



Documento de Voluntades Anticipadas Para miembros y simpatizantes de la Comunidad Budista Soto Zen

Presentación

En colaboración con practicantes budistas de diversas comunidades, especialistas también en los cuidados al final de la vida, hemos elaborado una propuesta de Documento de Voluntades Anticipadas para ofrecer un documento específico que tenga en cuenta los aspectos relevantes para la tradición espiritual budista en nuestro contexto cultural.

Este documento ha sido elaborado y revisado tanto por profesionales especialistas en Cuidados Paliativos como por asociaciones y personas de orientación espiritual budista. Esta labor de consenso ha sido llevada a cabo por Cristina Llagostera, psicóloga clínica especialista en Cuidados Paliativos y en su versión final por Mar López, instructora de meditación zen por la CBSZ y presidenta de la Fundación Vivir un Buen Morir.

El propósito de nuestra propuesta es poder ofrecer orientación y seguridad a nuestro entorno social, médico y familiar si, llegado el caso, no pudiéramos expresar nuestra voluntad o preferencias asistenciales que, como budistas, consideremos importantes en nuestro último tiempo de vida.

Este documento puede ser también de ayuda y orientación para personas que, aunque no tengan orientación religiosa, tengan una perspectiva aconfesional también sensible a las circunstancias en las que se desarrolla el proceso de morir en nuestra sociedad.

Se recomienda a la persona que desee realizar un DVA que inicialmente reflexione acerca de sus propios principios, valores y deseos respecto de la atención sanitaria y el acompañamiento que desea recibir en el tramo final de su vida. Especialmente si se encuentra en un proceso de enfermedad es importante contar con un buen asesoramiento médico para tomar decisiones más concretas, valorando riesgos y beneficios según la posible evolución del proceso.

Una vez determinada la situación final de vida, para algunas personas puede ser beneficioso consultar a referentes de su tradición espiritual, a su maestr@o y amig@s espirituales, sobre los aspectos de este DVA que son significativos y aquellos que se pueden obviar.

También conviene saber que ésta es una propuesta, así como los modelos que proponen diferentes organismos públicos y privados, y que personalizar el propio DVA es seleccionar los ítems elegidos que se proponen y añadir aquellos otros que, aunque no aparezcan en los modelos, sí que se desean incorporar.

Es preciso también recordar que no se tendrán en cuenta aquellas voluntades anticipadas que incorporen instrucciones contrarias a la legislación vigente. Esto quiere decir que no se podrá registrar un DVA, exclusivamente, en el caso de que se solicite que se le provoque deliberadamente la muerte por medios activos, tales como dosis letales de medicamentos u otros más obvios. En todos los demás casos, de limitación de esfuerzo terapéutico o retirada de medidas de soporte vital, lo aceptable y lo legal se ajustará a lo que se disponga en este DVA.

Por otra parte, siempre prevalece lo que la persona comunica si está consciente y con capacidad de decidir por encima de lo que esté escrito en el DVA.

Asimismo, siempre es posible revocar y modificar tantas veces como se desee el DVA. Para ello aconsejamos destruir las copias anteriores y registrar cada modificación. Actualmente cada vez que se registra un DVA y/o sus modificaciones automáticamente aparece en la historia clínica que puede consultar el médico de Atención Primaria en el marco del Sistema Nacional de Salud en España. También aconsejamos informar y dar una copia a la propia familia sobre la existencia del DVA y sus modificaciones.

Que sea para nuestro bien y el de todos los seres

Mar López,
Instructora de meditación zen por la CBSZ,
Presidenta de la Fundación Vivir un Buen Morir.

NOTAS:

1. Con respecto a la designación del Representante, conviene que los representantes sean personas con quienes se tenga una vinculación afectiva, de amistad o parentesco, que conozcan sus valores y estén dispuestos a defender sus intereses en las decisiones. Se debe valorar la conveniencia de que el representante no sea ni uno de los testigos, ni uno de los profesionales sanitarios que después tenga que llevar a cabo la decisión tomada.
2. Los Testigos no deben tener vinculación patrimonial ni de parentesco hasta segundo grado con el otorgante. En algunas CCAA se piden dos testigos, en otras tres. En unas CCAA el representante es obligatorio en otras no, así como la designación de representante sustituto. Según la legislación vigente no es obligatorio realizar el DVA ante el funcionario de la Consejería de Sanidad correspondiente, pero en algunas CCAA ponen problemas si el DVA no es presentado por el otorgante ante el funcionario previa cita, así que hay que asegurarse en cada caso.
3. Una copia del documento, una vez registrado y aprobado por el comité evaluador del Registro de Sanidad correspondiente será incluida en la historia clínica (tanto del centro de salud como del hospital de referencia) y otra aconsejamos obre en poder de cada uno de los representantes.



DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS MODELO

Documento de Voluntades Anticipadas, otorgado por

Yo, D./Dña.

con DNI nº _____, mayor de edad,

domiciliado/a en _____,

calle _____ nº _____ piso

_____ letra _____ C.P. _____

Teléfono Móvil _____

Teléfono Casa _____

Hospital de referencia _____

Con capacidad para actuar libremente, considerando que he recibido suficiente información y, tras haber reflexionado cuidadosamente, tomo la decisión de expresar a través de este documento las siguientes instrucciones previas que manifiestan mi voluntad actual, de acuerdo con la ley (*poner la de la CCAA correspondiente al domicilio*), así como con la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Deseando que sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria, si me llego a encontrar en situación de no poder expresar mi voluntad por deterioro físico o psíquico,

DECLARO LO SIGUIENTE

I.CRITERIOS PERSONALES

1. Considero que todo el proceso de morir y el momento de la muerte es un tiempo decisivo y fundamental para mi bienestar espiritual y el de mis seres queridos. Por lo tanto solicito formalmente se respeten los deseos que pueda expresar y para lo que no pueda expresar se atienda lo dispuesto en este documento.

2. Estamos vivos hasta el último aliento y para mí la calidad de vida es un aspecto fundamental en mi experiencia de vivir, y esta calidad la relaciono con los siguientes criterios (*seleccionar lo que corresponda y eliminar lo que no*):
 - La posibilidad de comunicarme y relacionarme con otras personas.
 - La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo/a para las actividades del cuidado de mí mismo/a en lo cotidiano.
 - La posibilidad de acceder a los cuidados adecuados en cada momento del proceso de morir, de tal forma que la muerte llegue de la manera más natural y apacible posible, sean cuales sean las causas de la misma, reduciendo al mínimo necesario los procedimientos médicos (sin que ello suponga un abandono terapéutico de tratamiento clínico paliativo) y eliminando aquellos que hayan perdido todo sentido ante la expectativa inevitable de la muerte.
 - Proporcionar las medidas farmacológicas adecuadas para paliar el dolor físico.
 - Proporcionar medidas terapéuticas para paliar el dolor emocional y facilitar la comunicación con los seres queridos.
 - Proporcionar y promover el acceso de mis familiares y amigos espirituales en mi entorno.
 - Intentar preservar la lucidez de la consciencia lo máximo posible aún en el caso de necesitar ayuda farmacológica para el control de síntomas dolorosos.
 - No prolongar la vida artificialmente en situaciones clínicas irreversibles.
 - Deseo, a ser posible, permanecer en mi domicilio el máximo tiempo si vivo un proceso de enfermedad.
 - Deseo, a ser posible, morir en mi domicilio si mis cuidadores se sienten capacitados para atenderme y los síntomas que puedan aparecer lo permiten.
 - Deseo permanecer en un hospital o Centro Sanitario si me encuentro en situación de últimos días.

En caso de duda en la interpretación de este documento deseo que se tenga en cuenta la opinión de mi representante y que sea vinculante en las decisiones a adoptar referente a los cuidados o tratamientos que se me apliquen.

En caso de que el profesional sanitario que me atienda no pueda asumir una actuación de acuerdo a mi voluntad aquí expresada solicito ser atendido por otros profesionales que sí quieran hacerlo, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación vigente.

II. SITUACIONES SANITARIAS PREVISTAS

Deseo que se respeten de manera genérica los criterios mencionados en el apartado anterior y, sobre todo, en caso de encontrarme en situaciones médicas como las que se especifican a continuación:

1. Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
2. Daño cerebral y/o de otros órganos, severo e irreversible que conduzca en breve plazo a la muerte.
3. Estado vegetativo permanente *(es preciso que dos médicos certifiquen que no hay expectativas de despertar y/o recuperación)*.
4. Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico, si lo hubiere.
5. Demencia severa e irreversible debida a cualquier causa.
6. Cualquier situación en la que, a juicio del personal médico que entonces me atienda, no existan expectativas reales de recuperación, de forma que me sea declarada la evidencia del próximo fin de mi vida.
7. *(Añadir otra)*
8. *(Añadir otra)*

III. INSTRUCCIONES SOBRE ACTUACIONES SANITARIAS

Por todo lo señalado anteriormente y, si me encuentro en alguna de las situaciones sanitarias especificadas más arriba, solicito

expresamente que se respete MI VOLUNTAD de acuerdo a las decisiones siguientes:

Medidas de soporte vital

1. No deseo que se prolongue inútilmente de manera artificial mi vida mediante técnicas de soporte vital (ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, intubación, fluidos intravenosos, fármacos innecesarios, alimentación artificial).
2. Si estoy en una unidad de cuidados intensivos o similar y se constata mi situación de ausencia de posibilidades de vida, según los criterios de calidad de vida antes expuestos, mi deseo es que se me desconecten indoloramente las medidas de soporte vital descritas en el apartado anterior si se hubieran aplicado.
3. No deseo recibir tratamientos, pruebas o terapias si éstas no van a mejorar mi estado de salud, promover mi recuperación ni mitigar mis síntomas.
4. No deseo recibir alimentación de forma forzada ni de forma natural. Deseo que se respete mi voluntad de no ingerir alimentos si es el caso.

Información

1. Si padezco una enfermedad deseo ser plenamente informado del diagnóstico, de su posible evolución, de los tratamientos aconsejados y sus efectos conocidos.
2. Si realizo preguntas directas sobre mi estado es porque tengo disposición para recibir información, aunque sea negativa.
3. Mientras no realice estas preguntas prefiero que se preserve mi proceso de adaptación progresiva a la consciencia de la enfermedad.
4. Deseo ser informado si me encuentro en situación de últimos días.

Mantenimiento de la consciencia

1. Deseo, en lo posible, mantener la consciencia con la mayor claridad posible mientras no exprese lo contrario.
2. Si permanezco consciente (aunque no pudiera expresarme) deseo ser informado de los tratamientos que se me administren y su posibles efectos, a fin de poder decidir si deseo estar más o menos consciente según lo síntomas que aparezcan.
3. Deseo poder participar en la decisión si se plantea sedación paliativa cuando existan síntomas difíciles. No deseo que esta decisión la tomen únicamente mis familiares y el equipo médico sin consultarme, o cuando menos, sin expresarme la situación en el caso de que no pudiera comunicarme. En éste último caso no cabría esperar respuesta por mi parte pero sí anunciarme la disposición a administrarme sedación paliativa con la necesaria antelación.
4. Deseo que, sin perjuicio de la decisión que tome, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna y unos cuidados paliativos integrales (a nivel físico, psico-emocional y espiritual) de acuerdo con mis deseos y necesidades y según lo dispuesto en la legislación vigente.
5. Si no estoy consciente deseo que se me suministren los fármacos necesarios para paliar los síntomas dolorosos.
6. Si estuviera embarazada y ocurriera alguna de las situaciones descritas en el apartado II deseo que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que eso no afecte negativamente al feto.

IV. INSTRUCCIONES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO

Cuando me encuentre en proceso de morir deseo que se tengan en cuenta las siguientes voluntades:

1. Que se facilite a mis seres queridos, familiares, amigos, maestros o compañeros de mi comunidad budista acompañarme en el tramo final de mi vida.
2. Que se me permita y facilite tiempo en soledad si así lo expreso.

3. Que se mantenga una atmósfera de paz y serenidad durante el proceso de muerte, y también una vez fallecido. Aunque existan expresiones de tristeza u otras emociones naturales, deseo que en lo posible se reduzca en la habitación la expresión de emociones intensas que puedan resultar perturbadoras.

4. Que deseo contar con la necesaria privacidad e intimidad si me encuentro en una institución hospitalaria o residencial, por lo tanto en una habitación individual, según lo dispuesto en todas las leyes autonómicas de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir.

5. En este tiempo tan crucial, tan importante a todos los niveles, tanto para mí como para los que me acompañen, deseo que se realicen las siguientes prácticas espirituales:

- a. *(Añadir)* _____
- b. *(Añadir)* _____
- c. *(Añadir)* _____

6. Las imágenes evocadoras que me gustaría que estuvieran presentes en la habitación, y otros objetos simbólicos importantes para mí son:

- a. *(Añadir)* _____
- b. *(Añadir)* _____
- c. *(Añadir)* _____

7. Desearía escuchar la siguientes enseñanzas, oraciones, cantos o música, intercalados con largos momentos de silencio.

- a. *(Añadir)* _____
- b. *(Añadir)* _____
- c. *(Añadir)* _____

8. Otras instrucciones:

- a. *(Añadir)* _____
- b. *(Añadir)* _____
- c. *(Añadir)* _____

V. INSTRUCCIONES SOBRE EL CUERPO FALLECIDO

Debido a mi orientación (religiosa) budista considero importante la intervención que se realiza en el cuerpo una vez que se ha producido el fallecimiento. En la medida de lo posible quisiera que se tengan en cuenta las siguientes instrucciones:

1. Que una vez producida la última exhalación, mi cuerpo permanezca sin ser tocado entre una y tres horas (o el máximo tiempo posible según las circunstancias).
2. Que pasado ese tiempo se proceda al lavado, acondicionado y vestido del cuerpo, a ser posible realizado por alguien de mi entorno más íntimo y, si no es posible, por lo menos que estén presentes mis allegados y que estas labores se realicen con el máximo respeto espiritual.
3. Que, en la medida de lo posible, no se toque más el cuerpo ni se traslade a ningún otro lugar hasta que existan señales de que el proceso de salida de la consciencia ha finalizado, o que por lo menos haya transcurrido el tiempo necesario (36/72 horas).
4. Si el cuerpo tiene que ser retirado o manipulado antes de ese plazo por razones operativas (en caso de instituciones socio-sanitarias) deseo que se permita a una persona de mi comunidad y/o mi familia estar presente y realizar los rituales oportunos (por ejemplo, dar tres golpes secos en la coronilla).
5. Que, en general, el cuerpo sea tocado lo menos posible y que permanezca lo más recto posible.
6. Que al depositar el cuerpo en el féretro se evite tocar la cabeza y violentar cualquier parte del cuerpo.
7. Que transcurran al menos entre 36 y 48 horas antes de la incineración/enterramiento.

8. Que en el velatorio exista una sala íntima donde familiares y/o compañeros de mi comunidad budista puedan realizar recitaciones y prácticas meditativas.
9. Es importante para mí que, aunque existan expresiones de dolor y tristeza naturales, en el velatorio se preserve una atmósfera de silencio y tranquilidad.
10. Otras instrucciones sobre el cuerpo:
 - a. Manifiesto con total claridad que NO DESEO realizar donación de órganos para no tener que mantener mi cuerpo conectado a un respirador artificial.
 - b. Manifiesto mi deseo de DONAR mis órganos para trasplantes.
 - c. Manifiesto mi deseo de DONAR mis órganos para investigación.
 - d. Manifiesto mi deseo de DONAR mi cuerpo para la ciencia *(es necesario tramitar)*.
 - e. Deseo que no se realice autopsia si no es absolutamente imprescindible.
 - f. Deseo que mi cuerpo sea enterrado.
 - g. Deseo que mi cuerpo sea incinerado y que las cenizas sean llevadas a _____.
 - h. Deseo que durante la cremación mis compañeros de práctica lleven a cabo un sencillo ritual, en presencia de mi familia, y lo más cerca posible del horno crematorio donde sucede la incineración.
 - i. Deseo que las cenizas sean entregadas a mis allegados cuanto antes.

VI. OTRAS INSTRUCCIONES:

1. Deseo que se realicen la/s siguientes ceremonia/s para mi funeral:
 - a. _____
 - b. _____
2. Otra instrucción: _____
3. Otra instrucción: _____

Firma de la persona interesada:

Lugar y fecha

VII. DESIGNACION DEL REPRESENTANTE

De acuerdo con la Ley (*según CCAA.....*) designo a un/a representante para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o equipo sanitario que me atenderá en caso de encontrarme en una situación en la que no pueda expresar mi voluntad.

En consecuencia, autorizo a mi representante para que tome decisiones respecto a mi salud y proceso de enfermedad en caso de que yo no pueda por mi mism@, siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento.

Así pues, si se dieran esas circunstancias descritas, designo como REPRESENTANTE a

D/Dña _____ con
DNI nº _____, mayor de edad,
con _____ domicilio _____ en
_____, con teléfono
móvil nº _____ y correo electrónico _____
Firma del representante

para la utilización de este documento, así como para la interpretación de las posibles dudas que puedan surgir en su aplicación. Esta persona deberá ser considerada como interlocutor válido y necesario por el facultativo responsable de mi asistencia, y como garante de mi voluntad expresada en el presente documento.
En supuesto de renuncia, indisponibilidad o fallecimiento de mi representante, designo como sustituto a:

D/Dña _____ con
DNI nº _____, mayor de edad,
con domicilio en
_____, con teléfono
móvil nº _____ y correo electrónico _____

Firma del representante sustituto

VIII. DESIGNACION DE TESTIGOS

Este documento no se otorga ante notario sino ante testigos, mayores de edad, con plena capacidad de obrar, sin relación de parentesco hasta el segundo grado, sin vínculos de relación patrimonial alguna con el otorgante.

Los abajo firmantes declaran que la persona que firma este Documento de Voluntades Anticipadas lo ha hecho de forma consciente y, hasta donde nos es posible apreciar, voluntaria.

Primer Testigo:

D/Dña

_____ DNI

nº _____

Firma

Segundo Testigo:

D/Dña

_____ DNI

nº _____

Firma

Tercer Testigo:

D/Dña

_____ DNI

nº _____

Firma