



Universidad de Valladolid

CURSO 2017-2018

Facultad de Filosofía y Letras

Grado en Periodismo

**La Unidad del Dolor de Valladolid:
expresión y comunicación del
sufrimiento crónico en el siglo XXI**

Alumna: Clara Rodríguez Miguélez

Tutora: Nereida López Vidales

Tabla de contenido

Resumen	2
Abstract	2
1. Introducción	3
1.1. Justificación del tema	3
1.2. Objetivos de la investigación	3
1.3. Hipótesis.....	4
1.4. Metodología	5
1.4.1. La entrevista en profundidad.....	5
1.4.2. El lenguaje de los planos recurso y otros métodos.....	6
2. ¿Cómo se comunica sobre el dolor crónico?.....	7
2.1. Dolor físico y psíquico	7
2.2. El sufrimiento crónico.....	7
2.3. La Unidad del Dolor en Valladolid.....	8
2.4. Periodismo sanitario y otras maneras de comprender y explicar el dolor	9
3. Plan de trabajo.....	10
3.1. Pre-producción	10
3.2. Producción.....	11
3.3. Post-producción.....	17
4. Conclusiones	18
5. Fuentes y referencias bibliográficas	18
5.1. Referencias bibliográficas	19
5.2. Fuentes primarias	20
5.3. Artículos en prensa.....	21
6. Anexos.....	22
6.1. Baterías de preguntas	22
6.2. Autorización de grabación	24

La Unidad del Dolor en Valladolid: expresión y comunicación del sufrimiento crónico en el siglo XXI

(Cómo comprender el dolor como enfermedad)

Resumen

Este reportaje propone un acercamiento a la percepción social del dolor crónico. La subjetividad y amplitud de este fenómeno se intenta centrar en el contexto mediático español, y sobre todo, trata de explicarse a partir del departamento de la Unidad del Dolor de Valladolid, que posee sus dependencias principales en el antiguo hospital Río Hortega (edificio Rondilla), así como una Secretaría Administrativa que se sitúa en la nueva sede de éste. La información obtenida tiene un fuerte componente cualitativo, construido a partir de entrevistas a los especialistas de este departamento, así como a pacientes y a periodistas relacionados con el mundo sanitario. Así, entrelaza la comunicación desplegada entre los medios de comunicación, los pacientes, los médicos, enfermeros y personal sanitario, la sociedad y el entorno de los afectados. De esta manera, el acercamiento es interdisciplinar y diverso, para una mejor comprensión de un proceso complejo y no siempre objetivo ni medible.

Palabras clave: Unidad del Dolor, sufrimiento, dolor crónico, comunicación, periodismo sanitario, expresión de la sensibilidad propia.

The Pain Unit in Valladolid: expression and communication of chronic suffering in the 21th century

(How to understand pain as an illness)

Abstract

This report proposes an approach to the social vision of chronic pain. Subjectivity and amplitude of this phenomena is focused into media Spanish context and tries to explain itself with the example of Pain Unit in Valladolid, which has main development into former Río Hortega hospital (Rondilla building) and a administrative secretariat into current headquarters of Río Hortega. The information obtained has a strong qualitative component, built with interviews with doctors, specialists, patients and journalists related to health topics. So, the proyect intertwines communication between media, patients, doctors, nurses and sanitary staff, society and the ambiance of those affected. By this method, the approach is interdisciplinary and diverse, for a better comprehension of a complex process and not always objective or measurable.

Key words: Pain unit, suffering, chronic pain, communication, health journalism, own sensitivity expression.

1. Introducción

1.1. Justificación del tema

El tema escogido, la comunicación social y sanitaria sobre el dolor, pretende normalizar y visibilizar la circunstancia del sufrimiento crónico, y resulta interesante en cuanto a la búsqueda de mejora en los tratamientos, pero sobre todo en lo referente al factor humano que implica lidiar con la enfermedad. La gestión y las estrategias que se utilizan para aproximarse al dolor desvelan todo un entramado comunicativo que influye en el éxito o el fracaso de los tratamientos y en el que la comprensión es la clave del progreso.

Los pacientes con dolencias crónicas ven cómo éstas se perpetúan a lo largo de los meses o los años, y en muchos casos encuentran desconocimiento o incompreensión por parte de entornos como el personal o el laboral. La magnitud de las problemáticas, azuzada por una sociedad apresurada, crece porque entraña cierta complejidad empática y encara grandes lagunas de concienciación social y comunicativa.

El estudio de caso que supone la Unidad del Dolor de Valladolid permitirá observar de cerca a todo un departamento especializado en sufrimiento crónico, con sus perfiles profesionales, sus virtudes, sus limitaciones y las experiencias que atesora al respecto.

Por ello, ahondar sobre cómo y qué reacciones se expresan y reflexionar sobre las sinergias comunicativas entre pacientes, personal sanitario, periodistas, gabinetes y sociedad descubre una realidad que puede ayudar a resolver contradicciones internas en gran cantidad de relaciones interpersonales.

1.2. Objetivos de la investigación

El objetivo de este reportaje es aproximarse a lo que se entiende como dolor crónico y reflexionar sobre la perspectiva social y periodística que se tiene de él. Para adentrarnos en ello utilizaremos el estudio de caso de la Unidad del Dolor del Hospital Río Hortega de Valladolid.

Debido a la alta subjetividad y necesidad de valoración propia de algunas situaciones, se reflejarán las vivencias personales de diferentes expertos y afectados, de manera que confluyan en un crisol de puntos de vista. Se busca un modelo basado en el periodismo de declaraciones que no deje de lado la interpretación. Estos son los parámetros y las preguntas de investigación que se consideran a la hora de delimitar el tema y guían el reportaje:

1. En torno a la percepción negativa que acompaña al dolor, a la dificultad de su gestión y al papel que desempeña el sufrimiento en las comunidades humanas.
 - a. La ‘sociedad del placer’ y la aceptación del dolor crónico. ¿Cómo gestiona el dolor la sociedad como conjunto? La enseñanza actual y la falta de educación para afrontar situaciones de sufrimiento.
 - b. Las reacciones y respuestas ante el dolor crónico.
 - c. Éxito o fracaso en el tratamiento de pacientes en la Unidad del Dolor.
 - d. Creación de una percepción social sobre el dolor y el rol de los medios a este efecto.
2. En cuanto a la utilidad de las unidades del dolor en las enfermedades crónicas, para las que suponen un departamento que se comunica correctamente con los pacientes, de modo individual.

- a. Métodos y fórmulas utilizadas para explicar el dolor.
 - b. La verdad médica o la ‘mentira piadosa’ en los casos de alta probabilidad de muerte o casos graves según Elizabeth Kübler-Ross y Gregorio Marañón (García Gañán, 2003, pp. 127-128).
 - c. Funcionamiento de la comunicación entre médicos, enfermeros y asistentes con los pacientes.
3. En tercer lugar, temas relativos a la visión ciudadana del departamento hospitalario y su apertura a los medios y al conocimiento general.
- a. Valoraciones sobre la penetración de la Unidad del Dolor en el conocimiento colectivo.
 - b. Predominancia de los temas de actualidad en los medios, la profundidad alcanzada en el contenido especializado.
 - c. El miedo a lo desconocido, la capacidad del dolor para generar temor.
4. Por último, se pueden considerar también los progresos y los pasos a seguir en la comunicación y la expresión de este tipo de dolor.
- a. El papel de los medios en el ámbito sanitario.
 - b. Evolución del tratamiento periodístico de los temas de salud y en especial en relación a la Unidad del Dolor.
 - c. Relación del papel mediático con una percepción social más concienciada con el sufrimiento.
 - d. Defectos actuales de los cauces comunicativos.
 - e. Soluciones y propuestas para aumentar el conocimiento y fomentar la empatía.

1.3. Hipótesis

Como punto de partida, planteamos dos hipótesis que estructuren el reportaje, al plantear una determinada dirección, armónica con los objetivos. También se plantean dos hipótesis secundarias que aluden al estudio de caso, pero que recibirán idéntico tratamiento.

Las hipótesis principales son las siguientes:

- 1) La ciudadanía percibe el sufrimiento como algo negativo, lo que influye en una mayor dificultad en la aceptación y comprensión del dolor crónico. La sociedad actual no enseña a manejar el dolor, sino a evitarlo o a restarle importancia.
- 2) En los hospitales se desarrollan las unidades del dolor como recurso especializado en el que los médicos de este departamento abordan con éxito la tarea de comunicar y explicar cada dolencia crónica en particular a los pacientes.

Las dos secundarias, más específicas y centradas en el estudio de caso, se concretan a continuación.

- 3) La Unidad del Dolor es un departamento desconocido para la mayor parte de vallisoletanos y que inspira recelo en las primeras impresiones.

4) La relación de la Unidad del Dolor de Valladolid con los medios de comunicación ha mejorado desde su implantación. Los medios de comunicación cada vez son más sensibles a los temas relativos al sufrimiento y al periodismo sanitario.

1.4. Metodología

Para tratar el tema del dolor y su comunicación se ha seleccionado de manera general la modalidad del Trabajo de Fin de Grado profesional, y dentro de este, la realización de un reportaje audiovisual. Como se ha referido anteriormente, el trabajo que alumbra el reportaje presente se sustenta en varios pilares fundamentales, entre los que se cuentan una base de referencias bibliográficas e introducción de planos recurso, así como la realización de entrevistas en profundidad.

Datos y definiciones ponen la base comprensiva del tema y de elaboración de preguntas y estructura de este reportaje. Está presente una articulación en torno a conceptos como el del dolor crónico, el periodismo sanitario, la unión entre dolor físico y psíquico o el organigrama de la división de comunicación responsable de la Comunidad de Castilla y León, tal y como se indica en las fuentes o en el estado de la cuestión, que se presenta bajo el título de ‘¿Cómo se comunica sobre el dolor crónico?’

1.4.1. La entrevista en profundidad

A lo largo de todo el proyecto, se han efectuado grabaciones de entrevistas en profundidad personalizadas a profesionales sanitarios, pacientes y periodistas. Acosta Montoro consideraba que tanto entrevista como reportaje “nacieron de una realidad, de una necesidad de crítica social, de expresión personal ante los demás, y que se convertirán en la aportación más valiosa con que el periodismo devuelve a la literatura cuanto ésta ha contribuido a su desarrollo” (Acosta, citado por Cantavella, 2002, p. 10). En este argumento me apoyo al considerar que un reportaje construido a partir de entrevistas en profundidad constituye un método acertado de acercarse a la expresividad del dolor, asunto tan complejo como subjetivo- es decir, perteneciente a sujetos, a personas.

En todo momento se utiliza la modalidad de entrevista cara a cara, por las necesidades del propio proyecto audiovisual, pero también por ser estas entrevistas presenciales las consideradas más provechosas en cuanto a la sinceridad y espontaneidad de las respuestas y la promoción del tratamiento de temas complejos (Berganza y Ruiz, 2005).

En consonancia con lo propuesto por Olaz Capitán, se trata de entrevistas en profundidad, de carácter más flexible y cualitativo, que permiten al entrevistado expresarse subjetivamente y opinar, frente a las constricciones del otro subtipo que menciona el académico, el de la entrevista estructurada o focalizada, que se reduciría a preguntas cerradas, a modo de encuesta (Olaz, 2016, pp 39-40).

La entrevista en profundidad se considera también un subtipo semiestandarizado dentro de las entrevistas no estructuradas, por guiarse por un cuestionario o lista de temas inicial pero potenciar asimismo las tácticas de acercamiento interpersonal y adentrarse en la subjetividad del entrevistado (Berganza y Ruiz, 2005, p. 253).

La metodología para la preparación de los cuestionarios previos se ajusta a los cuestionarios indicados en los anexos, que preveían unas preguntas distintas en función de cuatro perfiles de entrevistado: médicos y enfermeros, personal auxiliar o secretaría, pacientes y periodistas. La definición de perfiles establece unas pautas básicas de conocimiento previo de los entrevistados, en este caso, según su rol ante el dolor

crónico. Por ello, las entrevistas comprendieron dos fases de preguntas o temáticas, las comunes a todos los perfiles y las propias.

El orden y la orientación de las preguntas, no obstante, cambiaron de acuerdo al ritmo que marcaba cada entrevista hasta adaptarse a las reacciones y palabras del entrevistado, para promover que este estuviera cómodo y receptivo y potenciar puntos de interés que pudiera conocer (Berganza y Ruiz, 2005, pp. 255-259). Y es que, para una entrevista exitosa no sólo es necesario que el entrevistado tenga algo que decir, sino que esté dispuesto a decirlo (Cantavella, 2002, p. 151).

Así, las localizaciones y los momentos designados para la entrevista trataron de ajustarse a rutinas y entornos conocidos para cada entrevistado y generar ambientes propicios para el diálogo mediante charlas previas sobre generalidades o cuestiones ‘blandas’. Esto supone una charla de algunos minutos que permite establecer vínculos de entendimiento y empatía (Cantavella, 2002, p. 159).

La finalidad de las entrevistas abarcó tres aspectos (Olaz, 2016, pp. 29-30), concretados en una triple orientación que busca cubrir necesidades de clarificación, es decir recogida de información, sondeo y verificación; de creación (recogida de propuestas, desarrollo de ideas) y de ejecución- apoyar o rebatir el proyecto.

En cuanto al registro (Berganza y Ruiz, 2005, pp. 258-259), durante el transcurso de la entrevista, los datos se registraron siempre en doble vertiente técnica: la cámara de vídeo y su consiguiente grabación de audio; y una grabación de apoyo, bien la de la grabadora o la efectuada con el dispositivo móvil, para cubrir posibles defectos del audio sincronizado con la imagen.

Además, se tomaron notas a mano sobre el cuestionario inicial que posteriormente permitieron recordar puntos relevantes del diálogo sin revisar toda la conversación.

1.4.2. El lenguaje de los planos recurso y otros métodos

Si se considera la necesidad de ejecución, puede valorarse la inclusión de planos recurso en cuanto a método de apoyo visual. Grabados tanto en localizaciones de interior como de exterior, la inclusión de algunos planos de la calle, exteriores de los hospitales y de la propia Unidad del Dolor se distribuye en función de las necesidades del montaje posterior. Se trata de imágenes inéditas en su totalidad, que no aparecen en otros archivos ni en trabajos anteriores.

La mezcla de imágenes recurso de los complejos hospitalarios del edificio Rondilla y del Hospital Río Hortega con planos de la calle pretende mostrar el dolor como algo que puede existir en la vida cotidiana y no sólo contenido en los hospitales. Además, potencia la descripción de la Unidad del Dolor, y constituye un acercamiento en sí mismo. Es decir, la justificación es técnica y temática.

Como decía Robert McKee, se trata de “crear una secuencia estratégica que produzca emociones específicas y exprese una visión concreta del mundo” a partir de una selección de acontecimientos (McKee, citado por Aranda y de Felipe, 2012, p. 140). La coherencia y la sensación de unidad confluyen en la dramatización del relato periodístico, en la creación de una historia, en su aproximación al mundo cinematográfico.

En ningún caso se incluyen escenas que puedan vulnerar la intimidad del paciente: al tratarse de un lugar sensible como un hospital, se han intentado extremar las

precauciones al respecto. Los anexos incluyen una autorización del centro para grabar dentro de las instalaciones.

2. ¿Cómo se comunica sobre el dolor crónico?

2.1. Dolor físico y psíquico

El dolor, en líneas generales y desde un punto de vista neurobiológico, puede definirse como una “experiencia sensorial y emocional displacentera”, asociada a un daño de los tejidos del organismo real o potencial de causa interior o exterior, tal y como defienden varios autores (Gil y Pastor, 2003; Sanz Sanz, 2003), basándose en la definición de la IAPS, la Asociación Internacional para el estudio del Dolor.

Además, existe también el concepto de la nocicepción como percepción sensorial de los estímulos dolorosos, referido a una dimensión puramente fisiológica. A ese respecto, el dolor sería periférico o central; nociceptivo- los nervios transmiten información sobre lesiones- o neuropático, si afecta a todo el sistema nervioso; y además, o bien fisiológico, si las estructuras nerviosas funcionan con normalidad, o bien patológico si no lo hacen (Gil y Pastor, 2003, p. 162).

Sin embargo, la medición del dolor es todo un reto médico y social, y por ello las aproximaciones al dolor muy diversas. Existe también una dimensión psíquica del dolor (Ramírez Villafañez, 2003). “Sentimientos-sensaciones” llegó a llamar Max Scheler a las vivencias emocionales que hacen referencia a señales corporales, y en base a esa dicotomía los autores pueden diferenciar tres tipos de experiencias dolorosas: dolor punzante- aquel que atiende a cortes o pinchazos y se halla bien localizado-, dolor quemante (atribuido a quemaduras cutáneas) y un dolor sufrimiento, que se identifica como un “dolor profundo o visceral” que puede ir acompañado de reacciones como la ansiedad y la angustia y estar menos localizado, como en el caso del dolor quemante (Gómez Bosque y Gómez Carretero, 1987, pp. 239-240).

2.2. El sufrimiento crónico

Dentro de ello, el dolor crónico se vincula a la característica de una duración prolongada en el tiempo (su duración se estima a partir de los tres o seis meses, según las sociedades médicas), frente a la otra posibilidad desde un punto de vista clínico en esta clasificación, la del dolor agudo, que remite a medida que lo hace su causa y es de menor duración.

Existe una gran controversia respecto a los límites exactos del dolor crónico y cómo debe clasificarse. De nuevo la presencia de síntomas que no son puramente fisiológicos, que no alertan de una amenaza ante daño inminente, aparece en este tipo de dolor: “Toda aproximación al complicado tema del dolor crónico debe tener en cuenta la relativa importancia de cada uno de los factores, que integran: la percepción del dolor, el miedo, el estrés, la depresión, el medio social en el que se desenvuelve el paciente, el sueño nocturno” (Muriel y Madrid, 1994, p. 80).

A pesar de los avances de los fármacos, médicamente el dolor crónico no recibe demasiada atención, en comparación a otras enfermedades. “El dolor severo y prolongado altera la calidad de vida, y puede quitar las ganas de vivir. Sus efectos físicos son también muy importantes, altera el sueño, disminuye el apetito y agota al paciente [...]” (Sanz Sanz, 2003, p. 174). La intensidad de estas dolencias es variable: algunas enfermedades consideradas crónicas son las cefaleas, el dolor lumbar o el cáncer.

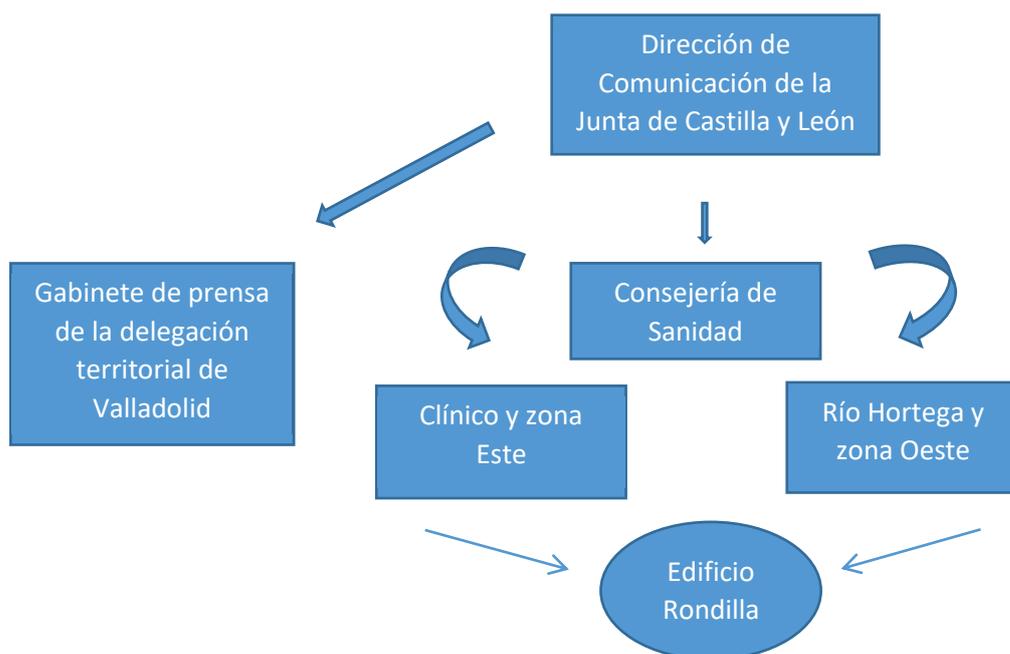
2.3. La Unidad del Dolor en Valladolid

La Unidad del Dolor de Valladolid funciona en esta ocasión como ejemplo, como estudio de caso que encarna la encrucijada comunicativa del sufrimiento crónico, por la multiplicidad de perfiles profesionales y cuadros clínicos que aglutina en relación a su tratamiento. Se trata de un departamento hospitalario especializado cuya labor común es el tratamiento de enfermedades crónicas. El trabajo de rehabilitadores, enfermeros, oncólogos o psicólogos suele estar gestionado por un anestesista, como en el caso de la unidad de Valladolid, al frente de la cual se sitúa el doctor Enrique Ortega, quien valora que en España se calcula una unidad del dolor por cada millón de habitantes aproximadamente.

En Valladolid, que -aunque más reducido- anteriormente poseía un espacio de estas características en el hospital Clínico, se reformularon los esfuerzos a este respecto en julio de 2017. Con la apertura de una nueva Unidad del Dolor se focalizaron la mayor parte de las dependencias y consultas en el edificio Rondilla y se instaló su Secretaría Administrativa en el hospital Río Hortega. Aunque el Clínico mantiene algunas prerrogativas y permisos, la mayor parte del personal procede del hospital Río Hortega, con el que divide su tiempo según consultas en uno u otro en función del día de la semana.

Cuando los médicos pertinentes derivan a un paciente a la Unidad del Dolor, la secretaria, Begoña Rodríguez, concierta una cita individualizada que llevará a establecer un primer tratamiento, a partir del que trabajarán los progresos del mismo, ya que en ocasiones el diagnóstico no es claro.

En cuanto a la comunicación emitida desde el hospital, sigue un organigrama jerárquico marcado desde la propia configuración de la comunidad, que se recrea a continuación como fruto de elaboración propia, a partir de las declaraciones de Inés de Francisco y Eva Frontiñán, que trabajan en el ala Valladolid Oeste.



Toda la comunicación se pauta desde la Junta de Castilla y León, que da paso a un gabinete de prensa en cada Consejería y a otro en cada delegación territorial (uno por provincia). Dentro de la Consejería de Sanidad, cuya jefa de prensa es actualmente Blanca Saravia, para gestionar los hospitales se establecen dos organismos: uno para el hospital Clínico y la zona Este, y otro para el centro del Río Hortega y el ala Oeste. El edificio Rondilla, antiguo hospital Río Hortega, permanece como bastión con competencias compartidas entre ambas zonas.

2.4. Periodismo sanitario y otras maneras de comprender y explicar el dolor

Decía Josep María Casasús que a finales de los setenta comenzó una nueva etapa periodística en la que despuntaba un periodismo social, del bienestar social o de servicios. Este periodismo que él describió usa nuevos géneros y pone el acento en ejemplos positivos y buenas noticias, así como en asuntos de interés humano. “Los lectores, aturridos por el diluvio de imágenes que caerá sobre ellos durante el próximo siglo, buscarán en el texto periodístico el efecto sedante. La prosa periodística será para ellos un refugio, un descanso, un placer” (Casasús, citado por López Hidalgo, 2002, pp. 56-58).

Podría considerarse que este periodismo empático, positivo y comprometido se abre paso entre memes y *clickbait* (que literalmente significa anzuelo para visitas de Internet) en una evolución que incluye al periodismo sanitario y que convive con la tendencia humana a sentirse atraído por la violencia y las noticias negativas. El periodismo sanitario recoge, de esta manera, una vocación social, que se desprende en publicaciones especializadas pero que busca también un hueco humilde en los medios generalistas. Una mayor profundidad o atención a estos temas y ejemplos positivos suele venir de la mano de la actualidad, de las efemérides o de los acontecimientos, pero se aprecian ya intentos por explicar distintas enfermedades a sectores más amplios de la sociedad.

Históricamente los antecedentes se encuentran en la prensa especializada: José Centeno Mattern se remonta al siglo XVIII en su búsqueda sobre las primeras publicaciones médicas, en las que recopila textos de Francisco Méndez Álvaro y López Piñero que respectivamente ponen sobre la mesa ejemplos como el de *Efemérides Barométrico Médicas Matritenses*, de 1734 y *Disertaciones de la Regia Sociedad de Medicina de Sevilla*, fechado dos años más tarde. El siglo XIX es una edad de oro para la prensa médica en España, ya que a partir de los años 40 de este siglo el número de publicaciones especializadas asciende a 150, y posteriormente a 200 en las últimas décadas.

Sin embargo, esta prensa especializada constituye una tipología de periódicos hecha por y para médicos e intelectuales, con un lenguaje técnico cuya intención no ha de ser necesariamente acercar estos conocimientos a la ciudadanía. Aunque esto puede deberse a las constricciones de la época, se trata aún de una comunicación prácticamente intragrupal en la que los médicos usan la prensa para compartir conocimientos. “El periodismo médico es un órgano de expresión de los profesionales médicos, actuando a la vez como comunicador de cuestiones de interés común” (Centeno, 1997).

A un elenco formado por “destacadas personalidades del mundo médico de la época” atribuye el autor gran parte del prestigio e interés de la propia *Gaceta Médica* (1854-1936), y sin embargo, en el proceso de modernización, la comunicación, como

componente esencial del desarrollo, inherente al contexto social y cultural (Sánchez-Bravo, 1992), también encara su propio progreso.

La comunicación sanitaria, en concreto, sale de los límites de la prensa especializada, que es más elitista y tiene un público reducido, y evoluciona al ritmo de los avances científicos y médicos, pero también gracias a los avances educativos generales, la formación periodística y la aparición de los gabinetes de prensa.

El mayor auge de los contenidos de salud en los medios españoles coincide con el periodo 2000-2010, en el que confluían un halagüeño panorama económico, unos contenidos en consonancia con los nuevos lenguajes de Internet y una población envejecida y que asumía prácticas de un exacerbado culto al cuerpo (Peñafiel, Camacho, Aiestaran, Ronco y Echegaray, 2014).

Los gabinetes de prensa ejercen una función de “relaciones públicas” que a menudo pasa de puntillas sobre dos aspectos que comprendería este rol, la investigación y la planificación; para volcarse en el tercero, la comunicación. Adquieren, en líneas generales, un perfil técnico, unidireccional, poco estratégico y que no encauza la plena eficacia de las herramientas tecnológicas (Busto, 2017).

Por ello, la perspectiva actual es más compleja, pero más rica, al contemplarse las relaciones comunicativas no sólo entre profesionales del mundo sanitario y no sólo en formato papel: se unen a la ecuación los periodistas, los pacientes, la comunicación institucional y la sociedad en su conjunto. “La información de salud une a periodistas y médicos que estructuran su forma de pensar de manera diferente. El médico es una persona de ciencia acostumbrado a tomar decisiones muy meditadas; el periodista es un profesional de las letras, de la información diaria, donde las decisiones se toman, a menudo, al momento; en consecuencia escriben de forma distinta y eso genera conflictos en el trabajo diario” (Peñafiel *et al.*, 2014). El reto expresivo corre el peligro tanto de simplificarse como de no encontrar lenguajes comunes entre perfiles tan diferentes.

3. Plan de trabajo

3.1. Pre-producción

El plan de trabajo incluyó, para empezar, una fase de documentación básica y previa, que comprendía la lectura de noticias sobre la evolución de la Unidad del Dolor y la toma de contacto con libros relativos al fenómeno del sufrimiento. Asimismo, se sitúan aquí las primeras tutorías individuales que permitieron fijar una hoja de ruta y comentar las particularidades del caso. El trabajo completo se desarrolló entre noviembre de 2017 y mayo de 2018, con un período de revisiones durante junio.

Al gestarse esta mínima documentación, se estableció contacto con el departamento hospitalario y en concreto con el doctor al mando, Enrique Ortega, para comprobar la receptividad de la unidad y comprobar si era posible desarrollar el trabajo sin trabas insalvables. Además, también se contactó con los periodistas Iñaki Pagazaurtundua y Pedro Lechuga. Esta toma de contacto tuvo lugar con vistas de futuro, ya que aquí siguieron las tutorías, pero la investigación se ralentizó considerablemente, por motivos ajenos a la misma.

A partir de la respuesta positiva, se estableció un período de aumento de la bibliografía, de manera paralela a la preparación de las entrevistas, el establecimiento de los perfiles de los entrevistados y la elaboración de cuestionarios. El lugar, el día y la hora de cada

entrevista se acordó de manera individualizada, en función de las necesidades de cada entrevistado, así como la disponibilidad propia de material.

El contacto con el personal sanitario y auxiliar de la Unidad del Dolor se estableció a partir del doctor Enrique Ortega que, como anestesista y jefe de la Unidad, concentró gran parte de los diálogos previos y la planificación general. Los pacientes fueron seleccionados y contactados con ayuda de la enfermera Beatriz Pérez, que ayudó a introducir el proyecto. Con Pedro Lechuga, valioso por un doble perfil en el Colegio de Periodistas de Castilla y León y su trabajo periodístico en un complejo de hospitales privados, se abordó el tema someramente en persona y luego se concretó por teléfono una fecha conveniente. El mismo *modus operandi* se empleó con el responsable de Comunicación del Hospital Clínico y zona Este, Iñaki Pagazaurtundua.

Cada batería de preguntas se revisó bajo el prisma de las entrevistas del proyecto que la habían precedido, por si la información obtenida a través de interlocutores anteriores pudiera arrojar nuevos matices o puntos de interés sobre la misma.

El material técnico del que se dispuso constó de una cámara de vídeo, una grabadora con adaptadores de micrófono, un micrófono de mesa, un teléfono móvil en sus funciones también de grabadora y un trípode. En la cuestión del material se contó con el apoyo del departamento de Periodismo, con el que se contactó para utilizar el equipo filmográfico (cámara y trípode).

3.2. Producción

La ejecución de las entrevistas resultó una fase especialmente importante, por su peso en el reportaje y por los requisitos técnicos que debía cuidar.

La fase posterior pasaba por el orden y selección de cortes grabados para establecer una escaleta y el montaje del reportaje. Para fijar un orden, se utilizaron mapas de ideas, así como la revisión de los vídeos en bruto y de las notas tomadas durante las entrevistas.

Durante esta etapa, se realizaron algunas pruebas con los programas de Premiere y Freemake, para comprobar que no habría problemas importantes durante el montaje y explorar posibilidades creativas del mismo.

Fijar las entradillas en off proporcionó mayor sensación de orden, ya que introducían series de cortes testimoniales en relación a distintos matices. Mediante este sistema, se estableció un orden semejante a bloques temáticos con alternancia de perfiles. A grandes rasgos, comprendía la siguiente distinción de matices, que van enhebrados entre sí gracias a la voz en off, que aporta estructura y conclusiones.

1. ¿Qué es el dolor crónico?
Comienza por intentar condensar una definición y explicación de lo que es el sufrimiento crónico.
2. Presentación de la Unidad del Dolor.
Sigue con una introducción a la figura de la Unidad del Dolor (muy enlazada aún al significado de dolor crónico). Un apoyo gráfico con voz en off habla de una sencilla escala que se usa para que el paciente sitúe su dolencia
3. Unión entre el dolor físico y mental.
En tercer lugar, el documental aborda la existencia de ligaduras entre el dolor físico y psíquico.

Título	La Unidad del Dolor en Valladolid: expresión y comunicación del sufrimiento crónico en el siglo XXI
Subtítulo	(Cómo comprender el dolor como enfermedad)
Género	Reportaje
Autora	Clara Rodríguez Miguélez
Duración total	21'10"
Localizaciones	INT. Edificio Rondilla Unidad del Dolor, Hospital Río Hortega, Hospital Clínico, otras dependencias. EXT. Valladolid (calle Mantería, plaza de España, plaza Cruz Verde, alrededores de San Pablo, Hospital Clínico y del edificio Rondilla).

Abreviaturas:

MUS- Música. PP- Primer Plano. PF, F- Plano de fondo. MUS1- How About Nah (canción), MUS2- Fresh Fallen Snow (canción). R- Aparición de rótulo (izquierda, derecha, grande...). RNC- Rótulo con nombre y cargo. RC- Rótulo composición. RTI- Rótulo informativo. RF-Rótulo frase.

Nº	MINUTAJE	T.I.	IMAGEN	RÓTULOS	T.A.	AUDIO	AUDIO
0	0:00-0:09	9"	CRÉDITOS iniciales		9"	SILENCIO	MUS 1 P
1	0:09-0:13	4"	Planos recurso gente calle con créditos	RC	4"	SILENCIO	MUS 1 P
2	0:13-0:41	28"	Recursos gente calle		25"	OFF nº1	MUS 1 F
3	0:41-1:29	48"	Testimonio Médico Jefe de la unidad, anestesista –Dr. Enrique Ortega	RNC Izq. RI	48"	“la definición de la IEAPS” “el dolor pierde su utilidad como mecanismo de alarma”	
4	1:29-1:38	9"	Testimonio Paciente Unidad – Miguel Ángel	RNC Izq.	9"	“es una vida muy esclava” “hasta que no se tiene”	

			Antolín				
5	1:38-2:00	22"	Testimonio Médica Rehabilitadora Unidad- Dra. Beatriz de la Calle	RNC Izq.	22"	"a ver, yo creo que el dolor crónico" "también sobre los que están a su alrededor"	
6	2:00-2:44	44"	Recursos Unidad del Dolor: cartel, pasillo, monitores.	RI	42"	OFF nº2	MUS 1 F
7	2:44- 3:37	53"	Testimonio Secretaria Unidad - Begoña Rodríguez	RNC Dcha. RF	53"	"vienen con esperanza" "procuramos que sea inmediato pero..."	
8	3:37-4:06	29"	Testimonio Gabinete de Comunicación hospital Río Hortega– Ana Hernández	RNC grande	29"	"yo el dolor crónico por lo que he podido vivir" "y que te afecta bastante psicológicamente"	
9	4:06-4:31	25"	Testimonio Paciente Unidad - Ana M ^a Iglesias	RNC Dcha.	25"	"sé que a otras personas les hablan de la unidad del dolor" "me quedo con el después"	
10	4:31- 5:05	34"	GRÁFICOS escala del dolor y registro	RC	33"	OFF apoyo	MUS 1 F
11	5:05-5:49	44"	Neuroestimulador- Testimonio Paciente Unidad- Miguel Ángel Antolín	RTI	44"	"Pues este es un neuroestimulador nuevo que ha sacado Boston" "la intensidad de sólo piernas"	
12	5:49-6:57	1'08"	Testimonio Enfermera Unidad– Beatriz Pérez	RNC Dcha. RI	1'08"	"Vivimos en una sociedad en la que queremos un resultado inmediato" "esa	

						inmediatez es imposible en salud”	
13	6:57- 7:16	19”	Recursos ext. Clínico	RI	19”	OFF nº3	MUS 2 F
14	7:16-7:54	38”	Testimonio Periodista Clínico - Iñaki Pagazaurtundua	RNC Izq.	38”	“Toda persona que tiene un dolor físico” “así que sí, están muy unidos”	
15	7:54-8:17	23”	Testimonio Paciente Unidad- Miguel Ángel Antolín	RNC Izq.	23”	“No, no, yo creo que el dolor físico es mucho más que el mental” “no se termina de pasar el físico”	
16	8:17-8:48	31”	Testimonio Médica Rehabilitadora Unidad - Dra. Beatriz de la Calle	RNC Izq. RI	31”	“El dolor físico es un estímulo que produce dolor” “que aprenda a llevarlo, a vivir con él, o que no aprenda”	
17	8:48-8:56	8”	Recurso calle mujer ramo flores		7”	OFF nº4	MUS 3 F
18	8:56-9:29	33”	Testimonio Paciente Unidad- Ana María Iglesias	RNC Dcha. RF	33”	“Muchas veces no puedes expresarlo” “cuando te está ahí martilleando es imposible olvidarse de él”	
19	9:29-10:42	1’13”	Testimonio Periodista Hospitales HM y Colegio Periodistas CyL -Pedro Lechuga	RNC grande RI	1’13”	“A ver, yo creo que aquí sí que ha habido una evolución” “me doy cuenta de que también tengo ese mismo grado de dolor”	

20	10:42-12:08	1'26"	Testimonio Médico Anestesiista Unidad - Dr. Enrique Ortega	RNC Izq. RF	1'26"	"El paciente lo puede vivir con ansiedad, lo puede vivir con depresión" "es una reacción que debe de ser corregida porque es una situación patológica"	
21	12:08-12:23	15"	Recursos fachada lateral San Pablo y ext. edificio Rondilla		15"	OFF nº5	MUS 3 F
22	12:23-13:14	51"	Testimonio Enfermera Unidad -Beatriz Pérez	RNC Dcha. RF	51"	"Yo creo y en general todos pensamos que lo ideal" "tratamiento al día, eso todos los días"	
23	13:14-14:07	53"	Testimonio Médico Anestesiista Unidad - Dr. Enrique Ortega	RNC Izq. RI	53"	"Hay dos grandes grupos poblacionales" "deben ser ellos los que dirijan el proceso"	
24	14:07-14:17	10"	Recurso cartel a reloj		10"	OFF nº6	MUS 3 F
25	14:17-16:08	1'51"	Testimonio Gabinete Comunicación hospital Río Hortega - Inés de Francisco y Ana Hernández	RNC grande RI	1'51"	"Bueno, nosotros lo que no hacemos es" "eso se cumple en todos los casos"	
26	16:08-16:43	35"	Testimonio Periodista hospital Clínico- Iñaki Pagazaurtundua	RNC Izq.	35"	"Lo primero es enterarse bien y contarlo rápido" "la mayoría son expertos en comunicación, o eso creen"	
27	16:43-17:02	19"	Recursos hall hospital Río Hortega	RI	16"	OFF nº7	MUS 1 F

28	17:02-17:54	52"	Testimonio Secretaria Unidad- Begoña Rodríguez	RNC Dcha.	52"	"Hay gente que nos ha llorado por teléfono" "pues que se les tiene en cuenta, que es así"	
29	17:54-18:34	40"	Testimonio Paciente Unidad Miguel Ángel Antolín	RNC Izq. RF	40"	"Pues hombre, yo creo que sí que sería necesario" "el trato médico y el trato de enfermeras y demás, lógicamente"	
30	18:34-20:00	1'26"	Testimonio Periodista hospitales HM y Colegio Periodistas CyL- Pedro Lechuga	RNC grande RTI x2 textos	1'26"	"Lo importante, y este tema es uno de ellos" "han ayudado a llevar mejor a ese tipo de personas esa dolencia"	
31	20:00-20:51	51"	Recursos calle y unidad	RI	51"	OFF Nº8	MUS 1 F
32	20:51-21:10	19"	CRÉDITOS FINALES		19"	SILENCIO	MUS 1 P

4. Expresión del dolor por parte del paciente.
A continuación, pasa al tema de la comunicación sobre el dolor crónico en cuanto a la expresión del sufrimiento por parte de los propios pacientes.
5. Percepción externa del sufrimiento.
Evoluciona hasta hablar de comprensión del dolor y percepción social del sufrimiento, es decir, la visión externa, canalizada a través de perfiles como el del personal sanitario. Se habla del papel de la familia y el entorno.
6. Precauciones periodísticas en el ámbito sanitario.
Un pequeño inciso remarca las precauciones que han de tener los medios en el tratamiento de temas como el presente, lo que ahonda en el método de estos acercamientos.
7. Evolución, soluciones, proyección.
Por último, el orden marcó que las temáticas finales fueran de la mano de la propuesta de soluciones, y de la evolución y la proyección que tiene el sistema actual. Este último bloque apareció a partir de los demás, para responder a la necesidad de ‘redondear’ el tema, que no pareciera incompleto y que indicara una voluntad de análisis, de mejora y revisión. Considero que el objetivo de todo reportaje con intencionalidad social debe incluir una voluntad de cambiar las realidades sobre las que pone el foco, visibilizarlas y dar información, pero también proponer posibles acciones en el ámbito.
8. Cierre y conclusiones.
Hace hincapié en algunos aspectos importantes y sirve de colofón a las intervenciones.

3.3. Post-producción

El recorte de fragmentos seleccionados y la posterior edición y montaje del vídeo se realizó con dos programas, Freemake Video Converter y Adobe Premiere Pro CS6. El montaje matizó algunos elementos de la escaleta, y a medida que se acercaba el final de la realización se incrementó el ritmo de las consultas y las tutorías. Junio se sitúa como un mes de revisiones, de cambios y ajustes.

La escaleta es todo un ser viviente que ha crecido a medida que lo pedían sus componentes. Dividida en tiempos, audio, vídeo o minutaje total, cuenta con un número guía que permite identificar rápidamente la secuencia deseada, y por ello constituye un reflejo escrito del reportaje audiovisual, con las indicaciones pertinentes.

Los planos recurso son la herramienta que acompaña a la voz en off. Si bien su papel es secundario, es relevante como acompañamiento y por la constante relación que propone entre la calle, la vida cotidiana, y el hospital, la enfermedad.

La música que se ha utilizado está exenta de derechos de autor, para evitar infringir estas leyes. Se combina el uso de tres canciones de la biblioteca de audio de Youtube, en orden de aparición How About Nah (roljui), que se utiliza como tema principal; Fresh Fallen Snow (Chris Haugen) e Indigo, de Eveningland.

Se han introducido tanto rótulos destinados a indicar nombre y cargo de los hablantes como otros informativos, de refuerzo o complemento. Se despliegan tiras informativas y otros recursos, como los gráficos que pretenden ayudar a comprender la escala de dolor utilizada en la unidad. Transiciones y efectos de imagen y audio buscan una mayor armonía entre secuencias y aparición de texto.

El reportaje alterna principalmente dos tipografías, *Traveling Typewriter* (que emula la tipografía de una máquina de escribir) y *Leelawadee UI*, más sencilla y sin *sheriff*. Juega con los colores rojo, marrón, negro y blanco para componer una gama de colores para rótulos y gráficos motivada por gusto estético, pero también por el descubrimiento casi anecdótico de que gran número de pacientes asocian el dolor con el color rojo y, en menor medida, con el negro (Muriel y Madrid, 1994).

4. Conclusiones

El dolor crónico tiene en nuestros días un problema de reconocimiento social. En el momento que el dolor abandona su condición de síntoma y se convierte en enfermedad crónica, es un problema complejo para la ciencia médica, que en muchos casos no le encuentra soluciones fulminantes ni exactas.

En los hospitales paulatinamente se le concede más importancia y se trata, con soluciones a medida y cada vez de mayor especialización y cobertura, como vemos en las unidades del dolor y su progresión. Sin embargo, se desprende de las entrevistas a terceros que esa adaptación y búsqueda de soluciones no tiene un análogo en el mundo laboral ni familiar, ni en otros universos interpersonales, al menos no de manera coordinada.

No hay apenas mecanismos sociales para comprender el dolor crónico, a pesar de que la Encuesta Nacional de Salud del INE correspondiente al período 2011-2012 desvelaba que un 37,8% de los hombres a partir de 15 años y un 46,9% de las mujeres a partir de la misma edad experimentaban dolencias crónicas o enfermedades de largo recorrido.

Esa falta de atención produce una descompensación de los conceptos compartidos que existen dentro de una comunidad, una desconexión emocional y de prioridades, una pérdida del lenguaje común que dificulta la transmisión de las particularidades del dolor crónico. Eso, a su vez dificulta la labor periodística, que ha de saber encontrar tanto términos científicos como acercamientos empáticos al dolor crónico, para encontrar fórmulas que expliquen las distintas dolencias y normalizar su existencia en sociedad.

La labor de las unidades del dolor, los gabinetes de prensa, las asociaciones de pacientes y los medios, porque surgen y desembocan en la sociedad, juegan importantes roles en la construcción de una percepción social del dolor que, al fin y al cabo, se edifica a partir de muchas percepciones particulares. Dicha percepción dependerá de la calidad de las sinergias comunicativas internas y externas, del alcance de las informaciones que propaguen, así como de los formatos empleados y las historias señaladas, tanto positivas como negativas. Para el honor y la intimidad de los pacientes serán clave las precauciones y la protección tomadas.

5. Fuentes y referencias bibliográficas

La bibliografía que se ha utilizado para la elaboración de este reportaje ha sido diversa, con distinción entre fuentes primarias y secundarias. Las fuentes documentales han confluído principalmente en el desarrollo de los cuestionarios para las entrevistas, y no

se ha querido sobrecargar con datos la narración, de modo que esta fluyera sin acumulación de tecnicismos y acercara la realidad expuesta de modo atractivo y sencillo.

5.1. Referencias bibliográficas

ARANDA JUÁREZ, Daniel y DE FELIPE ALLUÉ, Fernando (2012). *Guión audiovisual*. Editorial UOC, consulta versión digital en Proquest Ebook Central. Recuperado de: <https://ebookcentral-proquest-com.ponton.uva.es/lib/bibliouvasp/reader.action?docID=3206476&query=>

BERGANZA CONDE, M^a Rosa y RUIZ SAN ROMÁN, José A. (coords.). (2005). *Investigar en comunicación. Guía práctica de métodos y técnicas de investigación social en Comunicación*. Aravaca, Madrid: Mc Graw Hill.

BUSTO SALINAS, Lorena (2017). *El papel de los departamentos de comunicación en el sector sanitario español: una comparativa entre Castilla y León y Galicia*. Trípodos, número 40, pp. 133-159. Recuperado de: http://www.tripodos.com/index.php/Facultat_Comunicacio_Blanquerna/article/view/453/604

CANTAVELLA BLASCO, Juan (2002). *Manual de la entrevista periodística*. Barcelona: Ariel Comunicación.

CENTENO MATTERN, José (1997). *El periodismo médico en España: Gaceta Médica (1845-1848)* (Tesis doctoral). Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad de Valladolid.

GARCÍA GAÑÁN, Pablo (2003). El sufrimiento en la enfermedad y en la muerte. En Gómez Bosque, Pedro y Ramírez Villafañez, Amado (coords.). *El sufrimiento en la sociedad del placer. Una aproximación interdisciplinar*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial de la Universidad de Valladolid (Serie Psicología y Educación), pp. 105-160.

GIL VERONA, José Antonio y PASTOR VÁZQUEZ, Juan Francisco (2003). Neurobiología de la nocicepción. . En Gómez Bosque, Pedro y Ramírez Villafañez, Amado (coords.). *El sufrimiento en la sociedad del placer. Una aproximación interdisciplinar*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial de la Universidad de Valladolid (Serie Psicología y Educación), pp. 161-171.

GÓMEZ BOSQUE, Pedro y GÓMEZ CARRETERO, María Eugenia (1987). *Tratado de Psiconeurobiología. Morfología funcional del sistema nervioso*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid.

LÓPEZ HIDALGO, Antonio (2002). *Géneros periodísticos complementarios. Una aproximación crítica a los formatos del periodismo visual*. Sevilla: Comunicación Social Ediciones y Publicaciones.

MURIEL VILLORIA, C. y MADRID ARIAS, J.L. (1994). *Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico. Tomo I*. Madrid: Editorial Libro del Año, S.L.

OLAZ CAPITÁN, Ángel José (2016). *La entrevista de investigación*. Madrid: Editorial Grupo 5.

PEÑAFIEL SAIZ, Carmen; CAMACHO MARKINA, Idoia; AIESTARAN YARZA, Alazne; RONCO LÓPEZ, Milagros y ECHEGARAY EIZAGUIRRE, Lázaro (2014).

La divulgación de la información de salud: un reto de confianza entre los diferentes sectores implicados. Revista Latina de Comunicación Social, número 69, pp. 135 a 151.
DOI: 10.4185/RLCS-2014-1005. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/html/819/81931771022/>

RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ, Amado (2003). Actitudes y habilidades de afrontamiento y reducción del sufrimiento. . En Gómez Bosque, Pedro y Ramírez Villafañez, Amado (coords.). *El sufrimiento en la sociedad del placer. Una aproximación interdisciplinar.* Valladolid: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial de la Universidad de Valladolid (Serie Psicología y Educación), pp. 13-47.

SÁNCHEZ-BRAVO CENJOR, Antonio (1992). *Manual de estructura de la información.* Madrid: Colección de Información y Comunicación. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.

SANZ SANZ, Fernando (2003). El dolor innecesario y su tratamiento. Fisiopatología de la nocicepción. Formas actuales y tendencias en el tratamiento del dolor. En Gómez Bosque, Pedro y Ramírez Villafañez, Amado (coords.). *El sufrimiento en la sociedad del placer. Una aproximación interdisciplinar.* Valladolid: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial de la Universidad de Valladolid (Serie Psicología y Educación), pp. 173-215.

5.2. Fuentes primarias

Ha sido especialmente relevante para la construcción de este documental la posibilidad de dar voz a expertos y pacientes, y la inclusión de preguntas que dejaran espacio a la espontaneidad y humanidad de todos los participantes.

Por ello, se ha intentado reproducir un modelo basado en el periodismo de declaraciones y se ha puesto especial atención en que las entrevistas fueran cómodas para los entrevistados, que no se sintieran interrogados ni violentos, y se ha tratado de respetar las posibles limitaciones propias respecto a lo que estuvieran dispuestos a contar sobre el dolor propio y ajeno.

Con esto quiero poner en relieve que se ha tenido en cuenta una dimensión emocional y psicológica del sufrimiento crónico, en consonancia con los requerimientos del periodismo sanitario y con las propias actitudes de los entrevistados.

En el total de las 9 entrevistas realizadas aparecen 10 personas (ya que la realizada a Inés de Francisco y Ana Hernández se configuró como una entrevista conjunta), entre las que se distingue a los siguientes profesionales y pacientes:

ENRIQUE ORTEGA, médico anestesista y jefe de la Unidad del Dolor de Valladolid.

BEATRIZ DE LA CALLE, médica rehabilitadora de la Unidad del Dolor de Valladolid.

BEATRIZ PÉREZ, enfermera de la Unidad del Dolor de Valladolid.

BEGOÑA RODRÍGUEZ, secretaria de Administración de la Unidad del Dolor en Valladolid.

IÑAKI PAGA ZAURTUNDUA, periodista, responsable de comunicación del Hospital Clínico de Valladolid.

PEDRO LECHUGA, periodista, presidente de la Asociación de Periodistas de León, Decano del Colegio del Periodistas de Castilla y León y responsable de comunicación de los hospitales HM en León.

INÉS DE FRANCISCO Y ANA HERNÁNDEZ, responsables de la Unidad de Comunicación del Hospital Río Hortega y Atención Primaria Valladolid Oeste.

MIGUEL ÁNGEL ANTOLÍN, paciente de la Unidad del Dolor de Valladolid con hernias discales.

ANA MARÍA IGLESIAS, paciente de la Unidad del Dolor de Valladolid.

5.3. Artículos en prensa

Resultan de interés ya que muestran rutinas y modos de trabajo del periodismo sanitario actual en relación a la Unidad del Dolor de Valladolid. Gran parte de estas coberturas fueron aglutinadas por la propia unidad en un dossier, recuperado de:

<https://www.saludcastillayleon.es/HRHortega/es/noticias-medios-comunicacion/valladolid-unidad-dolor>

CALVO, Alicia (24 de septiembre de 2017). *La unidad que rescata la sonrisa infantil*. El Mundo, edición Castilla y León (p. 10).

EFE (7 de julio de 2017). *Nueva unidad avanzada del dolor tratará hasta 10.000 personas al año en CyL*. La Vanguardia, edición digital. Recuperado de: <http://www.lavanguardia.com/vida/20170707/423948143919/nueva-unidad-avanzada-del-dolor-tratará-hasta-10000-personas-al-año-en-cyl.html>

EUROPA PRESS (7 de julio de 2017). *La Unidad del Dolor de Valladolid, de referencia para cuatro provincias, que atenderá a 10.000 personas*. 20 minutos, edición digital. Recuperado de:

<https://www.20minutos.es/noticia/3085265/0/unidad-dolor-valladolid-referencia-para-cuatro-provincias-que-atenderá-10-000-personas/>

FELIPE, S. (8 de julio de 2017). *Una nueva unidad del dolor tratará a 10.000 castellanos y leoneses*. La Razón, Castilla y León (p. 83).

ICAL (7 de julio de 2017). *La unidad de dolor crónico complejo de Valladolid será de referencia para 800.000 habitantes de Burgos, Palencia, Segovia y Soria*. Agencia Ical, versión digital.

REBOLLERO, F.J. (8 de julio de 2017). *La unidad del dolor de Valladolid atenderá a 10.000 personas al año*. ABC, Castilla y León (p. 54).

RECIO, Aurora (8 de julio de 2017). *La nueva unidad del dolor prestará atención a 10.000 personas al año*. Diario de Valladolid (p. 3).

RODRÍGUEZ, Alexandra (8 de julio de 2017). *Sanidad abre en la Rondilla la Unidad del Dolor para 1.320.000 pacientes*. El Norte de Castilla (p.6).

SPC (8 de julio de 2017). *La unidad del dolor crónico integral llegará a 800.000 habitantes más*. Diario de Ávila (p. 23).

VALDEÓN, Julio (10 de julio de 2017). *Dolor*. Columna, La Razón, Castilla y León (p. 66).

6. Anexos

6.1. Baterías de preguntas

A continuación se detallan las preguntas guía que estructuraron las entrevistas, en función de cuatro preguntas comunes y otra serie de ellas en función del perfil del entrevistado: médicos y enfermeros, pacientes, periodistas y personal auxiliar de la unidad (caso único de la secretaria de la misma). Se recalca que suponen una orientación: las preguntas sufrieron modificaciones en orden y forma a lo largo de cada entrevista.

Comunes

1. ¿Qué significa para usted el dolor crónico?
2. En su opinión, ¿están unidos el dolor físico y el dolor mental?
3. ¿Cómo se puede expresar y comunicar acerca de un valor subjetivo como el dolor?
4. ¿Cómo considera que se construye una percepción social del sufrimiento?

Médicos y enfermeros

1. Existen dos tendencias en la comunicación entre médico y paciente que proponen respectivamente mentir para que el paciente no pierda las ganas de vivir (opción capitaneada por Gregorio Marañón) o informarle de la situación con exactitud y tacto para que pueda afrontarla (punto de vista defendido por Elizabeth Kübler-Ross). Según su propia opinión, ¿cómo se debe informar a un paciente de un padecimiento grave?
2. El factor común de este departamento es la enfermedad crónica, y eso implica pacientes muy dispares. ¿Cómo se dirimen responsabilidades, se les divide y atiende?
3. En los casos de estas enfermedades, que el paciente tendrá que aprender a sobrellevar durante toda su vida o períodos largos, ¿qué tipo de tratamientos se ofrecen? (fármacos, bloqueos, infiltraciones, tratamiento psicológico...)
4. ¿Cuáles son los más recurrentes? ¿Y los más efectivos?
5. ¿Se contempla en algún caso el uso de opiáceos?
6. ¿Existe algún cauce comunicativo específico de la unidad con la ciudadanía general o los medios o tan sólo con los pacientes?
7. La percepción social del sufrimiento existente, ¿ayuda en su trabajo o lo dificulta?
8. ¿Cuál es la reacción general más común entre los pacientes frente al dolor crónico? Miedo, ira, aceptación...
9. ¿Considera que el periodismo tiene impacto en el ámbito sanitario o en el tratamiento o percepción del dolor? Cuénteme si cree que ha evolucionado.
10. El factor común de este departamento es la enfermedad crónica, y eso implica pacientes muy dispares. ¿Qué papel juegan las enfermeras y los enfermeros en cómo se dirimen responsabilidades, se les divide y atiende?
11. Parte de su trabajo imagino que conlleva tranquilizar al paciente y ayudarle a entender su enfermedad. ¿Qué pautas tiene siempre en cuenta al comunicarse con los pacientes?

Pacientes

1. ¿Cómo diría que impacta su enfermedad en los diferentes ámbitos de su vida?
2. ¿Cómo resumiría en una palabra la reacción de los demás ante su enfermedad? (El objetivo aquí es saber si experimentan por parte de terceros rechazo, compasión, normalidad...)
3. ¿Cuál fue su propia primera reacción ante el dolor crónico?
4. ¿Tuvo que afrontar algún tipo de proceso de aceptación, de búsqueda personal...? Si es así, ¿cuál fue su desarrollo?
5. ¿Qué tipo de tratamiento recibe? ¿Considera que el tratamiento que se le aplica es adecuado o suficiente?
6. ¿Cómo valoraría la calidad humana del trato que aquí recibe?
7. ¿Considera que la labor de la Unidad del Dolor es conocida por los medios y socialmente?

Personal auxiliar/ Servicio de atención al paciente

1. ¿Cómo se desarrolla una primera toma de contacto con el departamento de la Unidad del Dolor?
2. ¿Cómo definiría el trato con los pacientes a los que aquí se deriva?
3. ¿Cuál es la reacción general más común entre los pacientes frente al dolor crónico? Miedo, ira, aceptación...
4. El doctor Ortega me comentaba que se prevé una unidad del dolor por cada millón y medio de habitantes. ¿Cree que la cobertura actual que proporciona esta es suficiente para la región?
5. ¿Cómo valoraría la coordinación entre los dos (tres) centros hospitalarios?
6. Su trabajo tiene un componente humano inestimable. ¿Algún caso le ha impactado personalmente?
7. ¿Qué pautas tiene siempre en cuenta al comunicarse con los pacientes?

Periodistas

1. ¿Está todo el dolor contenido en los hospitales? ¿Cuándo hablan de dolor los medios de comunicación?
2. ¿Existe el periodismo sanitario más allá de la prensa especializada o no hay concesiones en los medios generalistas?
3. ¿Ha aparecido la Unidad del Dolor en los medios por algún caso más allá de la reciente renovación del departamento? ¿Es esperable que lo haga?
4. ¿Cree que contribuye el periodismo al desarrollo de una percepción social del sufrimiento crónico?
5. ¿Pueden equipararse en espacio y tiempo de cobertura distintas dolencias o enfermedades? ¿De qué depende esta desigualdad o equiparación?

6. ¿Cree que han mejorado los propios cauces comunicativos entre hospitales y medios de comunicación?
7. ¿Cuáles consideraría que son las temáticas más recurrentes en el periodismo sanitario que se practica en la comunidad?

6.2. Autorización de grabación

AUTORIZACIÓN DE GRABACIÓN

En nombre del Hospital Universitario Río Hortega, autorizamos a la Doña **Clara Rodríguez Miguélez**, estudiante de Periodismo de la Universidad de Valladolid, a realizar las grabaciones necesarias para poder preparar su trabajo fin de grado sobre la Unidad del Dolor de Valladolid.

Dichas grabaciones se han realizado durante varios días en diferentes ubicaciones del Hospital Universitario Río Hortega y en las instalaciones de la Unidad del Dolor ubicadas en el Edificio Rondilla del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

En Valladolid a 19 de abril de 2018



Ana Belén Hernández Sánchez
Responsable de Comunicación
Hospital Universitario Río Hortega

