierto, el marco PAS, los servicios conscientes del trauma, las reivindicaciones del Movimiento en Primera Persona y los acuerdos internacionales garantes de los derechos y el buen trato de las personas psiquiatrizadas.

**El equipo base disponible para \_\_\_\_\_** está compuesto por psiquiatra y psicólogo\_\_\_\_\_, cuenta con la posibilidad de incorporar conocimientos de cualquier disciplina clásica de los equipos de salud mental y de otras, como expertes por experiencia, pero prioriza y defiende el trabajo conjunto con los servicios públicos de referencia porque así lo ha elegido \_\_\_\_\_ y así lo ha ido aceptando el servicio de salud mental a medida que se ha ido proponiendo.

**La metodología** se basa en la disponibilidad del equipo para reunirse de forma inmediata cuando la persona o cualquiera su red afectiva o su red de apoyo institucional lo requieran, siempre en menos de 48h, con el compromiso del equipo de mantener las reuniones el tiempo y con la frecuencia que sean necesarias, incluso diarias, con el objetivo de afrontar cualquier preocupación, como podría ser por ejemplo la detección de un estado de crisis y la organización de los apoyos que se requieran para atravesarla sin medidas coercitivas. **Estas reuniones pueden ser convocadas llamando al \_\_\_\_\_ o al \_\_\_\_\_, estando estos teléfonos disponibles también para cualquier profesional o técnico\_**

**que tenga relación con \_\_\_\_\_, tanto de atención primaria y salud mental, como SAMUR o servicios sociales.**

**Desde \_\_\_\_\_ de 20\_\_ hasta el momento** se han producido del orden de 25 reuniones de Diálogo Abierto, de una hora y media de duración, con la participación de una media de 6 personas por reunión y la negativa de su familia a incluirse hasta el momento. Se han centrado en promover una red informada y comprometida con prevenir y sostener crisis, la organización de la defensa de la demanda de incapacitación, la coordinación con los servicios de apoyo, y la construcción de un plan de discontinuación del apoyo farmacológico. Este trabajo se resume a continuación, solicitando colaboración para seguir adelante:

**En cuanto a la red de apoyo** la situación actual es muy favorable, existe un grupo amplio de personas del círculo íntimo de convivencia y cotidianidad, y también de relación vecinal, informadas y disponibles para formar parte, prevenir y sostener procesos de crisis en la comunidad, sin necesidad de ingreso.

**En cuanto a la coordinación,** desde que se ha formalizado la relación como equipo hemos avanzado y se ha producido un encuentro del equipo de \_\_\_\_\_, la red afectiva y el psicólogo asignado en el equipo de salud mental comunitaria, además de la participación en la docencia de residentes del servicio de referencia para explicar la metodología del diálogo abierto, y se desea y propone continuar tejiendo organizando los encuentros que sean posibles teniendo en cuenta la presión asistencial de la consulta.

**En cuanto a la defensa de la demanda de incapacitación** se cuenta con un equipo jurídico informado sobre la vulneración de los derechos de las personas psiquiatrizadas, coordinado con la Sección de Derechos Humanos de \_\_\_\_\_, y la capacidad de hacer informes y declarar por parte del equipo sanitario de \_\_\_\_\_: estando en estos momentos a la espera de la sentencia del juzgado de primera instancia y con el acuerdo de recurrir si falla en contra del deseo de mantener la capacidad de \_\_\_\_\_, que coincide con el criterio del equipo de \_\_\_\_\_.

**En cuanto al plan de discontinuación** se ha construido una propuesta que queremos trasladar para solicitar colaboración y que tiene en cuenta el malestar actual de \_\_\_\_\_ (interferencia cognitiva, impacto psicomotriz, anestesia, aumento de peso), sus valores, el consentimiento informado para prescribir y desprescribir; además de sumar al equipo base el conocimiento experto de \_\_\_\_\_, farmacéutico involucrado en procesos de discontinuación desde hace años.

### **Plan de discontinuación y pactos de cuidado**

Siguiendo las recomendaciones, se tomó un tiempo para discutir informadamente por qué fármaco empezar de los dos prescritos. Se valoraron indicaciones, dosis, toxicidad; y **se eligió aripiprazol**, fundamentalmente por ser el que \_\_\_\_\_ identifica como el que prioriza retirar por atribuirle la mayor interferencia cognitiva.

Se ha construido un plan de retirada que incorpora un trabajo en pactos de cuidado y las últimas publicaciones al respecto (<https://iipdw.org/board-associates/>) y el conocimiento acumulado por las personas afectadas (<https://www.survivingantidepressants.org/>, <https://www.theinnercompass.org/>), muy conscientes del riesgo de abstinencia, aterrizado en una de las pautas posibles, basada en una curva de descenso aproximada a la proporcionalidad inversa de dosis/tiempo, así como un periodo de retirada de 1 año, que se resume a continuación:

**Día 0:** Cambio de forma farmacéutica a aripiprazol solución oral 1mg/1ml, mediante un cambio en la prescripción que consta actualmente. La solución oral contiene una jeringa dosificadora de 5ml, junto a vasito dosificador, algunos contienen pipeta graduada. La dosis actual de 5mg equivale a 5ml.

**Mes 1:** 4,5mg=4,5ml/día, mantener durante 1 mes.

*Explicación:* Una reducción de 0,5ml a 4,5mg/día, supone una reducción del 10% sobre la dosis previa. Como la vida media de eliminación de aripiprazol oral es de 3 días, el nuevo estado estacionario de concentraciones plasmáticas se conseguirá en unos 15 días.

**Mes 2:** 4,0mg=4,0ml/día, mantener durante 1 mes

**Mes 3:** 3,5mg=3,5ml/día (mantener 1 mes)

Hasta aquí la rama de descenso rápido de una curva de proporcionalidad inversa, a partir de aquí zona de retirada progresivamente más lenta (aunque proporcionalmente las retiradas son más rápidas).

**Mes 4:** 3,0mg=3,0ml (mantener 1 mes)

**Mes 5:** 2,6mg=2,5ml/día (mantener 1 mes)

**Mes 6:** 2,1mg=2,1ml/día (mantener 1 mes)

**Mes 7:** 1,7mg=1,7ml/día (mantener 1 mes)

**Mes 8:** 1,5mg=1,5ml/día (mantener 1 mes)

**Mes 9:** 1,1mg = 1,1ml/día (1 mes)

**Mes 10:** 0,8mg = 0,8ml/día (1 mes)

**Mes 11:** 0,5mg=0,5ml/día (1 mes)

**Mes 12:** 0,2mg= 0,2ml/día (1 mes)

### **Retirada total**

Esta pauta es una de las posibles, basada en una curva de descenso aproximada a la proporcionalidad inversa de dosis/tiempo, así como un periodo de retirada de 1 año.

Esta pauta cuenta con los siguientes pactos de cuidado:

- Cualquier persona de la red tanto afectiva como de profesionales implicados en atención primaria, atención en salud mental, servicios sociales, pueden convocar una reunión si se preocupan por cualquier cosa de las que estén pasando, llamando al \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) o al \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

- El equipo de \_\_\_\_\_ se compromete a organizar una reunión en menos de 48h desde que cualquier persona hace la petición.

### **Para seguir con el trabajo centrado en necesidades el equipo traslada las siguientes PETICIONES:**

- **Que se proceda a la prescripción de aripiprazol solución** y a la retirada de aripiprazol comprimidos, para facilitar un proceso de discontinuación seguro y prudente.

- **Que se pueda hablar de organizar una reunión que nos permita conocernos** para futuras coordinaciones que se puedan necesitar, con adaptación del equipo de \_\_\_\_\_ a la fecha y horario y duración que sea posible teniendo en cuenta la presión asistencial de la consulta.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ◆ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A PSIQUIATRA DE CENTRO DE SALUD MENTAL III

\_\_\_\_\_, psiquiatra, con n.col \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_,  
psicólogo, con n.col \_\_\_\_\_, equipo de \_\_\_\_\_  
(www.\_\_\_\_\_) en el que se apoya \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_, de  
cara a la cita programada el \_\_\_\_\_ con psiquiatra de referencia del equipo de  
salud mental comunitario, INFORMAN QUE:

Desde \_\_\_\_\_ hasta el momento, se han celebrado reuniones de Diálogo Abierto con una frecuencia media semanal, convocadas tanto por \_\_\_\_\_ como por distintas personas de su entorno habitual, a excepción de su familia que se sigue manteniendo fuera del proceso y sin usar este recurso disponible para la gestión no coercitiva de situaciones difíciles. Los contenidos han tenido que ver con profundizar en lo que ocurre, en cómo no entrar y en cómo salir de situaciones emocionalmente intensas no sostenibles, con profundizar en el consentimiento informado de las prácticas en salud mental, con la discontinuación del aripiprazol, con la defensa contra la demanda de curatela económica, y con la organización de apoyos para reducir el impacto de la mala gestión de las medidas cautelares por parte del administrador asignado. En todo este tiempo no han sucedido estados emocionales intensos subsidiarios de tener que organizar una respuesta a la crisis alternativa a la hospitalización.

En cuanto al plan de discontinuación: la retirada de aripiprazol se completó el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, sin contratiempos y sin reducción clara de la toxicidad farmacológica hasta el último tramo, momento en el que sí coincide que se produce tanto una mejora de la interferencia cognitiva como de la abulia. Informad\_ de los riesgos y beneficios del depakine, así como de los dos grandes paradigmas de prescripción, y de acuerdo a sus valores previos al diagnóstico en psiquiatría; la decisión de \_\_\_\_\_ es continuar el proceso de discontinuación, encarando la reducción progresiva de depakine de acuerdo al conocimiento acumulado hasta el momento y con un plan modificable según necesidades:

## **Plan de discontinuación y pactos de cuidado**

Se ha construído un plan de retirada que incorpora, como anteriormente, el trabajo en pactos de cuidado y las últimas publicaciones al respecto (<https://iipdw.org/board-associates/>) y el conocimiento acumulado por las personas afectadas (<https://www.survivingantidepressants.org/>, <https://www.theinnercompass.org/>), muy conscientes del riesgo de abstinencia, aterrizado en una de las pautas posibles, basada en una curva de descenso aproximada a la proporcionalidad inversa de dosis/tiempo, así como un periodo de retirada de 8 meses y medio, que se resume a continuación:

Día 0: Desde la retirada completa de aripiprazol se mantiene al menos 4 semanas la dosis habitual de valproico (1250mg/día, depakine 500mg. ½-1-1) . Se aprovecha en este periodo para solicitar la sustitución en receta electrónica de depakine 500 comprimidos por depakine solución oral 200mg/ml.

Pasado ese tiempo, seguir el siguiente plan:

<b>Semana</b>	<b>Dosis diaria (mg)</b>	<b>Solución (ml/día) Cantidad reducida (mg) Reducción de la dosis respecto a la previa (%)</b>	<b>Comprimidos 500mg</b>	<b>Solución oral 200mg/ml (ml/toma)</b>
Día 0	1250	-----	½-1-1	-----
1º	1200	6   50   4%	-----	2-2-2
2º y 3º	1100	5,5   100   9%	-----	2-1,5-2
4º y 5º	1000	5   100   9%	-----	2-1-2
6º y 7º	900	4,5   100   10%	-----	2-0,5-2
8º y 9º	800	4   100   12%	-----	2-0-2
10º y 11º	700	3,5   100   13%	-----	1,7-0-1,8
12º y 13	620	3,1   80   11%	-----	1,5-0-1,6
14º y 15º	540	2,7   80   13%	-----	1,3-0-1,4
16º y 17º	460	2,3   80   15%	-----	1,1-0-1,2
18º y 19º	380	1,9   80   17%	-----	0,9-0-1,0
20º y 21	300	1,5   80   22%	-----	0,7-0-0,8
22º y 23º	240	1,2   60   20%	-----	0,6-0-0,6
24º y 25º	180	0,9   60   25%	-----	0,4-0-0,5
26º y 27	120	0,6   60   33%	-----	0,3-0-0,3
28º y 29º	80	0,4   40   33%	-----	0,2-0-0,2



30º y 31º	40	0,2   40   50%	-----	0,1-0-0,1
32º y 33º	20	0,1   20   50%	-----	0-0-0,1
34º	0	0   20   100%	-----	0-0-0

Esta pauta cuenta con los siguientes pactos de cuidado:

- Se detendrá el descenso aumentando los tiempos entre una reducción y la siguiente o reduciendo el porcentaje si este ritmo no se tolera por la razón que sea, y se volverá al paso previo si se precisa, en la misma lógica de respeto a los resultados.
- Cualquier persona de la red tanto afectiva como de profesionales implicados en atención primaria, atención en salud mental, o servicios sociales, pueden convocar una reunión si se preocupan por cualquier cosa de las que estén pasando, llamando al \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) o al \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).
- El equipo de \_\_\_\_\_ se compromete a organizar de forma inmediata una reunión de Diálogo Abierto para gestionar la situación, siempre en menos de 48h desde que cualquier persona convocante hace la petición.

Para seguir con este trabajo centrado en necesidades, el equipo traslada las siguientes PETICIONES:

- QUE SE PROCEDA A LA PRESCRIPCIÓN DE DEPAKINE SOLUCIÓN 200MG/ML Y A LA RETIRADA DE DEPAKINE COMPRIMIDOS, SUPERADAS YA LAS CUATRO SEMANAS DESDE LA RETIRADA COMPLETA DE ARIPIRAZOL Y CON EL OBJETIVO DE FACILITAR EL INICIO DE UN PROCESO DE DISCONTINUACIÓN SEGURO Y PRUDENTE DE VALPROICO.
- QUE SE FACILITE DISPONIBILIDAD PARA UNA REUNIÓN QUE NOS PERMITA CONOCERNOS, DE CARA A FUTURAS COORDINACIONES QUE SE PUEDAN NECESITAR, CON ADAPTACIÓN DEL EQUIPO DE \_\_\_\_\_ A LA FECHA Y HORARIO Y DURACIÓN QUE SEA POSIBLE TENIENDO EN CUENTA LA PRESIÓN ASISTENCIAL DE LA CONSULTA.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ● PETICIÓN DE COOPERACIÓN A INSPECCIÓN MÉDICA

El equipo sanitario \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de cara a la Inspección médica por baja laboral, considera necesario comunicar su proceso y recomendaciones terapéuticas.

\_\_\_\_\_ contacta en \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ con el equipo sociosanitario, tras larga ineficacia del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, con malestar grave y limitante asociado tanto a la toma y retirada de medicación psiquiátrica, como a una situación familiar y laboral complicada. Comienza seguimiento en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ reúne a profesionales comprometidos con responder a las crisis psiquiátricas sin ejercer coerción y garantiza una prescripción basada en derechos y necesidades, incluyendo el acceso a la discontinuación de psicofármacos y la promoción de un cambio cultural que incorpore toda la información disponible sobre toxicidad, abstinencia, riesgos y usos posibles para alcanzar un correcto consentimiento informado.

## **Antecedentes Personales**

Sufrimiento psicosocial desde la niñez, pasando por situación de calle y consumo de tóxicos en la adolescencia, sin apoyo de familia de origen en esa temporada. Atendid\_ desde su juventud en circuito público y privado de atención en drogodependencias y psicoterapia, de forma programada y urgente.

Con ansiedad como síntoma propio inicial y depresión posteriormente, su tratamiento psicofarmacológico, desde \_\_\_\_\_ en \_\_\_ episodios, y mantenido como crónico desde el \_\_\_\_\_ consistía fundamentalmente en prescripción de \_\_\_\_\_, en el último tiempo añadiendo a dosis elevadas y por larga temporada \_\_\_\_\_ (todos factores que influyen en la mayor intensidad de abstinencia que puede producirse en la retirada).

Siempre ha tenido alta adherencia al tratamiento, tanto en la toma de ansiolíticos y antidepresivos como en la asistencia a psicoterapia cognitivo conductual.

## **Situación basal**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años, con vida laboral y social interferida desde \_\_\_\_\_. Necesidad de apoyo en actividades de la vida diaria, incluso básicas en los peores momentos, a cargo fundamentalmente de \_\_\_\_\_. Situación de desbordamiento debido a complicaciones derivadas de cirugías (\_\_\_\_\_), situación COVID19 que retrasó su recuperación, fallecimiento de su \_adre por COVID19 contraído en el hospital de \_\_\_\_\_ durante un ingreso por episodio de \_\_\_\_\_ (con fecha de \_\_\_\_\_) y acompañamiento de dos familiares en situación de violencia de género desde \_\_\_\_\_. Red social ampliada interrumpida debido a la situación de aislamiento por crisis sociosanitaria y estado emocional.

## **Episodio actual**

En proceso de recuperación debido a malestar grave con bloqueo progresivo de su proyecto de vida, incluyendo relaciones, trabajo y ocio. Se trata de un malestar físico y emocional atribuido durante años a la patología psiquiátrica de base por los servicios de salud mental y atención primaria, e intervenido bajo esa hipótesis de trabajo con empeoramiento progresivo, propuestas de polifarmacia cada vez más agresivas, y fracaso de la psicoterapia cognitivo-conductual.

Tras larga etapa de cumplimiento estricto, ineficacia, y aumento y diversificación del malestar con toma de psicofármacos y sin beneficio percibido en retrospectiva, intuye la problemática central e inicia proceso de discontinuación sin encontrar apoyos profesionales disponibles informados, con ayuda del conocimiento generado por las propias personas que los han tomado y conseguido dejarlos, encontrándose con dificultades de abstinencia al enfrentar la retirada de \_\_\_\_\_ y después de \_\_\_\_\_, fármacos que forman parte del grupo de antidepresivos de mayor riesgo de generar estos problemas.

Durante años no se ha escuchado esta problemática y se ha tendido a minimizar la toxicidad y confundir la abstinencia de psicofármacos con la recaída en la problemática previa, agravando la situación. En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que la toxicidad de antidepresivos incluye náuseas, vómitos, insomnio, sedación, estreñimiento, desmayos, dolores de cabeza, palpitaciones, erupciones cutáneas, cambio de peso, visión borrosa, temblores, escalofríos, fiebre, convulsiones, sangrado anormal y accidente cerebrovascular, despersonalización, desrealización, confusión, manía y psicosis, disfunción sexual, deterioro cognitivo incluso después de la abstinencia del fármaco. A su vez hay que tener en cuenta que algunos síntomas de abstinencia pueden sentirse como los síntomas que tenía antes de comenzar con el antidepresivo, como por ejemplo el mal humor o la dificultad para dormir, y que los síntomas de abstinencia normalmente comienzan poco después de reducir o suspender su medicación, mientras que la recaída es poco común en las primeras semanas después de suspender el tratamiento; aunque este análisis tiene limitaciones, como el hecho de que la abstinencia puede aparecer de manera tardía, pero si hay reacciones físicas y emocionales al tiempo, aumenta la probabilidad de que estén relacionados con la abstinencia.

## **Exploración**

Consciente y orientad\_\_ en las tres esferas. Malestar general. Dolores osteomusculares. Temblores. Sequedad de piel y mucosas. Mareos. Cefaleas. Visión doble, rastro visual, destellos. No sensaciones de descarga eléctrica en brazos, piernas ni cabeza (zaps). Acatisia. Palpitaciones. Sudoración excesiva, cambios térmicos. Discurso organizado. Ansiedad en oleadas. Anhedonia, astenia, apatía, anestesia, embotamiento. Pensamientos obsesivos autocríticos. No escucha de voces ni experiencias inusuales. Pensamientos suicidas. Fatiga, somnolencia. Insomnio. Sueños vívidos y aterradores. Juicio de realidad conservado.

## **Evolución**

Desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ acompañamos a \_\_\_\_\_ de forma presencial a demanda, a través de un equipo base compuesto por psiquiatra, trabajador\_ social y terapeuta ocupacional. Se ha realizado una media de un encuentro semanal de 1,5h de duración, basados en el Diálogo Abierto, con el objetivo principal inicial de identificar y organizar los apoyos útiles en cada etapa del proceso, apoyos capaces de contener el malestar y sostener la situación afectiva el tiempo que sea necesario para la recuperación de su salud.

La retirada de antidepresivos ha comportado síntomas graves (ideación suicida, bajo estado de ánimo) al utilizar reducciones mayores que la recomendación clásica del 10% de la dosis cada 4-6 semanas; decisión compartida que se tomó motivada por tener una red de apoyo estable, alta motivación por recuperarse, histórico de recuperación exitosa con otras sustancias, apoyo desde el Centro de Salud Mental de \_\_\_\_\_ y nuestro equipo, mejoría de las condiciones socio-sanitarias del COVID, y recuperación lenta pero progresiva de sus actividades significativas. Teniendo en cuenta las curvas de unión a receptores, su clasificación como antidepresivo con riesgo alto de abstinencia y los antecedentes de abstinencia grave con la retirada de \_\_\_\_\_, está indicado reducir el ritmo de retirada o mantener la dosis temporalmente, tanto como se precise, y esto anticipa la necesidad de contar con tiempo de recuperación por delante y cuidados disponibles para tener éxito. Parte fundamental del trabajo está siendo compartir conocimiento acumulado y evidencia científica, y contrarrestar las ideas preconcebidas sobre la psiquiatría, los diagnósticos y los tratamientos psicofarmacológicos, así como profundizar sobre relaciones y actividades de su entorno que le provocan síntomas, como lo es, por ejemplo, la exigencia de su puesto laboral, agravado por la situación actual de pandemia.

Durante los encuentros se ha hecho evidente que \_\_\_\_\_ ha sido dañado, tanto por su historia de vida y respuesta social, como por la pronta y perseverante medicalización de su sufrimiento, por el maltrato asociado al diagnóstico recibido de \_\_\_\_\_, consistente en descrédito y expectativa de subordinación; en parte basado en el fenómeno conocido como deshecho representacional, que consiste en atribuir características humanas mal consideradas a las personas psiquiatrizadas (litigantes, mentirosas, exageradas, imprecisas, vagas, aprovechadas). Estas experiencias provocan un efecto traumático acumulativo, que coincide con relatos previos de otras personas afectadas por similares condiciones, descritos en documentos profesionales como el marco PAS y la investigación de los servicios conscientes del trauma; a saber:

- Impacto del diagnóstico, con importante repercusión de las palabras utilizadas y sesgo de género, reorganización de las dinámicas familiares a un estilo fijo perjudicial y ruptura de la red de pares por el proceso de psiquiatrización y estigma.
- Impacto de la medicación a dosis altas: interferencia cognitiva en todas las esferas, anestesia emocional, malestar general.
- Impacto de la psiquiatrización: alienación, pérdida de intereses, desconexión con el deseo propio, falta de creatividad, estrechamiento del mapa de lo posible para sí mismo, pérdida de sentido, pérdida de la condición de sujeto, impotencia, discapacidad, desesperanza, abandono de la autodirección, deseos de muerte, rabia, sometimiento, terror, flashbacks.

Por todo lo referido, se requiere continuar en tratamiento desde Diálogo Abierto y apoyo en la discontinuación.

### **Diagnóstico**

1. Toxicidad por antidepresivos, asimilable a F06.8 de la CIE-10 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.
2. Síndrome de abstinencia prolongada de antidepresivos, asimilable a F07.9 de la CIE-10 Trastorno de personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

3. Daño recibido por los servicios de salud, asimilable a F43.1 de la CIE- 10 Trastorno de estrés postraumático.

### Recomendaciones terapéuticas

- ASEGURAR AL MENOS 12 MESES DE APOYOS MATERIALES QUE PERMITAN DEDICARSE POR COMPLETO A TERMINAR EL PROCESO DE DISCONTINUACIÓN Y SUPERAR EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA PROLONGADA, QUE SON TAREAS EXIGENTES QUE REQUIEREN CUIDADOS, REPOSO Y RESISTENCIA.
- EVITAR INCORPORACIÓN INMEDIATA A SU PUESTO LABORAL COMO \_\_\_\_\_, DEBIDO A LOS RIESGOS PSICOSOCIALES ACTUALES QUE CONLLEVA EL PUESTO.
- MANTENER PROCESO DE DISCONTINUACIÓN LENTAMENTE PROGRESIVA DE TODO EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN CONDICIONES DE SEGURIDAD, SIENDO TODAVÍA EN ESTOS MOMENTOS: \_\_\_\_\_
- CONTRAINDICACIÓN DEL USO DE PSICOFÁRMACOS COMO TRATAMIENTO PRINCIPAL EN EL FUTURO.
- EN EL CASO DE OPTAR POR USAR PSICOFÁRMACOS EN EL FUTURO SIEMPRE HACERLO CON CONSENTIMIENTO INFORMADO, A DOSIS MÍNIMA, EL MENOR TIEMPO POSIBLE SI RESULTA EFICAZ Y SIN RECURRIR A LA POLIFARMACIA.

El equipo profesional abajo firmante emitimos este informe a petición del paciente, con el objeto de ser aportado en la Inspección médica por baja laboral, en \_\_\_\_\_, a fecha de \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Trabajador social, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# **ACCEDER A DROGAS PSIQUIÁTRICAS**

# PETICIÓN DE COOPERACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA

\_\_\_\_\_, psiquiatra, con n.col \_\_\_\_\_, como parte del equipo de respuesta a las crisis de \_\_\_\_\_ (www. \_\_\_\_\_), solicita colaboración a Atención Primaria para la emisión de recetas de psicofármacos de \_\_\_\_\_ (DNI/NIE/pasaporte \_\_\_\_\_), de acuerdo a apoyar la sostenibilidad económica, uno de los determinantes de la salud mental.

Este equipo de respuesta a las crisis\*, compuesto por psiquiatra y psicólogo\_\_\_ (teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_), tiene el enfoque primario de fomentar un trato respetuoso en momentos especialmente vulnerables, reuniéndose con el entorno para llegar a un entendimiento y a tomar decisiones en común el tiempo que se requiera.

**Con fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**, en reunión con \_\_\_\_\_ se acuerda el siguiente apoyo farmacológico:

- estabilizar depakine
- seguir explorando dosis mínima de aripirazol
- seguir utilizando lorazepam como ansiolítico puntual
- utilizar olanzapina como ansiolítico puntual para momentos especialmente difíciles

Lo que nos hace pedir que:

- se mantenga una prescripción de depakine 300mg al día.
- **se active la prescripción de aripirazol 5mg 4 comprimidos al día (URGENTE, dispone de comprimidos hasta el \_\_/\_\_/20\_).**
- se active la prescripción de lorazepam 5mg para usar hasta 1 comprimido en momentos difíciles y menos dosis cuando sea suficiente ( $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{3}{4}$ ).
- se active la prescripción de olanzapina 5mg para que se utilice 1 comprimido en momentos especialmente difíciles, cuando el lorazepam no sea suficiente.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

*\*Basado en el Diálogo Abierto, las reivindicaciones del Movimiento en Primera Persona y de los acuerdos internacionales garantes de los derechos y el buen trato de las personas psiquiatrizadas.*

**NO IR A TRABAJAR**



# ○ JUSTIFICAR LA ASISTENCIA A REUNIONES\*

**SE CERTIFICA** QUE \_\_\_\_\_\*\*, con DNI/NIE/pasaporte \_\_\_\_\_, ha acudido a cita médica el \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_ a las \_\_:\_\_\_.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

*\*Para saber más sobre las reuniones, consultar "Folleto informativo: ¿qué son las reuniones?".*

*\*\*El interés que tiene este documento es que fue emitido para una persona que no es le paciente identificade.*

# JUSTIFICAR LA IMPLICACIÓN EN SITUACIONES DIFÍCILES

A \_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_.

A la atención de quien corresponda,

Informamos de que \_alumn\_ \_\_\_\_\_ con **DNI/NIE/pasaporte** \_\_\_\_\_, ha participado de forma ininterrumpida desde el día \_\_/\_\_/\_\_\_\_ en el acompañamiento y asistencia psicológica de un entorno en crisis, en una situación de alto riesgo vital y de ingreso hospitalario psiquiátrico.

Como parte del equipo sanitario al que se encuentra vinculada en la realización de su Trabajo de Fin de Máster\*, redactamos la presente nota para justificar su ausencia en las clases magistrales de la asignatura \_\_\_\_\_ y el examen de \_\_\_\_\_ del día de hoy \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

Para más información, no duden en contactarnos. Un cordial saludo.

Equipo de \_\_\_\_\_  
www. \_\_\_\_\_

Fdo \_\_\_\_\_  
Psicólog\_\_ sanitari\_\_, n.col \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_  
Médic\_\_, n.col \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

*\*El interés que tiene este documento es que fue emitido para una persona que se sumó a la respuesta colectiva de una situación de crisis y no estaba en la plantilla sanitaria.*

# **RECURRIR MULTAS**



# RECURSO DE SANCIÓN EN EL CONFINAMIENTO

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

El equipo \_\_\_\_\_, equipo de referencia de \_\_\_\_\_, de cara a la reclamación de la multa interpuesta con fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, considera necesario comunicar:

1. Que en los múltiples contactos mantenidos con \_\_\_\_\_ y sus allegados, han tomado gran importancia las malas experiencias que ha tenido en relación a su enfermedad y a momentos importantes de su vida en los que necesitó ayuda. Acumula vivencias en las que sintió que las figuras de autoridad a las que recurría en busca de ayuda, como personal sanitario o personal administrativo, no solo no la prestaban, sino que las acciones que realizaban tenían como consecuencia un empeoramiento de su cuadro emocional. En el pasado ha resultado muy angustioso que en algunas ocasiones se cuestione o minimice la existencia de su sintomatología, se le culpabilice o se emplee un lenguaje que siente como agresivo, causándole esto gran malestar y daño, así como la sensación de no tener credibilidad y, por tanto, de que no se le escuche.

2. Que a finales del mes \_\_\_\_\_ notamos un empeoramiento en su estado emocional que se debe a diferentes factores, destacando entre ellos dos encuentros con las fuerzas de seguridad del estado:

- El primero de ellos en el parking de un supermercado, del que recibieron dos propuestas de sanción, una para \_\_\_\_\_ y otra para su pareja, siendo estas recurridas con las alegaciones pertinentes y obteniendo en ambos casos el sobreseimiento y archivo de los expedientes de referencia.
- El segundo de los encuentros ocurre un par de semanas después, a finales de \_\_\_\_\_, concretamente el día \_\_\_\_\_, encontrándose cerca de su casa en el carril bici paseando a su perro, donde le interpelean dos agentes de la Policía Local en motocicleta. Los agentes solicitan que acredite su lugar de residencia, a lo que responde que vive en las proximidades, que está de alquiler con su pareja, pero que no tiene ningún documento encima que pueda demostrarlo. Los agentes le comunican que van a denunciar por no poder presentar los documentos exigidos para demostrar que vive en la localidad, y en ese momento se da cuenta de que posee recibos de la luz en el móvil que pueden acreditar su lugar de residencia. Esto parece generar desconfianza en los agentes, que se niegan a verlos, actitud que provoca nerviosismo e intimidación, pero consigue comunicar que tiene una discapacidad, que se encuentra mal y que

necesita estar en la sombra para hablar. Siente mucha barrera para que se escuchen cuáles son sus circunstancias, y descreimiento, lo que reactiva el daño del pasado y le hace reaccionar a la defensiva manteniendo una discusión con los agentes, que valoran incluso la detención y, finalmente, le indican que regrese a su domicilio. Esto le genera gran estrés y malestar, que consigue controlar a lo largo de los días pero que regresa de forma más intensa al vivenciar claramente lo que considera un abuso de autoridad, produciéndose así un empeoramiento en el cuadro emocional que padece.

3. Que el caso de \_\_\_\_\_ se beneficiaba del artículo 7 del Real Decreto 463/2020, del 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma y que permite en su apartado g) el desplazamiento de las personas por causa de fuerza mayor o situación de necesidad, considerando que las personas con discapacidad pueden salir a la calle por necesidad siempre y cuando se respeten las medidas necesarias para evitar el contagio.

4. Que consideramos que la acumulación de experiencias negativas y trato inadecuado por parte de distintos agentes comunitarios ha generado una reacción emocional ante figuras de autoridad, esperando recibir de estas daño en lugar de ayuda. Estos efectos se exponen en diferentes estudios y modelos de trabajo como el Marco PAS<sup>1</sup> o el TIS<sup>2</sup> (Enfoques con Conciencia sobre el Trauma), que encuentra evidencia de que cuando las figuras de autoridad no tienen conciencia de que tratan con personas vulnerables y que han sufrido grandes daños pueden producir un efecto iatrogénico e incluso retraumatizar a las personas con sus acciones. El personal que trabaja con colectivos vulnerables, así como el personal de salud y las fuerzas de seguridad deben conocer esta realidad para poder ayudar a las personas que han recibido violencia de la mejor manera posible. Primero, es importante entender que su presencia como figura de autoridad es suficiente en ocasiones para hacer que las personas pierdan el control de su capacidad para regular su comportamiento, sobre todo si desde otras posiciones de poder o desde otras figuras de autoridad han experimentado situaciones que han vivido y sentido como abusivas. En segundo lugar, es importante que las fuerzas de seguridad no asuman que el comportamiento de la persona es hacer un daño intencional y tiene una finalidad que no sea la de defenderse.

Emitimos este informe a petición de \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). El marco de Poder, amenaza y significado. Publicación Abreviada de la original de la División de Psicología Clínica del Colegio de Psicología Británico. AEN. 2018.

<sup>2</sup> Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., & Gillard, S. (2018). A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych advances*, 24(5), 319-333. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.29>

# **RENOVAR CARNET DE CONDUCIR**

## ■ NOTA PARA PASAR EL PSICOTÉCNICO

De cara a la renovación del carnet de conducir,

A fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_ se informa de que \_\_\_\_\_\*, **con DNI/NIE/pasaporte** \_\_\_\_\_, **no utiliza apoyo farmacológico desde** \_\_\_\_\_ de 20\_\_, sin previsión de que vuelva a utilizarlo en el futuro. Asimismo no presenta ninguna otra contraindicación para la conducción.

Atentamente,

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

*\*El interés que tiene este documento es que en su historia clínica de la seguridad social constaba que estaba tomando drogas psiquiátricas, que no tomaba.*

# **FRENAR INGRESO PSIQUIÁTRICO**



# ◆ CONTRAINDICACIÓN DE INGRESO PSIQUIÁTRICO I

El equipo sanitario a cargo de la respuesta a las crisis de \_\_\_\_\_, ratifica a fecha \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ como criterio firme y estable, para ser informado a todos los agentes e interlocutores comunitarios durante su proceso de recuperación, que:

## **SE CONTRAINDICA EN TODA CIRCUNSTANCIA EL TRASLADO FORZOSO AL HOSPITAL PARA VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA**

**En su caso, trasladar forzosamente, ingresar forzosamente y medicar forzosamente se considera perjudicial y subsidiario de daño irreversible para su salud, un daño superior a cualquier beneficio estimado.** Se considera que activar el protocolo de valoración por psiquiatría en los servicios de salud mental en momentos de tensión, en su caso, aumenta el riesgo para sí mism\_ y para l\_s demás y, por tanto, desde el equipo responsable se indica optar en todas las situaciones por medidas alternativas, estando este equipo disponible tanto por teléfono, localizable en \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, como para organizar una reunión de tratamiento en un máximo 24h con \_\_\_\_\_ y su entorno para llegar a los acuerdos que fuesen necesarios para seguir adelante.

Esta decisión se toma dentro de un trabajo basado en Diálogo Abierto, el marco PAS, el marco de los servicios conscientes del trauma, los informes de Naciones Unidas y las reivindicaciones del movimiento en primera persona, y se sostiene desde la responsabilidad plena de los profesionales que conformamos el equipo de respuesta.

Así mismo, esta recomendación se fundamenta, entre otros, en principios básicos de nuestro ordenamiento jurídico atinentes a la autonomía del paciente; la dignidad de la persona humana; el derecho de todo usuario a decidir libremente y negarse al tratamiento y la obligación de todo profesional de prestar adecuadamente sus técnicas, y cumplir con su deber de información y respetar las decisiones libres adoptadas por el “paciente” y, especialmente, si están fundamentadas en criterios clínicos como el que en este documento se recoge (art. 2 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente; arts. 14, 15 y 17.1 Constitución Española).

De no respetarse lo indicado conforme al criterio clínico emitido por los profesionales firmantes, \_\_ afectad\_ se reserva la posibilidad de emprender las acciones legales pertinentes contra quien ponga en riesgo su integridad y sus derechos fundamentales.

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólog\_, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_



# CONTRAINDICACIÓN DE INGRESO PSIQUIÁTRICO II

El equipo sanitario a cargo de la respuesta a las crisis de \_\_\_\_\_ ratifica a fecha \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, como criterio firme y estable, para ser comunicado a todos los agentes e interlocutores comunitarios, que:

## **SE CONTRAINDICA EN TODA CIRCUNSTANCIA EL TRASLADO FORZOSO AL HOSPITAL PARA VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA**

**En su caso, trasladar forzosamente, ingresar forzosamente y medicar forzosamente se considera perjudicial y subsidiario de daño irreversible para su salud, un daño superior a cualquier beneficio estimado.** Se considera que activar el protocolo de valoración por psiquiatría en los servicios de salud mental en momentos de tensión, en su caso, aumenta el riesgo para sí mism\_ y para los demás y, por tanto, desde el equipo responsable se indica optar en todas las situaciones por medidas alternativas, estando este equipo \_\_\_\_\_ disponible \_\_\_\_\_ tanto \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ teléfono, \_\_\_\_\_ localizable \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, como para organizar una reunión de tratamiento inmediata con \_\_\_\_\_ y su entorno, y así llegar a los acuerdos que fuesen necesarios para seguir adelante.

Esta decisión se toma dentro de un trabajo basado en diálogo abierto, el marco PAS, el marco de los servicios conscientes del trauma, los informes de Naciones Unidas y las reivindicaciones del movimiento en primera persona, **refleja las voluntades anticipadas expresadas por \_ paciente verbalmente y por escrito**, y se sostiene desde la responsabilidad plena de l\_s profesionales que conformamos el equipo de respuesta.

Así mismo, esta recomendación se fundamenta, entre otros, en principios básicos de nuestro ordenamiento jurídico atinentes a la autonomía del paciente; la dignidad de la persona humana; el derecho de todo usuario a decidir libremente y negarse al tratamiento y la obligación de todo profesional de prestar adecuadamente sus técnicas, y cumplir con su deber de información y respetar las decisiones libres adoptadas por \_\_ “paciente” y, especialmente, si están fundamentadas en criterios clínicos como el que en este documento se recoge (art. 2 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente; arts. 14, 15 y 17.1 Constitución Española).

De no respetarse lo indicado conforme al criterio clínico emitido por l\_s profesionales firmantes, \_ afectad\_ se reserva la posibilidad de emprender las acciones legales pertinentes contra quien ponga en riesgo su integridad y sus derechos fundamentales.

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ■ CIRCULAR DIRIGIDA A VECINES DE UN PUEBLO

A/A Vecinas y Vecinos de \_\_\_\_\_

Nos dirigimos a todas las vecinas y vecinos desde el equipo sanitario de \_\_\_\_\_ (www.\_\_\_\_\_). Queremos dar las gracias, informar y pedir colaboración respecto a la respuesta que estamos dando a la crisis que atraviesa desde hace semanas una persona querida del pueblo.

Somos conocedor\_s de que se están produciendo molestias y preocupaciones por sus actitudes, tratos, formas de hablar y de expresarse en algunos momentos. También sabemos de ruidos a deshora y otras cosas llamativas, y de interrupciones de las costumbres y la vida cotidiana de la gente en calles, plazas, parques y establecimientos.

**Queremos agradecer lo primero**, la paciencia y las horas dedicadas a los inconvenientes y conflictos que se puedan haber ido generando. **Así mismo, queremos informar para tranquilidad de todo el mundo de que se encuentra atendid\_ diariamente** por nuestro equipo sanitario, su familia y su red de amistades, y que todes estamos comprometides con entender lo que ocurre y también con atravesar esta crisis de la mejor manera posible.

Sabemos que la mejor manera es **sin ingresar en el hospital, así que no es necesario llamar a una ambulancia. Y pensamos que tampoco a la policía, porque apostamos porque sea posible pedirle que se vaya si la molestia es mucha, dejar la conversación si no es cómoda, preguntarle si necesita algo que se le pueda ofrecer, como un vaso de agua, o escucharl\_ con tranquilidad, sin preocuparse por tener que poner una solución a lo que ocurre, sabiendo que esto irá ocurriendo poco a poco y gracias a muchas personas.**

Nos dedicamos a gestionar situaciones de crisis en muchas localidades y sabemos muy bien que merece la pena este esfuerzo, pero también lo difícil que puede ser la convivencia en momentos así y que todes tenemos que cuidarnos para no desesperarnos el tiempo que dure, que no se puede anticipar. Sabemos también lo cansad\_s que están sus \_\_\_\_\_ de responder dudas o recibir quejas y por esto hemos decidido **poner a disposición dos teléfonos para atender las llamadas de las personas que estén preocupadas, tengan dudas o quieran conversar sobre lo que necesitan para encontrarse mejor con lo que ocurre:**

Teléfono y Nombre

Teléfono y Nombre

Un saludo,

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www.\_\_\_\_\_

# ■ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A LA POLICÍA MUNICIPAL DE UN PUEBLO

A/A Jefatura de la Policía Municipal del Ayuntamiento de \_\_\_\_\_

Nos dirigimos a la Policía Municipal desde el **equipo sanitario de** \_\_\_\_\_ (www.\_\_\_\_\_) para agradecer, informar y pedir colaboración respecto a la respuesta que estamos dando a la situación de crisis de un\_ vecin\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, estando el\_ y su red personal informadas y conformes con que establezcamos esta comunicación.

Sabemos que se están produciendo una cantidad de avisos por parte de otros vecinos que seguramente se sientan molestas, inquietas, confundidas o preocupadas por actitudes, vestuarios, movimientos, emociones, tratos, formas de hablar y de expresarse de \_\_\_\_\_ en este momento. **Queremos agradecer, lo primero**, la paciencia mostrada por la policía hasta este momento y las horas dedicadas a tratar de reducir riesgos y mediar en los conflictos que se puedan haber ido generando. **Así mismo, queremos informar para tranquilidad de todo el mundo, de que \_\_\_\_\_ se encuentra atendid\_** por nuestro equipo sanitario, que, junto a su familia y una red de amistades, estamos comprometid\_s con atravesar esta crisis, que la relación es diaria y que estamos disponibles para todas las eventualidades, encuentros, videollamadas y conversaciones que sean necesarias para gestionar situaciones difíciles, a través de las siguientes personas, teléfonos directos y correo común del equipo:

Fdo. \_\_\_\_\_  
Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_  
Trabajador\_ social, n.col \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
www. \_\_\_\_\_

**Para asegurar los mejores resultados queremos trasladar una petición a la Policía Municipal de \_\_\_\_\_, que consiste en participar en la gestión de las situaciones difíciles sin activar al 112**, con su consiguiente traslado para valoración de ingreso por psiquiatría en el hospital de referencia. Es una petición conforme a los deseos expresados por \_\_\_\_\_ en sus voluntades anticipadas y apoyada en la valoración clínica de l\_s profesionales a cargo acerca de que cada vez que se repite esa experiencia, resulta traumático y provoca un daño muy difícil de reparar.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ■ CIRCULAR DIRIGIDA A PERSONAS DE UNA CIUDAD

A/A Personas del municipio de \_\_\_\_\_

Nos dirigimos a todas las personas del municipio de \_\_\_\_\_ desde el **equipo sanitario de \_\_\_\_\_** (www.\_\_\_\_\_). Queremos dar las gracias, informar y pedir colaboración respecto a la respuesta que estamos dando a la crisis que atraviesa desde hace semanas una persona querida.

Somos conocedor\_s de que se pueden producir molestias y preocupaciones por sus actitudes, tratos, formas de hablar y de expresarse en algunos momentos. También pueden ocurrir ruidos a deshora y otras cosas llamativas, e interrupciones de las costumbres y la vida cotidiana de la gente en calles, plazas, parques y establecimientos.

**Queremos agradecer lo primero**, la paciencia y las horas dedicadas a los inconvenientes y conflictos que se puedan generar. **Así mismo, queremos informar para la tranquilidad de todo el mundo de que se encuentra atendid\_ diariamente** por nuestro equipo sanitario, su familia y su red de amistades, y de que todes estamos comprometides con entender lo que ocurre y también con atravesar esta crisis de la mejor manera posible.

Sabemos que la mejor manera es **sin ingresar en el hospital, así que no es necesario llamar a una ambulancia. Y tampoco a la policía, porque apostamos que es posible pedirle que se vaya si la molestia es mucha, dejar la conversación si no es cómoda, preguntarle si necesita algo que se le pueda ofrecer, como un vaso de agua, o escucharl\_ con tranquilidad, sin preocuparse por tener que poner una solución a lo que ocurre, sabiendo que esto irá ocurriendo poco a poco y gracias a muchas personas.**

Nos dedicamos a gestionar situaciones de crisis en muchas localidades y sabemos muy bien que merece la pena este esfuerzo, pero también lo difícil que puede ser la convivencia en momentos así y que todes tenemos que cuidarnos para no desesperarnos el tiempo que dure, que no se puede anticipar. Por todo eso ponemos **a disposición dos teléfonos para atender las llamadas de las personas que estén preocupadas, tengan dudas o quieran conversar sobre lo que necesitan para encontrarse mejor con lo que ocurre:**

Teléfono y Nombre

Teléfono y Nombre

Un saludo,

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ◆ INFORME DE CONTRAINDICACIÓN DE INGRESO PARA LLEVAR ENCIMA

## Motivo de consulta

Realización de valoración clínica

## Antecedentes Personales Psiquiátricos

- En contacto con la red de salud mental desde \_\_\_\_\_, en seguimiento en CSM por psiquiatra y psicólogo, dad\_ de alta por psicología en \_\_\_\_\_.
- Diagnosticad\_ de Trastorno Bipolar, con dos crisis maníacas con síntomas psicóticos en las que se ha utilizado la hospitalización breve de psiquiatría (\_\_\_\_\_), la segunda de ellas de manera voluntaria.
- En contacto con el equipo sanitario de \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ y hasta la actualidad, en coordinación con el servicio de salud mental de zona.
- Recientemente ha completado el proceso de discontinuación con Depakine, habiéndose instaurado hace unos días tratamiento con Rivotril 2mg/día.
- En régimen de medidas cautelares de gestión económica desde \_\_\_\_\_, con sentencia de curatela en Juzgado Primera Instancia, proceso judicial promovido por la familia. Las medidas y la sentencia han sido recurridas en la Audiencia Provincial y se está a la espera de resultado.

## Antecedentes Personales Médicos

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Toxicidad por toma de psicofármacos: alteraciones de la psicomotricidad, interferencia cognitiva, embotamiento afectivo, aumento de peso.

## Situación basal

Persona informada, con alto nivel cultural, criterio propio y autodirección. Red afectiva amplia, estable y de contacto cotidiano. \_adre y herman\_ fallecid\_s. \_adre en situación grave aguda de salud sobre una base previa de dependencia para la vida cotidiana. Herman\_ instalado en otra ciudad. Comparte piso. Ha tenido diversos trabajos. Con valores afianzados acerca del compromiso vecinal y la justicia social, la mayor parte de su actividad está vinculada a la construcción de redes de apoyo mutuo para la mejora de las condiciones de vida de las personas.

En cuanto a la capacidad de conocer y gestionar su economía, ambas cuestiones han estado interferidas por unas medidas cautelares vigentes que en la práctica están siendo generadoras de problemas y le han colocado en situaciones de vulnerabilidad por bloqueo desde el banco a la información de las cuentas, la asignación inflexible de 20€/día, y por la repetida falta de accesibilidad y capacidad de reacción de la persona asignada para esa función. Estos

obstáculos han permitido por otro lado poner a prueba su capacidad de detectar problemas, y generar estrategias y alternativas para pagar recibos y afrontar pagos imprescindibles no fijos.

### **Episodio actual**

Se acuerda entrevista de revaloración clínica tras serle comunicada la orden judicial de traslado involuntario para valoración urgente por parte de psiquiatría.

Se trata de un\_ paciente con el que este equipo sanitario mantiene seguimiento desde \_\_\_\_\_ hasta la actualidad, a su petición. El trabajo que realizamos se basa en derechos y necesidades y utiliza como base la metodología del Diálogo Abierto, especialmente indicada en situaciones de descompensación y gestión del riesgo sin medidas de control, generando una alternativa a la hospitalización involuntaria en situaciones difíciles de acuerdo a las recomendaciones que hace a la psiquiatría el Relator Especial de Naciones Unidas sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles o Degradantes.

La herramienta principal de tratamiento son las reuniones entre paciente, red de apoyo y equipo de tratamiento, donde se abordan las preocupaciones en torno a lo que está sucediendo, y se acuerdan los apoyos necesarios en cada momento, siendo diarias en momentos de crisis como el actual.

Se han producido más de 70 reuniones, mayoritariamente a su petición, en las que han participado también personas de su red de apoyo comprometidas con su recuperación. Hasta el momento, la familia ha manifestado su negativa a incluirse de manera reiterada, perseverando en la demanda de incapacitación pese a nuestra recomendación de retirarla dado el daño que está produciendo en \_\_\_\_\_, y que entendemos que ha contribuido a su sufrimiento y a la escalada de tensión entre ell\_s.

Durante el último mes, el cuadro clínico se ha visto agravado debido a la conflictiva familiar en torno a la autonomía del paciente. En este contexto, el propio \_\_\_\_\_ decide aumentar la frecuencia de las reuniones mantenidas con el equipo, con el objetivo de poder atender sus necesidades y las de resto sin recurrir a medidas coercitivas para afrontar la crisis. En esta línea, el día \_\_/\_\_/\_\_ se realiza coordinación con psiquiatra de urgencias del hospital \_\_\_\_\_ al encontrarse allí por traslado involuntario a petición de la familia, y se acuerda alta con el plan de actuación que se detalla en el informe adjunto. A pesar del impacto negativo de la intervención de los servicios de emergencias, la evolución posterior resulta favorable gracias a los apoyos desplegados como parte del plan de tratamiento. Sin embargo, en el día de ayer, su herman\_ activa a través del juzgado un traslado involuntario para nueva valoración psiquiátrica, con lo que se le lleva al hospital en contra de su voluntad, permaneciendo en todo momento tranquilo y colaborador. Una vez allí, abandona el hospital porque prefiere ser atendid\_ por su equipo de referencia, que está al tanto de lo ocurrido y se persona en el hospital para explicar a los servicios de urgencias la situación. Posteriormente, se acuerda en reunión una nueva valoración por parte de este equipo para su comunicación al juzgado.

### **Exploración psicopatológica**

Consciente y orientad\_ en las tres esferas. Leves signos de impregnación farmacológica. Colaborador\_. Capacidad de autocuidado conservada. Discurso coherente y organizado, ligeramente enlentecido en relación a la toma de benzodiazepinas. Distraibilidad moderada que no impide el transcurso de la conversación. Pensamiento acelerado de semanas de evolución que ha mejorado en los últimos días. Ansiedad en relación a interacción con su familia y vivencia de abuso por su parte. Mayor expresividad emocional asociada a la tensión



de las interacciones familiares, conectad\_ con el entorno y empátic\_. No alteraciones de conducta ni agitación psicomotriz. Sueño regulado farmacológicamente desde hace unos días. No ideas de muerte ni intencionalidad autolítica. No auto o heteroagresividad. No escucha de voces ni experiencias inusuales.

## **Evolución**

Se detalla a continuación la evolución en la última semana y el plan de tratamiento actualizado acordado:

- Se están manteniendo reuniones **con frecuencia diaria** que incluyen tanto a esta persona y a su red de apoyo, como al equipo sanitario de referencia.
- En los últimos días se ha instaurado una pauta de tratamiento farmacológico con Rivotril 2mg 0-0-1 (1 comprimido extra si insomnio o inquietud), que está resultando efectiva.
- Durante todo el proceso, y en estos momentos con mayor intensidad, se ha organizado un acompañamiento por parte de personas de su red que le apoyan en cuidados básicos tales como: la alimentación y el descanso, la toma de tratamiento, su transporte, la facilitación de la convivencia en los distintos espacios que habita, y la gestión de una alternativa habitacional para los momentos de mayor tensión.

Todo ello con el objetivo de proporcionar una alternativa a la hospitalización en crisis y evitar medidas involuntarias sobre su persona, ya que son las que el equipo considera de riesgo para su salud y van en contra tanto de sus valores anteriormente mencionados, como de las voluntades anticipadas expresadas.

## **Diagnóstico**

Episodio maníaco sin síntomas psicóticos en persona con historia de estados emocionales intensos compatibles con el diagnóstico F 31.7 de la CIE-10, trastorno bipolar actualmente en descompensación.

## **Recomendaciones terapéuticas**

- Seguir plan de tratamiento conforme a lo acordado con su equipo de referencia
- Evitar toda intervención involuntaria ya que interfiere negativamente en su proceso de recuperación y supone un riesgo grave para su salud.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ◆ PETICIÓN DE COOPERACIÓN A JUZGADO RESPONSABLE

A/A Juzgado responsable de la orden de valoración urgente por psiquiatría de \_\_\_\_\_, DNI/NIE/pasaporte \_\_\_\_\_.

De: \_\_\_\_\_, Médic\_ Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_.

Concedor\_ de la emisión de orden judicial de valoración urgente por psiquiatría de \_\_\_\_\_, movilizada por su \_\_\_\_\_ (grado familiar), \_\_\_\_\_, y siendo psiquiatra responsable del tratamiento desde \_\_\_\_\_ de 20\_\_, a cargo del equipo sanitario de \_\_\_\_\_, especializado en la atención a crisis psiquiátricas de forma ambulatoria, **SOLICITO la retirada de la orden de valoración** por las siguientes razones:

1. \_\_ paciente ya fue valorad\_ por psiquiatría de guardia del Hospital \_\_\_\_\_ el pasado sábado \_\_/\_\_/\_\_, siendo dad\_ de alta con el plan de seguimiento por mi parte.
2. Como profesional a cargo del tratamiento, he realizado nueva valoración, con fechas \_\_ y \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, adjuntando informe (*consultar "Informe enviado al juzgado para revocar orden de valoración I"*).
3. Considero por tanto que el traslado forzoso para nueva valoración es innecesario y que además aumenta el riesgo de complicaciones en su evolución por resultar incomprensible e interrumpir el plan de tratamiento acordado.

## E INFORMO:

Que su familia no está respetando las indicaciones médicas y está entorpeciendo el tratamiento, siendo esta la segunda vez en 4 días que promueven un traslado para valoración, estando al tanto de mi disponibilidad y la del equipo sanitario al que pertenezco para atenderles en lo que puedan necesitar.

Atentamente, a \_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ◆ INFORME ENVIADO AL JUZGADO PARA REVOCAR ORDEN DE VALORACIÓN I

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Motivo de consulta

Realización de valoración clínica actualizada

## Antecedentes Personales Psiquiátricos

- En contacto con la red de salud mental desde octubre de 20\_\_, en seguimiento en CSM por psiquiatra y psicólogo\_, dad\_ de alta por psicología en 20\_\_.
- Diagnosticad\_ de Trastorno Bipolar, con dos crisis maníacas con síntomas psicóticos en las que se ha utilizado la hospitalización breve de psiquiatría (\_\_, \_\_), la segunda de ellas de manera voluntaria.
- En contacto con el equipo sanitario de \_\_\_\_\_ desde mayo de 20\_\_ y hasta la actualidad, en coordinación con CSM.
- Recientemente ha completado el proceso de discontinuación con Depakine, habiéndose instaurado nuevo tratamiento con Rivotril 2mg/día el \_\_/\_\_/20\_\_.
- En régimen de medidas cautelares de gestión económica desde \_\_\_\_ de 20\_\_, con sentencia de curatela económica en proceso de recurso.

## Antecedentes Personales Médicos

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Toxicidad por toma de psicofármacos (risperidona, aripiprazol, valproico): alteraciones de la psicomotricidad, interferencia cognitiva, embotamiento afectivo, aumento de peso.

## Situación basal

Persona informada, con alto nivel cultural, criterio propio y autodirección. Voluntades anticipadas en contra de las medidas coercitivas en situaciones de crisis psiquiátricas. Independiad\_, comparte piso. Red afectiva amplia, estable y de contacto cotidiano. Familiares \_\_\_\_\_ fallecid\_s. Relación progresivamente conflictiva con \_\_\_\_\_, actualmente interrumpida por completo a voluntad de \_ paciente. \_adre en situación delicada de salud sobre una base previa de necesidad de apoyos para la vida cotidiana. Familiar \_\_\_\_ instalad\_ en otra comunidad autónoma. Ha tenido diversos trabajos. Con valores afianzados acerca del compromiso vecinal

y la justicia social, la mayor parte de su actividad está vinculada a la construcción de redes de apoyo mutuo para la mejora de las condiciones de vida de las personas.

En cuanto a la capacidad de conocer y gestionar su economía, ambas cuestiones han estado interferidas por unas medidas cautelares vigentes que en la práctica están siendo generadoras de problemas y le han colocado en situaciones de vulnerabilidad por bloqueo desde el banco a la información de las cuentas, la asignación inflexible de 20€/día y por la repetida falta de accesibilidad y capacidad de reacción del administrador provisional asignad\_ para esa función. Estos obstáculos han permitido por otro lado poner a prueba su capacidad de detectar problemas y generar estrategias y alternativas para pagar recibos y afrontar pagos imprescindibles no fijos.

### **Episodio actual**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_ años con \_ que se acuerda entrevista para emitir informe de valoración clínica tras informar de que ha sido sujeto de un tercer traslado involuntario para valoración por psiquiatría en el plazo de 8 días, traslados promovidos por su familia.

Mantiene seguimiento con el equipo sanitario desde \_\_\_\_\_ de 20\_\_ hasta la actualidad, a su petición. El trabajo que realizamos se basa en derechos y necesidades, y utiliza como base la metodología del Diálogo Abierto, especialmente indicada en situaciones de descompensación y gestión del riesgo sin medidas de control, generando una alternativa a la hospitalización involuntaria en situaciones difíciles de acuerdo a las recomendaciones que hace a la Psiquiatría el Relator Especial sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles o Degradantes.

La herramienta principal de la intervención son reuniones entre \_\_\_\_\_, su red de apoyo y el equipo de tratamiento, donde se abordan las preocupaciones en torno a lo que está sucediendo y se acuerdan los apoyos necesarios en cada momento, siendo diarias en momentos de crisis como el actual.

Durante el último año y medio se han producido más de 70 reuniones, mayoritariamente a petición de \_\_\_\_\_, en las que han participado también personas de su red de apoyo comprometidas con su recuperación. Hasta el momento, la familia ha manifestado su negativa a incluirse y la oposición a respetar la decisión de \_ paciente de qué tratamiento quiere recibir, perseverando además en la demanda de incapacitación pese a nuestra recomendación de retirarla dado el daño que observamos, y que entendemos que ha contribuido a su sufrimiento actual y a la escalada de tensión entre ell\_s.

Durante el último mes, el cuadro clínico se ha visto agravado relacionado con varios factores: impacto de las medidas cautelares, impacto de la demanda de incapacitación interpuesta por su familia, proceso acordado de discontinuación de depakine. En ese contexto, \_\_\_\_\_ decide aumentar la frecuencia de las reuniones mantenidas con el equipo, con el objetivo de poder atender a sus necesidades y las de resto sin recurrir a medidas coercitivas para afrontar la crisis. En esta misma línea, el día \_\_/\_\_/20\_\_ se realiza coordinación con psiquiatra de urgencias del Hospital Universitario de \_\_\_\_\_ al encontrarse allí \_ paciente por el primer traslado involuntario a petición de la familia, en contra de sus valores y expresión de voluntades anticipadas, y se acuerda alta con el plan de seguimiento por nuestra parte. A pesar del impacto negativo de la intervención de los servicios de emergencias, la evolución posterior resulta favorable gracias a los apoyos desplegados como parte del plan de tratamiento. Sin embargo, el \_\_/\_\_/20\_\_, su familiar \_\_\_\_\_ activa a través del juzgado un traslado involuntario para nueva valoración psiquiátrica, con lo que se lleva a \_\_\_\_\_ al hospital en contra de su voluntad, permaneciendo en todo momento tranquil\_ y colaborador\_. Una vez allí, \_\_\_\_\_ abandona el hospital porque prefiere ser atendid\_ por su equipo de

referencia, que está al tanto de lo ocurrido y se persona en el hospital para explicar a los servicios de urgencias la situación, que \_\_\_\_\_ no quiere ser valorad\_ de nuevo en esas condiciones de involuntariedad a petición de su familia. En atención y seguimiento del tratamiento con su equipo habitual, con su abogad\_ fuera del país y muchas dificultades para comunicarnos con el juzgado responsable y explicar la situación, porque lo desconocemos, se ve sometid\_ de nuevo a un traslado involuntario para valoración el \_\_/\_\_/20\_\_, al que se niega de nuevo saliendo del hospital, contactando con este equipo, que decide emitir la valoración con la expectativa de que cese esta dinámica que percibimos del orden del acoso y que sin duda está poniendo en riesgo a \_\_\_\_\_.

### **Exploración psicopatológica**

Consciente y orientad\_ en las tres esferas. Leves signos de impregnación farmacológica. Colaborador\_. Capacidad de autocuidado fluctuante, conservada con los apoyos elegidos. Discurso coherente y organizado, ligeramente enlentecido en relación a la toma de benzodiazepinas. Distrabilidad moderada que no impide el transcurso de la conversación. Pensamiento acelerado de semanas de evolución que ha mejorado en los últimos días. Ansiedad reactiva a las medidas de control. Aumento de la expresividad emocional. No alteraciones de conducta ni agitación psicomotriz. Sueño regulado farmacológicamente desde hace unos días. No ideas de muerte ni intencionalidad autolítica. No auto o heteroagresividad. No escucha de voces ni experiencias inusuales.

### **Evolución**

Se detalla a continuación la evolución en la última semana y el plan de tratamiento actualizado acordado:

- Las órdenes de traslado forzoso están generando un estado de alarma y aumentando el riesgo de complicaciones e interfiriendo en el tratamiento, no están funcionando como una medida de protección, sino de aumento de vulnerabilidad.
- Se están manteniendo reuniones **con frecuencia diaria** que incluyen tanto a \_ paciente y a su red de apoyo, como al equipo sanitario de referencia.
- La nueva pauta de tratamiento farmacológico con Rivotril 2mg 0-0-1 (1 comprimido extra si insomnio o inquietud) está resultando efectiva.
- Existe un acompañamiento por parte de personas de su red que le apoyan en cuidados básicos tales como la alimentación y el descanso, la toma de tratamiento, su transporte, la facilitación de la convivencia en los distintos espacios que habita, y la gestión de una alternativa habitacional para los momentos de mayor tensión.

El objetivo del plan de tratamiento es proporcionar una alternativa a la hospitalización en crisis y evitar medidas involuntarias sobre su persona, ya que son las que el equipo considera de riesgo para su salud y van en contra tanto de sus valores anteriormente mencionados, como de las voluntades anticipadas expresadas por \_\_\_\_\_.

### **Diagnóstico**

Episodio maníaco sin síntomas psicóticos en persona con historia de estados emocionales intensos compatibles con el diagnóstico F 31.7 de la CIE-10, trastorno bipolar actualmente en descompensación

## Recomendaciones terapéuticas

- Seguir plan de tratamiento conforme a lo acordado con su equipo de referencia.
- Evitar toda intervención forzosa ya que interfiere negativamente en su proceso de recuperación y supone un riesgo grave para su salud.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ◆ INFORME ENVIADO AL JUZGADO PARA REVOCAR ORDEN DE VALORACIÓN II

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Motivo de consulta

Realización de valoración clínica actualizada por parte del equipo sanitario a cargo.

## Antecedentes Personales Psiquiátricos

- En contacto con la red de salud mental desde \_\_\_\_ de 20\_\_, en seguimiento en CSM por psiquiatra y psicólogo, dad\_ de alta por psicología en \_\_\_\_.
- Diagnosticad\_ de Trastorno Bipolar, con dos crisis maníacas, una con síntomas psicóticos y otra sin ellos, en las que se ha utilizado la hospitalización breve de psiquiatría (\_\_\_\_, \_\_\_\_), la segunda de ellas de manera voluntaria.
- En contacto con el equipo sanitario de \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_ de 20\_\_ y hasta la actualidad, en régimen gratuito y en coordinación con CSM, especialista en responder a crisis sin recurrir a medidas involuntarias.
- Recientemente ha completado el proceso de discontinuación con Depakine, habiéndose instaurado nuevo tratamiento con Rivotril el \_\_/\_\_/20\_\_.
- En régimen de medidas cautelares de gestión económica desde abril de 20\_\_, con sentencia de curatela económica en proceso de recurso, consistente en la asignación de 20€/día de lunes a viernes no acumulables.

## Antecedentes Personales Médicos

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Toxicidad por toma de psicofármacos (risperidona, aripiprazol, valproico): alteraciones de la sexualidad, alteraciones de la psicomotricidad, interferencia cognitiva, embotamiento afectivo, aumento de peso.

## Situación basal

Persona informada, con alto nivel cultural, criterio propio y autodirección. Voluntades anticipadas en contra de las medidas coercitivas en situaciones de crisis psiquiátricas. Independizad\_, comparte piso. Red afectiva amplia, estable y de contacto cotidiano. Partícipe de un tejido comunitario sólido. Familiares \_\_\_\_\_ fallecid\_s. Relación progresivamente conflictiva con \_\_\_\_\_, actualmente interrumpida por completo a voluntad de \_ paciente.

\_adre en situación delicada de salud sobre una base previa de necesidad de apoyos para la vida cotidiana. Familiar \_\_\_ instalad\_ en otra comunidad autónoma. Ha tenido diversos empleos. Con valores afianzados acerca del compromiso vecinal y la justicia social, la mayor parte de su actividad está vinculada a la construcción de redes de apoyo mutuo para la mejora de las condiciones de vida de las personas.

En cuanto a la capacidad de conocer y gestionar su economía, ambas cuestiones han estado interferidas por unas medidas cautelares vigentes que en la práctica están siendo generadoras de problemas y le han colocado en repetidas situaciones de vulnerabilidad por bloqueo desde el banco a la información de las cuentas, la asignación inflexible de 20€/día y por la repetida falta de accesibilidad y capacidad de reacción del administrador provisional asignad\_ para esa función, que ha dimitido recientemente sin sustitut\_ conocid\_. Estos obstáculos han permitido por otro lado poner a prueba su capacidad de detectar problemas y generar estrategias y alternativas para pagar recibos y afrontar pagos imprescindibles no fijos, así como la de su red afectiva.

### **Episodio actual**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_ años con \_ que se acuerda entrevista para emitir informe de valoración clínica tras conocer que ha sido sujeto de un tercer traslado involuntario para valoración por psiquiatría en un plazo de 8 días, traslados promovidos por su familia.

Se trata de un\_ paciente con \_ que este equipo sanitario mantiene seguimiento desde mayo de 202\_ hasta la actualidad, a su petición. El trabajo que realizamos se basa en derechos y necesidades, y utiliza como base la metodología del Diálogo Abierto, especialmente indicada en situaciones de descompensación y gestión del riesgo sin medidas de control, generando una alternativa a la hospitalización involuntaria en situaciones difíciles de acuerdo a las recomendaciones que hace a la Psiquiatría el Relator Especial de Naciones Unidas.

La herramienta principal de la intervención son reuniones entre paciente, su red de apoyo y el equipo de tratamiento, donde se abordan las preocupaciones en torno a lo que está sucediendo y se acuerdan los apoyos necesarios en cada momento, siendo diarias en momentos de crisis como el actual.

Durante el último año y medio se han producido más de 70 reuniones, mayoritariamente a petición de \_\_\_\_\_, en las que han participado también personas de su red de apoyo comprometidas con su recuperación. Hasta el momento, su familia ha manifestado su negativa a incluirse y la oposición a respetar la decisión de \_\_\_\_\_ de qué tratamiento quiere recibir, perseverando además en la demanda de incapacitación pese a nuestra recomendación de retirarla dado el daño que observamos, y que entendemos que ha contribuido a su sufrimiento actual y a la escalada de tensión entre ell\_s.

Durante el último mes, el cuadro clínico se ha visto agravado relacionado con varios factores: impacto de las medidas cautelares, impacto de la demanda de incapacitación interpuesta por su familia, proceso acordado de discontinuación de depakine. En ese contexto, \_\_\_\_\_ decide aumentar la frecuencia de las reuniones mantenidas con el equipo, con el objetivo de poder atender a sus necesidades y las de resto sin recurrir a medidas coercitivas para afrontar la crisis.

En esta misma línea, **el día \_\_/\_\_/20\_\_ se realiza coordinación con psiquiatra de urgencias del Hospital Universitario de \_\_\_\_\_ al encontrarse allí \_ paciente por el primer traslado involuntario para valoración, en contra de sus valores y expresión de voluntades anticipadas, acordándose alta y seguimiento por nuestra parte. A**



pesar del impacto negativo del traslado forzoso, la evolución posterior resulta favorable gracias a los apoyos desplegados como parte del plan de tratamiento. Sin embargo, el \_\_/\_\_/20\_\_, su familiar \_\_\_\_ activa a través del juzgado un traslado involuntario para nueva valoración psiquiátrica, con lo que se lleva a \_\_\_\_\_ al hospital en contra de su voluntad, permaneciendo ést\_ en todo momento tranquil\_ y colaborador\_. Una vez allí, \_\_\_\_\_ abandona el hospital porque prefiere ser atendid\_ por su equipo de referencia, que está al tanto de lo ocurrido y se persona en el hospital para explicar a los servicios de urgencias la situación, que \_\_\_\_\_ no quiere ser valorad\_ de nuevo en esas condiciones de involuntariedad a petición de su familia. En atención y seguimiento del tratamiento con su equipo habitual, con su abogad\_ fuera del país y muchas dificultades para comunicarnos con el juzgado responsable y explicar la situación, porque lo desconocemos, se ve sometid\_ de nuevo a un traslado involuntario para valoración el \_\_/\_\_/20\_\_, al que se niega de nuevo saliendo del hospital, contactando con este equipo, que decide emitir la valoración con la expectativa de cese de esta dinámica que percibimos del orden del acoso y que sin duda está poniendo en riesgo a \_ paciente.

### **Exploración psicopatológica**

Consciente y orientad\_ en las tres esferas. Colaborador\_. Capacidad de autocuidado fluctuante, conservada con los apoyos elegidos. Discurso coherente y organizado, con aumento de la presión del habla. Distraibilidad moderada que no impide el transcurso de la conversación. Pensamiento acelerado de semanas de evolución que ha mejorado en la última semana. Ansiedad reactiva a las medidas de control. Aumento de la expresividad emocional. No alteraciones de conducta ni agitación psicomotriz. Sueño regulado farmacológicamente desde hace una semana. No ideas de muerte ni intencionalidad autolítica. No auto o heteroagresividad. No escucha de voces ni experiencias inusuales.

### **Evolución**

Se detalla a continuación la evolución en la última semana y el plan de tratamiento actualizado acordado:

- Las órdenes de traslado forzoso están generando un estado de alarma, aumentando el riesgo de complicaciones e interfiriendo en el tratamiento; no están funcionando como una medida de protección, sino de aumento de vulnerabilidad.
- Se están manteniendo reuniones de tratamiento **con frecuencia diaria** que incluyen tanto a \_ paciente y a su red de apoyo, como al equipo sanitario de referencia.
- El ensayo de dosis con Rivotril se inició con 2mg/noche (+2mg extra si insomnio o inquietud) y se encuentra estabilizado en estos momentos en 0,5mg/noche (+0,5mg extra si insomnio o inquietud), resultando efectiva.
- Existe un acompañamiento por parte de personas de su red que le apoyan en cuidados básicos tales como la alimentación y el descanso, la toma de tratamiento, su transporte, la facilitación de la convivencia en los distintos espacios que habita, y la gestión de una alternativa habitacional para los momentos de mayor tensión.

El objetivo del plan de tratamiento es proporcionar una alternativa a la hospitalización en crisis y evitar medidas involuntarias sobre su persona, ya que son las que el equipo considera de riesgo para su salud y van en contra, tanto de sus valores anteriormente mencionados, como de las voluntades anticipadas expresadas por \_\_\_\_\_.

## Diagnóstico

Episodio maníaco sin síntomas psicóticos en persona con historia de estados emocionales intensos compatibles con el diagnóstico F 31.7 de la CIE-10, trastorno bipolar actualmente en descompensación.

## Recomendaciones terapéuticas

- Revocar la orden de valoración urgente por psiquiatría emitida por el juzgado.
- Seguir plan de tratamiento ambulatorio con su equipo sanitario de referencia: Rivotril 0,5 mg/noche (+comprimido extra si insomnio o inquietud).

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ◆ VOLUNTADES ANTICIPADAS

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

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

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

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

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

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

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

Se recomienda que la PAD-SM no se limite a la cumplimentación del documento, sino que forme parte de un proceso continuado de información, comunicación y apoyo a la toma de decisiones. En este sentido, el/la profesional de Salud Mental debe adoptar un rol de información, apoyo y acompañamiento, respetando la voluntad de la persona. No debe ejercer presión a condicionar la expresión de las preferencias.

En caso de que la persona exprese una preferencia que se encuentre en conflicto con la legislación y lex artis vigente, el/la profesional debe informarle acerca de esta incompatibilidad. Es importante

respetar las preferencias expresadas en el documento, avisando a la persona interesada de posibles limitaciones derivadas de su disponibilidad o viabilidad.

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

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

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

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

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

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

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

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

Yo, D/D<sup>a</sup>

\_\_\_\_\_, con DNI / NIE / Pasaporte N.º \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

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

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

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

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

#### **Signos de alerta y síntomas**

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

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

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



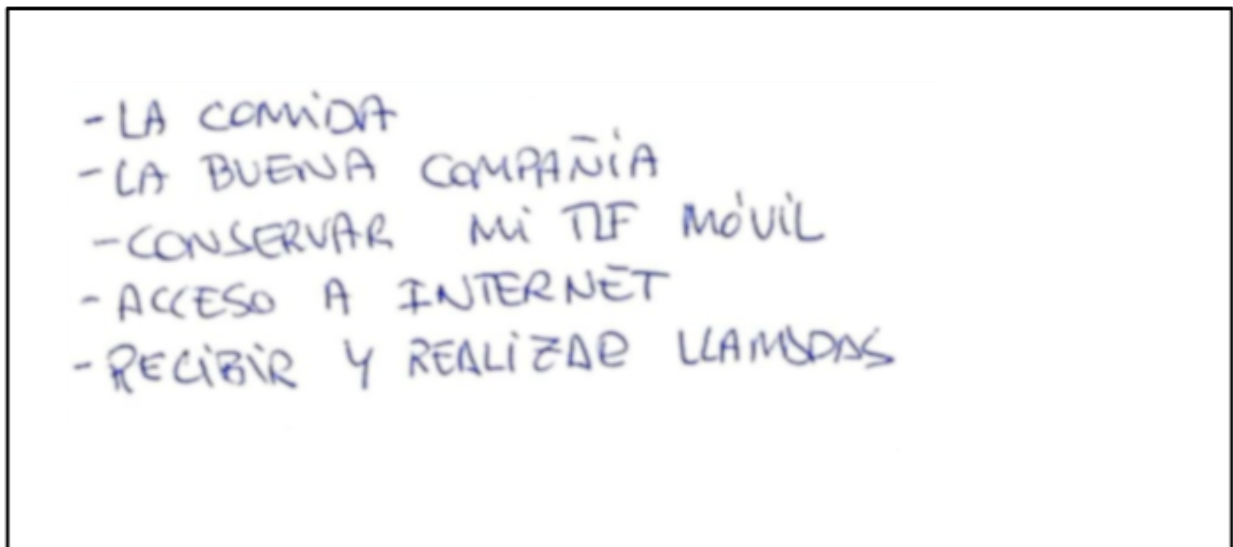
## 2. Actuaciones que “me ayudan a sentirme bien” o “me hacen sentir mal”

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

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

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

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



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

CUALQUIER MEDIDA COERCITIVA  
QUE NO SE RESPETEN MIS DECISIONES.



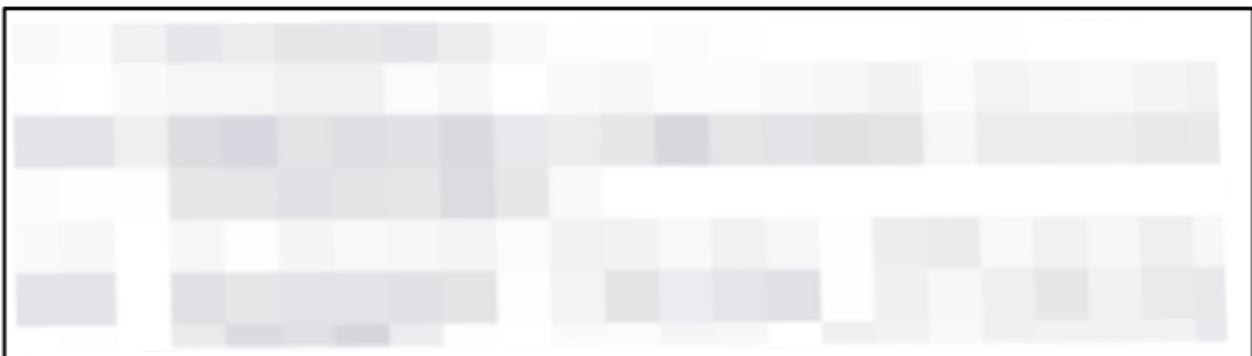
### 3. Personas a las que avisar

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

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


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

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



\*equipo sanitario de su elección y abogado

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



\*familiares (madre, hermano, primo)

#### 4. Preferencias de visita

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

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

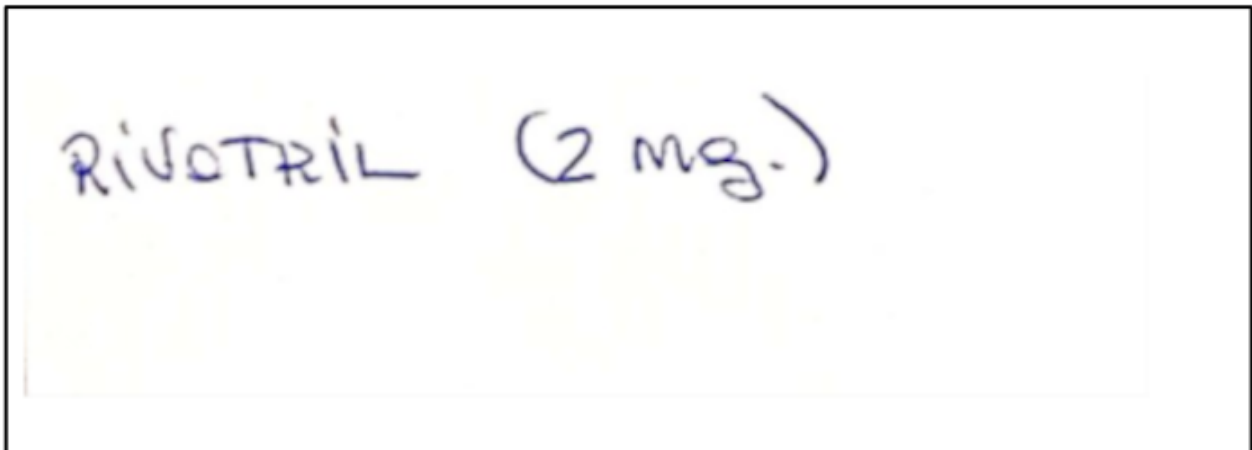
**NO deseo que me visiten las siguientes personas** (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como nombre, teléfono, relación, experiencias previas, motivos, etc.):

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

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

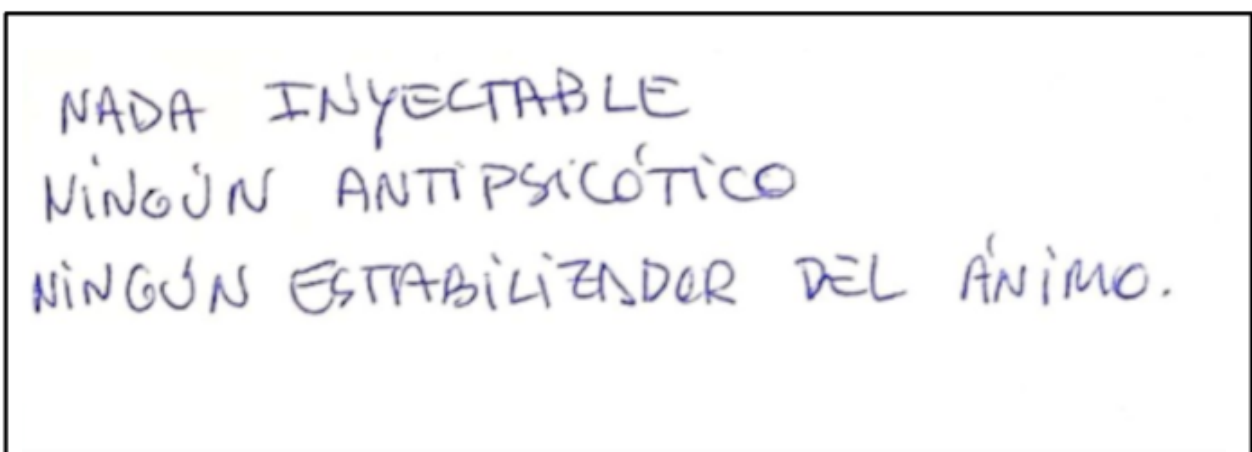
Es muy importante tener en cuenta que el respeto de las preferencias expresadas puede estar limitado por la accesibilidad del fármaco en el marco del Sistema Sanitario Público y por la *lex artis* vigente. Por ello, los/as profesionales deben proveer información exhaustiva sobre los medicamentos disponibles,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

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



RIVOTRIL (2 mg.)

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



NADA INYECTABLE  
NINGÚN ANTIPSICÓTICO  
NINGÚN ESTABILIZADOR DEL ÁNIMO.

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

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

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

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

NO QUIERO INGRESAR  
QUIERO PODER REALIZAR LLAMADAS TELEFÓNICAS.

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

NO QUIERO INGRESO INVOLUNTARIO  
NO QUIERO CONTENCIONES NI FÍSICAS  
NI MECÁNICAS.  
NO QUIERO MEDICACIÓN FORZOSA  
NO QUIERO SACA DE AISLAMIENTO

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

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

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

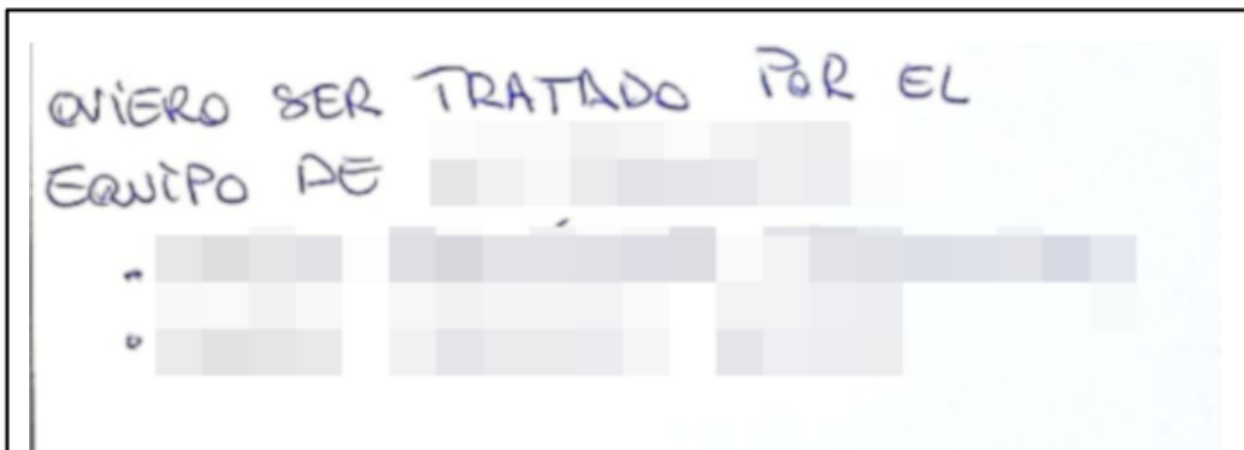
NINGUNA DE ELAS EN NINGÚN CASO  
RESPECTAR MIS D.D.H.H

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

## 8. Preferencias respecto a profesionales

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

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



QUIERO SER TRATADO POR EL  
EQUIPO DE

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

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



## 9. Preferencias relacionadas con hábitos personales

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

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

## 10. Otras preferencias

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

## 11. Designación de Representante

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

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

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

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

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

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

NOTA: DESIGNO A AMBAS PERSONAS  
COMO MIS REPRESENTANTES.



### 12. Fecha de cumplimentación

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

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

### 13. Fecha de actualización

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

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

# **FRENAR INCAPACITACIÓN JUDICIAL**

# ▲ COMUNICACIÓN AL JUZGADO DEL DESACUERDO FRENTE AL JUICIO DE INCAPACITACIÓN I

\_\_\_\_\_, médico\_ psiquiatra, n.col, \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_, psicólogo\_, n.col. \_\_\_\_\_, equipo sanitario a cargo del tratamiento de \_\_\_\_\_

## COMUNICAN A LA AUTORIDAD COMPETENTE EN EL PROCESO JUDICIAL DE INCAPACITACIÓN:

- Que se estableció el primer contacto a su petición, iniciándose intervención en \_\_\_\_\_, siendo este su equipo médico reconocido en sentencia emitida en \_\_\_\_\_ por la Audiencia Provincial, que incluye su puesta en libertad de un ingreso involuntario.
- Que desde el inicio se mantienen con \_\_\_\_\_ y su red personal disponible encuentros telemáticos de 1,5h con frecuencia de 1 ó 2 veces por semana, así como contacto telefónico diario, centrada la intervención en organizar los apoyos necesarios para recuperarse y tener una vida propia y con sentido.
- Que dentro de los apoyos organizados, disponibles y elegidos cuenta, entre otros, con la atención en \_\_\_\_\_, con citas periódicas con \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, así como con un grupo semanal de apoyo mutuo presencial que se ha mantenido telemáticamente en los periodos de confinamiento y restricciones a la movilidad por el COVID-19.
- Que se trata de una atención gratuita, indefinida, especializada en situaciones de crisis y sufrimiento psíquico grave, alternativa a las medidas de control habituales que se llevan a cabo todavía en los servicios de salud mental (ingresos involuntarios, medicación forzosa, promover incapacitaciones judiciales), medidas a extinguir de acuerdo al Informe del Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- **Que se considera contraindicado, por el impacto estimado en su salud, que se someta a este proceso judicial, más aún en el momento actual, en el que se encuentra recuperándose del proceso judicial previo, por valorarse de riesgo de reactivación de experiencias traumáticas que supongan un obstáculo en su recuperación.**
- **Que lo consideramos innecesario a su vez por valorar sin duda que es capaz de enfrentar todas las esferas de la vida, incluido el cuidado de su salud y la gestión de su economía, con recursos demostrados para solicitar ayuda o apoyo en las adversidades que pueda encarar, en caso de necesitarlos, siendo además el ejercicio de su autonomía un factor imprescindible para su bienestar y recuperación.**

- **Que en el caso de que se considere imprescindible que el proceso de incapacitación judicial siga adelante, solicitamos que se prescinda de nueva valoración forense, por considerarse de alto riesgo de retraumatización.**

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ▲ COMUNICACIÓN AL JUZGADO DE LOS RIESGOS DE NUEVA VALORACIÓN FORENSE

## A/A: Autoridad judicial competente

De: \_\_\_\_\_

A \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_,

Desde \_\_\_\_\_, nos ponemos en contacto para comunicar nuestra preocupación por el daño que está provocando el proceso de valoración de incapacidad de \_\_\_\_\_, y su dilatación conforme al requisito de valoración forense.

\_\_\_\_\_ asumió, hace ya tres años, como una de sus funciones, contribuir al cambio cultural de los servicios de salud mental, la justicia y la sociedad en su conjunto; en relación a las prácticas que están siendo denunciadas como perjudiciales por las personas que las padecen (ingreso involuntario, medicación forzosa, incapacitaciones, esterilizaciones). A partir de esa decisión, que implicó e implica una posición autocrítica y una actitud de revisión frente a muchas de las prácticas habituales, se conformó un grupo específico que se dedica a trabajar para que se implementen la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los informes de los Relatores de Naciones Unidas contra la Tortura y los Tratos Degradantes, las reivindicaciones del movimiento de personas psiquiatrizadas, el Manifiesto de Cartagena y los aprendizajes acumulados de experiencias libres de coerción fuera y dentro de las instituciones (eliminación de las contenciones mecánicas, unidades de hospitalización de puertas abiertas, voluntades anticipadas, respetar la decisión de no usar psicofármacos, marco de los servicios conscientes del trauma, marco PAS, Diálogo Abierto).

En la asunción de esta tarea descrita es que realizamos seguimiento del caso referido y CONSIDERAMOS ÚTIL TRASLADAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE PUEDA SER TOMADA EN CUENTA:

### 1. En relación al proceso de valoración forense informamos que:

- Estar a la espera de conocer la fecha de valoración forense está aumentando el estrés, generando mucho sufrimiento, elevando el riesgo de sufrir daño irreversible y bloqueando otros proyectos vitales.
- Resulta problemático que un proceso pensado desde el cuidado esté impactando de forma negativa en su salud, más aún contando con informe y declaración en sala de su equipo sanitario de tratamiento, favorables con que se mantenga intacta la capacidad jurídica.

- Por la naturaleza de la valoración, ésta puede causar un nuevo trauma a \_ paciente, provocando o exacerbando el malestar al resucitar afectos y recuerdos dolorosos.
- En el contexto de las valoraciones, es importante examinar qué obstáculos se oponen a una comunicación efectiva, como en este caso pueden ser las vivencias pasadas de otras valoraciones y otros daños vinculados a procesos judiciales previos, y comprender que esas reacciones personales pueden afectar al resultado de la nueva valoración.
- En el caso concreto de \_\_\_\_\_, debido a su experiencia previa con los juzgados y con el impacto de otras valoraciones forenses, y de las valoraciones psiquiátricas en general, entendemos que es particularmente difícil garantizar que se sienta en un contexto seguro y, por tanto, es muy probable que tanto su salud mental como el resultado de la valoración se vean afectados.

## **2. En relación al proceso de incapacitación informamos que:**

- El derecho a la capacidad jurídica es fundamental para la personalidad humana y para la libertad, la dignidad y la autonomía (es decir, la capacidad de hacerse cargo y controlar la propia vida).
- Cualquier sistema que niegue a un grupo de personas el derecho a la capacidad jurídica socava el lugar de las personas en la comunidad y en la sociedad.
- No permitir que las personas tomen las decisiones importantes de su vida tiene grandes efectos negativos sobre su salud mental, como también resulta dañino negar constantemente a las personas la oportunidad de tomar pequeñas decisiones diarias, que dan forma a su identidad y su mundo.
- Quitar el derecho de las personas a tomar decisiones resulta profundamente desempoderador y fomenta la impotencia, la dependencia y la no participación en la comunidad.
- Con la incapacitación y la restricción del derecho a tomar decisiones las personas tienen muy poco o ningún control sobre sus vidas y están en mayor riesgo de sufrir abuso y explotación.
- Las restricciones en el ejercicio de sus derechos contribuyen a perpetuar la discriminación y la exclusión y abren la puerta a otras formas de abuso, como la coacción y el internamiento en instituciones, causando en última instancia la cosificación de las personas.
- El reconocimiento de la plena capacidad jurídica y el apoyo para la adopción de decisiones son pasos necesarios para hacer efectivos los derechos, al dar a las personas con discapacidad la libertad y la posibilidad de vivir la vida que desean.
- Salvaguardar su capacidad jurídica y su toma de decisiones ayuda a las personas a asumir la responsabilidad de sus vidas y a abordar barreras para su bienestar. Reduce el nivel de dependencia futura y aumenta la capacidad de desarrollar relaciones positivas e igualitarias con los demás, contribuyendo también a un mejor pronóstico en cuanto a su proceso de recuperación.

Por tanto, tomando en cuenta todo lo referido, desde \_\_\_\_\_ **CONSIDERAMOS QUE:**

- Debería suspenderse la valoración forense propuesta por fiscalía para evitar retraumatizaciones, que conllevan aumento del riesgo de crisis psíquica y síntomas físicos.
- En caso de producirse, debería iniciarse con la mayor celeridad posible y/o trasladar la fecha en que dicha valoración tendría lugar de cara a reducir la incertidumbre y el estrés que este proceso está provocando.
- La incapacitación o la curatela de \_\_\_\_\_ supondría un daño irreversible a su proyecto vital.
- Más aún teniendo en cuenta que ha sido capaz de construir y mantener contacto desde hace meses con varias redes de apoyo conformada por iguales y representantes de otros colectivos (Grupo de Apoyo Mutuo de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, ...) con les que ha realizado los arreglos pertinentes a la hora de adoptar decisiones y conseguir apoyos concretos para necesidades específicas (incluyendo información y documentación clínica, legal, administrativa, etc...). Todas estas personas, representantes de colectivos o miembros de recursos comunitarios, se han manifestado dispuestas a apoyar de manera sostenida en la toma de decisiones.
- Por ello, aún conscientes de que no existe de momento otra medida que pueda suplir las eventuales dificultades en el ejercicio de su capacidad jurídica de las personas, entendemos que debe decidirse siempre en favor de la total capacidad salvo que existiesen motivos probados de mucho peso e importancia para suspender la misma; no siendo suficientes en ningún caso la mera declaración de los familiares ni el desacuerdo con los valores que orientan las decisiones de su vida; así como tampoco los diagnósticos recibidos, el número de ingresos hospitalarios acumulados o la precariedad económica. Aunque la valoración de la prueba es libre para el tribunal, entendemos que debe dar más peso a las pruebas que partan de la mayor cercanía con la persona objeto del proceso, como son los testigos aportados, los informes de parte y por supuesto que la persona sea oída en juicio y sean escuchadas su voluntad y preferencias.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólog\_, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ▲ INFORME PARA LA DEFENSA EN JUICIO DE INCAPACITACIÓN I

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Motivo de consulta

En \_\_\_\_\_, durante un ingreso involuntario, contacta con \_\_\_\_\_ para solicitar atención alternativa a la proporcionada por el Servicio de Salud Mental de \_\_\_\_\_. Es consciente de necesitar que se organicen apoyos para su recuperación y está disconforme con los que ha recibido hasta ese momento (no elección de profesional ni del recurso, ingreso involuntario, medicación neuroléptica forzosa, dosis no negociada, no psicoterapia, no acceso a la vivienda, no acceso a trabajos con sentido, no acceso a ingresos económicos suficientes para emanciparse del contexto conflictivo en el que vive).

Respetando su derecho de elección de tratamiento, atendemos su solicitud de atención basada en derechos y necesidades y libre de medidas coercitivas, y a partir de ese momento nos movilizamos para organizar un equipo disponible para empezar un trabajo conjunto basado en Diálogo Abierto, metodología con los mejores resultados publicados en relación a la recuperación de personas diagnosticadas de psicosis.

Después de meses de trabajo con \_\_\_\_\_ y su red personal, el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, tras ser puest\_ en libertad del ingreso involuntario por orden judicial, el equipo se hace cargo ya de la atención como equipo de referencia.

## Antecedentes Personales Psiquiátricos

- Sufrimiento psíquico intenso de larga data en relación a violencias biográficas, sociales y estructurales.
- En contacto con salud mental pública y privada desde la infancia, psiquiatrizad\_ desde \_\_\_\_\_ y polidiagnosticad\_ en torno al concepto de trastorno mental grave en eje I (\_\_\_\_\_) y eje II (\_\_\_\_\_).
- Historia de seguimiento e intervención en recursos ambulatorios como la Unidad de Salud Mental y el Hospital de Día de zona.
- Ha recibido tratamiento psicofarmacológico durante largas temporadas, generalmente no negociado ni en cuanto a grupo farmacológico ni en cuanto a dosis, incluyendo



medicación neuroléptica inyectable en contra de su voluntad.

- Historia de múltiples ingresos involuntarios en Unidad de Hospitalización Breve y Unidad de Media Estancia. Puest\_ en libertad por orden judicial el \_\_\_\_\_, gracias a interposición de recurso por su parte, con validación de su criterio para elegir equipo de tratamiento.
- Como apoyos históricos considerados útiles ha recibido en distintas etapas terapia familiar en \_\_\_\_\_, manteniendo contacto y una relación de confianza de años de evolución, activa hasta el día de hoy.
- Asistencia semanal a un grupo de apoyo mutuo (GAM).
- En contacto desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, desde que es puest\_ en libertad en \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ el equipo asignado a cargo está formado por psiquiatra, psicólogo\_ y trabajador\_ social del equipo sanitario de \_\_\_\_\_ y terapeuta familiar de \_\_\_\_\_. Pendiente de defenderse en juicio de incapacitación para la esfera del dinero y la salud promovido por Fiscalía en 20\_\_\_\_, previsto para el \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

### Antecedentes personales médicos

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Toxicidad por toma de neurolépticos: dificultades de visión, alteraciones de la psicomotricidad, particularmente de la marcha, interferencia cognitiva, embotamiento afectivo, aumento de peso.

### Situación basal

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ cobra una pensión no contributiva (367€/mes) y accede y mantiene empleos eventuales. Familia de origen con alto nivel de conflicto diario, con una comunicación muy violenta y dificultades de larga data para permitir la independencia de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(descripción de la posición de miembros de la familia, a cuento de problematizar su declaración en el juicio a favor de la incapacitación). La red de pares está en proceso actual de reconstrucción, rota a causa del impacto del estigma por psiquiatrización.

Se trata de una persona totalmente independiente para las actividades básicas de la vida diaria. No tiene ningún problema cognitivo para el desempeño de las actividades instrumentales, que solo se interfieren puntualmente en relación al estrés convivencial, sin repercusión, y las vinculadas a la socialización en relación al daño producido por los ingresos involuntarios y las medicaciones forzosas, reversible y del que se está recuperando. Merece la pena destacar que:

- Se encarga especialmente bien de su salud (pide y acude a citas médicas, acepta o deniega tratamientos informadamente) y es muy consciente de los cuidados que necesita, tanto físicos como emocionales. Conoce muy bien los tratamientos en psiquiatría, sus efectos e impactos, y tiene un criterio valioso fruto de la reflexión, la información crítica y la experiencia propia. Es capaz de pedir ayuda si la necesita.
- Conoce su situación económica y es capaz de tomar decisiones al respecto y de otorgar poderes a otros, hacer testamentos y manejar cantidades de dinero pequeñas y con toda seguridad grandes si las tuviese. Capacidad contractual intacta.
- Ha demostrado habilidades en la realización de trámites administrativos, a propósito de la solicitud de ayudas a vivienda y dentista, matriculación en cursos y gestiones para acceder a un empleo.
- A pesar de todo, mantiene activas relaciones del pasado fuera de su familia y es capaz de establecer nuevas relaciones significativas, con resultados asombrosos como la participación en la creación del grupo de apoyo mutuo de \_\_\_\_\_.
- Incluso ingresad\_ en contra de su voluntad ha sido capaz de encontrar y mantener un trabajo temporal y cursar estudios, al igual que los meses después de ser puest\_ en libertad, a pesar de estar presente un importante sufrimiento psíquico.

### **Episodio actual**

Se inicia una nueva etapa en la que ya se ha validado en la Audiencia Provincial que \_\_\_\_\_ pueda elegir el equipo de tratamiento que considere y que este se base en derechos y necesidades, a través del Diálogo Abierto y a cargo del equipo sanitario de \_\_\_\_\_. De todo lo conversado en encuentros mantenidos durante los meses previos se priorizan ahora tres ejes de trabajo conjunto:

- Revisión del apoyo farmacológico y búsqueda de dosis mínima
- Elaboración de lo vivido para poder seguir adelante
- Construcción de un proyecto de vida posible

### **Exploración psicopatológica**

Consciente y orientad\_ en las tres esferas. Colaborador\_. Atent\_. Discurso conversacional, autodirigido, organizado, sin pérdida de la idea motriz. Mentalización cada vez menos interferida por la medicación pero sí todavía por la reexperimentación del daño producido por las medidas coercitivas y el estigma por ser persona psiquiatrizada cada vez que aparece un nuevo estímulo relacionado. Mantiene tristeza, apatía, abulia, desesperanza e incapacidad para proyectarse, pero menos fijas, con mayor fluctuación, que en el periodo previo a ser puest\_ en libertad. Ansiedad basal y en picos, que disparan la aparición de explosiones verbales de rabia, insomnio y agudización de síntomas físicos como dolores musculares y rigidez, que se correlacionan con la reexperimentación de situaciones traumáticas. Deseos de muerte, sin planificación suicida. Autoagresiones ansiolíticas. Experiencias inusuales en forma de sincronías, dotación de sentido, referencialidad. No escucha de voces. Dificultades para alcanzar normopeso vinculadas al tratamiento neuroléptico.

### **Evolución**

Desde que es puest\_ en libertad por la Audiencia Provincial en \_\_\_\_\_ de 20\_\_ y hasta el momento, se han mantenido, a su petición, disponibilidad telefónica y encuentros telemáticos

de 1 a 3 veces por semana, de 1h 30min de duración, centrados en los tres ejes referidos, siguiendo la metodología del Diálogo Abierto.

En el poco tiempo transcurrido se han producido avances en todos ellos, a destacar:

- Cambio de medicación neuroléptica inyectable a medicación neuroléptica oral y reducción de dosis hasta discontinuación completa, con sustitución de grupo farmacológico a benzodiazepinas, usando un modelo de prescripción basado en el fármaco y no en la enfermedad, y obteniendo como beneficios la desaparición del malestar físico y psíquico asociado a la toxicidad, y una reducción drástica del riesgo cardiovascular y del riesgo de suicidio y no recuperación asociados a la medicación forzosa.
- Espacio mental y personas disponibles para poder conversar y elaborar intensas experiencias vividas de abuso, desprotección e impunidad, vinculadas a la institución de la familia, la psiquiatría y la justicia; tanto en los encuentros telemáticos como en las citas presenciales con \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_.
- Imaginación de un proyecto de vida posible y primeros intentos de organización de las condiciones materiales y emocionales necesarias para alcanzarlo, en su propio territorio, siguiendo su deseo, tratando de incorporar a cada vez más personas de su red- incluidas \_\_\_\_\_ (*personas de la familia*) aunque con muy poco éxito- y sumando al equipo a un técnico en trabajo social para apoyar la necesidad de mejorar las condiciones materiales a través de la administración (ingresos, vivienda).

Siendo muchos los pasos dados por \_\_\_\_\_ y el equipo para seguir adelante, en el ámbito laboral, formativo y relacional, y muchos los obstáculos acumulados previos que hay que sortear (prejuicios sociales, cultura sobre salud mental y derechos, precariedad económica, no apoyo familiar), consideramos que **la evolución estaba siendo buena y esperanzadora para todos, hasta el momento de recibir la comunicación del juicio inminente para valorar una incapacitación propuesta en 20\_\_**. Este hecho ha paralizado el proceso de nuevo, reactivando el trauma y ocupándolo todo, posponiendo planes en marcha, sin poder seguir avanzando hasta afrontarlo. Se trata de una reacción comprensible pues el juicio pone sobre la mesa de nuevo temas referidos fundamentales, como la libertad de tomar decisiones sobre su vida, el daño no reparado causado por un proceso de psiquiatrización de muchos años y la interposición de medidas involuntarias. A pocos meses de distancia de haber sido puest\_ en libertad, la noticia del nuevo juicio ha despertado un miedo intenso, recuerdos muy dolorosos, le ha conectado de nuevo con el sin sentido de la vida, la desesperanza y la desconfianza de no poder estar nunca más tranquil\_ y tener tiempo para recuperarse.

### **Diagnóstico**

- Proceso de recuperación activo gracias al cese de las medidas de control, en una persona con sufrimiento psíquico grave con diagnósticos del espectro de la psicosis.
- Riesgo de empeoramiento grave e irreversible si se implementan de nuevo medidas de control.

### **Recomendaciones terapéuticas**

- PRIORIZAR Y FOMENTAR LA RECUPERACIÓN DE SU CONDICIÓN DE SUJETO, NO INTERFIRIENDO EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE SU VIDA EN NINGUNO DE SUS

ASPECTOS.

- SE CONTRAINDICA LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS INVOLUNTARIAS (ingresos, medicación forzosa, curatelas), POR ALTO RIESGO DE EMPEORAMIENTO IRREVERSIBLE.
- CONTINUAR TRATAMIENTO BASADO EN DERECHOS Y NECESIDADES, A CARGO DEL EQUIPO SANITARIO DE \_\_\_\_\_, COMPUESTO POR PSIQUIATRA, PSICÓLOG\_ Y TRABAJADOR\_ SOCIAL.
- CONTINUAR CON LAS CITAS CON \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_ PARA ELABORAR LAS EXPERIENCIAS DOLOROSAS SUFRIDAS EN EL PASADO.
- CONTACTO SEMANAL CON SU GRUPO DE APOYO MUTUO.
- APOYO FARMACOLÓGICO PUNTUAL CON BENZODIACEPINAS, actualmente basado en 1-2 comprimidos de lorazepam 1mg si precisa.

**Este informe ha sido emitido por iniciativa del equipo profesional abajo firmante con el que \_\_\_\_\_ realiza tratamiento, con el objeto de ser presentado por su abogad\_ de cara al juicio de incapacitación fechado el \_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.**

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólog\_, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ◆ COMUNICACIÓN AL JUZGADO DEL DESACUERDO CON EL PROCESO DE INCAPACITACIÓN

**A/A: Autoridad judicial competente**

**De:** \_\_\_\_\_

A \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,

Desde \_\_\_\_\_ (www. \_\_\_\_\_), consideramos necesario:

- **Mostrar desacuerdo** con el procedimiento de incapacitación de \_\_\_\_\_.
- **Comunicar la preocupación por el daño** que el procedimiento y su resultado puedan causar, valorándose de alto riesgo de bloquear el desarrollo de su proyecto de vida.

\_\_\_\_\_ asumió, hace ya \_\_\_ años, como una de sus funciones, contribuir al cambio cultural de los servicios de salud mental, la justicia y la sociedad en su conjunto; en relación a las prácticas que están siendo denunciadas como perjudiciales por las personas que las padecen (ingreso involuntario, medicación forzosa, incapacitaciones, esterilizaciones). A partir de esa decisión, que implicó e implica una posición profesional autocrítica y una actitud de revisión frente a muchas de las prácticas habituales, se conformó un grupo específico que se dedica a trabajar para que se implementen la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los informes de los Relatores de Naciones Unidas contra la Tortura y los Tratos Inhumanos Crueles y Degradantes, las reivindicaciones del movimiento de personas psiquiatrizadas, el Manifiesto de Cartagena y los aprendizajes acumulados de experiencias libres de coerción existentes ya tanto dentro como fuera de las instituciones (eliminación de las contenciones mecánicas, unidades de hospitalización de puertas abiertas, voluntades anticipadas, respeto de la decisión de no tomar psicofármacos, marco de los servicios conscientes del trauma, marco PAS, Diálogo Abierto); grupo de trabajo que celebra que se esté tramitando una nueva Ley en el Congreso que en breve modificará la antigua regulación y concepción de las medidas de “protección” de las personas con discapacidad, y en concreto los antiguos regímenes de tutela y curatela.

En la asunción de esta tarea descrita, **en \_\_\_\_\_, iniciamos el seguimiento del caso referido.**

De cara al procedimiento que afronta nos vemos con la responsabilidad de trasladar a siguiente **INFORMACIÓN PARA QUE PUEDA SER TOMADA EN CUENTA:**

- El derecho a la capacidad jurídica es fundamental para la personalidad humana y para la libertad, la dignidad y la autonomía (es decir, la capacidad de hacerse cargo y controlar la propia vida).

- Cualquier sistema que niegue a un grupo de personas el derecho a la capacidad jurídica socava el lugar de las personas en la comunidad y sociedad.
- No permitir que las personas tomen las decisiones importantes de su vida tiene grandes efectos negativos sobre su salud mental, como también resulta dañino negar constantemente a las personas la oportunidad de tomar pequeñas decisiones diarias, que dan forma a su identidad y su mundo.
- Quitar el derecho de las personas a tomar decisiones resulta profundamente desempoderador y fomenta la impotencia, la dependencia y la no participación en la comunidad.
- Con la incapacitación y la restricción del derecho a tomar decisiones, las personas tienen muy poco o ningún control sobre sus vidas y están en mayor riesgo de sufrir abuso y explotación.
- Las restricciones en el ejercicio de sus derechos contribuyen a perpetuar la discriminación y la exclusión y abren la puerta a otras formas de abuso, como la coacción y el internamiento en instituciones, causando en última instancia la cosificación de las personas.
- El reconocimiento de la plena capacidad jurídica y el apoyo para la adopción de decisiones son pasos necesarios para hacer efectivos los derechos, al dar a las personas con discapacidad la libertad y la posibilidad de vivir la vida que desean.
- Salvaguardar su capacidad jurídica y su toma de decisiones ayuda a las personas a asumir la responsabilidad de sus vidas y a abordar barreras para su bienestar. Reduce el nivel de dependencia futura y aumenta la capacidad de desarrollar relaciones positivas e igualitarias con los demás, contribuyendo también a un mejor pronóstico en cuanto a su proceso de recuperación.

Por tanto, tomando en cuenta todo lo referido, desde la sección **CONSIDERAMOS QUE:**

- La incapacitación o la curatela de \_\_\_\_\_ supondría un daño irreversible a su proyecto vital.
- Más aún teniendo en cuenta que ha sido capaz de construir y mantener contacto desde hace meses con una red de apoyo conformada por iguales y representantes de otros colectivos ( \_\_\_\_\_ ) con los que ha realizado los arreglos pertinentes a la hora de adoptar decisiones y conseguir apoyos concretos para necesidades específicas (incluyendo información y documentación clínica, legal, administrativa, etc...). Todas estas personas, representantes de colectivos o miembros de recursos comunitarios, se han manifestado dispuestas a apoyar de manera sostenida en la toma de decisiones.
- Por ello, aún conscientes de que no existe de momento otra medida que pueda suplir las eventuales dificultades en el ejercicio de su capacidad jurídica de las personas, entendemos que debe decidirse siempre en favor de la total capacidad salvo que existiesen motivos probados de mucho peso e importancia para suspender la misma; no siendo suficientes en ningún caso la mera declaración de los familiares ni el desacuerdo con los valores que orientan las decisiones de su vida; así como tampoco los diagnósticos recibidos, el número de ingresos hospitalarios acumulados o valoraciones forenses realizadas en un momento vital en el que la medicación sedante está interfiriendo su pensamiento. Aunque la valoración de la prueba es libre para el tribunal,

entendemos que debe dar más peso a las pruebas que partan de la mayor cercanía con la persona objeto del proceso, como son los testigos aportados, los informes de parte, y por supuesto que la persona sea oída en juicio y sean escuchadas su voluntad y preferencias.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ◆ INFORME PARA LA DEFENSA EN JUICIO DE INCAPACITACIÓN II

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMA QUE:

En \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ personas del entorno cercano de \_\_\_\_\_ se ponen en contacto con \_\_\_\_\_, por ser psicólogo y un\_ de l\_s participantes de un Grupo de Cuidados Colectivos en torno a la Salud Mental llamado \_\_\_\_\_, que se reúne semanalmente en \_\_\_\_\_ (sito en \_\_\_\_\_), y al que \_\_\_\_\_ asistía asiduamente. \_\_\_\_\_ además es parte de la junta directiva de \_\_\_\_\_ y del equipo sanitario de respuesta a las crisis de \_\_\_\_\_ (www.\_\_\_\_\_).

\_\_\_\_\_ reúne a profesionales, a personas afectadas y a personas socialmente comprometidas con el objetivo de promover un cambio cultural en salud mental y sostener equipos que proporcionen una respuesta libre de coerción, particularmente en sufrimiento psíquico grave. Sus equipos se dedican a responder a la escucha de voces, las experiencias inusuales, las emociones intensas, el deseo suicida, la dificultad para hacerse entender, etc; y a hacerlo tanto durante las crisis tradicionalmente atendidas en hospitales psiquiátricos como después de ellas, contando con un equipo de profesionales disponibles y con experiencia demostrada en situaciones de sufrimiento psíquico grave como pueden ser las descritas.

La preocupación general por su estado promueve que se organice una respuesta comunitaria improvisada que facilita encuentros para organizar cuidados y la configuración de una red de personas que los lleve a cabo, pero que resulta insuficiente para evitar un ingreso involuntario en \_\_\_\_\_. Durante el ingreso involuntario esa red de personas se mantiene activa y \_\_\_\_\_ le visita en el horario indicado a su petición, convocando varias reuniones para organizar y gestionar un acompañamiento de forma colectiva y en base a Pactos de Cuidados. Dad\_ de alta, reingresa a los pocos días y se retoman las visitas al hospital en cuanto son posibles, manteniéndose las reuniones con su red personal para mejorar el acompañamiento cuando sea dad\_ nuevamente de alta.

Al poco tiempo de ser dad\_ de alta, tanto su red personal como el servicio de salud mental de zona tienen que adaptarse a un trato telefónico, de acuerdo a las recomendaciones relacionadas con el COVID 19; reiniciando las consultas con psiquiatría y psicología en la unidad de salud mental comunitaria de \_\_\_\_\_ en cuanto se lo proponen. Durante este periodo, su psiquiatra va modificando las dosis de la medicación y a \_\_\_\_\_ le van afectando de manera diferente los efectos sedantes de acuerdo a la carga total que recibe, interfiriendo



de forma importante, pero transitoria y reversible, en sus capacidades habituales, como es frecuente mientras se reduce la dosis.

Es importante señalar que el padre de \_\_\_\_\_ fallece en 20\_\_ y recibe como herencia una cantidad económica que es ingresada en sus cuentas en \_\_\_\_ de 20\_\_. Este dato es significativo de señalar ya que tiene disponibilidad para manejar su dinero desde esa fecha, cosa que hace con cautela y prudencia debido a que es una persona bastante austera y que no tiene gastos excesivos.

En \_\_\_\_\_ de 20\_\_ empiezan a aparecer conductas compatibles con episodio maníaco y de nuevo se despliega toda su red de acompañamiento; pero tratándose de una crisis cuyos cuidados necesarios sobrepasan la red de apoyo en ese momento, \_\_\_\_\_ decide en \_\_\_\_\_ ingresar voluntariamente en el hospital, encargándose de este modo de su salud y demostrando su capacidad para determinar cuándo necesita apoyos y cuáles. **Es en este momento cuando su familia considera que hace un mal uso de su economía y que pone en peligro su patrimonio**, ya que realiza varias compras que resultan llamativas debido al poco gasto económico que suele tener \_\_\_\_\_ y al que se ha hecho referencia con anterioridad. Cabe señalar que para la mayoría de las personas con una situación de precariedad económica previa, el hecho de recibir una suma elevada puede suponer un desborde inicial en la toma de decisiones sobre en qué emplearla, y que en caso de \_\_\_\_\_ estos primeros gastos que lleva a cabo son unas adquisiciones que nada tienen que ver con gastos excesivos:

- Adquisición de una bicicleta, su medio de transporte habitual.
- Compra de un ciclomotor de segunda mano valorada en 300€.
- Realización de obras pendientes en el cuarto de baño de su vivienda.
- Préstamos a amigos cercanos en situación de necesidad, que a día de hoy ya le han sido devueltos.

Este último ingreso, en \_\_\_\_\_ de 20\_\_, es breve y es dado de alta con mucha toxicidad farmacológica, que interfiere en su capacidad para moverse, pensar, sentir y desear. A pesar de todo sigue acudiendo a sus citas en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de zona, tanto con su psiquiatra, como con su psicólogo\_ y el equipo de enfermería. De la misma manera que continúa asistiendo a los encuentros del grupo \_\_\_\_\_ todas las tardes de los \_\_\_\_\_ y teniendo conversaciones frecuentes con \_ firmante de este informe.

Entre tanto, la familia, fruto del desconocimiento de otras alternativas de gestión, interpone la demanda de incapacitación sin tener en cuenta ni la opinión, ni las voluntades de \_\_\_\_\_ al respecto, tampoco de sus personas de apoyo elegidas; hecho que genera una gran desconfianza en \_\_\_\_\_ como la hubiese generado en cualquier otra persona.

Cabe señalar que en el momento en que la familia interpone la demanda, \_\_\_\_\_ se encuentra en un estado de embotamiento y de dificultad de pensamiento, de concentración y con una somnolencia excesiva (podía quedarse dormido varias veces estando en consulta) debido a la medicación que tenía prescrita en ese entonces.

En una de las consultas, su psiquiatra le cambia de nuevo la medicación, intentando que sean fármacos que le permitan estar más despiert\_, concentrad\_ y en presencia. Pasadas unas semanas, \_\_\_\_\_ comienza a poder pensar con más claridad y es cuando quiere oponerse a la incapacitación, manifestando que le gustaría tener apoyos puntuales en los momentos en que le cueste manejar su economía, si eso ocurriese, pero que para esto, no es necesario, ni

justo, ni humano tener que pasar por un juicio de incapacitación. Conocedor\_ del trabajo del equipo de respuesta a las crisis del equipo de \_\_\_\_\_, solicita un encuentro para informarse y conversar sobre la posibilidad de recibir una atención basada en derechos y necesidades, en el que SE CONCLUYE:

- **La disponibilidad desde la asociación para conformar un equipo sanitario personalizado, de carácter gratuito, compuesto inicialmente por psiquiatra, \_\_\_\_\_, y psicólogo, \_\_\_\_\_, para hacerse cargo de su atención de forma completa en cuanto así lo decida; en coordinación con los servicios públicos que se requieran en cada momento y organizado en torno a la metodología del Diálogo Abierto y el uso de dosis mínimas, que han demostrado los mejores resultados en psicosis.**
- **El deseo de \_\_\_\_\_ de optar por esta alternativa disponible**
- **La contraindicación de la medida de incapacitación** en cualquiera de sus modalidades, por no estar indicada, por el riesgo alto de interferir en su recuperación y por existir alternativas disponibles conforme a las recomendaciones de la Convención de Derechos para las Personas con Discapacidad.
- **La pertinencia de mantener el contacto semanal presencial con el Grupo de Cuidados Colectivos \_\_\_\_\_, y telemática si la situación vinculada al COVID-19 lo requiriese.**
- **La pertinencia de mantener las citas en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de zona y apoyo farmacológico prescrito hasta que se tome la decisión de cómo seguir.**

**EN CUANTO A CONTRAINDICAR LA INCAPACITACIÓN,** merece destacarse que:

- El diagnóstico que ha recibido, Trastorno Bipolar, se caracteriza por períodos de episodios maníacos, periodos de episodios depresivos y por fases de eutimia (sin sintomatología). Se tiende a pensar que un diagnóstico cursa de la misma manera en todas las personas, cuando la práctica y la experiencia nos demuestra sobradamente que esto no es así. No cursa igual en todas las personas, aunque haya sintomatología compartida. La intensidad de las crisis depende de las personas, de su momento vital y de los apoyos reales con los que cuente, sin que nadie pueda asegurar que se vayan a repetir dichas crisis. De igual forma no se puede decir, como señala el informe del médico forense, que todas las personas diagnosticadas con Trastorno Bipolar sean manipulables y fácilmente influenciables. Ya que como ha quedado señalado cada persona reacciona, percibe, elabora e integra las experiencias de forma diferente.
- Conviene reflexionar sobre el impacto y atención que socialmente se le presta a las diferentes fases del proceso bipolar. Podemos decir que mientras el “estado depresivo” es más aceptado por la sociedad y la institución ya que no supone mayor incomodidad ni molestia, en contraste el “estado maníaco” genera mayor alarma ya que el tipo de conductas manifestadas llaman más la atención y se suele percibir una gran urgencia por acallarlas. Es pertinente de igual modo reflexionar sobre cómo puede ser más conveniente para la sociedad y la institución cuando una persona está en un denominado “estado depresivo” ya que la persona no incomoda ni molesta, siendo diferente cuando está en un

estado maníaco donde por el tipo de conductas que suelen manifestar, llaman más la atención y la urgencia de calmarlas es mucho mayor, sin conllevar necesariamente mayor sufrimiento ni mayores consecuencias.

- \_\_\_\_\_ se encarga especialmente bien de su salud (pide y acude a citas médicas, acepta o deniega tratamientos informadamente) y es muy consciente de los cuidados que necesita, tanto físicos como emocionales. Conoce muy bien los tratamientos en psiquiatría, sus efectos e impactos, y tiene un criterio valioso fruto de la reflexión, la información crítica y la experiencia propia. Es capaz de pedir ayuda si la necesita.
- Consigue generar por sí mism\_ apoyos que sí desea, como vincularse a un grupo de cuidados colectivos, contar con un\_ abogad\_ dispuest\_ a defender sus derechos de elección y autodeterminación en la demanda de incapacitación, recibir asesoría y apoyo de colectivos en primera persona; con particular relación con \_\_\_\_\_, asociación con relaciones estables con la administración pública; recibir asesoría y apoyo de la \_\_\_\_\_ a través de su Sección de Derechos Humanos.
- Conoce su situación económica y es capaz de tomar decisiones al respecto y de otorgar poderes a otros, hacer testamentos y manejar cantidades de dinero.
- Ha demostrado habilidades en la realización de trámites administrativos, a propósito de la demanda de incapacitación.
- Mantiene activas relaciones del pasado más allá de su familia (red de amistades y personas conocidas que le brindan apoyo en momentos de dificultad) y es capaz de establecer nuevas relaciones significativas, con resultados asombrosos como la participación en la creación del Grupo de Cuidados Colectivos.

**Este informe ha sido emitido por iniciativa del equipo profesional abajo firmante con el que \_\_\_\_\_ quiere y está dispuesto a continuar el tratamiento alternativo disponible en la \_\_\_\_\_, con el objeto de ser presentado por su abogad\_ de cara al juicio de incapacitación fechado el \_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.**

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo\_, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ◆ INFORME ENTREGADO PARA VALORACIÓN FORENSE, EN FASE DE RECURSO EN AUDIENCIA PROVINCIAL POR SENTENCIA DE CURATELA ECONÓMICA

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Motivo de consulta

En \_\_\_\_ de 20\_\_ se produce un encuentro informativo a su petición, en el que se aclara el tipo de trabajo que realiza el equipo sanitario de \_\_\_\_\_ y se explicita el deseo de recibir un tratamiento que respete sus valores previos al diagnóstico psiquiátrico, así como la necesidad de recibir apoyo durante el recorrido que tenga la demanda de incapacitación que ha interpuesto su familia.

El encuentro tiene como resultado la solicitud formal de la atención que se oferta, que es gratuita, basada en derechos y necesidades y que utiliza la herramienta del Diálogo Abierto para responder a las crisis; y \_\_\_\_\_ elige hacerlo en sinergia con el Servicio de Salud Mental de referencia.

\_\_\_\_\_ reúne a profesionales que han trabajado o trabajan en los servicios de salud mental públicos, vinculados a organizaciones como \_\_\_\_\_ y su Sección de Derechos Humanos, a personas afectadas y a personas socialmente comprometidas con el objetivo de contribuir al cambio cultural en salud mental y sostener equipos que proporcionen una respuesta acorde a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, los informes de los Relatores Especiales de la ONU, el Manifiesto de Cartagena y las demandas del movimiento de personas psiquiatrizadas; particularmente en las situaciones de sufrimiento psíquico grave como el que acompaña a los diagnósticos que incluyen estados emocionales intensos y experiencias psicóticas.

## Antecedentes Personales Psiquiátricos

- En contacto con la red de salud mental desde \_\_\_\_ de 20\_\_, en seguimiento en CSM por psiquiatra y psicólogo\_, dad\_ de alta por psicología en \_\_\_\_.
- Diagnosticad\_ de Trastorno Bipolar, con dos crisis maníacas con síntomas psicóticos en las que se ha utilizado la hospitalización breve de psiquiatría (\_\_\_\_, \_\_\_\_), la segunda de ellas de manera voluntaria. Sin episodios de descompensación desde \_\_\_\_.

- En contacto con el equipo sanitario de \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_, en coordinación con Unidad de Salud Mental Comunitaria de zona.
- En proceso de discontinuación, es este momento de la medicación neuroléptica, según plan acordado entre \_\_\_\_\_ y la Unidad de Salud Mental Comunitaria de zona, estando ya en dosis mínimas y con plan de retirada completa a \_\_\_\_\_. Actualmente toma aripiprazol solución 1,5ml/día, lormetazepam 1 mg/día, depakine crono 1500 mg/día.
- No consumo de cannabis, alcohol ni otras drogas.
- En régimen de medidas cautelares de gestión económica desde \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_, con sentencia de curatela en Juzgado Primera Instancia y en proceso de recurso en la Audiencia Provincial.

### **Antecedentes Personales Médicos**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Toxicidad por toma de psicofármacos: alteraciones de la psicomotricidad, interferencia cognitiva, embotamiento afectivo, aumento de peso

### **Situación basal**

Persona informada, con alto nivel cultural, criterio propio y autodirección. Red afectiva amplia, estable y de contacto cotidiano. Familiares \_\_\_\_\_ fallecid\_s. \_adre en situación grave aguda de salud sobre una base previa de dependencia para la vida cotidiana. Familiar \_\_\_\_\_ instalad\_ en otra comunidad autónoma. Comparte piso. Ha tenido diversos trabajos. Con valores afianzados acerca del compromiso vecinal y la justicia social, la mayor parte de su actividad está vinculada a la construcción de redes de apoyo mutuo para la mejora de las condiciones de vida de las personas.

Se encarga de su salud (pide y acude a citas médicas, acepta o deniega tratamientos informadamente) y es consciente de los cuidados que necesita, tanto físicos como emocionales, con una disonancia para llevarlos a cabo que no sobresale sobre la media poblacional de edad y género en ningún sentido. Conoce particularmente bien los tratamientos en psiquiatría, sus efectos e impactos, y tiene un criterio valioso fruto de la reflexión, la información crítica y la experiencia propia. Se identifica tanto con el diagnóstico recibido como con la responsabilidad de gestionar las necesidades vinculadas a él. Es capaz de pedir ayuda cuando la necesita.

En cuanto a la capacidad de conocer y gestionar su economía, ambas cuestiones han estado interferidas por unas medidas cautelares vigentes que en la práctica están siendo generadoras de problemas y l\_ han colocado en situaciones de vulnerabilidad por bloqueo desde el banco a la información de las cuentas, la asignación inflexible de 20€/día, y por la repetida falta de accesibilidad y capacidad de reacción de la persona asignada para esa función. Estos obstáculos han permitido por otro lado poner a prueba su capacidad de detectar problemas y generar estrategias y alternativas para pagar recibos y afrontar pagos imprescindibles no fijos, que son datos que apoyan la retirada de la medida al comprobarse la puesta en marcha de la capacidad propia incluso en situaciones externas de atrapamiento. No hay datos para decir que no sea competente para tomar decisiones de gasto, otorgar poderes a otros, hacer testamentos, manejar cantidades de dinero pequeñas y grandes, y tener la capacidad contractual intacta.

En paralelo a lo sucedido con las medidas cautelares ha demostrado poder afrontar trámites administrativos farragosos, como ha sido la comunicación al juzgado de los problemas que estaban generando y la interposición de un recurso a la sentencia de incapacitación.

### **Episodio actual**

Establecemos compromiso de atención en \_\_\_\_\_ 20\_\_, en situación de estabilidad, con tres objetivos:

- Taponar el impacto emocional de la comunicación de la demanda de incapacitación interpuesta por su familia y facilitar los movimientos que quiera realizar al respecto en el tiempo de reacción que exigen estos procesos.
- Consolidar una red de personas informadas y disponibles para responder a una eventual crisis que se pudiese producir en el futuro, junto a un equipo sanitario entrenado en aplicar los nuevos paradigmas de salud mental basados en derechos y en la toma de conciencia del trauma por las medidas coercitivas en psiquiatría, en coordinación con los servicios de salud mental de zona.
- Averiguar y transformar las condiciones que promueven el despegue de estados emocionales intensos y buscar carriles de bajo riesgo para su gestión.

### **Exploración psicopatológica**

Consciente y orientad\_ en las tres esferas. Colaborador\_. Atent\_. Discurso conversacional, autodirigido, organizado, sin pérdida de la idea motriz. Mentalización cada vez menos interferida por la medicación pero puede estarlo en situaciones de evaluación psicopatológica que generen tensión. Cierta anhedonia, apatía y abulia, de origen medicamentoso y reactivo al momento social; aunque conectad\_ con el contexto y empático. No ansiedad. No insomnio. No ideas de muerte. No escucha de voces ni experiencias inusuales.

### **Evolución**

**La metodología de trabajo** se basa en la disponibilidad del equipo para reunirse de forma inmediata cuando la persona o cualquiera de su red afectiva o su red de apoyo institucional lo requieran, siempre en menos de 48h, con el compromiso del equipo de mantener las reuniones el tiempo y con la frecuencia que sean necesarias, incluso diarias en situaciones de mucha incertidumbre, con el objetivo de afrontar cualquier preocupación, como podría ser por ejemplo la detección de un estado de crisis y la organización de los apoyos que se requieran para atravesarla sin medidas coercitivas. **Estas reuniones pueden ser convocadas llamando al \_\_\_\_\_ o al \_\_\_\_\_, estando estos teléfonos disponibles también para cualquier profesional o personal técnico que tenga relación con \_\_\_\_\_, tanto de atención primaria, salud mental, SAMUR o servicios sociales, como dependencias judiciales.**

**Desde \_\_\_\_\_ 20\_\_ hasta el momento** se han producido del orden de **50 reuniones de Diálogo Abierto**, de una hora y media de duración, convocadas mayoritariamente por \_\_\_\_\_, con la participación de una media de 6 personas por reunión y la negativa de su familia a incluirse hasta el momento, perseverando en la demanda de incapacitación a pesar de estar disponible esta alternativa menos restrictiva, tener nuestro teléfonos y ser su familiar \_\_\_\_\_ terapeuta y haber trabajado en cursos de rehabilitación psicosocial, y por tanto poder informarse con facilidad sobre el Diálogo Abierto y las recomendaciones de Naciones Unidas si acaso las desconocía.

**En cuanto a la aparición de estados emocionales intensos o de experiencias inusuales** no se ha producido ninguno, siendo lo más llamativo en su expresividad emocional la toxicidad farmacológica, que en su caso sobre todo remeda cierta apatía.

**En cuanto al apoyo farmacológico**, por un lado se ha identificado toxicidad que estaba interfiriendo en la recuperación y que indicaba reducir dosis y carga, y por otro lado se ha hecho valer el derecho a decidir informadamente no tomar psicofármacos de manera continuada, fuera de crisis, elaborándose con la colaboración de \_\_\_\_\_, farmacéutic\_ especializad\_ en estos procesos, un plan de discontinuación con su pacto de cuidados, centrado inicialmente en la retirada de los últimos 5mg de aripiprazol basado en una curva de descenso aproximada a la proporcionalidad inversa de dosis/tiempo para prevenir la abstinencia que ya se acepta que provocan los neurolépticos, y que puede hasta provocar síntomas psicóticos; con un cálculo de retirada completa en un año, terminando en \_\_\_\_\_ de 20\_\_ y con muy buen resultado hasta el momento.

**En cuanto a la coordinación con el Servicio de salud mental** de zona durante este tiempo hemos podido comunicarnos por escrito con \_\_ psiquiatr\_ que le corresponde en la unidad de salud mental comunitaria buscando acuerdo y colaboración en el proceso de discontinuación de aripiprazol, con éxito y estando pendientes de fecha para reunión por sus dificultades de agenda y una segunda baja laboral. Sí se ha producido un encuentro entre el equipo de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, la red afectiva y \_\_ psicólog\_\_ que tenía asignad\_ antes del alta; además de la participación en la docencia de residentes del servicio de referencia para explicar la metodología del Diálogo Abierto.

**En cuanto a la red de apoyo** la situación actual es muy favorable, existe un grupo amplio de personas del círculo íntimo de convivencia y cotidianidad, y también de relación vecinal, que están informadas y disponibles para prevenir, comprender y sostener procesos de crisis en la comunidad en conjunto con este equipo sanitario, sin necesidad de ingreso ni otras medidas de control y con bajo riesgo de hechos traumáticos

**En cuanto a la prevención y comprensión de las crisis** se han puesto muchas palabras a lo sucedido, a los dolores individuales y colectivos, a los pasados y a los actuales, a los propios, los interdependientes, a los cuidados que se necesitan, a lo que hay que resolver para una mejor gestión y a los activos en salud.

**En cuanto a la gestión económica**, las medidas cautelares vigentes, paradójicamente han complicado la vida cotidiana y han precisado de reuniones para resolver la impotencia y los problemas materiales generados, obstaculizando que nos centrásemos en otras cuestiones relevantes para la salud. También han impedido que avancemos en organizar cortafuegos concretos relacionados con la preocupación familiar de que, en una eventual crisis futura maníaca que ocurriese, \_\_\_\_\_ pudiese hacer más gastos de los que \_ quisiera, preocupación que \_\_\_\_\_ no comparte pero estaría dispuest\_ a tranquilizar de formas más razonables que perdiendo autonomía fuera de crisis. Por otro lado, como equipo y a su petición, hemos tratado de comunicarnos en dos ocasiones con \_\_\_\_\_, responsable de las medidas, al comprobar que su gestión estaba siendo problemática, sin recibir ninguna respuesta ni aceptar las propuestas de reunión para entender lo que estaba pasando y que hubiese un cambio.

## **Diagnóstico**

Historia de estados emocionales intensos con experiencias inusuales compatibles con el diagnóstico F 31.7 de la CIE-10, trastorno bipolar actualmente en remisión.

## Recomendaciones terapéuticas

- **RETIRADA DE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTERPUESTAS A TRAVÉS DE CAUTELARES Y SU CONTINUIDAD EN LA SENTENCIA DEL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA.**
- CONTINUAR TRATAMIENTO BASADO EN DERECHOS Y NECESIDADES, A CARGO DEL EQUIPO SANITARIO DE \_\_\_\_\_ Y EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE ZONA.
- CONTINUAR PROCESO DE DISCONTINUACIÓN DE PSICOFÁRMACOS DE FORMA PROGRESIVA TAL Y COMO INDICA LA INFORMACIÓN DISPONIBLE ACTUALIZADA.

**Este informe ha sido emitido a petición de \_\_\_\_\_, con el objeto de ser presentado en la reevaluación forense programada el \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.**

Atentamente, a \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_



# ◆ COMUNICACIÓN AL JUZGADO DEL DESACUERDO FRENTE A LAS MEDIDAS CAUTELARES SOBRE EL DINERO

**A/A: Autoridad judicial competente**

**De: Sección de Derechos Humanos de \_\_\_\_\_**

A \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_,

Desde la Sección de Derechos Humanos de \_\_\_\_\_ (www.\_\_\_\_\_), consideramos necesario:

**Comunicar la preocupación por el impacto que la medida cautelar sobre la gestión económica de \_\_\_\_\_ está teniendo sobre su salud mental y sobre su proceso de recuperación, valorándose un alto riesgo de que esta medida bloquee el desarrollo de su proyecto de vida.**

La Junta Directiva de la Sección de Derechos Humanos de \_\_\_\_\_ asumió, hace ya \_\_\_ años, como una de sus funciones, contribuir al cambio cultural de los servicios de salud mental, la justicia y la sociedad en su conjunto; en relación a las prácticas que están siendo denunciadas como perjudiciales por las personas que las padecen (ingreso involuntario, medicación forzosa, incapacitaciones, esterilizaciones). A partir de esa decisión, que implicó e implica una posición profesional autocrítica y una actitud de revisión frente a muchas de las prácticas habituales, se conformó un grupo específico que se dedica a trabajar para que se implementen la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los informes de los Relatores de Naciones Unidas contra la Tortura y los Tratos Inhumanos Crueles y Degradantes, las reivindicaciones del movimiento de personas psiquiatrizadas, el Manifiesto de Cartagena y los aprendizajes acumulados de experiencias libres de coerción existentes ya, tanto dentro como fuera de las instituciones (eliminación de las contenciones mecánicas, unidades de hospitalización de puertas abiertas, voluntades anticipadas, respeto la decisión de no tomar psicofármacos, marco de los servicios conscientes del trauma, marco PAS, Diálogo Abierto); grupo de trabajo que celebra que se haya aprobado una nueva Ley en el Congreso que ha modificado la antigua regulación y concepción de las medidas de "protección" de las personas con discapacidad y los antiguos regímenes de tutela y curatela, y que prioriza en todo momento medidas no restrictivas con el ejercicio de la ciudadanía.

En la asunción de esta tarea descrita, en \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_, iniciamos el seguimiento del caso referido.

De cara al procedimiento que afronta nos vemos con la responsabilidad de trasladar la siguiente INFORMACIÓN PARA QUE PUEDA SER TOMADA EN CUENTA:

- Las medidas cautelares y el nombramiento de un\_ administrador\_ económico están teniendo un fuerte impacto negativo sobre el proceso de \_\_\_\_\_.

- La gestión del dinero que está haciendo su actual administrador\_, especialmente en cuanto al momento de entregar la asignación, y a la cuantía de la misma, en la que se está haciendo caso omiso del criterio de \_\_\_\_\_, el de su red y el del equipo sanitario que le acompaña, está poniendo en riesgo su proceso, su salud mental y la de parte de su red social más próxima.
- La limitación del acceso que tiene a su dinero está socavando el lugar que ocupa en la comunidad, en la sociedad y en su entorno natural más próximo.
- El proceso está resultando profundamente desempoderador, fomentando, de acuerdo a lo que dice la literatura científica al respecto, la impotencia, la dependencia e indefensión.
- La restricción al acceso de su dinero está aumentando el riesgo de sufrir otros abusos.

Por tanto, tomando en cuenta todo lo referido, desde la Sección CONSIDERAMOS QUE:

**Se retire con carácter de urgencia la medida de control económico impuesta de manera cautelar sobre \_\_\_\_\_.**

Sección de Derechos Humanos de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

# ► OTRA COMUNICACIÓN AL JUZGADO DEL DESACUERDO CON EL PROCESO DE INCAPACITACIÓN

**A/A: Autoridad judicial competente**

**De:** \_\_\_\_\_

A \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,

Desde \_\_\_\_\_ (www. \_\_\_\_\_), consideramos necesario:

- **Mostrar desacuerdo** con el procedimiento de incapacitación de \_\_\_\_\_.
- **Comunicar la preocupación por el daño** que el procedimiento y su resultado puedan causar, valorándose de alto riesgo de bloquear el desarrollo de su proyecto de vida.

\_\_\_\_\_ asumió, hace ya \_\_\_ años, como una de sus funciones, contribuir al cambio cultural de los servicios de salud mental, la justicia y la sociedad en su conjunto; en relación a las prácticas que están siendo denunciadas como perjudiciales por las personas que las padecen (ingreso involuntario, medicación forzosa, incapacitaciones, esterilizaciones). A partir de esa decisión, que implicó e implica una posición profesional autocrítica y una actitud de revisión frente a muchas de las prácticas habituales, se conformó un grupo específico que se dedica a trabajar para que se implementen la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los informes de los Relatores de Naciones Unidas contra la Tortura y los Tratos Inhumanos Crueles y Degradantes, las reivindicaciones del movimiento de personas psiquiatrizadas, el Manifiesto de Cartagena y los aprendizajes acumulados de experiencias libres de coerción existentes ya tanto dentro como fuera de las instituciones (eliminación de las contenciones mecánicas, unidades de hospitalización de puertas abiertas, voluntades anticipadas, respeto de la decisión de no tomar psicofármacos, marco de los servicios conscientes del trauma, marco PAS, Diálogo Abierto); grupo de trabajo que celebra que se esté tramitando una nueva Ley en el Congreso que en breve modificará la antigua regulación y concepción de las medidas de “protección” de las personas con discapacidad, y en concreto los antiguos regímenes de tutela y curatela.

En la asunción de esta tarea descrita, **en \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, iniciamos en seguimiento del caso referido**, habiéndose mantenido desde entonces numerosos encuentros telemáticos a su petición, en los que han participado como invitadas otras personas y organizaciones, y en los que ha demostrado capacidad de:

- Organización y convocatoria
- Petición de ayuda y selección de los apoyos que necesita
- Análisis informado, crítico y responsable de su situación
- Competencia para decidir y juicio sobre la realidad

De cara al procedimiento sentimos la responsabilidad de TRASLADAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE PUEDA SER TOMADA EN CUENTA:

- El derecho a la capacidad jurídica es fundamental para la personalidad humana y para la libertad, la dignidad y la autonomía (es decir, la capacidad de hacerse cargo y controlar la propia vida).
- Cualquier sistema que niegue a un grupo de personas el derecho a la capacidad jurídica socava el lugar de las personas en la comunidad y sociedad.
- No permitir que las personas tomen las decisiones importantes de su vida tiene grandes efectos negativos sobre su salud mental, como también resulta dañino negar constantemente a las personas la oportunidad de tomar pequeñas decisiones diarias, que dan forma a su identidad y su mundo.
- Quitar el derecho de las personas a tomar decisiones resulta profundamente desempoderador y fomenta la impotencia, la dependencia y la no participación en la comunidad.
- Con la incapacitación y la restricción del derecho a tomar decisiones las personas tienen muy poco o ningún control sobre sus vidas y están en mayor riesgo de sufrir abuso y explotación.
- Las restricciones en el ejercicio de sus derechos contribuyen a perpetuar la discriminación y la exclusión y abren la puerta a otras formas de abuso, como la coacción y el internamiento en instituciones, causando en última instancia la cosificación de las personas.
- El reconocimiento de la plena capacidad jurídica y el apoyo para la adopción de decisiones son pasos necesarios para hacer efectivos los derechos, al dar a las personas con discapacidad la libertad y la posibilidad de vivir la vida que desean.
- Salvaguardar su capacidad jurídica y su toma de decisiones ayuda a las personas a asumir la responsabilidad de sus vidas y a abordar barreras para su bienestar. Reduce el nivel de dependencia futura y aumenta la capacidad de desarrollar relaciones positivas e igualitarias con los demás, contribuyendo también a un mejor pronóstico en cuanto a su proceso de recuperación.

Por tanto, tomando en cuenta todo lo referido, desde la sección **CONSIDERAMOS QUE:**

- La incapacitación de \_\_\_\_\_ supondría un daño irreversible a su proyecto vital.
- Más aún teniendo en cuenta que ha sido capaz de construir y mantener contacto semanal desde hace meses con una red de apoyo conformada por iguales y representantes de otros colectivos (p.ej. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_) con los que ha realizado los arreglos pertinentes a la hora de adoptar decisiones y conseguir apoyos concretos para necesidades específicas (incluyendo información y documentación clínica, legal, administrativa, etc...). Todas estas personas,

representantes de colectivos o miembros de recursos comunitarios, se han manifestado dispuestas a apoyar de manera sostenida en la toma de decisiones.

- Por ello, aún conscientes de que no existe de momento otra medida que pueda suplir las eventuales dificultades en el ejercicio de su capacidad jurídica de las personas, entendemos que debe decidirse siempre en favor de la total capacidad salvo que existiesen motivos probados de mucho peso e importancia para suspender la misma; no siendo suficientes en ningún caso la mera declaración de los familiares ni el desacuerdo con los valores que orientan sus decisiones de vida de así como tampoco los diagnósticos recibidos ni el número de ingresos hospitalarios acumulados. Y aunque esto es jurisprudencia de nuestros tribunales, en la práctica se ha comprobado que tienden a pesar mucho las declaraciones de las familias y poco las de los testigos presentados por la persona afectada, así como a dar mucho valor a los peritos nombrados por el Juzgado, y no a valorar los informes y apoyos de equipos especializados de nuevo elegidos por la persona afectada, inercias que es de vital importancia empezar a revertir.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo\_ sanitari\_, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ● INFORME PARA LA DEFENSA EN JUICIO DE INCAPACITACIÓN III

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Motivo de consulta

En \_\_\_\_\_ de 20\_\_, \_\_\_\_\_ se pone en contacto con nuestro equipo sanitario para solicitar una valoración alternativa a la recibida desde el Servicio de Salud Mental de \_\_\_\_\_, en cuya unidad de \_\_\_\_\_ se encuentra ingresad\_ en contra de su voluntad desde \_\_\_\_\_, y desde donde se ha solicitado la ampliación del ámbito de aplicación de las medidas adoptadas en \_\_\_\_\_ sobre su capacidad para habilidades de vida independiente y salud.

Respetando su derecho de elección, atendemos su solicitud de atención basada en derechos y necesidades y organizamos un equipo para realizar una valoración clínica mediante varias entrevistas presenciales y online llevadas a cabo desde \_\_\_\_\_, así como coordinaciones con su abogad\_ defensor\_ (\_\_\_\_\_, nºcolegiado \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_). Fruto de estos meses de trabajo, y revisando y teniendo en cuenta los informes emitidos previamente, elaboramos el informe que sigue.

## Antecedentes personales psiquiátricos

- Sufrimiento psíquico intenso de larga data en relación a violencias biográficas, sociales y estructurales.
- En contacto con los servicios salud mental pública de \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_, psiquiatrizad\_ desde los \_\_\_\_\_ años y polidiagnosticad\_ en torno al concepto de trastorno mental grave en eje I (\_\_\_\_\_).
- Historia de seguimiento e intervención en recursos ambulatorios como los \_\_\_\_\_.
- Varios ingresos forzosos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de \_\_\_\_\_ así como \_\_\_\_\_ en la unidad \_\_\_\_\_ con posterior paso a ingreso involuntario en \_\_\_\_\_, donde en la actualidad reside de lunes a jueves por orden judicial.
- Se considera apoyo histórico útil la atención recibida por parte de \_\_\_\_\_, manteniendo contacto con el\_ durante 1 año posterior a su marcha y una relación de confianza durante sus ingresos.

- Asistencia semanal a un grupo de apoyo mutuo (GAM), así como participación activa en \_\_\_\_\_.
- Ha recibido tratamiento psicofarmacológico durante largas temporadas, generalmente no negociado en cuanto a grupo farmacológico ni en cuanto a dosis, incluyendo medicación neuroléptica inyectable en contra de su voluntad. Abajo se lista la medicación habitual actual.
- Entre los efectos secundarios de la medicación recibida se incluyen: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Todos estos síntomas pueden enmarcarse en un Síndrome Extrapiramidal iatrogénico, común en personas en tratamiento con neurolépticos, sobre todo en casos de polimedicación a dosis elevadas. A estos efectos se añaden también \_\_\_\_\_.

### **Antecedentes personales médicos**

- Intervenciones quirúrgicas: \_\_\_\_\_.
- Síndrome \_\_\_\_\_.
- No alergias medicamentosas, sí al \_\_\_\_\_.

### **Tratamiento farmacológico actual**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### **Situación basal**

- \_\_\_\_\_.
- Actualmente ingresad\_ en contra de su voluntad en \_\_\_\_\_.
- Reconocido un grado de discapacidad del \_\_\_\_\_.
- Red de apoyo: Asociación \_\_\_\_\_, familia ( \_\_\_\_\_ ) y \_\_\_\_\_.
- Situación económica: Percibe \_\_\_\_\_. Herencia recibida de \_\_\_\_\_ y gestionada por \_\_\_\_\_. Asignación mensual de \_\_\_\_\_ que en este momento gestiona trabajador\_ social de \_\_\_\_\_.

### **-Evaluación de la capacidad y actividades de la vida diaria e instrumentales:**

- *Habilidades de salud y de autocuidado de la vida independiente:* Se trata de una persona totalmente independiente para las actividades básicas de la vida diaria. No presenta ningún impedimento cognitivo para el desempeño de las actividades instrumentales. Se encarga bien de su salud (pide y acude a citas médicas, acepta o deniega tratamientos informadamente) y es muy consciente de los cuidados que necesita, tanto físicos como emocionales. Conoce muy bien los tratamientos que recibe por parte de psiquiatría, sus efectos e impactos, y tiene un criterio valioso fruto de la reflexión, la información crítica y la experiencia propia. Es capaz de pedir ayuda si la necesita.

- *Habilidades económico-jurídicas-administrativas:* Conoce su situación económica y es capaz de tomar decisiones al respecto y de otorgar poderes a otros, hacer testamentos y manejar cantidades de dinero pequeñas y con toda seguridad grandes si se le permitiese. Capacidad contractual intacta. Esto es así a pesar de encontrarse en situación de curatela económica desde \_\_\_\_\_.
- *Habilidades sobre el transporte:* Se moviliza de forma autónoma en transporte público, realizando los trayectos tanto dentro de \_\_\_\_\_ como interurbanos hasta su domicilio en \_\_\_\_\_.
- *Habilidades en relación a este procedimiento:* Conoce el objeto del procedimiento y sus posibles consecuencias. Es a petición de la propia persona interesada que se lleva a cabo este informe.

## **Episodio actual**

Dados estos antecedentes, \_\_\_\_\_ es consciente de necesitar que se organicen apoyos para acompañar sus momentos de sufrimiento psíquico, pero está disconforme con los que ha recibido hasta este momento, especialmente con la reciente tramitación de su incapacidad, que le supondría una fuerte limitación de sus posibilidades para construir un proyecto de vida autónomo que le resulte propio y con sentido. Por este motivo, contacta con nosotros, quienes tras conocer su historia biográfica y su recorrido por los dispositivos de salud mental, entendemos que ampliar las medidas que restringen su capacidad de obrar resultaría perjudicial y contraproducente para cubrir las necesidades básicas que identifica y expone - entre las que se encuentran la negociación de su pauta de medicación, la elección de su lugar de residencia y la no ampliación en la implementación de medidas involuntarias sobre su persona-. En relación a lo anterior, si bien somos conocedores de que las medidas coercitivas son parte de las prácticas habituales de los servicios de salud mental, sobre todo ejercidas sobre personas diagnosticadas de trastorno mental grave, nos gustaría destacar la gran cantidad de evidencia científica y de consenso acumulado en acuerdos internacionales sobre la protección de derechos humanos<sup>1</sup>, que respaldan la importancia de centrar los procesos de atención en los derechos y necesidades de las personas y ponen de relieve el grave daño derivado de no respetarlos de forma sistematizada. Dichos daños están reconocidos como traumáticos y se traducen en más experiencias de sufrimiento a las que en muchas ocasiones se les da una respuesta medicalizada y que refuerza la coerción. A esto se añade que \_interesad\_ refiere no haber percibido beneficios terapéuticos ni mejora psicosocial a través de los tratamientos e intervenciones recibidos. Estos son los motivos por los que tanto la persona implicada como este equipo consideran innecesarias las medidas coercitivas.

Como se describe más profundamente en el apartado sobre su situación basal y se recoge en anteriores informes clínicos (informe de \_\_\_\_\_), realiza vida autónoma y es capaz de llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria fuera de los periodos de crisis en los que precisa de acompañamiento para algunas actividades. Como ejemplo, durante estos últimos meses de estabilidad clínica ha sido capaz de buscar y contratar un \_abogad\_ para su defensa, de contactar con un equipo sanitario alternativo, de organizarse para mantener llamadas telefónicas y videollamadas, y de enviarnos su documentación clínica, todo

1 CERMI, Cinca, Madrid, 2009; QUINN, G., "La Convención de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. NACIONES UNIDAS, Informe de Juan E. Méndez, Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en relación a la denegación de tratamientos médicos, A/HRC/22/53, de 1 de febrero de 2013.

Sweeney A, Filson B, Kennedy A, Collinson L, Gillard S. A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Adv.* 2018 Sep;24(5):319-333. doi: 10.1192/bja.2018.29. PMID: 30174829; PMCID: PMC6088388.



ello durante su ingreso en \_\_\_\_\_ en contra de su voluntad. Además, ha sido organizador\_ del evento público \_\_\_\_\_.

En coherencia con lo arriba mencionado, se prevé la realización de una entrevista en las próximas semanas en vista de una posible alta de \_\_\_\_\_ para la vinculación posterior y ya de forma ambulatoria con el \_\_\_\_\_.

Por todo lo anterior, más abajo explicamos las recomendaciones que consideramos adecuadas, terapéuticas y razonables para su proceso de recuperación, todas ellas elaboradas en consonancia con su voluntad, de acuerdo a los principios de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por España en 2008.

### **Exploración psicopatológica**

Consciente y orientad\_ en las tres esferas. Colaborador\_. Atent\_. Discurso conversacional, autodirigido, organizado, sin pérdida de la idea motriz. Mentalización moderadamente interferida por la medicación. Eutímico\_. Ansiedad puntual que regula con meditación, yoga y ejercicios de respiración. No deseos de muerte ni planificación suicida. Planes de futuro como continuar su actividad como \_\_\_\_\_ y mantener rutina de vida independiente en domicilio. No auto o heteroagresividad. Experiencias de autorreflexividad presentes en segundo plano, que identifica y regula, sin que tengan repercusión emocional ni conductual. No escucha de voces. Dificultades para alcanzar normopeso vinculadas al tratamiento neuroléptico. Ciclo sueño-vigilia conservado. Juicio de realidad conservado.

### **Diagnóstico**

Sufrimiento psíquico intenso de larga data por el que ha recibido diagnósticos del espectro de la psicosis (\_\_\_\_\_).

### **Consideraciones legales**

La Ley 8/2021 de 3 junio para el apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica, elimina la incapacitación o modificación como forma de protección, y se reconoce la curatela como la medida formal de apoyo más intensa dentro del nuevo sistema de apoyos individualizados, medida con la que ya cuenta \_ paciente desde \_\_\_\_ de 20\_\_ (Sentencia nº \_\_\_\_ del procedimiento \_\_\_\_ del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción Nº\_ de \_\_\_\_\_).

En este marco legal en el que nos encontramos nos llama la atención la propuesta de ampliación de medidas de apoyo en el caso de \_ interesado\_, ya no solo por no ser necesarias, sino porque ya cuenta con la mayor medida formal de apoyo prevista en la actual legislación.

### **Conclusiones y recomendaciones terapéuticas**

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, el equipo sanitario que realiza el informe concluye y recomienda:

1. Priorizar y fomentar la recuperación de su condición de sujeto, NO ampliando las restricciones sobre su capacidad de decisión en habilidades de vida independiente y salud.
2. Diseñar conjuntamente con su red de apoyo las medidas de apoyo llamadas "voluntarias" por el Código Civil, delimitando así libremente su sistema de apoyos, el régimen de su actuación, el alcance y forma de ejercicio de dicho apoyo por parte de las personas designadas mediante escritura pública ante notario. A través de la asociación

\_\_\_\_\_, de la que forma parte \_\_\_\_\_, ya se están dando pasos en esta dirección.

3. Se recomienda la revisión de las medidas involuntarias ya aplicadas (ingreso involuntario en \_\_\_\_\_, medicación forzosa).
4. Continuar tratamiento basado en derechos y necesidades, a cargo del equipo sanitario del Centro de \_\_\_\_\_. Hacemos constar la voluntad de la interesada de reducir su pauta farmacológica de acuerdo con los principios de la discontinuación<sup>2</sup>.
5. Contacto semanal y asistencia a reuniones presenciales (en la medida en que la situación originada por la COVID-19 lo permita) con su grupo de apoyo mutuo \_\_\_\_\_.

**Este informe ha sido emitido por iniciativa del equipo profesional abajo firmante con el objeto de ser presentado por su abogado de cara al juicio de incapacitación aún pendiente de fecha.**

**En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Horowitz MA, Taylor D. How to reduce and stop psychiatric medication. Eur Neuropsychopharmacol. 2021 Oct 21;55:4-7. doi: 10.1016/j.euroneuro.2021.10.001. Epub ahead of print. PMID: 34688998.

# **CONSEGUIR PRESTACIONES DEL ESTADO**

# ■ NOTA A SERVICIO DE EMPLEO PARA RENOVACIÓN DE DEMANDA

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

A la atención de la Oficina de Empleo

Como parte del equipo sanitario principal de \_\_\_\_\_ (registrada en \_\_\_\_\_ con CIF \_\_\_\_\_) que acompaña a \_\_\_\_\_ **(DNI/NIE/pasaporte \_\_\_\_\_)**, desde \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (doctor\_ col. \_\_\_\_\_) y \_\_\_\_\_ (psicólogo\_ col. \_\_\_\_\_) expiden el presente informe a efectos de renovación de su demanda de empleo.

En los últimos \_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ ha presentado dificultades en la esfera psicosocial, con un elevado nivel de sufrimiento psíquico y riesgo vital intenso, resultando afectadas sus capacidades para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, entre ellas la renovación de la demanda de empleo que debió ser realizada con fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Se emite el presente informe solicitando se tengan en cuenta las circunstancias médico-sociales de \_\_\_\_\_ y se le permita inscribirse nuevamente como demandante de empleo conservando la antigüedad.

Para más información, no duden en ponerse en contacto.

Equipo sanitario de \_\_\_\_\_  
Núm. registro \_\_\_\_\_  
www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_  
Médic\_, n.col \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_  
Psicólogo\_, n.col \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

# ▣ INFORME PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA DISCAPACIDAD EN CENTRO BASE

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Informe emitido a Petición del Centro Base para valoración de discapacidad

Fecha de elaboración del informe: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Motivo de consulta**

En \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ contacta con el equipo de \_\_\_\_\_ para solicitar atención psicológica en el contexto de “estado de ánimo deprimido” asociado a dolor físico (y las limitaciones consiguientes) y a dificultad para mantener relaciones interpersonales.

## **Antecedentes Personales Psiquiátricos**

- En contacto con los servicios de salud mental desde \_\_\_\_\_, con diagnósticos en eje I (\_\_\_\_\_) y eje II (\_\_\_\_\_), tras tentativa de autolisis (*nota aclaratoria: con lesiones permanentes graves que se recogen en los informes de traumatología y rehabilitación aportados*)
- Seguimiento ambulatorio intermitente en servicios de salud mental desde el año 2003
- Busca y encuentra apoyo en diferentes colectivos y agentes sociales y comunitarios que complementan el tratamiento

## **Situación basal**

\_\_\_\_\_. Trabaja como \_\_\_\_\_ y vive independiente.

Mantiene contactos frecuentes con su unidad familiar. Red social parcialmente conservada.

Actualmente el apoyo psicoterapéutico está organizado a demanda, solicitando citas en los momentos de mayor estrés, generalmente asociados a duelos (fallecimiento de \_\_\_\_, dinámicas interpersonales y limitaciones propias del malestar físico. Mantiene tratamiento farmacológico de mantenimiento por vía de atención primaria (benzodiazepina e ISRS).

## **Episodio actual**

Cuando contacta con \_\_\_\_\_ comparte “estar deprimid\_”, con estado de ánimo bajo,

en plena elaboración de un duelo por el fallecimiento de su \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, y en un momento de inestabilidad en la relación de pareja, iniciada \_\_\_\_\_ años antes. También manifiesta dificultades para convivir con el dolor físico de \_\_\_\_\_, que resulta limitante e influye en sentimientos de desesperanza y malestar asociado a problemas para mantener en el tiempo relaciones interpersonales importantes.

### **Evolución**

Durante el primer trimestre mantenemos contacto semanal orientado a trabajar tanto los acontecimientos vitales que están en la base de su sufrimiento (\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_), como las pautas interpersonales que podrían influir en su relación con otras personas significativas.

Se considera que \_\_\_\_\_ tiene gran capacidad reflexiva e introspectiva y es particularmente competente a la hora de identificar los apoyos que precisa y cómo organizarlos, por lo que conforme se produce mejoría acordamos espaciar los encuentros, reduciendo la frecuencia de los mismos. Desde \_\_\_\_\_ se organizan a demanda, y acordamos solicitar citas ante la presencia de estresores puntuales, con la idea de resignificarlos y amortiguar su impacto emocional.

El empleo y las actividades ocupacionales resultan ser factores de protección y contribuyen a afrontar los acontecimientos vitales sin riesgo de desbordamiento.

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo\_ sanitari\_, n.col \_\_\_\_\_

Equipo sanitario de \_\_\_\_\_

CIF \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

# ○ **NOTA A CENTRO BASE APOYANDO EL RECONOCIMIENTO DE GRADO DE DISCAPACIDAD**

A \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

El presente documento hace constar que desde noviembre del año \_\_\_\_\_ el equipo de salud mental encargado del acompañamiento de \_\_\_\_\_ es el equipo sanitario de \_\_\_\_\_ (www. \_\_\_\_\_), conforme a su elección.

El equipo formado de base por psiquiatra y psicólogo\_\_ es el encargado de proporcionar apoyo farmacológico, responder a las crisis y acompañar el proceso de recuperación de \_\_\_\_\_ y su entorno mediante la herramienta del Diálogo Abierto. Además, cuenta con la participación de otr\_s profesionales de la salud según necesidades, hasta el momento del farmacéutic\_ \_\_\_\_\_, expert\_ en optimización del uso de psicofármacos, y colabora activamente con los servicios públicos de atención primaria para la prescripción de psicofármacos y el cuidado de la salud física.

L\_s profesionales firmantes y referentes de \_\_\_\_\_ consideramos que se encuentra en situación de necesidad de apoyos sociales y económicos para afrontar esta etapa de recuperación que le queda por delante, y se muestran disponibles para emitir informes clínicos a demanda del centro de base de valoración del grado de discapacidad si fuesen necesarios.

No duden en ponerse en contacto a través de los teléfonos de abajo para más información y solicitar la documentación pertinente.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo\_ sanitari\_, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

# ◆ INFORME PARA LA REVISIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE POR PARTE DEL TRIBUNAL MÉDICO

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacta con el equipo sanitario de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por cuadro grave de síndrome de retirada dentro de proceso de discontinuación tras trayectoria larga de toxicidad e ineficacia del tratamiento psicofarmacológico desde la adolescencia. Ha mantenido desde entonces acompañamiento en el proceso de discontinuación y de las secuelas con malestar grave y limitante asociado a todo su proceso previo.

## **Antecedentes Personales**

Sufrimiento psicosocial psiquiatrizado en la adolescencia, atendid\_ en el circuito público y privado, de forma programada y urgente, con historia de tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos que se inician a la edad de \_\_, habiendo sido diagnosticad\_ a lo largo de dichos seguimientos de ansiedad en forma de \_\_\_\_\_, así como diversos diagnósticos del eje I y II registrándose en informes previos síntomas \_\_\_\_\_, así como episodios de \_\_\_\_\_.

Ha mantenido tratamiento psicofarmacológico con diferentes antidepresivos (ISRS, duales, tricíclicos), ansiolíticos, hipnóticos, antiepilépticos (lamictal,...), antipsicóticos (olanzapina, dogmatil); a dosis altas, en múltiples combinaciones y por largas temporadas, quedando constancia en los informes previos de la ineficacia y los efectos adversos de los mismos. Entre otros, recogemos en la anamnesis que presentó ataques de narcolepsia (en periodo en que se combinaron entre otros dogmatil y olanzapina), reacciones alérgicas, síndrome serotoninérgico, cefaleas, inestabilidad, presión intraocular con riesgo de glaucoma que ha dejado secuelas, mialgias y problemas articulares, alopecia, hipotensión, hipomanía, alteraciones menstruales, bruxismo, pesadillas y sueños vívidos, anestesia emocional y de la sensibilidad, hipoglucemias, alteración de la circulación con aceleración de lesiones varicosas (con mirtazapina), aletargamiento, embotamiento afectivo con importante repercusión en la esfera privada y relacional, síntomas digestivos (nauseas, vómitos, diarreas principalmente), fatiga con sensación disneica en esfuerzos, ideas de suicidio (aparecieron desde inicio de tratamiento con fluoxetina), síndrome metabólico (con zyprexa), así como episodios de retención urinaria (que obligó en su día a retirar anafranil),... También mantuvo otros tratamientos de psicoterapia, como cognitivo conductual, con alta adherencia al tratamiento.

En informes del último periodo, queda registrado que presenta síntomas físicos y emocionales graves e incapacitantes de larga data compatibles con síndrome de abstinencia prolongada a fármacos. Por información aportada e informes facilitados, presenta también sintomatología



compatible con sensibilidad química múltiple (SQM), así como fue valorada en servicio de unidad del dolor donde se describió sintomatología con criterios compatibles con fibromialgia y fatiga crónica (estas dos entidades pueden ser comorbilidades frecuentes de la primera).

### **Situación sociobiográfica**

Vida laboral interferida desde \_\_\_\_\_, sin ingresos salvo prestación económica por incapacidad para trabajar de 500€. Necesidad de apoyo en actividades de la vida diaria, incluso básicas en los peores momentos. Red social fragmentada a causa de procesos vinculados a la exclusión provocada por los diagnósticos y tratamientos psiquiátricos.

### **Situación actual**

En relación a lo previo, \_\_\_\_\_, se encuentra durante los últimos años y hasta el momento actual, en un proceso de recuperación y adaptación a unas secuelas y sintomatologías crónicas muy limitantes.

Desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ realiza el proceso de discontinuación farmacológico por la ineficacia de dichos tratamientos y los efectos adversos que como ya se ha expuesto, le produjeron. La retirada de venlafaxina, una vez alcanzada la dosis de 37.5mg., sumado a la retirada completa de mirtazapina, supuso síntomas graves: ideación suicida, explosiones de ira, inicio de síntomas que derivaron en diagnóstico de fatiga crónica y fibromialgia, fotofobia y fonofobia, vómitos, diarreas, ataques de pánico prolongados e intensos,... Dicha clínica fue especialmente aguda durante los primeros días, intentando mitigarse la abstinencia con rescate de diazepam, paliando muy parcialmente lo previo, y pasando posteriormente a síntomas de abulia, y anestesia emocional y sensitiva, incluyendo aspectos de la esfera instintiva como la sed y el apetito, bloqueo emocional y del pensamiento con problemas de concentración,... Se incrementaron en mucho los síntomas en relación con el dolor generalizado y la fatiga, con urticarias, insomnio marcado, visión borrosa, intensificación de efectos adversos previos, hematomas, mareos intensos y vértigos, disminución importante de peso, inicialmente estado de shock, posteriormente distorsión de emociones muy intensas, llanto continuo, depresión,... así como inicio de síntomas en relación con SQM.

Esto requirió plantear reducciones mucho menores que la recomendación clásica del 10% de la dosis cada 4-6 semanas (dicho antidepressivo está considerado de riesgo alto de abstinencia además de presentar \_\_\_\_\_ ya antecedentes de abstinencia grave con la retirada de mirtazapina). Esto supuso indicación de reducir el ritmo de retirada, la cual mantiene en la actualidad, encontrándose desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ con una dosis de 6 bolitas/día del interior de una cápsula de 37.5mg de venlafaxina, y habiendo intentado, con agravamiento importante de los síntomas de abstinencia, continuar dicha reducción, la cual debe durar tanto como se precise y esto anticipa la necesidad de tiempo prolongado de recuperación y cuidados dentro de ser muy esperable que persistan las secuelas de manera crónica.

Además de la venlafaxina, por un intento que resultó fallido de amortiguar la abstinencia sustituyendo la misma por dosis bajas de sertralina, mantiene a día de hoy una dosis de la misma que reduce paulatinamente, habiendo reducido en octubre de este año un 10% encontrándose con dosis de 22.5mg. Mantiene también tratamiento con diazepam 5mg 1-0-1 que por el momento no ha sido posible retirar.

El síndrome de discontinuación o de abstinencia a fármacos, suele darse con mayor intensidad con la retirada definitiva del fármaco, motivo por el cual las dosis actuales en las se encuentra son especialmente complejas de asumir. Los síntomas de abstinencia a fármacos pueden ser tanto físicos como psicológicos y en general, cuando la retirada es más abrupta o el fármaco ha

sido tomado durante más tiempo, el síndrome de retirada es mayor. No obstante, la reacción es imprevisible en cualquier caso y la duración de dicha abstinencia también lo es, pudiendo requerir de años la retirada completa.

Dentro de los síntomas del síndrome de abstinencia a psicofármacos antidepresivos que se han registrado como habituales, como ya hemos señalado ha presentado y presenta un amplio espectro de los mismos: náuseas, mareo, embotamiento emocional, sueños vívidos, rigidez muscular, dolores de cabeza, ansiedad, irritabilidad, importante fatiga, hipersensibilidad sensorial (presenta ftofobia e hipersensibilidad a los sonidos), episodios de dificultad en la concentración y fallos mnésicos,...).

En el desarrollo de la sintomatología expuesta, una de las afecciones que surge es la Sensibilidad Química Múltiple, que en general se desencadena por una exposición prolongada y a altas dosis de productos químicos, y como señalábamos previamente, la asociación con el síndrome de fatiga crónica es frecuente. Tras dicha exposición prolongada a químicos, y aunque la misma desaparezca, queda una sensibilidad a cualquier otro químico, similar o no, a los que lo iniciaron, en dosis incluso mínimas. Entre los síntomas más frecuentes descritos en los estudios sobre SQM, presenta síntomas compatibles con el mismo: cacosmia (hipersensibilidad a diferentes olores siendo muy difícil de soportar la presencia de los mismos), síntomas neurológicos como mareos y cefaleas, así como tos, disnea, conjuntivitis, faringitis, febrícula, mialgias e importante astenia, entre otros. Dada la alta presencia de químicos en general en los entornos ambientales habituales, esta situación complejiza y reduce considerablemente la calidad de vida de la persona. Y si bien poco a poco está eliminando los químicos ambientales de su entorno domiciliario, el contacto con compuestos que le producen urticaria y los alimentos que peor tolera; cuando entra en contacto con ellos en entornos no controlados (áreas urbanas principalmente) no puede permanecer por un incremento notable de los síntomas.

En su caso, la conjunción de todo lo previo descrito, produce una situación como decimos compleja respecto al proceso que implica tener que lidiar con estas secuelas. Presenta alteración de la concentración y percepción de fallos mnésicos desorientándose en espacios como supermercados, presentando también dispepsia, taquicardias, mareos, sensación de inestabilidad y dolores osteomusculares. Ha sufrido una disminución de peso grave por las intolerancias alimentarias y pérdida de musculatura por el encamamiento secundario a la fatiga crónica. En estos momentos tiene calculado un IMC de bajo peso: 13.1. Los dolores y la fatiga extrema que siente le obligan a regular su actividad disminuyéndola en gran medida y viéndose muy limitada\_ para cuestiones básicas de la vida diaria. No puede hacer la compra, apenas caminar, más de 20 minutos de actividad le produce un agotamiento que tiene que intentar paliar con descansos prolongados, no puede ocuparse de la limpieza de la casa y necesita también ayuda para actividades de su propio autocuidado, para cocinar,...

El sufrimiento propio se suma al hecho de los cambios que supone para con el entorno ambiental y social, con las dificultades añadidas de que al ser este tipo de problemáticas poco reconocidas, se dificulta mucho el poder dar sentido y validez a los síntomas que está experimentando y las modificaciones prácticas que se está viendo obligad\_ a realizar, sumado a la precariedad socioeconómica que en consecuencia padece.

La repercusión a nivel afectivo de todo esto es muy importante, llegando a describirlo como un proceso devastador emocional y físicamente, con momentos de mayor desesperanza y aparición de ideas de muerte, así como ansiedad constante, insomnio y pesadillas. Por todo ello se requiere una adaptación de sus condiciones y proyectos de vida a las necesidades que presenta, no siéndole posible realizar en estas circunstancias actividad laboral y requiriendo de importante apoyo externo para cualquier otra actividad básica de la vida diaria y el

autocuidado.

### **Exploración psicopatológica**

Consciente y orientad\_ en las tres esferas. Implicad\_ en su proyecto de recuperación. Malestar generalizado en el que predominan fatiga grave y dolores osteomusculares. Temblores. Sequedad de piel y mucosas. Mareos. Cefaleas. Visión doble, rastro visual, destellos, tinnitus. Acatisia. Palpitaciones. Sudoración excesiva, cambios térmicos. Discurso organizado. Atención interferida por dolor, síntomas físicos y pensamientos intrusivos que bloquean la lectura y la conexión con otros. Ansiedad en oleadas. Experiencias de desrealización. Explosiones de ira y disforia secundarias a la frustración ocasionada por su situación actual. Anhedonia, astenia, apatía, anestesia, embotamiento. Pensamientos obsesivos. No escucha de voces ni experiencias inusuales. Pensamientos suicidas de larga data de los que realiza crítica sin temor al descontrol impulsivo. Insomnio. Pérdida de peso a pesar del esfuerzo activo por mantenerlo. Juicio de realidad conservado.

### **Diagnóstico**

- Síndrome de abstinencia prolongada de antidepresivos, asimilable a T88.7XXS de la CIE-10 *Efecto adverso no especificado de fármaco o medicamento, secuela.*
- Daño recibido por los servicios de salud, asimilable a F43.1 de la CIE- 10 *Trastorno de estrés postraumático.*
- T. adaptativo con estado de ánimo depresivo (F43.21)

Previos:

- Agorafobia con trastorno de pánico (F40.01)
- Trastorno obsesivo-compulsivo (F42)

Otros:

- Síndrome de fatiga crónica (R53.82)
- Fibromialgia (M79.7)
- Síndrome de sensibilidad química múltiple (T78.40)

### **Recomendaciones**

Las limitaciones de \_\_\_\_\_ **le impiden el desempeño de cualquier tipo de actividad laboral.**

Así mismo, requiere de importantes apoyos externos para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria y de autocuidado, lo cual hace recomendable que se faciliten apoyos materiales y red de apoyo que permitan los cuidados, reposo y facilitación que las limitaciones que presenta requieren.

Sería necesario también que cuente con soportes para las secuelas orgánicas (SQM, FC, FM), médicos y de entorno. En relación a ello es muy relevante tener en cuenta la necesidad de adaptación que está teniendo que llevar a cabo de su alimentación, hábitos y vivienda, proceso limitante, complejo y costoso, que, sumado a sus escasos ingresos, le suponen una situación de vulnerabilidad socioeconómica y de salud importante.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólog\_ sanitari\_, n.col \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Equipo sanitario de \_\_\_\_\_

CIF \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

# ◆ RECLAMACIÓN DEL RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Como equipo sanitario responsable del tratamiento de \_\_\_\_\_ consideramos que en el informe firmado a fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_, presentado para revisión programada de la situación de incapacidad laboral, no hemos logrado transmitir algunos aspectos fundamentales, y que sin duda esto ha impactado negativamente en la resolución:

- Las limitaciones de \_\_\_\_\_ **le impiden el desempeño de cualquier tipo de actividad laboral.**
- Se trata de unas limitaciones que requieren de apoyos directos a la hora de:
  - Realizar actividades básicas de la vida diaria como cocinar, hacer la cama y ducharse
  - Desplazarse, incluso trayecto cortos
  - Orientarse témporo-espacialmente
  - Mantener la atención
  - Relacionarse con personas fuera del ámbito familiar
- Además de contar con el síndrome de abstinencia prolongado a antidepresivos, la toxicidad acumulada por toma de psicofármacos y el síndrome de estrés postraumático como diagnósticos psiquiátricos, ha sido diagnosticad\_\_ recientemente de fibromialgia y fatiga crónica por la unidad del dolor de zona.

Por lo que se solicita sean tomadas en cuenta para su revisión, habiendo estimado dichas razones oportunas para su Incapacidad Absoluta.

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólog\_ sanitari\_, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

# **PUESTA EN LIBERTAD UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA**

# ▲ COMUNICACIÓN A DIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL

**A/A: Dirección Médica** \_\_\_\_\_

**Asesoría Jurídica** \_\_\_\_\_

**Jefatura de Servicio de Psiquiatría de** \_\_\_\_\_

**Coordinación Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del**

**Hospital** \_\_\_\_\_

**De: Sección de Derechos Humanos** \_\_\_\_\_

A \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,

Desde la **Sección de Derechos Humanos de** \_\_\_\_\_ (www.\_\_\_\_\_), nos ponemos en contacto con las personas que entendemos pertinentes para comunicar nuestra preocupación por una situación enquistada, que actualmente mantiene a \_\_\_\_\_, ingresad\_ involuntariamente en la Unidad de Rehabilitación ubicada en el Hospital \_\_\_\_\_.

La Junta de la Sección asumió, hace \_\_\_ años, como una de sus funciones, contribuir al cambio cultural de los servicios de salud mental, y de la sociedad en su conjunto, en relación a las prácticas profesionales que están siendo denunciadas como violentas por las personas que las padecen (ingreso involuntario, medicación forzosa, incapacitaciones, esterilizaciones, intervenciones centradas en el control). A partir de esa decisión, que implicó e implica una posición autocrítica y una actitud de revisión frente a muchas de las prácticas habituales, se conformó un grupo específico que se dedica a trabajar para que se implementen la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los informes de los Relatores de Naciones Unidas contra la Tortura y los Tratos Degradantes, las reivindicaciones del movimiento en primera persona, el Manifiesto de Cartagena y los aprendizajes acumulados de experiencias libres de coerción fuera y dentro de las instituciones (eliminación de las contenciones mecánicas, unidades de hospitalización de puertas abiertas, voluntades anticipadas, respetar la decisión de no usar psicofármacos, marco de los servicios conscientes del trauma, marco PAS, Diálogo Abierto).

En la asunción de esta tarea descrita es que mantenemos seguimiento del caso referido, tras petición de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Desde entonces:

- Nos hemos informado sobre la larga historia de \_\_\_\_\_ con los servicios de salud mental, incluyendo sus diagnósticos del espectro trastorno mental grave, la convivencia complicada con \_\_\_\_\_, la precariedad económica para afrontar un proyecto propio, los trámites que se han iniciado para su incapacitación, sus ingresos,



incluido el último en Unidad de Hospitalización Breve con paso a Unidad de Rehabilitación con una duración total de la intervención ya superior a \_\_\_ año(s), y la interposición de un recurso para revertirlo, en vías de resolución.

- Hemos documentado el impacto de los años de psiquiatrización en su salud física y mental, paradigmático de los efectos traumáticos de nuestros tratos y tratamientos que recoge la literatura especializada, fundamentalmente en la línea de investigación organizada en lo que habitualmente se traduce como servicios conscientes del trauma o trauma informado.
- Hemos contactado con \_ psiquiatra responsable actual del ingreso, Dr. \_\_\_\_\_, con la expectativa de que se pudiesen abrir posibilidades de atención libre de coerción, posibilidades que consideró inviables en su contexto y que a la vez alentó a que se pudiesen organizar.
- Hemos constatado que se encuentra disponible una alternativa de atención libre de coerción, gratuita, a propuesta por \_\_\_\_\_, y organizada por el equipo médico de \_\_\_\_\_ (www.\_\_\_\_\_) y \_\_\_\_\_, Catedrático de Psicología Clínica en la Facultad de Psicología de la Universidad de \_\_\_\_\_ y Responsable de la Unidad \_\_\_\_\_; ambos dispuestos a asumir la responsabilidad total de su tratamiento en las circunstancias actuales, y en cualquier otras que se pudiesen dar.
- Somos concedores de que esta alternativa ha sido comunicada a l\_ psiquiatra a cargo de su ingreso y sorprendentemente ha sido rechazada en una primera conversación por teléfono.
- Hemos tenido noticia de que después de meses de permisos largos y contactos con el centro únicamente cada 28 días y en medio del recurso interpuesto para revertir el ingreso involuntario que ha progresado a una segunda vista, se han suspendido los permisos y aumentado la carga total de medicación neuroléptica forzosa, con la consecuente reactivación del trauma y aumento del riesgo de suicidio.

Por todo lo referido, solicitamos se revise el caso y se pongan las medidas necesarias para promover la coordinación de la Unidad de Rehabilitación con la alternativa libre de coerción disponible y no dejar pasar la oportunidad que se presenta en cuanto a transformar el tipo de atención que recibe \_\_\_\_\_. Consideramos crucial que en los servicios de salud mental empecemos a tomar decisiones centradas en los derechos y necesidades y aprovechemos todas las iniciativas que se van conformando como apoyos para reconvertir los procesos de atención en procesos libres de coerción.

Atentamente, a la espera de respuesta.

Junta de la Sección de DDHH de \_\_\_\_\_

# ▲ INFORME PARA EL JUZGADO A FAVOR DE PUESTA EN LIBERTAD DE UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Motivo de consulta

En \_\_\_\_ de \_\_\_\_ contacta con \_\_\_\_\_ para solicitar atención alternativa a la proporcionada por el Servicio de Salud Mental de \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ es consciente de necesitar que se organicen apoyos para su recuperación y está disconforme con los que ha recibido en el pasado y está recibiendo en la actualidad (no elección de profesional ni del recurso, ingreso involuntario, medicación neuroléptica forzada, dosis no negociada, no psicoterapia).

Respetando su derecho de elección y con carácter gratuito, atendemos su solicitud de explorar una atención basada en derechos y necesidades y libre de medidas coercitivas y nos movilizamos para organizar un equipo disponible para empezar un trabajo conjunto basado en Diálogo Abierto.

El equipo \_\_\_\_\_ se registra en la Comunidad de \_\_\_\_\_ (CIF) y reúne a profesionales que han trabajado o trabajan en los servicios de salud mental públicos, vinculados a organizaciones como \_\_\_\_\_, a personas afectadas y a personas socialmente comprometidas con el objetivo de promover un cambio cultural en salud mental y de sostener equipos que proporcionen una respuesta libre de coerción, también en sufrimiento psíquico grave como el que acompaña los diagnósticos de psicosis.

## Antecedentes Personales Psiquiátricos

- Sufrimiento psíquico intenso de larga data en relación a violencias biográficas, generacionales, sociales y estructurales.
- En contacto con salud mental pública y privada desde la infancia, psiquiatrizad\_ desde los \_\_\_\_ años y polidiagnosticad\_ en torno al concepto de trastorno mental grave en eje I (\_\_\_\_\_) y eje II (\_\_\_\_\_)
- Historia de múltiples ingresos involuntarios en Unidad de Hospitalización Breve y Unidad

de Media Estancia.

- Historia de seguimiento e intervención en recursos ambulatorios como la Unidad de Salud Mental de zona y el Hospital de Día.
- Ha recibido tratamiento farmacológico durante largas temporadas, generalmente no negociado ni en cuanto a grupo psicofarmacológico ni en cuanto a dosis, incluyendo medicación neuroléptica inyectable en contra de su voluntad.
- Se le ha informado de que se está valorando la decisión profesional unilateral de tramitar curatela que abarque los ámbitos de la economía y de la salud.
- Ha recibido terapia familiar en \_\_\_\_\_ y ha mantenido contacto y una relación de confianza de años de evolución, activa hasta el día de hoy, con \_\_\_\_\_.

### Situación basal

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, que cobra una pensión no contributiva y convive con \_\_\_\_\_ dependiente, \_\_\_\_\_ y con red de pares rota.

En la actualidad recibe apoyos no deseados a través de un ingreso en contra de su voluntad en la Unidad de Rehabilitación perteneciente al \_\_\_\_\_, desde hace \_\_\_ meses, y tras \_\_\_ meses de hospitalización previa en la unidad breve de psiquiatría de referencia; y se le administra sin negociación Abilify 400 mg Depot mensual, Akineton Retard 1-0-0 (que no toma por interferencia cognitiva) y Lorazepan 2mg: ½ si precisa

Cuando nos conocemos ha conseguido generar por sí mism\_ apoyos que sí desea, sostenibles por su carácter gratuito:

- vincularse a un grupo de apoyo mutuo (GAM), de carácter semanal, en \_\_\_\_\_, habitualmente de asistencia presencial y en tiempos de confinamiento por COVID19 mantenido de forma telemática.
- contar con un abogad\_ dispuest\_ a defender sus derechos de elección y autodeterminación de forma no remunerada, con el objetivo de revertir el ingreso involuntario, \_\_\_\_\_ (n.col \_\_\_\_\_).
- asesoría y apoyo de colectivos en primera persona, con particular relación con \_\_\_\_\_, asociación con relaciones estables con la administración pública.
- asesoría y apoyo de \_\_\_\_\_ a través de su Sección de Derechos Humanos.
- mantener activa de forma telemática la relación con su centro de referencia en terapia familiar, a través de una comunicación frecuente con \_\_\_\_\_.
- encontrarnos, siendo esta la primera estructura formal del Estado centrada en ofrecer tratamiento libre de medidas involuntarias a personas que escuchan voces, tienen experiencias inusuales, emociones intensas, deseo suicida, dificultad para hacerse entender, etc; y en hacerlo tanto durante las crisis habitualmente atendidas en hospitales psiquiátricos como después de ellas, contando con un equipo de profesionales disponibles y con experiencia demostrada en situaciones de sufrimiento psíquico grave como las descritas, dentro y fuera de los servicios de salud mental.

### Episodio actual

Cuando contacta con nosotres se siente muy decepcionad\_\_ y perjudicad\_\_ por la respuesta de

los servicios de salud mental, y tiene la percepción de que las intervenciones que se han aplicado y se aplican en la actualidad no están siendo una ayuda, sino que están siendo un obstáculo en su recuperación y en la posibilidad de conectarse con un proyecto propio y una vida con sentido.

Aceptando el apoyo farmacológico como parte de su recuperación, prioriza la necesidad de una escucha tranquila de sus experiencias, tiempo para encontrar la manera de seguir adelante y, primero de todo, la devolución del estatus de ciudadano\_\_ con capacidad para tomar sus propias decisiones, equivocarse, ser divers\_\_ funcionalmente y recibir apoyos que se centren en sus necesidades en cada momento. Conectad\_\_ con la actualidad del movimiento en primera persona y los cambios legislativos y las recomendaciones internacionales sobre la atención a personas con discapacidad, le resulta incomprensible el trato que está recibiendo y esto activa todo tipo de explicaciones para poder entender lo absurdo y lo injusto de la situación.

Describe con precisión el impacto del trato y el tratamiento, con efecto acumulativo, coincidente con relatos previos de otras personas afectadas por similares condiciones y descritos en documentos profesionales como el marco PAS y la investigación de los servicios conscientes del trauma:

- impacto del diagnóstico, con importante repercusión de las palabras utilizadas y sesgo de género, reorganización de las dinámicas familiares a un estilo fijo perjudicial y ruptura de la red de pares por el proceso de psiquiatrización y estigma.
- impacto de la medicación a dosis altas: interferencia cognitiva en todas las esferas, anestesia emocional, aumento significativo de peso.
- impacto de la institucionalización: alienación, pérdida de intereses, desconexión con el deseo propio, falta de creatividad, estrechamiento del mapa de lo posible para sí mism\_\_, pérdida de sentido.
- impacto de la involuntariedad: pérdida de la condición de sujeto, impotencia, discapacidad, desesperanza, abandono de la autodirección, deseos de muerte, autoagresiones, rabia, sometimiento, terror, *flashbacks*.

### **Exploración psicopatológica**

Consciente y orientad\_\_ en las tres esferas. Colaborador\_\_. Atent\_\_. Discurso conversacional, autodirigido, organizado, sin pérdida de la idea motriz. Mentalización interferida por la medicación y las reexperimentación de las medidas coercitivas y el aislamiento social. Tristeza, apatía, abulia, desesperanza, incapacidad para proyectarse. Ansiedad basal y en pico. Explosiones de rabia. Deseos de muerte, sin planificación suicida. Autoagresiones ansiolíticas. Experiencias inusuales en forma de sincronías, dotación de sentido, referencialidad. Dificultades para alcanzar normopeso vinculadas al tratamiento neuroléptico. Insomnio de despertar precoz los primeros 15 días tras recibir la medicación neuroléptica inyectable. Cefaleas, malestar general e interferencia cognitiva clara los primeros días tras recibir la medicación inyectable. Dolores osteomusculares por deambulación estereotipada clásica de internamientos prolongados sin actividades significativas en los centros.

### **Evolución**

En enero, un\_ psiquiatra del equipo \_\_\_\_\_y de la Sección de DDHH de\_\_\_\_\_,de acuerdo con\_\_\_\_\_, se pone en contacto con su psiquiatra en la Unidad de Media Estancia donde está ingresad\_ para ofrecer otra visión sobre los apoyos y

tratar de promover una apertura en el trato y que se puedan generar alternativas locales no coercitivas; pero se encuentra con la negativa del psiquiatra a reconsiderar su postura.

A partir de entonces mantiene un contacto progresivamente frecuente con \_\_\_\_\_, por teléfono y WhatsApp, estando disponible a diario para pensar en común sobre lo que está pasando y lo que se necesita para salir de esta. El sufrimiento por el trato recibido acumulado en los servicios de salud mental supera con creces el sufrimiento que le proporcionan las experiencias inusuales, para las que no tiene apenas espacio mental para poder encargarse de colocar de otra manera que le permita seguir con su vida.

A principios de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ surge la necesidad de contar con más personas para pensar y descubrir maneras de salir del sufrimiento, así que conseguimos vencer las barreras tecnológicas y geográficas (*nota de aclaración: persona y equipo están a 600km de distancia*) y acordamos sumar a un\_ de l\_s psicólog\_s del equipo y empezar a trabajar con el marco de Diálogo Abierto a través de sucesivos encuentros por videollamada de 1h y media centrados en sus necesidades y con la herramienta de la conversación, abiertos a la participación de todas las personas que también estén preocupadas, tengan algo que decir, sea importante su presencia para poder pensar o quieran ayudar a salir de la situación difícil; personas tanto de su red personal como de las redes profesionales implicadas. Desde entonces hemos mantenido \_\_\_\_ encuentros como los descritos, inicialmente entre \_\_ paciente y l\_s dos profesionales del equipo responsables, psiquiatra y psicólog\_; y en seguida con la incorporación estable de:

- \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_- de la Unidad de \_\_\_\_\_, terapeuta familiar de confianza para \_\_\_\_\_.
- Un\_ de las participantes de su grupo de apoyo mutuo semanal.

No se ha renunciado a la incorporación progresiva de otras personas con peso en el presente, como lo son los profesionales de su servicio de salud mental de referencia, su \_\_\_\_\_, su \_\_\_\_\_, su \_\_\_\_\_, personas de la familia ampliada y amistades perdidas o venideras; lo que no ha sido posible hasta el momento a pesar de haberse realizado algunas invitaciones ya.

Durante los encuentros se ha podido conversar en confianza y profundamente de sus preocupaciones y de los apoyos que necesita (para la emancipación) y de los que no necesita (control), de las cosas que ayudan (escucha, respeto a su singularidad, derechos) y las que no ayudan (medidas coercitivas). Han sido conversaciones desenloquecedoras para todes, llenas de sentido, emoción y coherencia. En nuestra opinión a pesar de cargar con una larga historia de psiquiatrización e instituciones, \_\_\_\_\_ mantiene un parte de subjetividad y pensamiento propio muy saludable, una identidad propia y la posibilidad de tener una vida con sentido si cambian las condiciones y el contexto. Durante los encuentros se han tomado de forma responsable las siguientes decisiones:

- Con fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, como portavoz de este equipo conformado según las necesidades de \_\_\_\_\_, informa a su psiquiatra de referencia en la Unidad de Media Estancia vinculada al Hospital \_\_\_\_\_, de la impresión clínica de l\_s profesionales en cuanto a contraindicar la perseverancia en las medidas involuntarias, **así como del compromiso de sostener por nuestra parte una alternativa voluntaria completa gratuita indefinida de tratamiento para \_ paciente y su red personal, que incluye atención por psiquiatra y tratamiento psicofarmacológico, y la organización de apoyos centrados en necesidades.**
- Tras la negativa de su psiquiatra de respetar la elección de recurso y profesionales de \_

paciente y su perseverancia en mantener las medidas centradas en el control, se acuerda redactar el presente informe y aconsejar a \_ paciente que su abogad\_ lo presente formalmente en el juzgado a cargo de su internamiento involuntario, con el objetivo de que pueda ser revocado por considerarse contraindicado y de riesgo para su salud.

Durante estos meses tanto su \_\_\_\_\_ como su \_\_\_\_\_ han solicitado alta del ingreso, cambio de psiquiatra y psicoterapia para \_\_\_\_\_, sin éxito en ninguna de las peticiones, informándolo de que el cambio de psiquiatra no está contemplado.

### **Diagnóstico**

Proceso de recuperación bloqueado por la insistencia en implementar medidas de control desde su servicio de salud mental de referencia, en una persona con sufrimiento psíquico grave con diagnósticos del espectro de la psicosis.

### **Recomendaciones terapéuticas**

- INTERRUPCIÓN URGENTE DE TODAS LAS MEDIDAS INVOLUNTARIAS DE TRATAMIENTO, CON REVOCACIÓN DE LA ORDEN DE INTERNAMIENTO ACTUAL POR RIESGO DE EMPEORAMIENTO DE SU SALUD MENTAL.
- RESPETO DEL DERECHO DE ELECCIÓN DE EQUIPO DE TRATAMIENTO A CARGO, ACTUALMENTE ESTE QUE SUSCRIBE EL INFORME, QUE ES GRATUITO Y QUE ESTÁ FORMADO POR PSIQUIATRA, PSICÓLOG\_ Y TERAPEUTA FAMILIAR.
- CONTACTO SEMANAL CON SU GRUPO DE APOYO MUTUO.
- INICIAR UN PROCESO PARA PASAR DE MEDICACIÓN INYECTABLE A MEDICACIÓN ORAL Y EXPLORAR DOSIS MÍNIMA ÚTIL Y VOLUNTARIA.

**Este informe ha sido emitido por iniciativa del equipo profesional abajo firmante al que \_\_\_\_\_ ha solicitado tratamiento, con el objeto de contraindicar el mantenimiento de prácticas terapéuticas que anteriormente han sido perjudiciales e informar de una alternativa disponible.**

Atentamente, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psiquiatra, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Psicólogo, n.col \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

