

***Capítulo 52. LA BUENA PRÁCTICA DE EMERGENCIA EN EL ANCIANO. Profesionalismo y habilidades de comunicación.**

Ximena Páez M.D.

*Capítulo enviado para publicación en el libro MANUAL DE ATENCION DE URGENCIAS DEL ADULTO MAYOR. SECCIÓN XIII Bioética y Tanatología. Editor: Dr. Alejandro Villatoro, México DF, México, 2014.

Palabras clave: relación médico-paciente, adulto mayor, paciente vulnerable, anciano frágil, autonomía del paciente, atención médica de urgencia, evaluación geriátrica completa.

CONTENIDO

- I. Introducción. La buena práctica médica
- II. El profesionalismo en medicina. Comunicación con el paciente y familia
- III. El anciano en servicios de emergencias. Iniciativas para mejorar su atención.
- IV. Conclusión

“Los pacientes necesitan buenos médicos. Los buenos médicos hacen del cuidado del paciente su primera preocupación: son competentes, actualizan sus conocimientos y habilidades, establecen buenas relaciones con los pacientes y colegas, son honestos, confiables y actúan con integridad.”

General Medical Council
Good Medical Practice 2013. pg. 4.

Estos buenos médicos son los que hacen una buena práctica médica, no necesariamente los que tiene más títulos o más especialidades...

I. Introducción. La buena práctica médica

Actualmente, la medicina en general está pasando por un estado de crisis que se manifiesta por la pérdida de la confianza del público en los profesionales de la salud (Tallis 2006). Los pacientes se quejan, no están satisfechos con los servicios de salud, pero también hay un gran movimiento dentro de la profesión para revertir esta situación. ¿Cómo? Por enfatizar los fundamentos esenciales de la profesión, vigentes desde Hipócrates hasta hoy, que hacen del paciente siempre la prioridad aun por encima de los intereses propios de los servidores de la salud. Sólo practicando un verdadero profesionalismo con conductas que expresan valores: compasión, altruismo, respeto, honestidad, competencia, prudencia, etc. se puede establecer y mantener relaciones beneficiosas entre profesionales de la salud con sus pacientes y familias. Y esta es la única forma de lograr una buena práctica médica.

La atención de salud del grupo etario de los ancianos o adultos mayores no está fuera de esta consideración del profesionalismo (Australian and New Zeland Society for Geriatric Medicine 2008, Banerjee & Conroy 2011, Secretaría de Salud México 2011, The Gerontological Society of America 2012). Estas personas son especialmente vulnerables cuando se enferman y están fuera de su ambiente, están expuestas a mayor riesgo de complicaciones y errores médicos si el personal que lo atiende no está consciente de sus obligaciones prioritarias y de las características particulares de estos pacientes. Es imprescindible tener entrenamiento especial, que generalmente no se obtiene en las escuelas de medicina en pregrado o postgrado, para poder brindar una buena práctica a los ancianos. Por tanto es un deber de instituciones educativas y asistenciales educar y entrenar a estudiantes y profesionales de la salud sobre los problemas de atención del anciano. Esto cobra mucha mayor relevancia si la prestación del servicio es en situaciones de emergencia en las que el personal está sobrecargado de trabajo y todo debe hacerse rápidamente y bien. Es de extraordinaria

importancia en estas circunstancias cómo se aborde al paciente y familia y cómo se entable la comunicación y por ende cómo se establezca o no una relación apropiada para extraer lo más importante de su historia y examen físico a fin de llegar a un diagnóstico y manejo adecuados, respetando los derechos del paciente.

II. El profesionalismo en medicina. Comunicación con el paciente y familia

Muchos de los problemas o quejas de los pacientes, en otras palabras, insatisfacción con el servicio recibido se debe a que el personal de salud ignora o no pone en práctica los principios del profesionalismo (primacía del bienestar del paciente, autonomía del paciente y justicia social) y sus responsabilidades o compromisos (ABIM Foundation et al 2002) desdeñando así la esencial importancia del profesionalismo en la atención médica de calidad.

Para ejercer profesionalmente, se necesita además de la competencia en medicina demostrar a través de conductas valores esenciales como la compasión y el altruismo, pues si el profesional de la salud no se pone en los zapatos del otro y si no antepone los intereses del paciente a los propios, difícilmente será diligente en aliviar el sufrimiento del paciente, en respetar su autonomía y su derecho a participar y a tomar decisiones en su atención.

Uno de los compromisos o responsabilidades del profesionalismo es el de establecer una apropiada comunicación con los pacientes y sus familias que permita el desarrollo de una relación entre iguales con respeto mutuo y donde cada parte cumple con su rol. “La destreza en comunicación es una habilidad clínica central que debe ser enseñada, probada y practicada... que no sólo beneficia pacientes y sus familias sino que puede dar vigor a la práctica profesional...” (Gauntlett & Laws 2008). El personal de salud debe tratar con respeto al paciente y familia, escucharlos e informales en lenguaje comprensible todo lo relacionado con los estados de salud y enfermedad del paciente y animarlos a participar en la toma de decisiones respecto a su salud. Pero esto, desafortunadamente no es lo que se ve con frecuencia sino por el contrario una relación tradicional autoritaria, paternalista, de considerar que el médico es el superior, el que sabe que le conviene al paciente, y éste por su parte está en condición de sumisión, resignado a lo que le depara el destino y que no se atreve a molestar al médico que le está haciendo “el favor” de atenderlo. Los estudiantes y profesionales aprenden lo que ven hacer a sus superiores, y muchas veces los modelos no son buenos o no hay suficientes modelos buenos para aprender profesionalismo. Estas conductas tradicionales tienen consecuencias negativas, favorecen la ocurrencia de eventos adversos que pueden evitarse: los errores médicos.

La ausencia de valores y la falta de respeto a los principios del profesionalismo afectan seriamente la atención del anciano en condición de fragilidad cuando acude a los servicios de emergencia. El público se queja de los médicos de emergencia no por falta de competencia sino por sus fallas en comunicación, y muchas de esas quejas son errores médicos que se originaron por fallas de comunicación (Lloyd et al 2000).

Las deficiencias en comunicación entre personal de salud y pacientes pueden hacer fallar todo el sistema de atención médica y en pacientes ancianos vulnerables esto es

especialmente importante. Los profesionales de la salud no entrenados en atención geriátrica son más autoritarios, tiene menos paciencia y dan menos información. Y por otra parte, el paciente por su proceso normal de envejecimiento puede tener disminución de audición, visión, pérdida de memoria reciente, además de tener múltiples problemas médicos, tomar muchos medicamentos y presentar demencia u otros déficits neurológicos, por lo tanto el anciano enfermo está en condición muy disminuida para la comunicación. Peor aún, si el paciente está en un ambiente no familiar como puede ser un servicio de emergencia, su situación para comunicarse se vuelve realmente muy complicada (The Gerontological Society of America 2012).

Las deficiencias en habilidades de comunicación no están solamente en médicos principiantes no entrenados. Hay estudios que ponen en evidencia esta falla en los profesionales de mayor jerarquía en departamentos de emergencia y que evidencian la necesidad de entrenamiento a todo nivel (Lloyd et al 2000). En áreas críticas no se da mucha atención a habilidades no técnicas, a pesar de que esto puede tener efecto trascendente en los resultados finales y en la satisfacción del paciente. Los médicos de emergencias aprenden las destrezas de comunicación por imitar a los colegas o supervisores con más jerarquía y experiencia. Pero esto no es garantía de buen aprendizaje en comunicación, pues no se discuten las buenas o malas prácticas, solo se copia el modelo. Así que una práctica por largo tiempo no necesariamente asegura una buena comunicación a pesar de que se tenga un alto nivel de competencia técnica (Gauntlett & Laws 2008).

Es una obligación del personal de salud reconocer esta situación y tomar medidas para establecer una comunicación que permita una adecuada relación que resulte en beneficio del paciente en esas circunstancias desfavorables. En los últimos años hay una tendencia positiva para incentivar conductas que tomen en cuenta el estado integral del anciano al hacer lo que se ha llamado una evaluación geriátrica completa del estado funcional, patológico, cognitivo y social del paciente para darle atención apropiada tomando en cuenta las desventajas que tenga para comunicarse (Banerjee & Conroy 2011, Royal College of Physicians 2012).

La preparación del personal en estos modelos de evaluación completa del anciano son para dar confianza, tranquilidad y comodidad al paciente para aminorar las condiciones adversas para la comunicación. Algunas recomendaciones básicas son: evitar hablar al anciano como si fuera un menor, mirarlo de frente, hacer contacto visual, hablar claramente, usar oraciones simples con lenguaje corriente, no usar terminología médica, escuchar genuinamente, usar ayudas sensoriales para ver y oír mejor, verificar que está comprendiendo la información, tomar tiempo extra para comunicarse, hacer el ambiente donde ocurre la comunicación agradable y disminuir el ruido de base en lo posible, limitar la información en una sesión, dar o pedir información en más sesiones si es necesario (Yorkston et al 2010, The Gerontological Society of America 2012).

En el paciente con demencia, obviamente la dificultad para comunicarse es mucho mayor, no puede entender explicaciones, seguir instrucciones, reportar síntomas o necesidades, pedir ayuda ni puede mantener relación con el personal. Esto tiene graves implicaciones en la atención resultante. El personal de salud en estos casos

tiene una mayor responsabilidad de facilitar la comunicación, reunir de otras fuentes información sobre el paciente, interpretar verbalizaciones no claras y anticipar necesidades y situaciones que molesten al paciente. El personal que atiende estos ancianos en emergencias debe estar alerta a las diferentes maneras de comunicarse no sólo la verbal sino dar mucha importancia al lenguaje no verbal expresado como estado de agitación, o agresión que pueden ser una forma de indicar que sus necesidades no se están atendiendo (Frazier-Ríos & Zembrzuski 2005). Para comunicarse con estos pacientes hay que tomar en cuenta recomendaciones adicionales tales como, reducir distracciones en el ambiente, estar consciente del deterioro de la memoria a muy corto plazo y evitar hablar muy lento pues prolonga el tiempo del procesamiento de la memoria, mantener un tono positivo de comunicación suave y con paciencia pues el paciente mantiene capacidad de reconocer el tono de la conversación, usar frases simples y repetirlas si es necesario, hablar con tranquilidad primero y tocar al paciente después para evitar causar temor (Frazier- Ríos & Zembrzuski 2005, The Gerontological Society of America 2012).

Los ancianos en emergencias también traen retos éticos pues se debe precisar si tienen capacidad para dar consentimientos, decisiones anticipadas de recibir o no cuidados médicos extremos y órdenes de no reanimación. Para determinar esta capacidad o competencia del paciente también esencial una comunicación clara y oportuna con el paciente, familia y representantes legales. (Blackmer J. acceso 12/12/13). Rockwood 2006 reclama que se ignora el derecho a la autonomía del paciente en el anciano vulnerable en los servicios de emergencia. Dice este autor que respetar la autonomía no se trata de obtener consentimientos: “He visto más daño por atención inadecuada a nuestras obligaciones de no dañar y hacer el bien que por nuestra falla de obtener consentimientos”. Da un ejemplo, ancianos que consistieron en cirugías que corrigieron sus problemas, pero que los ha dejado con incapacidades físicas o mentales porque su vulnerabilidad no se evaluó adecuadamente en el preoperatorio. De lo que se trata, es de reconocer la fragilidad de los ancianos, que pueden ser competentes para tomar decisiones autónomas cuando están en su ambiente y no están enfermos, pero que su capacidad de autonomía está disminuida cuando se enferman y están en ambientes asistenciales. Una respuesta a esto sería reflexionar en lo que es verdaderamente el profesionalismo y qué es lo que se hace a diario, esto sugiere podría hacer la diferencia entre una buena y una mala práctica (Rockwood 2006).

La queja de los pacientes y familiares de no lograr adecuada comunicación con el personal de salud con sus nefastas consecuencias demuestra la falta de entrenamiento y supervisión en habilidades de comunicación. Esto enfatiza la imprescindible necesidad de enseñar en medicina la utilización correcta de todas las formas de comunicación (Petra-Micu 2012). Se debe conocer bien la comunicación verbal: oral y escrita, la comunicación no verbal: lenguaje corporal, gestos, expresiones faciales, postura etc. además de saber escuchar. Lamentablemente es muy poco el tiempo dedicado en pregrado y postgrado a enseñar, supervisar y evaluar las habilidades de comunicación. Por tanto habrá serias deficiencias de los profesionales en circunstancias difíciles de comunicarse como cuando hay que pedir consentimientos, dar malas noticias, hablar sobre pronósticos en situaciones críticas y como en el caso

que nos ocupa, comunicarse con pacientes ancianos vulnerables en servicios de emergencias. Pero cuando el profesional ha sido entrenado estará dotado de una herramienta invaluable para la buena práctica que dará satisfacción a pacientes, familias y a los mismos profesionales de la salud (Petra-Micu 2012).

III. El anciano en servicios de emergencias. Iniciativas para mejorar su atención.

La población de adultos mayores va en crecimiento en todas partes y esta tendencia seguirá en las próximas décadas. Esto implica que los servicios médicos deben prepararse para atender apropiadamente más gente: adecuar los ambientes y entrenar al personal (Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine 2008, Banerjee & Conroy 2011, The Gerontological Society 2012. Según el American College of Emergency Physicians los profesionales tienen la responsabilidad de practicar una medicina de emergencia actualizada y además deben exhibir los valores del profesionalismo (American College of Emergency Physicians 2008). Sin embargo, en los servicios de emergencia, los equipos de salud que están sobrecargados de trabajo, deben poner en práctica conocimientos y habilidades especiales para atender integralmente con rapidez a pacientes ancianos física, cognitiva y socialmente muy vulnerables, lo que no es fácil (Royal College of Physicians 2008).

Los adultos mayores necesitan más atención en departamentos de emergencia, pero hay carencia de comprensión de estas necesidades. Una trabajadora social en su blog hace un relato muy descriptivo de la situación que puede verse en servicios de emergencia en un hospital de enseñanza americano. La mayoría de los pacientes son mayores de 60 años, el personal está muy ocupado, pero la atención no es la esperada por los pacientes. Muchos ancianos están solos, y necesitan ayuda de alguien que les haga comprender lo que los médicos les dicen y les hacen. Muchos están confusos y agitados y no tienen familiares que los apoyen y no son capaces de expresar sus necesidades básicas. Aunque el personal está acostumbrado al gran flujo de pacientes ancianos es poco probable que hayan recibido entrenamiento geriátrico. Estaba claro que tanto pacientes como familiares no estaban bien informados de lo que está ocurriendo con su atención médica (N Obrian 2011). Los pacientes ancianos usan con mayor frecuencia los servicios de emergencia por su mayor riesgo de accidentes y complicaciones médicas que los pacientes jóvenes, probablemente viven solos, esperan más en las emergencias y tienen mayor probabilidad de patologías serias con presentaciones atípicas. Llegan a la emergencia con problemas inespecíficos: inamovilidad, incontinencia y sepsis, más múltiples enfermedades coexistentes, polifarmacia e inadecuado acceso a la información. Tienen alta prevalencia de deterioro cognitivo, disminución sensorial auditiva, visual, presencia de delirio y circunstancias sociales complejas. Por tanto, el anciano puede tener más dificultad en comunicar de manera precisa sus problemas. (Burns 2001, Australia and New Zealand Society for Geriatric Medicine 2008, Dawood et al 2011).

En los servicios de emergencia en general, el personal de salud no tiene educación especializada para atención de ancianos vulnerables y por tanto es difícil dar buena atención a estos pacientes cuyo manejo requiere tiempo. Por tanto, es mandatorio

promover atención de calidad en urgencias que sea apropiada a las demandas del paciente anciano que le permita egresar con suficiente independencia y en el tiempo apropiado (Burns 2001, Dawood et al 2011, Royal College of Physicians 2012). Es crucial entonces el entrenamiento continuo y desarrollo profesional para el fomento de una buena práctica en servicios de emergencia. Para esto se debe disponer de tiempo para enseñanza y de recursos (Dawood et al 2011).

Países, servicios de salud, universidades, departamentos de emergencia, grupos profesionales, fundaciones etc. han comprendido esta urgente necesidad de dar instrucciones, guías y entrenamiento al personal de salud así como adecuar los servicios médicos a las demandas de este grupo de pacientes ancianos vulnerables a fin de reducir errores, readmisiones, largas estadías en hospitalización y en fin, disminuir resultados indeseables de su atención médica y lograr una buena práctica. En el Reino Unido han elaborado un muy completo manual de atención del anciano en emergencias “The Silver Book” con énfasis en el trabajo multidisciplinario, evaluación geriátrica completa, mejor comunicación, manejo de síndromes de fragilidad como confusión, caídas y polifarmacia (Banerjee & Conroy 2011). En Australia y Nueva Zelandia también tienen guías para el manejo en emergencias (Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine 2008) en la que insisten que la calidad de la atención no debe variar entre jóvenes y mayores, debe identificarse a ancianos a riesgo de malos resultados luego del alta, debe hacerse evaluación psicosocial y cognitiva antes del alta. Sociedades de anestesiólogos también han elaborado guías para prestar un mejor servicio y mejores resultados a pacientes ancianos que van a cirugía electiva (Dodds et al 2013). Un paso más adelante se lleva a cabo actualmente en el Reino Unido al seguir las recomendaciones de las guías de establecer áreas especiales “*Emergency Frailty Unit*” dentro de las salas de emergencia para hacer evaluaciones geriátricas completas (EGC) con resultados promisorios y sin mayor costo (Conroy et al 2013). La EGC se define como “proceso diagnóstico interdisciplinario multidimensional para determinar las capacidades funcionales, psicológicas y médicas de un anciano vulnerable a fin de desarrollar un plan integrado y coordinado de tratamiento y seguimiento a largo plazo” (Conroy et al 2013). Esta evaluación integral hace énfasis en solucionar problemas, en el estado funcional y pronóstico del paciente con el propósito de restaurar su independencia y aliviar el estrés. En el preliminar estudio de Conroy y col. la incorporación de EGC en servicios de emergencia está asociada con mejores tasas de alta y reducción de readmisiones en ancianos. Experiencias similares con soluciones a la situación de ancianos en servicios de emergencia son relatadas también en su blog por la trabajadora social americana mencionada anteriormente. Habla ahora del surgimiento de modelos de servicios de emergencia geriátricos que ofrecen mejor atención al anciano al reconocer los profesionales que los adultos mayores tiene necesidades diferentes a las de los pacientes adultos jóvenes. En una unidad modelo además de lo básico de pocas camas, luz natural, colores suaves etc., sobre todo hay entrenamiento del personal médico, de enfermería, de farmacia y trabajadores sociales. En estos hospitales se ha logrado también reducción del porcentaje de readmisiones (Obrien 2011).

En México, la presente iniciativa de ofrecer este completo manual de urgencias para el anciano, sigue esta corriente de guiar y estimular al personal de salud para prestar un servicio profesional que se adapte a las necesidades de atención del adulto mayor. Este manual viene a completar y extender la guía existente de valoración gerontogeriatrica integral dedicada al adulto mayor ambulatorio (Secretaría de Salud México 2011).

IV. Conclusión

La buena práctica en el anciano no difiere de la atención de calidad a la que tiene derecho todo paciente, sin embargo las peculiaridades del adulto mayor hace que cobren mayor importancia algunas de las obligaciones de los profesionales de la salud, como el deber fundamental de establecer una comunicación adecuada con el paciente y familia que no se restringe al informar sobre la enfermedad sino a establecer una adecuada relación al tomar en cuenta las diferencias de estos pacientes debidas al envejecimiento que disminuye por ejemplo las capacidades funcionales sensoriales auditiva y visual, de locomoción así como su capacidad intelectual. Estas capacidades pueden estar más afectadas aún por múltiples enfermedades y por la acción de drogas. Esto interfiere con el ejercicio pleno de la autonomía para participar en la toma de decisiones en lo que respecta a la salud. En la situación de emergencia, esto puede estar agravado aún más por afectación del nivel de conciencia, por estar aislado o sin la presencia de familia o representantes legales que puedan ayudar a la toma de decisiones, esto aunado a la falta de servicios de emergencia adecuados y personal entrenado en la atención del paciente anciano y frágil. Esta situación demanda la urgente necesidad de disponer de personal entrenado y de servicios de emergencia adecuados a las necesidades del paciente anciano. Aquí es donde el verdadero profesional, los servicios de salud e instituciones educativas responsables deben demostrar su compromiso con los valores de respeto, compasión, altruismo y honestidad expresados en una atención de salud eficiente e integral adecuada a las necesidades del paciente anciano.

Bibliografía

ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 2002;136:243-246.

American College of Emergency Physicians. Emergency physician rights and responsibilities. 2008. Disponible en: <http://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Emergency-Physician-Rights-and-Responsibilities/> Acceso: 13/12/ 2013.

Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine. Position Statement N° 14. The management of older patients in the emergency department. 2008.

Banerjee J, Conroy S. Quality standards for the care of older people with urgent and emergency care needs: "The Silver Book". British Geriatrics Society, London. 2011.

Blackmer J. Ethical issues in the care of the elderly. Disponible en: http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/WhatWePublish/LeadershipSeries/English/pg23EC.pdf Acceso: 12/12/2013.

Burns E. Older people in accident and emergency departments. Age and Ageing 2001; 30-S3:3-6.

Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J, Mason S, Banerjee J. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the "Emergency Frailty Unit". Age and Ageing 2013;0:1-6.

Dawood M, Dobson A, Banerjee J. Treatment of older people in emergency departments. Emergency Nurse 2011;19:18-19.

Dodds C, Foo I, Jones K, Singh SK, Waldmann C. Peri-operative care of elderly patients - an urgent need for change: a consensus statement to provide guidance for specialist and non-specialist anaesthetists. Perioperative Medicine 2013;2:6. Disponible en: <http://www.perioperativemedicinejournal.com/content/2/1/6> Acceso: 16/12/2013.

Frazier-Rios D, Zembruski C. Communication difficulties: assessment and interventions. Dermatology Nursing 2005;17:319-320.

Gauntlett R, Laws D. Communication skill in critical care. Continuing education in Anaesthesia, Critical Care & Pain 2008;8:121-124.

General Medical Council. Good medical practice. 2013. Disponible en: www.gmc.uk.org/static/documents/content/GMP_213.pdf 51447599.pdf Acceso: 12/13/2013.

Lloyd G, Skarratts, D, Robinson N, Reid C. Communication skills training for emergency department senior house officers-a qualitative study. J. Accid. Emerg. Med. 2000;17:246-250.

Obrien-Suric N. Unheard voices in the emergency room. June 28, 2011. Disponible en: <http://www.jhasrtfound.org/blog/unheard-voices-in-the-emergency-room/> Acceso_ 15/12/2013.

Obrien-Suric N. Building a better emergency department for older people. September 8, 2011. Disponible en: <http://www.jhartfound.org/blog/building-a-better-emergency-department-for-older-people/> Acceso: 15/12/2013.

Petra-Micu IM. La enseñanza de la comunicación en medicina. Inv. Ed. Med. 2012;1:218-224.

Rockwood K. Capacity, population aging and professionalism. Can. Med. Assoc. J. 2006;174:1689.

Royal College of Physicians. Acute care toolkit 3. Acute medical care for frail older people. March 2012. Disponible en: <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/acute-care-toolkit-3.pdf> Acceso: 13/12/2013.

Secretaría de Salud México. Guía de práctica clínica para la valoración geronto-geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio. 2011. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491_GPC_valoracixn_geronto-geriatrica/IMSS-491-11-GER_Valoracixn_geronto_geriatrica.pdf Acceso: 13/12/2013

Tallis RC. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Clin Med 2006;6:7-12.

The Gerontological Society of America. Communicating with older adults. An evidence-base review of what really works. 2012. Disponible en: http://www.agingresources.com/cms/wp-content/uploads/2012/10/GSA_Communicating-with-Older-Adults-low-Final.pdf Acceso: 13/12/2013.

Yorkston KM, Bourgeois MS, Baylor CR. Communication and aging. Phys Med Rehabil Clin N Am 2010;21:309-319.

Ximena Páez M.D.

Médico Internista, Investigador en Neurociencias. Profesor Titular, Laboratorio de Fisiología de la Conducta, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. Coordinadora Comité de Bioética del Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes (CDCHTA) Universidad de los Andes.
pacap@ula.ve