

JORGE L. TIZÓN

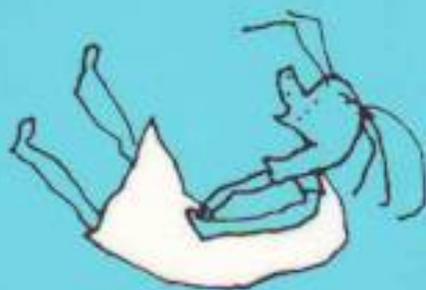
El humor



en la

relación

asistencial



Herder

JORGE L. TIZÓN

# EL HUMOR EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL

Herder

*Diseño de la cubierta:* Arianne Faber

*Edición digital:* José Toribio Barba

© 2005, Jorge L. Tizón

© 2005, Herder Editorial, S.L., Barcelona

1.ª edición digital, 2015

ISBN: 978-84-254-3790-8

La reproducción total o parcial de esta obra sin el consentimiento expreso de los titulares del *Copyright* está prohibida al amparo de la legislación vigente.

**Herder**

[www.herdereditorial.com](http://www.herdereditorial.com)

*A Ramón, que insistió prudentemente durante meses y meses  
para que el embrión de este libro viera la luz.*

## ÍNDICE

### Presentación

#### 1. SITUAR EL USO SANITARIO DEL HUMOR EN UNA ASISTENCIA SANITARIA CENTRADA EN EL CONSULTANTE

1.1. Un modelo diferente para la medicina y la asistencia sanitaria

1.2. Las enfermedades y su comunicación

1.3. Una noción diferente de la enfermedad y el enfermar

1.4. Emociones, sentimientos y asistencia sanitaria

1.5. El encuadre asistencial

1.6. Contención, salud mental y sentido del humor

1.7. Sistemas psicoterapéuticos para la práctica médica

#### 2. UNA INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL HUMOR Y LA COMICIDAD

2.1. Sobre la risa

2.2. Una propuesta terminológica

2.3. Sobre la psicología del sentido del humor

#### 3. EL HUMOR EN LA ASISTENCIA SANITARIA

3.1. El humor como «principio activo» en la asistencia

3.1.1. Vértice del consultante

3.1.2. Vértice del consultado

3.1.3. Vértice de la situación

3.2. Aproximación a una propuesta de tipología del humor en la asistencia clínica

3.3. El humor en la asistencia desde el vértice de las organizaciones psicopatológicas

### EPÍLOGO. Figuras y tablas

BIBLIOGRAFÍA CITADA

## PRESENTACIÓN

Un niño de seis años le dice a su hermanita de cuatro: «He encontrado un preservativo en la baranda». Su hermanita: «¿Qué es la baranda?».

Aunque se trate hoy de un vocablo aparentemente extra-sanitario, el término «humor» posee amplias resonancias médicas, y no sólo por sus repercusiones sobre la salud y la patología, sino por los siglos de historia de la medicina que le subyacen.

Sin embargo, durante largos períodos la medicina y la psicología científicas han vivido totalmente de espaldas al hecho de que el humor y la comicidad juegan un importante papel en la clínica cotidiana. Con ello, hemos perdido durante decenios o siglos la posibilidad de estudiar su valor médico y psicológico, tanto en la asistencia como en la prevención, y tanto a nivel teórico como a nivel clínico, práctico. Casi la única excepción a este menosprecio eran los terapeutas de orientación psicoanalítica y los psicoanalistas. Últimamente, sin embargo, la actitud de desinterés, cuando no de menosprecio, sobre el tema en las «ciencias oficiales», ha dado lugar a una actitud alternativa: los estudios y trabajos científicos sobre el humor se están multiplicando. Hay cada vez más congresos nacionales e internacionales sobre el tema, el primero, en Cardiff, en 1976, uno de los últimos, la Conferencia Internacional de San Diego (USA), en 2001. Por otra parte, se han difundido las propuestas de diversas *terapias mediante la risa*, así como seminarios y ta-

lleres en este ámbito. Ya existe la *Association for Applied and Therapeutic Humor* (AATH) y las revistas sobre el tema son cada vez más numerosas: tanto en soporte papel (por ejemplo, el *Humor International Journal*) como en formato electrónico (por ejemplo, *Webalia*). El interés médico sobre el asunto está creciendo y es publicitado ingeniosamente, por ejemplo, en el lema de la AATH: «El humor puede ser peligroso para su enfermedad».

En realidad, el término «humor», en su sentido más amplio, hace referencia a cualquiera de los fluidos corporales. Tanto en su acepción actual más común (relacionada con *lo cómico, la comicidad*), como en esa acepción más general, nuestro concepto del humor hunde sus raíces en una de las teorías fisiológicas que han predominado durante más siglos en nuestras disciplinas. En concreto, su origen es la fisiología hipocrática. Para Hipócrates (y para siglos de medicina occidental después de él) la base de la salud consiste en el delicado equilibrio entre los cuatro humores (o líquidos) fundamentales del cuerpo: *sangre, linfa o flema, bilis amarilla y bilis negra o atrabilis*. Pero, como en el caso de otros muchos términos médicos, su aplicación en el campo de «lo psíquico», lo mental, ha llevado a diferenciarlos de esa base fisiológica, acentuando los componentes caracteriales y relacionales de cada uno de esos elementos fisiológicos. Se trata de una derivación típica de las concepciones fisiológicas sumerias, griegas y árabes, propiciada por el dualismo judeocristiano. De tal forma, los términos que se refieren a sensaciones globales del sujeto, como el que en indoeuropeo se designaba como *angst* (sensación de opresión en el pecho, dificultad de respirar) han dado lugar a términos directamente mentales: «angustia» y sus derivados. De forma similar, hablamos de individuos *sanguíneos, flemáticos, biliosos o coléricos, atrabiliarios...* aunque, a menudo, cuando lo hacemos, no somos conscientes de la base fisiológica de tales conceptos y, menos aún, de su origen en los estudios y especulaciones de una fisiología médica griega concreta: la de la escuela de Cos.

Hoy en día, pues, el término «humor» hace referencia: 1)

A cualquier fluido corporal: por ejemplo, el *humor vítreo*. 2) A una forma de relación entre el sujeto y lo cómico. 3) Al estado de ánimo o afectivo fundamental y más frecuente de cada individuo: así hablamos de *humor depresivo*, *humor colérico*, *humor eufórico*...

La «risa» es la consecuencia externa del humor y su expresión más abierta. También, como veremos, es el comportamiento corporal en el que se fundamentan los efectos fisiológicos del humor y la comicidad, además de los efectos relacionales, en la relación interhumana.

A pesar de lo que se suele creer, el desarrollo del sentido del humor y la recuperación de la importancia que le concedemos hoy son relativamente recientes: ciertamente, la *catarsis* o expresión de los sentimientos era de fundamental importancia en el drama griego clásico y, en general, en la cultura grecolatina. De ahí el nacimiento de la comedia ya en la Grecia preclásica como vía de expresión del humor, la risa, la ironía... Pero ese papel cultural concedido a las emociones en general como «purgadoras» o liberadoras, como catárticas, parece casi perderse durante los largos siglos de la Edad Media europea. Hasta que primero los prohombres renacentistas y, después, los literatos y las clases cultas inglesas de los siglos XVI y XVII, deciden activamente cultivarlo, valoran su importancia social e incluso médica e intentan exportarlo hacia «el continente». Otras culturas –por ejemplo, la indostánica o la china– llevaban ya siglos proclamando su importancia, algo que en la Europa medieval quedaba reservado para las cortes (los bufones) y el pueblo bajo, e incluso era estigmatizado por la clerecía y la Inquisición como una de las formas de penetración *del maligno* en los sujetos. Umberto Eco (1985) hace decir al sacerdote integrista español Jorge de Burgos en *El nombre de la rosa*:

La risa es la debilidad, la corrupción, la insipidez de nuestra carne. Es la distracción del campesino, la licencia del borracho. Incluso la Iglesia, en su sabiduría, ha permitido el momento de la fiesta, del carnaval, de la feria, esa polución diurna que permite descargar los humores y evita que se ceda a otros deseos y a otras ambiciones... [...] La risa libera al aldeano del

miedo al diablo, porque en la fiesta de los tontos también el diablo aparece pobre y tonto y, por tanto, controlable. [...] Cuando ríe, mientras el vino gordo gotea en su garganta, el aldeano se siente amo, porque ha invertido las relaciones de dominación. [...] La risa distrae, por unos instantes, al aldeano del miedo. [...] ¿Y qué seríamos nosotros, criaturas pecadoras, sin el miedo, tal vez el más propicio y afectuoso de los dones divinos? [...] El pueblo de Dios se trasformaría en una asamblea de monstruos eructados desde los abismos de la *terra incógnita*... (U. Eco 1985, pp. 573ss.)

Como puede observarse, el tema posee profundas raigambres culturales, filosóficas y hasta religiosas, pero en este volumen nos vamos a centrar en la segunda acepción del término «humor»: la que lo vincula a lo cómico y la *comicidad*. Limitándonos más aún, nos ceñiremos a la relación entre el *humor*, el *sentido del humor* y la *comicidad*, por un lado, y la asistencia sanitaria, por el otro.

El objetivo de estas páginas es fundamentalmente didáctico: de ahí las clasificaciones y agrupaciones del humor y del sentido del humor que voy a proponer en ellas. Intento que el personal que trabaja en las relaciones asistenciales, en las relaciones de ayuda profesionalizadas,<sup>1</sup> pueda poseer una idea más realista del valor del humor en las mismas, así como una guía al menos mínima para utilizarlo... o abstenerse de hacerlo.

La estructura del libro está vinculada, pues, a esos objetivos: en el primer capítulo intentaré comunicar una perspectiva holística, globalizadora, de la asistencia profesionalizada. Es el contexto en el que naturalmente puede aplicarse el humor y el sentido del humor en la asistencia. A continuación, en el capítulo 2, propondré una perspectiva conceptual y terminológica que puede permitirnos entender las indicaciones y contraindicaciones de este importante «principio activo de la asistencia» a menudo descuidado o menospreciado.

Como puede observarse, intentaré recoger y revalorizar la importancia y utilidad del humor para la relación asistencial, y en todo tipo de relaciones asistenciales (sanitarias, pedagógicas, de trabajo social, de salud mental...). Parto para ello de la observación de que continuamente lo estamos utilizando en la asistencia, tanto dentro de las entrevistas

tas o sesiones, como fuera (con los compañeros). O bien después, cuando en situaciones externas a la asistencia recordamos sucesos, anécdotas o viñetas de la misma, en forma más o menos *catártica*. Si tanto lo usamos y se usa en medicina desde la más remota antigüedad, está claro que algún valor ha de poseer y, desde luego, que vale la pena estudiarlo.

De ahí que me parezca importante aproximarnos a una definición y a un incipiente «manual de instrucciones» de lo cómico y la comicidad en la asistencia, que es lo que intento en el capítulo 3 y, en general, en el libro que el lector tiene en sus manos.

<sup>1</sup> Entendiendo aquí por *relación asistencial (profesionalizada)* aquella en la cual una persona que no puede subvenir a sus necesidades con sus medios personales y los que le proporcionan sus núcleos naturales de convivencia, acude a otra organización o persona, calificada como «profesional» o «técnico», en busca de asistencia o ayuda.

## Capítulo 1

### SITUAR EL USO SANITARIO DEL HUMOR EN UNA ASISTENCIA SANITARIA CENTRADA EN EL CONSULTANTE

#### 1.1. UN MODELO DIFERENTE PARA LA MEDICINA Y LA ASISTENCIA SANITARIA

En una primera aproximación, provisional, partiré de la idea de que lo cómico y la comicidad son la facultad o los atributos que permiten vivir y expresar la emoción de la alegría o el placer en la vida cotidiana a partir de los sucesos propios de esa cotidianidad. Son un resultado del sentido del humor. Solemos hablar de *sentido del humor* para hacer referencia a las capacidades atribuidas a individuos o grupos humanos para poder encontrar lo cómico en la vida cotidiana, mientras que el *chiste*, otra forma de lo cómico, se halla formado por «partículas narrativas de comicidad» que se transmiten a partir del lenguaje, pero que no se crean en ese momento sino que provienen de momentos anteriores o de una cierta tradición.

Preocuparse por este tipo de «principios activos» de la asistencia implica una actitud diferente hacia ésta, tanto en el ámbito teórico como en el práctico, una actitud que tenga en cuenta lo que ya hace veinte años llamé «componentes psicológicos de la práctica sanitaria». Porque una cosa es que se esté utilizando continuamente el humor o incluso el chiste y el humor en la asistencia y otra cosa es que, a causa de una perspectiva mecanicista, «biologista» y/u omnipotente de la tecnificación y la maquinización, se conceda a tales fenómenos un mínimo valor en la asistencia, en el ámbito teórico o en el práctico. Por eso, en principio, creo

que sería necesario situar esa otra perspectiva asistencial que utiliza el humor, así como otros recursos psicológicos y psicosociales, como componentes básicos tanto en las entrevistas asistenciales como en la propia *atención sanitaria* (es decir, en la asistencia y la prevención).

Evidentemente, esa otra perspectiva se acogerá a un modelo o perspectiva epistemológica *biopsicosocial* (Engel 1977). Más específicamente, será una concreción del modelo sanitario que he llamado ya hace años (1988) «la asistencia sanitaria centrada en el consultante en tanto miembro de la comunidad», el *modelo comunitarista de la asistencia* (Tizón 1988-1999, 2000, 2001). Una aplicación práctica de este modelo es la que da lugar a la *atención primaria en salud mental*, o sea, la versión de dicho modelo adecuada para trabajar en el campo de la salud mental mediante la interacción entre los equipos de salud mental y los equipos de atención primaria. Posiblemente, es la perspectiva actualizada de la «psiquiatría comunitaria». El modelo y sus aplicaciones parten de un cambio de perspectiva para la asistencia sanitaria y la medicina tanto en el ámbito teórico y epistemológico como en los ámbitos técnico y pragmático que vengo tratando con asiduidad a lo largo de estos últimos años (1999, 2000, 2001).

## 1.2. LAS ENFERMEDADES Y SU COMUNICACIÓN

Existen al menos tres formas de expresión de la enfermedad y el enfermar en las consultas médicas y, en general, en las consultas sanitarias, a pesar de que a los médicos nos han preparado para captar tan sólo una. En efecto, a los médicos y sanitarios en general nos han preparado para atender y fijarnos en una de las manifestaciones de la enfermedad: la que viene tipificada en los textos y manuales de medicina y en los textos científicos. Cada enfermedad se define por un conjunto de signos y síntomas y se describe con los típicos apartados de etiología, patogenia, clínica, evolución, pronóstico y tratamiento. Es la *enfermedad tipifi-*

cada. Cumple unos criterios expresados claramente en expresiones verbales, lingüísticas. Antes se pensaba en que esos criterios delimitaban «enfermedades» totalmente definidas. Hoy se piensa que esa delimitación es de tipo probabilístico, es decir, casi nunca exacta o exactamente predecible.

En efecto, como recordaba ya en 1988, siguiendo a Jordi Gol, tal definición no es tan exacta como hacían creer los antiguos libros de texto, incluso en enfermedades aparentemente claras en su tipificación, como la *diabetes mellitus*. Así, el concepto de tal afección difiere entre los libros de texto y la asistencia cotidiana. En el caso de la asistencia concreta, su definición, delimitación y posibilidades asistenciales vienen determinadas, más que por las definiciones y parámetros «científicos» de la enfermedad, por las posibilidades tecnológicas existentes en ese momento dado (*efectividad*) y por los tratamientos o técnicas terapéuticas efectivos, eficaces, seguros y oportunos de los que disponemos en un momento dado. Por poner un ejemplo con respecto a la *diabetes mellitus*, en especial juvenil, en su descripción –y en la descripción de su evolución, pronóstico y tratamiento– habría que introducir los factores psicosociales que llevan al incumplimiento terapéutico (y los factores psicosociales y de todo tipo que tienden a contrarrestar dicho incumplimiento). Por ejemplo, en la descripción clínica de tal afección debería sin duda estar incluido un apartado acerca de la motivación para el tratamiento y los contextos y contingencias de dicha motivación, lo cual llevaría, por ejemplo, a la necesidad de otro «apartado» que versara sobre la «entrevista de motivación» y los problemas de motivación para el seguimiento de dichos tratamientos.

Lo mismo podríamos decir de un «parto distócico» o de «alto riesgo»: a pesar de su definición científica, prácticamente viene determinado (en la inmensa mayoría de los casos) no por las variables biológicas previamente definidas en esos textos e investigaciones, sino por la personalidad de la parturienta, su situación personal y relacional, sus relaciones con el equipo obstétrico, si éste existe, las relacio-

nes y limitaciones de este equipo, etc.

Por otra parte, no hay que olvidar que, como antes decíamos, con la progresiva introducción en la medicina de los criterios definitorios basados en la epidemiología clínica y la estadística, las definiciones tipificadas han sufrido y tendrán que sufrir aún grandes variaciones, a pesar de su aparente «tipificación» o delimitación. El enfoque etiológico basado en la probabilidad y en constelaciones o acumulaciones de factores de riesgo, más que en determinismos o causaciones mecánicas unidireccionales, está influyendo en igual sentido. Progresivamente estamos caminando hacia una perspectiva multicausal, probabilística e interdisciplinaria de la asistencia e incluso de la etiología.

A la segunda manifestación de la enfermedad, de los trastornos, minusvalías o afecciones la llamaremos la *enfermedad sufrida* o *vivida*, la *experiencia del enfermar*. Esta noción hace referencia a las cogniciones, sentimientos, emociones y fantasías conscientes e inconscientes con las que vivimos una enfermedad, afección, molestia, trastorno o problema, es decir, se refiere al modo en que vive y se representa la «enfermedad» el consultante –y la población no consultante. Tal noción vivencial se halla en relación con el malestar subjetivo y, por lo tanto, se encuentra sujeta a influencias individuales y culturales. La mayor parte de los consultantes de la asistencia sanitaria «sufren» algún tipo de «enfermedad», aunque en más de un tercio de ellos no exista una definición «tipificada» de ella en la medicina académica. Claro que aquí, «medicina académica» o «clásica» significa hoy ya «perspectiva “biologista” –que no biológica– de la medicina», es decir, una perspectiva marcada por un predominio excesivo de lo biológico en las explicaciones y modelos médicos. El resultado es que esos individuos que sí consultan, y a menudo en repetidas ocasiones, no son ayudados en su sufrimiento y sus vivencias. Correlativamente, el personal sanitario sufre y se pregunta cómo entender a esos pacientes y cómo se les podría ayudar más y mejor. De ahí que a esos consultantes se les apliquen diversos términos más o menos disociadores o distanciadores,