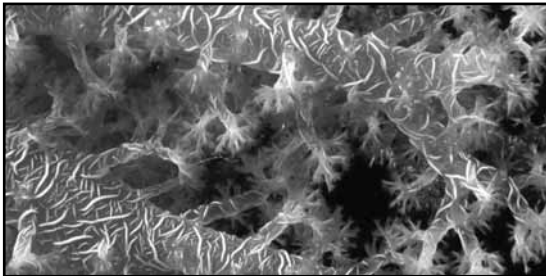


MODELO DE SIMULACIÓN ALTERNATIVO PARA LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ENFERMERÍA: PELÍCULA CINEMATOGRÁFICA

Luis Suárez Quirós* Covadonga Ramón Lavandera**

**Profesor Enfermería Comunitaria*

***Profesora de Metodología de Enfermería
E. U. Enfermería de Gijón*



ALTERNATIVE MODEL OF SIMULATION FOR THE ACCOMPLISHMENT OF NURSING CLINICAL EMPLACEMENTS: CINEMATOGRAPHIC FILM

SUMMARY

PURPOSE: The aim of this project is to value the utility of a film as a complementary model of simulation to the reality, getting to observe situations related to the process of health and illness, its influence in health patterns, the ways to satisfy the needs felt or perceived by people, as well as, determined aspects related to the context, specially the relationships established between the main caregiver and the person who receives the cares.

MATERIAL: For the accomplishment of the work, the film that has been used is: "Mar a dentro" that narrates the real story of a person who after suffering an accident, becomes unable, totally dependent of the people around him.

METHOD: Gordon's health functional patterns are used for the analysis, considering the dialogues between the personages, the observation of the context where the situation is carried out and the relationships between the main caregiver and the dependent person.

*"Borrar el pasado puede hacerse.
No es sino cosa de olvidar de lamentar y de retractarse.
Pero lo que no se puede evitar es el futuro".
Oscar Wilde*

*"Qué son dos metros para un humano, para mí, son necesarios para llegar a ti, poder tocarte, es un viaje imposible, una quimera, un sueño, por eso me quiero morir".
Ramón Sampedro*

RESULTS: It is an extended nuclear family constituted by five members, one of which is a person totally unable in its autonomy, whose sister acts as the main caregiver.

In the personal valuation of Ramon Sanpedro, as the central starring of this film, the following patterns have been detected: the metabolic nutritional; elimination; activity/exercise; cognitive/perceptive; self-perception/self-concept; role/human relationships; sexuality/reproduction; facing problems/tolerance to stress; values/beliefs.

CONCLUSIONS: The use of films as models of simulation of the reality allow to the student the accomplishment of practical experiences suitable in the learning process, determining the observation of the health-illness process, in scenes of great realism and, also the interactions of people and their behaviours in diverse situations.

The analysis of films constitutes an interesting way of learning when the acts analyzed are necessary in the human care that serves for the maintenance of life and the special relationships established when taking care of another person.

KEY WORDS: Pedagogical material. Model of simulation. Anthropological method. Familiar valuation. Process of health and illness. Health

Functional patterns. Disfunctional patterns. Nursing Diagnoses. Care. Informal care. Barden. Personal interaction.

RESUMEN

OBJETIVO: La finalidad de este trabajo es valorar la utilidad de una película como modelo de simulación complementario a la realidad, permitiendo observar situaciones relacionadas con el proceso salud-enfermedad, su influencia en los patrones de salud, las maneras de satisfacer las necesidades sentidas o percibidas por los personajes, así como, determinados aspectos relacionados con el contexto, especialmente las relaciones que se establecen entre el cuidador principal y la persona que recibe los cuidados.

MATERIAL: Para la realización del trabajo se ha utilizado la película “Mar adentro”, que narra la historia real de una persona que después de sufrir un accidente, se convierte en tetrapléjico, totalmente dependiente de las personas que le rodean en el mantenimiento de su vida.

MÉTODO: Se utilizan para el análisis los patrones funcionales de salud de M. Gordon, teniendo en cuenta los diálogos entre los personajes, la observación del contexto donde se lleva a cabo la acción y las relaciones que se establecen entre el cuidador principal y la persona cuidada.

RESULTADOS: Se trata de una familia nuclear ampliada constituida por cinco miembros, uno de los cuales es una persona totalmente dependiente, que tiene como cuidadora principal a su cuñada.

En la valoración personal de Ramón Sanpedro, que así se llama el personaje central de la película, se han encontrado los siguientes patrones disfuncionales: El nutricional metabólico. Eliminación. Actividad/ejercicio. Cognitivo/perceptivo. Auto-percepción/autoconcepto. Rol/relaciones. Sexualidad/reproducción. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Valores/creencias.

CONCLUSIONES: La utilización de películas como modelos de simulación de la realidad permite al estudiante la realización de experiencias prác-

ticas de gran utilidad en el proceso de aprendizaje, favoreciendo la observación de los procesos de salud-enfermedad, en escenarios de gran realismo y, también, las interacciones de las personas y sus conductas en diversas situaciones.

Constituyen un medio muy interesante cuando se analizan los actos que son necesarios en el cuidado humano que sirven para el mantenimiento de la vida y la relaciones especiales que se establecen al cuidar a otra persona.

PALABRAS CLAVES: Material pedagógico. Modelo simulación. Método antropológico. Valoración familia. Proceso salud-enfermedad. Patrones funcionales de salud. Patrones disfuncionales. Diagnósticos Enfermería. Cuidado. Cuidado informal. Burden. Interacción personas.

INTRODUCCIÓN

Las fuentes históricas de tipo cualitativo entre las que se encuentran las culturales: verbales (escritas/orales) y no verbales (semiológicas/audiovisuales), según Aróstegui, (1995), pueden ser utilizadas en la investigación histórica de enfermería, “constituyen un material de trabajo ineludible para los historiadores”, (Siles, 1999) y, también, como materiales pedagógicos en la educación para la salud, (Siles, 2000) y como modelos simulados para las prácticas de los estudiantes (Siles, 1993).

El material biográfico utilizado puede ser muy diverso, incluyendo: “biografías, diarios, cartas, necrológicas, historias de vida, relatos de vida, historias de experiencias personales, historias orales e historias personales”, (Plumer, 1989). En el caso de historias de la vida, estas deben ser tomadas “en sentido amplio que ha englobado las autobiografías definidas como vidas narradas por quienes las han vivido, o informes producidos por los sujetos sobre sus propias vidas y las biografías entendidas como narraciones en las que el sujeto de la narración no es el sujeto final de la misma (...). Asimismo, se pueden utilizar historias de vida para designar tanto relatos de toda una vida como narraciones parciales de ciertas etapas o momentos biográficos (...), (Sarabia, 1985).

El auge en nuestros días del cine y la televisión, han llevado a estos medios audiovisuales las correspondientes versiones autobiográficas o biográficas de las vidas de personas que han padecido o padecen enfermedades. El cine cuando trata aspectos de la vida real de los seres humanos, es una expresión muy eficaz a través de la cual se pueden describir las experiencias de las personas en distintos momentos de sus vidas y en las variadas situaciones relacionadas con el proceso de salud-enfermedad. A partir de las escenas de realismo que aportan determinadas películas, éstas permiten su utilización como materiales didácticos para la formación de los estudiantes de enfermería e, incluso, de los propios profesionales de la salud.

Las series de televisión y las películas de contenido biográfico constituyen un material de primera magnitud para el estudio antropológico de los cuidados. Las narraciones biográficas que describen las experiencias de los personajes, permiten una comprensión profunda de las circunstancias por las que pasan las personas en la vida, y, es en ese contexto de esfuerzo hermenéutico, donde la obra narrativa revela su potencial pedagógico y antropológico, (Siles, J. 2000).

Es en este sentido, en el que las películas permiten analizar, reflexionar, comprender e interpretar el significado de las experiencias de cada individuo, relacionadas con su salud y con la enfermedad. Experiencias que abarcan tanto a la persona que padece la enfermedad, como a la de sus familiares y amigos. “El sentido de las acciones dependen de la intencionalidad de los actores y de sus interpretaciones” (Siles, J. 2000).

El objetivo de este trabajo es el de valorar la utilidad de una película como modelo de simulación complementario a la realidad, permitiendo observar situaciones relacionadas con el proceso de salud y enfermedad, su influencia en los patrones de salud, las formas de satisfacción de las necesidades sentidas o percibidas por los personajes, así como, determinados aspectos relacionados con el contexto, especialmente las relaciones entre el cuidador principal y la persona que recibe los cuidados.

El uso de textos autobiográficos, como modelo simulado al realizar prácticas en el proceso de

resolución de problemas de enfermería, se ha utilizado en el caso de pacientes terminales y (...) constituyen un puente entre la teoría y la realidad acercando la experiencia del paciente al estudiante, (Siles, 1993).

La utilidad pedagógica del modelo propuesto servirá tanto para los estudiantes de enfermería, como paso intermedio y previo para la valoración de enfermería en personas dependientes y la de los cuidadores informales y, también, para las enfermeras como material pedagógico en su formación de postgrado.

El modelo que se utiliza como material pedagógico es la película: “Mar adentro” de Alejandro Amenabar que narra la etapa final de la vida de una persona tetrapléjica. La película se basa en la obra escrita por el protagonista de la historia Ramón Sampedro, persona que intentaba desesperadamente dar a conocer su situación y pedía el derecho a la eutanasia (Sampedro 1996).

En el estudio antropológico de los cuidados, la observación es una herramienta de gran utilidad que permite captar con detalle una situación real; en este caso, se utilizarán las técnicas de observación, aplicadas a una situación simulada. El tipo de observación que se realice dependerá del paradigma utilizado por el estudiante y debe realizarse “desde una perspectiva superadora de las limitaciones neopositivistas (...) y que adopte un enfoque hermenéutico considerando la naturaleza de las situaciones de salud-enfermedad como realidades complejas que deben estudiarse holísticamente (Siles 1995).

Por otra parte, para poder entender todos los aspectos relacionados con el cuidado, es necesario tener presente los dos planteamientos filosóficos fundamentales que respaldan el cuidado, uno es el humanista que considera como elemento central el respeto al ser humano y, el otro, la filosofía existencialista que abre la puerta a los planteamientos de interaccionismo simbólico.

El interaccionismo simbólico reposa sobre tres premisas básicas, (Blumer 1982): 1) La conducta social que se ha de entender basada en los significados que las cosas tienen para las personas; 2) Los significados se aprenden en la interacción con los demás. El significado está vinculado a la situación; 3) El significado no es permanente ni estable, cam-

bia al modificarse las circunstancias. Es desde el punto de vista del interaccionismo simbólico desde donde podemos comprender las razones que impulsan a las personas a hacer o a tener determinados comportamientos, comportamientos como consecuencia de sus experiencias personales, de las situaciones que está viviendo de los significados de los que se disponga y de como este considera su situación.

Las enfermeras tienen que considerar los significados que los usuarios atribuyen a sus situaciones, esto les permite comprender mejor a sus clientes, conocer cuáles son sus necesidades y planificar y efectuar un cuidado individualizado y adaptado a la propia persona y sus demandas.

La película facilita la observación de una etapa de la vida del protagonista, la experiencia que ha vivido, las situaciones y los significados atribuidos a mismas. Esta observación, nos permite entender el comportamiento de un ser humano que no puede moverse con autonomía, tiene una dependencia total por lo que considera que su vida no tiene sentido en esas circunstancias, el significado que él atribuye a su dependencia total. Se plantea con gran claridad las relaciones que se establecen con su cuidadora principal y determinadas situaciones de conflicto que se producen durante la convivencia con las personas que le rodean.

El contexto social donde tiene lugar las actividades relacionadas con el cuidado es muy significativo, influye directamente en el tipo de cuidado que se realiza y en este caso se observa en el seno de un grupo familiar de la Galicia rural. El modelo actual de familia nuclear, formado por el padre, la madre (o los que pueden ejercer esta función), los hijos y, en ocasiones, los abuelos y parientes próximos, donde cada uno tiene unas funciones bien delimitadas, siendo las relaciones afectivas entre ellos el vínculo más potente, (Macías, 1994).

La madre en la familia tradicional tiene la función de cuidar, ella es la responsable de los cuidados del grupo familiar y específicamente de las personas dependientes que conviven en el seno de la familia y lo hace de un modo especial aportando amor, ternura y comprensión.

Para manejar de los datos que permitan a las enfermeras conocer las necesidades de cuidados de las personas que precisan de los servicios de enfermería es necesario realizar una valoración que per-

mite el conocimiento de la situación inicial y continuada a lo largo de todo el proceso de salud de las personas y las repercusiones que se producen en el seno del grupo familiar.

No hay consenso sobre el tipo de datos que es necesario recoger en la realización de una valoración familiar. Sin embargo, determinada información proporciona una imagen general que es útil para identificar los problemas y necesidades de salud de la familia, como son: las características familiares, factores socio-económicos, factores ambientales e historia clínica y de salud, (Sánchez, 2000).

Con respecto a las características familiares, es preciso identificar el tipo de familia según la clasificación del modelo de la OMS modificado por De la Revilla (1994), en qué etapa del ciclo vital se encuentra y, sin duda, en el caso de la existencia de miembros de la familia en situación de dependencia, quién o quienes son las personas encargadas de sus cuidados.

El tener información relacionada con los factores socio-económicos y ambientales es de gran interés para los profesionales de la salud, especialmente en el caso de situaciones económicas comprometidas, así como, conocer el nivel cultural de los miembros de la familia y las condiciones de habitabilidad de la casa residencia. Además, es importante conocer la historia clínica y de salud de cada uno de sus miembros y en particular cuáles son los hábitos y costumbres con respecto a las prácticas sanitarias básicas y, especialmente, los principales problemas de salud de cada uno de los integrantes del grupo familiar.

Cuando en el seno de la familia hay algún individuo que especialmente requiere los servicios de enfermería, se necesita realizar una valoración individual, pudiendo utilizarse en la misma diversos instrumentos de valoración específicos, en esta ocasión se maneja el marco de valoración establecido para los patrones funcionales de salud de (Gordon, M. 1996).

El término patrón funcional de salud, se define como: “una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo” (Gordón, 1996). Es la secuencia de comportamientos, más que los hechos aislados, lo que permite a la enfermera realizar el juicio clínico en el que identificará los patrones disfunciona-



les (diagnósticos enfermeros). Es a partir de la recogida selectiva de información con lo que se efectúa la construcción mental del patrón, siendo fundamental la entrevista individual en la que se tiene especial atención a la descripción del propio cliente y sus expresiones “literales”, la exploración física y las observaciones efectuadas por la enfermera.

Es necesario valorar todos y cada uno de los once patrones de salud, que constituyen una división artificial del funcionamiento integral humano, porque no pueden ser entendidos de manera aislada. Los patrones están “interrelacionados, éstos son interactivos e independientes” (Gordón, 1996).

Saber efectuar una adecuada valoración de cada uno de los once patrones funcionales, reconocer los patrones disfuncionales y las interrelaciones que existen entre ellos, son habilidades imprescindibles para identificar los problemas del usuario.

El cuidado asociado profesionalmente a la enfermería, no es una actividad exclusiva de las enfermeras. Cuidar es una actividad humana, (Hughes 1971), actividad fundamental para el mantenimiento de la especie, cuidar es fundamental para “... la protección de la dignidad humana y la conservación de la humanidad, (Watson 1988). El cuidado como actividad doméstica ha sido tradicionalmente una actividad realizada por mujeres, (Gram., 1983). Para distinguir el cuidado que realizan las enfermeras, del cuidado no remunerado que proporciona la familia, los vecinos o los parientes, se denomina a este último cuidado informal o familiar. Y se realiza cuando hay una nece-

sidad de cuidado personal en las personas dependientes que pertenecen al grupo familiar y este es fundamental para que puedan permanecer en el hogar (Domínguez 1999).

El cuidado informal es realizado principalmente en nuestra sociedad por mujeres, es necesario conocer, en este caso, que influencia tiene en el mismo las mujeres y, también, los aspectos éticos del mismo.

El análisis de la ética del cuidado requiere considerar, previamente, los patrones de desarrollo moral de los seres humanos. Según Carol Gilligan, plantea la posibilidad de un patrón de desarrollo moral asociado al género femenino, basado en la responsabilidad personal asumida en las interacciones con otros individuos (Feito, 2005).

Nodding (1984), teniendo en cuenta el supuesto de Gilligan, propone una teoría ética que incluye el cuidado como elemento fundamental, estableciendo una distinción entre el cuidado “ético” y el cuidado “natural”. Manifiesta que el cuidado natural, se aprende en el núcleo familiar, es en su seno donde hay una relación humana, una respuesta afectiva básica que el ser humano experimenta. Desde ese cuidado natural, se produce una expansión hacia la preocupación por las otras personas que le llevará al cuidado ético. Es una preocupación por uno mismo que se transforma en cuidado del otro.

Existe la apreciación, de que esta preocupación por el cuidado, “es algo asequible a todas las personas, aunque es más apropiado de la experiencia femenina en la medida que se deriva del cuidado recibido” (Feito, 2005).

Relacionado con el cuidado, Noddings (1984) incorpora tres elementos fundamentales: la receptividad (receptivity), referida directamente con la aceptación de la persona cuidada por parte del cuidador; la conexión (relatedness), establecida al existir una relación en la que se generan unas respuestas del cuidador ante las demandas de la persona cuidada; y la respuesta o sensibilidad (responsiveness), es un compromiso que adquiere el cuidador hacia la persona cuidada, compromiso que supone para el cuidador la ejecución de unas tareas que favorecen su realización personal.

La conexión que se establece entre el cuidador y la persona cuidada es de naturaleza especial, hay

una reciprocidad, en la que se produce un nivel de intimidad muy estrecho, hasta el punto de considerar que “el cuidar trata sobre el amor”, (Tschundin 1986), o como “un trabajo de amor”, (Graham 1983). En el caso del cuidado informal, esa estrecha relación se sustenta para la persona que se está cuidando en un vínculo de parentesco afectivo- amoroso y es de crucial importancia en el cuidado (Cuesta 2004).

El cuidar está relacionado con determinadas características que tienen que ver con la ética humana, conocidas como “las cinco C del cuidar” y que son: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso, (Roach, 1987). Siendo todas ellas de gran trascendencia, es necesario resaltar dos: la compasión y el compromiso. La compasión como “reconocimiento del otro como persona y la respuesta vivencial de solidaridad, derivada de la experiencia personal”; y el compromiso, en el sentido de “respuesta afectiva que se refiere a la convergencia del deseo personal y la obligación elegida”. El “sentir con” que se manifiestan en unos valores que determinan la acción del cuidar: “la receptividad hacia el otro, la relación con él y la respuesta a sus demandas”, (Feito, 2005).

Otro aspecto interesante es el impacto físico y psicológico que repercute en la persona encargada de realizar las tareas de cuidado relacionadas con la(s) persona(s) dependiente(s). Se utiliza el concepto de *burden* o carga para referirse al impacto que tiene en el bienestar del cuidador la responsabilidad de proporcionar cuidados (Montorio 1999). El cuidado de una persona con dependencia total supone una carga física y psicológica muy seria para la persona encargada de realizar el cuidado, afectando a las diferentes esferas de su vida y llegando, en determinados casos, a mermar su salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se necesita que los participantes tengan una formación previa relacionada con la valoración familiar y, también, con la utilización de los patrones funcionales de salud.

Se proyecta la película titulada “Mar adentro”. En primer lugar, se hace una proyección completa con la finalidad de tener una visión general de la

película y a continuación, se realizan proyecciones parciales, dejando un período de tiempo entre cada segmento, con la finalidad de poder escribir los textos más significativos de los diálogos de los personajes y las observaciones de mayor interés, según los objetivos que previamente se han descrito a los alumnos.

Se pretende aplicar el método antropológico al texto cinematográfico, utilizando como modelo una adaptación de la secuencia propuesta en el método antropológico de los cuidados, (Siles, 2000). La secuencia propuesta consiste en: 1) Observación sistemática. Lectura sistemática del texto; 2) Análisis de contenido utilizando como categorías los patrones funcionales de salud; 3) Análisis y tratamiento de los datos obtenidos, identificando las necesidades de salud y los posibles diagnósticos de enfermería.

Los estudiantes deberán percibir los datos más significativos del grupo familiar, los comentarios y expresiones de Ramón Sampedro, las informaciones aportadas por los personajes principales, las relaciones familiares y, especialmente, la relación e interacción entre la cuidadora principal y la persona cuidada.

Es importante señalar el enorme interés que tiene para los participantes el realizar una minuciosa observación del contexto y las situaciones de cuidado que narra la película, así como, las expresiones verbales y no verbales de los personajes, puesto que estas expresiones son de enorme utilidad para valorar los patrones funcionales que permitirán identificar posteriormente las hipótesis diagnósticas relacionadas con el caso.

RESULTADOS

Los nombres y las abreviaturas establecidas para la identificación de los personajes de interés y para el estudio son los siguientes: Ramón Sampedro (Rs). Manuela (M) su cuñada y cuidadora principal. José (J) su hermano. Javier (Ja) su sobrino y cuidador ocasional. Abuelo (A), padre de Ramón Sampedro. Rosa (R), amiga. Julia (J), abogada y amiga. Gené (G), miembro activo de la asociación pro-eutanasia. Padre Francisco (PF) un jesuita.

Descripción del grupo familiar: Es una familia nuclear ampliada, compuesta por cinco miembros:

el padre, la madre, un hijo adolescente, el abuelo y el tío (persona dependiente). La familia se encuentra en la etapa del ciclo vital de final de la extensión, que corresponde con la etapa de desarrollo en la que tiene gran importancia la educación del hijo adolescente.

La familia parece tener unas condiciones económicas limitadas, sólo perciben una pequeña pensión RS y los recursos aportados para la actividad agrícola de la familia. La vivienda es típica del medio rural de Galicia, unifamiliar, de varias plantas y aislada de otras viviendas. Tiene un índice de hacinamiento de uno que es el adecuado para los integrantes familiares, con serias barreras arquitectónicas para acceder al baño y al exterior de la casa. El baño no reúne las condiciones necesarias para poder atender a una persona del tipo gran dependiente. No parece que tengan ningún aparato que permita la movilización de la persona dependiente (no hay grúas, ni camillas especiales), únicamente tienen una silla de ruedas que no se utiliza habitualmente y no es la adecuada para una persona tetrapléjica. Tampoco hay una cama adaptada, ni los dispositivos antiescara que se precisan para este tipo de personas. No hay problemas aparentes de higiene en la vivienda y existe una separación correcta entre el lugar donde residen los miembros de la familia y los animales domésticos.

Se desconoce el estado de salud de los miembros de la familia, como el nivel de vacunación de los integrantes familiares, percepción y actitudes relacionadas con la salud.

Datos de valoración de Ramón Sampedro: Los datos más relevantes del personaje principal que se pueden obtener después de la proyección cinematográfica, ordenados según los diferentes patrones funcionales, son los siguientes:

P-1.- PERCEPCIÓN-MANEJO SALUD

Se trata de un varón, de aproximadamente unos 45 años de edad, que ha sufrido un accidente que le causó la fractura de las primeras vértebras cervicales y su correspondiente lesión medular y, como consecuencia de las secuelas, padece una tetraplejia que le imposibilita el movimiento corporal y la sensibilidad en todo el cuerpo, a excepción de cabeza, cara y cuello .

Antecedentes familiares: sólo se conoce el fallecimiento de su madre (causa desconocida).

Antecedentes personales: antes del accidente, era un joven de 19 años de edad, que trabajaba de marinero, y había recorrido el mundo debido a su trabajo, tenía novia y hacía una vida normal para su edad. Se desconoce patología infantil y no consta que padeciese ningún tipo de enfermedad en ese momento.

Hábitos tóxicos: desconocidos, a excepción de ser un fumador ocasional.

Situación actual: En la actualidad y desde hace unos 26 años, es una persona sin movilidad en las cuatro extremidades, convirtiéndose en una persona totalmente dependiente. Primero, lo cuidó su madre y después de su fallecimiento lo hace como cuidadora principal su cuñada.

No acepta la situación de inmovilidad derivada de su tetrapléjica, considera que ese estado le impide tener una vida digna. Acepta sin problemas los cuidados de su familia.

No precisa medicación de manera regular y toma algún antiansiolítico en situaciones de crisis.

La cuidadora principal realiza los cuidados de forma diligente y debido a la dilatada experiencia no parece que existan problemas en su ejecución.

Datos película: RS informa a la abogada de todos los datos relacionados con el accidente y se puede ver el momento del accidente.

Ju: le pregunta por su juventud, qué hacía cuando era joven. Rs. No le gusta hablar del pasado, dice: “mira que llovió desde entonces”, Ju: ¿tan mala memoria tienes?. RS: “no, es que no, a los 19 años recorrí el mundo, ...”. Hay fotos de él recorriendo el mundo, Estambul, Holanda, etc, y de un joven que hace una vida normal, tiene novia, sale a divertirse, bailar, pescar, etc.

P-2.- NUTRICIONAL/METABÓLICO

No se tienen datos del patrón alimenticio, se puede deducir que es un patrón similar al que realizan las familias campesinas gallegas, debido a que el medio de sustentación de la familia está relacionado con la actividad agrícola. La observación de la cara y de la piel del cuerpo parece que está bien hidratada, si bien se desconoce el estado de la piel de las zonas de la espalda, glúteos y parte posterior de las piernas.



Datos película: Rs come en su habitación, separado del resto de los miembros de la familia y precisa una ayuda total para poder alimentarse.

...

Imágenes de la familia comiendo. RS, recluso en su en su habitación de la que no se mueve, escucha música.

...

Aspecto físico: Existen imágenes de Rs en decúbito supino, donde se puede apreciar que tiene un peso corporal dentro de los límites normales, piel y faneras sin problemas.

P-3.- ELIMINACIÓN

Tiene incontinencia urinaria que precisa sonda-je vesical continuado e incontinencia fecal que le obliga a usar pañales.

Datos película: En una escena la cuidadora M. le dice que: “te voy a cambiar la sonda” y también se pueden observar imágenes de Rs desnudo donde se observa que usa pañales.

P-4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

Afectación del movimiento en las cuatro extremidades, no tiene autonomía ni tan siquiera para poder moverse y necesita ayuda para modificar su posición en la cama. Precisa de cambios posturales c/ tres horas.

Es dependiente total en todo tipo de cuidados (higiene, alimentación, movilidad, eliminación).

No parece que tenga problemas respiratorios ni cardio-vasculares.

Datos película: RS se ve que no mueve su cuerpo desde el cuello hacia abajo. La cuñada,

Manuela (M), viene a cambiarlo de posición, debido a que han pasado 3 horas..

RS: “ ya pasaron 3h., me tienen que cambiar de postura”. Hay momentos donde se puede ver como le dan de comer o indican que le van a realizar la higiene personal.

Se niega a utilizar la silla de ruedas y permanece continuamente en su cama.

...//...

Ju: porque hay muchas alternativas a tu incapacidad... la silla de ruedas. RS: “aceptar la silla de ruedas es aceptar una migaja”

...

G plantea a la familia la necesidad de sacar a Ramón de casa para ir a la Coruña a la Audiencia. M comenta la dificultad de convencerlo y dice: “no es que no le apetezca, es que no quiere la silla, para sacarlo de casa uno o dos veces al año, ya es un triunfo”

Aspecto físico: se puede ver a Rs desnudo y en posición de decúbito supino, en estas imágenes se observan las retracciones importantes en manos y pies como consecuencia de la inmovilidad.

P-5.- SUEÑO / DESCANSO

No hay datos de alteración del patrón del sueño, parece que hace una pequeña siesta y sólo en ocasiones padece crisis nocturnas de agitación y nerviosismo que le impiden conciliar el sueño.

Datos película: Existe alguna escena donde M le dice que aproveche para dormir un rato la siesta y hay otra escena donde se ve a Rs con una crisis nocturna, en la que recibe atención y compañía por parte de M y le da un tranquilizante. Rs le dice: “...dame más de una, dos o tres mujer, no te preocupes que con esto no me suicido”

P-6.- COGNITIVO / PERCEPTIVO

No tiene percepción de su cuerpo, a excepción de la cabeza, cuello y cara. No parece que tenga desorientación temporo-espacial. No hay alteración de las funciones cognitivas: capacidad de lenguaje, memoria, resolución de problemas, juicio, capacidad intelectual y toma de decisiones.

Datos película:

Memoria: Ju: Dame algunos datos del día que cambió tu vida. ¿Cuándo ocurrió?. RS- 23 agosto del 68.

Capacidad intelectual: Se produce una discusión de interés: el tío no quiere ver el fútbol y le dice al sobrino: para ver el fútbol tienes que convencerme con argumentos sólidos. El sobrino lo intenta,..., y su tío le dice: “pero, bueno, crees que eso son argumentos” (RS demuestra su buena capacidad de raciocinio).

...

En una ocasión Manuela le enseña a Julia una caja con muchos escritos realizados por Ramón. Esta demuestra con sus escritos que tiene una gran capacidad descriptiva y de abstracción. M dice: “la gran mayoría son poesías”.

Estado de los sentidos: No tiene sensibilidad en el cuerpo. El sentido del olfato es el que le provoca las sensaciones más agradables.

...//...

Tacto: el hijo de Rosa, le pellizca con fuerza en una mano. Rs no siente nada, lo ve y hace como que le duele, gritando Ay!, Ay! Y después le guiña un ojo.

...

Rosa le acaricia y le besa en la mano. R le dice: “deja eso, me haces sentir como un cura... deja la mano mujer (sonriendo), ¿no ves que no la siento?”

Olfato:

Hablando del mar, Ramón comenta que algunas mañanas le llega el olor del mar y aprovecha para explicar las sensaciones que le provoca el olfato. R dice: “el olfato es lo que me provoca las sensaciones más intensas, las fantasías, tu olor, por ejemplo, cuando tengo ensoñaciones contigo”. Ju, le pregunta: ¿De qué van? Y R contesta: “de muchas cosas, pero todas tienen algo en común, en todas puedo moverme, entonces tu olor se hace más fuerte y me mareo”.

...//..

Resolución de problemas: Mantiene una buena capacidad de resolución de problemas, como se puede observar en muchas ocasiones.

Datos película: comprobamos en diferentes escenas la situación de inmovilidad de Rs, y la utilización de diversos instrumentos ideados por él para poder escribir con la boca, descolgar el teléfono, las instrucciones que idea para que su sobrino pueda acondicionar la silla de ruedas.

Toma de decisiones: Es una persona muy firme en sus decisiones, con una fuerte personalidad y gran capacidad de enfrentarse a todos (hermano,

sistema judicial, representantes de la iglesia católica) para defender el derecho a lo que considera una muerte digna.

Datos película Existe una discusión final con su hermano, cuando Ramón quiere irse de casa al pueblo de Boiro con Rosa, porque ella le ayudé a suicidarse. En la discusión, Ramón es muy duro con su hermano que intenta convencerlo de que no se suicide. R le dice: “Qué vas a hacer ¿atarme a la cama más de lo que estoy o atibórrame a somníferos como en el Hospital?. Para mí, lo que cuenta es lo que las personas tienen en la cabeza, tú no tienes más que aserrín y no voy a seguir siendo esclavo de tu ignorancia y tus creencias de monaguillo”.

P-7.- AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

Percepción de sí mismo: Considera que dado su estado de total dependencia se describe a sí mismo como una persona que no sirve para nada y debido a esa situación y con esas condiciones no merece la pena vivir.

Datos película: En una ocasión cuando Julia le pide explicaciones del significado de los sentimientos que se profesan, R. dice: “mírate, mírame a mí ¿A dónde vamos Julia?, míranos”.

...

Ju- ¿Por qué morir? RS- gestos, .. a ver. ”la vida para mí, en este estado no es vida, no es una vida digna”

Imagen corporal: como consecuencia de la inmovilidad presenta cambios importantes en su cuerpo, con retracciones en manos y pies. Es consciente de su imagen y del deterioro que presenta derivado de su falta de actividad física.

...//...Reconoce su imagen y dice: “enseño mi imagen para que si no pueden entrar en el dolor psicológico de las personas, entiendan que la vida no es esto”.

...

Ju: ¿Cómo eras de joven? RS: Por qué, ¿tan feo te parezco ahora?

Valía personal: Presenta una muy baja estima de su valía personal que le hace desear la muerte y acabar con su actual tipo de vida. Tiene un fuerte sentimiento de impotencia, no puede llevar a cabo ningún tipo de deseo personal sin la ayuda de los demás.

...//...Ju: le comenta que ha estado leyendo sus escritos y le dice: “lo que has escrito es maravilloso, esto es publicable”. RS: “claro mujer que es publicable, ahora se publica cualquier cosa”.

...
RS, ¿Qué son dos metros para un humano? para mí, son necesarios para llegar a ti...., poder tocar-te.... es un viaje imposible, una quimera, un sueño, por eso me quiero morir.

...
Durante una fuerte discusión con su hermano, RS, le dice; “¿Qué pasaría si mañana tienes un accidente y mueres?, ¿lo pensaste?¿pensaste que pasaría conmigo?, tendría que cuidar yo a la familia, ¿no?, a tu mujer, a tu hijo, a tu papá, con mi miseria de pensión”.

P-8.- ROL / RELACIONES

La familia ha organizado su vida en base a la situación de salud de Rs., mantiene una buena relación con la familia de la que, además, se siente satisfecho. Existe un elemento de conflicto con su hermano derivado de las ideas opuestas que mantienen ambos con respecto al suicidio.

La cuidadora principal es su cuñada, aunque en alguna ocasión el sobrino le ayuda, manteniendo con él una relación paterno-filial.

No parece estar en desacuerdo con sus relaciones sociales, si bien reconoce que debido a su estado, éstas están absolutamente limitadas y se ciñen a las visitas que le hacen algunos amigos, perdiendo muchos de ellos a consecuencia del accidente, incluso llega a romper las relaciones de pareja que mantenía con anterioridad.

Datos película ...//...Cuándo silba, inmediatamente se levanta alguien para atender a su llamada. En este caso, es una respuesta tan asumida por la familia que el sobrino lo utiliza como disculpa para levantarse de la mesa donde está comiendo para ver el fútbol en la habitación del tío.

...//...
Después del accidente relata como lo dejó con su novia, cuando ella, en el hospital le pidió que se casase. Rs le dijo: “mira vete de aquí,... y olvídame”

Relaciones familiares:

- Manuela (cuñada) es la cuidadora principal, mujer, ama de casa de 45 a 50 años. Existe un gran

entendimiento con RS, acepta sus ideas con resignación y pena, colabora con las personas que le quieren ayudar a cumplir sus deseos, la eutanasia.

Es la que realiza todo tipo de cuidados, hace la comida y le da de comer, lo lava, le afeita, le da los cambios posturales, le cambia la sonda, le acompaña en las crisis, le da la medicación, le cuida en todo tipo de detalles, para que no pase frío, etc.

...//...

Existen numerosas escenas en las que se pueden observar las relaciones de cuidados entre Rs y su cuñada M.

- José (hermano): Deja el mar y se va a vivir al pueblo para ayudar a su hermano, y con él va toda la familia. Ideas tradicionales con respeto a la muerte, mantiene un fuerte conflicto con RS, no acepta que este quiera matarse y menos en su casa. Está pendiente de él, pero no parece que realice ningún tipo de actividad de cuidado

...//...Dice: “las ideas son libres, pero no está bien. Todos queremos lo mejor para él ¿Por qué quiere morirse?. No autorizo que en mi casa se mate nadie”.

...

Después de la intervención de un jesuita en un telediario, se produce una fuerte discusión entre Ramón y su hermano y le recrimina lo siguiente: J: “Ahora ya estarás contento, toda tu familia en la TV, sigue así, hasta que nos caiga a todos la cara de vergüenza”. J. sigue riñendo y dice: “voy a decirte una cosa, soy tu hermano mayor y me tienes que hacer caso.

J le dice: “soy tu hermano mayor (muy excitado), y mientras esté vivo, aquí no se va matar nadie, en esta casa, no se va a matar nadie” y se marcha. Rs queda llorando, con gran angustia.

...

En la discusión con su hermano, cuando le dice que no quiere ser esclavo de sus ideas, J le contesta: Yo ¿no soy un esclavo también? o cómo crees que me siento, tuve que dejar la mar para estar contigo, mi mujer y mi hijo, todos esclavos para estar contigo”.

- Javier (sobrino): Tiene una relación especial de tipo paterno-filial, le enseña, le riñe, le pide que cuide a su abuelo. Acompaña a Rs, acude siempre a su llamada (silbido). Es un cuidador práctico-

hizo la máquina que permite escribir a RS con la boca y los diferentes aparatos utilizados por Rs, pasa los escritos de Rs al ordenador, etc.

...//... Ramón mantiene un nivel de exigencia alto. En una ocasión, silba, para llamar y reñir a su sobrino, que está enfadado por que no transcribe bien sus escritos en el ordenador, tiene faltas de ortografía y expresiones erróneas. Y le dice, muy enfadado: “¿Qué te enseñan en el Instituto ...? así prefiero que no lo hagas, así, me haces trabajar el doble”. Javier sale de la habitación muy disgustado, pero al poco tiempo, comienza a corregir los escritos en el ordenador.

- Abuelo: Es una persona mayor, con cierto déficit sensorial, parece que acepta con resignación el deseo de su hijo de suicidarse, se mantiene al margen en las discusiones, pero le produce una gran tristeza. No opina sobre el problema principal
...//...

Dice: “¿Hay una cosa peor que la muerte de un hijo y que este se quiera morir?”.

...
J, el hermano de Rs le dice a su padre, “¿Y usted, papá, no le va a decir nada?”. RS, comenta: “tú a padre no lo metas en esto, lo que tengas que decirme, me lo dices a mí y punto”. El abuelo se va de la habitación sin hacer ningún tipo de comentario.

Amigos: Mantiene muchos amigos desde la juventud, vienen a verle regularmente y a informarle de cosas que suceden en el pueblo y de sus vidas personales. Establece relación con Julia y Rosa, relaciones que llegan a ser más profundas que una simple amistad.
...//...

Ju- ¿Sigues viendo a los amigos? RS. Unos sí, otros no. Este mes vinieron a verme muchos amigos, algunos lo hacen desde hace 25 años, lo cual no deja de causarme admiración. Disfrutan contándome sus historias y yo, encantado.
...

Rosa (Ro), inicia una relación de amistad, lo visita un día, y comenta que parece tiene visitas de amigos a menudo, ella le dice: “oí que mucha gente viene a visitarte”. Después se inicia con ella una relación de amistad profunda, “amor” (como lo entiende RS).
...

Con Julia entabla una relación muy íntima, en todo momento y se le llega a recordar porque persigue un fin muy claro:

RS: le dice a Julia “no quiero nada, sólo ayuda para poder suicidarme, antes estaba todo claro, ahora no sé si vienes aquí a cuestionarlo todo, buscando no sé bien qué, te metes en mis sentimientos”.

Sus relaciones sentimentales tienen una única finalidad, el que le ayuden a suicidarse. El concepto de amor de Ramón es muy especial:

RS: “la persona que a mí me ama, es la persona que me ayude a morir, eso es amor, Rosa, eso es amarme”.

P-9.- SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Existen problemas relacionados con la sexualidad de Rs, como consecuencia de la falta de movilidad y los problemas de sensibilidad ya que desde hace 26 años no mantiene relaciones sexuales de ningún tipo. Al poco tiempo del accidente, rompió las relaciones con su novia.

Confiesa tener sueños y fantasías eróticas en algunas ocasiones.

Datos película:

Ju- Le pregunta si quería a su novia.

Rs: “Esa no era la cuestión, la cuestión era si yo estaba dispuesto a amar en este estado”.

Ju- me dices que te niegas a amar.

Rs: “porque no puedo amar”. Ju: me dices que los tetrapléjicos no pueden amar.

RS: “¿Quién habla de los tetrapléjicos?, yo hablo de mí”.

Ju- hay otras formas de hacer el amor.

RS: sí, claro.

Ju: ¿te han besado algún día en estos 27 años?. RS no le contesta directamente y lo hace con: “y ahora, ¿vas a hacer una demostración?”.

...

Fantasías eróticas/sueños:

Con Julia, que está en bañador en la playa. Llega volando hasta ella, mientras la acaricia y la besa.
...

...

Bromea con la relación amorosa

Con Gene: Rosa quiere pasar unos días contigo, para conocerte mejor. RS: “¿a ver si se ha enamorado de mí?”; G: sabes que el tío que vino con

ella, está muy bueno. RS: “¿me vas a dejar por un abogado?, tú te lo pierdes”

P-10.- ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS

No acepta las consecuencias derivadas de su problema fundamental, la falta de movilidad. No admite esa situación, ni siquiera quiere utilizar alternativas como la silla de ruedas. Considera que ante su situación, la falta de intimidad y libertad, no le queda otra alternativa que el suicidio. Piensa que no tiene ningún control sobre su vida y responde con un deseo profundo de no continuar viviendo.

Hay momento de gran tensión y estrés, especialmente cuando piensa en la imposibilidad absoluta que tiene para poder cumplir su deseo: disponer de su vida. En estas situaciones, pierde la tranquilidad y entra en una gran agitación y crisis nerviosas, llantos y precisa de tranquilizantes para el control de las crisis.

Datos película:

Con Ro discute sobre los problemas y el sentido de la vida, y le dice: “no hay que huir de los problemas”. RS: “yo no huyo de los problemas, al contrario”. Ro: vine para decirte que la vida... RS: “Que la vida qué...Ro: que la vida vale la pena.

RS: sonrío, dice: “¿a qué viniste?, ¿á convenirme?, si quieres ser mi amiga, empieza por respetar mi voluntad y no me juzgues” Se enfada mucho, se mete con ella, la insulta y la llama mujer frustrada que tiene ganas de encontrar sentido a su propia vida, termina diciendo entre dientes: “eso, corre tú que puedes”

...

Ju: porque hay muchas alternativas a tu incapacidad...la silla de ruedas. RS: “aceptar la silla de ruedas es aceptar una migaja”

...

Le preguntan: ¿Por qué ríes tanto Ramón? RS dice: “cuando uno no puede escapar y dependes constantemente de los demás, aprendes a llorar, riendo”

...

Julia en una carta le comenta que se ha sentido muy identificada con Ramón, y que entiende cuando él habla, que cuando una persona depende de

los demás para todo, le falta la intimidad y la libertad.

...//...

La reacción ante situaciones especiales:

Julia, en casa con Ramón, al bajar la escalera, entra en una crisis, y cae desmayada. RS: reacciona muy asustado “¿Qué pasa? ¡Julia!. ¿Estás bien?. ¡Julia!. Ma..Manuelaaa (voz agitada, respirar entrecortado), llama repetidamente a Manuela. ¡Ah!, ¡Ah!, ¡Ah!, chillá, Manuelaaaa”...

...

Cuando escribió el libro con Julia, habían pactado que ella lo traería y se suicidarían juntos. Al recibir el libro por correo, comprende que no va a ser posible y que ella se ha echado para atrás. Por la noche sufre una gran crisis nerviosa, con gran agitación y llantos y despierta a la familia:

R: “¡Ay!, ¡Ay!, ¿por qué no me conformo con esta vida?, ¿por qué me quiero morir? ¡me quiero morir!”.

Su cuñada le ayuda a que se tranquilice con palabras suaves, le da varios tranquilizantes y pasa la noche vigilando sus sueños hasta que se despierta bien entrada la mañana.

P-11.- VALORES Y CREENCIAS

Sólo tiene plan para el futuro, plan que parece estar ideado con gran precisión y que le permitirá suicidarse. Considera que la vida en esa situación no tiene sentido. Cree que la vida es un derecho y no una obligación, y cree que ni las autoridades políticas, judiciales o religiosas tienen derecho a impedirle disponer libremente de la misma.

Considera que la muerte es algo natural, forma parte de todos nosotros y, en su caso, es la única solución posible, pues es, según sus propias palabras, el regreso al equilibrio.

Mantiene una posición muy crítica con la institución de la iglesia, no tiene ninguna práctica religiosa y considera que después de la muerte no existe más que la nada.

Mantiene unas creencias muy firmes con respecto al derecho de las personas a disponer de sus vidas y se puede concluir que hay un equilibrio entre sus valores, creencias y acciones. Y opina que con el paso del tiempo se llegará a entender su deseo de suicidio.

Datos película:

Opinión que tiene Ramón de la vida: “Es un callejón sin salida, donde los días y las noches no acababan nunca.

...//..

RS: habla de la muerte; “La muerte siempre está ahí, nos toca a todos, forma parte de nosotros, ¿Por qué se escandalizan porque digo que quiero morir?”

...

Ju: no te gusta mirar al pasado, ¿verdad?. RS: claro, yo miro al futuro. Ju: ¿Qué es el futuro para ti? RS: “La muerte, igual que para ti, a ver si soy yo el único que pienso en la muerte” Ju: no, pero hay más cosas en qué pensar.

...

Gene (G) explica cuando RS llamó a la sociedad con el fin de pedir ayuda para morir. Le tiene que decir que no le van a poner cianuro en su boca. RS se enfadó muchísimo, les insultó. Les sorprendió lo claro que lo tuvo siempre (habla del suicidio), no vaciló nunca, lleva 26 años en este estado.

...

Y comenta que el suicidio junto a Julia será: “la muerte más dulce imaginada, amor puro y comparado, será el regreso al equilibrio”.

...

Idea sobre el más allá:

RS habla con Rosa por la noche, antes del día señalado para suicidarse. Y dice: “... lo que pasa es que después de morirnos no hay nada, como antes de nacer, nada”, R: cómo puedes estar tan seguro. RS: “... no estoy seguro, es un palpito, como cuando el abuelo dice que mañana va a llover y llueve”.

...//...

Existe equilibrio con los valores, creencias y acciones:

Al final, poco antes de suicidarse, cuándo Rosa lo esta preparando para el momento final. RS dice: “Señores Jueces, Autoridades políticas y religiosas, qué significa para Uds. la dignidad, sea cual sea la respuesta de sus creencias, sepan que esto no es vivir dignamente, yo hubiera querido al menos morir dignamente, hoy cansado de la desidia institucional, me veo obligado a hacerlo a escondidas, como un criminal”.



“... Renuncio al bien máspreciado, mi cuerpo, considero que vivir es un derecho, no una obligación, como ha sido en mí caso, obligado a soportar esta penosa situación durante veintiocho años, cuatro meses y algunos días. Pasado este tiempo hago balance del camino recorrido y no me salen las cuentas de la felicidad, sólo el tiempo que discurrió contra mi voluntad, durante casi toda mi vida, será a partir de ahora mi aliado, sólo el tiempo y la evolución de las conciencias, decidirán algún día si mi petición era razonable o no.”

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS:

Exclusivamente se deben establecer hipótesis diagnósticas ya que existen bastantes evidencias (características definitorias) que permiten la validación de algunos de los diagnósticos, pero no se puede realizar la validación diagnóstica, debido a que los datos están recogidos exclusivamente mediante observación y no se puede llevar a cabo una entrevista personal, una exploración física y una confirmación de los datos observados.

P. Nutricional metabólico: Riesgo deterioro integridad cutánea

P. Eliminación: Incontinencia fecal e incontinencia urinaria total.

P. Actividad/ejercicio: Riesgo síndrome de desuso. Déficit autocuidados: total.

P. Cognitivo/perceptivo: Trastorno percepción sensorial: cinestésica y táctil.

P. Auto percepción / autoconcepto: Impotencia. Desesperanza. Baja autoestima crónica. Trastorno de la imagen corporal

P. Rol/relaciones: Riesgo cansancio rol del cuidador. Deterioro de la interacción social.

P. Sexualidad/reproducción: Disfunción sexual. Patrón sexual inefectivo.

P. Afrontamiento/tolerancia al estrés: Aflicción crónica. Deterioro de la adaptación. Síndrome post-traumático.

P. Valores/creencias: Sufrimiento espiritual

RELACIONES ENTRE LA CUIDADORA PRINCIPAL Y LA PERSONA CUIDADA:

Existen numerosas escenas en la película que nos permiten conocer el tipo de relación que se establece entre la persona que realiza las actividades de cuidado, la cuñada “Manuela” y Ramón Sampredo. Entre los aspectos de mayor relevancia, destacaríamos la actitud de comprensión de Manuela hacia su cuñado, como puede deducirse de la contestación siguiente.:

...//... Ju: le pregunta: ¿Qué es lo que piensa de su cuñado que quiere morirse?. M: “es lo que él quiera”. Ju: Pero tú, ¿tú qué querrías?, ¿qué preferirías?. M: “lo que yo opine no importa, lo que realmente importa es lo que él quiera”.

“Existe no sólo comprensión, sino cariño y afecto. Se establece una relación especial entre cuidador y persona cuidada, es una relación de enorme cariño y amor materno-filial.

...//... M. reprocha al jesuita su intervención en la televisión en la que comenta que su familia no le da el cariño suficiente. R: “Dijo en la TV que la familia de Ramón no le damos el suficiente cariño, para que lo sepa que en esta casa no se dejó de querer a mi cuñado ni un sólo día, que para eso vengo yo cuidándolo desde hace muchísimo tiempo y lo quiero como a un hijo”.

...//...

Existe una gran complicidad. En una ocasión mientras Manuela le da de comer con cariño, pausadamente, limpiándole la boca con cuidado, le dice: “¿Tendrás tú queja?”. RS: ¿Por qué?. M: “Por que no pasa un minuto, sin que entre una mujer en esta casa, ni que te fueras a hacer un harem”. Se producen miradas cómplices y llenas de ternura. RS, dice: “ Ay! Manuela, tú ya sabes que yoooo, “sólo estoy casado con una mujer”. Miradas. M: “sí, con la muerte, con la muerte, tú no quieres nada más”. Miradas tiernas y amplias. RS dice: ¡No!

Comprensión, cariño y amor son los componentes fundamentales en una relación de cuidados informales, pero también, sin duda, una entrega

absoluta durante todo el día para poder responder a las necesidades de cuidados de una persona dependiente que precisa de atención continuada las veinticuatro horas del día.

DISCUSIÓN

El uso de películas con contenido realista que describan situaciones de personas en distintos momentos, situaciones de salud y enfermedad, sirven como modelos de simulación alternativos y favorecen, sin duda, el proceso de aprendizaje de los estudiantes de enfermería. Además, son un paso intermedio entre el estudio teórico de las necesidades humanas y las enseñanzas clínicas que se realizarán después con situaciones reales en diferentes contextos (hospital, centro de salud, domicilio, etc.). Permiten un abordaje holístico de las prácticas simuladas al establecer un puente entre éstas, las prácticas simuladas tradicionales y la realidad (Siles, 1993).

Para que el proceso de aprendizaje se dé en condiciones de efectividad, es necesario que se establezcan determinadas condiciones: el estudiante debe tener un dominio claro del proceso de resolución de problemas y aplicar los diferentes pasos del método antropológico a los textos cinematográficos. Se efectuará una observación meticulosa de las situaciones de cuidados, y una recogida minuciosa de los diálogos entre los personajes y las expresiones “literales” relacionadas con el proceso salud-enfermedad, pero no es necesario tener ningún tipo de experiencia en el análisis de tipo cinematográfico.

Sin estas condiciones previas, los resultados carecerían de significación podría existir un proceso de interpretación deficiente, como ocurre también en los casos de utilización de modelos simulados a través de textos escritos (Siles, 1993).

El que el espectador pueda visualizar la película en varias ocasiones y una de ellas, segmentada en partes, le permitirá tener una comprensión mayor de las situaciones que se desarrollan.

La valoración individual es preciso que se realice a partir de la utilización de los once patrones de salud, con lo que se hará una valoración integral del ser humano. En la situación de Ramón Sampredo, hay un patrón disfuncional clave, el de actividad-ejercicio. Este patrón no sólo no se

puede entender de manera aislada sino que es imprescindible analizar como influye en el resto de los patrones funcionales que están relacionados con los componentes psicológicos y sociales. Los patrones están íntimamente interrelacionados y son interactivos como señala (Gordón. 1996).

El interaccionismo simbólico, (Blumer 1982), señala que la conducta depende de los significados que tienen las situaciones para las personas, es desde esta posición que se entiende la conducta de Ramón Sampredo y, así, lo dice con claridad en varias ocasiones: “yo no hablo de los tetraplégicos, hablo exclusivamente de mí”. El interaccionismo simbólico plantea, además, que los significados cambian en interacción con los demás y se modifican con las circunstancias. Estos dos aspectos se pueden observar con meridiana claridad en el personaje de Rosa que pasa de una situación en la que pretende disuadirle para que no se suicide, RS le dice: “a qué viniste, a convencerme, si quieres ser mi amiga, empieza por respetar mi voluntad y no me juzgues” ...//... “la persona que a mí me ama, es la persona que me ayude a morir, eso es amor, Rosa, eso es amarme”. Y Rosa al final es la persona que le ayuda a cumplir su deseo.

Para que se dé una situación de cuidado es necesario que se establezca una relación especial entre dos personas, el cuidador /a y la persona cuidada. Se puede destacar la receptividad, la aceptación, la relación de ayuda sin condiciones que Manuela tiene con su cuñado: “Lo que yo prefiera no importa, Ramón quiere morirse, para mí todo está muy claro”; la gran conexión existente entre ambos, como se puede apreciar en determinadas secuencias, por ejemplo: cuando le da de comer, y el permanente compromiso, sin condiciones, sin horarios, sin ningún tipo de restricciones en todas las tareas relacionadas con el cuidado. Atención durante la crisis nocturna de Ramón, cambios posturales periódicos, cuidados relacionados con la intimidad –cambios de sonda vesical– etc. Elementos denominados por Nodding como receptividad (receptivity), conexión (relatedness) y respuesta o sensibilidad (responsiveness).

El cuidado informal se produce de manera más efectiva cuando existe un vínculo de parentesco afectivo-amoroso, (De la Cuesta, C. 2004). En esta película, se puede constatar ese vínculo especial

entre ambos, es un vínculo de amor filial como llega a verbalizar Manuela: “...//... en esta casa no se dejó de querer a mi cuñado ni un sólo día, ...//... y lo quiero como a un hijo”. Esta relación especial que se establece en el proceso de cuidar, ha sido considerada por numerosos autores, una relación de amor, amor profundo hacia la persona que se cuida. Tschundin: “el cuidar trata sobre el amor”. Graham: como “un trabajo de amor.

Ningún otro miembro del grupo familiar es capaz de establecer los valores que determinan la acción de cuidar como lo hace la persona que es la cuidadora principal, en este caso Manuela, valores que Feito (2005) señala como: “la receptividad hacia el otro, la relación con él y la respuesta a sus demandas”.

CONCLUSIONES

La utilización de películas como modelos de simulación de la realidad permite al estudiante la realización de experiencias prácticas de gran utilidad para el proceso de aprendizaje, favoreciendo en escenarios de gran realismo la observación de los procesos de salud–enfermedad y las interacciones de las personas en estas situaciones y sus conductas. Son un medio muy interesante para analizar las características necesarias del cuidado humano para el mantenimiento de la vida y la relación que se establece al cuidar a otra persona, características que son claramente especiales.

BIBLIOGRAFÍA

- Aróstegui, J. (1995). La investigación histórica: teoría y método. Crítica, Barcelona.
- Blumer, H. (1982). Interaccionismo simbólico: Perspectiva y método. Barcelona. Hora.
- Caja, C. Enfermería Comunitaria III. Edit. Salvat.
- De la Cuesta C. (2004). Cuidado artesanal. La invención ante la adversidad. 1ª Ed. Medellín. Colombia. Universidad de Antioquia
- De la Revilla, L. (1994). La atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona. Doyma.
- Domínguez, A. (1999). Sociología del cuidado. Enfermería Clínica. 9 (4):50.
- Feito, L. (2005). La ética del cuidado como modelo de la ética de enfermería. Metas de Enfermería; 8 (8): 14-18.
- Gordon, M. (1996). Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. (Versión en español) Madrid. Mosby / Doyma Libros S.A.
- Graham, HA. Caring: a labour of love. En: En Cuesta Benjumea, C (2004). Cuidado artesanal ante la adversidades. 1ª Ed. Medellín. Colombia. Universidad de Antioquia

- Hughes, EC. (1971). *The sociological eye*. Nueva Brunswik: Transaction. En Cuesta Benjumea C. (2004). *Cuidado artesanal. La invención ante la adversidad*. 1ª Ed. Medellín. Colombia. Universidad de Antioquia.
- Macias, R. (1994). *La familia*. Antología de la sexualidad humana. Mexico, D.F. Consejo Nacional de la Población
- Montorio I, Yanguas J, Diaz Veiga P. (1999). *El cuidado del anciano en el ámbito familiar*. En: Izal M, Montorio I, editores. *Gerontología conductual: bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid; Síntesis.
- Noddings N. (1984). *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press. En Feito, L. (2005). *La ética del cuidado como modelo de la ética de enfermería*. *Metas de Enfermería*; 8 (8): 14-18.
- Plumer, K. (1989). *Los documentos personales*. Introducción a los problemas y bibliografía del método humanista. Siglo XXI, Madrid.
- Roach, MS. (1987). *The human act of caring*. Ottawa: Canadian Hospital Association. En Feito, L. (2005). *La ética del cuidado como modelo de la ética de enfermería*. *Metas de Enfermería*; 8 (8): 14-18.
- Sampedro, R. (1996). *Cartas desde el infierno*. Planeta, Barcelona.
- Sánchez, A.; Aparicio, V.; Germán, C.; Mazarrasa, L.; Miralles, A.; Sánchez, A. (). *Actuación de enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud*. McGraw-Hill, Madrid
- Siles, J.; Fernández S, P; Pérez-Cañaveras, R. M.; García H, E. (1993). *Las alteraciones en la vida cotidiana de enfermos terminales a través del análisis de textos. Un modelo simulado para las prácticas con el proceso de Enfermería*. *Enfermería Científica*; 131 : 4-9.
- Siles, J., García, E. (1995). *Las características de los paradigmas y su adecuación a la enfermería*. *Enfermería Científica* 160/161: 10-15.
- Siles, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Editorial Aguaclara, Alicante.
- Siles, J. (2000) *Antropología narrativa de los cuidados. Por una rentabilización pedagógica de los materiales narrativos*. Consejo Valenciano de Enfermería. Alicante.
- Sarabia, B. (1989). "Historias de vida". *Revista española de investigación sociológica* 29: 165-186.
- Tschundin, V. (1986). *Ethics in nursing. The caring relationship*. Londres: Butterworth-Heinemann. En Feito, L. (2005). *La ética del cuidado como modelo de la ética de enfermería*. *Metas de Enfermería*; 8 (8): 14-18.
- Valdivia, C. (1986). *Curso de pedagogía*. Colección C. Poveda. 25ª Ed. Madrid. Díaz Santos S.A.
- Watson J. (1988). *Cuidado Humano en Enfermería*. En *Enfermería: Ciencia Humana y Cuidado Humano. Una teoría de enfermería*. National League for Nursing., 9 – 30.

ANEXO I: Tipología de los once patrones de salud:

Patrón percepción de salud-manejo de salud: Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y cómo maneja la salud.

Patrón nutricional-metabólico: Describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos del cliente relativo a las necesidades metabólicas y aportes complementarios.

Patrón eliminación: Describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel).

Patrón actividad-ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio y sueño.

Patrón sueño-descanso: Describe los patrones de sueño, descanso y relax.

Patrón cognitivo-perceptual: Describe los patrones sensorio-perceptual y cognitivo.

Patrón autopercepción-autoconcepto: describe el patrón de autoconcepto del cliente y las percepciones de sí mismo (autoconcepto/valía, imagen corporal, estado emocional).

Patrón rol-relaciones: Describe el patrón del cliente de los papeles de compromiso y relaciones.

Patrón sexual-reproductivo: Describe los patrones del cliente de satisfacción e insatisfacción con el patrón de sexualidad; describe el patrón de reproducción.

Patrón adaptación-tolerancia al estrés: Describe el patrón general de adaptación del cliente y la efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés.

Patrón valores-creencias: describe los patrones de valores, creencias (incluidas espirituales) y objetivos que guían las elecciones o decisiones del cliente.