

**Licenciatura de Psicología**  
**Trabajo Final de Integración**

*Abordaje Psicológico de la persona hospitalizada*  
*desde el humor: experiencia en Payamédicos*

Tutor Contenido: Gancedo Mariana.

Tutor Metodología: Gongora Vanesa.

Jurado:

Robertazzi Margarita.

Zaidemberg Ricardo

**Autor: Maria Verónica Grillo**

**Julio 2012**

## **Abordaje psicológico de la persona hospitalizada desde el humor: experiencia en Payamédicos**

<b>1. INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO</b>	<b>2</b>
<b>3. MARCO TEORICO</b>	<b>2</b>
<b>3.1. Hospitalización: Afección orgánica no resuelta ambulatoriamente.</b>	<b>2</b>
3.1.2. Estresores Hospitalarios	3
3.1.3. Repercusiones Negativas de la hospitalización.	4
<b>3.2. Humor: Recurso terapéutico</b>	<b>7</b>
3.2.1. Breve reseña conceptual.	7
3.2.2. Perspectiva de la Psicología Positiva.	12
3.2.3. Estilos de humor.	16
3.2.4. Influencia en la salud psicofísica del paciente.	18
3.2.5. Facilitador de la comunicación.	20
<b>3.3. Payaso de Hospital.</b>	<b>22</b>
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>23</b>
4.1. Participantes.	23
4.2. Instrumentos.	23
4.3. Procedimientos.	24
<b>5. DESARROLLO</b>	<b>24</b>

5.1. Humor: Aplicación del humor positivo en las intervenciones.	25
5.2. Humor: Complemento de las intervenciones médicas convencionales.	31
5.3. Humor: Facilitador de la comunicación.	37
<b>6. COMENTARIOS FINALES</b>	<b>40</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>45</b>

## 1. INTRODUCCION

Este trabajo, requisito para la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo de Buenos Aires, Argentina, es el resultado de una práctica profesional de 320 horas que se realizó en la Asociación Civil Payamédicos, fundada en el año 2003, asistiendo a 5 de los 18 hospitales públicos ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y zona norte de la Provincia de Buenos Aires donde brinda su servicio, desde el mes de abril hasta el mes de agosto de 2010.

La misión de Payamédicos es contribuir a la salud emocional del paciente hospitalizado. Para tal fin se utilizan recursos psicológicos y artísticos tales como juego, música, teatro y clown. Como herramienta fundamental, los 1000 voluntarios distribuidos en todo el país construyen la figura de Payaso Hospitalario: “mitad payaso”, “mitad médico”. Así se crea el “Payamédico” y, en función de ello, se realizan visitas semanales al paciente, a través de un abordaje esceno-terapéutico que tiene como eje central el humor.

El grupo está coordinado y supervisado por médicos y psicólogos con experiencia en niños y adultos internados por diversas patologías orgánicas. La institución brinda a sus integrantes conocimientos y herramientas de la Psicología para establecer un vínculo en el que la persona hospitalizada pueda sentirse comprendida, acompañada, contenida, y recurra a sus propias fortalezas para la recuperación ó la aceptación de su enfermedad.

La actividad que se realizó consistió en: observar las intervenciones de los psicólogos en las supervisiones grupales y la redacción de las crónicas de las supervisiones; observar el dictado de cursos y talleres de formación; observar la labor realizada en diferentes jornadas con pacientes que están hospitalizados.

El interés por realizar la residencia en esta institución radicó en la estrecha vinculación que sostiene la actividad del payamédico con la Psicología en general y, esencialmente, con la mirada salugénica y los temas relacionados a la Psicología Positiva. El objetivo terapéutico central de las intervenciones es recuperar la condición de persona que está atravesando un periodo de hospitalización. Para esto se propone desdramatizar el medio hospitalario a través del humor y la distracción. Así se recuperan los aspectos sanos

de la persona que está hospitalizada, fortaleciendo los lazos sociales, familiares y el vínculo médico-paciente.

## **2. OBJETIVO GENERAL**

Analizar la aplicación del humor como abordaje psicológico en pacientes hospitalizados.

### **Objetivos específicos:**

- Describir la aplicación del humor positivo en las intervenciones de los Payamédicos con pacientes hospitalizados.
- Describir cómo la aplicación del humor en las intervenciones de los Payamédicos con pacientes hospitalizados se complementa con las intervenciones médicas convencionales.
- Analizar si la aplicación del humor en las intervenciones de los Payamédicos con pacientes hospitalizados es facilitadora de la comunicación con familiares y equipo de salud.

## **3. MARCO TEORICO**

### **3.1. Hospitalización:**

Cabe señalar que frente a una afección orgánica de riesgo para la salud es necesario que el tratamiento se desarrolle en una institución hospitalaria; inmediatamente ocurre lo que se denomina internación u hospitalización. Consecuentemente, se produce un cambio en la rutina del individuo y sus personas allegadas, los referentes conocidos tales como el trabajo o la escuela desaparecen. Todo ello influye en el estado emocional del paciente y su conducta durante el lapso que transcurre en el ámbito hospitalario (Romero, Méndez, Bianco & Castro Arata, 2012).

Según Ortigosa y Méndez (2000), toda enfermedad orgánica está asociada a un detrimento del bienestar físico, acompañado de malestar psicológico que puede alterar la vida de la persona y su entorno a corto, mediano y largo plazo. La hospitalización es

considerada un estresor en sí misma, teniendo en consecuencia repercusiones negativas. Entre las más habituales se encuentran las alteraciones emocionales y comportamientos que llegan a ser disruptivos incluso a largo plazo. Cabe aclarar que las secuelas varían en cada persona, de acuerdo a la edad, a las vivencias anteriores a la internación, a los determinantes de la personalidad y, principalmente, al desarrollo de habilidades para afrontar situaciones conflictivas (Escribà Agüir & Bernabé Muñoz, 2002).

### **3.1.2. Estresores hospitalarios.**

Las enfermedades médicas producen inestabilidad y variaciones en el equilibrio del organismo del ser humano y en sus dimensiones bio-psico-culturales (Mucci, 2007). Al mismo tiempo, la persona que presenta una enfermedad debe afrontar dos dificultades. La patología por sí misma es la primera, y la segunda es la de remediar las situaciones originadas en su vida como resultado de la misma. La enfermedad puede ser entendida como una agresión que el sujeto tiene que afrontar y que cambia la vivencia de bienestar que tiene con su cuerpo al sentir que no tiene control de su organismo (Taylor, 1986).

Romero et al. (2012) sostienen que es preciso señalar que los procedimientos médicos en una internación son significados como invasivos ya que se trata del propio cuerpo el que es maniobrado generando sensación de temor y malestar o sufrimiento. Es frecuente que en edades tempranas se produzcan actitudes fóbicas frente al personal de salud con guardapolvos blancos e instrumental médico, como por ejemplo jeringas. Por consiguiente, es habitual encontrar a los niños jugando con muñecos representando momentos anteriormente vividos en el intento de sublimar miedos, angustia, preocupación.

Por lo tanto cuando se requiere la internación en una institución, el individuo pasa a tener una actitud pasiva en el contexto hospitalario, el cual constituye una cultura desconocida para el paciente (Rodríguez & Zurriaga, 1997). Por esta razón toda organización asistencial conlleva dos dimensiones: por un lado es un lugar de ayuda y por el otro es un estresor. La persona se aleja de puntos de referencias de la vida cotidiana, donde la sensación de inseguridad, e incertidumbre lo invaden; el apartamiento de sus seres queridos, la pérdida de autonomía y el afrontamiento de actos médicos hacen que se produzca un proceso de anomia (Mucci, 2007).

La hospitalización exige que el enfermo se relacione con personas desconocidas -médicos, enfermeros, personal de limpieza, administrativos, otros pacientes, familiares propios y ajenos, residentes en la mayoría de los casos sin motivación para tal vínculo agudo y efímero (Romero et al., 2012).

### **3.1.3. Repercusiones Negativas de la hospitalización.**

Cuando se produce enfermedad y hospitalización en la niñez, éstas suelen ser situaciones críticas, ya que el niño desconoce ambas variables. En muchos casos éstas son experimentadas por primera vez y la manera en que se reacciona frente a ellas suele estar influenciada por la separación de los padres y el medio familiar en general. Existe una merma en el control, en las lesiones corporales y su consecuente dolor, todo ello ocasiona estrés en el niño. Con frecuencia aparecen sentimientos de soledad, aburrimiento y depresión; es común que los niños se muestren hostiles o enfadados, rebeldes o vulnerables. Al mismo tiempo en numerosas ocasiones no piden ayuda al personal de salud por temor a parecer débiles y dependientes (Carbelo, Casas, Rodríguez de la Parra & Romero, 2004).

En cuanto a la persona adulta, la reacción puede variar. Habrá quienes por su personalidad sientan que la hospitalización da solución y atención a su enfermedad; otros por el contrario desarrollan impaciencia, angustia y preocupación. Sumado a esto es probable que experimenten molestias resultantes del contexto hospitalario: la pérdida de intimidad, la vestimenta y el contacto permanente con extraños. Ocurrirán también cambios en los hábitos diarios reflejados en las horas de sueño y descanso, las visitas y la alimentación. La acomodación a las circunstancias requiere que se activen dispositivos de acción frente a una amenaza, inseguridad o emergencia. Regresión, negación, agresión, ensimismamiento y culpa son algunos de los mecanismos que brotan en individuos que no cuentan con maduración precedente. Por otra parte puede surgir lo contrario: superación, asimilación, tolerancia ante el acontecimiento (Yauri, s/f).

Romero et al. (2012) manifiestan que es importante que cualquier persona, sea niño o adulto, logre entender la vivencia de su enfermedad y la consecuente internación ya que en escaso tiempo se encuentra frente a un espacio vital que le demanda adaptación al medio y a múltiples factores de estrés.

Al mismo tiempo, según Berenbaum y Hatcherm (1992), los progenitores también experimentan la situación como estresante y en algunos casos sienten un elevado nivel de incertidumbre, inquietud y malestar, más que los propios hijos. Davies (1984) descubrió que existe correlación positiva entre la ansiedad de las madres y las alteraciones conductuales mostradas por los niños hospitalizados. Otros estudios mostraron que el estrés de los padres podía entorpecer la buena adaptación de los hijos en cuanto a la internación (Daniels, 1987; Wertlieb, Hauser & Jacobson, 1986).

En cuanto al vínculo de asistencia y cooperación recíproca, los familiares inmediatos de la persona hospitalizada se ven afectados durante el periodo y evolución de la afección orgánica, tanto en lo emocional, en la forma de pensar y en sus hábitos de la vida. Se pueden ver perturbados sus proyectos y la significación de la vida. La enfermedad puede percibirse como potencial de peligro de desintegración personal o familiar (Baider, 2003).

Existen significativos factores de riesgo de base psicosocial, entre ellos los denominados estresores laborales, a los cuales el equipo de salud debe enfrentar a diario en su práctica profesional (Ramirez, Grahm, Richards, Cull & Gregory, 1996). Consecuentemente, diferentes aspectos del comportamiento profesional se ven afectados, como la calidad de vida y su ambiente más cercano. Esto implica la posibilidad de elementales secuelas en su ejercicio laboral (Escribà Agüir & Bernabé Muñoz, 2002) Se cita como ejemplo de esto el hecho de no tener el debido cuidado al relacionarse con sus pacientes, tanto a nivel psicológico como médico, lo que puede llevar a incurrir en errores de juicio (Arnetz, 2001).

Escribà Agüir y Bernabé Muñoz (2002) consideran relevante como estresores la carga de trabajo excesiva, el hecho de convivir con el sufrimiento humano, el fallecimiento de los enfermos, la responsabilidad sobre la existencia humana, la falta de garantía sobre los resultados de la práctica médica, y, no menos importante, la transmisión de malas noticias. Ramírez, et al. destacan que a estos factores se suma el vínculo con las personas que padecen la enfermedad y su entorno más cercano. Se asocia alta prevalencia de síndrome de burnout a la poca capacidad en habilidades de comunicación del personal de



salud. Al mismo tiempo, todo esto afectará la asistencia laboral y la eficacia de la práctica profesional (Capilla, 2000).

Cabe resaltar la transformación que se produce en un individuo cuando deja de estar sano y contrae una enfermedad; al interiorizar ese estado, cambia tanto sus emociones como sus pensamientos, en consecuencia su forma de actuar y la forma de vincularse en las interacciones personales. Durante el transcurso de la enfermedad se produce un cambio subjetivo que se encuentra influenciado tanto por la persona enferma como por el contexto hospitalario, dándole significación a la experiencia de forma particular (Mucci, 2007).

Paralelamente, la relación entre el equipo de salud y el paciente se encuentra influida por el estado de salud y su recuperación; en ella se evidencian obstáculos tales como la distancia, autoritarismo, frialdad, ambigüedad e indiferencia que se atribuyen a los profesionales. En consecuencia, se produce pérdida de subjetividad desde el paciente y la objetivación desde el médico o cualquier otro profesional de la salud. Este último concepto puede ser interpretado como deshumanización, justamente lo contrario de lo que se pretende que ocurra en un espacio donde lo humanitario es una cuestión vital. Sobre todo es importante considerar que la subjetividad, la singularidad de la persona del paciente está constituida por necesidades: biológicas, psicológicas, emocionales, cognitivas, sociales y espirituales (Mucci, 2007).

El profesional de salud superado en su praxis por las tensiones, neutraliza la situación mediante la despersonalización y la objetivación del enfermo. Despojados de las emociones le resulta más sencillo poder ocuparse y relacionarse con su objeto de estudio que es otro ser humano. De lo contrario los afectos pueden entorpecer la práctica eficaz. En definitiva, estas actitudes son funcionales y un medio para protegerse (Mucci, 2004).

La hospitalización es una experiencia potencialmente traumática no solo para el enfermo sino también para su familia, una circunstancia crítica que dependerá de la capacidad de afrontamiento de la persona, del momento vital en que se encuentre, del apoyo familiar, de la gravedad y duración de la enfermedad y consecuente internación; además de su personalidad y las experiencias previas (Romero et al., 2012).

### **3.2. Humor: un recurso Terapéutico**

### **3.2.1. Breve reseña conceptual.**

Desde el punto de vista etimológico la palabra ‘humor’ proviene del término latino ‘ūmīdus’, originado a su vez de ‘ūmēre’, que expresa ‘estar o ser húmedo’ (Corominas, 1998). Aproximadamente hacia el año 1220 ya se reconocía la expresión ‘humor’ con la significación anteriormente mencionada y en la Edad Media representa al genio o condición de alguien. Llegado el siglo XVI se define ‘buen humor’ a modo de estado de ánimo positivo y el ‘mal humor’ como una condición negativa del estado anímico. En la primera mitad del siglo XIX, el concepto se convierte y expresa una particularidad del ser humano valorizada, tanto como el sentido común, la humanidad en el sentido de la compasión o la paciencia, entre otras. La significación de la palabra se desplegó por diferentes lugares gracias a la colonización del Imperio Británico y en su evolución resulta considerado como una característica de personalidad y hasta como un modo de existencia valorado por la sociedad como positivo (Ruch, 1998).

Es preciso señalar que el Humor ha sido abordado desde los tiempos de la Grecia Clásica por filósofos. En particular originales hipótesis y creencias fueron propuestas por Platón y Aristóteles en cuanto a la farsa y la comedia. Posteriormente han sido relevantes la esencia, la particularidad y las funciones del humor, entre otros para Hobbes, Kant, Schopenhauer, Bergson, Spencer y Koestler (Jauregui, 1998).

Desde el punto de vista científico contemporáneo, el humor ha sido conceptualizado como un constructo que abarca múltiples aspectos (Martin, 2003). Se considera al humor conformado por: un aspecto cognitivo caracterizado por el ingenio ó capacidad de apreciar, percibir ó generar humor (McGhee 1979,); un aspecto emocional asociado a las sensaciones de bienestar, alegría, diversión (Buxman 1991); un aspecto conductual manifestado por la risa o sonrisa, cambios de expresión en el rostro (Robinson, 1977) y, por último, un aspecto fisiológico con cambios bioquímicos respecto del aumento de la tolerancia al dolor y merma en los niveles de ansiedad (Fry, 1992).

Carbelo Baquero (2005) destaca que, desde una perspectiva psicológica, el proceso del humor se expande más allá de la presencia de una situación estimulante, de la risa o la sonrisa. Así mismo, al estar compuesto por múltiples variables, se transforma en un fenómeno complejo con repercusiones psicológicas. Consecuentemente, se torna dificultoso

lograr una definición común entre los estudiosos del tema. Desde el ámbito de la Psicología existen diferentes teorías que focalizan su explicación en distintas temáticas, tales como el estímulo o el proceso.

Siguiendo la línea cognitiva el humor, se encuentra influenciado por la memoria, por características de la personalidad y por las emociones del individuo (Lippman & Dunn, 2000). Cabe destacar en este sentido que lo propio del humor se encuentra en la unión de dos ideas o situaciones que habitualmente son distintas en forma inesperada y sorpresiva (Carbelo Baquero, 2005). Se considera a la variable sorpresa un elemento indispensable en el proceso. Desde este punto de vista, el componente sorpresa o discontinuidad involucra un quiebre tanto en la dirección del pensamiento como así también en la acción, en consecuencia propone el descubrimiento de algo nuevo y esto es lo fundamental en el humor (Fry, 1987). La extrañeza o confusión provoca al individuo al juego, le permite actuar y reparar en la realidad desde otro lugar, con otra mirada, disminuyendo la afectividad o emoción que puede provocar la situación (Carbelo Baquero, 2005).

Camacho (2005) puntualiza que en idioma español la palabra “humor” y la frase “sentido de humor” son utilizadas en forma semejante. Por ello se utilizará también en este trabajo en el mismo sentido.

En la actualidad, los estudios empíricos se valen de tres teorías respecto del humor consideradas las más relevantes: la psicoanalítica, la de la incongruencia y la de la superioridad (Martin 1998).

La teoría psicoanalítica del humor está sustentada en dos escritos de Freud: El chiste y su relación con el inconsciente (1905) y el breve artículo llamado Humor (1928). En ella hay una comparación entre las técnicas de formación de chistes y los sueños; como resultado se observa que en los dos casos se utilizan la condensación y el desplazamiento como mecanismos intervinientes. También propone la existencia de un chiste con propósito, en el cual se obtiene placer al liberarse inhibiciones y represiones; paralelamente los chistes sin propósitos, ingeniosos por sí mismos, denominados inofensivos, donde la satisfacción surge por la práctica del ingenio propiamente dicha. El aspecto comunicacional de esta teoría se traduce en la medida que se considera al chiste como la comunicación del ingenio de una persona a otra y se evidencia en el hecho de que la persona que percibe el

estímulo gracioso, se ríe y libera energía psíquica a través de la relajación de inhibiciones. De modo similar, el individuo que crea el chiste también maneja cierta energía que tiene dos destinos probables: uno es la descarga y el otro la utilización de lo que se llama el trabajo-ingenio (Camacho, 2008).

Freud (1905, 1928) define al humor como el reconocimiento de lo cómico en una circunstancia determinada, sumado a ello la existencia de un intenso afecto. Se transforma el afecto displacentero (ira, tristeza) en placentero, manifestado en la risa, y como resultado se da un ahorro de energía. El humor se produce a un nivel preconsciente, y se atribuye a la risa el poder de liberar al organismo de la energía negativa. Además se asocia al ingenio y al humor con un intento de volver a la euforia de la niñez perdida caracterizada por un bajo nivel de gasto de energía psíquica. Cabe aclarar que la economía mencionada se da en distintas formas de represión e inhibición del individuo. Así mismo se plantea que la percepción del humor es diferente para cada persona y que es una característica que el ser humano posee en diferentes grados (Camacho, 2005).

Actualmente, el humor es entendido por muchos investigadores como un mecanismo que permite enfrentar situaciones difíciles y, sobre todo, favorece el manejo del estrés. Esto coincide con la visión freudiana que entiende al humor como un mecanismo de defensa saludable. Desde este punto de vista, el humor posibilita mitigar los problemas y las consecuencias negativas de la vida (Martin, 2003).

Las teorías de la incongruencia son originadas por los pensamientos de Kant (1791) y Schopenhauer (1819). Desde este enfoque se resaltan los aspectos cognitivos del humor, y este último se manifiesta a través de la relación de dos ideas o situaciones que se produce de manera sorpresiva (Camacho, 2008). En otras palabras, surge el humor porque se enredan dos niveles lógicos y/o dos situaciones con diferentes sentido se mezclan de modo imprevisto y súbito, en consecuencia surge la risa por el hecho de que la expectativa que se tiene sobre la primera situación cambia (Kant, 1791). De modo similar Schopenhauer (1819) subraya que la inconsistencia entre el pensamiento en un sentido y la realidad en el sentido contrario, sumado al factor sorpresa provoca la risa y el humor. En definitiva tiene su génesis en una paradoja, en un contrasentido.

Se subraya que el nivel emocional de las personas puede ser favorecido a través de la satisfacción y la felicidad por la forma en que se resuelve a nivel cognitivo el humor, se pone énfasis en la sorpresa y lo inesperado (Goldstein & McGhee 1972, citado en Camacho, 2008) Siguiendo esta línea se observa la relación entre el humor, la inteligencia y la creatividad, ciertamente elementos cognitivos. Sin duda se hace necesario una pronta percepción cognitiva y entendimiento de los absurdos e incoherencias entre dos ideas o situaciones para que un individuo tenga sentido del humor (Camacho, 2008) Al mismo tiempo se ha replicado en muchos estudios empíricos la observación del humor como un aspecto o un modo de creatividad (Babad, 1974). Se reconoce que las dimensiones creativas y comprensivas del humor se relacionan de forma positiva con estos lineamientos (Martin, 1998).

Dixon (1980) destaca como componente principal para la eficacia de estrategias de afrontamiento el aspecto cognitivo del humor en relación con la teoría de la incongruencia. Específicamente, frente a una circunstancia en la que están involucradas dos maneras de pensar en general en contrapuestas, existen dos opciones imprevistas, y para solucionar este dilema, regularmente se reemplaza el sentido de una de las dos ideas.

La génesis de las teorías sobre el humor más antiguas se las encuentra en Grecia antigua y con filósofos tales como Platón y Aristóteles, éstas son las denominadas teorías de la superioridad, del desprecio o menosprecio. El humor se explica por el sentimiento de superioridad que tiene un individuo originado por el menosprecio hacia otro o hacia algún aspecto no positivo propio del pasado. En otras palabras, este factor negativo permite entrever la sensación de superioridad, al reírse del otro, defectuoso o perdedor. (Camacho, 2008).

Autores contemporáneos reconocidos en este tipo de teoría del humor consideran que el factor más importante de cualquier estímulo humorístico es lo ridículo. Siguiendo esta línea se plantean que el humor comenzó con la risa y fue evolucionando hacia el ridículo y la burla, hasta llegar a los juegos de palabras, los chistes y bromas. Se considera que el chiste y el humor están fundados en el desprecio y la superioridad contrariamente a lo que plantea Freud (Camacho, 2008).

Esta teoría no es contemplada para el humor en general sino en casos individuales relacionados a un tipo de humor de estilo agresivo. En este tipo de humor se ha observado relación positiva con personalidades agresivas y hostiles. En la práctica, los estudiosos del tema indican que los individuos tienden a reírse de chistes sobre personas o grupos con los cuales no se identifican (Martin, 1998).

Buckman (1994) propone la teoría del juego, que asocia al humor con la actitud lúdica de la niñez, concibiéndolo como un entretenimiento y distracción sana. Algunos autores que siguen la misma línea afirman que con esta práctica se llega a recobrar momentos lúdicos de los primeros años de vida.

Camacho (2008) destaca que en la actualidad existen diversas clasificaciones respecto a dimensiones asociadas al humor. Una de las más reconocidas es la propuesta por Hehl y Ruch (1985), es una ampliación de una de las primeras categorías reglamentada por Eysenck (1972), donde se establece que a nivel personal es factible hallar: una dimensión comprensiva, es decir, en qué medida los individuos entienden bromas y chistes y/o ocurrencias; una dimensión expresiva, que explica cuanti y cualitativamente el modo en que es manifestado el humor; una dimensión creativa que establece las aptitudes para desarrollar estímulos humorísticos; una dimensión apreciativa de las formas de humor propiamente dichas; una dimensión social, que sugiere la motivación de provocar la risa en los demás y los recursos que se utilizan; una dimensión reproductiva asociada al recuerdo de recursos ocurrentes y chistosos; y por último una dimensión defensiva que se relaciona con suavizar, aligerar tensiones, y de esa forma poder adaptarse de mejor manera a las situaciones estresantes.

Cohen (1990) subraya que el humor como rasgo de la personalidad se encuentra ligado a la edad, al desarrollo evolutivo y las experiencias de la persona que permiten aprender a ridiculizar las situaciones, a lo que se agrega la mirada y la perspectiva que se tiene de la vida y el acontecimiento actual que esté atravesando. El ser humano, a través de toda su vida, va teniendo distintas motivaciones y preferencias en cuanto al humor. Carbelo Baquero (2005) señala que los estímulos humorísticos por los cuales niños y adolescentes

se ríen y sienten satisfacción son distintos a los estímulos de las personas adultas y mayores. En los niños, el tema principal es el juego, y tanto la magia, la parodia, las muecas, como los movimientos corporales atraen su curiosidad y observación. En los adultos, el componente fundamental es el verbal. Tanto en niños como en adultos, frente al humor, la ansiedad baja de nivel, crece la sensación de confianza con el profesional de la salud y el miedo y la incertidumbre que provoca la situación de internación y los procedimientos médicos disminuyen (Wender, 1996).

Wandersee (1982) señala diferentes maneras de hacer humor, desde la práctica en sí misma, que pueden resultar eficaces. Estas dependen del fin para el cual es utilizado, la circunstancia oportuna y la relación interpersonal dada. Se cita como ejemplo: el modo verbal, compuesto por chistes, juegos de palabras, adivinanzas, anécdotas, bromas; el modo auditivo constituido por imitaciones, ruidos, etc.; el modo visual con payasos, mimos, etc.; y por último el llamado modo figurativo constituido por comic, viñetas, caricaturas, humor gráfico. Paralelamente, el humor puede surgir de situaciones paradójicas e incoherentes y que suelen darse de forma sorpresiva. Así mismo lo gracioso puede nacer de exageraciones, como caricaturas e imitaciones, donde su propósito es destacar, sobresalir un rasgo al máximo para producir la risa, la broma, lo chistoso y ocurrente (Carbelo Baquero, 2005)

Seligman y Czikszentmihalyi (2000) afirman que la resiliencia es efectiva en cuanto contribuye a aminorar el nivel de estrés y colabora a que el ser humano tenga calidad de vida. Suárez Ojeda (1993) definen a la resiliencia como una unión y asociación de variables que ayudan a los individuos a enfrentar, desafiar los obstáculos y contrariedades, desgracias e infortunios de la vida, saliendo fortalecidos de esas situaciones por medio del aprendizaje y resignificación de sus experiencias. Melillo y Suarez Ojeda (2001) proponen al humor como uno de los pilares de la resiliencia, los cuales son introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad y autoestima consistente. Se define al humor desde esta perspectiva como la capacidad para encontrar el lado divertido de una desdicha, pérdida, contratiempo, etc. En otras palabras ver, en lo absurdo en los problemas y dolores propios.

Puerta de Klinkert (2002) destaca las formas de humor que se dan en las distintas etapas de desarrollo del ser humano como componente de la resiliencia. En el niño, se manifiesta a través del juego propiamente dicho, por este medio encausa sus temores y con la ayuda de la imaginación construye otra realidad en la que expresa y revive momentos estresantes. Así se logra el control y la confianza que anteriormente no ha tenido. En el adolescente, se manifiesta en un juego más elaborado donde operan la imaginación y/o cualquier forma de expresión artística. Como en el caso del niño, el adolescente también canaliza sus emociones pero por la vía del arte y la comedia. En el adulto se evidencia a través de la risa, la cual expresa sentimientos que persiguen la disminución del dolor con una broma o un chiste. También implica poder alejarse del problema y transmutar en algo útil y provechoso esa situación, tanto para el individuo como para su entorno cercano.

La medición del sentido del humor resulta un aspecto importante de las problemáticas de la metodología en las investigaciones para la psicología positiva. La utilidad eficaz de un instrumento para tal fin deriva en medir el humor como rasgo o componente de la personalidad y relacionarlo con variables tales como bienestar y salud psicofísica. Actualmente, existen variadas técnicas de evaluación y cuantificación de este rasgo en una persona, basándose en distintas líneas teóricas y en particular en las dimensiones que pretenden medir. De ahí que se intente evidenciar cuando las personas se inclinan a crear/compartir; aceptar/rechazar el humor (Carbelo Baquero & Jauregui, 2006).

Ruch (1998) rastrea la existencia de 70 instrumentos para la medición del humor, dejando de lado los que han sido solo creados para ser utilizados en una sola investigación.

Se mencionará como ejemplo algunos de los principales instrumentos de medición, tales como Sense of Humor Questionnaire (SHQ-6, Sveack 1996) el cuestionario del sentido del humor en el cual se evalúa características conductuales y aptitudes para percibir el humor; la Coping Humor Scale (CHS, Martin & Lefcourt, 1983), escala de humor adaptativo que mide la forma en que se hace uso del rasgo para hacer frente a situaciones adversas de la vida, también el cuestionario de respuestas humorísticas a una situación, Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ) (Martin & Lefcourt, 1984), en el cual se cuantifica la asiduidad de la risa o sonrisa de un individuo en la vida cotidiana y, por último, la escala multidimensional del sentido del humor, Multidimensional Humor Sense Scale (MSHS) (Thorson & Powell, 1991), Esta técnica mide el humor desde diferentes



aspectos tales como la producción o la creación de estrategias de afrontamiento, apreciación y reconocimiento, y la utilización del humor en situaciones sociales (Carbelo Baquero & Jauregui, 2006).

### **3.2.2. Perspectiva de la Psicología Positiva.**

La propuesta de la Psicología Positiva es el desarrollo de las potencialidades humanas con especial énfasis sobre las cualidades positivas. En este enfoque, Peterson y Seligman (2004) orientan sus investigaciones hacia las experiencias positivas subjetivas, los rasgos positivos individuales y las instituciones que generan estas experiencias y estos rasgos.

A partir de estas investigaciones, Peterson y Seligman, publican en el año 2004, *Character Strengths and Virtues. A Handbook and Classification*, un manual que establece un vocabulario común sobre rasgos positivos evaluables al que presentan como la contrapartida del DSM y el ICD.

Casullo (2005) considera que la Psicología Positiva suplementa los conocimientos científicos sobre el sufrimiento psicológico trabajando, más allá de las debilidades y carencias personales, sobre las capacidades y posibilidades que en alguna medida todas las personas poseen. Es una comprensión más equilibrada de la experiencia humana. La autora menciona que el capital psíquico estaría estructurado por factores y procesos de origen psicosocial, que pueden ser analizados en términos de capacidades, habilidades, actitudes y valores.

En la actualidad, la Psicología Positiva propone al humor como uno de los factores que componen el llamado Capital Psíquico, pues es una de las capacidades humanas más fascinantes y complejas (Camacho, 2008).

Según Peterson y Seligman (2004), una buena vida psicológica tiene sus bases en una actividad congruente con las fortalezas de carácter. Estas fortalezas son el fundamento de la condición humana.

Las fortalezas del carácter son vías para alcanzar las virtudes (Peterson & Seligman 2001). Cada persona tiene sus propias fuerzas distintivas y si las usa cada día, en los principales ámbitos de su vida, obtendrá gratificaciones y sentirá una verdadera felicidad (Seligman, 2002).

Apreciación de la Belleza y la Excelencia, Gratitud, Esperanza; Humor, considerado como Humor Positivo y Espiritualidad, son el grupo de fortalezas de carácter que conforman la Virtud de Trascendencia (Gancedo, 2008).

Las fortalezas del carácter, desde esta perspectiva, son rasgos de la personalidad y como tales, perduran en el tiempo, consecuentemente provocan sensaciones placenteras y gratificantes por su particularidad de ser positivas. Se subraya que el humor como rasgo positivo induce al individuo a vivenciar la risa, la sonrisa, el disfrute personal asociado a ellas. Se obtienen distintos beneficios psicofísicos como resultado de las mismas, además del bienestar como recompensa de lograr la risa en otras personas (Carbelo Baquero & Jáuregui, 2006).

La psicología positiva considera que el sentido del humor positivo trasciende el hecho de la prevención de la enfermedad y el apoyo para superar el padecimiento, ya que promueve una mayor satisfacción y goce de la vida, y sin duda el desarrollo de la sensibilidad y plenitud. Así mismo es un recurso efectivo para hacer frente a las peripecias y perturbaciones de la vida cotidiana (Carbelo Baquero & Jáuregui, 2006).

Jáuregui (2008) señala la importancia del incremento de las prácticas del Humor en disímiles campos tales como la medicina, la psicoterapia, la empresa y la educación, por su indiscutible posibilidad de generar emociones positivas y por los beneficios asociados a ellas.

### **3.2.3. Estilos de humor.**

Sostiene Jáuregui (2008) que la distinción entre estilos de humor que proponen algunos investigadores es considerable. Menciona a los denominados negativos: humor agresivo y autodestructivo, y a otros más positivos, como ser el humor afiliativo -que consiste en bromear para hacer reír a los demás, para aplacar ansiedades frente a las relaciones interpersonales, haciendo que la experiencia sea más placentera- y el humor autoafirmante que radica en sonreír y reír ante los absurdos e incoherencias de la vida

cotidiana, fomentando un dispositivo que regule las emociones mediante una visión más sana frente a los contratiempos e infortunios. Desde el punto de vista terapéutico, no vale cualquier estilo de humor, sino que deben primar estos dos últimos. Se asocia a estos estilos una mejor habilidad en cuanto a las relaciones interpersonales, una apertura hacia el intercambio de información personal e interacciones más positivas y satisfactorias con personas cercanas (Jáuregui, 2008).

Se señala que el humor puede ser empleado de diferentes maneras por los individuos y, en consecuencia, Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray & Weir (2003) crearon el Humor Styles Questionnaire (HSQ-Cuestionario de Estilos de humor) donde clasificaron a 4 estilos de humor.

El estilo de humor afiliativo se manifiesta en un contexto social lúdico, se expresa explícitamente que el vínculo es desde el juego. Las diferentes formas en que se puede experimentar coinciden con contar chistes, hacer bromas lúdicas y bien intencionadas, consecuentemente la intención es conectarse con otros, distraer y lograr fácilmente relaciones interpersonales. Variables tales como extroversión, autoconcepto, agrado en los vínculos personales, afinidad interpersonal, emociones positivas y sin duda bienestar son afines a este estilo (Mendiburo, 2012).

El estilo de humor de auto-afirmación está determinado por un punto de vista humorístico frente al mundo y a las cosas cotidianas. Es primordial en este sentido la expectativa de que la vida puede sorprender a cada instante. Se relaciona con el humor como una actitud en la vida, como una manera de afrontar las situaciones adversas, pudiendo alejarse del estrés de una forma más objetiva (Lefcourt al., 1995). De lo dicho se desprende que este tipo de humor logra reducir sensaciones y sentimientos negativos y a la vez logra acrecentar y sostener una mirada realista y optimista de circunstancias que pueden resultar desfavorables. Existe correspondencia positiva con el bienestar eudaimónico y hedónico, como así también a resistir y a enfrentar de manera adaptativa los estímulos estresantes. No se vincula con ansiedad y/o depresión y ni, en general, con emociones negativas (Mendiburo, 2012).

El estilo de humor agresivo se asocia a las bromas y chistes con tono agresivo, cínico, sarcástico e irónico, con intención poner en ridículo a otra persona (Martin et al.,

2003). Este modo de humor se caracteriza por un nivel bajo de registro en la repercusión en los demás. Así mismo, esta forma de humor se relaciona con variables como agresividad, hostilidad y neuroticismo (Mendiburo, 2012).

Para Martin (2007), el estilo de humor de auto descalificación, se evidencia cuando un individuo se vale de sí mismo como argumento del humor para lograr la consideración de otros. De acuerdo con esto se lo vincula al encubrimiento de emociones negativas y, consecuentemente, a la negación como forma de defensa para evadir características que le son propias pero por las cuales siente desprecio. En general, esto lleva a que la persona tenga bajo autoconcepto, sea dependiente emocionalmente, y tienda a eludir situaciones estresantes. En numerosas investigaciones, este estilo se relaciona positivamente con ansiedad y depresión, y no se correlaciona con el bienestar (Mendiburo, 2012).

Se distingue un aspecto intrapersonal e interpersonal del humor (Mendiburo & Paez, 2011). Específicamente el aspecto intrapersonal del humor se asocia a la teoría psicoanalítica en cuanto a la descarga de liberación de tensión y al humor de estilo negativo, dado que su práctica sostiene la sensación de dominación sobre la situación. Es más, concuerda con la sensación de júbilo y contento, implica el uso del este rasgo como mecanismo de defensa y, desde luego, la habilidad para enfrentar situaciones problemáticas que pueden generar estrés (Ziv, 1984). En cuanto al aspecto interpersonal (Martin et al., 2003) proponen que el mismo se manifiesta a través del intento en fomentar relaciones sociales, fortalecer vínculos entre las personas, afianzando el bienestar mutuo, para poder entonces trabajar en la resolución de conflictos.

Se plantea la combinación entre los estilos de humor; los aspectos inter e intrapersonales y el valor positivo o negativo que se le puede otorgar a los mismos. Por todo lo expuesto se define como benignos, en particular, al humor interpersonal (humor afiliativo) y el humor intrapersonal (humor auto afirmativo); a la inversa, se determina malignos al humor interpersonal maligno (humor agresivo) y al humor intrapersonal maligno (humor auto descalificadorio) (Mendiburo & Paez, 2011).

Kuiper, Grimshaw, Leite y Kirsh (2004) encontraron correlación positiva entre el humor positivo y un estado de mejor salud mental, es decir, disminución de depresión y

ansiedad y aumento del autoconcepto y sentimientos optimistas. Este tipo de humor se caracteriza por la ayuda para vencer los obstáculos y por tomar distancia de los problemas burlándose de las incoherencias que la vida presenta e incitar la risa o emociones positivas en los demás (Carbelo Baquero & Jauregui, 2006).

#### **3.2.4. Humor: influencia sobre la salud psicofísica del paciente.**

La utilización del humor con los pacientes permite el manejo de las emociones por parte de ellos, lo que varía su estado de ánimo. Luego de la experiencia de la risa se percibe disminución de la ansiedad por las funciones de sedación que posee, por tal motivo algunas investigaciones comparan el efecto de la risa a los alcances de la relajación y/o la meditación (Fry Salameh, 1993).

Peterson y Seligman (2004) se basan en evidencia arrojada por investigaciones respecto del humor como un activo positivo en la supervivencia y recuperación de enfermedades. Observan su utilización para proveer un grado de protección de afectos mórbidos, habilitando a las personas a lidiar con sentimientos acerca de la muerte. A su vez mencionan estudios que asocian el humor con la actividad del sistema inmune y los procesos psicológicos relacionados con el estrés. Todo esto los lleva a asumir que el humor es algo positivo, una respuesta que mejora el bienestar y modera los perjuicios ocasionados por el estrés.

Señala Jáuregui, (2008) a modo de ejemplo, la aplicación del humor en la medicina como forma de optimizar la calidad de vida de los enfermos, desdramatizando el medio hospitalario que puede ser potencialmente traumático en cuanto a los estresores a los que debe hacer frente una persona en esas condiciones, como ser la falta de privacidad o los procedimientos médicos dolorosos para curar las afecciones orgánicas, entre tantos otros aspectos. Es indudable que frente a estos acontecimientos se debe considerar la formación y aplicación del humor a todos aquellos que trabajen en el campo de la medicina ó que se encuentren de alguna manera relacionados a la misma.

La recuperación de ciertas enfermedades y la colaboración con la salud pueden estar fundadas en el buen sentido del humor (Jáuregui, 2008)

Numerosas investigaciones replican que el humor y el disfrute logra minimizar la sensación de dolor por lo menos media hora. Así mismo, los beneficios que se observan a corto plazo son psicofísicos, preventivos y paliativos. Además, la risa como manifestación del humor y bienestar disminuye el estrés y la ansiedad que dañan la calidad de vida e indirectamente perjudican la salud física del individuo. Además la enfermedad se sostiene y/o soporta de un mejor modo cuando va acompañada del sentido del humor que levanta el ánimo (Zweyer, Velker & Ruch, 2004).

Fry (1994) señala beneficios a largo plazo poniendo énfasis en la risa propiamente dicha y las variaciones que se producen a nivel fisiológico en el organismo; se cita como ejemplo: la disminución de la tensión muscular, el aumento del oxígeno en sangre, consecuentemente la activación del corazón y el aparato circulatorio, y la generación y desarrollo de endorfinas, hormonas asociadas a la sensación de bienestar.

Desde luego el humor puede producir efectos sobre la salud por medio del estado emocional positivo (Argyle, 1997). En definitiva las sensaciones y los sentimientos positivos logran efectos analgésicos, neutralizan las consecuencias de las emociones negativas, además de incentivar el sistema inmunológico (Fredrickson, 1998).

Carbelo Baquero y Jauregui (2006) señalan al humor como regulador del estrés en situaciones de adversidad; sin duda estilos positivos de este rasgo son los más adaptables a estas circunstancias e impulsan al buen estado de salud. Conviene poner énfasis en el aspecto cognitivo. La valoración cognitiva es un componente importante, superando a la risa, ya que determina una mirada nueva, una distinta visión de la vida que se ajusta y acomoda a la realidad de manera optimista. Esto se asocia a la reinterpretación positiva.

Numerosas investigaciones mostraron que la función social del humor produce beneficios en la salud inhibiendo el estrés (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000). En otras palabras, estos estudios priorizan las relaciones interpersonales y el contexto relacional donde se manifiesta el proceso del humor, más allá del estímulo de la risa (Caberlo Baquero & Jáuregui 2006).

Es importante destacar que durante el proceso del humor se estimulan distintas funciones cerebrales, ya que se movilizan diferentes procesos químicos que también involucran a las glándulas endócrinas. Además se observa el crecimiento de anticuerpos del sistema inmunológico de los individuos. Sumado a esto el sentido del humor tiene la

propiedad de incentivar el desarrollo de endorfinas. Por lo expuesto se puede decir que contribuye al equilibrio bioquímico del organismo (Carbelo Baquero, 2005).

En definitiva, cada vez se suman más investigaciones que correlacionan el humor con la conservación, mantenimiento y/o equilibrio de la salud (Davidhizar & Bowen, 1992).

### **3.2.5. Facilitador de la comunicación.**

Numerosos investigadores conciben el humor a manera de dispositivo que permite hacer frente a contextos difíciles, moderando de forma beneficiosa el empleo del estrés, facilitando de esta manera atemperar dificultades y sus consecuencias nocivas al percibir el entorno con actitud más sana y positiva. De este modo concuerda con la interpretación freudiana que admite a este concepto como un mecanismo de defensa. Estudiosos de esta temática señalan que uno de los elementos del sentido del humor como atributo esencial positivo de la personalidad es la disposición a mantener un punto de vista humorístico en la adversidad (Camacho, 2008).

Cabe resaltar que el sentido del humor constituye un significativo elemento en la comunicación asertiva necesaria para las interacciones personales; también influye en la conservación de un estado emocional positivo. Por otra parte, el humor, sin duda, allana el camino de la comunicación en cuestiones formales, graves y/o comprometidas para conversar. Finalmente impartir un poco de humor es señal de consideración por el otro, de dar a entender que no le es indiferente su presencia, que se pretende que el otro se sienta bien, aliviado (Carbelo Baquero, 2005). Así mismo, Porterfiel et al. (1988) exponen que la autoestima es generada en gran parte por el humor ya que transfiere afecto y cuando una persona se siente valorada mejora el autoconcepto y la autoimagen. Por lo tanto la comunicación está compuesta también por el humor como un elemento fundamental.

Una de las consecuencias de servirse del humor más tenida en cuenta es la posibilidad de que sea un recurso efectivo para tramitar y expresar las perturbaciones, dudas e incertidumbres que conllevan las circunstancias difíciles de la vida. O sea, como sistema de defensa humano (Vaillant & Vaillant, 1990).

Según Alemany y Cabestrero (2002), surge como resultado de la replicación de varios estudios empíricos que el humor proporciona a la comunicación social características tales como la facilidad de generación, creación y transmisión de ideas positivas, confianza, persuasión, disminuye la distancia entre los individuos, establece vínculos y, consecuentemente, consolida las relaciones interpersonales.

Cabe destacar la importancia del humor particularmente vinculado con el área de la comunicación, mientras que da paso al alivio de tensiones, consecuentemente se produce la manifestación exterior de emociones fuertes y por lo tanto se obtiene mayor cercanía en el vínculo, compañerismo y aceptación (Buckman, 1994).

Carbelo Baquero (2005) señala que el humor resulta terapéutico si es entretenido, amistoso, ingenioso. Como resultado de ello surge la empatía entre personal de salud y el paciente que permite la comunicación y manifestación de emociones e incertidumbres. La importancia del humor se evidencia en la creación de un clima ameno para la comunicación fluida ayudando a la persona hospitalizada a afrontar de mejor manera las secuelas de la enfermedad. Cabe señalar que bromas y anécdotas no son las únicas condiciones para el humor sino que un estilo optimista frente a la realidad es lo primordial, como vía que posibilita la calma y el desvío del foco de la situación de enfermedad y, por último, creando una atmosfera beneficiosa para la aceptación y recuperación de la salud.

Carbelo Baquero (2005) pone énfasis en el aspecto social de la risa. Desde luego la interacción propaga la risa, se crea un ambiente de complicidad, cohesión y participación. El sentido del humor expresa sociabilidad, interés, cariño, cordialidad, amabilidad y, por supuesto, lograr un buen humor frente a la adversidad indica inteligencia emocional.

### **3.3. Payaso de Hospital:**

Romero et al. (2012) entienden que, sin duda, resulta un suceso extraordinario en la cotidianeidad de una institución hospitalaria la incursión de un payaso. Ocasiona una cisura de la realidad, la más de la veces dolorosa e inquietante, proporcionando emociones tales como felicidad, satisfacción, risa y diversión entre tantas otras. Su objetivo principal es incrementar la salud de las personas que padecen una enfermedad psicofísica, de las



personas significativas que lo acompañan y de los profesionales de la salud. En la misma dirección es su intención lograr una disminución del estrés inducido por la dolencia de tal gravedad que no puede ser resuelta ambulatoriamente y, consecuentemente, deriva en hospitalización. Así mismo ayuda a desdramatizar procedimientos médicos, mientras que las personas internadas, desde niños hasta adultos de tercera edad, parientes y equipo de salud, logren descargar sentimientos negativos mediante el uso del humor, la risa, lo lúdico y algunos recursos expresivos tales como títeres, cuentos, música y expresión corporal, entre otros.

Romero et al. (2012) apoyan la idea de la existencia de un valor terapéutico en el quehacer del payaso, basado en primer lugar por el hecho de priorizar el tiempo presente, el aquí y ahora, donde son las emociones las que conducen su actividad. En segundo, lugar los payasos cumplen la función de ser receptores de los miedos, fantasías, resonancias y esperanzas de todas las personas que componen el contexto hospitalario y, por último, utilizando toda esta información y, mediante el humor, instauran un ambiente en el que lo afectivo se manifieste como requisito para el restablecimiento de la salud y para la mejora del estado de ánimo. Se intenta devolver al paciente el status de persona que padece una enfermedad, ayudando a enfrentar con mayor fortaleza la experiencia así como sostener, apoyar, contener al equipo de salud. Las intervenciones tienen la intención de producir, dar y recibir tanto afecto, apego, amor, como alegría y esperanza.

Según los autores citados se distinguen dos formas de trabajar de los payasos de hospital en el mundo. Una se denomina modalidad artístico-asistencial, es aquella que hace hincapié en escenas y números clowns requiriendo cooperación de los pacientes, equipo de salud y familiares. Sumado a esto, se utilizan recursos artísticos como la música, la danza, títeres y el humor, entre otros, con la intención de despojar al contexto hospitalario de la hostilidad, lo aséptico de sentimientos y afectos que puede llegar a ser. Específicamente en lo mencionado reside su valor terapéutico. La otra es la modalidad artístico-psicoterapéutica que contiene las características anteriores y se hace mas específica en cuanto a que la técnica utilizada se respalda con la información de la historia clínica del paciente. Psicólogos y/o Psiquiatras analizan la estrategia de trabajo con los payasos en un espacio denominado supervisión; con el propósito de colaborar en el progreso del estado de ánimo positivo del individuo y potencializar sus aspectos resilientes. Se tiene en cuenta

primero al paciente, lo que puede elaborar, crear, en lo que está interesado en compartir de su vida fuera del hospital y así trabajarlo en la intervención. El trabajo de los Payamédicos se inscribe en esta última modalidad.

Es preciso señalar que ambas modalidades se desarrollan con el consentimiento del paciente y como complemento de las necesidades del equipo de salud y medicina vigente, cumpliendo su misión y fundamento a través del tiempo (Romero et al. 2012).

#### **4. METODOLOGIA**

**Tipo de estudio:** Estudio Descriptivo.

**Participantes:** Muestra intencional de un paciente mujer, 21 años, hospitalizada en un Hospital , en el servicio de Maternidad; dos voluntarios en su rol de Payamédicos; la Licenciada en Psicología, encargada de las supervisiones grupales y familiares de la paciente, que aceptaron participar del estudio de forma voluntaria, en el marco de la residencia universitaria.

**Instrumentos:**

- ✓ Historia Clínica de la paciente que realiza el Payamédico “*Paya Historia Clínica*”; la cual consiste en el registro de datos médicos y todas las intervenciones realizadas a cada paciente visitado en el hospital.
- ✓ Observación de las supervisiones grupales de los Payamédicos. Crónicas de las supervisiones grupales anteriormente citadas.
- ✓ Observación de las intervenciones realizadas con la paciente durante su hospitalización.

**Procedimiento:**

- ✓ Se realizaron observaciones de forma no participante de las supervisiones semanales del grupo de Payamédicos que realizan su labor en los diferentes servicios de un Hospital, luego de cada jornada,
- ✓ Se observó con una frecuencia semanal la historia clínica redactada por los Payamédicos y las crónicas de las supervisiones grupales.
- ✓ Se observaron intervenciones realizada por los Payamédicos con la paciente en la habitación del Hospital, en diferentes jornadas.

## **5. DESARROLLO**

### Presentación de caso único:

Nombre: D. (femenino), 17 años, ingresa al hospital a la Unidad de Terapia intensiva con un cuadro de parálisis por Guillian Barré, permanece allí 4 meses, 1 mes en internación de neurología y luego la trasladan al servicio de maternidad. Cuando comienzan las intervenciones de los Payamédicos está cursando su semana 31 de embarazo, ingresó en la semana 1 o 2. No se sabe si ella estaba al tanto del mismo o se enteró una vez internada. El diagnóstico del servicio de neurología detalla trastornos sensitivos y motores en miembros inferiores. Recibe seguimiento y tratamiento con kinesiología para recuperar las funciones motoras. Refiere el equipo médico que no está muy predispuesta para la rehabilitación, no quiere comer ni intentar caminar, habla muy poco, se tapa con las sábanas para no interactuar. Se indica que los trastornos psiquiátricos tienen que ver con las adicciones, y que se diagnosticaron como depresión. Sólo está medicada con un medicamento para conciliar el sueño.

En cuanto a su historia personal, tiene antecedentes de adicción a la marihuana y a la pasta base. Existen internaciones previas relacionadas con esto. Tuvo un embarazo anterior cuando tenía 15 años y en aquel momento (según refiere la familia) vendió el bebé varón, con su pareja, para obtener más plata para drogas. Respecto del entorno familiar, recibe visitas frecuentes, madre, padre, hermana y novio adicto, no está claro si es el mismo

que en el embarazo anterior. Los padres restringieron el ingreso al hospital del novio por que, cuando D. estuvo internada en neurología, fue a visitarla y le pegó. La hermana quiere que ella no entregue a este bebé y se ofreció a hacerse cargo de él. No está claro que decisión tiene D. respecto de este bebé, al principio parece que estaba 100% segura de darlo en adopción pero, según refiere la psicóloga, ahora se lo está cuestionando.

A partir de las observaciones realizadas, este apartado tiene por objeto: describir la aplicación del humor positivo en las intervenciones de los payasos de hospital en el caso mencionado, analizar si las intervenciones complementan a las intervenciones médicas convencionales y si son facilitadoras de la comunicación con familiares y equipo de salud.

### **5.1. Aplicación del humor positivo en las intervenciones de los Payamédicos.**

Se señala que en esta sección se sumará al análisis del estilo de Humor positivo, la vinculación con conceptos tales como forma, dimensiones y teorías del humor, detallado en el marco teórico.

Con el objetivo de favorecer a la salud emocional de las personas que viven una experiencia de internación los payasos de hospital “Payamédicos” diseñan y acuerdan con el paciente intervenciones individualizadas, para ello utilizan recursos expresivos y el humor, de esta forma intentan desdramatizar la situación de hospitalización (Romero et al. 2012).

En el caso mencionado las intervenciones escénico-terapéuticas son realizadas por dos voluntarias en el rol de dos payamédicas V. y G. La paciente D. es visitada por ellas en la sala de internación del Hospital en el servicio de Maternidad. Los encuentros se realizan una vez por semana, los días viernes, desde el mes de abril hasta principios del mes de junio de 2009 y con una permanencia de 1 hora aproximadamente cada vez. En el presente trabajo se toma como instrumento la información de las cinco últimas visitas del total de nueve.

La estrategia de trabajo de las payamédicas surge luego de recopilar datos de la historia clínica de la paciente, esta información es aportada por el equipo de salud tratante. Resulta importante conocer el diagnóstico médico, la evolución, la gravedad, los síntomas y el dolor de la enfermedad, tanto como el estado actual y el pronóstico de la misma. Además

se obtienen detalles de la situación anímica de la paciente y del grupo familiar teniendo en cuenta que la enfermedad repercute en cada uno de los integrantes. Se considera toda esta información con el propósito de personalizar la intervención y adaptar los recursos expresivos y humorísticos a las dificultades; como a las posibilidades tanto, físicas y psicológicas de la paciente.

A partir de la observación no participante de las intervenciones realizadas en la sala de internación en el caso mencionado, se señalan varias formas de humor utilizadas (Carbelo Baquero, 2005), se cita como ejemplos de la forma de humor verbal chistes, juegos de palabras y anécdotas: *La madre de la paciente D. en una visita comentó una historia de chinos de un supermercado y la conversación derivó en hablar en chino, cantar en chino, inventar palabras en chino*<sup>1</sup>. Como forma de humor visual corresponde a la presencia y actitud del payaso en sí misma. Y, por último, la forma de humor figurativo manifestada a través de la filmación y grabación de tres videos-películas, con muñecos de peluche.

La primera película representa la vida diaria en una granja. Las escenas de la misma son: “1) *En un bosque, donde la paciente D. como protagonista conoce al resto de los personajes-animales y se graban canciones inventadas; 2) Visita al zoológico por parte de todos los protagonistas; 3) D. en la jaula del mono en el zoológico; 4) Viaje a la granja en un auto celeste y durante el trayecto se graban canciones; 5) Actividades diarias de una granja: darle de comer a los animales con un perro como acompañante y el ordeño de vacas y 6) Escena final con una canción de despedida, cuya letra va relatando lo que fue pasando en toda la película*”.

La segunda película relata la historia familiar de la paciente con cetáceos como protagonistas: *La historia comienza con sus abuelos maternos con apellido “Cetaciuss” que se casaron hace 50 años y tuvieron una hija M. que a los 17 años conoce a J. Cetacio. Se enamoran y se casan y tienen la primera hija N. “la cabeza de la familia, después nace J. L. Cetacio que es un vago y “por último” D. Cetacio que es “la más rebelde, le gusta andar por todos lados y es muy independiente”.* J. L.y N, cuando son mayores de edad se

---

<sup>1</sup> Los textos en bastardilla corresponden a extractos de la Paya Historia Clínica”

van a vivir con sus parejas y D. se queda con sus padres “los tres solitos”. Por último la representación de una novela con imágenes, de tipo foto montaje, cuyos personajes son ranas y sapos: *Gregorio, un sapo que está buceando y está enamorado de Natalia, una rana con una corona. La rana no está enamorada de él aunque Gregorio le de muchos regalos. Ella se enamora de Luciano, otro sapo quien si corresponde a su amor. Por otro lado esta María, otra rana que está muy enamorada de Gregorio y que a demás es hermana de Natalia. María le regala una moto a Gregorio “porque es un regalo moderno” aclara, D. Todo este novelón lo relata D. en voz en off y lo filma. Las imágenes son puestas por la payamédica V. con el trascurso del relato, delante de la sábana de la cama de al lado, que está vacía, a modo de telón de fondo (idea de D.); la cual es sostenida por la payamédica G.*

Se señala que solo se transcriben con detalles las escenas que se relacionen con la temática que concierne a este trabajo.

Teniendo en cuenta las actividades que se observan en las visitas se destaca la relación con lo propuesto por Buckman (1994) en cuanto al humor y su asociación con la Teoría del Juego, por ejemplo, cuando la paciente D. propone armar y filmar una película con muñecos de peluche representando una granja con todos los animales característicos y la novela estilo foto montaje con sapos y ranas. Cabe aclarar que el contacto con la paciente desde la entrada a la sala siempre es a través del juego y la realidad solo surge mediante asociaciones con temas imaginarios.

Todas las intervenciones se realizan con el consentimiento de la persona hospitalizada y el equipo de salud, ya que es prioritario que las intervenciones humorísticas se adapten al paciente, teniendo en cuenta la experiencia que está atravesando, la situación interpersonal y el objetivo con el cual se realizará la acción (Romero et al. 2012; Wandersee, 1982).

Se cita como ejemplo algunas intervenciones:

Surge la propuesta que se represente en una de las películas cada una de las cosas que ocurren en una granja. *La paciente D. le pregunta a R. (compañera de habitación) que quiere que las payamédicas actúen; R. dice: “ordeñar la vaca”, entonces las payamédicas preguntan ¿quién hace de vaca? Y D. responde “y bueno voy a tener que hacer yo”,*

*señalando su estado físico. Las payamédicas armaron la máquina de ordeño, con un micrófono hecho con un saca leche y por medio de una conexión con un resorte de plástico de colores a modo de resorte-arco iris hacen el movimiento de ordeño desde R. hasta D. pasando por cada una de las payamédicas. D. acota “hay que agarrar la ubre” y la payamédica V. pregunta “ordeño es dar órdenes no?” y la otra G. al mismo tiempo escucha “mugre” en lugar de ubre”, entonces dice “Ordeño nº 1 “no más mugre” y todas en la sala ríen. D. corrige “nooo, jubre!”. Luego las payamédicas siguen con las ordenanzas ordeñadoras que R. le pasaba a D. Ordeño nº2 “hay que ser muy ordeñado”; ordeño nº3 “una sonrisa”, ordeño nº4 “para ordeñarse hay que levantarse temprano”; Ordeño nº5 “hay que comer mucho y alimentarse bien para después ordeñarse mejor” y entonces D. le pregunta a R. “¿esto es para D. o para la vaca?” y R. cómplice con la enfermera camarógrafa se ríen.*

Esta intervención se relaciona con la utilización de la forma verbal del humor y también con la Dimensión Comprensiva del humor en cuanto la paciente D., la acompañante R., la enfermera y las payamédicas en todo momento entendieron los chistes y continuaron el juego de palabras con complicidad. La Dimensión Expresiva y Creativa queda en evidencia, ya que las cuatro participaron de la situación lúdica exteriorizando pensamientos ocurrentes. Además se observa la Dimensión Apreciativa en el sentido de la percepción no solo del estímulo verbal chistoso sino también de la creación y utilización de la máquina de ordeño como complemento para recreación de la escena humorística. Por último, la Dimensión Social surge de la intención de cada una de ellas de provocar la risa en el resto (Hehl & Ruch, 1985).

Paralelamente, se advierte la relación con la Teoría de la Incongruencia (Kant, 1791; Schopenhauer, 1819) y la perspectiva cognitiva del humor (Camacho, 2008), como resultado de la aparición de variables tales como sorpresa e imprevisto, la vinculación de ideas con diferentes sentidos, la comprensión y creación de estímulos humorísticos necesarios para incentivar la risa. En esta misma línea, el humor puede surgir de situaciones incoherentes y/o, absurdas, sin sentido y de forma inesperada (Carbelo Baquero, 2005). Se reconoce en la mayoría de las intervenciones momentos donde la paciente D. se divierte y sonríe cuando las payamédicas se oponen entre sí y D. asume complicidad con una de ellas

y la otra no se da cuenta. *“De la oposición sale algo gracioso, mas de una vez nos pasa que V. dice algo y yo (G) digo lo contrario o al revés y de ello surgen escenas clownescas”*, refiere una de las payamédicas. Otro ejemplo recurrente es cuando D. ríe mucho porque el lugar es muy chico y las payamédicas tienen que hacer piruetas exageradas y constantes para poder desplazarse.

Se observó la intervención de las payamédicas mientras se estaba realizando un procedimiento médico, la Dra. Obstetra realizaba un monitoreo fetal a la paciente D. *La payamédica V. siguiendo la temática de las películas que se estaba trabajando, le pregunta a D. “¿es un cine?” haciendo referencia a la máquina que hace el monitoreo, D. responde que “si” y al ver los papelitos que salen con la frecuencia cardíaca fetal; la payamédica G. comenta “son los subtítulos de la película ¿no? D. se ríe y asiente con la cabeza. La Dra. también se ríe y las payamédicas le preguntan “¿Nuestra voz le deja oír bien la película? y ella contesta “Si, igualmente estoy leyendo los subtítulos” y agregó “cuando las escucha a ustedes se pone contento y se mueve más”*. Respecto de la aplicación del humor en esta intervención se encuentra vinculación con las dimensiones Comprensiva, Expresiva, Creativa, Apreciativa y Social del humor (Hehl & Ruch, 1985), en otras palabras se evidencia entendimiento de las ocurrencias que surgen de la situación, se expresan ideas ingeniosas e inesperadas, se perciben lo dicho como bromas y ocurrencias; se acepta el imaginario del cine en una máquina de monitoreo fetal, y en todo momento se sostiene la intención de generar sonrisa en el grupo.

En otra de las visitas *la paciente D. propone contar su historia personal de vida a través de una película y la titula: “Familia cetacio-cetaciuss”*. En la misma decide que *Chusma sea el locutor, quien cuente la historia*. “Chusma” es un muñeco de peluche con forma de pájaro que ha tomado de algún modo, el lugar de su bebé, desde las primeras intervenciones por la forma cómo se dirige hacia él y porque siempre lo tiene muy cerca de su cuerpo con actitud de cuidado. Sumado a esto es importante señalar que la paciente D. decide que sea él quien relate la historia de la familia, que es su familia también, sin duda es la manera que tiene de expresar la presencia, la existencia del bebé. Cabe aclarar que no se habla explícitamente ni se sabe la decisión de entregarlo o no en adopción. Esta actitud puede ser explicada desde la propuesta de Hehl y Ruch (1985) en cuanto a la Dimensión



Defensiva del humor, y la Teoría Psicoanalítica (Freud 1905, 1928) en tanto ambas señalan al humor como mecanismo de defensa saludable, el cual aligera tensiones liberando energía psíquica a través de la relajación de represiones e inhibiciones. Y en el mismo sentido lo señalado por Martin (2003) en cuanto el humor como un mecanismo de afrontamiento frente a circunstancias adversas para apaciguar las consecuencias negativas de la vida.

Las intervenciones observadas y expuestas en el presente trabajo corresponden a un estilo de Humor Positivo Afiliativo (Martin, et al. 2003; Mendiburo, 2012): se perciben chistes, bromas lúdicas con buenas intenciones; en un ambiente compartido sociablemente entre la paciente D., familiares, la compañera de habitación y la Dra. Obstetra. La exposición al juego está convenida desde el inicio, el vínculo se genera y permanece desde el juego solo explícitamente. El objetivo es lograr que el paciente se relacione con el payamédico, y en consecuencia favorecer por medio del humor el vínculo con sus familiares y con el equipo de salud. Así mismo lograr distracción de la situación de internación, divirtiendo, amenizando y desdramatizando el medio hospitalario. Se pueden ejemplificar las variables relacionadas con este estilo de humor en el caso observado: extroversión (la paciente D. ha sido en todo momento proactiva, utilizando la imaginación, creando situaciones lúdicas, colocándose a sí misma como objeto de las situaciones humorísticas), satisfacción en las relaciones (comunicación con la compañera de habitación y personal de salud), emociones positivas (risas y sonrisas de las todas las integrantes de las intervenciones, sensación de bienestar referidas por las mismas).

Se distingue el estilo de Humor de Autoafirmación (Martin, et al. 2003; Mendiburo, 2012) en las intervenciones que se manifiesta en la mirada graciosa frente al mundo; y en la aceptación y transformación de situaciones inesperadas en humorísticas (desdramatización de procedimientos médicos como el monitoreo fetal, desdramatización de elementos y situaciones de la vida cotidiana como la máquina de ordeño). Así mismo la práctica de este estilo produce de alguna manera la posibilidad de alejarse de la situación adversa y así poder afrontarla desde otra mirada (Lefcourt, al., 1995). Se hace evidente en la mayoría de las intervenciones donde la paciente D. toma contacto verbal y físico con el muñeco de peluche *Chusma*, con un trato tal que se sostiene un vínculo como de madre a hijo. Cabe la posibilidad de que esta actitud represente la exteriorización de sus sentimientos hacia el

bebé por nacer; por medio del juego ella ocupa un rol que no muestra abiertamente en la vida real. El juego y el humor pasan a ser un canal por el cual ella puede liberar tensiones y emociones que no expresa. En este sentido coincide con la utilización de la dimensión defensiva del humor (Hehl & Ruch, 1995), y el humor como sistema de defensivo humano (Vaillant & Vaillant, 1990).

Por último este estilo de humor correlaciona negativamente con emociones negativas tales como ansiedad, y depresión (Mendiburo, 2012). En el caso mencionado lo explicado se manifiesta *a través del paso del tiempo de las intervenciones en las que D. va tomando contacto con los otros, ya no se esconde más bajo las sábanas, como informa la Psicóloga en la historia clínica de los primeros días; se comunica con los médicos y con su compañera de sala, durante la semana piensa cosas para realizar con las payamédicas en la próxima, se ríe mucho, se la nota disfrutar de los encuentros siendo muy participativa.* En el mismo sentido estos ejemplos se relacionan con el aspecto interpersonal del humor (Martin et al., 2003) en cuanto al fortalecimiento de las relaciones interpersonales y paralelamente al aspecto intrapersonal del humor, puesto que se generan sensaciones y sentimientos de bienestar y el afrontamiento adaptativo de las situaciones estresantes, además de la utilidad del humor como mecanismo de defensa (Ziv, 1984).

## **5.2. El Humor como complemento a las intervenciones médicas convencionales.**

La utilización de payasos de hospital como recurso tiene como misión la disminución del estrés causado por la enfermedad y la consecuente internación. Del mismo modo se trata de desdramatizar procedimientos e instrumental médico, transformando en juego todas las situaciones. El objetivo es que tanto la persona hospitalizada como sus familiares y todo el personal del hospital logren liberar emociones negativas por medio del humor y el juego (Romero et al. 2012). La intervención de las Payamédicas mientras la Dra. obstetra realizaba un monitoreo fetal se nombra nuevamente como ejemplo de este objetivo, en dos sentidos: 1) por medio del juego y el humor se produce la transformación del objeto-instrumental médico en objetos lúdicos (máquina de monitoreo fetal en una pantalla de cine, y el papel donde se imprime la frecuencia cardiaca fetal en subtítulos de una película). Todo el procedimiento fue trasmutado; 2) Sumado a ello la profesional presente tiene una actitud que complementa el juego, aporta al imaginario, provocando

bienestar y sonrisas. Sin duda se observa la utilización de humor como vía para la desdramatización del medio hospitalario y potencializar la calidad de vida del enfermo (Jáuregui 2008; Romero et al. 2012).

Las payamédicas refieren que en ninguna de las intervenciones la paciente habla explícitamente del bebé pero “Chusma” siempre está ubicado pegado a su panza, como un bebé recién nacido, o acostado en su cama del lado de la pared, como una actitud de protección ante una caída. La paciente D. en una de las escenas de la película de la granja decide por elección propia jugar alimentar a los animales. Las payamédicas asocian este hecho con la representación del rol de madre en cuanto a la alimentación y el cuidado. Al finalizar una de las visitas D. le dice a las Payamédicas: “*¿me lo puedo quedar una semanita más?*”, y agrega, “*se porta bien, además la verdad es que no es tan chusma, no cuenta nada de lo que yo le digo, sabe guardar los secretos y me escucha*”. A través de las diferentes situaciones lúdicas el bebé de la paciente D. se hace notar de forma implícita por medio del muñeco Chusma. Esto último se relaciona con la posibilidad de utilizar el juego y el humor para liberar emociones que no se pueden expresar. En otras palabras el humor en el caso mencionado ha sido utilizado desde la perspectiva de los conceptos de dimensión defensiva del humor (Hehl & Ruch, 1995), como sistema de defensivo humano (Vaillant & Vaillant, 1990) también como mecanismo de defensa desde la teoría psicoanalista del humor (Freud 1905 y 1928, Martín 2003).

Al finalizar la cuarta intervención, la paciente D. dice: “*el miércoles me hacen una cesárea*” “*es una operación que me van a hacer, me van a dormir y me van a sacar al bebé*” “*¿Vienen el viernes, no?, “lo van a conocer a T. (el bebé)” “vamos a hacer el estreno de las películas y van a venir todos a ver la avant premier: J. (padre), N. (hermana), M. (Mamá), T.(bebé) y las payaenfermeras amigas*”. Las payamédicas le preguntan qué le podían llevar a T. (bebé) para festejar su llegada, y ella responde: “*no sé lo que le gusta porque lo tengo que ver*” y después agrega: “*pero a la mamá le gustan los chocolates*”. Se veía a D. muy feliz, con una gran sonrisa, refieren las Payamédicas. Es importante señalar que la paciente D., en el contexto de una situación lúdica, pudo nombrarse por primera vez como “madre” y a su bebé darle nombre y existencia. Por lo tanto, se puede relacionar lo observado con la propuesta del humor como optimizador de la

calidad de vida del enfermo (Jáuregui, 2008); como potencializador del buen ánimo, como medio para soportar situaciones estresantes en el transcurso de una enfermedad (Zweyer, Velker & Ruch, 2004). De la misma manera se asocia al humor positivo con la mejoría del estado de salud mental, aumento de la autoestima y emociones positivas (Kuiper, Grimshaw, Leite & Kirsh, 2004).

D. decide quedarse con el bebé pero los padres refirieron al servicio social y al equipo de médicos que no se puede hacer cargo de “*una hija discapacitada y un bebé*” y por ello T. fue dado en adopción. Una vez que la decisión es tomada los médicos neonatólogos prefieren que no haya acercamiento de la mamá con el bebé y es por esto que no permitieron que D. lo viera, aunque ella sí quiso hacerlo apenas nació. Dos días después de esta situación, D. esperó a las Payamédicas lista para la intervención y el juego, sentada en una silla y merendando. Su estado de ánimo era bueno, y había colocado a todos los muñecos-personajes, como espectadores en un cine, con el objetivo de ver la filmación de todas las películas-intervenciones que se habían realizado durante el tiempo que duraron las visitas. Es importante señalar este hecho ya que, al inicio de las mismas, D. presentaba un estado anímico totalmente diferente, con signos de depresión, consecuencia de haber pasado por varios meses en terapia intensiva, y de las secuelas de su enfermedad. En esta oportunidad, luego de otra situación quizá tan o más estresante que la anterior, D. toma otra actitud y se propone disfrutar de un encuentro lúdico, con todo lo que ello significa. En otras palabras, está dispuesta a dejarse llevar por la imaginación, por el contacto con los otros, poniendo el cuerpo y las emociones, recordando momentos de disfrute. Se puede vincular esta circunstancia con la concepción del humor como proceso, desarrollada por Romero et al. (2012), es decir que el acceder a jugar permite que D. pueda elaborar la realidad, transmutándola. También tiene relación con la conceptualización del humor como medio para el manejo de las emociones (Fry Salameh, 1993); la recuperación en las enfermedades y elemento positivo en la supervivencia, disminución del estrés y la producción de bienestar (Peterson & Seligman, 2004). Se vincula además con el concepto de capital psíquico (Casullo, 2005) en cuanto a la capacidad y habilidad de D. para poder atravesar esta situación, comprendiendo de una forma más equilibrada la experiencia que le toca vivir mediante el humor como uno de los procesos psicosociales que lo constituye.

Refieren las payamédicas *“se notó que no le habían regalado nada a D. que había hecho un montón por T. Su bebé, lo había sostenido 36 semanas que no es poco, y con todo lo que le pasó en ese tiempo, además del embarazo, el regalo de los chocolates fue de cierta forma un reconocimiento a esto. Estaba muy contenta por haberlo recibido. Nos dio pena porque nos acordábamos lo que ella había “deseado” para ese viernes, que esté toda su familia, T.(bebé) y nosotras; hacer el payaestreno de sus películas y de su bebé. Y eso no estaba, pero ella había puesto a los muñecos en la mesa, esperando algo, y entonces cuando vio el dvd nos miró y dijo “¿hoy es el estreno no?” “estamos listos para ver el cine”. Chusma (el muñeco que había simbolizado desde la primera intervención a su bebé) estaba en primera fila, cada vez más mimetizado con D. Se observó disfrutar y sonreír a la paciente, al revivir todos los momentos plasmados en la película. Esta situación se relaciona con la influencia que puede tener el humor sobre la salud, generando un estado emocional positivo (Argyle, 1997), contrarrestando repercusiones de emociones negativas (Fredrickson, 1998). Por lo tanto, estilos positivos de humor sin duda se adaptan mejor a contextos adversos, provocando buen estado de ánimo y de salud (Carbelo Baquero & Jauregui, 2006). Sumado a esto se puede vincular la estimulación de hormonas llamadas endorfinas en el organismo generadas por el humor y que causan disminución de dolor y aumenta el bienestar (Carbelo Baquero, 2005). Consecuentemente, cuando se realizan actividades placenteras es probable que exista un cambio de actitud y mejora del estado de ánimo (Romero et al. 2012).*

En la última visita, la paciente D. muestra a las payamédicas muchas fotos de ella con el equipo de salud y compañeras de sala y también fotos del parque del hospital. D. cuenta que salió a pasear con la silla de ruedas y a sacar fotos, que le gusta mucho como “hobby”. Las fotos fueron sacadas con juegos de luz, sombra, focalizando en algún objeto y alejándose el mismo, etc. Esto se relaciona con la visión de Carbelo Baquero (2005) respecto al estilo optimista frente a la realidad, además del humor como condición para la recuperación de la salud. La paciente ha logrado un vínculo de afecto y de convivencia con las personas que compartió los meses de internación, ha modificado su actitud frente a la rehabilitación kinesiológica, de tal forma que pasea por el hospital en la silla de ruedas *“algo que a ella le cuesta mucho asumir*, refieren las payamédicas. El estado de ánimo positivo y el incremento de hormonas endorfinas en el organismo afectan de forma positiva

la evolución y el pronóstico de las enfermedades logrando una mejoría de las mismas (Romero et al. 2012).

La paciente D. afirma: *“después que me vaya de alta voy a venir todos los viernes en la silla de rueda a verlas, así lo saludan a Chusma y que cuando esté en mi casa voy a salir al parque para inspirarme, escribir cuentos y se los voy a dar a ustedes para que los nenes que estén internados puedan leerlos y entretenerse”*. Además cuenta que *“quiere estudiar para ser maestra jardinera y trabajar de eso.”* Y agrega *“me llevo muchas cosas.”* Consecuentemente una payamédica propone en forma de juego anotar en una lista las cosas que le dicta D. *“Me tengo que llevar: a Chusma, los cetáceos, el álbum, los chocolates, los libros, la ropa, el camisón, la taza, el vaso, salir adelante, luchar, pelear (con envidia), los momentos lindos, y los feos también porque son recuerdos”* *“voy a dejar la mala onda, la gente que habla mal. Porque lo malo hay que dejarlo y lo bueno hay que llevarlo en el corazón”*. Se infiere que las visitas de las payamédicas y las intervenciones han generado recursos para la vida de D. después de la internación, ya que la paciente decide empezar una carrera, tener una profesión que exige el permanente contacto con niños cuando esté en condiciones físicas de hacerlo y mientras llega ese momento escribir cuentos para los niños internados que en el futuro puedan llegar a visitar los payamédicos. Es importante recordar que antes de la hospitalización en su historia personal existen internaciones vinculadas al consumo de drogas, marihuana y pasta base; además la venta de un bebe por dinero. En este sentido se destaca la relación con el concepto de resiliencia en cuanto a mejorar la calidad de vida del ser humano, afrontando los obstáculos, re significando y transformando la experiencia en algo beneficioso para ella y para el entorno, en tanto estas decisiones se desprende la motivación por poder desarrollarse profesionalmente y con ello poder llegar a tener mayor independencia que la que tiene hoy con su familia, fortaleciendo el desarrollo de la personalidad (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Suárez Ojeda, 1993; Puerta de Klinkert, 2002). Cabe destacar la relación en el mismo sentido con las fortalezas de carácter y virtudes que proponen Peterson y Seligman (2001), las cuales en el caso mencionado han sido fortalecidas a través del humor. D. a potencializado sus propias fuerzas individuales para seguir adelante.

Creando una vez más una situación lúdica las payamédicas proponen hacer una canción con la temática de lo que se lleva y lo que deja D. La paciente filma a las payamédicas cantando la canción. La intención de la misma es la desdramatización de la situación de despedida. La paciente agradece y les dice *“cuando me den el diploma de maestra jardinera quiero que vengan a festejar conmigo.”* Habla muy emocionada. Refieren las payamédicas que sienten que además de la despedida con ellas, recreó, la despedida que no pudo tener con su bebé T. Esto se vincula al conocimiento que se tiene sobre el humor como recurso efectivo para disminuir el estrés y transformar la realidad adversa en algo beneficioso y poder atravesar de una forma más sana las perturbaciones de la vida (Camacho, 2008; Carbelo & Jáuregui, 2006).

Las payamédicas tuvieron la oportunidad de ver al bebé T. En el servicio de neonatología, de este modo refieren el momento: *“Entramos y lo miramos, hablamos con nuestras voces y no pasaba nada, de pronto comenzamos a hablar con voz de clown y el bebé abre los ojos, se empieza a mover y gira la cabeza para donde estábamos, observamos por los monitores que le aumentaba la frecuencia cardíaca y movía sus manos y pies muy fuerte; no lo podíamos creer. Parece que el bebé T. nos conoce muy bien; desde que salió del útero este bebé es la primera vez que oye un sonido conocido”.* *“Nos emociona mucho todo esto, fue como ver de un modo muy tangible el alcance de lo que hacemos”.* Sin duda el aspecto beneficioso del humor en esta situación ha superado las expectativas y los objetivos de la labor de las Payamédicas. De de manera clara se ha producido a través de la utilización de este recurso, sensaciones placenteras, bienestar y salud emocional en la paciente; y su bebé ha podido incorporarlo como estímulo que influye en su comportamiento de manera positiva. Esto se encuentra relacionado con la correlación positiva entre humor y mejoría del estado de anímico de forma sostenida en el tiempo que la paciente fue visitada por las payamédicas. Hay que tener en cuenta que antes de producirse las mismas ella se tapaba con las sabanas para no interactuar con las personas que se le acercaban y el humor en un contexto social-lúdico permitió la comunicación y el desarrollo de sensibilidad y plenitud junto al apoyo en la enfermedad y consecuentemente colaboración con la salud (Argyle, 1997; Carbelo Baquero & Jáuregui, 2006; Jáuregui, 2008; Peterson & Seligman, 2004; Romero et al. 2012).

### 5.3. El Humor como facilitador de la comunicación.

Cabe recordar que los primeros datos observados en la historia clínica refieren que la paciente D. sufre de depresión, no se comunica con personal de salud y compañeras de habitación y no intenta los ejercicios de rehabilitación para comenzar a movilizar el cuerpo. Se advierte que durante las visitas e intervenciones de los payasos la actitud y la conducta fueron modificándose.

Se cita como ejemplo la tercera visita donde las payamédicas observan al entrar a la sala que la paciente D. *estaba incorporada sentada frente a una mesita con un montón de alimentos, enfrente a R. una nueva compañera. Entonces las payamédicas proponen jugar recreando una situación de picnic en una granja y la paciente D. asiente con la cabeza y presenta muy amablemente a R. y al bebé (hijo de R.) a las payamédicas invitando a participar del juego. En otra de las visitas D. propone la filmación de una escena en el zoológico y decidió quien realizaría cada personaje. Una payamédica representaba a D., la otra payamédica era directora de cámara, R. (compañera de sala) actuaba de mono, la enfermera era la camarógrafa y D. la guía del zoológico. R aclara: “cuidado con lo que tenga que hacer el mono por que tiene una cesárea!”.* Todas ríen. En todo lo que decía R. aparecían mensajes para D., las payamédicas comentan que les llama mucho la atención como en tan poco tiempo D. logra un vínculo tan fuerte con su compañera. Las relaciones interpersonales dentro de una sala de internación tienen la condición de ser fugaces o efímeras y en este caso a pesar de que solo hayan compartido unas pocas semanas la paciente D. y su compañera R. se infiere que existe un vínculo entre ellas, que no se les resulta indiferente la presencia de cada una en ese espacio compartido. Estas situaciones muestran como el humor es facilitador de la comunicación y generador de vínculos entre los individuos (Alemany & Cabestrero, 2002; Carbelo Baquero, 2005; Buckman, 1994). En el mismo sentido se señala como primordial a las relaciones interpersonales como contexto fructífero del proceso del humor (Carbelo Baquero & Jáuregui, 2006; Cohen Underwood & Gottlieb, 2000). Desde esta perspectiva, las variables tales como compañerismo,



aceptación, empatía, consideración, afecto, consolidación de las relaciones interpersonales, confianza en sí mismo y en el otro, apertura emocional, complicidad y cariño son frutos del humor en su aspecto comunicacional. En otras palabras, la comunicación generada a través del humor produce similares resultados en los individuos (Alemany & Cabestrero, 2002; Buckman 1994; Carbelo Baquero, 2005; Porterfiel et al. 1998; Vaillant & Vaillant, 1990).

Para los familiares que acompañan la hospitalización es también un acontecimiento estresante caracterizado por sentimientos de impotencia, confusión, miedo y ansiedad, a pesar de ello la vivencia les exige ser sostén de la persona internada (Baider, 2003; Berenbaum & Hatcherm, 1992). De manera clara, existe poco espacio para el humor en estas situaciones y es por ello que los payasos de hospital intentan también poder mejorar el vínculo entre los familiares y la persona que está enferma por medio del juego y el humor (Romero et al, 2012).

En el caso mencionado la paciente D. se relacionó con el padre y la madre través de un aspecto lúdico; por ejemplo cuando comenta a las payamédicas que: *“en la semana el padre J. la iba a visitar pero que ella estaba medio triste porque se había dado cuenta que no le había gustado Chusma”*, entonces una de las payamédicas acotó *“puede ser por el peinado”* (dado que siempre jugaban con los peinados de Chusma) y D. dijo: *“puede ser, pasa que le gustó el Colado (un muñeco en forma de oso panda)”*. Entonces la otra payamédica dijo *“Ah! Yo sabía que ese iba a traer lío en la granja”* (haciendo referencia a que Colado caminaba y tiraba todo en la granja, porque es un muñeco a cuerdas) y D. se ríe mucho y dice: *“hoy estoy tentada”*. A continuación se advierte que tentó a las payamédicas y a R., su compañera de habitación, porque todas rieron mucho. Luego manifiesta D. *apuro por filmar las películas ya que J., su padre, está muy interesado y ansioso en verlas y por eso quiere sorprenderlo*. Y además cuenta: *“yo creo que sé por qué le gusta tanto Colado y cuando viene está con él, porque tiene los mismos colores del perro que tenemos que es blanco y negro como Colado”* y le dice a Chusma *“no te pongas celoso”* y cuenta que a M., la madre, le gusta Chusma porque ella tiene un canario que se le parece y grita más que Chusma”. Todas en la sala ríen. Sin duda el humor por la vía del juego resulta beneficioso en las visitas de los familiares con la paciente D. logrando una comunicación asertiva, produciendo un estado emocional positivo, abriendo la posibilidad

de diálogo en momentos comprometidos para conversar y en definitiva señala la intención de hacer sentir bien al otro (Carbelo Baquero, 2005).

Cabe retomar y señalar el estrés laboral (Capilla, 2000; Escribà Agüir & Bernabé Muñoz, 2002; Ramírez et al., 1996) por parte del equipo de salud, que convive a diario con el sufrimiento humano, tanto del paciente como del entorno cercano. Es por eso que otro de los objetivos de la labor de los Payamédicos es lograr una buena comunicación entre los profesionales de la salud y la persona hospitalizada, con el fin de mejorar la calidad de vida el tiempo que dure la internación y las condiciones de trabajo, utilizando el humor y el juego como recursos para disminuir las situaciones estresantes e incentivar la descarga de emociones negativas (Romero et al. 2012). Se cita como ejemplo nuevamente la intervención en la que participo la Dra. Obstetra de forma espontanea mientras realizaba un monitoreando fetal.

Al mismo tiempo la paciente D. le cuenta a la Dra. todo lo que había trabajado con las payamédicas en las visitas, hasta ese momento, mientras le realizan el monitoreo fetal. La Dra. respondía amablemente a todos los comentarios. En otra de las intervenciones D. propone participar a una enfermera como camarógrafa de la filmación de la película que estaban realizando. Desde luego esto se vincula con la concepción del humor terapéutico en tanto es amistoso y un canal para la empatía entre el personal de salud y el paciente. También posibilita un ambiente ameno para la comunicación (Carbelo Baquero, 2005). Es importante señalar en este sentido la relación con el aspecto social del humor ya que por medio de la interacción se produce acercamiento entre los individuos (Alemany & Cabestrero, 2002; Carbelo Baquero, 2005). Con el mismo propósito se hace referencia a las fotos que muestra D. en la última visita, en las cuales se podía ver a distintas personas del hospital enfermeras, médicos en general y a las compañeras de sala posando junto a la paciente.

Se destaca que la paciente D., junto con las payamédicas ha creado un importante vínculo afectivo donde el humor como herramienta de comunicación fue el motor para la complicidad, la cohesión y confianza (Carbelo Baquero, 2005), la posibilidad de expresar temores de una forma indirecta, en palabras de Vaillant y Vaillant (1990), sistema de defensa humano. Todo ello expresado en la despedida, cuando paciente D. agradece

muchas veces a las payamédicas por el tiempo compartido, las abraza y les dice “*las quiero mucho*” llorando muy emocionada. Sin duda se ha sentido acompañada y valorada por las payamédicas y esto tiene relación con la concepción del humor como generador de autoestima y autoconcepto elemental en la comunicación asertiva (Porterfiel et al. 1988).

Posteriormente a la internación y el alta, N, la hermana, envía un mail agradeciendo a las payamédicas. “*Asunto: Gracias. Mensaje: Dras, soy la hermana de D. Es fantástico lo que hicieron con y para ella. Y cómo nos enseñan a nosotros, las familias, a acompañarla en este trance tan duro. Millones de gracias!!! Cuenten conmigo si necesitan ayuda de cualquier tipo*” Este es otro ejemplo de cómo a través de una actitud lúdica y del humor se logra un mejor vínculo entre los individuos atravesados por una situación adversa, creando espacios de apoyo y afecto para la aceptación de la enfermedad y restablecimiento de la salud (Carbelo Baquero, 2005; Romero et al., 2012).

## **6. Comentarios finales.**

Los primeros payasos de hospital fueron clowns profesionales que realizaban actividades en el ámbito hospitalario pediátrico. En la ciudad de New York nace el primer grupo llamado “Clowns Care Unit”, en el año 1986, fundado por Michael Christensen. Con el correr de los años, y al trascender fronteras, la forma de trabajar de los payasos de hospital fue modificándose de acuerdo al contexto social en que se han insertado (Romero et al., 2012). Tal es el caso de Payamédicos en Argentina, que a diferencia de otras asociaciones del mundo y de Argentina, amplía y profundiza el abordaje artístico asistencial y funda una metodología que propone un abordaje escénico-terapéutico. En razón de lo expuesto, es necesario poner énfasis en la labor que realizan los payasos de hospital en el mundo en general y en nuestro país en particular, como una actividad que es importante destacar desde el área psicológica y social.

La utilización del humor como recurso por medio de payasos surge en el medio sanitario y hospitalario ante la necesidad de atenuar las repercusiones negativas, causadas por estímulos estresantes: 1) la enfermedad de la persona que se encuentra hospitalizada (duración, gravedad, síntomas, dolor, secuelas, riesgo de muerte); 2) los procedimientos médicos atemorizantes y dolorosos, el contexto (decoración, vestimenta, ruptura con su

cotidianeidad, pérdida de autonomía e intimidad); 3) las relaciones interpersonales impuestas por la situación (separación de los familiares, relación con desconocidos, falta de contacto, alteraciones emocionales de los familiares).

Ante esta perspectiva, la aplicación del humor como abordaje psicológico en pacientes hospitalizados propone una alternativa diferente y complementaria a la medicina vigente. Desde el punto de vista científico contemporáneo, el humor ha sido conceptualizado como un constructo que abarca múltiples aspectos (Martin, 2003). El humor está conformado por: un aspecto cognitivo caracterizado por el ingenio ó capacidad de apreciar, percibir ó generar humor (McGhee 1979,); un aspecto emocional asociado a las sensaciones de bienestar, alegría, diversión (Buxman 1991); un aspecto conductual manifestado por la risa o sonrisa, cambios de expresión en el rostro (Robinson, 1977) y, por último, un aspecto fisiológico con cambios bioquímicos respecto del aumento de la tolerancia al dolor y merma en los niveles de ansiedad (Fry, 1992). Es importante agregar, como señala Carbelo Baquero (2005), que el humor resulta terapéutico si es entretenido, amistoso e ingenioso, es una puerta abierta para que surja la empatía entre personal de salud y el paciente, permitiendo una comunicación fluida y la manifestación de emociones e incertidumbres en el contexto de un clima ameno.

De la observación detallada en este trabajo, se desprende que en las intervenciones de los Payamédicos con pacientes hospitalizados se ha aplicado el estilo de humor positivo en sus dos variantes. Desde la perspectiva denominada humor afiliativo se han observado bromas bien intencionadas y especialmente lúdicas con el objetivo de distraer y abrir camino para una agradable y divertida interacción entre la paciente, la familia, el equipo de salud y las Payamédicas. Son intervenciones convenidas de manera explícita con todos los participantes desde un plano social lúdico y con la expectativa de relacionarse con las personas y establecer un vínculo desde ese lugar. Es clara la existencia en las intervenciones de la exposición social, por parte de todos los que intervinieron, la actitud proactiva por medio de la imaginación y el juego. Se evidencia cómo, a partir de este humor, la paciente se permite mostrarse tal cual es, tomarse menos en serio, adquirir confianza para relacionarse con los demás e incrementar bienestar emocional por medio de sensaciones positivas. En cuanto a la variante de este estilo llamada humor de

autoafirmación no cabe duda que las intervenciones tienen una visión graciosa, chistosa y ocurrente del mundo, en la que el elemento principal fue la improvisación, el dejarse llevar por la sorpresa que surgió a cada instante en el juego y el deseo de ver el lado bueno de las vicisitudes de la vida. Se toma como ejemplo de ello la desdramatización de los procedimientos médicos y el medio hospitalario en general. Además, este tipo de intervención tiene como uno de sus fundamentos la idea de poder lograr que la experiencia de internación pueda ser procesada, asimilada y aceptada como parte de la vida de la persona. En consecuencia, se intentó que la paciente no pierda el carácter de sujeto durante el tiempo que dure la hospitalización, alejándose por medio del juego y el humor de la situación que la aqueja en cuanto a síntomas de enfermedad, dolor y secuelas afrontando por espacios de tiempo otra mirada de sí misma, y de su afección orgánica. Se cita como ejemplo las propuestas de trabajo que realiza la paciente, los temas elegidos hacen referencia a su vida, a lo que le gusta y es de su interés. Por último la aplicación del estilo de humor positivo logró disminuir las emociones negativas (temores, depresión, ansiedad) y desarrollar por el contrario las positivas (bienestar, distracción, disfrute, agradecimiento, resiliencia, comunicación fluida).

Respecto a la aplicación del humor en las intervenciones de los Payamédicos con pacientes hospitalizados se observó que lograron ser complemento con a las intervenciones médicas convencionales. En primer lugar, se logró desdramatizar procedimientos médicos resultando beneficioso para la paciente y para el profesional; utilizando la distracción para crear un ambiente ameno. En segundo lugar, mediante la motivación a la paciente para realizar actividades que le resulten agradables y de su interés, se ha conseguido que pueda liberar sus emociones respecto de su bebé y de su familia a través del juego. En este sentido se ha observado el cambio de actitud, la mejora del estado de ánimo y de su salud psicológica, dejando atrás signos de depresión. En tercer lugar, las intervenciones ayudaron a potencializar la calidad de vida de la paciente, ganando mayor conexión y comunicación en las relaciones interpersonales impuestas por la situación. En cuarto lugar, el humor aportó un elemento positivo en el transcurso de la recuperación, ya que ayudó al manejo de las emociones, a procesar, a atravesar y resignificar la experiencia. Es importante señalar que la paciente manifiesta emociones claramente resilientes y optimistas para su futuro,

(escribir cuentos para los nenes internados y estudiar para ser maestra jardinera), cabría pensar que fueron motivadas por las temáticas de las intervenciones realizadas.

Se ha podido observar que la comunicación entre el paciente hospitalizado, familiares, compañeros de sala de internación y profesionales de la salud ha sido facilitada por la aplicación del humor en las intervenciones realizadas por los Payamédicos. El humor actuó como puente entre la médica obstetra, la enfermera y la paciente logrando que la convivencia conlleve un menor nivel de estrés y una mejor calidad de vida por medio de la distracción en 35 semanas de internación. En el mismo sentido la aceptación y la participación de las profesionales en las intervenciones revela al humor como medio para la humanización de la profesión, beneficiando el contacto con el paciente, con una mirada hacia la persona hospitalizada como sujeto y no solo como objeto de patología. Así mismo fue complemento para el desarrollo de una mejor relación con su compañera de sala ya que, por medio de su inclusión en las intervenciones, se posibilitó un pronto acercamiento, conocimiento e interés entre ellas. En consecuencia favoreció el sentimiento de compañía y una mayor empatía emocional. Por último, el demostrado interés del padre por las intervenciones (películas) ha sido de gran ayuda para que la paciente sume expectativas y voluntad en la realización de las mismas. El humor entonces habilita un espacio diferente de encuentro entre ellos, suavizando situaciones tensas en las visitas, causadas por la impotencia y temores de ambos. Es, decir, el humor ayuda a la paciente y familiares a desviarse por un momento de los problemas y comunicarse desde otro lugar.

Respecto a las limitaciones encontradas al realizar el trabajo, se puede enunciar respecto de la institución que su labor es realizada bajo el marco teórico psicoanalítico exclusivamente, de esta forma se considera que existe un recorte de conocimiento y de propuestas que pudiesen validar y fundamentar el rol del Payamédico. Se considera que una sola línea de trabajo queda acotada ante tanta problemática y potencialmente puede resultar insuficiente. La propuesta, en ese sentido, ha sido poder aportar el conocimiento del enfoque salugénico de la Psicología Positiva recibidos en la formación de la Universidad de Palermo, con la posibilidad que de pueda ser incluida en la formación de los Payamédicos en un futuro. Así mismo cabe señalar que la intención es sumar a la propuesta ya existente y complementar el trabajo realizado por la Institución de manera de poder enriquecer a la

misma, ya que se considera que diferentes puntos de vista aportan distintas miradas de una misma situación.

Otra de las limitaciones se caracteriza por la realidad hospitalaria y el sistema de salud en nuestro país. A pesar de que la actividad de la Institución esté autorizada por las autoridades de los Hospitales en que se realiza la asistencia, en muchas ocasiones los Payamédicos se ven imposibilitados de poder interactuar con mayor frecuencia con el equipo médico tratante. Esto ocurre por la constante demanda de atención y la sobrecarga de trabajo con la que cada día se enfrentan los profesionales de la salud, por tal motivo solo se obtiene información de la historia clínica y de los dichos de los enfermeros, para luego realizar la estrategia de trabajo esceno - terapéutica individual con el paciente. Una de las propuestas en esta dirección es mayor trabajo interdisciplinario, conviniendo reuniones o jornadas fuera del horario laboral, tanto para mostrar el trabajo realizado desde la Asociación Payamédicos como devolución al equipo de salud y al Hospital. A la inversa, este último tener la posibilidad de brindar mayor información clínica para complementar el trabajo de ambos y favorecer la experiencia de hospitalización de la persona. Si esto último no fuese viable se plantea la posibilidad de realización de informes escritos y entrega de los mismos al personal de salud y autoridades de forma periódicas en casos de pacientes de seguimientos.

En cuanto al trabajo las limitaciones surgen en principio cuando se intenta transcribir una situación humorística sacada de contexto, para que sea de fácil entendimiento al lector, ya que resulta totalmente diferente presenciar la misma en el campo de acción. Como opción para un próximo trabajo, se invita a investigar sobre otro concepto dentro del modelo de Psicología Positiva y las Virtudes y Fortalezas de carácter; como Creatividad, Resiliencia, etc.; perfectamente vinculables a la labor realizada en Payamédicos.

Por la estructura misma del trabajo fue necesario focalizarse en un número reducido de conocimientos para realizar el análisis. Ante lo expuesto fue imprescindible complementar el concepto de Humor positivo, con formas, dimensiones, teorías del humor y Resiliencia, para poder lograr un mejor nivel de descripción y vinculación con el marco teórico realizado.

La elección de un caso único aparece como otra limitación, lo cual tiene como resultado un escaso número de intervenciones para poder analizar. La propuesta para próximos trabajos con esta misma temática de Humor es la de analizar, describir y comparar dos casos, que pueden ser de un adulto y un niño. De esta forma se tendrá mayor cantidad y variedad de intervenciones realizadas en las diferentes franjas etarias. En el mismo sentido, el presente trabajo se ha analizado con la información de 5 de las visitas a la paciente, no siendo este el número total de las mismas. Las primeras visitas ocurrieron antes que comenzara la residencia, donde el acceso a la información no estaba habilitado. Se indica, para futuros análisis, tener en cuenta la posibilidad de obtener el total de las intervenciones para lograr mayores posibilidades de exploración. Así mismo se propone para un caso con similares características, el incremento de la cantidad de visitas por parte de los Payamédicos, una mayor interacción con la familia en los momentos compartidos en la sala y la sugerencia a los mismos de participar en las futuras intervenciones con la preparación de materiales y el aporte de ideas entre las visitas, que complementen la estrategia esceno- terapéutica propuesta.

Por último se invita a la Asociación a expandir sus experiencias y conocimientos adquiridos a las universidades de Argentina, para que puedan fundamentar con sus modelos teóricos la labor de los profesionales del área de Psicología y de los voluntarios Payamédicos de la misma. A la inversa, también las universidades podrían nutrirse de elementos prácticos y de la vida real para demostrar con mayor claridad y significado los conceptos teóricos que imparten y de esta forma lograr un óptimo aprendizaje en el alumno.

## **7. Referencias bibliográficas:**

- Aleman, C. & Cabestrero, R. (2002). Desarrollo del humor: estudios e investigaciones. En Idígoras, A. (Ed.). *El valor terapéutico del humor*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Argyle, M. (1997). Is Happiness a cause of health? *Psychology and Health*, 12, 769-781.
- Arnetz, B. B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med*, 52, 203-13.



- Babad, E. (1974). A multi-method approach to the assesment of humor: A critical look at humor tests. *Journal of personality*, 42, 618-631.
- Baider, L (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista internacional de psicología Clínica y de la salud*, 1 (3), 505-520
- Berenbaum, J. & Hatcher, J. (1992). Emotional distress of mothers of hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 359-372.
- Buckman, E. (1994). *The handbook of humor: clinical applications in psychotherapy*. Florida: Krieger Publishing Company.
- Buxman, K. (1991). Humor in therapy for the mental ill. *Journal of Psychosocial nursing*, 29 (12), 15-18.
- Camacho, J. M. (2005). *El humor en la práctica de psicoterapia de orientación sistémica*. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires.
- Camacho, J. M. (2008). Prácticas en psicología positiva. En Casullo, M. (Ed.). *El humor* (pp.111-136). Buenos Aires: Lugar.
- Capilla R. (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *Jano*, 58, 56-8.
- Carbelo Baquero, B. (2005). *El humor en la relación con el paciente*. Barcelona: Masson.
- Carbelo Baquero, B. & Jauregui, E. (2006). Emociones positivas: Humor positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27, 01, 18-30.
- Carbelo, V. B, Casas, M. F., Rodríguez de la Parra S & Romero U. M. (2004). Los cuidados de enfermería y el sentido del humor. ¿Un tratamiento enfermero?, ¿un reto? Recuperado 16 de abril de 2012 [http://www.seapremur.com/La\\_salud\\_por\\_la\\_integridad/hablemos\\_de\\_%20cuidados\\_de\\_enfermeria\\_y\\_el\\_sentido\\_del\\_humor.htm](http://www.seapremur.com/La_salud_por_la_integridad/hablemos_de_%20cuidados_de_enfermeria_y_el_sentido_del_humor.htm).
- Casullo, M.M. (2005) El Capital Psíquico. Aportes de la Psicología Positiva. *Psicodebate* 6, 59-71. Buenos Aires: Universidad de Palermo.

- Cohen, M. (1990). Carin for ourself can be funny business. *Holistic Nursin Practice*, 4, 1-11.
- Cohen, S., Underwood, L.G., & Gottlieb, B.H. (2000). Social support measuement and intervention: *A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press
- Corominas, J. (1998). *Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*. Madrid: Gredos.
- Daniels, D.S. (1987). Psychosocial risk and resistance factors among children with chronic illness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 259-308.
- Davidhizar, R. & Bowen M. (1992). Dynamics of laughter. *Archives Psychiatric Nursing* 6, 132-137.
- Davies, C. (1984). Mother's anxiety may increase child's distress. *Nursing Mirror*, 158, 30-31.
- Dixon, N. (1980). Humor: A cognitive alternative to stress? In Sarason, I. & Spielberg, D. (Eds.). *Stress and Anxiety*. Vol. 7, (pp. 281-289). Washington: Hemisphere Publishing.
- Escribà Agüir, V. & Bernabé Muñoz, Y. (2002). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 16 (6), 487-96.
- Eysenck, H. (1972). Foreword. Citado por Martin, R. (1998). Approaches to the sense of humor: A historical review. En Ruch, W. (Ed.). *The Sense of Humor. Explorations of a Personality Characteristic. Humor Research 3*. Berlín: Mouton de Gruyter.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Freud, S. (1905). [1987]. *El chiste y su relación con lo inconsciente*. Buenos Aires: Hyspamerica, Vol. 5.
- Freud, S. (1928). [1987]. *El humor*. Buenos Aires: Hyspamerica: Vol. 17.
- Fry, W. (1987). Humor and Paradox. *American Behavior Scientist*, 30, 42-71

- Fry, W. (1992). Physiologic effects of humor mirth, and laughter. *Journal of the American Medical Association*, 267 (13). 1857-1858.
- Fry, W. & Salameh, W. (1993). *Advances in Humor and Psychotherapy*. Florida: Professional Resource Exchange.
- Fry, W. (1994). The biology of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 7, 111-126.
- Gancedo, M. (2008). Prácticas en psicología positiva. En Casullo, M. (Ed.) *Historia de la psicología positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones*. (pp.11-39). Buenos Aires: Lugar.
- Goldstein, J. & McGhee, P. (1972). *The psychology of humor*. New York: Academic Press.
- Hehl, F. & Ruch, W. (1985). The location of sense of humor within comprehensive personality spaces: An exploratory study. *Personality and Individual Differences* 6, 703-715.
- Jauregui, E. (1998). Situating Laughter: *Amusement, Laughter and Humor in Everyday Life*. Tesis Doctoral. Instituto Universitario Europeo.
- Jauregui, E. (2008). Tomarse el humor en serio. Aplicaciones positivas de la risa y el humor. En G. Hervas y C. Vásquez (Eds.) *Psicología Positiva Aplicada*, (pp. 283-309). Bilbao: Plaza Edición
- Kant, I. (1981). *Crítica del Juicio*. New York: Hafner.
- Kuiper, N. A., Grimshaw, M., Leite, C., & Kirsh, G. (2004). Specific componets of sense of humor and psychological wellbeing. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-2
- Lefcourt, H. M., Davidson, K., Shepherd, R., Margory, P., Prkachin, K., & Mills, D. E. (1995). Perspective-taking humor: Accounting for stress moderation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 373-391.

- Lippman, L.G. & Dunn, M. L. (2000). Contextual connections within puns: effects on perceived humor and memory. *Journal General Psychology*, 127, 185-197.
- Martin, R. A. & Lefcourt, H.M. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 520-525.
- Martin, R. A. & Lefcourt, H.M. (1984). Situational humor response questionnaire: quantitative measure of sense of humor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 145-155.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J. & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality* 37, 48-75.
- Martin, R. (1998). Approaches to the sense of humor: A historical review. En Ruch, W. (Ed.). *The Sense of Humor. Explorations of a Personality Characteristic. Humor Research 3*. Berlín: Mouton de Gruyter.
- Martin, R. (2003). Sense of Humor. En S. J. Lopez y C.R. Snyder (Eds), *Positive Psychological Assessment* (pp 313-325). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Martin, R. (2007). *The Psychology of humor: an integrative approach*. Burlington: Elsevier Academic Press.
- Mc Ghee, P. (1979). *Humor: Its origin and development*. San Francisco: Freeman & Co.
- Melillo, A. & Suárez Ojeda, E. (2001). *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Mendiburo, A. & Páez, D. (2011). Humor y cultura: Correlaciones entre estilos de humor y dimensiones culturales en 14 países. *Boletín de Psicología*, 102, 89-195.

- Mendiburo, A. (2012). *El Humor como emoción y forma de regulación afectiva: un estudio experimental y dos correlacionales en Chile y España*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología UPV/EHU.
- Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires, Paidós.
- Mucci, M. (2007). La relación médico paciente ¿ un vínculo distinto o distante?. *Psicodebate* 8, 61-77. Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Ortigosa, J. & Mendez, F. (2000) *Hospitalización infantiles. Repercusiones psicológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Peterson, C. & Seligman, M. (2001). *Values in action inventory of strengths (VIA-IS) manual*, Department of Psychology, University of Pennsylvania, Disponible en: <http://www.positivepsychology.org/viastrengthsinventory.htm>. Recuperado el 3 de junio de 2009.
- Peterson, C. & Seligman, M. (2004) *Character Strengths and Virtues. A handbook and classification*. New York: Oxford University Press.
- Porterfield, A.L., Mayer, F.S., Dougherty, K.G., Kredich, K.E., Kronberg, M.M., Marsee K.M. & Okazaki, Y. (1988). Private self-consciousness, canned laughter and responses to humorous stimuli. *Journal of Research in Personality* 22, 409-423.
- Puerta de Klinkert, M P. (2002). *Resiliencia: La estimulación del niño para enfrentar desafíos*. Buenos Aires: Lumen Hvmanitas.
- Ramírez, A. J., Graham J., Richards, M. A., Cull A. & Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347, 724-8.
- Robinson, V. (1977). *Humor and the health professions*. Thorofare: Charles Stack.
- Rodríguez, M. J. & Zurriaga L. R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. España: Escuela Andaluza de Salud pública.

- Romero, A., Mendez, L., Bianco, M. & Castro Arata, V., (2012). *Payasos de hospital: Lo terapéutico del clown*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Ruch, W. (1998). Humor Research 3. En Willibald, R. (Ed.). *The Sense of Humor: Explorations of a Personality Characteristic*. Berlín: Mouton de Gruyter.
- Schopenhauer, A. (1819). [1977]. *The world as will and idea*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Seligman, M. & Czikszentmihalyi, M. (2000). Happiness, excellence, and optimum human function. *American Psychologist*, 55 (1), 5-183
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness.: using the new positive psychology to realise your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Suárez Ojeda, E. N. (1993) Resiliencia o capacidad de sobreponerse a la adversidad. *Medicina y sociedad*, 16 (3).
- Svebak, S. (1996). The development of sense of humor questionnaire: from SHQ to SHG-G. *Humor: International Journal of Humor Research*, 9 (3-4), 341-361.
- Taylor, S.E. (1986). *Health Psychology*. Nueva York: Random House.
- Thorson, J. & Powell, F. (1991). Measurement of sense of humor. *Psychological Reports*, 69, 691-702.
- Vaillant, G.E. & Vallant, C.O. (1990). Natural History of male psychological health: XII. A 45 year study of predictors of successful aging at age 65. *American Journal of Psychiatry*, 147,31-37.
- Wender, R.C. (1996). Humor in medicine. *Primari Care*, 23 (1), 141-154.
- Wandersee, J. H. (1982). Humor as a teaching strategy. *The American Biology Teacher*, 44, 212-218
- Wertlieb, D., Hauser, S.T. & Jacobson, A.M. (1986). Adaptation to diabetes: Behavior symptoms and family context. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 463-479.

Yauri, J. R. (s/f). Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad. Recuperado el 16 de abril de 2012 de la base de datos Ilustrados. Disponible en <http://www.ilustrados.com/tema/683/Aspectos-psicologicos-paciente-frente-enfermedad.html#ASPECT>.

Ziv, A. (1984). *Personality and Sense of humor*. New York: Springer.

Zweryer, K., Velker, B. & Ruch, W. (2004). Do cheerfulness, exhilaration and humor production moderate pain tolerance?, A FACS study. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-2.