

Aprendiendo con el cine: un instrumento puente entre la realidad y las ideas en el proceso de morir

María José Ortega Belmonte, Mar Rodríguez Membrive, Mercedes Sánchez Maldonado, Elena Bravo Muñoz, Ángel Corredera Guillén. María del Águila Ojeda Rodríguez, Virginia Ortega Torres, Vanesa Becerra Mayor

Centro de Salud Delicias. Unidad docente de Medicina de Familia. Málaga (España).

Correspondencia: Ángel Corredera Guillén. Centro de Salud Delicias. C/ Frigiliana sn. 29003. Málaga (España).

e-mail: angelcorredera@wanadoo.es

Recibido el 10 de abril de 2007; aceptado el 23 de octubre de 2007

Resumen

Con objeto de diseñar guiones formativos basados en películas que trataran de la comunicación y la relación médico-paciente terminal-familia, se diseñó un trabajo de cineforum con la filosofía del aprendizaje entre iguales. El análisis se complementó con transcripciones de grupos focales realizados con familiares y cuidadores de pacientes terminales. Se analizaron 5 películas: *Amar la vida (Wit)*, *Mi vida sin mí*, *Las invasiones bárbaras*, *La vida* y *El doctor*. Se presentan los resultados de este estudio y un ejemplo de guión didáctico utilizando *Amar la vida*.

Palabras clave: cuidados paliativos, educación médica, cine, paciente terminal.

La formación del médico se centra en aprender habilidades y conocimientos para desarrollar actitudes dirigidas a curar enfermedades y salvar vidas. Sin embargo la realidad nos exige dar otro tipo de soluciones cuando no podemos curar, soluciones que cada día son más demandadas por el paciente, la familia y la sociedad en general.

Los cuidados paliativos forman parte del currículum formativo del Médico de Familia. En el programa de la especialidad¹ se especifica la necesidad de aprender habilidades de comunicación con el paciente terminal y su familia, sin olvidar las habilidades referidas al diagnóstico y control de síntomas. La metodología docente que se ha empleado en esta formación se ha desarrollado en talleres teórico-prácticos en los que las técnicas de dramatización son usadas con frecuencia y en los que la literatura y el cine están cada vez más presentes.

La concepción constructivista de la enseñanza y el aprendizaje ha dado importancia a las interacciones entre iguales (sobre la interacción profesor-alumno que era la única relevante en la escuela tradi-

cional). Sabemos que de las interacciones con los otros podemos aprender. Lo que se necesita es estructurar esta interacción de forma que garantice el aprendizaje de los que intervienen. Cuando hablamos de *iguales* nos referimos a personas que ocupan un status o posición social similar. Por eso aquí, bajo la denominación de aprendizaje entre iguales, hablamos de alumnos que aprenden con alumnos; de profesores con profesores; de profesionales con profesionales y en general de personas voluntarias que interactúan para aprender cooperativamente¹.

Cuando hablamos de aprendizaje entre iguales es útil emplear las tres dimensiones clásicas de Damon y Phelps². En un extremo tenemos la tutoría entre iguales (equipos o generalmente parejas, caracterizadas por un nivel de habilidades diferentes y unos roles, el de tutor y tutorado, claramente asimétricos). En el otro extremo tenemos la colaboración (los miembros del equipo tienen un grado de habilidades similares y roles simétricos, aunque diferentes). En medio, tendríamos la cooperación (equipos con habilidades heterogéneas próximas y roles simétricos).

Para nosotros el término cooperación o aprendizaje cooperativo es un término paraguas que incluye prácticas tutoriales y colaborativas, ya que si observamos detenidamente un equipo trabajando cooperativamente, veremos a lo largo del tiempo que sus miembros van alternando estos dos tipos de funciones.

El cine ha sido utilizado desde hace tiempo en la educación y ahora es habitual, junto con la literatura, en la preparación más humanística del médico. La visión de la sociedad a través de estos medios de opinión y comunicación enriquece cualquier reflexión sobre valores profesionales, ética...

Aunque la opinión de los pacientes aparece también en estas artes, literarias y filmográficas, la investigación, especialmente la de los estudios de investigación cualitativa, nos han acercado a las opiniones y sentimientos de enfermos y familiares, verdaderos protagonistas en este proceso.

En resumen, se presenta un trabajo, pertinente desde el punto de vista de las habilidades que define el programa de formación, basado en la filosofía pedagógica del aprendizaje entre iguales y utilizando el cine como elemento de análisis que expresa la visión social del problema y contrastando esta visión con los resultados de un trabajo realizado con grupos focales (técnica de investigación cualitativa) constituidos por cuidadores (familiares y profesionales) que atendieron a pacientes terminales³.

Objetivos

Este trabajo tuvo como objetivo elaborar un guión docente útil para la formación en habilidades de comunicación y relación médico paciente terminal-familia a partir de los contenidos de algunas películas.

Material y métodos

El estudio se realizó en la unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga entre junio y septiembre de 2006 por residentes de dicha unidad, 4 de primer año y tres de tercero, y un tutor (monitor).

Material:

Las películas *Amar la vida (Wit)/ Wit* (2001) de Mike Nichols, *Mi vida sin mí/ My Life Without Me* (2003) de Isabel Coixet, *Las invasiones bárbaras/ Les invasions barbares* (2003) de Denys Arcand, *La vida/ C'est la vie* (2001) de Jean-Pierre Améris y *El doctor/ The*

Doctor (1991) de Randa Haines.

La visión de los familiares obtenida de las transcripciones de grupos focales (sesiones de grupo)³.

Métodos:

Grupo de reflexión de profesionales centrado en la tarea. Metodología de cine-fórum para el análisis de las películas.

Se realizan cinco sesiones de cine-fórum, entendido como "aquella actividad pedagógica de grupo que, apoyándose en el cine como eje, persigue, a partir del establecimiento de una dinámica interactiva de los participantes, descubrir, vivenciar y reflexionar sobre las realidades y valores que persisten en el grupo o en la sociedad"⁴ con la metodología propuesta por Almendro y colaboradores. La duración de las sesiones fue variable dependiendo de la película analizada.

Los resultados de los comentarios del grupo se recogieron en anotaciones que fueron relacionadas y contrastadas con las registradas en los grupos focales conformados con familiares de pacientes y profesionales sanitarios (médicos y enfermeras que cuidaron a estos pacientes).

La observación de la dinámica del grupo se realizó por el monitor-tutor del grupo.

Se recogieron las ideas emergentes que provocaron unanimidad o confrontación de opiniones.

La transcripción final y los comentarios se consensuaron por los miembros del grupo.

Resultados y discusión

Los puntos más destacados del análisis constituyeron los distintos apartados del guión, en los que se distribuyeron las observaciones, los comentarios comparativos y los contenidos didácticos correspondientes. Con todo ello se diseñaron las fichas de cada película.

A continuación se presentan los temas más relevantes para los observadores y los comentarios referentes a ellos extraídos de las transcripciones de los grupos focales. Estos temas constituyen algunos de los puntos principales a los que se refieren los guiones didácticos de las películas.

1.- Las distintas formas de morir

- La “muerte ideal” está representada en *Las Invasiones Bárbaras*, en ella el enfermo decide cuando, como y con quienes quiere morir. Una muerte sin dolor, presenciada por sus seres queridos (hijo, esposa, amantes... solo falta la hija perdida en alta mar, e incluso de esta recibe un mensaje grabado), en el lugar que desea (en una casa cercana a un lago casi paradisíaco), en el momento que decide y sobre todo sin dolor (mediante una eutanasia activa con drogas). El drama de esta experiencia es suavizado con situaciones casi gratas, y con toda la disposición de medios sanitarios, económicos, personales y afectivos posibles. Incluso estos medios sanitarios se consiguen fuera del sistema habitual (se llega a habilitar una habitación especial en un hospital con un funcionamiento absolutamente diferente al resto del hospital) (foto 1).

- “La muerte que no se desea” se muestra en *Amar la vida*, en ella la protagonista muere prácticamente sola en la habitación de un hospital. Se refleja la realidad cotidiana (los intereses personales de los profesionales que la atienden representados por el

ayudante del doctor que prioriza la investigación incluso por encima de las decisiones tomadas por la paciente respecto a su reanimación). Una muerte oculta y aislada, sin familia, (en salas de acceso restringido por su la inmunodepresión consecuyente de su tratamiento).

Respecto a “este” punto de vista de los profesionales es pertinaz la reflexión que un familiar hizo sobre la muerte digna en el grupo focal:

Se acostó, estuvo muy bien, yo estaba sentada con él. Me dijo: -“lévate un poquito la almohada, que ahí estás muy molesta, ¿por qué no te vas a casa?” - “No, no, no,” le conteste, “ya tienes aquí la bandeja de la comida, ¿te doy de comer?” “Yo lo que quería es que el hablara, que dijera algo”. Le puse la bandeja, él cogió la cuchara y hizo así (como si intentase llevarla a la boca y no pudiera)... la cuchara se le cayó en la bandeja. Me asuste, de modo que le dije: “¡Háblame, dime algo! ¿Te encuentras bien? ¿Tienes sueño?”

Yo, era todo al revés de todo. Estaba un poquillo..., tenía un decaimiento. Empecé a darle de comer, pero no tragaba nada, el caldito de la sopa se le caía por encima, lo limpié y dije: “Ni mas sopas ni más nada”, veía que se estaba muriendo. Se durmió, a la hora despertó, y me dijo: “¡Me estoy orinando! Le conteste: “No te importe, orínate, tienes el pañal puesto, luego te pongo otro”. Cuando se orinó yo me convencí que el fin estaba próximo y ya está, ni abrió la boca ni se quejó, echó la cabeza para atrás. Y a las 10,30 del domingo dijo:” ¡Ay, que me caigo, que me caigo, me he quedado dormido! Echó su manita, así, para atrás y allí quedó.

“Una situación intermedia” se plantea en *La vida*. Se presenta la muerte en el contexto de la vida y también de sus momentos agradables. Un acercarse al final entre bodas, cumpleaños... momentos de diversión, pero reflejando también la cruda realidad.

2.- El lugar de la muerte

La forma de morir presentada en el cine está encuadrada en lugares físicos que dan el fondo adecuado a las ideas comentadas en el apartado anterior. No merece la pena extenderse en la descripción del espacio, el color, las dimensiones, la decoración... sin duda estas imágenes son el propio lenguaje del cine. Los espacios cerrados y asépticos del hospital en *Amar la vida*, las salas de espera donde se recibe la mala noticia en *Mi vida sin mí* (foto 2) y el recorrido desde la habitación compartida de un hospital hasta la casita de campo al lado del lago en *Las invasiones bárbaras* pasando por la habitación “transformada” del hospital.



Foto 1: *Las invasiones bárbaras* es un ejemplo de la “muerte ideal”. El protagonista decide cuando, como y con quienes quiere morir (cartel español)

En *La vida*, se presenta la institución más parecida al modelo “Hospice” (Modelo anglosajón de Cicely Saunders).

En nuestro grupo el momento de acudir al lugar de la muerte emergió como un punto de inflexión en el devenir de la terminalidad (la inminencia de la muerte). ¿Cuándo tiene que acudir uno a ese lugar “de muerte”? Pregunta que se plantea en la película *La vida* con las entradas y escapadas del paciente según el grado de aceptación de su estado terminal.

Para los familiares no resulta tan importante el lugar físico de la muerte, lo que importa son las condiciones en las que se encuentra el paciente y las posibilidades de disponer de todos los cuidados. El lugar es aceptado si es posible, en él, evitar el sufrimiento y satisfacer las necesidades que demanda el paciente y el cuidador.

A continuación se transcribe la queja de un familiar que pidió ayuda:

“...llamé varias veces por teléfono, porque me llevé a mi padre pensando que tendría asistencia médica, no para que esté abandonado, porque nosotros no tenemos experiencia, los que la tenéis sois vosotros...”

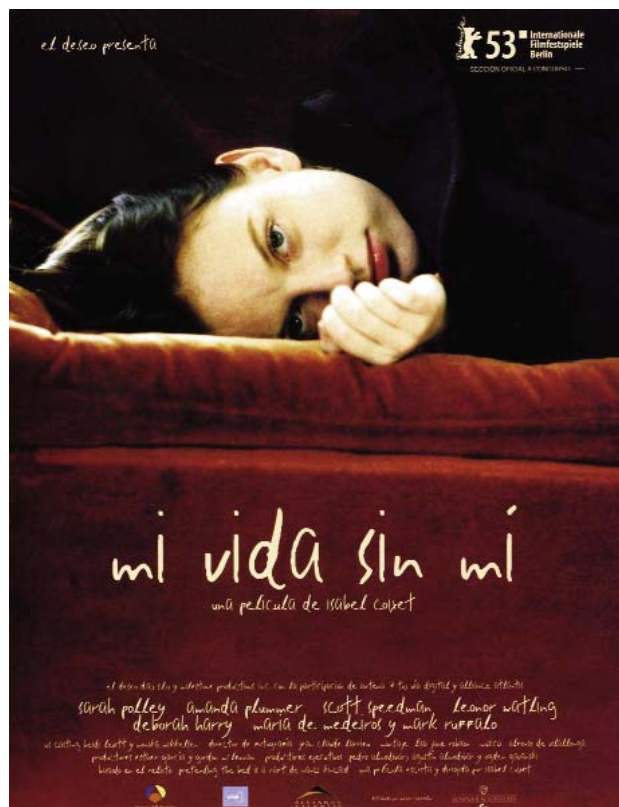


Foto 2: en *Mi vida sin mí* la mala noticia se recibe sentada en la sala de espera de un hospital (cartel español)

3.- El papel del médico

Por el cine han pasado distintos modelos de profesionales. En *El doctor* o en *Amar la vida* se presenta y se critica el modelo “biologicista”, al médico que se atrinchera en el desarrollo tecnológico y farmacológico de la profesión. En *Mi vida sin mí* se muestra el lado más humano de la profesión, al médico que sufre al comunicar el diagnóstico de una enfermedad terminal y una muerte próxima. En *La vida* un médico aquejado de una lumbalgia camina al lado de un enfermo terminal que aparentemente está más sano que el propio doctor.

Hay que reflexionar sobre las alternativas sugeridas en *El doctor*, para desarrollar empatía con estas situaciones ¿Tenemos que padecer las enfermedades para entenderlas y comprender a nuestros pacientes, ya sea en la realidad o metiéndonos en sus camas y simulando sus síntomas como se sugiere al final de la película? En definitiva estamos hablando de cómo entrenar habilidades emocionales como la empatía (foto 3).

¿Dónde se esconde el profesional “que sabe”, el médico más cualificado? En *Amar la vida* se presenta un acreditado oncólogo que comparte el estatus de

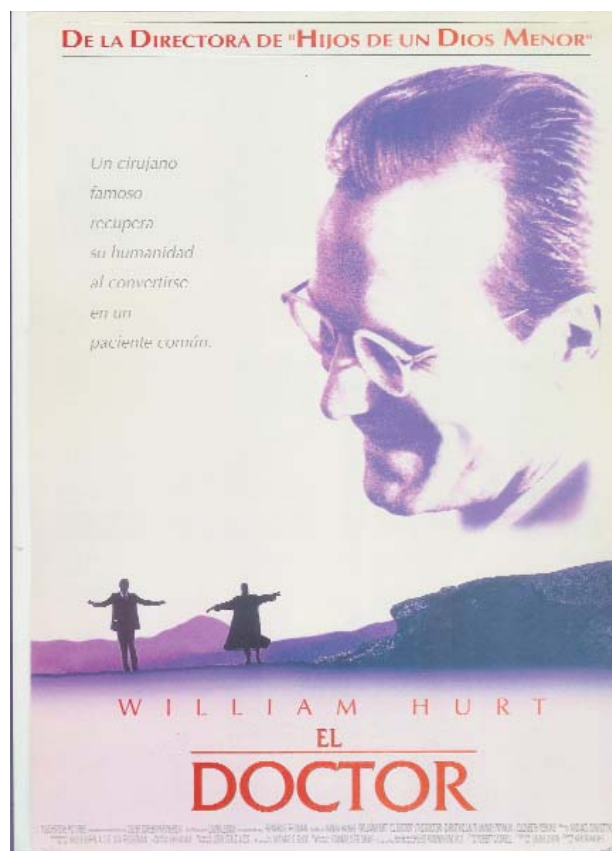


Foto 3: ¿es necesario que los médicos padezcan las enfermedades para comprender a sus pacientes como ocurre en *El doctor*? (cartel español)

docente universitario con la paciente, que aparentemente no tiene noticias del día a día de los sufrimientos de ésta. Sus apariciones son esporádicas, en el momento del diagnóstico, en “la gran ronda” rodeado de sus discípulos, en una visita más dirigida a los alumnos que a la enferma y en una situación de crisis.

4.- Los cuidadores “más o menos informales”

En las películas analizadas hay referencias a personas del entorno de los pacientes con visiones del proceso de morir diferentes y que intervienen desde esos puntos de vista. Son cuidadores, más o menos informales que tienen papeles importantes en los guiones.

En *Las invasiones bárbaras* se alude a la visión desde la religión cristiana, a través del personaje de la monja que intenta confortar al paciente, ateo, con sus creencias religiosas. En la misma película es de destacar el papel de una drogadicta, que parece representar a una persona consciente de su coqueteo continuo con la muerte y, tal vez, por ello más cercana y aceptada por el paciente.

En *La vida* se describen los cuidados físicos y anímicos de los voluntarios, en especial de la cuidadora del protagonista, que alude a su necesidad de cuidar como autoterapia de su duelo por el fallecimiento de un marido al que no pudo ofrecer esos cuidados (foto 4).

En *El doctor* se refleja la comprensión que otros enfermos tienen de una paciente terminal, June Ellis (Elizabeth Perkins), que con un alto grado de conciencia y aceptación de su proceso, se muestra como la persona más capaz de entender y hacer pensar al protagonista.

5.- Las emociones en los pacientes y en los familiares

La pérdida de la identidad ostentada antes de estar enfermo es un punto común en las películas analizadas. Se representa en el hecho de despojarse del vestido de calle que inexorablemente es sustituido por la bata del hospital, que uniforma a todos los pacientes y, tal vez, los despoje de algunos signos de su identidad personal.

Moriré y escribirán un artículo, que no será sobre mí, será sobre mi suelo pélvico, dice Vivian Bearing (Emma Thompson) la protagonista de *Amar la vida* (foto 5).

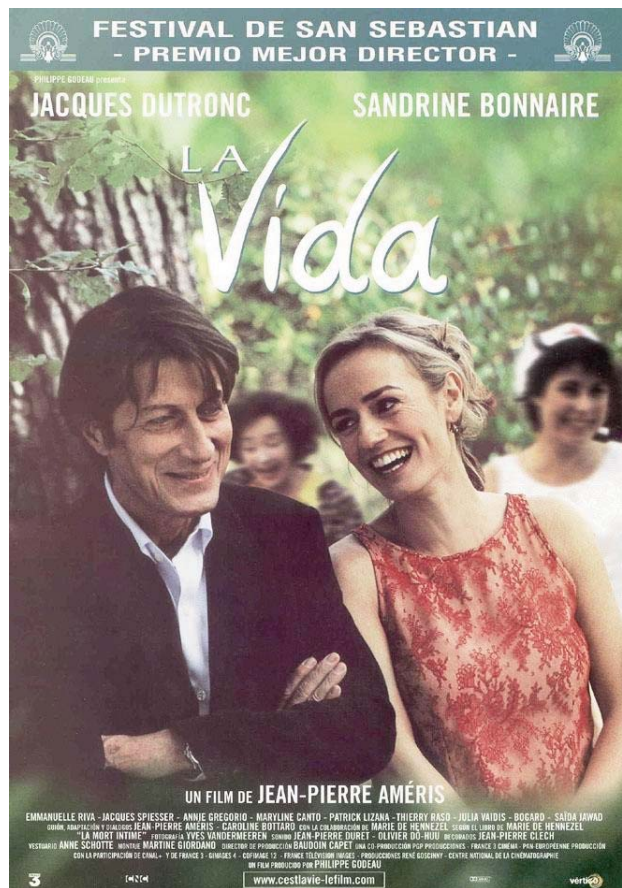


Foto 4: el paciente y su cuidadora (cartel español)

Las alusiones al desconocimiento del nombre del paciente, o a confundirlo con otro (en tono humorístico) es una constante en el cine y reflejan, también, este “dejar de ser” en ese momento.

Frente al uniformar con batas a los pacientes, se opone la escena de *La vida* en la que la cuidadora corta una camiseta del paciente para poder ponérsela a pesar del suero y los catéteres.

Las vivencias, emociones y reacciones que el paciente y sus allegados pueden percibir, sentir o expresar es enorme, entre ellas cabe destacar:

- La suplantación del derecho a decidir sobre uno mismo que se plantea en *El doctor*.
- La reacción de negación, la incredulidad, es muy frecuente entre las reacciones habituales. En *La vida*, el paciente no se cree la realidad de su próximo fin, no sabe cuando y como ponerse el adjetivo de “terminal”, él no es de “esos”, todavía está asintomático.
- La resistencia a ver la realidad unida a la lucha por agotar todas las posibilidades y los “daños colaterales” (el

calvario) que esto supone. El siguiente relato de un familiar refleja estos hechos perfectamente: *Yo no le oculté nada, pero no tenía conciencia realmente de la gravedad del proceso. Lo veía, pero no lo quería ver... El leyó todo, no le oculté nada,...* *A pesar del escrito no le veía tan grave y tampoco quería dar importancia. Luego sí, cada vez lo vi peor, pero al principio tuve muchísimas esperanzas. La esperanza es lo último que perdí, vamos, hasta que no llegó el momento, no la perdí... mi marido tuvo médicos de toda clase, yo agoté todas las posibilidades, hasta las curanderas que salían por la televisión, medicina china, rehabilitación de pago, productos de dietética y cosas naturales que me costaban al mes cincuenta mil pesetas... agotas todos los medios que están a tu alcance, vas a todos los sitios.*

... y empezó el calvario, la clínica del dolor, que no le sirvió de nada, el Hospital Carlos Haya donde le pusieron la radioterapia que tampoco le hizo nada... me fui a hablar con el médico de cabecera y le dije: doctora... "¿qué tiene?" Luego a otro médico que me dio una carta para Sevilla... Pasé mucho y los dos o tres duros de aborritos que teníamos se fueron todos para Sevilla, para aquí, para allá y para pruebas... De hospital en hospital, fueron veintitrés ingresos en el Clínico..."

Coincide con este relato la negación que hace la mujer de un amigo del protagonista en *Las invasiones bárbaras*: *La enfermedad nace en la mente y se cura*

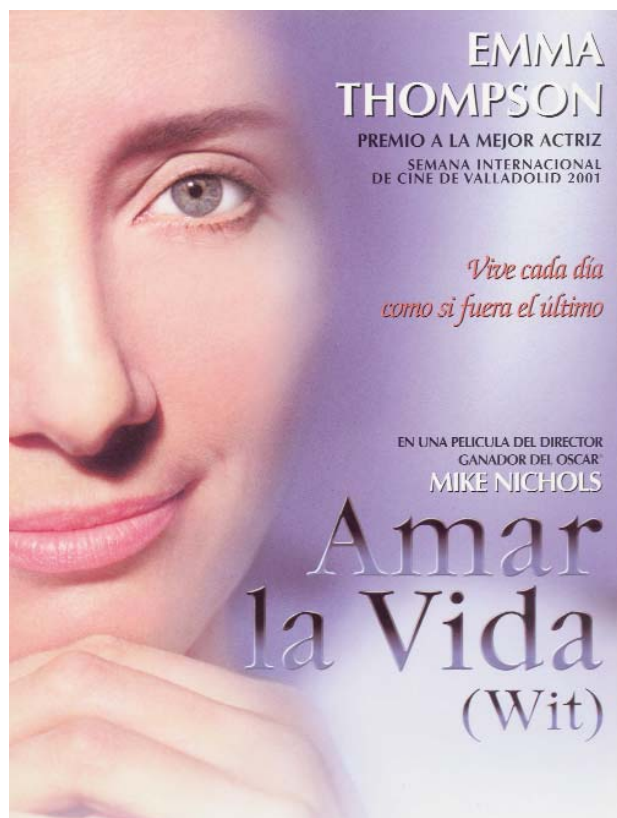


Foto 5: *Moriré y escribirán un artículo, que no será sobre mí, será sobre mi suelo pélvico*, dice Vivian en *Amar la vida* (cartel español)

en la mente, comentario que apela a la esperanza en el conocimiento no tradicional.

– El miedo a la muerte es reflejado en todas las películas, y desde referencias personales en las que cuidadores y acompañantes quedan fuera, salvo, tal vez, los otros enfermos *¿Acompañar? Nadie puede paliar ni ayudar a aceptar algo que nadie está dispuesto a aceptar.*

– El aislamiento y la soledad, que están magníficamente representados en *Amar la vida*, donde se han limitado hasta el número de actores.

– La necesidad de creer en “algo superior”, que con cierto tono de envidia manifiesta a la monja el moribundo de *Las invasiones bárbaras*.

– La necesidad de control y el miedo a su pérdida son reflejados y explicitados en *Amar la vida* y *Mi vida sin mí*.

6.- Los síntomas

Es el aspecto en el que menos se ha incidido en este análisis y además están solo perfilados en las películas estudiadas. No obstante es necesario referirse a ellos, aunque sólo sea de pasada pues son esenciales tanto en la medicina en general como en los cuidados paliativos en particular, que dedican la mayor atención a este aspecto.

En general estas cintas transmiten, muestran los síntomas más comunes en oncología: vómitos secundarios al tratamiento, caída del pelo por la misma razón,..., pérdida del apetito, fiebre, dolor,... y la debilidad que les relega a una silla de ruedas y les postra en la cama (foto 6).



Foto 6: a Vivian se le cae el pelo, sufre y esta postrada en la cama

La anorexia en *Las invasiones bárbaras* es eficazmente presentada al rechazar el protagonista las delicatessen, de esta forma, además, se anuncia la cercanía del final.

Las alteraciones en el balance de líquidos son referidas en *Amar la vida* como el debe y el haber de las cuentas y que al final quedará en números rojos.

Los enfermos y sus síntomas tienen en la realidad una lírica menos artística e irónica.

7.- La comunicación y la cuestión de las palabras

El conocimiento de las palabras es mi única defensa, comenta Vivian en *Amar la vida*.

En el grupo focal de médicos se comentó: *una de las cosas que más ansiedad me crea esta gente, es el tema de que por un lado crees que el enfermo quiere saber, por otro la familia intenta tapar, tú te ves en medio, entre la familia y el enfermo, que no sabes que... muchas veces, que hacer, como hincarle el diente a esto. La familia por un lado tapando y el enfermo no sabes exactamente, estás un poco entre dos fuegos, al socaire de unos y otros.*

En otro grupo manifestó una enfermera: *lo que está claro es que no tenemos claro si lo deben saber, o si no lo deben saber. Lo que nos resulta una situación muy incómoda.*

Mi vida sin mí muestra una representación magnífica de la angustia del médico en este momento (foto 7), con todos los matices de una situación particular pero, desde nuestro punto de vista, muy generalizable.

El título de este artículo está incluida la frase “el proceso de morir” y “proceso” es lo que mejor describe el desarrollo de la comunicación de las malas noticias.



Foto 7: la angustia del médico a la hora de comunicar un diagnóstico fatal en *Mi vida sin mí*

Se distinguen varios momentos en esta “acción de ir hacia adelante” dando malas noticias:

1. En el diagnóstico: *tiene usted cáncer, un insidioso cáncer* (el oncólogo a Vivian en *Amar la vida*). En la misma línea va el comentario de la hija de un paciente fallecido. *Mira, no te preocupes, tu padre tiene 79 años, tiene un tumor. La edad que tiene no es para operarle, no es bueno, es maligno, tiene una edad...*

2. En el pronóstico: la discusión que establece la protagonista en *Amar la vida* respecto al calificativo de insidioso de su cáncer es otra forma de hablar del pronóstico. La paciente en *Mi vida sin mí* pregunta exactamente por su pronóstico y el tiempo que le queda de vida. Los pacientes recuerdan también estos aspectos: *cuando fue a darnos los resultados nos dijo: pasen a la consulta y comentó que nada, que mi marido ya estaba desahuciado, pero rápido, que el hígado lo tenía totalmente invadido, que había que hacer otras pruebas y el resultado era que no sacaban a nadie, que en un sitio concreto no lo tenía... de origen desconocido.*

3. En la notificación de la terminalidad cercana: la enfermera que cuida a la protagonista de *Amar la vida* le revela esta situación y le plantea el tema de que elija una posible reanimación en el momento del fallecimiento o no.

8.- La familia y el cuidador

Es notable la ausencia de familia, incluso de amigos y conocidos, en *Amar la vida* y *La vida*. Sus protagonistas son sujetos que viven el proceso de morir sin familiares cercanos (foto 8).

La imagen del cuidador principal en *Las invasiones bárbaras* aparece claramente dentro de la trama, es el hijo casi omnipotente a la hora de conseguir recursos y de adaptar la realidad a las necesidades de



Foto 8: Dimitri (Jacques Dutronc) el protagonista de *Mi vida* muriendo en soledad

su padre terminal. El cuidador “natural”, por lo que de habitual tiene en nuestra sociedad, es la esposa, una hija o una nuera. Es muy diferente, por tanto, del “hijo” mencionado, que es más un gestor de cuidados que propiamente un cuidador.

Confirma este hecho la referencia de una persona del grupo focal de cuidadores: *mi suegro decía*

que no quería estar con mi marido, que era su hijo, si no conmigo. ¡Vamos que me quería a mí!

9.- Ficha didáctica de *Amar la vida*

En la tabla 1 se muestra, a modo de ejemplo, la ficha didáctica de *Amar la vida* resultante del proceso descrito.

Tabla 1: ficha didáctica de *Amar la vida*

| Objetivos generales | | |
|---|--|---|
| Análisis de las características personales del profesional Análisis del entorno de cuidados en el paciente terminal Análisis de la comunicación verbal y no verbal Análisis sobre las habilidades de información Análisis del rol profesional, los límites de las intervenciones técnicas | | |
| Secuencias | Contenido didáctico | Tema central |
| Información del diagnóstico por el oncólogo al principio de la película | Comunicar malas noticias en el diagnóstico | La información y las malas noticias |
| Información de la enfermera sobre su próximo final y la actuación de reanimación o no | Comunicar malas noticias en el pronóstico | |
| El ayudante le realiza una exploración ginecológica | La comunicación de las intervenciones sobre el paciente | |
| Vivian refiere lo que se publicará a su muerte Escena en la que el médico le habla en pasado El equipo pasa visita (la gran ronda) | La pérdida de la identidad como persona y la “cosificación” | El respeto a la persona La persona enferma centro del proceso |
| Reflexión de la paciente sobre la pregunta ¿cómo está? Secuencia posterior en la que se cumplen las premoniciones de la paciente | La formalidad en la relación médico paciente | Las características del profesional: La empatía. Transmitida en comunicación no verbal y verbal |
| La paciente presenta una crisis de dolor sin respuesta del médico | Ausencia de empatía | |
| El médico ayudante, en formación, explica su interés en el estudio del cáncer | | |
| La enfermera informa sobre la terminalidad y la decisión sobre la reanimación | Cuidados cercanos al paciente, la distancia terapéutica y la asertividad | Asertividad, el rol profesional |
| Información inicial del proceso y petición para que se enrole en un ensayo clínico | La información y el consentimiento informado | Ética, los dilemas entre la investigación y los cuidados |

Tabla 1: ficha didáctica de *Amar la vida* (continuación)

| Secuencias | Contenido didáctico | Tema central |
|--|--|--|
| Vómitos, caída del pelo, con pérdida de peso... | Los síntomas en el paciente terminal | La imagen del paciente y su deterioro físico |
| Vivian reflexiona sobre el tratamiento y sus efectos colaterales | Los límites de las intervenciones | El rol de cuidar frente al rol de curar |
| El ingreso, el cambio de vestido y la primera historia clínica | La pérdida de identidad | Emociones en el paciente |
| El aislamiento y la visita de su antigua profesora | Las emociones que provocan sufrimiento | |
| Las protestas ante las pruebas | La ira y la rebeldía frente a los cuidados (con más o menos razón) | |
| La charla con la enfermera | Aceptación del final | |

Conclusiones

La metodología empleada comparte las virtudes y defectos de las metodologías cualitativas.

La investigación con técnicas cualitativas permitió la realización de cinco guiones, a partir de otros tantos films, útiles para fomentar el aprendizaje reflexivo, abierto a nuevas y múltiples aportaciones. No se pretendió agotar las posibilidades de una película, ni tan siquiera las interpretaciones que sobre una misma secuencia se realizan.

Es de destacar que las apreciaciones de un grupo reducido de profesionales ganan validez para generalizar su utilización en la medida en la que tratan aspectos más espontáneos que los que la literatura científica al respecto establece como prioritarios y que, en algunos casos, no son percibidos como tales. Por tanto, se han priorizado la satisfacción de las necesidades del que aprende frente al exceso de información procedente del que “ya sabe”.

Las fichas didácticas así elaboradas tal vez se acerquen más a la forma de pensar de otros “iguales”, que a su vez pueden desarrollar estos contenidos cooperando en este modelo de aprendizaje más

constructivo y menos dependiente del saber establecido, pero no apartado de él.

En resumen: se aporta una experiencia de trabajo con un modelo que desarrollado con herramientas conocidas, fáciles de aplicar, sin un consumo excesivo de tiempo, que comportan en sí mismas un aprendizaje para los propios autores y que constituye una pequeña faceta dentro del extenso aprendizaje en este campo. Su eficacia en la ayuda formativa de otros profesionales necesita estudios de evaluación ulterior en otros grupos.

Referencias

- 1.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Martes, 3 mayo, 2005; BOE (105): 15182-15225.
- 2.- Damon W, Phelps, E. Critical Distinction among Three Approaches to Peer Education. *Int. J. Educational Research*. 1989; 13(1): 9-19.
- 3.- Aranda Regules JM, Corredera Guillén A, Solas Gaspar O, Montero Quevedo M. Programa de atención a pacientes terminales desde la perspectiva individual y familiar. En: Revilla L de la, editor. *Atención Familiar en los enfermos crónicos, incapacitados y terminales*. Granada: Fundesfam; 2001. p. 869-925.
- 4.- González Lucini J. *Temas transversales y educación en valores*. Madrid: Alauda; 1996.
- 5.- Almendro Padilla C, Suberviola Collados V, Costa Alcaraz AM. Metodología de utilización de cine-fórum como recurso docente en Bioética. *Tribuna Docente* [serie en internet]. 2006 [citado 15 octubre 2006]; 8(3): 1-9: [9 p.] Disponible en: http://www.tribunadocente.net/imagenes/publicaciones/5_Experiencias.pdf