

Una actividad de escritura: La entrevista

TAREA

Tenéis que escribir una entrevista (en parejas) que será publicada en un diario digital y que deberá ir acompañada de, al menos, una fotografía de la persona entrevistada. La extensión no será inferior a 100 líneas (dos hojas aproximadamente). Para ello seguiremos una secuencia de actividades que os ayudará a planificar, redactar y revisar vuestros textos antes de enviarlos para ser publicados.

ACTIVIDADES:

I. LECTURA

1. Leed la entrevista a Albert Jovell (al final de este documento) y rellenad la ficha siguiente de manera individual. Después ponedla en común.

¿Quién es el entrevistado?	Albert Jovell es médico y paciente de cáncer. Dirige la Fundación Biblioteca Josep Laporte y preside el Foro Español de Pacientes.
¿Cuál es el motivo de la entrevista?	Conocer qué es el Foro de Pacientes, en qué consiste la “medicina basada en la afectividad” y acercarse a la figura de un personaje que vive la medicina desde la doble visión del médico y del paciente.
Localiza el título	“Albert Jovell. El médico paciente”
¿Qué datos acerca del entrevistado aparecen y dónde se encuentran?	La mayoría de los datos personales aparecen en la entradilla: dónde vive, cómo va vestido, qué aspecto presenta,... Se trata de datos que permiten “visualizar” al entrevistado, a partir de una breve descripción. También se nos dan otros datos personales habituales en las entrevistas, como el lugar y la fecha de nacimiento (Barcelona, 1962).
¿Cómo se distinguen en el cuerpo de la entrevista las intervenciones del entrevistador de las del entrevistado?	Se distinguen porque las preguntas van en negrilla y las respuestas no.
¿Las preguntas son directas, claras y breves?	Sí, en general. En algún caso, las preguntas incluyen algún comentario más extenso.
¿El entrevistador trata al entrevistado de <i>tú</i> o de <i>usted</i> ? ¿Por qué?	De usted. Es una cuestión de protocolo periodístico.

2. En la entrevista de personalidad los entrevistados tienen que ser personajes conocidos y su función es profundizar en algunos aspectos de su trabajo o de su vida. En cambio en la entrevista informativa, no es necesario que la persona entrevistada sea famosa, sino que nos interesa porque sabe mucho sobre un tema y lo puede compartir con nosotros. La entrevista que has leído ¿de qué tipo crees que es?

Se trata de una entrevista informativa ya que el objetivo es conocer más sobre un tema determinado (la defensa de una medicina más cercana a los pacientes y la creación de un foro que tiene como objetivo conseguirlo). A pesar de ello, va derivando hacia una entrevista de personalidad puesto que proporciona detalles más personales del entrevistado (su doble condición de paciente enfermo de cáncer y de médico, cómo vive su enfermedad...)

II. PLANIFICACIÓN

3. Ahora, escoged ya un entrevistado y dejad otro en la “recámara” por si no podéis contactar con el primero. Tened en cuenta qué necesitáis para concertar la cita (cartas, permisos, dirección, teléfono, correo electrónico,...).

Entrevistado	Motivo	Necesitaremos...

4. Pensad en qué tipo de entrevista le queréis hacer (si os centráis en un tema o en su vida personal y profesional) y elaborad el guión de la entrevista. Para ello es importante que tengáis la máxima información de su vida o del tema del que queréis hablar (podéis buscar toda esta información en Internet). Recordad que las preguntas han de seguir un orden y no han de ser repetitivas. A pesar de ello, es útil empezar la planificación del guión con una lluvia de ideas que ya ordenaréis después.

Preguntas: **respuesta abierta**

Pauta de corrección del gui3n	
Las preguntas siguen un orden y no son repetitivas.	Las preguntas tienen que tener un orden y no ser repetitivas.
El n3mero de preguntas es suficiente para el tipo de entrevista (siete u ocho).	Tiene que haber un n3mero suficiente de preguntas para poder profundizar en el tema.
Las respuestas son abiertas y no se responden s3lo con un s3 o con un no.	Puede haber alguna pregunta de respuesta cerrada (s3/no), pero la mayor3a tienen que provocar respuestas abiertas del entrevistado.
No hay preguntas impertinentes o demasiado personales.	Ser3a poco respetuoso.
¿Las preguntas son atrevidas y originales o t3picas y rutinarias?	Es importante equilibrar preguntas b3sicas con otras m3s atrevidas y originales.
<p>Junto con las preguntas simples del tipo <i>¿qu3?, ¿c3mo?, ¿por qu3?</i> etc., aparece este otro tipo de preguntas:</p> <p>-para solicitar opiniones: <i>¿Qu3 opina de...?</i> <i>¿Qu3 piensa de...?</i></p> <p>-para buscar definiciones: <i>¿Qu3 entiende por...?</i></p> <p>-para pedir matices o aclaraciones: <i>¿Se refiere al hecho de que...?</i></p> <p>-para plantear hip3tesis: <i>¿Suponiendo que...?</i></p>	F3jate bien en estas construcciones ling3sticas porque te ayudarán a expresar mejor lo que quieres preguntar.
Otros comentarios:	

La pauta de correcci3n del gui3n os permitir3 daros cuenta de aquellos aspectos que ten3is que mejorar. As3, si en un apartado veis que no coincide con lo que se esperaba que hicierais, es el momento de rectificar vuestro borrador.

III. GRABACIÓN Y REDACCIÓN DE LA ENTREVISTA

1. Es el momento de ejercer de periodistas y llevar a cabo la entrevista a partir del guión que habéis preparado. Para que no haya sorpresas de última hora, tened en cuenta estos consejos:

- Pedid una cita para hacer la entrevista y buscad un lugar tranquilo donde no haya demasiados ruidos que puedan causar interferencias.
- Podéis utilizar una grabadora de audio o bien una cámara de vídeo, pero en ambos casos recordad que tenéis que pedirle permiso al entrevistado. Es importante que comprobéis que funcionan.
- Anotad en una libreta de notas una pequeña descripción del entrevistado y del lugar donde lleváis a cabo la entrevista. Os servirá para redactar después la entradilla.
- No os olvidéis de hacerle varias fotografías (siempre con su permiso) para ilustrar la entrevista.
- El entrevistador/-a ha de ser capaz de hacer que el entrevistado/-a matice o comente alguna de sus afirmaciones (por ejemplo: *¿Qué quiere decir exactamente? ¿Se refiere al hecho de que...?*)
- Ha de aprovechar las respuestas para formular nuevas preguntas y, si es necesario, reconducir la entrevista, aunque quede relegado el guión previo.
- Recordad que tenéis que ser muy educados. Dad las gracias al entrevistado por el tiempo que os ha dedicado y comprometeos a enviarle una copia de la entrevista para que vea como ha quedado.

2. Transcribid la entrevista teniendo en cuenta estos elementos:

- Lead o entradilla: haced una introducción breve en que expliquéis por qué habéis escogido al entrevistado/-a y cómo ha ido la entrevista.
- Cuerpo de la entrevista: transcribid las preguntas y respuestas con diferente tipo de letra.
- Conclusión (opcional): podéis acabar con un resumen o explicando algo que os haya llamado la atención.
- Título: podéis escoger alguna frase pronunciada por el entrevistado que dé idea del contenido del texto o de algún rasgo destacado de su carácter (al tratarse de la declaración de un entrevistado, las palabras deben ir entre comillas), o bien crear un título propio.
- Fotografía: escoged una o dos fotografías para ilustrar la entrevista.

3. Cuando tengáis la entrevista escrita en el ordenador, intercambiad vuestra entrevista con la de otra pareja y pasadle esta pauta de revisión.

Pauta de revisión de la entrevista	
La entrevista tiene título. Si es una frase extraída de las palabras del entrevistado, va entre comillas.	
Está ilustrada con, al menos, una fotografía o, en su defecto, en la entradilla se explica el motivo por el que no aparece.	
La entradilla describe brevemente al personaje o hace referencia al tema motivo de la entrevista.	
En el cuerpo de la entrevista, preguntas y respuestas están claramente diferenciadas por un diferente tipo de letra o uso de la negrilla.	
Las preguntas son interesantes y motivan a la lectura.	
Son preguntas abiertas que no se responden en general con un sí o con un no.	
El número de preguntas es suficiente para este tipo de entrevistas (mínimo siete u ocho)	
Tratan al entrevistado de usted y no son descorteses o demasiado personales.	
La transcripción de las respuestas es clara y no dificulta la lectura.	

La pauta de corrección de la entrevista os permitirá daros cuenta de aquellos aspectos que tenéis que mejorar. Así, si en un apartado veis que no coincide con lo que se esperaba que hicierais, es el momento de rectificar vuestra redacción.

IV. PUESTA EN COMÚN

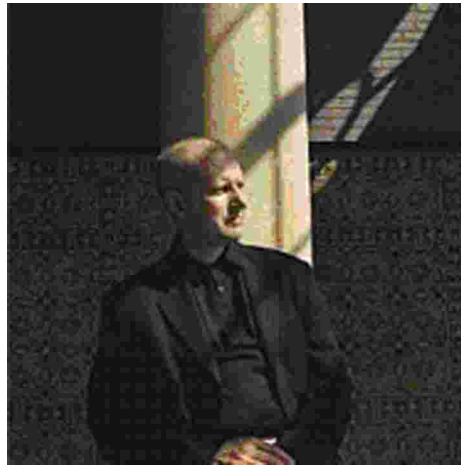
8. Leed las entrevistas en clase y explicad a vuestros compañeros las dificultades con que os habéis encontrado y las anécdotas más interesantes. Ahora sólo queda enviarlas a la redacción del diario.

ENTREVISTA: ALBERT JOVELL

Por Milagros Pérez Oliva

El médico paciente

Desde el Foro Español de Pacientes, que preside, lucha por conseguir una medicina más atenta, más afectiva, más humanizada. Como médico e hijo de médico de pueblo, y como enfermo de cáncer, Albert Jovell habla con una extraordinaria sensatez, que a veces produce estremecimiento.



Albert Jovell, médico y enfermo de cáncer.- CARLES RIBAS

“Los pacientes queremos que nos cuiden. Yo ya acepto que no me curen, pero me costaría aceptar que no me van a cuidar”

“He aceptado mi muerte; mi muerte joven, quiero decir. Pero no hay hipocondría y tampoco tengo miedo”

[...]Una lluvia fina ha dejado las calles desiertas y hace frío, de modo que cuando Albert Jovell abre la puerta de su casa en Sant Cugat, un dúplex de arquitectura moderna y grandes ventanales al jardín, se agradece el calor. Es un lugar acogedor, con trazos de vida cotidiana intensa: una agradable madriguera. “Perdona el desorden, pero mis hijos tienden a ocuparlo todo”, se disculpa. El mayor tiene siete años, y el pequeño, cuatro. Hay fotos por todas partes. Su mujer, María, está igual, y los niños han crecido, pero es Jovell el que más ha cambiado. Su expresión es más grave. Vestido con pantalón y jersey de color negro, destaca sobre todo su cabeza rapada. En realidad, ya no está tan calva: una incipiente pelusilla blanca cubre todo el cuero cabelludo, preludio de lo que, en todo caso, ya no será una cabellera negra como la que aparece en las fotografías. Con el cáncer ocurre con frecuencia que si el cabello que cae es negro y liso, el que sale puede ser blanco y encrespado. Misterios de la quimioterapia.

Hoy ha decidido trabajar en casa, preparando la conferencia que dará en Girona. Albert Jovell (Barcelona, 1962) es uno de los ponentes más solicitados en congresos y simposios sobre salud, porque, además de una sólida formación teórica, que incluye las carreras de medicina y sociología y un doctorado en salud pública en la Universidad de Harvard, desde 2001 reúne las dos caras de un binomio que con frecuencia aparecen enfrentadas: la de médico y paciente.

Desde ambas facetas ha diseccionado la medicina con aguda y penetrante mirada, como puede constatarse en sus trabajos de investigación y en sus más de cien artículos en revistas especializadas, todos con un mismo hilo conductor: la humanización de la medicina. Desde 1999 dirige la Fundación Biblioteca Josep Laporte, creada para facilitar conocimientos de salud. Desde ella ha impulsado la Declaración de Barcelona de los derechos de los pacientes; el Foro Español de Pacientes, que también preside, y la Universidad de los Pacientes: tres iniciativas destinadas a vertebrar un mundo por definición atomizado al que Jovell ha dado la cohesión y el empuje de los que carecía. Lo ha hecho con gran derroche de energía y, desde hace cuatro años, también con cierta prisa, porque para Jovell el tiempo ha cobrado de repente una nueva dimensión, la de quien valora cada instante porque no sabe si mañana verá la puesta del sol.

El Foro de Pacientes es una especie de hijo suyo que se ha convertido en gigante. ¿Cómo surgió la iniciativa?

Los enfermos tienen un nivel educativo cada vez más alto, quieren tomar sus propias decisiones, y para eso necesitan buena información. Con Internet disponen de una gran cantidad de información, pero poco digerible. Había que filtrarla y organizar la forma de facilitarla. La creación del foro no fue tanto idea mía como de las propias asociaciones de enfermos, que ya habían participado en la Declaración de Barcelona sobre los derechos de los pacientes. Lo creamos siguiendo el modelo del Foro Europeo, y ahora integramos a 12 grandes organizaciones de enfermos, con 617 asociaciones activas y 259.000 pacientes o familiares afiliados. Somos una plataforma de defensa de derechos de los pacientes, y nos gusta decir que nos situamos en un espacio de convergencia entre administraciones, asociaciones, empresas, sociedades científicas y ciudadanía.

Dos años después de hacerse cargo de la Biblioteca Josep Laporte le diagnosticaron un tumor de timo. ¿Influyó en la orientación posterior del Foro?

Sí, aceleró el proceso. Nosotros habíamos diseñado una estrategia más bien reactiva que consistía en plantear la perspectiva de los pacientes y observar cómo reaccionaba el sistema para ir avanzando poco a poco. Pero pronto comprobamos que había una gran receptividad, que nos encargaban estudios y nos reclamaban para congresos y conferencias. En ese contexto, el hecho de que apareciera una amenaza directa sobre mi vida contribuyó a acelerar una dinámica que de otro modo tal vez hubiera sido más pausada.

Usted dirigió un amplio estudio del que se desprende que los pacientes de cáncer en España se sienten estigmatizados, que el diagnóstico les pesa como una losa. ¿Por qué cree que es así?

Porque hay un proceso de estigmatización externa que hace que a veces se mire al enfermo como a un desahuciado, y también de autoestigmatización. A diferencia de otras enfermedades, muchos de los pacientes de cáncer, cuando reciben el diagnóstico, abandonan. Abandonan la vida no en el sentido de que se entreguen a la muerte, sino que dejan de vivir la vida que vivían. El impacto es tan fuerte que se produce una ruptura vital.

La enfermedad te domina, y la sociedad, de alguna forma, te invita a abandonar cuando te aconseja que cojas la baja y te quedes en casa; cuando, con la mejor intención, te dice: tienes cáncer, ahora debes pensar en ti; haz lo que te plazca. Es una forma de decir: como vas morir, cumple tus deseos.

Y entonces dejas de ser Albert Jovell para ser, como decía Susan Sontag, “la enfermedad”.

En nuestro estudio explicábamos que el paciente de cáncer sufre un proceso de despersonalización. Pasa a ser un yo-cáncer. Yo he luchado contra estas fuerzas que te empujan a recluirte. Yo he dicho: me encuentro bien, voy a trabajar. Quedarme en casa es una opción que yo agradezco, y que en un momento dado puedo necesitar; pero mientras pueda he de seguir haciendo de padre, de esposo, de amigo..., y he de seguir con mi tarea profesional. ¡Claro que el enfermo de cáncer tiene derecho a quedarse en casa! Pero también tiene derecho a..., como lo diría, a...

A decirle al mundo que va a luchar.

Exactamente. Recuerdo que cuando iba a iniciar la quimioterapia hablaba con un amigo de cómo iba a repercutir sobre mi imagen el perder el pelo, de cómo lo iba a llevar. Tengo el cuerpo lleno de cicatrices por las operaciones, pero no se ven. En cambio, la caída del cabello es como llevar un letrero: “Enfermo de cáncer”. Mi amigo me dijo algo que me ayudó mucho: has de plantearte que el letrero que llevas es el del orgullo de luchar contra el cáncer.

Es sorprendente cómo perdura el estereotipo negativo, cuando ahora mismo se curan más enfermos de los que se mueren. ¿Por qué cree que ocurre?

Por muchos motivos, entre otros porque seguimos utilizando un lenguaje estigmatizador. Del terrorismo decimos que es el cáncer de la sociedad, no decimos que es el infarto o el ictus de la sociedad. Ese lenguaje implica un poso cultural que acaban interiorizando los propios enfermos. Naturalmente, también influye que todos hemos tenido un precedente en la familia que ha terminado mal.

Porque hay un proceso de estigmatización externa que hace que a veces se mire al enfermo como a un desahuciado, y también de autoestigmatización. A diferencia de otras enfermedades, muchos de los pacientes de cáncer, cuando reciben el diagnóstico, abandonan. Abandonan la vida no en el sentido de que se entreguen a la muerte, sino que dejan de vivir la vida que vivían. El impacto es tan fuerte que se produce una ruptura vital. La enfermedad te domina, y la sociedad, de alguna forma, te invita a abandonar cuando te aconseja que cojas la baja y te quedes en casa; cuando, con la mejor intención, te dice: tienes cáncer, ahora debes pensar en ti; haz lo que te plazca. Es una forma de decir: como vas morir, cumple tus deseos.

Y entonces dejas de ser Albert Jovell para ser, como decía Susan Sontag, “la enfermedad”.

En nuestro estudio explicábamos que el paciente de cáncer sufre un proceso de despersonalización. Pasa a ser un yo-cáncer. Yo he luchado contra estas fuerzas que te empujan a recluirte. Yo he dicho: me encuentro bien, voy a trabajar. Quedarme en casa es una opción que yo agradezco, y que en un momento dado puedo necesitar; pero mientras pueda he de seguir haciendo de padre, de esposo, de amigo..., y he de seguir con mi tarea profesional. ¡Claro que el enfermo de cáncer tiene derecho a quedarse en casa! Pero también tiene derecho a..., como lo diría, a...

A decirle al mundo que va a luchar.

Exactamente. Recuerdo que cuando iba a iniciar la quimioterapia hablaba con un amigo de cómo iba a repercutir sobre mi imagen el perder el pelo, de cómo lo iba a llevar. Tengo el cuerpo lleno de cicatrices por las operaciones, pero no se ven. En cambio, la caída del cabello es como llevar un letrero: "Enfermo de cáncer". Mi amigo me dijo algo que me ayudó mucho: has de plantearte que el letrero que llevas es el del orgullo de luchar contra el cáncer.

Es sorprendente cómo perdura el estereotipo negativo, cuando ahora mismo se curan más enfermos de los que se mueren. ¿Por qué cree que ocurre?

Por muchos motivos, entre otros porque seguimos utilizando un lenguaje estigmatizador. Del terrorismo decimos que es el cáncer de la sociedad, no decimos que es el infarto o el ictus de la sociedad. Ese lenguaje implica un poso cultural que acaban interiorizando los propios enfermos. Naturalmente, también influye que todos hemos tenido un precedente en la familia que ha terminado mal.

El hecho de que sea médico y paciente al mismo tiempo, ¿es una ventaja o una desventaja?, ¿cómo afecta a su relación con sus médicos?

El elemento crucial de esa relación es la confianza. Si no confías en tu médico tienes un problema. Y tan importante como que tengas confianza es que él lo sepa. Yo se lo recuerdo a menudo a los míos. Yo me he implicado mucho siempre, aunque al principio no me fue bien porque el mío era un caso muy raro, había mucha incertidumbre, y eso dificultó la comunicación. Busqué segundas opiniones en el extranjero y fue terrible, porque no coincidían y además todos advertían de que no tenían experiencia. Pero conforme han ido apareciendo más tumores me he reafirmado en la idea de que tenía que ser parte de mi equipo médico por dos razones: porque quiero dejar el mensaje a mis hijos de que he hecho todo lo posible y porque quiero reforzar a mis médicos en las decisiones que toman.

En su caso pueden hablar de igual a igual. Pero muchos pacientes llegan a la consulta con mucha información, pero a veces errónea, lo que coloca al médico en una doble tesitura: convencerles de que están equivocados y ganarse su confianza.

El problema es que no tiene tiempo para hacerlo. Por eso ahora acabamos de crear la Universidad de los Pacientes, siguiendo el *Patient Expert Program* británico, con la que nos proponemos formar a los enfermos y a sus cuidadores para que puedan cribar mejor la información y enseñarles a preparar la visita médica; por ejemplo, haciendo una lista de las cosas que quieren preguntar. Muchos pacientes tienen grandes dudas sobre su proceso, y cuando llegan a la consulta del médico se bloquean y no preguntan lo que quieren saber.

Usted plantea en muchos artículos que el imperativo tecnológico está deshumanizando la medicina. ¿Qué le llevó a esta reflexión?

Mi padre. Su ejemplo como médico y también la forma en que murió. Padeció varios tumores y tuvo un final muy triste desde el punto de vista médico. Él tenía un concepto muy social de la medicina. Venía de un pueblo de Lérida, de origen humilde, y no tenía grandes ambiciones materiales, de modo que se fue a ejercer en uno de esos barrios obreros de aluvión a los que llegaban emigrantes por miles. Un barrio de Sabadell. Era médico de la Seguridad Social, pero en aquella época no había servicio de urgencias ni guardias, de modo que mucha gente pagaba una pequeña iguala al médico. A veces le pagaban en especie y a veces no le pagaban. Él acudía a cualquier hora que le llamaran, fuera sábado o fuera domingo; muchas veces mi hermana y yo le acompañábamos. Se podría decir que crecimos en un consultorio, viendo un tipo de medicina pobre en tecnología, pero rica en valores humanos, que luego no encontré ni en la facultad ni en el hospital. Cuando una persona se ha entregado tanto a sus pacientes es triste que al final no reciba lo mismo que él ha dado.

¿Qué ocurrió?

Supongo que el hecho de que el enfermo sea médico y que sus hijos también lo sean provoca una cierta prevención. Él realmente no planteaba problemas; de hecho, más bien tiró la toalla, y fui yo quien tuvo que negociar muchos aspectos de los tratamientos. Pero cuidando de mi padre observé muchas carencias; por ejemplo, que en la planta en que estaba ingresado había 28 camas y sólo dos personas de guardia por la noche. Una vez me llamó mi padre para decirme que le estaban poniendo quimioterapia cuando ya había dicho que no quería ningún tratamiento más. Si un paciente bien informado toma esa decisión, los médicos han de respetarla, ¿no? En la fase final, aunque encontramos quien nos ayudó, eché en falta que algún compañero de profesión se sentara a su lado, porque mi padre era una persona muy reservada. A eso me refiero cuando hablo de falta de humanidad.

Por eso defiende la “medicina basada en la afectividad”, término que ha hecho mucha fortuna.

Tenemos un sistema de valoración de los profesionales que incide mucho en los aspectos científicos, dando por hecho que la asistencia se presta bien, pero no siempre es así. Si nadie se encarga de valorar los aspectos asistenciales significa que para el sistema no tienen valor, y la prueba es que no hay indicadores hechos por pacientes sobre calidad asistencial. Al final, lo que los pacientes queremos es que nos cuiden. Yo ya acepto que no me van a curar, pero me costaría aceptar que no me van a cuidar. Hay estudios que demuestran que recibir buenos cuidados aumenta no sólo la calidad de vida, sino también la supervivencia de los enfermos de cáncer [...].

En 2001 apareció la enfermedad. ¿Pensó en su padre cuando le diagnosticaron?

Sí, y siempre me he identificado con él. Ahora entiendo más muchas de las actitudes contra las que yo me rebelé; por ejemplo, la resignación o la aceptación de lo que él percibía como inevitable y que yo me negaba a aceptar. La verdad es que fue un golpe muy duro, y no tanto por mí como por mi mujer y mis hijos. Yo tengo la sensación de haber vivido mucho, de haber hecho muchas cosas. He tenido una vida muy intensa. Esa intensidad con la que mi mujer y yo hemos vivido juntos estos años nos une mucho. Ahora soy muy consciente de que el pronóstico es malo, que mi vida tiene fecha de caducidad [...]

Fuente: El País Semanal, 16 de abril de 2006. La entrevista completa se puede leer en: http://www.elpais.com/articulo/portada/medico/paciente/elpeputec/20060416elpepspor_1/Tes