

TRABAJOS ORIGINALES

Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Carretera Central Oeste Km 4½,
Ciudad de Camagüey. Cuba



Los dilemas éticos y los conflictos psicológicos en la adecuación del esfuerzo terapéutico

Ethical dilemmas and the psychological conflicts in the therapeutic effort adequateness

Gilberto Lázaro Betancourt Reyes¹, Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt²

Resumen

Los autores ante la preocupación consciente por los dilemas éticos que suscita la toma de decisiones para la adecuación del esfuerzo terapéutico en la práctica médica diaria y conocedores de los posibles conflictos psicológicos que pudieran originarse, realizan un debate reflexivo sobre algunos de sus aspectos fundamentales con el objetivo de lograr un acercamiento teórico acerca de este controvertido y polémico tema de permanente actualidad, en el cual están involucrados aspectos religiosos, filosóficos, morales, culturales y éticos, lo cual pone de manifiesto una evidente mayor preocupación y necesidad de reflexión.

Palabras claves: Adecuación del esfuerzo terapéutico; Dilema ético; Conflicto psicológico

Abstract

The authors before the conscious concern for the ethical dilemmas that it requires to take decisions for the adequateness of the therapeutic effort in the daily medical practice and experts of the possible psychological conflicts that could originate, carry out a reflexive debate on some of their fundamental aspects with the objective of achieving a theoretical approach about this controversial and polemic topic of permanent present time, in which religious, philosophical, moral, cultural and ethical aspects are involved, that which shows an evident bigger concern and reflection necessity.

Key words: Therapeutic effort adequateness; Ethical dilemma, Psychological conflicts

Introducción

Correspondencia: Gilberto Lázaro Betancourt Reyes. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Unidad de Cuidados Intermedios. Camagüey. Cuba.

Email: bgbilbert.cmw@infomed.sld.cu

El surgimiento y desarrollo de la adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos, fue el resultado de la confluencia de toda una serie de condicionantes que se fueron gestando desde el advenimiento del

mundo moderno, las cuales prepararían el camino para la aparición de esta buena práctica clínica como movimiento de signo positivo y el marcado carácter humano que debe prevalecer en la atención médica, en respuesta al amplio desarrollo científico-técnico introducido en la misma.¹

La adecuación del esfuerzo terapéutico como buena práctica clínica significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación real del enfermo, al estadio evolutivo de su enfermedad, se evita tanto la obstinación terapéutica como el abandono, por un lado, o el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, por otro.^{2,3}

La decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir que el esfuerzo terapéutico finalice, pues solo se limitan aquellas medidas de soporte vital consideradas como heroicas, extraordinarias, desproporcionadas o no adecuadas, capaces solo de prolongar el proceso de la muerte en aquellos enfermos que irremediablemente han de morir; manteniéndose en cambio aquellas medidas terapéuticas y cuidados básicos necesarios, evaluados como ordinarios, proporcionados y adecuados a la situación del paciente; se trata de adecuar el esfuerzo terapéutico a las condiciones actuales del enfermo.^{4,5}

En opinión de los autores, la aplicación de tecnologías cada vez más poderosas en el ámbito de la vida en general y de la humana en particular, ha propiciado un esfuerzo de reflexión sobre los límites y orientación de la tecnología, pues aunque nadie puede poner en duda el balance positivo que representa la aplicación de los modernos recursos terapéuticos, no es menos cierto que a

veces se transforman en un cruel procedimiento de retrasar la muerte.

Esta situación ha recibido el expresivo nombre de distanisia, ensañamiento o empecinamiento terapéutico, el cual es sinónimo de indignidad humana. La distanisia del griego *dis*, que significa mal o algo mal hecho, y *thanatos*, que significa muerte, es etimológicamente lo contrario de la eutanasia; es decir, retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, mediante medios desproporcionados, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece.⁶

La medicina moderna está estrechamente relacionada con tecnologías nuevas y muy poderosas que ofrecen posibilidades sin precedentes. En consecuencia, abundan los nuevos dilemas éticos. Los problemas se agudizan al considerar los aspectos médicos y éticos relacionados con la etapa final de la vida. La reflexión sobre la realidad ética del ejercicio de la medicina en las sociedades altamente medicalizadas y tecnicificadas es una necesidad real, para orientar y contribuir a la ética clínica de la toma de decisiones prácticas de todos los días y ante cada caso en particular; para que la decisión tomada sea moralmente válida.

Conflicto y dilema ético tienen connotaciones diferentes. Una situación de dilema moral es aquella en que el sujeto moral se ve obligado a elegir entre al menos dos alternativas. La elección, sin embargo puede realizarse perfectamente sobre la base de la asimilación de una solución al dilema generada desde fuera. Una situación de conflicto es siempre interna y conduce a una revisión del sistema de valores que el suje-

to ha elaborado previamente, y su jerarquía. Además, la elección implica siempre una pérdida que se vivencia por el sujeto. La toma de decisiones para la adecuación del esfuerzo terapéutico es un tema de reflexión vigente, por tratar aspectos muy sensibles para el paciente, la familia, el personal médico y de enfermería, muchas veces de difícil solución para los propios miembros del equipo de salud, al tener que determinar sobre lo adecuado o no de determinados tratamientos o medidas

de soporte vital.⁷ La presente investigación tiene como objetivo fundamental realizar una reflexión teórica de la adecuación del esfuerzo terapéutico y los dilemas éticos relacionados con su práctica en el quehacer médico diario, los cuales dan lugar frecuentemente a conflictos psicológicos que colocan al equipo médico de salud en verdaderas situaciones complejas de difícil solución, donde tomar decisiones morales es todo un reto.

Desarrollo

Las unidades de cuidados intensivos son consideradas como un entorno de fuerte estrés psicológico tanto para el paciente y sus familiares como para el equipo de salud, pues el cuidado del paciente grave o en situación crítica está a menudo relacionado con las emergencias, las decisiones difíciles con riesgos elevados, las vivencias frecuentes ante la muerte y las situaciones contrapuestas que se introducen en el terreno de la ética médica, con auténticas dificultades de solución y que dan origen a verdaderos dilemas éticos.¹

Los pacientes graves ingresados en las unidades de cuidados intensivos, sufren frecuentemente de trastornos psicológicos por la adopción de medidas que son comunes, por ejemplo: las condiciones de aislamiento a las que son sometidos, se le priva de la luz del día y del acompañamiento familiar, no se les permite deambular libremente por la sala, se les obliga a orinar y defecar en la cama, se bañan en el lecho, se les agrede frecuentemente con la colocación de sondas nasogástrica y urinaria, abordajes venosos periféricos o profundos y equipos para la monitorización continua de sus parámetros vitales;

siendo los síntomas más frecuentes en dichos pacientes la ansiedad y la depresión.

Tampoco deben olvidarse los factores psicológicos que están presentes en los familiares del enfermo grave. En ellos predominan el temor por la vida de su familiar y el esfuerzo constante por mantenerse, tanto como sea posible, lo más cerca de él. Por otra parte, el equipo de salud que labora en las diferentes unidades de atención al paciente grave, en muchas ocasiones ve en la muerte del enfermo que atiende con esmero, una frustración de sus propios valores frente a la vida, experimenta una sensación de derrota y de incapacidad.

Otro de los problemas actuales relacionados con la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico son precisamente los grandes dilemas éticos que surgen en el momento de la toma de decisiones acerca de la limitación de alguna medida terapéutica para el soporte vital. La literatura muestra trabajos relacionados con esta problemática.^{8,9}

Estos dilemas éticos se pueden presentar incluso entre los miembros del equi-

po asistencial, ante los requerimientos del desarrollo científico técnico de la medicina de hoy, y el humanismo de los profesionales, es decir ante la exigencia de tener que decidir entre lo científico y lo humano, lo cual en ocasiones va a colocar a los profesionales de la salud en una situación extremadamente difícil, donde decidir es todo un reto, y pueden llegar a convertirse en una fuente de conflicto psicológico para ellos mismos, con vivencias emocionales desagradables para el sujeto, en la medida que lo obliga a asumir una postura moral y a desechar otra, con las consecuentes repercusiones que esto puede traer.

En ocasiones los dilemas éticos se presentan entre el equipo de salud y el paciente, la familia o su representante legal. Diversas situaciones se suscitan cuando un enfermo grave o en estado crítico es atendido por un equipo de salud y su tratamiento es agresivo, con riesgos elevados y mal pronóstico, los desacuerdos sobre la conveniencia de las medidas terapéuticas son frecuentes. Por lo general, a la angustia emocional inherente a esta situación, se le suman los malentendidos, la desconfianza y desacuerdos acerca de valores fundamentales, los cuales muchas veces son el origen de los casos en los que un tratamiento extraordinario, proporcionado o fútil es exigido por el paciente, su familia o el representante legal. Los autores J. Boceta Osuna y M. Salgueira Lazo describen un ejemplo de ellos.¹⁰

En otras ocasiones ocurre lo contrario, el médico que sigue los parámetros de acción que le dicta la ciencia clínica, se enfrenta a la opinión personal de un paciente, familiar o su representante legal que decide de forma distinta, al

encontrarse con negativas ante la indicación de medios diagnósticos o terapéuticos, que en este caso se oponen a los conocimientos de la ciencia que guía al profesional. Un ejemplo clásico es el rechazo por parte de los Testigos de Jehová a recibir transfusiones sanguíneas, lo cual siempre representa para los médicos un conflicto ético y un problema en la relación médico paciente.¹¹

No todos los dilemas éticos necesariamente producen un conflicto psicológico; todo va a depender de la magnitud, intensidad o complejidad del dilema ético o moral que se genera; de las características de la personalidad del sujeto que se enfrenta al dilema ético; del grado de preparación académica y no solo científica, sino también en bioética que haya recibido esa persona para poder enfrentar el dilema y darle una solución factible; así como de las vivencias y experiencia acumulada en el quehacer diario de la práctica médica.

Los autores consideran que frente a situaciones difíciles, una de las tareas importantes del equipo de salud sería acercarse de un modo paciente, comprensivo y abierto en un intento de resolver estos casos. Si desde el primer momento ha existido una buena relación del equipo de salud con el paciente, la familia o allegados, no tiene por qué haber problemas.

Cualquier texto sobre relación médico-paciente explica cómo las habilidades de comunicación efectiva son esenciales para llegar a un entendimiento mutuo y un acuerdo acerca de la conducta a seguir. Esto significa calidad de interacción entre el equipo de salud, los pacientes y sus familiares.¹²

La adecuada relación que se establece entre el equipo de salud y el paciente,

la familia o su representante legal continúa siendo la piedra angular de la medicina, pilar sobre el que descansa el grado de satisfacción de la población.^{13,14}

En este ámbito, el problema de mayor relevancia radica en quién debe definir la futilidad terapéutica. Se refiere a que un tratamiento es fútil cuando no consigue el objetivo fisiológico deseado. Es aquel acto médico, cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado.^{15,16}

La falta de evidencias y de acuerdo entre profesionales es obvia. Para algunos, las decisiones relativas al tratamiento incumben al médico por ser el experto, y en este caso al médico intensivista. Esta idea ha recibido críticas importantes por parte de los autonomistas más acérrimos, en el sentido de que aunque el médico tenga el conocimiento, aparecen una serie de valores en juego y no tiene por qué ser solo el médico el único baluarte de dichos valores.¹⁷

Los conocimientos son condición necesaria pero no suficiente para una correcta toma de decisiones en este escenario; lo que revela la necesidad de tener en cuenta tanto los conocimientos científico-técnicos como los valores éticos.^{18,19} La decisión de limitar alguna medida de soporte vital, basada en el criterio de futilidad, debe ser analizada, discutida y colegiada en conjunto por el equipo de salud para evitar las decisiones unipersonales. En la mayor parte de la literatura revisada

acerca de la posición a adoptar por el médico, en relación con la futilidad terapéutica, se defiende la postura de retirar tratamientos inútiles, que tal vez en su momento no lo fueron, con el consenso correspondiente de los profesionales del servicio de Medicina Intensiva, así como con los familiares o allegados. Se afirma que desde el punto de vista ético no existe diferencia entre no iniciar o retirar una medida de soporte vital. Sin embargo estas dos decisiones no se sitúan en el mismo plano psicológico.^{20,21}

Los autores reconocen que una vez que el enfermo ha ingresado en una unidad de atención al paciente grave, las decisiones de no iniciar soporte vital o retirarlo son complejas y difíciles para todos los integrantes del equipo de salud.

El médico no solo en Cuba, sino también en el resto de los países, ha recibido una formación académica tal, que ha sido educado no para limitar el empleo de medidas de soporte vital en sus pacientes, sino muy al contrario para agotar todos los recursos disponibles, hasta llegar al encarnizamiento o ensañamiento terapéutico, lo cual hace que siga siendo difícil limitar las medidas de soporte vital, aún en los pacientes en estado terminal, sobre todo cuando se trata no de no instaurar una determinada medida terapéutica, sino de retirarla.

Resulta beneficioso, para acometer este análisis, reconocer que los paradigmas como modos de pensar de una determinada comunidad científica, tienen un papel decisivo en la determinación de las pautas de conducta de esta. En ellos inciden tanto el pensamiento científico como los factores sociales.²²

Esta consideración es importante, pues las comunidades científicas se aferran a un paradigma científico o a un sistema de conocimientos que permanece relativamente estable, el cual aceptan como válidos durante un tiempo generalmente prolongado y que en muchas ocasiones se resisten a modificar.²³ Los autores consideran que este es un fenómeno universal y Cuba no está libre de él.

A los profesionales de la salud les cuesta mucho trabajo cambiar de paradigma, en ocasiones temen a lo nuevo, le temen al fracaso y a veces también al trabajo que representa el cambio de esquemas mentales y de métodos establecidos durante años. En verdad, el cambio de paradigmas tiene grandes implicaciones, no es asunto

exclusivo de la comunidad científica, es un proceso complejo que abarca a toda la sociedad.

En esta era de alta tecnología, cualquier decisión a tomar no puede basarse únicamente en la mejor opción científica, sino que debe integrar los valores del paciente en la toma de decisiones moralmente justificables con relación a los cuidados al final de la vida. No se puede obviar que la ética médica también es la unidad de sentimiento y razón, de ahí la importancia de las contradicciones psicológicas presentes en los dilemas éticos de la medicina, las cuales pueden ser concientizadas o no y constituir para el profesional un elemento de desarrollo o daño, e incluso puede convertirse en una fuente de conflictos para el mismo.²⁴

Conclusiones

Adoptar decisiones médicas para adecuar el esfuerzo terapéutico, plantea indisolublemente problemas clínicos y éticos. El desarrollo científico tecnológico en el campo de la salud se acompaña del surgimiento de nuevos y complejos dilemas éticos, que pueden llegar a dar lugar a verdaderos conflictos psicológicos de difícil solución.

Los autores consideran que este tema requiere una madura y prudente ponderación en cuanto a la toma de decisiones moralmente válidas por el equipo de salud para la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Constituye un aspecto más de una correcta y actualizada formación del médico.

Referencias bibliográficas

1. Betancourt Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico como movimiento de signo positivo y sus problemas actuales. Revista Humanidades Médicas. [Internet]. 2011 [citado 6 Sept. 2016]; 11 (1): 45 - 62. Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/46/20>
2. Zeppelin M. ¿Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico? Revista Altus [Internet]. Jun. 2015 [citado 4Sep. 2016]; (10). Disponible en: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/limitacion-o-adecuacion-del-esfuerzo-terapeutico>
3. Solís García Del Pozo J, Gómez Pérez I. El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas. CuadBioét. [Internet]. Sep.-dic. 2012 [citado 21 Ago. 2016]; 23(3):641-656. Disponible en:

- <http://www.redalyc.org/pdf/875/87525473005.pdf>.
4. Ara Callizo JR. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de la conciencia. EIDON. [Internet]. Dic. 2013 [citado 22 Ago. 2016]; (40):25-38. Disponible en:
<http://revistaeidon.es/index.php/file/getfile/1387468060.eff215fe487a8c2140e e3dc22a20656.pdf/Adecuacion%20del%20esfuerzo%20terap%C3%A9utico%20en%20los%20pacientes%20con%20alteraciones%20cr%C3%B3nicas%20de%20la%20conciencia Dr.%20Ara.pdf>
5. Betancourt Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. Revista Humanidades Médicas. [Internet]. 2011 [citado 4 Sept. 2016]; 11 (2). Disponible en:
<http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/33/56>
6. Herreros B, Moreno-Milán B, Pachón-Jiménez E, Real de Asua D, Roa-Castellanos RA, Valenti E. Terminología en bioética clínica. Revista Médica del IMSS [Internet]. 2015 [citado 26 Ago. 2016]; 53(6):750-761. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lhs&AN=110960654&lang=es&site=ehost-live>.
7. Betancourt Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de atención al adulto grave. Revista Archivo Médico de Camagüey. [Internet]. 2011 [citado 26 Ago. 2016]; 15 (5): 776 - 780. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102552011000500001&lng=es&nrm=iso&tlang=es
8. Gutiérrez Samperio C. Voluntad anticipada en las Unidades de Cuidados Intensivos. Cirujano General [Internet]. Abr.-jun. 2013 [citado 28 Ago. 2016]; 35 (Supl. 2). Disponible en:
<http://www.medicgraphic.com/pdfs/cirgen/cgs132.pdf#page=88>.
9. Estebaranz FJ, Molero MJ, García-Blanca M, Dolores Ruiz J. Estudio de los conflictos de valores presentes en las decisiones clínicas de la práctica hospitalaria, y de las posibles repercusiones en la calidad asistencial percibida de una acción de mejora. EIDON. [Internet]. Dic. 2014 [citado 28 Jul. 2016]; 42. Disponible en:
<http://www.revistaeidon.es/index.php/cha/58/Estudio-de-los-conflictos-de-valores-presentes-en-las-decisiones-cl%C3%ADnicas-de-la-pr%C3%A1ctica-hospitalaria-y-de-las-posibles-repercusiones-en-la-calidad-asistencial-percibida-de-una-accin-de-mejora>
10. Boceta Osuna J, Salgueira Lazo M. Paciente con síndrome cardiorrenal terminal que no acepta una limitación de esfuerzo terapéutico. Análisis del problema ético-clínico. Med Paliat. [Internet]. 2013 [citado 6 Sep. 2016]; 30(20). Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.05.002>
11. Seguras Llanes O, Echevarría Hernández AT, Suárez García M. La hemotransfusión en los Testigos de Jehová como un problema de las Ciencias Médicas. Rev cuba anestesiol-reanim. [Internet]. Abr.-jun. 2013. [citado 26 Ago. 2016]; 12(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S17267182013000200008&script=sci_arttext
12. Monzón JL. Orientaciones sobre la adecuación del tratamiento en pacientes críticos con lesión cerebral aguda. EIDON. [Internet]. Dic. 2013; [citado 28Jul. 2016]; (40):3-24. Disponible en:

- <http://revistaeidon.es/index.php/file/gefile/1387468291.f5d4d302cb9d98f56307f7894d35f8a8.pdf>/Orientaciones%20sobre%20la%20adecuaci%C3%83%C2%B3n%20del%20tratamiento%20en%20pacientes%20cr%C3%83%C2%ADcos%20con%20lesi%C3%83%C2%B3n%20cerebral%20aguda Dr Monz%C3%83%C2%B3n.pdf
13. Betancourt Betancourt GJ, Rivero Castillo JA. Limitación del esfuerzo terapéutico: aspectos religiosos y culturales. Revista Humanidades Médicas. [Internet]. 2015 [citado aSep. 2016]; 15 (1): 145 - 162. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000100009&lng=en&nrm=iso&tIlg=en
14. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. [Internet]. España: MSPS; 2010 [citado 2 Sep. 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/.../UCI.pdf>
15. Rubio O, Sánchez JM, Fernández R. Criterios para limitar los tratamientos de soporte vital al ingreso en unidad de cuidados intensivos: resultados de una encuesta multicéntrica nacional. Med Intensiva [Internet]. Sep. 2013 [citado 2 Sep. 2016]; 37(5):333-338. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/criterios-limitar-los-tratamientos-soporte/articulo/S0210569112002288/>.
16. Bagheri A. Medical Futility: Is a Policy Needed? Journal of Clinical Research & Bioethics [Internet]. Oct. 2014 [citado 28Jul. 2016]; 5(5). Disponible en: <http://omicsonline.org/open-access/medical-futility-is-a-policy-needed-2155-9627.1000e102.pdf>.
17. Cabré Pericas L. Síndrome de fracaso multiorgánico y limitación del esfuerzo terapéutico. REMI [Internet]. Dic. 2004 [citado 4 Sep. 2016]; 4(12). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2004/12/REMIC33.pdf>.
18. Barbero J, Prados C, González A. Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida. Psicooncología [Internet]. 2011 [citado 25 Ago. 2016]; 8(1):143-168. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/21353>.
19. Garrido Sanjuán JA. Los cuidados al final de la vida: documento de recomendaciones. Una aportación desde la bioética a la calidad de la atención sanitaria en Galicia. Galicia Clínica [Internet]. 2013 [citado 29Ago. 2016]; 74(2):51-57. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4275634>
20. Forte DN. Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI. Tesis Doctor en ciencia. São Paulo: Universidade de São Paulo [Internet]. 2011. [citado 27 Jul. 2016]; Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-07122011-124313/pt-br.php>
21. Peiró Peiró AM, Ausina Gómez A, Tasso Cereceda M. Limitación bioética del esfuerzo terapéutico en pediatría. Rev Clin Esp. [Internet]. 2012. [citado 27 Ago. 2016]; (6):305-307. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403302787080>
22. EcuRed. Enciclopedia colaborativa en la red cubana. [Internet]. La Habana: Ecured; c2015 [Actualizado;

- 15 Marz. 2012; citado 18 Ago. 2016]. Thomas Samuel Kuhn. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Thomas_Samuel_Kuhn
23. Coello Valdés E, Blanco Balbeito N, Reyes Orama Y. Los paradigmas cuantitativos y cualitativos en el conocimiento de las ciencias médicas con enfoque filosófico-epistemológico. EDUMECENTRO [Internet]. May.-ago. 2012 [citado 22 Ago. 2016]; 4(2):137-146. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742012000200017&nrm=iso.
24. Cucalón-Arenal JM, Marín-Ibáñez A, Cía-Gómez P, Blay-Cortés MG, y grupo de estudiantes de la asignatura de Estilos de vida. Opinión de los universitarios sobre los cuidados al final de la vida. FEM: Revista de la Fundación Educación Médica. [Internet]. Sep. 2013.[citado 25 Ago. 2016]; 16 (3). Disponible en:<http://scielo.isciii.es/pdfs/fem/v16n3/original17.php>

¹ Doctor en Medicina. Residente de Primer Año de Medicina Intensiva y Emergencias. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Unidad de Cuidados Intermedios. Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba, Código postal 70 700. Email: bgbilbert.cmw@infomed.sld.cu

² Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y de Segundo Grado en Medicina Interna y en Medicina Intensiva y Emergencias, Máster en Urgencias Médicas y en Longevidad Satisfactoria, Profesor Auxiliar. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Unidad de Cuidados Intermedios. Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba, Código postal 70 700.

Recibido: 24 de agosto de 2016

Aprobado: 11 de septiembre de 2016

Los autores no declaran conflicto de interés. Contribuyeron de manera equitativa en la realización del manuscrito.

Gilberto Lázaro Betancourt Reyes. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Unidad de Cuidados Intermedios. Camagüey. Cuba. Email: bgbilbert.cmw@infomed.sld.cu
