

Presentamos un modelo orientativo de Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) para personas con creencias budistas. El objetivo ha sido crear un documento específico que tenga en cuenta aspectos relevantes desde esta tradición espiritual en la fase final de la vida.

El documento puede ser asimismo de utilidad para personas con creencias espirituales desde una perspectiva aconfesional.

Se recomienda a la persona que desee realizar un DVA que inicialmente reflexione acerca de sus propios principios, valores y deseos respecto a 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 poder tomar decisiones más concretas, valorando riesgos y beneficios, según la posible evolución del proceso. Para algunas personas puede ser útil consultar a referentes de su tradición budista en concreto sobre los aspectos que son significativos y los que se pueden obviar.

Una vez realizada la reflexión y el posible asesoramiento, en el documento se pueden señalar las afirmaciones que correspondan con los propios deseos y valores. Los enunciados que no sean marcados se interpreta que no son relevantes para la persona. En los campos abiertos se pueden añadir indicaciones que resulten importantes a nivel individual.

Es preciso recordar que no se pueden tener en cuenta voluntades anticipadas que incorporen instrucciones contrarias a la ley. Por otra parte, siempre prevalece lo que la persona comunica si está consciente y con capacidad de decidir por encima de lo escrito en el DVA.

Siempre es posible revocar y modificar el documento. Se aconseja destruir las anteriores copias y hacer difusión a los equipos médicos, en el registro sanitario de DVA y a la propia familia.

El documento ha sido elaborado y revisado tanto por profesionales especialistas en cuidados paliativos como por asociaciones y personas con creencias budistas.

## MODELO DE DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

### INSTRUCCIONES Y CRITERIOS PERSONALES

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, con el DNI \_\_\_\_\_, y con domicilio en \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_, Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_, con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente, que me ha permitido reflexionar, expreso los criterios y las instrucciones que deseo que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria, cuando me encuentre en una situación en que, por circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psicológico, no pueda expresar mi voluntad.

#### **I. CRITERIOS QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA**

Personalmente considero el proceso y el momento de la muerte una experiencia decisiva, por lo cual les pido que respeten mis deseos más profundos.

Para mi proyecto vital la CALIDAD DE VIDA es un aspecto muy importante y la RELACIONO CON unos criterios que son los siguientes:

(Señalar en cada apartado lo que expresa los propios valores personales)

- La posibilidad de comunicarme y relacionarme con otras personas.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades de la vida diaria.
- Favorecer en lo posible un proceso de muerte de la forma más natural y apacible posible, reduciendo el procedimiento médico al mínimo necesario y según mis indicaciones expresadas en este DVA.
- Proporcionar medidas para paliar mi dolor físico.
- Proporcionar medidas para paliar mi dolor emocional.
- Intentar preservar mi consciencia con la máxima claridad posible, aún en el caso de necesitar ayuda farmacológica para el control de síntomas.

- No prolongar la vida artificialmente en situaciones clínicas irreversibles y terminales.
- 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 en lo referente a cualquier decisión que se adopte sobre mí o 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 con mi voluntad aquí expresada, solicito ser atendido por otros profesionales sanitarios que sí puedan hacerlo.

## **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:

- Enfermedad incurable que, en un plazo breve, conduzca inevitablemente a mi muerte.
- Estado de enfermedad avanzado y con pronóstico fatal.
- Estado vegetativo crónico (Es preciso que dos doctores certifiquen que no hay expectativas de despertar o recuperación).
- Estado avanzado de demencia.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### III. INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIAS

Por todo lo que se ha señalado anteriormente, de acuerdo con los criterios y si me encuentro en algunas de las situaciones sanitarias especificadas, pido que se respeten las DECISIONES siguientes:

- **MEDIDAS DE SOPORTE VITAL:**

- No prolongar inútilmente de manera artificial mi vida mediante técnicas de soporte vital (Ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, intubación, fluidos intravenosos, fármacos innecesarios, alimentación artificial.)
- No recibir tratamientos ni pruebas o terapias, si éstas no tienen que mejorar mi recuperación o mitigar mis síntomas.

- **INFORMACIÓN:**

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

- **MANTENIMIENTO DE LA CONSCIENCIA:**

- Si permanezco consciente, quiero ser informado de los tratamientos que se me administren y su posible efecto para que pueda decidir si deseo estar más o menos consciente según los síntomas que aparezcan.
- Deseo, en lo posible, mantener mi consciencia con la máxima claridad.
- Deseo poder participar en la decisión si se plantea una sedación paliativa cuando existen síntomas difíciles de controlar. No deseo que tomen esta decisión únicamente mis familiares y los médicos sin consultarme.

- Que sin perjuicio de la decisión que tome, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna de acuerdo con mis deseos y necesidades.
- Si no estoy consciente, que se me suministren los fármacos necesarios para paliar mi malestar.
- Si estuviera embarazada y ocurriera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, quiero que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que eso no afecte negativamente al feto.

#### **IV. INSTRUCCIONES SOBRE EL ACOMPAÑAMIENTO**

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

- Deseo que se facilite a mis seres queridos, familiares, amigos, maestros o compañeros de mi comunidad budista acompañarme en el tramo final de mi vida.
- Deseo que se me permita permanecer tiempo en soledad si así lo expreso.
- Me gustaría que se mantuviera una atmósfera de paz y tranquilidad en el proceso de muerte y una vez haya 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 perturbadora.
- Algunas prácticas que deseo que se realicen en este momento crucial son:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
- Las imágenes evocadoras u objetos simbólicos que me gustaría que estuvieran presentes son:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

Desearía escuchar las siguientes enseñanzas, oraciones, cantos o música, intercalados con momentos largos de silencio:

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

Otras instrucciones:

---

---

---

---

## V. INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO

- Manifiesto con total claridad que NO DESEO realizar donación.
- Manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para trasplantes.
- Manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para investigación.
- Manifiesto mi deseo de donar mi cuerpo a la ciencia. (Necesario realizar tramitación)
- Deseo que no se realice autopsia si no es absolutamente imprescindible.
- Deseo que me entierren.
- Deseo que me incineren, y que mis cenizas sean llevadas  
a: \_\_\_\_\_

Dadas mis creencias, considero importante la intervención que se realiza en mi cuerpo una vez haya fallecido. En la medida en que sea posible quisiera que se tengan en cuenta las siguientes instrucciones:

- Deseo que una vez haya fallecido mi cuerpo permanezca sin ser tocado entre una y tres horas, o el máximo tiempo posible.
- Si las circunstancias lo permiten, que no se lave, acondicione y vista el cuerpo hasta que existan señales de que el proceso de salida de la consciencia ha finalizado o haya transcurrido el tiempo necesario (aprox. 36/72 horas).

- Si mi cuerpo tiene que ser retirado o manipulado, deseo que antes se permita a una persona de mi comunidad o familiar estar presente y realizar los rituales oportunos (por ejemplo, dar tres golpes secos en mi coronilla).
- Posteriormente que el cuerpo sea tocado lo menos posible y que permanezca lo más recto posible.
- Que al depositar el cuerpo en el féretro se evite tocar la cabeza y el resto del cuerpo.
- Que el féretro sea sencillo y sin ornamentos.
- Deseo que transcurran al menos entre 36 y 48 horas antes de la incineración/enterramiento.
- Deseo que en el velatorio exista una sala íntima donde familiares o compañeros de mi comunidad budista puedan realizar oraciones y prácticas.
- Es importante para mí que aunque existan expresiones de tristeza naturales se mantenga una atmósfera de paz y tranquilidad.
- Otras instrucciones relativas a mi cuerpo:

---

---

**VI. OTRAS INSTRUCCIONES** (Que no sean contrarias al ordenamiento jurídico)

Deseo que también se respeten las siguientes instrucciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma de la persona interesada:

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

## VII. DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE

*Conviene que los representantes sean personas con quienes tenga una vinculación afectiva, de amistad o parentesco, que conozcan sus valores y defiendan sus intereses en las decisiones.  
En este sentido, debe valorar la conveniencia de que el representante no sea ni uno de los testigos ni uno de los profesionales que después tenga que llevar a cabo la decisión tomada.*

De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 21/2000, designo como mi representante, para que actúen como interlocutor válido y necesario con el médico o el 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 en caso de que yo no pueda por mí mismo, siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento.

Nombre:	Apellidos:	DNI/NIF:

Domicilio:	Localidad:	CP:	Teléfono:

Firma del representante (opcional):

Fecha: \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE ALTERNATIVO O SUBSTITUTO:

Nombre:	Apellidos:	DNI/NIF:

Domicilio:	Localidad:	CP:	Teléfono:

Firma del representante (opcional):

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la persona interesada:



### VIII. DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Asimismo, los abajo firmantes como testigos primero y segundo, declaramos no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.

#### TESTIGO PRIMERO

Nombre:	Apellidos:	DNI/NIF:
Domicilio:	Localidad:	Fecha:

Firma:

#### TESTIGO SEGUNDO

Nombre:	Apellidos:	DNI/NIF:
Domicilio:	Localidad:	Fecha:

Firma:

#### TESTIGO TERCERO

Nombre:	Apellidos:	DNI/NIF:
Domicilio:	Localidad:	Fecha:

Firma: