



# Herramienta de valores y prioridades para la demencia®

Todo plan para el final de la vida debe empezar por reflexionar sobre sus valores y deseos. Por ejemplo, ¿qué será lo más importante para usted en las últimas semanas o días de su vida? ¿Qué significa "calidad de vida" para usted? ¿Cómo se sentiría sobre el uso de tratamientos de soporte vital (como nutrición artificial, respiración asistida, medicamentos) si se le diagnosticara una enfermedad terminal?

¿Qué pasa si se padece demencia?

La Herramienta de valores y prioridades para la demencia está diseñada para ayudarle a comunicar sus deseos sobre los cuidados futuros si padeciera demencia.

## Instrucciones

1. Tome su tiempo para responder las preguntas de las páginas siguientes y proporcione tantos detalles como desee.
2. Firme y feche el documento que ha llenado. Se recomienda firmarlo en presencia de un testigo.
3. Comparta el documento
4. Complete y comunique sus deseos con su(s) persona designada en la toma de decisiones y con su(s) proveedores (es) de atención médica.
5. Guarde una copia de su documento llenado junto con su Directiva anticipada existente.

Nota importante: Las leyes relativas a las firmas de testigos y a lo que hace que un documento sea válido varían de un estado a otro. Esta herramienta no cumple los requisitos específicos de todos los estados. Si tiene preguntas o desea asegurarse de que ha dado todos los pasos necesarios, comparta su documento completo con un abogado autorizado en su estado.



Para obtener más información o para llenar una versión electrónica de la Herramienta de valores y prioridades para la demencia, visite [compassionandchoices.org](http://compassionandchoices.org)



## Directiva anticipada sobre la demencia

Yo, \_\_\_\_\_ completo este documento porque quiero que mi(s) persona (s) designada (s) en la toma de decisiones, médicos y equipo de atención médica, familia, cuidadores y seres queridos conozcan mis deseos respecto al tipo de cuidados que deseo si vivo con demencia.

### Preferencias de cuidado

En las preguntas siguientes, seleccione una de las tres opciones para indicar sus preferencias de cuidado.

**Vivir tanto como sea posible** - Mi objetivo es vivir el mayor tiempo posible y recibir una atención médica agresiva y tratamientos que me salven la vida. Esto podría incluir llamar al 911, acudir al hospital, RCP, soporte nutricional, hidratación artificial o asistencia respiratoria si fuera necesario.

**Tratarme pero no de forma agresiva** - Quiero seguir tomando medicación para enfermedades crónicas (por ejemplo diabetes y cardiopatías) y tratamiento para enfermedades (por ejemplo neumonía e infecciones). Quiero evitar cirugías, sondas de alimentación a largo plazo, tratamientos agresivos y otros cuidados que prolongan la vida.

**Permitir una muerte natural** – Se enfoca en los cuidados de confort y evita medicamentos y tratamientos que prolonguen la vida. Esto podría incluir suspender la diálisis o las transfusiones de sangre, evitar una intervención quirúrgica, desconectar un marcapasos o suspender el tratamiento de enfermedades cardíacas, diabetes y otras condiciones de salud.

Si mi médico o profesional de atención médica ha determinado que mi demencia ha progresado a una fase avanzada o final, entonces deseo	Vivir tanto como sea posible <input type="checkbox"/>	Tratarme pero no de forma agresiva <input type="checkbox"/>	Permitir una muerte natural <input type="checkbox"/>
Si necesito asistencia y supervisión las 24 horas del día, deseo	Vivir tanto como sea posible <input type="checkbox"/>	Tratarme pero no de forma agresiva <input type="checkbox"/>	Permitir una muerte natural <input type="checkbox"/>



Si ya no reconozco a mis seres queridos, entonces deseo	Vivir tanto como sea posible <input type="checkbox"/>	Tratarme pero no de forma agresiva <input type="checkbox"/>	Permitir una muerte natural <input type="checkbox"/>
Si no puedo caminar o moverme con seguridad sin ayuda de un cuidador, entonces deseo	Vivir tanto como sea posible <input type="checkbox"/>	Tratarme pero no de forma agresiva <input type="checkbox"/>	Permitir una muerte natural <input type="checkbox"/>
Si no puedo bañarme y asearme sin ayuda de un cuidador, entonces deseo	Vivir tanto como sea posible <input type="checkbox"/>	Tratarme pero no de forma agresiva <input type="checkbox"/>	Permitir una muerte natural <input type="checkbox"/>
Si no puedo quedarme en casa y debo vivir en un hogar para ancianos, entonces deseo	Vivir tanto como sea posible <input type="checkbox"/>	Tratarme pero no de forma agresiva <input type="checkbox"/>	Permitir una muerte natural <input type="checkbox"/>
Si ya no controlo la vejiga (incontinencia urinaria) o los intestinos (incontinencia intestinal o fecal), entonces deseo	Vivir tanto como sea posible <input type="checkbox"/>	Tratarme pero no de forma agresiva <input type="checkbox"/>	Permitir una muerte natural <input type="checkbox"/>
Si ya no soy consciente de lo que me rodea (dónde estoy, la fecha/año, quién está conmigo), entonces deseo	Vivir tanto como sea posible <input type="checkbox"/>	Tratarme pero no de forma agresiva <input type="checkbox"/>	Permitir una muerte natural <input type="checkbox"/>
Si no soy capaz de comunicar claramente mis pensamientos o necesidades (las palabras y frases no tienen sentido), entonces deseo	Vivir tanto como sea posible <input type="checkbox"/>	Tratarme pero no de forma agresiva <input type="checkbox"/>	Permitir una muerte natural <input type="checkbox"/>



## Interés por los cuidados de hospicio

<p>Si mi médico o profesional de atención médica determina que me quedan seis meses o menos de vida, entonces</p>	<p>Me interesan los cuidados de hospicio para ayudarme a mí y a mis seres queridos. Me gustaría inscribirme lo más pronto posible en lo que sea elegible.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>No estoy interesado en cuidados de hospicio.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>No estoy seguro en este momento. Mi sustituto en la toma de decisiones puede decidir por mí cuando llegue el momento.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
---	---	---	--

## Alimentos y bebidas

<p>Si los cambios causados por la demencia provocan algo de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ya no parezco desear comida o bebidas, giro la cabeza o evito que me den de comer o líquidos de cualquier otra forma.</li> <li>● No abro la boca para aceptar comida o bebidas sin que me lo indiquen y toda la comida o bebida debe ser proporcionada por un cuidador (alimentación manual o con cuchara).</li> <li>● No puedo tragar alimentos o bebidas con seguridad (toso, me atraganto o aspiro/inhalo).</li> <li>● Las consecuencias negativas de seguir comiendo o bebiendo, determinadas por un médico, son mayores que los beneficios.</li> </ul> <p>Entonces solicito que se deje de darme de comer y beber, incluyendo el apoyo nutricional y de hidratación.</p>	<p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">No <input type="checkbox"/></p>
--	--	--



## Flexibilidad para la persona designada en la toma de decisiones

Este documento ayudará a orientar a mi equipo médico y a mi(s) persona(s) designada(s) en la toma de decisiones. Les autorizo a ser flexibles y a tomar decisiones en función de lo que consideren que es mejor para mí.

Este documento debe servir de orientación clara y precisa a mi equipo médico y a la persona o personas designadas en la toma de decisiones. Deben seguirse mis deseos en la medida de lo posible, aunque personalmente prefieran otra opción.

## Información adicional importante para usted

Por ejemplo, ¿tiene otros deseos que no se hayan incluido? ¿Hay alguna persona a la que no desea se le consulte sobre sus cuidados? ¿Le interesan los ensayos clínicos (si es elegible)? ¿Le gustaría que su representante solicite cuidados de hospicio y la posibilidad de sedación paliativa en caso de que usted sufra angustia o dolor severos?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---



## Firma

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Nombre completo en  
letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de  
nacimiento: \_\_\_\_\_

Testigo 1

Firma: \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra  
de imprenta: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Testigo 2

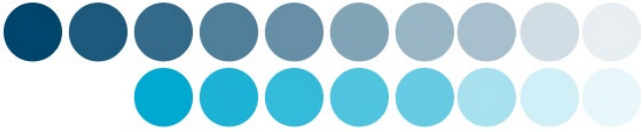
Firma: \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra  
de imprenta: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

*Firmar en presencia de un testigo es opcional, pero se recomienda*



## Información adicional sobre la Directiva anticipada

Una Directiva anticipada es un documento legal que le permite documentar el tipo de cuidado que desea y cómo deben tomarse las decisiones sobre el tratamiento (y quién debe tomarlas), en caso de que usted no pueda tomarlas.

La persona que usted elija como persona designada trabajará en colaboración con su equipo médico para tomar decisiones y comunicarse en su nombre cuando usted no pueda hacerlo. Piense cuidadosamente a quién elige para esta encomienda.

Una buena persona designada es alguien que:

- Está dispuesto a dedicar tiempo a comprender lo que es importante para usted.
- Usted confía en que cumplirá sus deseos, aunque difieran de los suyos.
- Sabe cómo abogar y hablar en situaciones de crisis.
- Podrá tomar decisiones difíciles en situaciones de estrés.
- Se sentirá cómodo en la dinámica familiar si es necesario.

Consejos y recordatorios para su Directiva anticipada:

- Hable de sus deseos y entregue una copia de su Directiva anticipada a su representante, a sus seres queridos y a su equipo médico.
- Revise su Declaración de voluntad anticipada anualmente y actualícela cuando se produzca alguna de las "5 D": Defunción de un ser querido, Divorcio, un nuevo Diagnóstico, Deterioro de la salud o llegada a una nueva Década.
- Guarde su Directiva anticipada en un lugar donde pueda encontrarla fácilmente su persona designada en la toma de decisiones o sus seres queridos.
- Asegúrese de que su Declaración de voluntad anticipada se respetará en todos los estados donde reciba atención médica o que visite con frecuencia.
- Hable con su equipo médico sobre la posibilidad de llenar un formulario POLST (también conocido como MOLST).