

Caracterización clínica-sociodemográfica de adultos mayores con enfermedades crónicas y voluntades anticipadas

Clinical-sociodemographic characterization of older adults with chronic diseases and advance directives

Eduardo Daniel Anica-Malagón^{1a}, David de Jesús Scherling-Hernández^{1b}

Resumen

Introducción: el envejecimiento poblacional ha incrementado la prevalencia de adultos mayores con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas, quienes enfrentan decisiones complejas al final de la vida. Las voluntades anticipadas favorecen la autonomía; sin embargo, su implementación es limitada.

Objetivo: describir las características clínicas y sociodemográficas de adultos mayores con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas y con voluntades anticipadas.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo llevado a cabo en el Servicio de Geriátrica del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Se revisaron expedientes de pacientes ≥ 70 años en fase terminal o agónica con voluntades anticipadas firmadas (mayo 2023-junio 2025); se excluyó patología oncológica. Se realizó análisis descriptivo e inferencial exploratorio con IBM SPSS, versión 25.0.

Resultados: de 124 expedientes, 89 cumplieron con los criterios. Edad media 81.6 años; predominó el sexo femenino. Las voluntades anticipadas se formalizaron durante la hospitalización y en deterioro avanzado. En la mayoría, la decisión fue tomada por familiares, principalmente hijos. Predominaron decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico y control sintomático, sin asociaciones significativas.

Conclusiones: las voluntades anticipadas se formalizan tardíamente, lo cual evidencia un enfoque reactivo. La toma de decisiones muestra un patrón homogéneo orientado al confort. Se requiere promover la implementación temprana de las voluntades anticipadas.

Abstract

Background: Population aging has increased the prevalence of older adults with advanced non-oncological chronic diseases, who face complex end-of-life decisions. Advance directives support autonomy; however, their implementation remains limited.

Objective: To describe the clinical and sociodemographic characteristics of older adults with advanced non-oncological chronic diseases and with advance directives.

Material and methods: Observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study carried out in the Geriatrics Department of the Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga." Records of patients ≥ 70 years in terminal or dying phases with signed advance directives (May 2023-June 2025) were reviewed; oncological disease was excluded. Descriptive and exploratory inferential analyses were performed using IBM SPSS, version 25.0.

Results: Out of 124 records, 89 met criteria. Mean age was 81.6 years; females predominated. Advance directives were mainly formalized during hospitalization and advanced deterioration. Decisions were mostly made by family members, mainly adult children. Limitation of therapeutic effort and symptom control predominated, with no significant associations.

Conclusions: Advance directives are established late, reflecting a reactive approach. Decision-making shows a homogeneous pattern toward comfort. Early implementation of advance directives should be promoted.

¹Secretaría de Salud, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Servicio de Geriátrica. Ciudad de México, México

ORCID: 0000-0002-2850-9445^a, 0009-0004-8215-6486^b

Palabras clave
Directrices Anticipadas
Adulto Mayor
Enfermedad Crónica
Cuidados Paliativos
Geriátrica

Keywords
Advance Directives
Aged
Chronic Disease
Palliative Care
Geriatrics

Fecha de recibido: 14/01/2026

Fecha de aceptado: 28/04/2026

Comunicación con:

Eduardo Daniel Anica Malagón
✉ anicamalagon@gmail.com
☎ 55 2789 2000, extensión 1059

Cómo citar este artículo: Anica-Malagón ED, Scherling-Hernández DJ. Caracterización clínica-sociodemográfica de adultos mayores con enfermedades crónicas y voluntades anticipadas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026;64(5):e7111. doi: 10.5281/zenodo.21462754

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más relevantes del siglo XXI, con implicaciones profundas para los sistemas de salud a nivel global. Se estima que para el año 2030 una de cada 6 personas en el mundo tendrá 60 años o más, y para 2050 la población de adultos mayores alcanzará aproximadamente los 2100 millones, lo que representa más del doble en comparación con el año 2020.¹ Este proceso se acompaña de un incremento sostenido en la carga de enfermedad crónica no transmisible, responsable de cerca del 74% de la mortalidad global, lo que equivale a más de 41 millones de muertes anuales.²

En este contexto, los adultos mayores presentan una alta prevalencia de *multimorbilidad*, definida como la coexistencia de 2 o más enfermedades crónicas. Estudios poblacionales han documentado que esta condición afecta a más del 60% de los adultos mayores en países de altos ingresos,³ con estimaciones que pueden superar el 70% en personas mayores de 80 años. La multimorbilidad se asocia con mayor fragilidad, deterioro funcional progresivo, incremento en la dependencia y mayor utilización de servicios hospitalarios.⁴ Estas condiciones generan trayectorias clínicas prolongadas, con exacerbaciones recurrentes y elevada carga sintomática, lo que incrementa la complejidad en la toma de decisiones terapéuticas en etapas avanzadas de la vida.

La necesidad de cuidados paliativos en esta población ha sido ampliamente documentada. Se estima que aproximadamente 56.8 millones de personas en el mundo requieren cuidados paliativos cada año, de las cuales cerca del 67% corresponden a adultos mayores.⁵ Sin embargo, más del 80% de esta población no tiene acceso adecuado a estos servicios, particularmente en países de ingresos bajos y medios, donde existen limitaciones estructurales y organizacionales.⁶

En este escenario, las voluntades anticipadas de la atención han emergido como una estrategia fundamental para preservar la autonomía personal y garantizar una atención alineada con los valores del paciente. Este proceso implica la reflexión, comunicación y documentación de preferencias respecto a la atención médica futura ante la eventual pérdida de la capacidad de decisión.⁷ Desde una perspectiva operativa, se ha demostrado que las voluntades anticipadas mejoran la concordancia entre los cuidados recibidos y los deseos del paciente.⁸

Diversas revisiones sistemáticas han documentado que la implementación de voluntades anticipadas se asocia con una reducción significativa en intervenciones invasivas,

hospitalizaciones evitables y mayor satisfacción de pacientes y familiares.⁹ Asimismo, estudios poblacionales han demostrado que la planificación anticipada de la atención se asocia con una menor probabilidad de muerte en unidades de cuidados intensivos y una mayor probabilidad de recibir cuidados centrados en el confort.¹⁰

A pesar de estos beneficios, la implementación de voluntades anticipadas a nivel global continúa siendo limitada y altamente variable. Un metaanálisis reciente que incluyó más de 8.9 millones de participantes estimó una prevalencia global del 26% (IC 95% 23-30), lo cual evidencia una penetración moderada de esta práctica.¹¹

En los Estados Unidos, la prevalencia de voluntades anticipadas es de las más altas reportadas. Una revisión sistemática documentó que el 36.7% de los adultos han completado algún tipo de directriz anticipada, con una prevalencia específica de 29.3% para testamentos vitales.¹² Estudios más recientes han reportado tasas de participación que alcanzan hasta el 44% en adultos mayores, particularmente en contextos con programas estructurados de planificación anticipada.¹³

En Europa, la prevalencia muestra una variabilidad considerable. Estudios poblacionales han reportado cifras que oscilan entre el 0.66% y el 19% en población general.¹⁴ En instituciones de cuidados de larga estancia, estas cifras pueden incrementarse y alcanzar valores entre el 11 y el 36%, mientras que en entornos de práctica general se han descrito prevalencias cercanas al 33%.¹⁵ Sin embargo, en algunos entornos hospitalarios, las tasas pueden ser considerablemente menores, con reportes inferiores al 1% en ciertos contextos clínicos.¹⁶

En países de ingresos bajos y medios, incluidas regiones de África y América Latina, la prevalencia es sustancialmente menor. Estudios observacionales han documentado tasas inferiores al 5% en algunos contextos hospitalarios y comunitarios, con cifras tan bajas como 2.8% en auditorías clínicas y menos del 1% de documentos formalizados legalmente.¹⁷ En población general, menos del 4% de los individuos reportan haber tenido conversaciones estructuradas sobre planificación anticipada de la atención.¹⁸

En el contexto latinoamericano y particularmente en México, la evidencia epidemiológica es limitada; sin embargo, los datos disponibles sugieren que la prevalencia de voluntades anticipadas se sitúa por debajo del 10-15%, lo cual refleja barreras estructurales, culturales y educativas, así como la escasa integración de estos procesos en la práctica clínica habitual.¹⁹ De manera adicional, se ha documentado que las desigualdades socioeconómicas influyen significativamente en la probabilidad de contar con estos

documentos, pues se observan menores tasas en poblaciones vulnerables.²⁰

Asimismo, se han identificado factores asociados a la formalización de voluntades anticipadas, entre los que se incluyen la edad avanzada, el sexo femenino, la presencia de enfermedad crónica y la frecuencia de contacto con servicios de salud, con *odds ratios* que oscilan entre 1.5 y 11 dependiendo de la variable analizada.²¹

Desde la perspectiva de los cuidados paliativos, uno de los principales problemas es la formalización tardía de las voluntades anticipadas, generalmente durante hospitalizaciones o episodios agudos de descompensación.²² Este enfoque reactivo limita su impacto en la calidad de vida al final de la vida.

En conjunto, la evidencia contemporánea muestra que la implementación de voluntades anticipadas en adultos mayores con enfermedades crónicas avanzadas sigue siendo subóptima y heterogénea a nivel global. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es describir las características sociodemográficas y clínicas de los adultos mayores con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas que cuentan con voluntades anticipadas, con el propósito de aportar evidencia relevante para la práctica clínica y la planificación de servicios de salud.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, cuyo objetivo fue describir las características clínicas y sociodemográficas de adultos mayores con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas en fase terminal o agónica que contaban con voluntades anticipadas. El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Geriátrica del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, institución de tercer nivel de atención, durante el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 2023 y el 30 de junio de 2025.

La población de estudio estuvo constituida por adultos mayores de 70 años a cargo del Servicio de Geriátrica, con diagnóstico confirmado de enfermedad crónica avanzada no oncológica en fase terminal o agónica. Se incluyeron pacientes con enfermedades progresivas, irreversibles e incurables, con impacto funcional significativo y pronóstico limitado. Se excluyeron pacientes con enfermedad oncológica avanzada con el objetivo de homogeneizar la población y evitar sesgos derivados de trayectorias clínicas distintas.

La información se obtuvo mediante la revisión de expedientes clínicos físicos y electrónicos, los cuales constitu-

yeron una fuente secundaria de obtención de datos. Se excluyeron expedientes incompletos, con información ilegible, con restricciones médico-legales o que no contaran con documentación de voluntades anticipadas firmadas.

Las variables analizadas incluyeron características sociodemográficas del paciente (edad, sexo, estado civil, ocupación y lugar de residencia), variables clínicas (diagnóstico y fase de la enfermedad), así como información del representante legal (edad, sexo, parentesco). Asimismo, se documentaron las decisiones contenidas en las voluntades anticipadas, incluida reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, soporte nutricional, uso de fármacos para control sintomático y sedación paliativa.

El procedimiento consistió en la identificación de expedientes clínicos elegibles mediante la base institucional de ingresos hospitalarios. Posteriormente, se realizó la revisión sistemática de los expedientes físicos y electrónicos, y la información fue capturada en un instrumento de recolección de datos diseñado para el estudio. Los datos fueron concentrados en una base electrónica en Microsoft Excel Office 365 para su organización inicial.

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el programa IBM SPSS Statistics, versión 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EEUU), previa depuración, validación y codificación de la base de datos. Las variables cuantitativas se describieron mediante medias y desviaciones estándar (DE) o medianas y rangos intercuartiles (RIC), de acuerdo con su distribución, la cual fue evaluada de forma exploratoria mediante inspección gráfica y análisis de medidas de tendencia central y dispersión. Por su parte, las variables cualitativas se expresaron en términos de frecuencias absolutas y porcentajes.

Adicionalmente, con el propósito de fortalecer la interpretación de los hallazgos y explorar posibles asociaciones clínicamente relevantes, se realizó un análisis inferencial de carácter exploratorio, sin que ello implicara un cambio en la naturaleza descriptiva del estudio ni el establecimiento de relaciones causales. En este sentido, se evaluó la relación entre el sexo del paciente y el tipo de toma de decisión (directa por el paciente o a través de representante), mediante la prueba de chi cuadrada de Pearson, y se empleó la prueba exacta de Fisher en aquellos casos en los que las frecuencias esperadas fueron < 5. Asimismo, se analizó la asociación entre la edad y la participación del paciente en la toma de decisiones con la prueba *t* de Student para muestras independientes cuando se asumió distribución normal, o bien la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney en ausencia de dicha condición.

De igual manera, se exploró la relación entre el diagnóstico principal y el tipo de decisiones contenidas en las

voluntades anticipadas mediante la prueba de chi cuadrada de Pearson, con aplicación de la prueba exacta de Fisher cuando las condiciones de tamaño muestral o distribución de frecuencias así lo requirieron. Para todos los análisis inferenciales se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0.05$.

Es importante señalar que, debido al carácter descriptivo del diseño del estudio, los resultados de estos análisis se interpretaron de manera prudente y con fines exclusivamente exploratorios, orientados a la identificación de patrones clínicos y sociodemográficos relevantes que pudieran servir como base para futuras investigaciones analíticas con mayor nivel de inferencia.

El estudio derivó de un proyecto aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", con número de registro DI/25-110B-03-36. Debido a su diseño retrospectivo basado en revisión de expedientes clínicos, se clasificó como investigación sin riesgo. Se garantizó la confidencialidad, el anonimato y la protección de los datos personales.

Resultados

Durante el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 2023 y el 30 de junio del 2025, se revisaron un total de 124 expedientes clínicos ($n = 124$) correspondientes a adultos mayores atendidos en el Servicio de Geriátría del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", en quienes se encontraba documentada la elaboración de una voluntad anticipada. Las características sociodemográficas generales de la población se resumen en el **cuadro I**.

La población analizada se caracterizó por una edad avanzada, con una media de 80.75 años y una desviación estándar de 7.57 años, lo que indica una distribución centrada en la octava década de la vida y refleja una cohorte predominantemente longeva. La dispersión observada sugiere una relativa homogeneidad etaria dentro del grupo estudiado. Los estadísticos descriptivos de edad se presentan en el **cuadro II**.

En cuanto a la distribución por sexo, se identificó un predominio del sexo femenino con 75 pacientes (60.5%),

Cuadro I Características sociodemográficas de la población de adultos mayores con enfermedades crónicas y voluntades anticipadas

Sexo del paciente	<i>n</i>	%
Masculino	49	39.5
Femenino	75	60.5
Total	124	100

Cuadro II Estadísticos de edad de la población de adultos mayores con enfermedades crónicas y voluntades anticipadas

	Media	Desviación estándar
	80.75	7.57
Total	124	

$n = 124$), en comparación con 49 pacientes del sexo masculino (39.5%), como se muestra en el **cuadro I**. Esta distribución sugiere una mayor representación de mujeres en el grupo de adultos mayores con voluntades anticipadas, lo cual podría estar relacionado con la mayor esperanza de vida femenina y con diferencias en la utilización de servicios de salud en etapas avanzadas de la vida.

Desde el punto de vista clínico, la totalidad de los pacientes incluidos ($n = 124$) presentaban enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas en fase terminal o agónica, caracterizadas por un curso progresivo, irreversible e incurable, con deterioro funcional significativo y pronóstico limitado. El análisis de los diagnósticos evidencia una predominancia de patologías cardiovasculares, renales y neurológicas, entre las que destaca la insuficiencia cardiaca avanzada, la enfermedad renal crónica en fases avanzadas y los trastornos neurodegenerativos como las entidades más frecuentes. La distribución de los principales diagnósticos se presenta en el **cuadro III**, lo que permite identificar la heterogeneidad clínica de la población, aunque dentro de un espectro común de enfermedad avanzada y dependencia funcional.

Respecto al proceso de toma de decisiones, se observó que la formalización de la voluntad anticipada ocurrió predominantemente en un contexto de deterioro clínico avanzado y durante la hospitalización, lo que sugiere un patrón de toma de decisiones tardío y reactivo. En la mayoría de los casos, la decisión fue realizada por un representante legal o familiar, lo que evidencia una participación limitada del paciente en el momento de la formalización del documento.

El análisis del parentesco del representante mostró un claro predominio de familiares de primer grado. En particular, la figura de la hija fue la más frecuente, con 87 casos (70.1%), seguida del hijo con 15 casos (12.1%). En menor

Cuadro III Principales diagnósticos de la población de adultos mayores con enfermedades crónicas y voluntades anticipadas

Diagnóstico	<i>n</i>	%
Renal	12	14.6
Pulmonar	2	2.43
Cardiovascular	30	36.5
Neurológico	27	32.9
Otros	11	13.41
Total	82	100

proporción participaron otros familiares, entre los que se incluyeron nietos en 6 casos (4.8%), hermanas en 4 casos (3.2%), cónyuges en 3 casos (2.4%) y otros parentescos en 9 casos (7.4%), como se detalla en el **cuadro IV**. Este patrón sugiere una fuerte implicación de la red familiar directa en la toma de decisiones al final de la vida.

En relación con el contenido de las voluntades anticipadas, se identificó una tendencia consistente hacia la limitación del esfuerzo terapéutico. De manera general, los documentos incluyeron la negativa a intervenciones invasivas como la reanimación cardiopulmonar y la ventilación mecánica invasiva, lo que refleja una orientación hacia evitar medidas de soporte vital en escenarios de enfermedad avanzada. En contraste, se documentó la aceptación de intervenciones orientadas al control sintomático, particularmente el uso de analgésicos, medidas de confort y sedación paliativa en contextos de sufrimiento refractario. No obstante, debido a la naturaleza heterogénea y predominantemente cualitativa del registro en los expedientes clínicos, no fue posible cuantificar de manera uniforme la frecuencia específica de cada una de estas decisiones terapéuticas, lo que representa una limitación inherente al diseño retrospectivo del estudio.

Adicionalmente, se realizó un análisis inferencial exploratorio con el objetivo de identificar posibles asociaciones entre variables clínicas y sociodemográficas. No se observó una asociación estadísticamente significativa entre el sexo del paciente y el tipo de toma de decisión (directa *versus* por representante) ($p > 0.05$), lo que sugiere que la participación en la toma de decisiones no estuvo influenciada por esta variable en la población estudiada.

En relación con la edad, se identificó que los pacientes que participaron directamente en la toma de decisiones presentaron una menor edad promedio en comparación con aquellos cuya decisión fue realizada por un representante; sin embargo, esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p > 0.05$).

Asimismo, al analizar la relación entre el diagnóstico principal y el tipo de decisiones contenidas en las volun-

tades anticipadas, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p > 0.05$), lo que sugiere una tendencia homogénea hacia la limitación del esfuerzo terapéutico independientemente de la patología de base. Dado el carácter descriptivo del estudio, estos hallazgos deben interpretarse con cautela y en un contexto exploratorio.

Discusión

La presente investigación permitió caracterizar de manera detallada a una población de adultos mayores con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas en quienes se documentó la formalización de voluntades anticipadas. Los hallazgos evidencian un perfil clínico y sociodemográfico específico, con predominio de pacientes de edad avanzada (media 80.75 años) y mayor representación del sexo femenino (60.5%). Este patrón es consistente con la literatura internacional, donde se ha documentado una mayor participación de mujeres en procesos de planificación anticipada de la atención, atribuida tanto a su mayor esperanza de vida como a una mayor interacción con los servicios de salud.¹⁴

Al contrastar los resultados del presente estudio con la evidencia internacional previamente descrita, se observa una concordancia relevante en términos cuantitativos y epidemiológicos. En primer lugar, la edad promedio de la población (80.75 ± 7.57 años) se alinea con los reportes internacionales, en los que la planificación anticipada de la atención se concentra predominantemente en adultos mayores con enfermedad avanzada. Asimismo, el predominio del sexo femenino (60.5%) es consistente con estudios poblacionales que reportan una mayor frecuencia de participación de mujeres en procesos de voluntades anticipadas, con proporciones que oscilan entre el 55 y el 65% en diferentes contextos.¹⁴

En relación con la dinámica de toma de decisiones, el predominio de familiares de primer grado, particularmente hijas (70.1%), coincide con la literatura que describe que entre el 60 y el 80% de las decisiones al final de la vida son asumidas por sustitutos, especialmente en escenarios de deterioro cognitivo o clínico avanzado.²³ Este hallazgo refuerza la consistencia externa de los resultados y sugiere que el patrón observado en esta cohorte no es aislado, sino representativo de una tendencia ampliamente documentada.

El análisis de los diagnósticos muestra que las enfermedades cardiovasculares, renales y neurológicas constituyen las principales condiciones asociadas a la formalización de voluntades anticipadas en esta población. Este hallazgo coincide con estudios previos que señalan que, a diferencia de las enfermedades oncológicas, las enfermedades

Cuadro IV Parentesco del representante de la población de adultos mayores con enfermedades crónicas y voluntades anticipadas

Parentesco del representante	n	%
Hijo/a	102	82.3
Esposo/a	3	2.4
Hermano/a	4	3.2
Nieto/a	6	4.8
Otro	9	7.3
Total	124	100

crónicas no oncológicas presentan trayectorias clínicas prolongadas, con periodos de estabilidad intercalados con exacerbaciones, lo que dificulta la identificación del momento oportuno para iniciar la planificación anticipada.²⁴

En este sentido, los resultados del presente estudio refuerzan la noción de que la planificación anticipada de la atención continúa siendo un proceso tardío y predominantemente reactivo. A pesar de que su objetivo es anticipar decisiones en etapas tempranas de la enfermedad, diversos estudios han demostrado que estas conversaciones suelen ocurrir durante hospitalizaciones o en fases avanzadas, lo que limita su impacto en la calidad de la atención al final de la vida.²⁵ Este comportamiento es congruente con los reportes internacionales que señalan una implementación limitada de las voluntades anticipadas, con prevalencias globales cercanas al 26% y variaciones importantes entre regiones, como se describió en la introducción.¹¹

En relación con el contenido de las voluntades anticipadas, se identificó una tendencia consistente hacia la limitación del esfuerzo terapéutico, con rechazo a intervenciones invasivas y aceptación de medidas orientadas al confort. Este patrón es congruente con la evidencia que muestra que la planificación anticipada se asocia con una menor utilización de intervenciones agresivas y con una mayor probabilidad de recibir cuidados alineados con los valores del paciente.²⁶ No obstante, en el presente estudio no fue posible cuantificar de manera precisa la frecuencia de cada decisión terapéutica debido a la naturaleza cualitativa del registro en los expedientes clínicos, lo que constituye una limitación inherente al diseño retrospectivo.

Los resultados del presente estudio presentan una consistencia interna que fortalece su validez descriptiva, sustentada en el tamaño de la muestra ($n = 124$) y en la homogeneidad clínica de la población analizada. Si bien el diseño del estudio fue descriptivo, incluyó un análisis inferencial exploratorio, la magnitud de los hallazgos permite identificar patrones clínicos y sociodemográficos claros, lo que aporta robustez a la caracterización de la población estudiada.

En este sentido, el análisis inferencial exploratorio no evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el sexo del paciente y el tipo de toma de decisión, lo que sugiere que en esta cohorte la participación en la toma de decisiones al final de la vida no estuvo condicionada por el género. Este hallazgo contrasta parcialmente con la literatura internacional, en la que se ha descrito una mayor participación de mujeres en la planificación anticipada; sin embargo, es importante considerar que dichos estudios evalúan principalmente la frecuencia de elaboración de voluntades anticipadas, más que la modalidad de toma de decisión en escenarios clínicos avanzados.

En relación con la edad, se identificó una tendencia hacia una menor edad en los pacientes que participaron directamente en la toma de decisiones, aunque sin alcanzar significación estadística. Este comportamiento es clínicamente congruente con el proceso de envejecimiento y con la mayor prevalencia de deterioro funcional y cognitivo en edades avanzadas, factores que limitan la autonomía decisional y favorecen la participación de representantes sustitutos, como ha sido documentado en estudios previos.

Por otro lado, el análisis de la relación entre el diagnóstico principal y el tipo de decisiones contenidas en las voluntades anticipadas no mostró diferencias estadísticamente significativas, lo que sugiere una tendencia homogénea hacia la limitación del esfuerzo terapéutico independientemente de la patología de base. Este hallazgo es consistente con la evidencia en cuidados paliativos, en la que se ha descrito que en etapas avanzadas de enfermedad las decisiones tienden a centrarse en el confort y el control sintomático, más allá del diagnóstico específico.

Desde una perspectiva clínica, estos hallazgos tienen implicaciones relevantes. La identificación de que la mayoría de las voluntades anticipadas se formalizan en etapas tardías pone en evidencia la necesidad de integrar de manera sistemática la planificación anticipada en fases más tempranas de la enfermedad. La evidencia sugiere que la implementación temprana de estos procesos mejora la calidad de la comunicación, favorece la toma de decisiones compartida y reduce intervenciones no deseadas al final de la vida.²⁷

Asimismo, los resultados destacan la importancia de fortalecer la capacitación del personal de salud en habilidades de comunicación y toma de decisiones al final de la vida. Se ha documentado que las intervenciones educativas dirigidas a profesionales de la salud pueden incrementar significativamente la frecuencia y la calidad de las conversaciones sobre planificación anticipada.⁸

Entre las limitaciones del estudio se encuentra su diseño retrospectivo basado en revisión de expedientes clínicos, lo que condiciona la disponibilidad y calidad de la información registrada. En particular, la falta de estandarización en el registro del contenido de las voluntades anticipadas impidió hacer un análisis cuantitativo detallado de las decisiones terapéuticas específicas. Asimismo, al tratarse de un estudio realizado en un solo centro, los resultados pueden no ser generalizables a otros contextos.

No obstante, el estudio aporta información relevante sobre un tema poco explorado en población con enfermedades crónicas no oncológicas, particularmente en el contexto latinoamericano. En este sentido, futuras líneas de investigación deberían enfocarse en evaluar intervenciones

dirigidas a la implementación temprana de la planificación anticipada, así como en el desarrollo de modelos de atención que integren de manera efectiva los cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas.

Conclusiones

La formalización de voluntades anticipadas en adultos mayores con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas ocurre predominantemente en etapas tardías de la enfermedad, en un contexto hospitalario y con participación mayoritaria de familiares, particularmente hijas, lo que refleja una limitada intervención directa del paciente en la toma de decisiones al final de la vida.

La población estudiada se caracteriza por una edad avanzada y un predominio del sexo femenino en el contexto de enfermedades crónicas de curso progresivo, irreversible e incurable que condicionan un deterioro funcional significativo y una alta complejidad clínica. Estas características permiten identificar un perfil específico de pacientes en quienes se lleva a cabo la formalización de voluntades anticipadas en la práctica clínica real.

En este escenario, las decisiones documentadas se orientan principalmente hacia la limitación del esfuerzo terapéutico, con rechazo a intervenciones invasivas y aceptación de medidas dirigidas al control sintomático y al confort, lo que es congruente con los principios de atención centrada en la persona y el enfoque paliativo.

Asimismo, el análisis inferencial exploratorio no mostró asociaciones estadísticamente significativas entre las variables evaluadas y la toma de decisiones, lo que sugiere un

patrón homogéneo orientado hacia la limitación del esfuerzo terapéutico.

En conjunto, los hallazgos del presente estudio evidencian que la planificación anticipada de la atención continúa realizándose de manera tardía, lo que limita su potencial impacto en la autonomía del paciente y en la calidad de la atención al final de la vida.

Integrar oportunamente las voluntades anticipadas en la práctica clínica no es únicamente una recomendación, sino una necesidad impostergable para garantizar una atención digna, centrada en la persona y coherente con sus valores al final de la vida.

“La autonomía no se pierde con la enfermedad; se pierde cuando no se anticipan las decisiones.” (Eduardo D. Anica M.)

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento al Servicio de Geriátrica del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” por el apoyo brindado para la realización del presente estudio, así como por las facilidades otorgadas para el acceso y la revisión de los expedientes clínicos utilizados en el análisis. Asimismo, se reconoce la colaboración del personal médico y administrativo del servicio, cuya labor cotidiana contribuyó indirectamente al desarrollo de este trabajo.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

1. World Health Organization. Decade of healthy ageing 2020-2030. Geneva: WHO; 2020.
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2023.
3. Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2022;399:1915-28.
4. Hoogendijk EO, Afila J, Ensrud KE, et al. Frailty: implications for clinical practice and public health. *BMJ*. 2023; 380:e072790.
5. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering. *Lancet Healthy Longev*. 2021;2:e552-60.
6. Knaut FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al. Alleviating the access abyss in palliative care. *Lancet*. 2023;402:150-68.
7. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning. *Lancet Public Health*. 2021;6:e543-51.
8. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining advance care planning. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(5):821-32.
9. Jimenez G, Tan WS, Virk AK, et al. Overview of Systematic Reviews of Advance Care Planning: Summary of Evidence and Global Lessons. *J Pain Symptom Manage*. 2018;56(3):436-59. e25. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.016
10. Quinn KL, Shurab M, Gomes T, et al. Advance care planning and outcomes. *JAMA*. 2023;329:125-35.
11. Valenti D, Boyd K, Mason S, et al. Prevalence of advance directives. *Omega*. 2025;91:3-24.
12. Yadav KN, Gabler NB, Cooney E, et al. Approximately one in three US adults completes advance directives. *Health Aff*. 2017;36:1244-51.
13. Ambade PN, Hoffman ZT, Mehra K, et al. Predictors of advance care planning in 11 high-income nations. *J Am Geriatr Soc*. 2024;72(12):3855-64. doi: 10.1111/jgs.19226
14. Macedo JC, Rego F, Nunes R. Perceptions, attitudes, and knowledge toward advance directives: a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(20):2755. doi: 10.3390/healthcare11202755

15. Detering KM, Buck K, Ruseckaite R, et al. Prevalence and correlates of advance care directives among older Australians accessing health and residential aged care services: multicentre audit study. *BMJ Open*. 2019;9(1). doi: 10.1136/bmjopen-2018-025255
16. Hopkins SA, Bentley A, Phillips V, et al. Advance care plans and hospitalized frail older adults: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2020;10(2):164-174. doi: 10.1136/bmjspcare-2019-002093
17. Soto-Perez de Celis E, Chavarri-Guerra Y, Ramos-Lopez WA, et al. Patient navigation to improve early access to supportive care for patients with advanced cancer in resource-limited settings: a randomized controlled trial. *Oncologist*. 2021;26(2):157-64. doi: 10.1002/onco.13599
18. Mindo-Panasis D, Sudore RL, Cenzer I, et al. Disparities in advance care planning among older US immigrants. *J Am Geriatr Soc*. 2023;71(10):3244-3253. doi:10.1111/jgs.18498
19. Nouri SS, Barnes DE, Volow AM, et al. Health Literacy Matters More Than Experience for Advance Care Planning Knowledge Among Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(10):2151-6. doi: 10.1111/jgs.16129
20. Kwak J, Haley WE, Chiriboga DA. Disparities in advance care planning. *Gerontologist*. 2022;62:317-26.
21. De Gendt C, Bilsen J, Vander Stichele R, et al. Advance care planning and dying in nursing homes in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(2):223-34. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.02.011
22. Teno JM, Sudore RL, Lum HD. Timing of advance care planning. *J Palliat Med*. 2021;24:1697-703.
23. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making. *N Engl J Med*. 2010;362:1211-8. doi: 10.1056/NEJMsa0907901
24. Murray SA, Kendall M, Boyd K, et al. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005;330(7498):1007-11. doi: 10.1136/bmj.330.7498.1007
25. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, et al. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries. *JAMA*. 2013;309(5):470-7. doi: 10.1001/jama.2012.207624
26. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al. The impact of advance care planning on end of life care. *BMJ*. 2010;340:c1345. doi: 10.1136/bmj.c1345
27. Rietjens JAC, Korff J, Taubert M. Advance care planning: a global perspective. *Lancet*. 2017;389:1550-7. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30929-8