

CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES ASOCIADOS AL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA EN POBLACIÓN COLOMBIANA

Knowledge and Perceptions Associated with the Document of Living Will in the Colombian Population

VALENTINA ABAD-PÉREZ¹  Y MARIANTONIA LEMOS² 

<https://doi.org/10.17533/udea.rp.e360029>

Resumen

Objetivo. Evaluar sobre los conocimientos y las percepciones frente a los documentos de voluntad anticipada (DVA) en población colombiana. **Método.** Estudio descriptivo con una muestra de 311 adultos (62.37 % mujeres; edad promedio 46.52 años, D. E. = 13.78, 55.31 % con diagnósticos de enfermedad crónica y 45.66 % pertenecientes al área de la salud) que completaron un cuestionario *ad hoc*, el cual se analiza mediante estadística descriptiva. **Resultados.** El 66.56 % de los participantes conocían la existencia del DVA, pero 79 % tienen conocimiento escaso o nulo. 5.78 % lo había formalizado y 2.89 % había sido indagado por un profesional de la salud sobre este. Los medios de comunicación y las instituciones de salud son los canales que más informan sobre este. Liberar la carga de familiares en la toma de decisiones y conocer sobre el documento fueron los mayores motivadores que llevarían a su diligenciamiento. **Conclusión.** El conocimiento de los DVA es escaso. Aquellos que lo conocen lo consideran útil y relevante. Se requiere mayores estrategias de divulgación del DVA en el país.

Palabras clave: documento de voluntades anticipadas; cuidados paliativos; eutanasia; conocimientos, actitudes y prácticas en salud; alfabetización en salud.

¹Psicóloga, Universidad Eafit.

²Doctora en Psicología, Universidad Eafit. mlemosh@eafit.edu.co.

Para citar este artículo en APA: Abad-Pérez, V. y Lemos, M. (2025). Conocimientos y percepciones asociados al documento de voluntad anticipada en población colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 17(2), e360029. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e360029>

Recibido: 4-06-2025 | Aceptado: 1-12-2025

Abstract

Objective. To assess the Colombian population's knowledge and perceptions regarding the Living Will (LW). **Method.** A descriptive study was conducted with a sample of 311 adults (62.37% women; mean age 46.52 years, SD = 13.78, 55.31% with chronic disease diagnoses and 45.7% health workers) who completed an online questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics analyzed. **Results.** 66.56% of the participants were aware of the existence of LW, but 79% rated their knowledge as scarce or non-existent. Only 5.87% had formalized an LW and 2.89% had been informed by a health professional about it. The media and health institutions were identified as the main sources of information on the topic. The primary motivations for completing an LW were relieving family members from decision-making burdens and having adequate information about the document. **Conclusions.** Knowledge of the LW is limited. Those who are aware of it consider it useful and relevant. Greater dissemination of information about this document is needed in the country.

Keywords: living will; palliative care; euthanasia; health knowledge, attitudes, and practices; health literacy.

Introducción

El documento de voluntad anticipada (DVA) es un instrumento legal en el que una persona en pleno uso de sus facultades legales y mentales manifiesta las instrucciones para seguir en caso de que pierda la capacidad de autodeterminación o no pueda comunicar sus decisiones por sí misma (Bhattacharya et al., 2024; Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). Permite a las personas participar en la toma de decisiones relacionadas consigo mismas, el cuidado de su salud y sus preferencias al final de la vida como consecuencia de un evento de salud que impida la expresión de la voluntad, limite la habilidad de razonar o de emitir juicios razonables (Resolución 2665 de 2018). Este documento surgió en Estados Unidos en los años sesenta para garantizar el derecho que tienen los pacientes de decidir y de no ser sometidos a tratamientos sin su consentimiento (Champer Blasco et al., 2010; Forero Villalobos et al., 2019). En Colombia se aprobó el derecho a suscribir el DVA en 2014 mediante la Ley 1733 (Ley Consuelo Devis Saavedra) (Ley 1733 de 2014) y desde entonces las leyes han ido facilitando el proceso de su diligenciamiento y el proceso para oficializarlo, de tal forma que actualmente este puede ser tramitado por cualquier persona mayor de catorce años, por

distintos medios (escrito, audiovisual, etc.) y su formalización se hace ante notario, pero también mediante dos testigos o ante el médico tratante (Álvarez Acuña et al., 2022). Es importante tener presente la recomendación de que los testigos no sean familiares en primer grado (Correa, 2021). Estos aspectos están explicitados en la Resolución 2665 de 2018 que es la que reglamenta formalmente los DVA en Colombia (Resolución 2665 de 2018).

Estudios han mostrado que los DVA son percibidos por los profesionales de la salud como mecanismos que ayudan en la toma de decisiones y pueden contribuir a reducir la obstinación terapéutica cuando no se presente impacto positivo en el bienestar del paciente (Arruda et al., 2019); no obstante, este documento sigue siendo poco utilizado y formalizado. En España, para 2020, solo el 0.6 % de la población había registrado un DVA, lo cual se asoció con el poco conocimiento que tienen los profesionales de la salud sobre este, la falta de un proceso de concientización pública, la burocracia en los procedimientos de documentación e implementación y la existencia aún de una cultura médica paternalista que dificulta la toma de decisiones compartidas con los pacientes y sus familiares (Herreros et al., 2020). Asimismo, otro estudio en el país en mención reportó que, aunque el 66 % de la muestra evaluada conocía el documento, solamente el 3.1 % lo había registrado. Entre las razones para no registrarlo, y aunque el 89.7 % había pensado en su muerte, el 35 % afirmó que no se lo había planteado, el 24 % por desconocimiento del proceso, 22 % pensaba que era muy pronto para hacerlo y el 16 %, por pereza; sin embargo, el 92 % consideró que era útil el registro de estas voluntades (Bejarano et al., 2019).

Los DVA son más comunes en personas mayores (Wurm et al., 2023) o con diagnósticos de enfermedades crónicas con alto deterioro (Andreasen et al., 2023). Un estudio realizado con pacientes diagnosticados con esclerosis lateral amiotrófica encontró que la mayoría de estos pacientes completan un documento de voluntades anticipadas en el año siguiente después de su diagnóstico; sin embargo, muchos no tenían claro qué hacer con este. El 80 % de los participantes mencionaron sentirse cómodos con la planificación de sus DVA y poderes de representación, mientras que solo uno de los pacientes reportó no querer pensar en sus voluntades ante el futuro.

Estos hallazgos sugieren una oportunidad para que los profesionales de salud ayuden a facilitar las conversaciones relacionadas con las preferencias y las decisiones para el final de la vida, asegurando los deseos del paciente (Phillips et al., 2024).

En Colombia parece haber mucho desconocimiento de los DVA. Un estudio con profesionales de la salud encontró que el 54 % afirmó no saber de la existencia de la ley que regula el DVA y solo el 34.3 % conocía los requisitos que debe cumplir dicho documento. Los profesionales que conocían sobre la ley y el DVA son, en su mayoría, especialistas en dolor y cuidado paliativo, lo que señala una necesidad de dar a conocer más sobre el DVA en toda la población, ya que el desconocimiento impide que se ejerza el derecho a registrar las voluntades anticipadamente (Álvarez Acuña y Gomezese Ribero, 2022). Cabe anotar que otro estudio de los mismos autores evaluando los DVA que se han realizado en los servicios de cuidado paliativo, a la luz de la Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, encontraron que hay deficiencias en los formularios establecidos hasta el momento, llevando a pensar que puede ser útil un formulario estándar validado por las asociaciones médicas de cuidado paliativo (Álvarez Acuña et al., 2023). Este panorama llevó a pensar en la necesidad de comenzar a visibilizar la situación a nivel de conocimientos y percepciones en el tema para poder promover su utilización y formalización. Por esto, este estudio tuvo como objetivo evaluar los conocimientos y las percepciones frente a los DVA en una muestra de población colombiana.

Método

Tipo de estudio

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

Participantes

La población objetivo fueron personas mayores de edad que residieran en el contexto colombiano. La muestra fue no probabilística, por conveniencia, mediante una convocatoria abierta en redes sociales. En el estudio participaron 311 personas.

Instrumentos

Para la recolección de los datos se creó un cuestionario *online ad hoc*. El cuestionario iniciaba con variables sociodemográficas básicas, incluyendo una sobre si tenían alguna enfermedad crónica y si eran profesionales del área de la salud. Seguidamente se indagó por los conocimientos generales sobre el DVA y la ley que lo reglamenta, concluyendo con una pregunta que definía el paso a la siguiente sección acerca de si tenía o no diligenciado y formalizado un DVA. A quienes contaban con el documento, se les indagaba por los motivos que los llevaron a formalizarlo y por la percepción de barreras o dificultades en el proceso. A quienes no contaban con un documento, se les daba una breve definición del tema y se les preguntó por las razones para no haberlo diligenciado y si al conocer este mecanismo considerarían suscribirlo o no. Finalmente, se incluyó una última sección sobre pensamientos relacionados con la muerte, escenarios futuros de enfermedad y cuidados en el fin de la vida, además de la percepción de utilidad de un mecanismo como el DVA y sobre quiénes consideraban que deberían tenerlo.

Procedimiento y recolección de la información

La convocatoria abierta para participar se compartió a través de redes sociales, estados y grupos de WhatsApp entre el 15 y el 25 de abril de 2024 mediante una infografía que contenía el objetivo de la investigación, la invitación a participar y el código *quick response* (QR) para acceder al cuestionario. Al ingresar, los participantes debían diligenciar el consentimiento informado antes de comenzar a completar las preguntas, que tomaron en promedio unos diez minutos. Al finalizar el cuestionario se presentaban infografías y enlaces con información sobre los DVA.

Este estudio tuvo en consideración el cumplimiento de los principios y las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para la investigación con seres humanos. La recopilación de información y el manejo de datos se hizo manteniendo el anonimato de los participantes, de los cuales se obtuvo el consentimiento informado. El estudio contó con el aval del Comité de Ética de la Universidad Eafit.

Análisis estadísticos

La información obtenida fue sistematizada y clasificada utilizando Microsoft Excel®. El análisis descriptivo incluyó el cálculo de porcentajes, los cuales fueron realizados en el *software* SPSS versión 29.

Resultados

Caracterización de la muestra

311 personas completaron el instrumento de evaluación, de las cuales el 62.37 % (194) fueron mujeres. La edad promedio fue de 46.52 años (D. E. 13.78 años, rango 19-93 años). El 59.49 % convivían con su pareja, seguidos por 28.30 % de solteros. El 66.56 % pertenecía a los estratos 5 y 6 y el 62.70 % contaba con estudios de posgrado. En cuanto a las ciudades de residencia, el 81.35 % vivían en Medellín y en municipios de su área metropolitana. De Cundinamarca eran 19 personas (6.11%); de ellas, 17 personas residían en Bogotá, una (1) en Chía y otra (1) en Cota. 11 personas (3.54%) eran del Oriente Antioqueño. Otras ciudades del país representaron el 8.90 % (Barranquilla, Cali, Cartagena, Bucaramanga, Tunja, Pasto y Manizales). Respecto a creencias religiosas, el 75.24 % de los participantes se identificaron con el catolicismo, mientras que el 17.68 % de las personas encuestadas indicaron no identificarse con ningún grupo religioso. Por otra parte, el 58.49 % de los encuestados había sido diagnosticado con una enfermedad crónica. Cabe anotar que 11.57 % de los participantes presentaban más de un diagnóstico (tabla 1).

Tabla 1

Caracterización de los proyectos de grado por IES, autores y líneas de la propuesta

Variable		Categoría	n (%) Edad: M (D. E.)
Edad			46.52 (13.78)
Sexo	Mujer		194 (62.37)
	Hombre		117 (37.63)
Estado civil	Casado / unión libre		185 (59.49)
	Soltero		88 (28.30)
	Divorciado / separado		33 (10.61)
	Viudo		5 (1.61)

Variable	Categoría	n (%) Edad: M (D. E.)
Estrato socioeconómico	Bajo (estratos 1 y 2)	11 (3.53)
	Medio (estratos 3 y 4)	83 (26.68)
	Alto (estratos 5 y 6)	207 (66.56)
	Prefiero no responder	10 (3.21)
Nivel educativo	Educación básica secundaria	10 (3.22)
	Educación técnica / tecnológica	16 (5.14)
	Educación profesional	90 (28.94)
	Educación posgradual	195 (62.70)
Lugar de residencia	Área metropolitana del Valle de Aburrá	253 (81.35)
	Cundinamarca	19 (6.11)
	Oriente Antioqueño	11 (3.54)
	Barranquilla	4 (1.29)
	Cali	4 (1.29)
	Otros municipios	20 (6.32)
Religión	Catolicismo	234 (75.24)
	Ninguno	55 (17.68)
	Cristianismo	14 (4.50)
	Otras	8 (2.57)
Diagnóstico de enfermedad crónica	Enfermedad cardiovascular	54 (17.36)
	Enfermedades de la tiroides	40 (12.86)
	Trastornos de salud mental	32 (10.28)
	Cáncer	18 (5.78)
	Otras	38 (12.21)

El 45.66 % de las personas eran profesionales de la salud. En este grupo se encontró que el 13.18 % (n = 41) eran médicos, el 6.11 % (n = 19), psicólogos y el 3.86 % (n = 12), odontólogos. Otros profesionales que hicieron parte de este grupo fueron enfermeros, químicos farmacéuticos, administradores de empresas en salud, terapeutas respiratorios, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre otros.

Conocimientos generales sobre el documento de voluntad anticipada

El 66.56 % de los participantes están familiarizados con el DVA; sin embargo, solo el 5.78 % tenía un documento formalizado. Además, solo el 2.89 %

había sido indagado por un profesional de la salud sobre sus voluntades anticipadas. El 36.01 % de la muestra tenía designada a una persona cercana como interlocutor para sus decisiones de salud en caso de perder la capacidad para manifestarlas (tabla 2). En cuanto al nivel de conocimiento sobre el DVA, el 62.38 % de los participantes expresaron tener conocimiento escaso o nulo.

Tabla 2*Conocimientos generales sobre el DVA*

Pregunta	Sí n (%)	No n (%)	Prefiero no responder n (%)
¿Ha escuchado o conoce sobre el documento de voluntad anticipada?	207 (66.56)	104 (33.44)	
¿Conoce la ley que reglamenta el derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada en Colombia?	100 (32.15)	210 (67.52)	1 (0.32)
¿Conoce los requisitos que debe cumplir un documento de voluntad anticipada para ser reconocido legalmente?	76 (24.44)	235 (75.56)	
¿Conoce a alguien que haya diligenciado y formalizado un documento de voluntad anticipada?	82 (26.37)	228 (73.31)	1 (0.32)
¿Alguna vez un profesional de la salud le ha indagado por sus voluntades anticipadas?	9 (2.89)	302 (97.11)	
¿Tiene designada a alguna persona cercana que actúe como su interlocutor en la toma de decisiones relacionadas con su salud en situaciones en las que usted no pueda manifestarlo (p. ej. por pérdida de la autonomía por enfermedad, coma, muerte cerebral, etc.)?	112 (36.01)	198 (63.66)	1 (0.32)
¿Tiene usted un documento de voluntad anticipada diligenciado y formalizado oficialmente?	18 (5.78)	293 (94.21)	

En el grupo del personal de salud ($n = 143$), 120 participantes (83.9%) habían escuchado sobre el DVA, lo que podría entenderse como un mayor acercamiento al documento posiblemente asociado a su profesión en el área de la salud. Sin embargo, el nivel reportado de comprensión resulta limitado:

solo 14 personas (11.6 %) manifestaron tener conocimiento amplio, mientras que la mayoría manifestó tener conocimiento suficiente, escaso o poco (37, suficiente; 25, escaso; 36, poco) y 8, incluso, declararon no tener ningún conocimiento (nulo). A pesar de ese acercamiento general inicial, únicamente 13 profesionales (9.1 %) habían formalizado un DVA, lo cual evidencia que conocer el documento no necesariamente se traduce en su adopción personal ni en una disposición activa para promoverlo.

A diferencia de los participantes del sector salud, de aquellos que no pertenecen a este sector (n = 169), solo 88 participantes (52 %) habían escuchado o conocido previamente algo sobre el DVA, lo que sí demostraría una diferencia significativa en cuanto al conocimiento previo del documento; evidencia déficit significativo en la divulgación y el acceso a esta información en la población general. Aun así, la proporción de quienes desconocen completamente el tema (81 participantes, 48 %) resulta elevada e indica que para este grupo el DVA continúa siendo un concepto distante, posiblemente asociado únicamente a contextos hospitalarios o situaciones extremas de enfermedad.

Tabla 3

Aspectos relacionados con el tema de las voluntades anticipadas

Pregunta	Sí n (%)	No n (%)	Prefiero no responder n (%)
¿Ha pensado usted en su propia muerte?	229 (73.63)	77 (24.76)	5 (1.61)
¿Ha pensado en los cuidados que desearía recibir en un posible escenario futuro de enfermedad o de fin de vida?	216 (69.45)	94 (30.22)	1 (0.32)
¿Considera que el documento de voluntad anticipada es un buen mecanismo para que se respete su voluntad y su autonomía?	291 (93.57)	9 (2.89)	11 (3.54)
¿Considera de utilidad tener registrado y formalizado un documento de voluntad anticipada?	276 (88.74)	16 (5.14)	19 (6.11)

Por otro lado, se encontró que el 73.63 % de los participantes ha pensado en su muerte y el 69.45 % ha pensado en los cuidados que desearía recibir en

un posible escenario de enfermedad o de fin de vida. Al respecto, el 88.74 % ve utilidad en tener registrado y formalizado un DVA (tabla 3).

Conocimientos de quienes no tienen un DVA y percepción de barreras y facilitadores

El 94.21 % (n = 293) de los participantes negaron tener diligenciado y formalizado un DVA. Las principales razones para no haber diligenciado este documento fueron el desconocimiento (31.74 %) y el no saber cómo hacerlo (30.72 %), seguido del no saber qué quisiera que pasara en un escenario de enfermedad o fin de la vida; los dilemas religiosos y el hecho de no haber conocido a nadie que haya tenido que tomar decisiones respecto al final de la vida (tabla 4). Frente a los motivadores para su diligenciamiento, los principales fueron el tener un diagnóstico de enfermedad crónica, avanzada, terminal o degenerativa (n = 180, 61.43 %), liberar la carga de familiares y acudientes en caso de tener que tomar decisiones en su nombre (n = 144, 49.15 %) y garantizar el derecho a la autonomía (n = 130, 44.36 %) (tabla 5) Entre aquellos que conocían sobre el DVA, el medio más frecuente por el cual conocieron sobre este fueron los medios de comunicación o el internet (n = 57, 19.45 %), seguido de las instituciones de salud (n = 30, 10.24 %), amigos o familiares (cada uno con el 8.53 %, n = 25), información gubernamental (n = 16, 5.46 %) u otros.

Tabla 4
Razones para no tener formalizado un documento de voluntad anticipada

Razón	n	%
Nunca había escuchado sobre este documento	93	31.74
Considero que es demasiado pronto para hacerlo	47	16.04
No tengo ningún diagnóstico de enfermedad crónica, avanzada, terminal o degenerativa	64	21.84
Me genera temor pensar en la muerte	23	7.84
No estoy seguro de las voluntades que quisiera tener en un posible escenario de enfermedad o de fin de vida	44	15.02
Considero que mi autonomía no sería respetada por el equipo médico	4	1.36

Razón	n	%
Considero que mis familiares / acudientes no estarían de acuerdo con mis voluntades y no las respetarían	6	2.05
Mis familiares / cercanos se han opuesto	2	0.68
Dilemas morales	7	2.39
Dilemas religiosos	17	5.80
Nunca he conocido a alguien que haya muerto con un nivel significativo de sufrimiento	5	1.71
Nunca he conocido a alguien que haya tenido que tomar decisiones respecto al final de su vida	19	6.48
No he definido los cuidados que me gustaría tener en un futuro escenario de enfermedad / fin de vida (quitarla)	48	16.38
Confusiones conceptuales sobre los tratamientos para elegir y los términos del documento	14	4.78
No siento confianza por el equipo médico	1	0.34
No sé cómo hacer un documento de voluntad anticipada	90	30.72

Tabla 5

Razones que podrían considerarse como motivadores para diligenciar y formalizar un DVA

Razón	n	%
Tener un diagnóstico de enfermedad crónica, avanzada, terminal o degenerativa	180	61.43
Conocer a alguien que ha tenido que tomar decisiones respecto al final de su vida	53	18.08
Conocer a alguien que ha muerto con un nivel de sufrimiento significativo y no desear esto para su vida	78	26.62
Garantizar el derecho a la autonomía	130	44.36
Garantizar el derecho al libre desarrollo de la personalidad	52	17.74
Garantizar el derecho a la intimidad	55	18.77
Garantizar el derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes	110	37.54
Que sea sugerido por un médico tratante	47	15.11
Que el personal de salud me brinde la información sobre el DVA	64	21.84
Conocer otras personas que hayan diligenciado su documento	29	9.89
Liberar la carga de familiares y acudientes en caso de tener que tomar decisiones en su nombre	144	49.15

Razón	n	%
No quisiera ser donante de órganos	4	1.36
Considero que es un buen mecanismo para planificar el futuro	75	25.59
Ninguna (ninguna de las anteriores, “no desearía diligenciar este tipo de documentos, no tengo ningún motivador al respecto”)	3	1.02

Motivadores y barreras de quienes tienen un DVA

Solo 18 personas (5.8%) del estudio afirmaron tener un DVA formalizado oficialmente. Los medios por los cuales recibieron información fueron variados, una persona lo conoció por su médico tratante, cuatro, mediante un profesional de salud al que no clasificaron como su médico tratante, y dos, por instituciones de salud. Siete personas (38.88%) identificaron otros medios, entre los que estuvieron: el trabajar con pacientes con enfermedades crónicas, la formación en el área de la salud, por algún compañero de trabajo y por el lugar de trabajo.

El motivador más frecuente para el diligenciamiento y la formalización de un DVA fue el garantizar el derecho personal a la autonomía, a la intimidad y al libre desarrollo de la personalidad (83.33%); seguido por liberar la carga de familiares y acudientes en caso de tener que tomar decisiones por ellos (77.78%). Únicamente un participante afirmó que diligenció un DVA porque tiene un diagnóstico de una enfermedad que puede ser crónica, avanzada, terminal o degenerativa. El 22.22% se vio también motivado por haber conocido a alguien que ha tenido que tomar decisiones respecto al final de su vida y el 61.11% por conocer a alguien que ha muerto con un nivel de sufrimiento significativo. Más de la mitad (55.56%) de estas personas refirieron temor de sufrir al final de la vida. Adicionalmente, 61.11% de los participantes consideraron importante tener el documento como una forma de garantizar su derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Es importante anotar que 72.22% de los participantes que habían suscrito el documento reportaron no haber tenido barreras o dificultades para suscribirlo. Entre las barreras evidenciadas estuvieron no tener el formato

para registrar el DVA ($n = 2$); estar inseguro frente a las opciones que estarían dispuestos a recibir ($n = 2$); temor ($n = 3$) y confusión conceptual sobre los tratamientos por elegir y los términos del documento ($n = 1$).

Con respecto a los años en los que los participantes diligenciaron su DVA, si bien en 2014, 2015, 2020 y 2021 solo se registró un participante por año, se evidencia incremento a partir de 2022 en la cantidad de personas que completaron el documento, con 3 en 2022, 6 en 2023 y 5 en 2024.

Con relación al formato utilizado para la formalización del documento, el 50 % lo hicieron con el documento escrito proporcionado por su EPS, el 33.33 % utilizó un formato de diseño propio y una proporción menor optó por usar otros formatos, como el de documento suministrado por el médico o el que proporciona el Ministerio de Salud y Protección Social. Por otro lado, el 66.67 % lo formalizó ante dos testigos, el resto lo hicieron por intermedio de su médico tratante o ante un notario. Cabe anotar que todas las personas indicaron que sus familiares o acudientes conocían su existencia y estarían dispuestos a aportarlo en caso de ser requerido; sin embargo, se encontró que el médico tratante del 72.22 % no conoce que estos pacientes tienen diligenciado este instrumento. Finalmente, el 83.33 % de los participantes manifestaron saber que el DVA puede ser modificado, sustituido o revocado en cualquier momento.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo explorar los conocimientos y las percepciones asociadas al DVA en personas colombianas. Nuestros resultados muestran que, aunque las personas han escuchado sobre los DVA, sus conocimientos son muy escasos y casi nulos, lo que podría tener relación con el bajo nivel de documentos formalizados. En las personas que no conocían sobre los DVA se encontró que, al tener conciencia de estos, los reconocen como documentos útiles y señalan como barrera para su formalización el no saber cómo llevarlo a cabo. Entre las motivaciones para suscribir un DVA se encuentran el tener una enfermedad degenerativa, así como liberar la presión de familiares, que es una de las razones señaladas también por aquellos que lo suscribieron. Finalmente,

entre aquellos que han suscrito el documento es interesante que se observan pocas barreras para suscribirlos. Estos participantes se han motivado también por el derecho a garantizar su autonomía (Sedini et al., 2022).

Los resultados de este estudio señalan que aún es poco el conocimiento que se tiene frente al tema, lo cual confirma lo encontrado en otros estudios (Álvarez Acuña y Gomezese Ribero, 2022; Bejarano et al., 2019; Herreros et al., 2020). Esto podría explicar, en gran medida, el porqué la proporción de personas con un DVA en la muestra evaluada fue menor al 20 %. A diferencia de otros estudios, nuestros resultados señalan que los profesionales de la salud en su mayoría han escuchado hablar del documento; sin embargo, el conocimiento que tienen sobre este y su reglamentación no parece ser suficiente, ya que hay un conocimiento general sobre lo que son voluntades anticipadas y el DVA, pero saben poco de la normativa, el contenido y el registro (Álvarez Acuña et al., 2023; Álvarez Acuña y Gomezese Ribero, 2022; Champer Blasco et al., 2010). Esto puede ser una limitación para que mayor índice de DVA sean registrados, tal y como ha sido propuesto por Álvarez y Gomezese quienes afirman que la escasa instrucción de los profesionales de la salud hacia el DVA sería la principal causa para explicar la poca respuesta de los pacientes en la elaboración de los DVA (Álvarez Acuña y Gomezese Ribero, 2022), ya que se ha planteado que los profesionales de la salud serían quienes podrían iniciar la educación de los pacientes, siendo la estrategia más eficaz para incrementar el número de DVA suscritos (Aguilar-Sánchez et al., 2018).

Al respecto, en la muestra evaluada se encontró que, aunque el personal de salud conoce más del DVA que el resto de la población, la brecha entre ambos grupos no es tan amplia como cabría esperar, y en ninguno de los dos grupos se evidencian niveles óptimos de información. Esto podría reflejar dificultades estructurales en la formación académica de los profesionales en salud (Aguilar-Sánchez et al., 2018; Jami García et al., 2023), así como una ausencia de estrategias pedagógicas y comunicacionales dirigidas al público general (Andrés-Pretel et al., 2012). Además, el hecho de que, incluso, entre profesionales el porcentaje de formalización sea tan bajo sugiere que existen barreras culturales, emocionales y operativas compartidas por ambos grupos (Álvarez Acuña y Gomezese Ribero, 2022). Esto podría explicar la baja

frecuencia con la que el personal de salud ha indagado por las voluntades anticipadas en la muestra evaluada. Esto lleva a pensar que este tema aún no hace parte de la consulta médica y que pareciera que es un tema que solo se habla en áreas como los cuidados paliativos u otras áreas más relacionadas con el final de la vida (Andreasen et al., 2023).

Frente a los factores comunes que tienen las personas que ya han diligenciado el DVA, llama la atención que en su mayoría se nombra el haber conocido a alguien que ha tenido que tomar decisiones respecto al final de su vida y a alguien que ha muerto con un nivel de sufrimiento significativo. Esto evidencia que el temor de verse reflejado con estos escenarios podría ser, entonces, un motivador para decidirse a suscribir el documento y que coincide con otros estudios que nombran que mantener el control y la dignidad al final de la vida es una razón importante para suscribirlo (Genewick et al., 2018). Asimismo, en este grupo de personas, todos mencionan conocer a alguien que haya diligenciado y formalizado el documento, lo que mostraría que la norma social puede ser otro motivador importante para su diligenciamiento. A diferencia de algunos estudios (Hussein y James III, 2021), la gran mayoría de nuestros participantes refieren no haber tenido barreras ni dificultades a la hora de diligenciar el documento, mientras que otros reportaron dificultades respecto a decidir qué tratamientos estarían dispuestos a recibir.

Entre las personas que no han diligenciado un DVA, el desconocimiento sobre este o sobre el proceso para su diligenciamiento fueron las principales razones. Esto coincide, además, con el hecho de que posterior a la explicación brindada, lo consideraron un documento útil, tal y como ha sido encontrado en otros estudios (Koşar et al., 2020). Frente a los posibles motivadores para suscribir un DVA, nuestros resultados son similares a los de estudios previos, encontrando que el deseo de garantizar su autonomía, liberar a sus familiares de la carga que conlleva tomar este tipo de decisiones difíciles (Duke et al., 2007; Hussein y James III, 2021), o evitar sufrimientos innecesarios al final de la vida (Gruneke et al., 2023) son razones importantes. Adicionalmente, nuestros resultados evidencian que dilemas morales y religiosos hacen parte de las barreras para suscribir los DVA, coincidiendo con lo mencionado por Sarmiento-Medina et al., frente al proceso de toma de decisiones en salud y en

fin de vida (Sarmiento-Medina et al., 2012); el cual no depende únicamente de las opciones y las posibilidades reales y disponibles, sino de lo imaginado, de la información previa obtenida, de las creencias personales y del curso de la enfermedad.

Los resultados subrayan la necesidad de fortalecer la educación para la toma de decisiones anticipadas, tanto entre las profesiones de la salud como entre aquellos que no pertenecen a este sector (Aguilar-Sánchez et al., 2018; Kim y Lee, 2021; Ordóñez Vázquez y Monroy Nasr, 2021). Promover espacios de conversación, formación y acompañamiento podría contribuir no solo a mejorar la comprensión del DVA, sino también a incrementar su utilización como un mecanismo de garantía de autonomía, reducción de sufrimiento y alivio de la carga emocional para las familias. Al respecto, no debe olvidarse que la mayoría de los participantes consideraron que el DVA es un instrumento útil, por lo cual aumentar el conocimiento sobre este tema parece ser algo imperante para la población.

Previo a finalizar este apartado, es importante señalar las limitaciones del presente estudio. Es importante tener en cuenta que el estudio se realizó con una muestra intencional y que esto explica por qué hay mayor representatividad de personas de una zona del país. Asimismo, la participación de profesionales de la salud fue cercana al 50 %, lo que puede deberse a que estos profesionales se ven más motivados por estos temas, quizá también por la carga que representa para ellos tomar decisiones al final de la vida (Alanazi et al., 2024). Lo anterior hace que sea interesante lo que se puede interpretar sobre esta población, pero lleva a que sea necesario continuar realizando estudios con muestras más amplias para poder conocer la percepción de la comunidad en general.

En conclusión, este estudio muestra cómo el conocimiento sobre los DVA es escaso y se requiere más información sobre este documento que busca garantizar la autonomía en los momentos del final de la vida. Así mismo, cuando las personas conocen sobre el documento, lo consideran útil y relevante. Posibles campañas para su socialización podrían basarse en la posibilidad de garantizar la autonomía del paciente y liberar a familiares de la carga de la toma de decisiones.

Referencias

- Aguilar-Sánchez, J. M., Cabañero-Martínez, M. J., Puerta Fernández, F., Lados-Martín, M., Fernández-de-Maya, J. y Cabrero-García, J. (2018). Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 339-345. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.08.006>
- Alanazi, M. A., Shaban, M. M., Ramadan, O. M. E., Zaky, M. E., Mohammed, H. H., Amer, F. G. M. y Shaban, M. (2024). Navigating End-of-Life Decision-Making in Nursing: A Systematic Review of Ethical Challenges and Palliative Care Practices. *BMC Nursing*, 23(1), 467. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02087-5>
- Álvarez Acuña, A. M. y Gomezese Ribero, Ó. F. (2022). Advance Directives Document: Knowledge and Experiences of Healthcare Professionals in Colombia. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 50(2), e203 <https://doi.org/10.5554/22562087.e1012>
- Álvarez Acuña, A. M., Buitrago Martín, C. L. y Ceballos Vejarano, A. (2023). Content of the Advance Directives Form of the Pain and Palliative Care Services in Colombia. Cross-Sectional Study. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 52(2). <https://doi.org/10.5554/22562087.e1093>
- Álvarez Acuña, A. M., Riaño Moreno, J. C., López Neira, J. y Gomezese Ribero, Ó. F. (2022). Ethical Principles and Dilemmas in the Discourse of Healthcare Practitioners Involved with End-of-Life Care Based on the Advanced Directives Document. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 51(1). <https://doi.org/10.5554/22562087.e1046>
- Andreasen, P., Forma, L. y Pietilä, I. (2023). Factors Associated with Living Will Among Older Persons Receiving Long-Term Care in Finland. *Palliative Care and Social Practice*, 17. <https://doi.org/10.1177/26323524231212513>
- Andrés-Pretel, F., Navarro Bravo, B., Párraga Martínez, I., Torre García, M., Jiménez del Val, M. y López-Torres Hidalgo, J. (2012). Conocimientos y actitudes de los mayores hacia el documento de voluntades anticipadas. *Gaceta Sanitaria*, 26, 570-573. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.007>

- Arruda, L., Abreu, K., Santana, L. y Sales, M. (2019). Variables that Influence the Medical Decision Regarding Advance Directives and Their Impact on End-of-Life Care. *Einstein (São Paulo)*, 18. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020RW4852
- Bejarano, M., Braojos, R., Díez, M., Prieto, M. y Sánchez, S. (2019). Declaración de voluntades anticipadas. Un testamento vital para asegurar la autonomía. *Gerokomos*, 30(3), 119-123.
- Bhattacharya, S., Bhattacharya, K. y Bhattacharya, N. (2024). Living Will in Critical Care Scenario—the Need of the Hour. *Indian Journal of Surgery*, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s12262-024-04141-7>
- Champer Blasco, A., Caritg Monfort, F. y Marquet Palomer, R. (2010). Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. *Atención Primaria*, 42(9), 463-469. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.02.011>
- Correa, L. (2021, 5 de julio). No basta con firmar el documento de voluntad anticipada, es necesario formalizarlo. *DESCLAB*. <https://www.desclab.com/post/formalizar?>
- Duke, G., Thompson, S. y Hastie, M. (2007). Factors Influencing Completion of Advanced Directives in Hospitalized Patients. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(1), 39-43. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.1.22779>
- Forero Villalobos, J. J., Vargas Celis, I. y Bernaldes, S. M. (2019). Voluntades anticipadas: desafíos éticos en el cuidado del paciente. *Persona y Bioética*, 23(2), 224-244. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.5>
- Genewick, J. E., Lipski, D. M., Schupack, K. M. y Buffington, A. L. H. (2018). Characteristics of Patients with Existing Advance Directives: Evaluating Motivations Around Advance Care Planning. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 35(4), 664-668. <https://doi.org/10.1177/1049909117731738>
- Gruneke, L. A., Solles, L. D., de Aquino, L., Sortica, J., de Matos, L. C. y Brandes, S. (2023). Living Will: Academic and Faculty Knowledge

- at a Medical School. *Revista Bioética*, 31, e3292PT. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233292en>
- Herreros, B., Benito, M., Gella, P., Valenti, E., Sánchez, B. y Velasco, T. (2020). Why Have Advance Directives Failed in Spain? *BMC Medical Ethics*, 21(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00557-4>
- Hussein, R. y James III, R. N. (2021). Encouraging Living Will Completion Using Social Norms and Family Benefit. *Financial Services Review*, 29(2), 85-99. <https://doi.org/10.61190/fsr.v29i2.3448>
- Jami García, A., Falcón, E. y Padrón, L. (2023). Factores que limitan la planificación de voluntades anticipadas desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Qualitas Revista Científica*, 26, 13-37. <https://doi.org/10.55867/qual26.02>
- Kim, E. y Lee, K. S. (2021). Factors Associated with Willingness to Complete Advance Directives in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 42(5), 1042-1047. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.05.006>
- Koşar, I., Akdeniz, M., Kavukcu, E. y Avci, H. H. (2020). Assessment of Knowledge and Preferences Regarding Advance Directives Among Patients in University Family Medicine Outpatient Clinics. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6. <https://doi.org/10.1177/2333721420901902>
- Ley 1733 de 2014 (8 de septiembre), por la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, *Diario Oficial* 49253.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2025). Documento de voluntad anticipada. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/documento-de-voluntad-anticipada.aspx>
- Ordóñez Vázquez, N. A. y Monroy Nasr, Z. (2021). La importancia de implementar y difundir la Ley de Voluntad Anticipada en México. *Revista Colombiana de Bioética*, 16(2). <https://doi.org/10.18270/rcb.v16i2.3758>
- Phillips, J., Dixon, S., Koehler, T. y Kluger, B. (2024). Advance Care Planning Among Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis: Patient Perspectives

- on Goals of Care Conversations. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 41(3), 295-301. <https://doi.org/10.1177/10499091231172901>
- Resolución 2665 de 2018 (25 de junio), por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Sarmiento-Medina, M. I., Vargas-Cruz, S. L., Velásquez-Jiménez, C. M. y Sierra de Jaramillo, M. (2012). Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Revista de Salud Pública*, 14(1), 116-128. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000100010>
- Sedini, C., Biotto, M., Crespi Belskij, L. M., Moroni Grandini, R. E. y Cesari, M. (2022). Advance Care Planning and Advance Directives: An Overview of the Main Critical Issues. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(2), 325-330. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02001-y>
- Wurm, S., Spuling, S. M., Reinhard, A. K. y Ehrlich, U. (2023). Prevalence of Living Wills Among Older Adults in Germany. *Journal of Health Monitoring*, 8(3), 55-60. <https://doi.org/10.25646/11665>