

Mental Health Association en New Jersey (800) 367-8850

Disability Rights New Jersey (800) 922-7233

Una directiva anticipada psiquiátrica es un documento que le permite tomar decisiones acerca de su tratamiento de salud mental con anticipación. Aunque hay algunos casos en los que es posible que no se siga su plan, escribir una directiva anticipada psiquiátrica es la mejor manera de asegurar que sus deseos se conozcan y cumplan durante una ocasión en que usted pudiera ser incapaz de tomar decisiones por sí mismo(a).

Es útil tener el apoyo de una o más personas al escribir este plan. Por favor recuerde conversar primero con estas personas sobre cómo lo(a) pueden ayudar en una crisis y asegúrese de que estén dispuestas a que se les nombre en este plan y que puedan ser nombradas. Es una buena idea darles una copia.

**Recordatorio: Complete su formulario de Directiva anticipada psiquiátrica cuando se sienta bien, no cuando esté en una crisis de salud mental.**

No tiene que llenar todas las partes del plan. Si desea dejar alguna sección de la Partes 1-9 en blanco, ponga una línea con sus iniciales.

**PÁGINA 1:**

Puede decidir si quiere que se siga su Directiva anticipada psiquiátrica solo en caso que no tenga la capacidad de tomar decisiones acerca de su atención médica según lo determine un profesional médico; **O** puede indicar que igual le gustaría que se siga su plan sin esa determinación, y cuando experimente las señales y los síntomas que indique en la Parte 2 del plan. Elija una de estas opciones.

Ponga sus iniciales en una de las afirmaciones con respecto a si le gustaría reservar el derecho de revocar su plan en cualquier momento, incluso cuando esté en una crisis de salud mental. Si sabe que no siempre toma buenas decisiones acerca de su atención médica cuando está en una crisis, tal vez no quiera ser capaz de revocar su plan una vez que sea activado.

Si desea nombrar un representante de atención de salud mental llene la sección que indica quién será su representante principal de atención de salud mental. También puede elegir un suplente en caso que su principal no esté disponible, no pueda o no quiera ser su representante. Esta debe ser una persona en la que confía para que actúe de acuerdo con los deseos que usted ha expresado para su atención de salud mental. No obstante, no es necesario que designe un representante y puede nombrar a personas que le gustaría que lo(a) apoyen de otras maneras en la Parte 8.

**PÁGINA 2:**

**Solo si ha elegido un representante de atención de salud mental es necesario que llene la página 2.**

**Punto A-** Elija una de las dos opciones para cómo le gustaría que su(s) representante(s) tome(n) decisiones acerca de su atención médica. Esto se aplicará si algo no se trata específicamente en su

plan, y su(s) representante(s) no conoce(n) sus deseos. La primera opción indica que usted quiere que ellos tomen decisiones basándose en lo que creen que sería la decisión que usted tomaría. La segunda opción permite al(a los) representante(s) que tome(n) decisiones basándose en lo que cree(n) que es lo mejor para usted, en consulta con sus profesionales médicos y otras personas que usted haya indicado en su documento.

**Punto B-** Elija una de las opciones para consentir o no consentir a que su(s) representante(s) lo(a) internen en un hospital psiquiátrico o en un programa de hospitalización parcial durante el día y la cantidad de días. Esto significará que su representante puede consentir a su internamiento voluntario a una institución psiquiátrica si eso es lo que recomienda el(los) profesional(s) médico(s) tratante(s). Si elige esta opción, puede escribir bajo qué circunstancias estaría de acuerdo con que se le hospitalice. (Por ejemplo, si tiene alucinaciones auditivas que dan órdenes, se rehúsa a comer, sufre un episodio de manía, ha dejado de tomar sus medicamentos, etc.)

### **PÁGINAS 3-8:**

#### **Parte 1: Cómo es usted cuando está bien**

Use palabras para describirse cuando se siente bien. (por ejemplo, calmado(a), alegre, sociable, etc.) Esto ayudará a otros, especialmente a los que no lo(a) conocen, a identificar cómo se siente y actúa cuando está bien.

#### **Parte 2: Síntomas**

Describa qué síntomas, señales y comportamientos indicarán a otros que usted está en crisis y que es necesario que se hagan responsables de su cuidado siguiendo este plan. (por ejemplo, no poder sentarse quieto(a), caminar impacientemente de un lado a otro, no levantarse de la cama, negarse a comer, pensamientos paranoides, descuidar la higiene, pensamientos suicidas, uso de alcohol/drogas, etc.). Trate de ser tan específico(a) como sea posible.

Abuso de sustancias (drogas de la calle/alcohol/medicamentos recetados): Esta sección le permite indicar posibles sustancias que ha usado en el pasado, antes o durante una crisis. También describiría cómo se comportaría si estuviera bajo la influencia de esa(s) sustancia(s). Al llenar esta sección usted no admite que usa alguna de estas sustancias.

#### **Parte 3: Personas de apoyo**

Además de los representantes que ha nombrado, liste las personas (familiares, pareja, amigos) con quien quiere que nos comuniquemos junto con cualquiera que usted no quiera que esté involucrado en su tratamiento, de ser apropiado. Además puede pedir a estas personas de apoyo que realicen tareas específicas por usted. (por ejemplo, alguien que recoja su correo y que dé de comer a sus mascotas, alguien que pague sus cuentas o que informe a su empleador que no va a ir a trabajar, etc.). Si usted cuida a alguien en su hogar, un niño, persona de edad avanzada, etc., indique quiénes son y con quién nos podemos comunicar para que se haga cargo o coordine el cuidado por usted.

#### **Parte 4: Información médica**

Liste todos sus profesionales médicos e indique cuáles, si alguno, le gustaría que estén involucrados en su atención médica durante una crisis de salud mental. Liste también su farmacia y su información de seguro. Indique las condiciones médicas que padezca. Liste todos sus medicamentos recetados y de

venta sin receta que toma actualmente, incluso las vitaminas y suplementos a base de hierbas. Si tiene una preferencia para recibir medicamentos adicionales mientras está en crisis, indique para cuáles da su consentimiento junto con los que no tienen su consentimiento e indique la razón. Puede listar medicamentos en particular o una clase de medicamentos. Puede que haya llegado a esta información basándose en experiencias pasadas. Además, liste los medicamentos a los que sabe que es alérgico(a).

#### **Parte 5: Ayuda de mis personas de apoyo y personal hospitalario:**

Liste lo que sus personas de apoyo y personal hospitalario pueden hacer para ayudarle a sentirse mejor y reducir los síntomas cuando usted está en una crisis. (Por ejemplo, darle materiales para dibujar, sacarlo(a) a caminar, sentarse en silencio con usted, llevarle música relajante, revistas, etc.). Además puede indicar qué acciones o situaciones deben evitar otros que pueden hacer que se sienta peor, agitado(a) o molesto(a). (Por ejemplo, hablar en voz muy alta, estar en una habitación con mucha luz, tocarlo(a), que más de una persona le hable a la vez, tratar de alegrarlo(a), invalidar sus sentimientos, etc.).

#### **Parte 6: Cuidado en el hogar/cuidado comunitario/cuidado de descanso:**

Si le gustaría evitar la hospitalización, puede desarrollar un plan alternativo que lo(a) mantendrá seguro(a) y le dará apoyo en un entorno hogareño o comunitario. (Por ejemplo, hacer un plan para quedarse con un familiar durante cierto periodo de tiempo y tener visitas frecuentes con profesionales médicos, quedarse en una institución residencial de descanso con apoyo, tener monitoreo cercano en su hogar mediante visitas y llamadas telefónicas diarias de proveedores, amigos, familiares etc.).

#### **Parte 7: Hospitales y centros de tratamiento:**

Liste hospitales y/o centros de tratamiento de los que prefiere recibir cuidado así como los que le gustaría evitar. Puede llegar a estar decisiones basándose en experiencias pasadas en estos centros o porque tiene un médico que trabaja en un hospital en particular.

#### **Parte 8: Tratamientos y terapias:**

Liste tratamientos adicionales que le gustaría recibir en una situación de crisis. (por ejemplo, terapia grupal, actividades artísticas creativas, apoyo de pares/línea de ayuda, etc.). Además, puede indicar tratamientos que le gustaría evitar. (Por ejemplo, aislamiento, encierros, etc.). Algunas personas indican sus preferencias con respecto a la ECT (Electro Convulsive Therapy-Terapia electroconvulsiva). Además puede listar técnicas de bienestar que le ayudan a recuperarse de una crisis, como por ejemplo dormir más de lo normal, escribir en un diario, caminar, dibujar, música, bibliografía sobre recuperación, etc. y que se le permita tener acceso a estas cosas si es posible.

#### **Parte 9: Cómo inactivar el plan:**

Liste las señales que indican que usted se siente lo suficientemente bien para tomar sus propias decisiones acerca de su atención médica y que ya no es necesario que sus personas de apoyo sigan este plan. Sea tan específico(a) como pueda. (por ejemplo, consume 3 comidas al día, ya no camina impacientemente de un lado a otro, ha dormido toda la noche 2 noches seguidas, socializa y habla con otros, ya no escucha voces, ya no se siente desesperanzado(a) ni suicida , etc.).

Firme y feche su plan y haga que lo firmen uno o más testigos. (consulte las restricciones para testigos)

Si le gustaría registrar su directiva anticipada con la NJ Division of Mental Health and Addiction Services (División de Salud Mental y Servicios para Adicciones de NJ) (DMHAS), llene el formulario de registro que se le dio y envíelo con una copia de este plan. Si hace cambios a su plan, es necesario que lo vuelva a firmar y fechar y que envíe la nueva versión a DMHAS. El plan con la fecha más reciente reemplazará a todos los otros.

**Quédese con la copia original de su plan.**