



UNIVERSIDAD DE MURCIA.
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN ENVEJECIMIENTO.
MÁSTER EN CUIDADOS PALIATIVOS.

Los cuidados paliativos en la enfermedad mental.

Autora: Paloma González Morga. 48659675R

Tutora: Fuensanta Sánchez Sánchez.

CURSO 2012/2013

INDICE

❖ RESUMEN.....	3
❖ ABSTRACT.....	3
1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	4
2. INTRODUCCIÓN.	5
2.1 <i>Contexto histórico de la enfermedad mental y los cuidados paliativos.</i>	6
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	7
3.1 <i>Objetivo general:</i>	8
3.2 <i>Objetivos específicos:</i>	8
3.3 <i>Hipótesis.</i>	8
4. MATERIAL Y MÉTODOS.	8
4.1 <i>Material.</i>	8
4.2 <i>Método.</i>	8
4.2.1 <i>Criterios de búsqueda.</i>	9
5. DISCUSIÓN Y RESULTADOS.	9
5.1 <i>La participación de los enfermos mentales en sus cuidados.</i>	9
5.2 <i>¿Qué conlleva la estigmatización social del enfermo mental?</i>	11
5.2.1 <i>El afrontamiento del estigma en los familiares del enfermo.</i>	12
5.2.2 <i>El afrontamiento del estigma en los profesionales.</i>	12
5.3 <i>Los Profesionales de la Salud.</i>	13
5.3.1 <i>La Psicología.</i>	13
5.3.2 <i>La Enfermería.</i>	13
5.3.3 <i>La Medicina.</i>	15
5.4 <i>La familia.</i>	15
5.5 <i>La información.</i>	17
5.5.1 <i>El consentimiento informado.</i>	17
5.5.2 <i>El Testamento Vital.</i>	19
6. CONCLUSIONES.....	20
7. BIBLIOGRAFÍA.....	22
❖ BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL.	23
❖ ANEXO 1.	25
❖ ANEXO 2.	28

❖ RESUMEN.

En la alta incidencia de la enfermedad mental, reside la importancia para que se implementen los cuidados paliativos en este tipo de pacientes, y se haga un especial hincapié en que todos los enfermos puedan optar a ellos. El enfermo debe a su vez, conocer el fundamento de los cuidados paliativos e intervenir en su programación e intensidad siempre que sea posible.

En esta revisión podemos ver como la adecuada formación del personal sanitario para el trato con este tipo de pacientes tan especiales, evita que se estigmatice a estos en el colectivo del tratamiento sanitario, y aleja así la posibilidad de que puedan llegar a morir en situaciones de soledad, desamparo o dolor.

La creación de programas que puedan ofrecer los servicios especializados necesarios al final de la vida, es el paso a seguir para acabar con el estigma y garantizar la integración de estos enfermos. Garantizando siempre, el derecho a estar informados.

PALABRAS CLAVE: cuidados paliativos, enfermedad mental, enfermedad terminal.

❖ ABSTRACT.

In the high incidence of mental illness, we can find the importance to implement palliative care in patients with a mental disorder, with a particular emphasis on that patients will be able to choose the best treatment for them. Patients must know the basis of palliative care and intervene in their programming, whenever possible

In this review we see as adequate training of health personnel for dealing with these patients, prevents the stigmatization, and would avoid the death in situations of loneliness, helplessness or pain.

Integrating palliative staff in psychiatric teams facilitate this work and would guarantee that everybody have a dignified death.

The creation of new programs that can offer special services which are needed at the end of the life is the next step to get the end of stigma. Always with the guarantee that the clients have the whole information.

KEY WORDS: palliative cares, mental disease, terminal illness.

1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.

La importancia de la enfermedad mental en nuestra sociedad se hace aparente al conocer que una de cada cuatro personas padece o padecerá alguna enfermedad mental que necesitará tratamiento sanitario a lo largo de su vida. La situación del marco clínico de la enfermedad mental, por carecer de tratamientos curativos, tiende en la mayoría de los casos a un deterioro progresivo de los síntomas, y con ello a llegar a un estado grave de deterioro funcional.

Los enfermos en situación avanzada y terminal presentan una alta necesidad y demanda asistencial con implicación de todos los niveles asistenciales del sistema sanitario.

Las prioridades para los pacientes son: tener los síntomas aliviados, evitar una prolongación innecesaria de su situación, transmitirles una sensación de control en la toma de decisiones, hacerles evidente la sensación de no ser una carga para la familia y estrechar los lazos con sus seres queridos.

Los cuidados paliativos intentan dar respuesta clínica y terapéutica a las necesidades de los enfermos en fase avanzada y terminal y de sus familiares. Sus objetivos fundamentales son:

- 1) Atención al dolor, otros síntomas físicos, sus necesidades emocionales, sociales, espirituales y aspectos prácticos del cuidado de enfermos y familiares, manteniendo en todo momento el máximo nivel funcional posible.
- 2) Información, comunicación y apoyo emocional, asegurando al enfermo ser escuchado, participar en las decisiones que le afectan en su testamento, obtener respuestas claras y honestas, así como la capacidad para expresar sus emociones.
- 3) Asegurar la continuidad asistencial a lo largo de su evolución, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles de los profesionales sanitarios que intervienen y los recursos implicados.

2. INTRODUCCIÓN.

En Julio de 2011 la revista Nature alerta en un comentario del problema de la salud mental a nivel mundial y de los retos que tenemos que afrontar hoy en día para prevenir el oscuro horizonte que se nos avecina (Collins y col. 2011). Según este informe los problemas de salud mental constituyen ya el 13% de todos los problemas de salud en la población mundial, más que los problemas cardiológicos y oncológicos juntos.

Su incremento es fácilmente previsible puesto que no existen curas eficaces por desconocer en gran medida las causas de las enfermedades mentales y, lo que es más importante para el futuro, aún teniendo instrumentos farmacológicos que las mejoran, no están disponibles en los países pobres, de mayor población y con mayor grado de riesgo de enfermedad mental. Por lo tanto parece que es urgente actuar sobre el conocimiento, tratamiento y el manejo clínico de los enfermos mentales, sus familias y la sociedad, para desarrollar estrategias eficaces de prevención.

Actualmente el tratamiento de los trastornos mentales posee un enfoque integrativo y multidisciplinar, en el que participan psicólogos y psiquiatras, educadores sociales, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales. Cada tratamiento integra, dependiendo del caso, la administración de psicofármacos como métodos paliativo de los síntomas más pronunciados, para así dar paso a un proceso de intervención psicológica para atender los orígenes y manifestaciones del trastorno y así generar un estado de bienestar más sólido, efectivo y permanente en las personas que sufren de esta enfermedad. Sin olvidar el adecuado estudio e intervención sobre el entorno familiar y social del enfermo mental, lo que permitirá estabilizar su situación de eutimia el mayor tiempo posible.

Introducimos el concepto de enfermedad mental terminal, para designar a los trastornos mentales severos con cualidad de irreversibles y deterioro progresivo de las funciones mentales; remarcando tanto el interés de su identificación, como el de plasmar unas expectativas terapéuticas y evolutivas razonables.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define los criterios de "Paciente Terminal":

- 1.- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- 2.- Ausencia razonable de respuesta a tratamientos curativos.
- 3.- Pronóstico de vida inferior a seis meses.

4.- El estado de la enfermedad conlleva:

4.1- Problemas individuales y síntomas clínicos intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

4.2- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico por la presencia, explícita o no, de la muerte digna como objetivo último de la intervención.

2.1 Contexto histórico de la enfermedad mental y los cuidados paliativos.

El modelo cultural de salud-enfermedad propio de cada época ha sido determinante para la comprensión de las enfermedades mentales:

Desde una concepción primitiva de la enfermedad como castigo divino, en la que la enfermedad mental se considera el paradigma del castigo por la ruptura de algún tabú (el loco está poseído por algún demonio o es directamente castigado por Dios), pasando por un modelo social y psicoanalítico, traumas vivenciales que han dejado trazas en un inconsciente y que nos atormentan, hasta la más moderna perspectiva bioquímica y genética de la enfermedad mental (como una expresión más de la alteración del órgano o de su función fisiológica).

Si en la antigüedad, las enfermedades mentales reflejaban un origen sobrenatural, curados por procedimientos religiosos; En el siglo IV A.C., los griegos y romanos cambiaron esta concepción: Hipócrates le da un origen material a la enfermedad mental en el momento en que hace una 1ª clasificación de las enfermedades en general. Con Hipócrates se concibe por primera vez al cerebro como el órgano cuya disfunción origina la enfermedad mental.

En Roma se dispensaba un trato humano como hidroterapia, catarsis... siguiendo la misma línea que los griegos. Algo similar ocurrió con la cultura Árabe, en la que destacó por sus estudios.

Durante la Edad Media y el Renacimiento hubo un retroceso, volviéndoles a atribuir un carácter sobrenatural, primando el carácter demonológico, que duró hasta el XVI o XVII. Los primeros centros especializados aparecen en España en el XIV. La Ilustración permite concretar la enfermedad mental como un proceso que merece la atención médica y el estudio para encontrar soluciones. Se crea en París el Hospital de la Salpêtrière donde Pinel simboliza el nuevo pensamiento, rompiendo las cadenas de los enfermos mentales.

A partir de la 2ª Guerra Mundial es cuando cambia la percepción de las enfermedades mentales con teorías sociológicas posteriores, que propugnan que las enfermedades mentales no tienen un origen orgánico, si no que las genera la propia sociedad: cultura, relaciones interpersonales....

apareciendo nuevas instituciones para sustituir el cierre de manicomios, cerrados, entre otras cosas, por favorecer y fomentar la cronicidad.

El desarrollo moderno de los cuidados paliativos tiene su origen en el movimiento hospice, liderado en el Reino Unido por Cicely Saunders a finales de los años setenta. Su libro *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*, recoge toda la experiencia del equipo del St Christopher's Hospice en sus primeros años de trabajo.

Posteriormente se desarrollaron progresivamente equipos de atención a domicilio, centros de día y equipos de soporte hospitalario.

En 1987, la Medicina Paliativa fue establecida como especialidad en el Reino Unido.

En el resto de Europa, los cuidados paliativos se desarrollan a partir de finales de los setenta.

Los trabajos de Vittorio Ventafridda en Milán sobre el tratamiento del dolor en el cáncer, el establecimiento de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos y el desarrollo de políticas institucionales por algunos gobiernos han sido algunos de los hitos determinantes de su desarrollo.

El concepto de unidad de cuidados paliativos en hospitales para enfermos agudos surge en Canadá, en el Royal Victoria Hospital, en Montreal.

El término «cuidados paliativos» parece más apropiado para describir la filosofía del cuidado que se otorga a los pacientes en fase terminal; el concepto hospice se refiere más a la estructura física de una institución.

En España, al desarrollo de los cuidados paliativos han contribuido numerosos profesionales tanto de nivel comunitario como hospitalario, en su labor cotidiana de acompañamiento a pacientes y familias.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO.

La idea original de este trabajo está orientada a investigar sobre la evolución de los cuidados paliativos en los enfermos mentales terminales. Sin embargo, a pesar de lo incapacitantes que resultan las enfermedades mentales, y el posible pronóstico de progresión y deterioro mental severo en muchas de ellas, apenas hay bibliografía sobre el tema en nuestro país y es escasa en los países anglosajones.

Con este trabajo se pretende determinar unos objetivos generales y otros específicos, con los que se puedan esclarecer los aspectos y factores que influyen en la administración de cuidados paliativos a enfermos mentales terminales, así como mejorar la relación enfermo- cuidador en la programación de los cuidados, y la información adecuada de los profesionales de la salud en el tratamiento.

3.1 Objetivo general:

Realizar un estudio y revisión bibliográfica de los trabajos más importantes en la actualidad para comprender como mejorar los cuidados paliativos en enfermos mentales, identificando porque se producen déficits a la hora de administrar cuidados paliativos a enfermos mentales o por qué no llegan a darse en este colectivo.

3.2 Objetivos específicos:

3.2.1. Identificar cual es el grado de participación que tienen los enfermos mentales en sus tratamientos de cuidados paliativos.

3.2.2. Concretar las causas y la aparición del estigma que se produce en los enfermos mentales terminales.

3.2.3. Acercar cual es el trabajo de cada profesional para crear equipos multidisciplinares.

3.3 Hipótesis.

La hipótesis que se quiere comprobar en esta investigación es la siguiente:

“La participación en los cuidados por parte de los enfermos, y la integración de los distintos profesionales para la creación de equipos multidisciplinares, mejora la calidad de los cuidados, procurando una mejor muerte”.

4. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1 Material.

La muestra de la que consta este estudio está formada por 20 artículos y/o libros de carácter científico, tanto teóricos descriptivos como de investigación clínica y centrados en el diagnóstico, prevención, tratamiento y descripción de los cuidados paliativos en enfermos mentales.

4.2 Método.

Para la revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda de los artículos publicados en las bases computarizadas Medline, PsycINFO, y Cochrane Plus. Y también en diversas revistas electrónicas de cuidados paliativos como: *Psychiatric Services, The Canadian Journal of Psychiatry, Journal of Psychosocial Nursing, Journal of Psychiatry, Journal of hospice and palliative nursing, Progress in palliative care, Análes de Psicología, Revista Biblioteca Lascasas, Journal of Palliative Care, International Journal of Psychoocial Rehabilitation, etc.*

4.2.1 Criterios de búsqueda.

Se han establecido como descriptores:

Mental illness, mental disease, palliative care, enfermedad mental, enfermedad mental terminal, y cuidados paliativos.

5. DISCUSIÓN Y RESULTADOS.

El tema elegido, “Cuidados Paliativos en Pacientes con Enfermedad Mental”, ha sido estudiado principalmente por psiquiatras, psicólogos, y enfermeras, tanto en el plano teórico como clínico.

La orientación de esta revisión sistemática ha sido médico-enfermera.

5.1 La participación de los enfermos mentales en sus cuidados.

Desde un punto de vista tanto cuantitativo, en algunos casos, como queda reflejado en el artículo de *Foti y cols.*¹, en el que se hace un estudio a 150 adultos con enfermedad mental para descubrir las preferencias de estos en los cuidados al final de la vida. Sus resultados rompen muchos estereotipos, al comprobarse que no solo son capaces de participar en el plan de cuidados, en este estudio, los pacientes fueron capaces de participar en la planificación anticipada de la atención médica a través de escenarios de preferencia del estado de salud hipotéticos.

Ya que las personas con enfermedades mentales graves mueren a edades más tempranas que la población general, los adultos con enfermedad mental severa y persistente (SPMI en inglés) tienen por lo menos el doble de riesgo de morir por causas naturales a cualquier edad, en comparación con la población general. Así se encuentran en mayor riesgo de muerte por neoplasia, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y gastrointestinales, así como lesiones inexplicables, suicidio y homicidios, o bien por efectos secundarios de los fármacos que toman. Es por lo tanto, importante comenzar a planificar programas de intervención, al igual que se haría con la población general.²

También artículos de corte cualitativo, nos acercan las razones del exceso de mortalidad de estos pacientes: Los pacientes con SPMI, tienen menos controles de rutina para la detección del cáncer, los posibles síntomas físicos que puedan tener, con frecuencia son atribuidos a la enfermedad mental. A menudo llevan estilos de vida menos saludables, hacen menos ejercicio o participan en actividades perjudiciales para su salud.

*Terpstra y cols.*³ en su artículo de 2012 nos enseña que la investigación ha demostrado que la enfermedad mental en sí misma, puede dar lugar a una presentación atípica y tardía de los síntomas, como vieron *Talbott y Lin*, (como se cita en *Goldenberg, Holland & Schachter*, 2000) trabajando

con esquizofrénicos terminales. Estos pacientes, no verbalizaban su miedo en relación con la enfermedad avanzada, y eran más tolerantes que la población general con las lesiones que no sanaban y los tumores en el cuerpo.

El interés que despiertan los cuidados paliativos a enfermos mentales terminales en la práctica de la enfermería presenta dos aspectos diferenciados; que por un lado se deben proporcionar los cuidados paliativos al enfermo terminal, mientras se alcanzan las estrategias para lograr una muerte digna y también se deben tener en cuenta los posibles déficits que pudiesen tener estos a causa de la enfermedad mental, que necesita un tratamiento adecuado; Existe una fuerte necesidad de empezar a construir los vínculos entre estos cuidados paliativos y salud mental, dos sistemas muy similares, que ofrecería una oportunidad única para las enfermeras de salud mental a llenar la necesidad de ayudar a este grupo de pacientes a experimentar una buena muerte.

En otro artículo de 2000, *Chochinov*⁴, nos acerca algunos objetivos útiles para una muerte apropiada:

- Los conflictos internos, como el miedo de la pérdida de control sobre su propio destino, deben reducirse todo lo posible.
- El sentido de la identidad personal debe mantenerse.
- Las relaciones críticas deben ser mejorados o conflictos mantenidos deben ser resueltos, si es posible.
- La persona debe ser alentada a establecer y tratar de alcanzar metas significativas, tales como asistir a una graduación, una boda o el nacimiento de un niño, para tener un sentido de continuidad hacia el futuro.

Teniendo en mente que nuestro papel tiene múltiples facetas y abarca una gran variedad de tareas que requieren habilidades diferentes. Estas, incluyen las siguientes:

- Comprender y ser capaz de explorar con los pacientes la multitud de problemas psicológicos que surgen con frecuencia, en el contexto de las condiciones de amenaza para la vida.
- Ser capaces de abordar con las familias las cuestiones y preocupaciones que comúnmente se presentan en los cuidados paliativos.
- Tener una apreciación de los problemas psicológicos y los desafíos que enfrentamos los profesionales de la salud en la atención a las necesidades de los pacientes que mueren.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedades avanzadas y terminales.

El personal de enfermería representa un papel importante en la asistencia y en el asesoramiento a los enfermos mentales terminales, y es de vital importancia que se enseñe a los enfermeros como tratar con los SPMI, tal y como queda reflejado en el artículo de *McCasland* de 2007 ⁵: Hay muchas barreras para el cuidado de los pacientes que tienen SPMI, particularmente la falta de experiencia de los trabajadores y el miedo puede afectar a la atención a este tipo de pacientes. Los trabajadores pueden carecer de conocimiento y como consecuencia, no sentirse cómodos con los pacientes con SPMI que se encuentran al final de sus vidas.

Proporcionar educación a las enfermeras de cuidados paliativos sobre la enfermedad mental grave y acercar a las enfermeras de salud mental a las unidades de cuidados paliativos, mejora la atención para aquellos que tienen SPMI.

Un estudio sudafricano, *Mavundla* de 2000 ⁶, indicó que las enfermeras no se sentían equipadas adecuadamente para atender eficazmente a los pacientes psiquiátricos y, a menudo temían por su propia seguridad.

El informe hizo hincapié en la importancia de disminuir los sentimientos negativos a través de la educación centrada en la mejora de las habilidades interpersonales, habilidades de asertividad y habilidades específicas para hacer frente a las emergencias psiquiátricas.

Otro estudio realizado en un hospital rural australiano, recogió las respuestas de las enfermeras al tener que dar atención a los pacientes de salud mental. Respuestas como "no es nuestro papel", "miedo". Las enfermeras que indicaban que no era su papel, dijeron que no les gustaba cuidar de personas con enfermedades mentales, y no lo harían si tuvieran elección.

Su falta de conocimientos las hizo sentir inseguras para dedicarse al cuidado de estos enfermos.

5.2 ¿Qué conlleva la estigmatización social del enfermo mental?

A grandes rasgos:

- Retrasa la detección de la persona afectada por una enfermedad mental.
- Afecta la evolución del diagnóstico.
- Provoca una precaria adherencia al tratamiento, tanto farmacológico, como rehabilitador.
- Produce baja autoestima.
- Produce el aislamiento evidente que deja a la persona a expensas de la sociedad.

El problema del estigma queda muy bien reflejado en el artículo de *McGrath* y *Jarret* de 2007 ⁷. Durante la final de la vida en una institución psiquiátrica, afecta no solo al individuo institucionalizado, sino también a los proveedores de salud que se preocupan por ellos.

El silencio dentro de la literatura de los cuidados paliativos sobre este tema pre adelanta preguntas en torno a si las personas que sufren el estigma de la enfermedad mental son marginados y discriminados en relación a la corriente principal de prestación de servicios de cuidados paliativos.

Precisamente para investigar sobre el estigma en pacientes terminales con enfermedad mental, se llevo a cabo un estudio en un centro de salud mental, The Park, en Brisbane, Australia.

El objetivo principal del proyecto de investigación fue documentar la experiencia de proporcionar cuidado al final de la vida.

Se obtuvo el consentimiento informado para llevar a cabo el estudio. Los participantes fueron informados verbalmente de sus derechos en la investigación y se firmo un consentimiento por escrito para la participación en esta.

Para recoger la experiencia en materia de atención a enfermos terminales, se documentó a través de la investigación cualitativa mediante entrevistas abiertas realizadas a los trabajadores de la salud.

Lo que se encontró fue que aunque los resultados indicaban que hay un estigma en relación con los pacientes de salud mental. La razón para el estigma parece estar generada por un número de factores interrelacionados incluyendo el miedo, la ignorancia, la falta de experiencia al tratar con la enfermedad mental, el carácter alienante de muchos comportamientos difíciles de la enfermedad mental, la sensación de distanciamiento asociado con diferentes visiones del mundo, y la imposibilidad de ver a la persona detrás de la enfermedad.

5.2.1 El afrontamiento del estigma en los familiares del enfermo.

La estrategia de afrontamiento al estigma más frecuente entre los familiares es el ocultamiento parcial, o total de la enfermedad mental.

La preocupación por el bienestar o el futuro de sus familiares, les lleva en ocasiones a reacciones de sobreprotección, y a la aparición de sentimientos de piedad, pena y compasión hacia la persona enferma. Tienen estereotipos, reacciones negativas, y comportamientos evitativos, a otras personas con enfermedad mental, que no son su familiar, pero también pueden detectarse.

5.2.2 El afrontamiento del estigma en los profesionales.

Algunos de los profesionales de salud mental hicieron declaraciones que eran indicativas de un estigma hacia los cuidados paliativos.

La falta de familiaridad y conocimiento sobre el trabajo de otras disciplinas puede crear barreras del estigma que proporcionan los obstáculos para la atención al paciente. Los resultados apuntan a la importancia de evitar las dicotomías simplistas de "ellos" y "nosotros".

5.3 Los Profesionales de la Salud.

La orientación que ha guiado el estudio ha permitido extraer conclusiones notables tanto para la medicina como la psicología y la enfermería, en relación a cómo son, y como se podrían mejorar los cuidados paliativos en enfermos mentales terminales.

Como agentes de atención sanitaria debemos:

- Respetar la dignidad, proteger los derechos y promover la autonomía y la libertad de las personas con trastornos mentales.
- Garantizar que el consentimiento informado de las personas con trastornos mentales es la base de todo tratamiento proporcionado. También hay que informar sobre la posibilidad de realizar un testamento vital (que asegure el seguimiento del nivel de cuidados que el enfermo acepta, y la familia debe cumplir).
- Conseguir que las personas con trastornos mentales participen en la elaboración de su plan de tratamiento.
- Implicar a las familias en el tratamiento y la atención de sus parientes con trastornos mentales.
- Informar a las instancias decisorias sobre los recursos y el apoyo que se necesitan para proporcionar una atención de salud mental de buena calidad

5.3.1 La Psicología.

Desde el punto de vista de la psicología, en la intervención con los familiares, lo que los psicólogos consideran más problemático, coincide con lo destacado por otros estudios en equipos de cuidados paliativos, y no es ni más ni menos que el tema que nos ocupa, la existencia de psicopatología previa en el paciente.⁸ Las intervenciones que realizan los psicólogos en cuidados paliativos, tienen la particularidad de que intentan no abrir nada que pueda ser problemático. Tratan de disminuir la ansiedad en el paciente y en la familia, sin profundizar demasiado, y por lo general, la intervención en el fin de vida es más complicada cuando trabajan en el hospital.⁹

5.3.2 La Enfermería.

Vemos también como se propone que, como el mayor grupo de profesionales en el cuidado de la salud, las enfermeras tienen un papel importante que desempeñar en la evaluación, diagnóstico,

tratamiento y manejo de los pacientes con enfermedad mental, tanto en la comunidad como en el hospital.¹⁰

Y dada la dependencia originada por las enfermedades terminales, la atención global y temprana, implica la asistencia no sólo del afectado, sino también de sus familiares y sobre todo de su cuidador directo. La enfermería juega un papel muy importante, educándoles para que lleven lo mejor posible el curso de la enfermedad.¹¹

Los grupos de autoayuda nos servirán como complemento directo del resto de intervenciones multidisciplinarias, reduciéndose costes por la disminución de ingresos hospitalarios y aportaría calidad asistencial y de vida¹².

Según los diferentes diagnósticos se podrán llevar a cabo determinadas intervenciones enfermeras.

Por ejemplo:

- Diagnóstico de enfermería: “Ansiedad relacionada con amenaza de muerte manifestada por temor.” Las intervenciones a llevar a cabo son:
 - a) Identificar las preferencias del usuario sobre el cuidado terminal; proporciona ayuda para respetar las preferencias, siempre que sean posibles.
 - b) Proporcionar un entorno protector y seguro. Utilizar cuidadores preparados y mantener la estructura ambiental usual.
 - c) Derivar a servicios de asistencia sanitaria domiciliaria psiquiátrica para tranquilizar al usuario e implementar un régimen terapéutico.

- Diagnóstico de enfermería: “Confusión crónica relacionada con enfermedad psiquiátrica manifestada por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta.” Las intervenciones a llevar a cabo son:
 - a) Determinar el nivel cognitivo del usuario.
 - b) Evitar tanto como sea posible la exposición del usuario a situaciones y personas desconocidas.
 - c) Evaluar la presencia de signos de depresión en el usuario: insomnio, poco apetito, afecto plano, comportamiento retraído.

- Diagnóstico de enfermería: “Aislamiento social relacionado con alteración del bienestar, del aspecto físico o mental.” Las intervenciones a llevar a cabo son:
 - a) Planificar el aumento progresivo de los contactos sociales, si es posible.
 - b) Fomentar la participación de la familia.

- c) Si se considera adecuado, aconsejar la asistencia a terapia de grupo.
- Diagnóstico de enfermería: "Desesperanza relacionada con el deterioro del estado fisiológico manifestado por falta de implicación en sus cuidados." Las intervenciones a llevar a cabo son:
 - a) Ayudar a la solución de problemas y toma de decisiones.
 - b) Alentar la expresión de sentimientos y reconocer la aceptación de los mismos.
 - c) Comunicar claramente lo que supondrá la trayectoria de la enfermedad y/o el curso de tratamiento.

5.3.3 La Medicina.

En el campo de la medicina, Foti¹³ creó un programa denominado "*Do it Your Way*": *End of life care for persons with serious mental illness*. El objetivo del estudio fue establecer coaliciones entre los profesionales de cuidados paliativos, y los de salud mental, educando a la comunidad sobre la importancia de la planificación anticipada de la atención para las personas que sufren enfermedades mentales graves. El estudio informó y aumentó la conciencia sobre los derechos del paciente de salud mental y la planificación anticipada de la atención. Con el éxito de este programa y los avances en la investigación junto con las herramientas de evaluación, se está allanando el camino para futuros programas.

Se reconoce¹⁴ la gran necesidad de profesionales de la salud mental para participar en los cuidados al final de la vida en pacientes con SPMI, y se ha propuesto, que para añadir calidad de vida a estas personas, los profesionales de salud mental, como las enfermeras de salud mental y los profesionales de enfermería han de especializarse en psiquiatría.

Foti también demostró que la capacitación del personal de salud mental con cuidados paliativos, podría mejorar enormemente la calidad de vida de la persona con enfermedad terminal, y también añadir la confianza y la calidad en el trabajo del personal.

5.4 La familia.

Los pacientes y las familias que viven con una enfermedad que amenaza la vida a menudo tienen múltiples, complejos e interrelacionados problemas que surgen como parte de sus procesos de enfermedades subyacentes. Aceptar que un miembro de la familia tiene una enfermedad crónica es una experiencia difícil, y cuando la enfermedad es mental, aparece el rechazo, el miedo, la vergüenza, el temor a la reacción social para con ellos mismos.

Estos problemas afectan a su sentido de la personalidad, disminuyen su sensación de bienestar, y ponen en peligro su capacidad para desarrollar todo su potencial.

Las complicaciones psiquiátricas en estos pacientes con frecuencia son difíciles de evaluar y requieren conocimientos especializados, habilidades y experiencia para diagnosticar y manejar. En algunos casos, la convivencia familiar se hace inviable; los trastornos de conducta y las alteraciones emocionales de la familia pueden dar lugar a situaciones dramáticas, y en algunos casos, violentas. Para sobrellevar la enfermedad en la familia es esencial la información y educación; sobre el problema. De este modo se evitan muchos malentendidos y reproches y se corrigen actitudes familiares que pueden complicar la evolución. Lo ideal es que cada miembro de la familia participe y ofrezca apoyo bajo la dirección del profesional que atiende el caso y con el consentimiento del paciente. Para ello es aconsejable que la familia participe en algunas sesiones con el terapeuta y reciba información acerca del tratamiento y de cómo pueden contribuir a los buenos resultados del mismo.

Cuando se cree que la esperanza de vida de un paciente va a ser breve, frecuentemente surge la urgencia para el paciente y su familia de hacer numerosas tareas, despedirse, etc., antes de que ocurra la pérdida.

Las intervenciones llevadas a cabo con la familia deberán adaptarse a las necesidades concretas de los familiares y a las características individuales del estilo de afrontamiento, siempre desde un rol de apoyo emocional y proporcionando un espacio de escucha.

Deberemos identificar al cuidador principal, reforzando lo positivo de su tarea, e intentando que favorezca la participación en los cuidados por parte del resto de familiares, y del propio enfermo, al que como ya hemos visto, se suele apartar de los cuidados por considerarlo incapaz al tratarse de una enfermedad mental.

Un caso especial, y de aún más dificultad, surge cuando el cuidador principal tiene también una enfermedad mental, en estos casos, el paternalismo y los estereotipos asociados a la enfermedad mental, juegan de nuevo una mala pasada, considerando en la mayoría de los casos, incapaz al cuidador principal, y apartándolo de los cuidados del enfermo terminal. Forzando la institucionalización, y llevando en muchos casos a una mala muerte o al menos a morir solos.

En caso de escribir el testamento vital, el nivel de intervención estará claramente determinado por este.

Después de la muerte, los familiares a menudo necesitan ayuda para hacer frente a su pérdida, a sus emociones, la transición de sus funciones y responsabilidades y reconstruir sus vidas.

5.5 La información.

La información sobre la enfermedad que se da debe ser clara y veraz, con los límites impuestos por las capacidades de sus miembros.

Teniendo en cuenta los estereotipos que existen sobre la enfermedad se debe tratar de no perpetuarlos.

Los profesionales de la salud, juegan un papel determinante para evitar los estereotipos, el sensacionalismo y la perpetuación de los mitos y creencias erróneas al informar sobre las cuestiones relacionadas con la salud mental, presentar a las personas con enfermedad mental en toda su dimensión humana y mostrar la enfermedad mental con toda su cercanía y normalidad a la hora de informar, es un paso más para la normalización de la enfermedad mental.

Los pacientes con enfermedad mental deben considerarse, tratarse y tener el mismo acceso a la atención médica que cualquier otro paciente.

La discriminación asociada muchas veces a los cuidados paliativos, la psiquiatría y a los enfermos mentales debe ser eliminada.

Se debe informar al paciente la naturaleza de la condición, procedimientos terapéuticos (incluyendo posibles alternativas y el riesgo de cada una) y el resultado esperado.

Un paciente con enfermedad mental, no debe ser considerado automáticamente incapacitado. Se debe respetar su opinión en las áreas donde puede tomar decisiones. Y obtener su consentimiento informado cuando así se requiera.

Si un paciente no puede tomar decisiones sobre su atención médica, se debe obtener el consentimiento de un representante autorizado conforme a las leyes vigentes.

Los medios excepcionales se deben usar en un paciente con enfermedad mental sólo cuando se encuentre en estado grave y pueda representar una amenaza para él o para los demás. Los médicos deben considerar la hospitalización obligada como excepcional y, por lo tanto, utilizar este recurso sólo durante y cuando sea médicamente necesario.

Al igual que con cualquier otro tipo de paciente, se debe salvaguardar el secreto y privacidad. Cuando lo exija la ley, se revelará sólo la información específica y solamente a la autoridad correspondiente.

5.5.1 El consentimiento informado.

La Ley General de Sanidad, en su artículo 10 establece la obligación para los sanitarios de informar y obtener el consentimiento para determinadas actuaciones, diagnósticas y terapéuticas. Se reconoce como un derecho de los enfermos y un deber de los sanitarios.

La comunicación es un proceso sobre el que se fundamenta, en gran parte, la medicina paliativa. Proporcionar una adecuada información, hace imprescindible que el profesional tenga, en su relación con el enfermo, un claro talante de honestidad y rectitud, que no es compatible con el engaño y que no se justifica por la gravedad de la situación del enfermo ('mentira piadosa'). Es por tanto esencial comprender que cualquier decisión del equipo debe tener como fin el mejor interés del enfermo.

El consentimiento informado se puede definir como el proceso gradual y continuado, en ocasiones plasmado en un documento, mediante el que un paciente capaz y adecuadamente informado por su médico, acepta o no someterse a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en función de sus propios valores.

Surge del reconocimiento de la importancia que tiene para los enfermos el poder participar en el proceso de toma de decisiones que le afectan, para lo que es fundamental la información

En líneas generales se considera que el Consentimiento Informado es un proceso que persigue los siguientes fines.

En primer lugar:

- Respetar a la persona enferma en sus derechos y su dignidad.
- Asegurar y garantizar una información adecuada, que permita participar al paciente en la toma de decisiones que le afecten.

En segundo lugar:

- Respaldar la actuación de los profesionales, haciéndoles compartir el proceso de la toma de decisiones con el paciente y su familia.
- Determinar el campo de actuación dentro del cual puede desenvolverse lícitamente la actuación médica.

Los beneficios, indudables, que un proceso adecuado de Consentimiento Informado tiene para el paciente son:

- Terapéutico puesto que la información al paciente es un proceso dinámico que al realizarse correctamente adquiere este carácter. Además permite a los pacientes una mayor aceptación de las medidas propuestas.
- Ayuda a promover la autonomía personal en la toma de decisiones.
- Sirve de base al diálogo sobre el proceso de enfermedad, que hace mejor la relación sanitario paciente.

(Ver formularios de Consentimiento Informado en Anexo 1.)

5.5.2 El Testamento Vital.

El Testamento Vital, o Declaración de Instrucciones Previas, se define como "la manifestación escrita hecha por una persona capaz quien, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria a recibir, cuando se produzcan circunstancias clínicas que le impidan comunicar personalmente su voluntad".

El Documento de Instrucciones Previas permite a los ciudadanos hacer efectivo su derecho a expresar de forma anticipada su voluntad respecto a las decisiones clínicas que les atañen, por si en un futuro está incapacitado para tomar decisiones.

Se regula a nivel autonómico, el Documento, su formalización, modificación, sustitución o revocación, a la vez que se le dota con las mayores garantías de autenticidad y eficacia y se recoge su inscripción en el Registro de Instrucciones Previas.

Cualquier persona mayor de edad, capaz, libre y que no se encuentre judicialmente incapacitada puede otorgar el documento de instrucciones previas. Puede hacerse por cualquiera de los procedimientos siguientes:

- Declaración ante notario mediante acta notarial.
- Declaración ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar.
- Declaración ante funcionario o empleado público encargado del registro de instrucciones previas.

En el documento de instrucciones previas, la persona que lo otorga puede incluir las siguientes manifestaciones o declaraciones:

- Expresión de su proyecto vital y valores personales de calidad de vida, a fin de ayudar en su día a la interpretación del propio documento y para que sirvan de orientación a los médicos en el momento de tomar las decisiones clínicas que afecten al otorgante del documento.

- Instrucciones sobre el alcance del tratamiento médico de la persona que otorga el documento, ya se refieran a una concreta enfermedad o lesión que padezca en el momento de otorgarlo o a otras que pueda padecer en el futuro. Puede también indicar intervenciones médicas que desea recibir en caso de enfermedad, siempre que sean acordes con la buena práctica clínica, y puede también señalar aquellas que no desea recibir.
- En el documento de instrucciones previas podrá hacer constar la decisión respecto a la donación de órganos.
- Se podrán dar instrucciones sobre el destino del cuerpo tras el fallecimiento, asistencia religiosa a recibir y lugar donde se presten los últimos cuidados.

(Ver formularios de Testamento Vital en Anexo 2.)

6. CONCLUSIONES.

- Podemos considerar que existe un gran desconocimiento de la enfermedad mental y un fuerte estigma, centrado en los estereotipos de peligrosidad e incompetencia.
- A pesar del aumento de la conciencia acerca de la disponibilidad y calidad de los cuidados al final de la vida, parece que hay barreras para algunas personas con una enfermedad mental terminal puedan acceder a esta atención.
Algunas organizaciones están contribuyendo a la creación de nuevos programas que puedan ofrecer los servicios especializados necesarios al final de la vida para las personas con SPMI.
Una solución es mediante la preparación del personal de salud mental en atención paliativa. Para ofrecer servicios más completos que se sumarán a la calidad con la que una persona puede morir.
- Un derecho humano fundamental es el derecho a estar informado. Para no ver comprometida su dignidad humana, el enfermo ha de ser considerado, por encima de todo, una persona con derechos, uno de los cuales es el derecho a recibir información adecuada a sus capacidades sobre la propia enfermedad y el tratamiento a seguir.

- Conseguir mantener la contribución a la sociedad del enfermo el mayor tiempo posible, y ayudarle a realizar una transición a la muerte de una manera digna y sin dolor, es el objetivo a lograr.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- ¹ Foti, M.E; Bartels, S.J; Van Citters, A. D; Merriman, M. P; y Fletcher, K.E; *End of life treatment preferences of persons with serious mental illness.* (2005). *Psychiatric Services.* Vol.56, nº5.
- ² Woods, A; Willison, K; Kington, C; y Gavin, A. *Palliative Care for People with Severe Persistent Mental Illness: A review of the Literature.* (2008) *The Canadian Journal of Psychiatry.* Vol. 53, nº11.
- ³ Terpstra, T.L. y Terpstra, T.L. *Hospice and Palliative Care for terminally ill individuals with serious and persistent mental illness.* (2012). *Journal of Psychosocial Nursing.* Vol. 50, nº 9.
- ⁴ Chochinov, H.M; *Psychiatry and terminal illness.* (2000). *Journal of Psychiatry;* 45: 143-150.
- ⁵ McCasland, L.A; *Providing Hospice and Palliative Care to the Seriously and Persistently Mentally Ill.* (2007). *Journal of hospice and palliative nursing.* Vol. 9 nº 6.
- ⁶ Mavundla, TR; *Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting.* (2000). *J Adv Nurs.* 32(6):1569-1578.
- ⁷ McGrath, P; Jarret, V; *The Problem of Stigma during End of life Care at a Psychiatric Institution.* (2007) *International Journal of Psychoocial Rehabilitation.* 11 (2), 19-30
- ⁸ Lichtenthal, W; Kissane, D; *The manegement of family conflict in palliative care.* (2008) *Progress in palliative care,* 16, 39-45.
- ⁹ Fernández-Alcántara, M; García-Caro, M.P; Pérez-Marfil, F; Cruz-Quintana, F; *Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida.* (2013). *Análes de Psicología,* vol. 29, nº1, 1-8.
- ¹⁰ McDougall T. *Enfermería niños y adolescentes con trastorno bipolar: evaluación, diagnóstico, tratamiento y gestión.* (2009) *Diario del Niño y del Adolescente de Enfermería Psiquiátrica:*

Publicación Oficial de la Asociación de Niños y Adolescentes enfermeras psiquiátricas; 22 (1): 33-39.

Disponible en: MEDLINE.

¹¹ Rigol Cuadra et al. *Educación de Enfermería al cuidador del enfermo de Alzheimer*. (2010) Revista Pulso.61:47-50 [fecha de consulta 6 de Febrero de 2013] Disponible en: http://www.enfermerianavarra.com/uploads/media/Pulso_61.pdf

¹² Zazpe Goñi, Miren et al. *Efectividad de los grupos de Autoayuda de Pacientes Con Diagnóstico Precoz de esquizofrenia Dirigido Por Enfermero Especialista en Salud Mental*. (2011.) Revista Biblioteca Lascasas. [fecha de consulta 6 de Febrero de 2013] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0571.php>

¹³ Foti, M.E; “Do it your way”: *A demonstration Project ond end of life care for persons with serious mental illness*. (2003). Journal of Palliative Care, 6 (4), 661-669.

¹⁴ Madrigal, M. *Understanding End-of-life Care in Schizophrenia: Mortality, Stigma, and Innovations*.

❖ BIBLIOGRAFIA ADICIONAL.

- Ahmedzai, S. *Palliative and terminal care*. En: Cavalli F. Hansen H. Kaye SB (ed.) Textbook of Medical Oncology. Londres: Ed. Martin Dunitz, 1997. p. 429-441.
- Consentimiento Informado en Cuidados Paliativos. (s.f) Recuperado el 24 de Julio de 2013 de <http://www.unav.es/cdb/secpal3.html>
- Goldenberg, D; Holland, J; y Schachter, S; *Palliative care in the chronically mentally ill*. (2000) En New York: Oxford. Handbook of psychiatry in palliative medicine, 91-96.
- Guerra, B; Nieto, G; Caballero, V; Requena, J.L; Mora, M.M; Rivero, E.J; Barragan, B. *Cuando la expectativa de la enfermedad mental es el declive*. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa51/conferencias/51_ci_b.htm
- Irwin, S.A; Ferris, F.D; *The Oportunity for Psychiatry in Palliative Care*. (2008) The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 53, nº 11

- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en cuidados paliativos del sistema nacional de salud* (2007). Madrid: Autor.
- Testamento Vital o Declaración de Instrucciones Previas (s.f) Recuperado el 13 de Agosto de 2013 de <http://www.regmurcia.com/servlet/s.S1?sit=c,98,m,2807>
- Saunders, C.M. *La filosofía del cuidado terminal*. En: Saunders CM (ed.). *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Barcelona: Salvat Editores: 1980. p. 259-72.

❖ ANEXO 1.

27 septiembre 2013

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE POR ESCRITO

Yo, (nombre,apellidos),.....

He podido hacer las preguntas sobre el estudio, tratamiento, etc.

He recibido suficiente información.

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He hablado con el Dr.

.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio, tratamiento, etc.:

1º Cuando quiera.

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, tratamiento, etc.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

27 septiembre 2013

CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL

Yo, (nombre del representante),

.....
en calidad de.....de (nombre del paciente)

.....
He podido hacer las preguntas sobre el estudio, tratamiento, etc.

He recibido suficiente información sobre el estudio, tratamiento, etc.

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He hablado con el Dr.
.....

Comprendo que su participación es voluntaria.

Comprendo que puede retirarse del estudio, tratamiento, etc.:

1° Cuando quiera.

2° Sin tener que dar explicaciones.

3° Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para que.....
participe en el estudio , tratamiento, etc.

Firma del representante: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

27 septiembre 2013

CONSENTIMIENTO ORAL ANTE TESTIGOS

Yo, (nombre del testigo),.....declaro bajo mi
responsabilidad que (nombre del paciente)

Ha podido hacer las preguntas sobre el estudio, tratamiento,etc.

Ha recibido suficiente información sobre el estudio, tratamiento,etc.

Ha leído la hoja de información que se le ha entregado.

Ha sido informado por el Dr.

.....
Comprende que su participación es voluntaria.

Comprende que puede retirarse del estudio, tratamiento,etc.:

1° Cuando quiera.

2° Sin tener que dar explicaciones.

3° Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

Presta libremente su conformidad para participar en el estudio, tratamiento,etc.

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

❖ ANEXO 2.

En virtud del derecho que reconoce el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y en desarrollo legislativo del mismo, el Decreto nº 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.

Yo....., mayor de edad, con domicilio en c/....., y DNI, nº.....con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, realizo de forma documental las siguientes expresiones de mis **INSTRUCCIONES PREVIAS:**

DECLARO:

Si en un futuro estoy incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre mi cuidado médico, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental por alguna de las situaciones que se indican a continuación:

- Cáncer diseminado en fase avanzada.
- Daño cerebral grave e irreversible
- Demencia grave debida a cualquier causa.
- Daños encefálicos graves (coma irreversible, estado vegetativo persistente).
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento.
- Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada.
- Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
- Otras situaciones (especificar): _____

Teniendo en cuenta que para mi proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es mi deseo que no se prolongue cuando la situación es ya irreversible.

En relación con lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los criterios señalados, es mi voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces me atiendan (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación sin que se sigan secuelas que impidan una vida digna según yo lo entiendo, mi voluntad es que:

1. No sean aplicadas - o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse- medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar mi supervivencia.
2. Se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que puedan ser causa de dolor, o sufrimiento.
3. Se me preste una asistencia necesaria para proporcionarme un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.
4. No se me administren tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no hayan demostrado su efectividad para mi recuperación y prolonguen fútilmente mi vida.

Otras instrucciones que deseo que se tengan en cuenta:

• Donación de órganos y tejidos.

- ⇒ Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos, para ser trasplantados a otras personas que los necesiten.
- ⇒ Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos, para investigación.
- ⇒ Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, **no** se puedan utilizar mis órganos, para ser trasplantados a otras personas que los necesiten, ni para investigación.

(Tache indeleblemente lo que no proceda si desea hacer alguna manifestación es este epígrafe)

• Manifiesto mi deseo de que, tras mi fallecimiento, mi cuerpo sea:

- ⇒ Inhumado.
- ⇒ Incinerado.
- ⇒ Donado a la ciencia.

(Tache indeleblemente lo que no proceda si desea hacer alguna manifestación es este epígrafe)

• Deseo recibir asistencia espiritual (especificar tipo): _____

• Lugar donde se me atienda en el final de mi vida (domicilio, hospital,...): _____

• Otras: _____

En _____, a _____ de _____ de 200_

Fdo.: _____

NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE.
(opcional)

Designo mi representante a D.....con domicilio en.....C/.....y DNI nºpara que realice en mi nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las instrucciones previas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación estricta de lo contenido en el. El mismo deberá ser considerado como interlocutor válido y necesario con el equipo sanitario responsable de mi asistencia, para tomar decisiones en mi nombre, ser responsable de mi asistencia y garantizador de mi voluntad expresada en el presente documento.

ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE.

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de.....en el caso de que este no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que me afecta.

Nombre y apellidos del representante: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma del representante:

Firma del representado

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS.

Los abajo firmantes, mayores de edad, con plena capacidad de obrar, declaramos que el otorgante es mayor de edad, actúa libremente y no nos consta que esté incapacitado judicialmente, así como que, en nuestra presencia, ha firmado el documento.

Testigo primero.

Nombre y apellidos. _____

DNI. _____

Dirección. _____

Fecha: _____

Firma:

Testigo segundo.

Nombre y apellidos. _____

DNI. _____

Dirección. _____

Fecha: _____

Firma:

Testigo tercero.

Nombre y apellidos. _____

DNI. _____

Dirección. _____

Fecha: _____

Firma:

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LOS DATOS

(EN CASO DE FORMALIZACIÓN ANTE TRES TESTIGOS)

Nombre y apellidos de la persona otorgante:
.....

Nº. de D.N.I., pasaporte u otro documento de
identidad:.....

DECLARO que al menos dos de los testigos ante los que formalizo el Documento de Instrucciones Previas no están ligados conmigo por razón de matrimonio, pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, ni por relación patrimonial alguna.

En _____, a _____ de _____ de 200_

Firma del otorgante:.....