

03

**DECISIONS COMPARTIDES
AMB PERSONES AMB AFECTACIÓ
DE L'ÀREA MENTAL:
UN REpte I UN DEURE ÈTICS.**

EINA D'AJUDA PER A PROFESSIONALS SANITARIS

CèAVOC

**Comitè d'Ètica Assistencial
Vallès Oriental Central**

COMITÈ DE REDACCIÓ

Pepe Beunza, membre llec

Sònia Carreras, fisioterapeuta (F. Sociosanitària Santa Susanna)

Enric Gracia, infermer (F. Sociosanitària Santa Susanna)

Pilar Loncan, metgessa (F. Sociosanitària Santa Susanna)

Agustín Pardo, treballador social (Equip d'Atenció Primària Granollers 2 Nord, Institut Català de la Salut)

M. Luz Talavera, infermera (Equip d'Atenció Primària Caldes de Montbui, Institut Català de la Salut)

Assumpta Trias, infermera jubilada de Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES)

Francesca Zapater, metgessa jubilada d'atenció primària

Caldes de Montbui, febrer de 2019

ÍNDEX

	pàgina
Punts claus	3
Justificació	3
Marc conceptual	4
Objectius	6
Valoració i millora de les competències	6
Habilitats professionals per facilitar la presa de decisions compartides	10
Instrumentes per a la presa de decisions	12
Conclusions	15
Bibliografia recomanada	16

PUNTS CLAU

1. La presa de decisions compartides amb persones amb afectació de l'àrea mental suposa un repte professional i ètic.
2. Les persones amb discapacitat tenen dret a gaudir del nivell de salut més alt possible sense discriminacions.
3. Les persones amb patologia mental i amb limitació de competències estan sotmeses a un major grau de vulnerabilitat davant l'atenció sanitària.
4. El sentit d'aquest document és posar en valor la relació d'ajuda i l'actitud de respecte pel drets de les persones, especialment quan tenen afectacions de l'àrea mental.
5. La valoració de la competència correspon als professionals responsables de l'atenció i ha de ser adequada al tipus de decisió que s'ha de prendre.
6. Disposem d'eines al nostre abast per valorar la competència i per millorar-la.
7. Les habilitats professionals en el camp de la comunicació són un element determinant per dur a terme un procés de decisions compartides.
8. Les habilitats professionals s'han de desenvolupar en tres camps: la informació, l'emotivitat i els valors.
9. Existeixen factors facilitadors com la motivació dels professionals i el convenciment que les decisions compartides tenen un impacte positiu en el procés assistencial i en la persona atesa.
10. Els instruments que disposem són: el document de voluntats anticipades i la planificació de decisions anticipades.

JUSTIFICACIÓ

Pels equips sanitaris, atendre persones amb afectació de l'àrea mental i les seves famílies pot comportar algunes dificultats afegides, atesa la major complexitat que presenten i l'esforç que suposa l'acceptació i la comprensió de mons que ens poden semblar aliens.

Aquestes persones poden acabar desenvolupant una o diverses malalties en fase avançada i tenir necessitats paliatives que requereixen freqüentment haver de prendre decisions respecte a fer, no fer o deixar de fer tractaments i/o proves diagnòstiques, així com decidir on volen ser ateses i on no.

La presa de decisions compartides amb persones amb afectació de l'àrea

mental suposa un repte addicional respecte les patologies físiques per quatre fets fonamentals: la possible limitació de la competència o de la capacitat per valorar la situació; la presència de deteriorament cognitiu; els símptomes psicològics i/o conductuals i el consum de substàncies o addiccions que en ocasions hi està associat.

Aquest document pretén aportar algunes consideracions sobre la presa de decisions compartides en situacions de malaltia orgànica avançada i amb afectació de l'àrea mental, en un entorn d'atenció socio sanitària.

MARC CONCEPTUAL

Després d'anys de manca de reconeixement dels drets de les persones amb trastorn mental, de discriminació i exclusió social, organitzacions de persones afectades han denunciat l'aplicació de tractaments coercitius i han propiciat canvis en els plans assistencials i en l'anàlisi bioètica que han portat a un reconeixement explícit dels seus drets. Així ho recull la "**Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat**": «Dret a rebre informació comprensible, suficient i veraç; dret a decidir sobre la pròpia vida i el tractament; dret a ser protegits i protegides contra la tortura i els tractes cruels»¹.

La **Confederación de Salud Mental España**, el 2017, recull que "las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad". A l'esmentada resolució es mostra una profunda preocupació pel fet que les persones amb problemes de salut mental de tot el món "puedan ser objeto, de manera generalizada, de discriminación, estigma, prejuicios, violencia, abusos, exclusión social y segregación, internamiento ilegal o arbitrario, medicalización excesiva y tratamientos que no respeten su autonomía, voluntad y preferencia"².

El Model català de planificació de decisions anticipades (MCPDA)³

¹ Nacions Unides. Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat i protocol facultatiu. Disponible a:

http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/11discapacitat/2012_04_11_convencio_drets_persones_discapacitat_catala.pdf [Consultat el 4/02/2019]

² Confederación de Salud Mental España. Informe sobre el estado de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en España 2017. Disponible a:

<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2017.pdf> [consultat el 25/02/2019]

³ Model català de planificació de decisions anticipades. Disponible a:

http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS

posa èmfasi en la participació de la persona malalta, factor clau en la qualitat de l'atenció a la salut, en base a justificacions tant de principis (la malaltia i el seu tractament han d'evitar «l'expropiació de la persona» i apoderar-la), com de conseqüències (en els resultats de salut mateixos), especialment a l'àmbit de final de vida. El 2017 el Comitè de Bioètica de Catalunya va publicar el document "El respecte a la voluntat de la persona amb trastorn mental i/o addicció" en el qual identifica els problemes ètics en la utilització de les directrius anticipades per a persones amb un trastorn mental.⁴

La patologia mental i la limitació de competències comporta un major grau de vulnerabilitat davant els problemes de salut i l'atenció sanitària. Sovint, s'acompanyen de patiment emocional, cansament vital o desesperança. Aquestes emocions haurien de ser tingudes en compte a l'hora de prendre decisions com l'adequació de l'esforç terapèutic, el rebuig de tractaments i/o intervencions sanitàries o la negació de la ingesta, de forma similar a com es fa en persones amb qualsevol altra patologia. En situacions d'incapacitat i de presa de decisions per substitució, caldrà atendre les opinions dels o les representants tenint en compte les peticions, missatges o emocions que la persona malalta ens fa arribar i que ens transmeten allò que per a ella no és desitjable o és inacceptable ja que li produeix patiment.

Molts cops s'atén de forma simultània més d'una patologia amb el conseqüent augment de la complexitat en el seu abordatge. En tots els casos l'atenció i el procés de presa de decisions han de tenir com a objectiu el respecte a l'autonomia de la persona i la seva voluntat d'acord amb les seves creences i valors, evitant que es portin a terme mesures diagnòstiques i/o terapèutiques no desitjades, desproporcionades o fútils.

Els condicionants socials ens facilitaràn o dificultaràn la presa de decisions i el propi tractament, tenint en compte que no s'atenen malalties sinó persones, úniques i diferents de totes les altres. Això implica disposar de les eines necessàries per fer front als reptes socioeconòmics, sanitaris i demogràfics i contemplar una desmedicalització dels problemes socials, la disminució de les institucionalitzacions, una humanització de l'atenció sanitària i la conciliació de la despesa en un context de recursos limitats.

La perspectiva ètica ha d'estar present en l'activitat assistencial amb l'objectiu d'humanitzar l'atenció sanitària i promoure l'autonomia de les persones, especialment quan hi ha afectació de l'àrea mental.⁵

[model_PDA.pdf](#) [Consultat el 25/02/2019]

⁴ Comitè de Bioètica de Catalunya. El respecte a la voluntat de la persona amb trastorn mental i/o addicció. 2017. Disponible a:

http://canalsalut.gencat.cat/web/content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/respecte_voluntat_persona_mental.pdf [Consultat el 25/02/2019]

⁵ Ramos, J. (2013). Parte II: Ètica y salud mental. Capítulo I. Introducción a la perspectiva ética: Principios prima facie, vulnerabilidad y competencia. hacia una práctica de la salud mental basada en hechos y

OBJECTIUS

El sentit d'aquest document és posar en valor la relació d'ajuda i l'actitud de respecte pel drets de les persones, especialment quan tenen afectacions de l'àrea mental.

Objectiu principal

Facilitar la presa de decisions clíniques compartides en condicions d'afectació de l'àrea mental en un entorn d'atenció socio sanitària.

Objectius secundaris

1. Facilitar la valoració de les competències, que han de ser conegudes per les parts implicades en el procés assistencial.
2. Donar instruments als i les professionals, pacients i famílies perquè la presa de decisions en contextos difícils sigui compartida i basada en el respecte a l'autonomia de les persones i els seus valors i preferències.
3. Potenciar la comunicació en situacions complexes entre diferents àmbits assistencials quan la presa de decisions afecta a professionals de diferents disciplines i/o especialitats.
4. Participar en el debat sobre el model d'atenció a les persones amb afectació de l'àrea mental.

VALORACIÓ I MILLORA DE LES COMPETÈNCIES

La valoració de la competència correspon als i les professionals responsables de l'atenció i ha de ser adequada al tipus de decisió que s'ha de prendre.

La competència és una qualitat dinàmica i relativa. És a dir, pot variar amb el temps i segons el tipus de decisió a prendre. També és relacional (influenciable pel context). Per tant, pot ser modificada i millorada. Les qüestions que es plantegen són: quan avaluar la competència? i com millorar-la?

La competència per prendre decisions és multivariant, depèn de les aptituds de la persona que atenem i de les habilitats comunicatives dels i les professionals. Entenem que l'esfera emocional no es pot deslligar de la científica i la clínica i que cal anar més enllà de les qüestions tècniques a l'hora

valores. En Calixto A. Plumed Moreno, et. al. (2013). *Ética Y Modelos De Atención a Las Personas Con Trastorno Mental Grave* (p. 135-149). (P. de la U. Madrid, F. J. Pontificia de Comillas, & 21 Ciudad. Cátedra de Bioética, Eds.). Madrid.

de decidir actuacions sanitàries.

La utilització de les eines de valoració en el context de trastorn mental, i especialment en l'envelliment, presenta especificitats que cal tenir present. Com assenyala el Comitè de Bioètica de Catalunya, "El prejudici que qüestiona la competència per la mera presència d'una malaltia mental cal abandonar-lo, la qual cosa no obsta per a la necessària valoració curosa de la competència. Un cop fet l'anterior, la possibilitat d'acceptar o rebutjar un tractament també és vàlida en la malaltia mental tot i que no exclou tenir-ne present les excepcions"⁶.

A l'hora de valorar les competències considerarem diversos **factors**:

- el tipus de decisió que s'ha de prendre;
- el risc que suposa l'adopció d'una o altra opció;
- la competència emocional/afectiva de la persona per expressar les seves emocions (dolor, tristesa, por, neguit, malestar, enuig...); i
- el context social, econòmic, nutricional, tecnològic...

Cal tenir en compte que es poden tenir prou habilitats per prendre certa decisió i, en canvi, no tenir-ne per una altra de major complexitat i risc. Un marc de major incertesa precisa també de major grau de competència.

Segons el Llibre Blanc (2000) derivat del Conveni d'Oviedo (1997), el que s'ha de poder estimar per prendre una decisió en **condicions** de competència és:

- l'efectivitat del tractament proposat;
- l'avaluació dels riscos que comporta el tractament;
- la necessitat d'assistència en funció de la situació clínica i psicosocial de la persona, així com els riscos derivats de no fer efectiu el tractament; i
- l'existència d'altres alternatives viables.

Font: Ramos, J. (2013)⁷

⁶ Comitè de Bioètica de Catalunya. El respecte a la voluntat de la persona amb trastorn mental i/o addicció. 2017. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/novetats/arxius/respecte_voluntat_persona.pdf [Consultat el 25/02/2019]

⁷ Ramos, J. Parte II: Ética y salud mental. Capítulo I. Introducción a la perspectiva ética: Principios prima facie, vulnerabilidad y competencia. hacia una práctica de la salud mental basada en hechos y valores. En Calixto A. Plumed Moreno, et. al. (2013). *Ética Y Modelos De Atención a Las Personas Con Trastorno Mental Grave* (p. 135-149). (P. de la U. Madrid, F. J. Pontificia de Comillas, & 21 Ciudad. Cátedra de Bioética, Eds.). Madrid.

1. Eines per explorar la competència

Encara que els criteris de comprensió i raonament es poden basar en proves neuropsicològiques (la més utilitzada és l'escala Mini Mental de Lobo), el significat i les conseqüències de les opcions només es poden fonamentar en una mirada integral de la persona. Hi ha diferents propostes:

- Escala mòbil de Drane (1985)^{8,9}. És una de les més utilitzades que parteix de que no existeix una incapacitat general sinó diferents graus d'incapacitats específiques en funció del tipus de decisió. Les capacitats també poden variar amb el temps. En la taula 1 es descriuen tres nivells de dificultat de decisió en funció del propòsit, les condicions necessàries i el perfil de pacient que en principi pot correspondre amb cada nivell.

Taula 1.

Nivell de decisió	Tipus de decisió	Requeriment	Pacients competents
Nivell 1: Fàcil (risc mínim)	Consentir tractament eficaç	Consciència bàsica de la situació clínica	Majors de 10 anys
	Rebutjar tractament ineficaç	Assentiment: acceptar implícita/explicitament les propostes	Dèficit mental lleu Demència moderada
Nivell 2: Mitjà (risc mitjà)	Consentir o rebutjar tractaments d'eficàcia dubtosa	Comprensió de la situació mèdica i tractament	Adolescents Dèficit mental lleu
		Capacitat d'elecció basada en expectatives mèdiques	Trastorn de la personalitat
Nivell 3: Difícil (risc alt)	Consentir tractaments ineficaços	Comprensió reflexiva crítica de la malaltia i el tractament	Adults Capacitat reflexiva i autocrítica
	Rebutjar tractaments efectius	Capacitat de prendre decisiones racionals basades en criteris interns	Mecanismes de conducta madurs

Font: Ramos, J. (2013)

⁸ Drane J. The many faces of competency. The Hasting Center Report. April 1985. Disponible en español: Las múltiples caras de la competencia. En: Couceiro A, editor. Bioética para clínicos. Madrid: Ed Triacastela; 1999.

⁹ Drane J. Ética médica, profesionalidad y la competencia del enfermo. En: Aproximación al problema de la competencia del enfermo. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas. n.º 14. Barcelona, 2008

➤ Altres eines. Pot fer-se, si cal, una anàlisi més acurada basada, per exemple, en les Aid Capacity Evaluation (ACE) de Singer, o la MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT-T) de Grisso i Appelbaum, que recullen i puntuen algunes habilitats (amb valors de “sí”, “no” o “dubtós”)¹⁰. Aquests autors recomanen valorar com a mínim les **destreses** següents:

- la comprensió del problema mèdic que té al davant, del procediment que se li proposa i de les alternatives que hi ha;
- la valoració de les conseqüències de cada opció;
- l'explicació del perquè de la preferència o decisió; i
- la coherència de si la decisió es correspon amb la seva personalitat.

Totes les habilitats són importants. Encara que el rendiment en alguna sigui més pobre, el judici sobre la competència s'ha de basar en una ponderació del conjunt, i en funció de quina decisió s'ha de prendre¹¹.

2. Eines per millorar la competència

Cal tenir presents els factors que poden **limitar** la capacitat i que són reversibles, com l'estat depressiu, dolor no controlat, síndrome confusional, processos intercurrents (infecció urinària, hipoxèmia, encefalopatia...), patologies orgàniques o efectes secundaris dels fàrmacs.

Entres els factors que poden **modificar** la capacitat per decidir hi trobem: la qualitat de vida percebuda, la percepció de les relacions afectives i els condicionants socials, econòmics i culturals. A la taula 2 hi ha uns exemples de situacions que poden limitar la competència i unes accions que es poden dur a terme per tal de millorar-la.

¹⁰ Joint Centre for Bioethics. Aid To Capacity Evaluation (ACE). Disponible a: <http://www.jcb.utoronto.ca/tools/documents/ace.pdf>. [Consultat el 25/02/2019]

¹¹ Moraleda Barba S, Ballesta Rodríguez MI, Delgado Quero AL, Lietor Villajos N, Moreno Corredor A, Delgado Rodríguez M. Adaptación y validación al español del cuestionario *Aid to Capacity Evaluation* (ACE), para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas. [Atención Primaria Volume 47, Issue 3](#), March 2015, Pages 149-157. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001814?via%3Dihub#!> [Consultat el 25/02/2019]

Taula 2. (Traduït i adaptat de Llovet 2002)¹²

Situació	Acció
1. Existeix un problema psiquiàtric que limita la capacitat del pacient, ara i aquí, per la correcta comprensió i apreciació de la situació?	Atendre'l, si s'escau, abans de la presa de decisions. Pensar en tractament farmacològic.
2. Està prenent fàrmacs que poden afectar a les seves capacitats actuals de raonar?	Revisar i veure si es poden evitar, canviar...
3. Revisar la qualitat de la informació facilitada	És necessari donar-la per escrit? Precisa de traductor o mediador cultural? Fa falta una segona opinió?
4. Té massa ansietat? Expressa mecanismes de defensa emocionals exagerats?	Tractar i afrontar.
5. Podria ser beneficiosa la implicació en la presa de decisions de familiars o amics? O d'altres professionals de la seva confiança?	Valorar la seva col·laboració.

Font: Ramos, J. (2013)

HABILITATS PROFESSIONALS PER FACILITAR LA PRESA DE DECISIONS COMPARTIDES

Les habilitats professionals en el camp de la comunicació són un element determinant per tal que es pugui dur a terme un procés de decisions compartides. **No és tan sol; un problema d'informació sinó, també, de capacitat de transmetre-la adequadament, adaptada a les característiques i a la situació de la persona atesa tot potenciant la seva participació en allò i de la manera que desitgi.** La malaltia avançada i el trastorn en l'àrea mental/cognitiva, afegeix un plus de vulnerabilitat i pot suposar una dificultat afegida per a la informació i la comunicació.

Les habilitats professionals s'han de desenvolupar en tres camps: la informació, l'emotivitat i els valors¹³.

¹² Etica y Modelos de atención a las personas con trastorno mental graves. Càtedra de Bioètica. Universidad Pontificia de Comillas. Disponible a: <https://books.google.es/books?id=QR8NAgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=ca#v=onepage&q&f=false> [Consultat el 25/02/2019]

¹³ Zapater F, Quiñonero E, Pérez MC. Capacitar para decidir. AMF 2010;6(8):420-428

Utilitzarem preferentment una **informació raonada**, que ha d'incloure:

- explicar el fonament de les intervencions i les propostes;
- explicar l'efecte desitjat d'un tractament o actuació i els possibles efectes adversos;
- comprovar que s'ha entès el missatge, utilitzant preguntes obertes; i
- preguntar per les expectatives i hipòtesis de la persona.

El contingut de la informació és tan important com **la manera de donar-la**, per això buscarem fer-ho:

- amb veracitat, sense defugir preguntes incòmodes;
- amb honestedat, acceptant dubtes i altres opinions;
- amb delicadesa, en funció del moment emocional;
- amb un llenguatge comprensible i proper al del pacient; i
- sense presses i amb temps suficient.

El **factor emocional** intervé de manera significativa en la presa de decisions i cal tenir cura per tal que no sigui un obstacle sinó un facilitador en benefici del o la pacient. La valoració de l'estat emocional ens donarà compte de la vulnerabilitat o fortalesa en un moment determinat. Ho deduirem d'expressions corporals (grau de mobilitat, retraïment, expressió facial) i verbals («estic fatal», «estic trist», «estic enfadada») així com del to del discurs (agressiu, alegre..). També farem atenció a l'impacte emocional que la situació clínica i la mateixa informació puguin provocar. Emocions molt negatives poden bloquejar la capacitat de raonar o precipitar les decisions. Per tant, hem de sospesar en cada moment quina informació donem, si cal segmentar-la, donar temps per assumir-la, per resoldre dubtes, compartir-la amb els familiars, etc.

Els **valors** formen part intrínseca de la condició humana, que es reflecteix en la seva variabilitat i subjectivitat. La millor manera d'afrontar la integració dels valors en la presa de decisions compartides és adoptar el mètode deliberatiu, que supera el binomi d'imposar uns determinats valors o bé no discutir-los. L'evident asimetria tècnica i informativa entre professional sanitari i pacient no comporta una superioritat de valors. De manera que la deliberació sobre les opcions que es presenten ha de fer-se d'igual a igual, amb el mateix valor ètic. Podem integrar els valors de les persones a través de:

- explorar els valors individuals, preguntar i facilitar la seva expressió;
- reconèixer-los, explicitar-los;
- parlar, deliberar sobre les seves implicacions per al procés assistencial i les conseqüències per a la pròpia persona; i
- adquirir el compromís de respectar-los sempre que no afectin negativament a tercers o siguin contraris a la normativa legal.

L'aplicació de processos de decisions compartides requereix vetllar per la capacitat dels i les professionals que l'han de dur a terme, que sovint topen amb barreres en la pràctica assistencial. En cada entorn i en cada professional s'han d'identificar aquestes barreres per poder-les superar. Però també **existeixen factors facilitadors sobre els quals podem bastir les decisions compartides, com són la motivació dels professionals per dur-les a terme, el convenciment que tenen un impacte positiu en el procés assistencial i un resultat beneficiós per al pacient.**

INSTRUMENTS PER A LA PRESA DE DECISIONS

L'exercici de l'autonomia i el respecte a les persones en la seva globalitat sustenta la presa de decisions compartides en procediments diagnòstics, tractaments, lloc on es fa l'atenció, representants, agreujants o facilitadors de benestar, etc. En el cas d'afectació mental és d'especial interès, des del punt de vista ètic, les actuacions que limiten la llibertat del pacient, com les contencions, els aïllaments, els ingressos involuntaris, les imposicions o les esterilitzacions.

El principi de decisions compartides es basa en el reconeixement de l'altre, els seus valors i preferències i les seves decisions. La relació personal, construïda a partir de les habilitats comunicatives i l'ús de recursos narratius, són les millors eines per propiciar la presa de decisions compartides. No és doncs una qüestió puntual, sinó que ha de ser present al llarg de tota la relació assistencial.

Els estats temporals o permanents de limitació de capacitat per prendre decisions comporten una especial vulnerabilitat i risc de manca de respecte de drets. Comporten, també, una major complexitat ètica als i les professionals que estan al càrrec de l'atenció i a les persones que ostenten la representació. Per tal d'evitar la vulneració de drets és útil i recomanable que es coneguin de forma anticipada les voluntats i preferències de la persona atesa.

Els instruments que disposem són: el document de voluntats anticipades (DVA) i la planificació de decisions anticipades (PDA).

El **DVA** és un document de caràcter legal que expressa la voluntat d'una persona davant una possible situació futura de pèrdua de competències. En general, recull instruccions concretes sobre hipotètics estats de salut i nomena un representant legal. En el nostre entorn poques persones han realitzat el DVA, però és d'obligat coneixement per part del personal assistencial en situacions en les quals hi ha pèrdua de competències o previsió de que es perdin.

La **PDA**, elaborada conjuntament per pacient i professional assistencial en una situació de malaltia present, recull tot allò que s'ha de tenir en compte en relació amb el procés d'atenció en situacions en les que no es donin les condicions de fer-ho. En el marc en què se situa el present document, considerem de gran utilitat l'elaboració d'una PDA, que hauria de recollir els següents elements:

- la declaració anticipada de valors i preferències;
- la decisió anticipada de rebuig d'un tractament o el desig manifest d'adequació de l'esforç terapèutic o de realització, o no, de determinades proves diagnòstiques o terapèutiques; i
- la designació de representació per a les decisions sanitàries.

A més d'aquests elements comuns de la PDA, en el cas de malaltia mental i/o discapacitat s'hauria de contemplar específicament: **situacions, circumstàncies i símptomes** que donarien lloc a l'aplicació del contingut d'aquest document.

- **Signes d'alerta i símptomes** que poden ajudar la persona, els representants i els professionals a preveure una crisi i desenvolupar estratègies per disminuir-ne la gravetat o per evitar el seu desencadenament. La valoració de les conseqüències de cada opció.
- **Actuacions que fan sentir bé o malament** a la persona. Inclouen qualsevol intervenció, tipus de cures, activitats programades, contacte amb la persona representant, presència i suport de terceres persones, experiències prèvies de tractaments o tracte en el sistema sanitari.
- **Persones a qui avisar** en cas d'empitjorament o pèrdua de competència, i a les qui no es vol avisar. En aquest apartat es poden incloure tasques concretes que la persona desitja encarregar, com ara la cura dels objectes personals. Es recomana reflexionar sobre les conseqüències d'informar o no els familiars més propers.

- **Preferències de visites**, inclòs si és el cas, el rebuig de certes visites. Per facilitar el seguiment de les preferències, es recomana incloure qualsevol informació addicional que es consideri útil, com experiències prèvies, motius, etc.
- **Preferències relacionades amb la medicació** en l'àmbit de la salut mental, inclòs el rebuig de tractament. Es poden indicar els medicaments amb els quals hagi tingut experiències negatives en ocasions anteriors, així com els medicaments que prefereix.
- **Preferències relacionades amb actuacions terapèutiques** i ús de mitjans coercitius. Les actuacions terapèutiques inclouen sessions de teràpia individual o en grup, teràpia ocupacional, cures d'infermeria, sessions de teràpia electroconvulsiva o altres. Per mesures coercitives s'entenen pràctiques de contenció física o farmacològica, immobilització i aïllament. La persona pot sol·licitar que si s'adopten mesures coercitives, es faci respectant determinades opcions personals.
- **Preferències respecte els professionals**. Aquestes preferències poden constituir un element de suport terapèutic, però poden estar subjectes a limitacions per motius de disponibilitat o viabilitat.
- **Hàbits personals**. Inclouen la dieta alimentària, hàbits religiosos o espirituals, higiene, hàbits de son o aspectes culturals.

(Adaptat de la Escuela Andaluza de Salud Pública¹⁴)

Per facilitar el seguiment de les preferències, es recomana incloure tota la informació addicional que es consideri útil com: experiències prèvies, motius, etc.

Es pot donar el cas, en el referent a preferències terapèutiques, que no hi hagi acord entre la persona i el o la professional que l'atén. De ser així, es recomana fer referència explícita a la falta d'acord i els seus motius en la història clínica.

La realització de la PDA requereix unes condicions cognitives, afectives i emocionals que permetin la comprensió de la informació i la importància de les decisions que es prenen. Un estat delirant o de depressió greu poden distorsionar la visió de la realitat i, per tant, no es recomana fer la PDA en

¹⁴ Planificación Anticipada de decisiones en SM. Guía de apoyo. Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible a: http://aen.es/wp-content/uploads/2015/12/DEFINITIVA_GUIA_PAD_SM-11_11_15.pdf. [Consultat el 25/02/2019]

aquestes circumstàncies. En el cas de trastorn mental es pot plantejar fer-la en períodes d'estabilitat i compensació, i en cas de demència, cal plantejar-la en períodes no avançats de la malaltia, quan es manté la capacitat de comprendre les implicacions de la planificació. **Cal tenir en compte, però, que en tots els casos es poden mantenir competències parcials o sectorials que permeten expressar desitjos o preferències que hauran de ser respectats.**

CONCLUSIONS

Mitjançant aquest document volem posar en valor l'opinió que tots els éssers humans han de ser tractats sempre tenint en compte la seva condició de persones lliures amb dret a decidir i, en conseqüència, que tinguin les garanties de ser atesos respectant la seva dignitat tot i patir un trastorn mental i/o un dèficit cognitiu.

Creiem que les persones que tenen afectades les funcions superiors conserven íntegres les seves llibertats fonamentals, tot i que les expressin de forma particular. Haurem de tenir en compte, doncs, a l'hora de la valoració clínica i la presa de decisions, molts factors que superen l'àmbit estrictament tècnic i que pertanyen a l'esfera emocional, privada i íntima de la persona.

L'inici de l'abordatge pal·liatiu i l'adequació de l'esforç terapèutic, així com el rebuig del tractament, han de ser decidits de forma compartida amb les persones ateses en funció de les seves capacitats i també atenent als senyals que ens fan arribar. En cas d'afectació de l'àrea mental ho assolirem a través d'una exploració clínica acurada en la qual inclourem l'observació atenta dels missatges, no sempre explícits, que les persones ens transmeten relacionats amb el malestar emocional, el cansament vital o el patiment de qualsevol etiologia.

En aquest sentit, la competència s'ha de valorar independentment de si la persona té o no un trastorn mental i actuar en base a això. Per reconèixer i incorporar de forma adequada els valors i preferències quan hi ha dificultats per expressar-los, hem d'anar més enllà de les valoracions tècniques i aprofundir en la recerca de principis i estimacions valoratives dins de l'esfera emocional i biogràfica, en el context d'una exploració clínica holística i de qualitat.

BIBLIOGRAFIA RECOMANADA

Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid. Alianza Editorial.

Bayes, R. (2017). Algo de lo poco que he aprendido (y tal vez mal). *Quaderns de Psicologia. International Journal of Psychology*, 1–7. Retrieved from <http://blogs.uab.cat/quadernsdepsicologia/2017/05/12/algo-de-lo-poco-que-he-aprendido-y-tal-vez-mal/#sthash.ATmmKiea.dpbs>

Codorniu, N., Tuca, A. (2005). Demand of palliative care: nursing case management previously to first intervention of a palliative care team. Abstracts of the 9th Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC). Germany: Aachen, pp. 31.

Generalitat de Catalunya (2017). Departament de presidència. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019. Disponible a: <https://web.gencat.cat/ca/actualitat/detall/Pla-Integral-datencio-a-les-persones-amb-trastorn-mental-i-addiccions>.

Heath, I. (2007). *Matters of life and death. Key writings*. Londres: Radcliffe. Traducción: Ayudar a morir. Buenos Aires/Madrid: Katz, 2008.



CèAVOC

Fundació Sociosanitària Santa Susanna
Font i Boet, 16 · Caldes de Montbui
t. 93 737 78 33 · ceavoc@fundaciostasusanna.cat