

ENTREVISTA CLÍNICA Y FUNCIONES DEL HUMOR

Cecili Macián
Universitat de València
cecili.macian@uv.es

Vicent Salvador
Universitat Jaume I

RESUMEN

Nuestro objetivo es precisar los mecanismos que operan en el género de la entrevista clínica y observar las funciones del humor en la efectividad de la interacción comunicativa. Para ello, partimos de un marco teórico propio del análisis del discurso y del interaccionismo sociodiscursivo, sin olvidar algunas aportaciones del interaccionismo simbólico. Por supuesto, también se han tomado en consideración las teorizaciones generales y los estudios médicos sobre el humor. Nuestra metodología se basa en el análisis de un doble corpus: por un lado, entrevistas clínicas grabadas en audio; por el otro, entrevistas realizadas a profesionales de la salud, centradas en su percepción del papel del humor en sus respectivas prácticas discursivas profesionales y concretamente en el género aquí estudiado. Con esta doble vía de indagación creemos aportar datos y reflexiones sobre los usos humorísticos en ese ámbito, que sin duda tienen efectos comunicativos positivos aunque no exentos de riesgos.

PALABRAS CLAVE: humor, entrevista clínica, entrevista de explicitación, género discursivo

1. Humor y medicina

El campo nocional del humor (humor, comicidad, risa, chiste, sátira, ironía...) dista mucho de estar bien delimitado, y no dispone de una taxonomía de categorías precisas y fijadas en una

terminología unívoca y universalmente aceptada. Dentro de esta tónica de solapamiento entre las distintas categorías, a menudo se establecen consensos sobre: la consideración del chiste como relato conversacional; de la sátira como género o archigénero que “castigat ridendo mores”; o de la ironía como figura retórica. Pragmáticamente la ironía corresponde a una mención de otro discurso o bien a una ambigüedad argumentativa que constituye, en palabras de Marina Mizzau (1984), una “contradizione consentita” que suele tener una víctima y que, en todo caso, exige unas determinadas complicidades. Sin embargo, no es difícil trazar la línea divisoria entre lo cómico y el humor, si entendemos este último como una especie de autoironía sonriente.

Un humorista profesional, Forges, parece haber expresado de una manera muy gráfica este binomio: “Lo cómico es cuando una persona, inesperadamente, se cae en la calle, y el sentido del humor es lo que la persona dice mientras se levanta.” (*apud* Carbelo Baquero 2005, p. 44). Sin duda habría que añadir que tal caída solo puede ser fuente de comicidad en la medida que los espectadores anestesien coyunturalmente sus sentimientos de compasión hacia el accidentado, bien por la levedad del accidente o bien por la inevitabilidad de una reacción distanciada y divertida, pues en otro caso la empatía con la persona accidentada bloquearía la hilaridad. Ahora bien, la distinción de Forges da plenamente en la diana.

Ciertamente, desde la antigüedad clásica, categorías como la risa y la comicidad han atraído la atención de los autores, desde Hipócrates a Cicerón –en especial el *De oratore* de este último– o a Quintiliano (Gil Fernández 1997). En la época contemporánea, y sin pretender establecer ahora ninguna nómina, las reflexiones de Bergson en su libro *La risa* o el trabajo de Freud *El chiste y su relación con lo inconsciente* son aportaciones decisivas, respectivamente, a la caracterización de la comicidad y del chiste. Para Bergson, la comicidad radica en mecanismos como el del muñeco con resorte, que sale una y otra vez de la caja. Para Freud, la *técnica* (o elaboración formal) y la *tendencia* (es decir la tendenciosidad, el ataque) son las dos claves del chiste. Habría que subrayar, además, que en ambos casos, lo relativo al cuerpo humano ocupa un lugar destacado entre las referencias de base: en el caso de Bergson por lo que respecta a la materialidad y a los automatismos del comportamiento, y en el caso de Freud por la relación establecida entre el chiste picante y la seducción o la provocación sexual que puede producir reacciones psicósomáticas relevantes en la persona destinataria del relato

chistoso, que para Freud es prototípicamente una mujer.

En otro orden de cosas, habría que considerar también las sátiras sobre la profesión médica, que son abundantes en la tradición literaria occidental, y concretamente en el ámbito hispánico. Así, los doctores del Estudi General de Valencia fueron caricaturizados por sus adversarios con frases de burla (“médicos de Valencia, falda larga y corta ciencia”), y la literatura española del Siglo de Oro facilitaría numerosos ejemplos de sátira contra los médicos, profesión que, junto con la de jurista, concita la animosidad de las plumas literarias y del imaginario colectivo. Por citar nombres emblemáticos, bastaría con aludir a los versos burlescos de Francisco de Quevedo o al *Diente del Parnaso* del poeta español afincado en el Perú virreinal Juan del Valle Caviedes, que hace de la sátira contra los médicos el centro de su obra. En efecto, el “matasanos”, el codicioso insaciable, el ignorante estafador de ignorantes es una figura proverbial en esa tradición literaria. Caso distinto es el de Molière, en algunas de cuyas comedias encontramos retratado el oficio médico en la Francia del siglo XVII y su interacción con el enfermo y con los familiares de éste. Aquí, la comicidad puesta en escena por el dramaturgo hace reír al espectador, pero su interés se desplaza en buena medida hacia el enfermo y su entorno.

En la época contemporánea, el interés de los humoristas se centra a veces en la figura del médico, pero no ya por su avaricia o su ignorancia –estas cuestiones son más objeto de denuncia que de sátira jocosa-, sino más bien por su incapacidad para curarse a sí mismo, tal como aconseja la máxima “iatré, therápeuson seautón”. De este modo, la situación paradigmática del psiquiatra enajenado, del “loquero” loco, protagoniza muchos chistes que cuentan historias de consultas médicas. Pero la medicina de hoy, si se descuentan los abusos y las malas prácticas, tiene un buen cartel promocional en los avances tecnológicos de la cirugía, la farmacopea, la radiología o la genética, y es más frecuente que el interés del relato jocoso derive hacia los pacientes.

En efecto, un tema muy repetido en este tipo de chistes es el de la persona poco cultivada o desconocedora de la terminología médica que acude al médico y que falla al querer expresarse técnicamente, o bien que no puede procesar la información dada por el médico. Este tipo de situación despierta la comicidad, sobre la base de ridiculizar a la figura del paciente inculto, que tropieza con la terminología especializada y se hace objeto de la risa, mientras quien ríe se convierte en espectador y libera sus tensiones al experimentar la superioridad de quien ha evitado el daño sufrido por otro. Un solo ejemplo ilustrará este tipo de chiste que produce regocijo en quienes lo escuchan y se sienten superiores a los pacientes que lo protagonizan –un matrimonio de edad avanzada

preocupado por un deseo frustrado de procreación- , y donde la figura del ginecólogo parece burlarse amablemente de sus pacientes o, quizá, conectar con ese mismo tipo de error mediante un juego que tiene algo de surrealista:

-Mire, doctor –dice la esposa- venimos a su consulta porque no puedo quedarme embarazada, y no sabemos si es que yo soy *esménil* o si es mi marido el que es *imponente*.

El doctor, circunspecto, les contesta:

-Bueno pero díganme: ¿ustedes hacen vida *marítima*?

El ejemplo ilustra todo este tipo de chascarrillos donde el paciente es motivo del efecto humorístico. En especial cuando la consulta tiene alguna relación con temas sexuales o escatológicos, que estimulan la comicidad e incentivan la respuesta jocosa. Tal tipo de chistes son sin duda un indicio del interés que el asunto de la consulta médica despierta en el imaginario colectivo, y de hecho no es aventurado hipotetizar que constituyen un antídoto contra las ansiedades que tal situación suscita en los divertidos oyentes del microrrelato.

Las implicaciones del humor con el mundo de la sanidad son diversas y heterogéneas, y van más allá de la jocosidad provocada por la figura del médico o por la de ciertos pacientes. Por un lado, algunos autores insisten en los efectos benéficos de la risa en un plano físico o fisiológico, como sintetiza Begoña Carbelo (2005, p. 31): “Se ha evidenciado una elevación de las catecolaminas y endorfinas, y las defensas del organismo aumentan, además de producirse un satisfactorio estado de bienestar.”

La misma autora, a renglón seguido, insiste en la otra vertiente de las bondades terapéuticas del humor en la praxis médica –la vertiente psicosociológica o comunicativa:

Un humor terapéutico es un humor inteligente, y ha de facilitar la comunicación y la empatía entre el paciente y el profesional y crear el clima apropiado para que se puedan expresar los sentimientos, las dudas y los miedos. Un humor divertido, hábil, comprensivo y, sobre todo, no hostil. (*ibidem*)

Pero pasemos ahora a estudiar las situaciones reales, a partir del doble eje de exploración que nos hemos fijado: las entrevistas clínicas y las entrevistas de investigación mantenidas con los profesionales de la salud. Comenzaremos por presentar algunas reflexiones teóricas sobre los procesos que nos ocupan.

2. Usos humorísticos en entrevistas clínicas

En general, la atención a los distintos aspectos de la relación asistencial se remonta a Hipócrates, pero en los últimos años ha emergido como objeto definido de estudio en un ámbito interdisciplinar que combina los intereses médicos o sanitarios con los lingüísticos y los antropológicos. El género discursivo de la entrevista clínica ha sido objeto de monografías recientes que pretenden sistematizar su funcionamiento en la práctica de la medicina, la enfermería y otras distintas actividades sanitarias. Hay que recordar que el papel que la actividad verbal desempeña en el ámbito de la salud es hoy un principio indiscutido, en especial por lo que respecta a la interacción oral entre los profesionales y sus pacientes, una interacción que encuentra su exponente más relevante en dicho tipo de entrevistas.

Las entrevistas clínicas (o *medical encounters*) consisten en sesiones interactivas donde el profesional de la salud y el paciente (y en ocasiones también algún otro tipo de mediador, como un acompañante) realizan intercambios verbales y no verbales, junto con actuaciones profesionales en un marco institucionalizado de prácticas sanitarias. Borrell (1989, p. 2) señala la doble vertiente de dicho evento social: el acto comunicativo interpersonal y el acto técnico donde un profesional aplica unos conocimientos especializados que tienen como centro de interés la salud del paciente. Nuestro foco de atención en este trabajo es la primera de estas dos facetas del evento, pero no hay duda de que el análisis de los aspectos comunicativos no se puede desgajar de la faceta técnica del acontecimiento, ni tampoco esta de aquellos. En efecto, por un lado, el establecimiento de la comunicación interpersonal y su fluidez son condiciones *sine qua non* para la eficacia del acto clínico; y por el otro lado, el acto clínico, como realización concreta de una práctica institucionalizada que constituye un preconstructo reconocible por los pacientes, es el eje que motiva y da sentido al evento comunicativo. Ambas dimensiones han de conjugarse en la realización del evento, y así mismo en su estudio, si no se quiere incurrir en un reduccionismo injustificable y esterilizante.

Hay que señalar, además, que nuestra aportación, centrada en el primero de estos aspectos -el comunicativo- da prioridad a la consideración de la acción verbal: concretamente, del humor verbal. Pero eso no es sino una decisión metodológica muy consciente, y de carácter práctico, ya que no se ha trabajado con medios de grabación audiovisual y además nuestro marco de referencia epistemológico se encuentra más próximo a la lingüística. Ello no obsta, sin embargo, para reconocer que en futuras etapas conviene incorporar los aspectos no verbales de la comunicación, que hoy reclaman la atención de los investigadores de este género de discurso sanitario. Investigadores actuales de la antropología médica, como Ignasi Clemente, destacan esa función indiscutible de la comunicación no verbal en el estudio de la gestión de enfermedades cancerosas, que dicho autor ha tratado sobre sujetos infantiles adolescentes:

L'estudi de la comunicació no verbal és fonamental en l'anàlisi de l'organització social del càncer. (...) L'estudi de la gestualitat en acció dins del seu corresponent context sociointeraccional de producció posa de manifest que la comunicació no verbal no és transparent, ni senzilla, ni redundant, sinó que estableix complexes interrelacions de diferència i complementarietat amb la parla. (Clemente 2004, p. 174-175)

Con sus componentes verbales y no verbales, la entrevista desempeña un papel clave en la interacción sanitaria, ya que permite al profesional de la salud recabar del paciente informaciones necesarias (historial clínico, sintomatología, expectativas de curación, etc.), llegar de manera cooperativa y corresponsable a un diagnóstico y a la toma de decisiones y hacer el seguimiento adecuado del proceso de tratamiento. En un conocido trabajo sobre las estrategias comunicativas de los profesionales sanitarios, se verbalizan así estos propósitos:

The health care interview plays a pivotal role in clinical practice because acquiring information, discussing results with patients, and monitoring the effects of treatments all depend on interviewing. From intake interviews and initial nursing assessments to discharge planning interviews and home visits, much of the interpersonal communication that take place in health care settings is carried out through the interview process. (Northouse & Northouse 1998, p. 163)

Estas entrevistas son una ocasión crucial de comunicación sanitaria, el gozne principal alrededor del cual gira la interacción de los profesionales de la salud con sus pacientes, el espacio donde se construye la relación sanitaria por excelencia. Por nuestra parte, hemos estudiado en otro lugar (Salvador & Macián en prensa) una serie de entrevistas realizadas en la consulta del especialista, prestando singular atención a las primeras visitas, que inician la relación de ambas partes implicadas en el juego. Concretamente, se trataba en nuestro caso de unas primeras visitas a la consulta privada de un podólogo. Está de más decir que en tales ocasiones es donde se fragua en buena medida la percepción mutua, donde el *ethos* del profesional y el del paciente se dibujan y se establecen como precedente y marco inaugural de la relación. O donde se pone en práctica de una manera relevante lo que en términos de Goffman se denominaría la presentación del *self*. Del establecimiento y de los matices de esta sintonía inicial dependerá la construcción de una relación interpersonal, más o menos fría y distante, más o menos cálida, que delimitará las condiciones de un *pathos*, la manifestación y la gestión de unas emociones donde las expresiones de humor pueden hallar los intersticios en los que alojarse y florecer. Ciertamente, en esos primeros intercambios no será frecuente encontrar muestras de praxis humorística, pero es allí donde se instauran las bases de una relación que, con la frecuencia de trato, dará ocasión a esas manifestaciones.

En una ambiciosa investigación sobre el tema (Francis et al. 1999), los autores ofrecen una panorámica de los usos del humor en las interacciones médicas, a partir de una serie de entrevistas con profesionales del ramo. Uno de los ejes de su indagación es la concepción del humor como contribución a la gestión de las emociones interpersonales, en el marco de un paradigma que enfatiza la experiencia personal y subjetiva de los pacientes (*illness*), frente a la consideración abstracta de la base biológica de las disfunciones experimentadas (*disease*). El análisis de esos usos distingue entre: el humor producido por el paciente y dirigido al profesional; el del profesional hacia el paciente; el de los pacientes entre sí (lógicamente, en situaciones de hospitalización conjunta); o el de los profesionales entre sí. Los autores insisten en la dimensión de experiencia compartida que el recurso a lo jocoso tiene: una dimensión grupal que es condición constitutiva del placer humorístico. Evidentemente el humor, como la ironía, reclama a menudo algún tipo de víctima. Pero, sobre todo, exige cómplices. El resultado de estos juegos consiste en la generación de emociones positivas frente a los temores y en un reforzamiento de la cohesión grupal (aunque dicho grupo pueda reducirse a menudo a dos componentes).

3. Algunos ejemplos de nuestro corpus de entrevistas clínicas

Nuestro propio corpus de entrevistas clínicas constituye un conjunto de grabaciones en audio de más de veinte eventos de este tipo, con duración variable entre los cinco y los treinta minutos, en las situaciones siguientes: a) consulta privada de un podólogo; b) consulta privada de un cirujano; c) entrevistas preparatorias de un anestesista, en un hospital público, con los pacientes que han de someterse a intervenciones quirúrgicas. En nuestra selección y análisis de las muestras hemos atendido a los mecanismos humorísticos utilizados, tanto por profesionales como por pacientes, en su interacción recíproca, con distintas funciones: mejorar la propia imagen o la del interlocutor, neutralizar miedos y vergüenzas, aligerar tensiones o establecer una corriente empática. Nuestras conclusiones apuntan en el sentido de valorar los aspectos humorísticos -en el marco de otros mecanismos imaginativos, teatrales y emocionales-, como ingrediente clave de la comunicación en la entrevista clínica, un factor cuya gestión puede contribuir de manera relevante a la mejora de las prácticas sanitarias y, en

una etapa de transferencia de resultados, a la formación de los futuros profesionales.

Uno de los casos más frecuentes es el de la broma iniciada por el paciente, habitualmente a costa de su propia imagen, o más exactamente, exhibida como muestra de sentido del humor y de una sutil autoironía o de una simpática burla de sí mismo. La broma funciona, así, como *captatio benevolentiae* de cara al profesional y, de alguna manera, como ritual de exorcismo para alejar los miedos, o bien para aliviar la tensión propia de situaciones en que la vergüenza o el pudor pudieran coartar la fluidez de la comunicación con el profesional.

Así, en nuestro corpus encontramos ejemplos de este proceder, como un paciente que, al narrar sus peripecias quirúrgicas de años atrás comenta: “el ochenta por ciento de mi cuerpo no valía doscientas pesetas”. O una paciente que narra cómo fue intervenida repetidamente desde los diez años en el mismo hospital donde se efectúa la entrevista clínica, y declara: “esta es ya mi casa”. O la que afirma, ufana, tras verbalizar una relación de sus problemas de salud y de los distintos fármacos que se ha de suministrar: “mire si tengo repertorio”. O, finalmente, la anciana que, a causa de dolencias graves en los pies, afirma que parece un robot al caminar. En todos estos casos, la función del humor es autoconmiserativa: consiste en una especie de hipérbole jocosa que apunta a despertar la simpatía –o la empatía– del profesional, el cual se limita a sonreír amablemente con condescendencia, pero no insiste en el tono de burla, que podría resultar ofensivo.

En otras ocasiones, el profesional responde a la gracia humorística del paciente, siguiendo el hilo de la broma, como en un juego intrascendente:

PODÓLOGO: cuénteme / Mariano / qué le pasa?

PACIENTE: ah pos mire/ aparte de que / hace ya lo menos / no sé los años / tengo yo una huerta allá en el campo / y con la haza(d)a me pegué / y me metí la haza(d)a entre la uña y la carne / y ahora llevo la uña esta toda [PO: toda girada] girada toda / y no la puedo cortar ni con una ametralladora (...) ustedes siempre tienen un material pa pa estas cosas

PODÓLOGO: metralletas también? = también= / vamos a por la metralleta / Mariano

En este otro fragmento, la paciente explica la naturaleza y la intensidad de su dolor de hemorroides en la fase de menstruación, y el profesional no esconde su regocijo y prosigue con la broma, una broma que a nuestro parecer es la manera que tiene la paciente de vencer el pudor ante un tema que roza el tabú, en una especie de huída hacia adelante:

CIRUJANO: de la regla =por lo que sea= la pelvis / todos los órganos de la pelvis / se / se congestionan más / les llega más sangre

PACIENTE: es dolor / un dolor que me llega para adelante y todo / es que no es normal / como muerden tanto

CIRUJANO: [risas] cómo que como muerden? / no lo había oído nunca esto

PACIENTE: no? / yo digo oy qué bocao me pega / es que las personas mayores / mi madre dice ayyyy/ cómo muerde cómo muerde cómo muerde

En nuestro corpus son habituales este tipo de situaciones donde es el paciente quien toma la iniciativa. En cambio, es mucho menos frecuente que el profesional la tome. Ahora bien, lo relevante, sin duda, es que el profesional acepte la gracia, la ría y a veces la prolongue. Se trata de una respuesta que refuerza la *empatía*, la percepción de “sentir con el otro”. Precizando el concepto de empatía, podríamos aplicar otra categoría explicativa, más comprensiva y mejor perfilada en el ámbito de las ciencias de la salud, que consiste en un movimiento de *confirmación* por parte del profesional, tal como explican los siguientes autores:

Confirmation involves dimensions of showing empathy, sharing control, exhibiting trust, and disclosing personal thoughts and feelings to others. However, confirmation is also a distinct variable that plays a unique role in health communication (...) a way of communicating acknowledgement and acceptance to others. It is a relative new concept that is starting to receive more emphasis in health care. (Northouse & Northouse 1998, p. 60)

Por supuesto, en todo este juego de empatías y confirmaciones, que se libra en el terreno de la emoción y de la socialización, los bromistas actúan de manera teatral, siguen un esquema de guión que les lleva a cometer torpezas aparentes para divertir a su público, que es generalmente el profesional, aunque también podría incluirse en él a alguno de los eventual es acompañantes o, en ciertos contextos, a otros pacientes. En el fondo es una actuación con la que el paciente pretende salir airoso de situaciones comprometidas, como en el último fragmento de corpus que hemos reproducido, o bien simplemente recabar la confirmación emotiva del profesional.

Por eso, las gracias no correspondidas, como esos chistes tras la narración de los cuales el oyente exclama “¿y qué?”, generan situaciones embarazosas. Pero aún cabe concebir algo peor para la imagen del participante en una interacción comunicativa: que se tome como ejercicio consciente de humor lo que no es sino una distracción o un error. Goffman, tan dispuesto siempre a explotar las analogías teatrales, lo explica de la manera siguiente, en términos de la diferencia entre la risa del *espectador* y la del mero *asistente al teatro*:

La diferencia entre el que va al teatro y el espectador se ilustra muy bien en relación a la risa., demostrando de nuevo la necesidad de ser muy claros sobre la sintaxis de la respuesta. La risa de los miembros del público en respuesta empática al chispazo cómico de un personaje escénico se distingue claramente, a ambos lados de la línea de demarcación del escenario, de la risa del público que puede saludar a un actor que mete la pata, tropieza o confunde alguna parte del texto. En el primer caso el individuo se ríe en cuanto que espectador; en el segundo, como asistente al teatro.” (Goffman 2006, p. 137)

4. (Meta)entrevistas a profesionales de la sanidad

El género de la entrevista clínica corresponde a un discurso plurigestionado, por cuanto se trata evidentemente de una interacción, donde ninguno de los participantes puede planificar el texto resultante del proceso discursivo. Ahora bien, es de justicia reconocer que las posiciones de los participantes son claramente asimétricas, a favor del profesional, que es quien controla el espacio y el tiempo y quien parte de una superioridad manifiesta en cuanto a saberes conceptuales y procedimentales relacionados con el evento comunicativo que tiene lugar, un evento que responde a un paradigma con el cual se ha familiarizado a lo largo de su ejercicio profesional. Y eso a pesar de que cada nueva sesión puede representar un nuevo reto y presentar ribetes diferenciales.

Diremos, en este sentido, que el profesional tiene una mayor capacidad de control situacional, parte de unos protocolos de actuación y de un hábito, de una competencia y una habilidad práctica entre cuyos componentes principales está el de gestionar adecuadamente la interacción, y específicamente las intervenciones humorísticas que se produzcan. Uno de los métodos susceptibles de hacernos progresar en el conocimiento del funcionamiento del humor en tales eventos es el examen de los procedimientos concretos que se ponen en práctica y de la actuación de los otros participantes.

Ahora bien, al margen de las actuaciones concretas que se producen en la interacción clínica, existe otra vía de indagación que se demuestra productiva en las ciencias sociales. Se trata de la verbalización, por parte del profesional, de los procedimientos seguidos en su ocupación laboral y de la conducta habitual de los pacientes y de sus eventuales acompañantes. Precisamente, en lo que se ha dado en llamar “entrevista de explicitación” (Vermersch 1994), el entrevistador trata de sacar a la luz, no ya los saberes teóricos asumidos por el entrevistado, sino la experiencia vivida por este, el poso que ha dejado en su mente la práctica y la reflexión alrededor de determinados aspectos de su actividad profesional.

Esa es la segunda vía de nuestra indagación: la realización de una serie de entrevistas semiestructuradas, de tipo cualitativo (Valles 2002), que permiten elicitar la experiencia de algunos profesionales de la salud sobre los usos humorísticos y sus funciones en las entrevistas clínicas. Se trata, por lo tanto, de una especie de metaentrevistas o entrevistas sobre las entrevistas, cinco en total, que hemos realizado a los siguientes profesionales: un coloproctólogo, una médico general, una enfermera, un enfermero (y profesor universitario del ramo) y un urólogo. Nos limitaremos ahora a dar cuenta, sintéticamente, de los resultados de dichas entrevistas cualitativas.

En primer lugar, los entrevistados acordaban una valoración positiva a los usos del humor en la consulta, siempre que estos correspondieran a contextos adecuados. Los efectos de distensión, de creación de empatía o de fomento de la expresividad del paciente, en unas sesiones clínicas que se conciben como centradas en esa figura de participante, son sin duda benéficos en opinión de los profesionales entrevistados por nosotros. Por supuesto, dichas manifestaciones humorísticas aparecen más bien en estadios posteriores al establecimiento de la relación profesional, según se va generando un clima de mayor confianza y naturalidad.

Todo ello se refiere, ante todo, a las intervenciones en las que es el paciente quien toma la iniciativa, para bromear de manera lúdica o para practicar algún tipo de autoironía, y también cuando es el profesional el que toma la iniciativa como estrategia de distensión. En algún caso, el ejercicio del humor por parte del profesional permite al paciente “salvar la cara” ante una situación embarazosa, como la de la mujer mayor que ha de desnudarse ante el

coloproctólogo, y este “quita hierro” al hecho mediante una referencia jocosa: “No se preocupe, aquí todo el que entra se ha de bajar los pantalones o bien subirse las faldas”. En otra ocasión, el mismo profesional, ante la broma de algún paciente sobre lo desafortunado de su elección profesional (por las connotaciones escatológicas de esa especialidad), el doctor responde con una frase estereotipada: “Ha de haber gente para todo”. Este recurso a la frase hecha, le permite activar representaciones sociales compartidas y beneficiarse de una “emocionalidad cultural” que le posibilita clausurar discretamente la intervención del paciente (Matencio en prensa).

En general, en la percepción de los entrevistados, las intervenciones humorísticas de los pacientes que apuntan hacia el profesional no constituyen ningún tipo de agresión. Como máximo, se producen referencias al estereotipo de la profesión médica como tópico, pero no al individuo real que la personifica. La médico de familia, por ejemplo, refiere el caso, a su parecer inocuo, de una paciente joven que se permite algunas insinuaciones sobre lo bien que viven los médicos en el centro de asistencia... ya que tienen aire acondicionado y hasta disponen de ordenador para poder chatear por internet.

Sin embargo, hay consenso, entre los entrevistados, sobre la vulnerabilidad de algunos pacientes y la necesidad de medir las palabras ante manifestaciones involuntarias de ignorancia (por ejemplo, las deformaciones terminológicas y malapropismos que podrían producir hilaridad). En estos casos el tacto y la prudencia se imponen, a no ser que se detecten claramente señales de que el paciente está actuando teatralmente y busca la connivencia o incluso el aplauso. A menudo, los pacientes de bajo nivel cultural se sienten desorientados por la ironización y pueden negligir o malinterpretar los rasgos de humor.

Por supuesto, en todo ello existen variables que dependen de la procedencia geográfica (por ejemplo: en Andalucía, al parecer, el juego humorístico se constituye en seña de identidad regional o poco menos). O bien, variables en función de la edad, parámetro en donde la juventud se suele asociar a mayor jovialidad. De tal manera que el urólogo, que no osaría gastar bromas a sus pacientes de edad avanzada, se suele permitir, con éxito, embromar a jóvenes que están siendo intervenidos de fimosis. El temor a “meter la pata” existe, sin

embargo, ya que los entrevistados son conscientes de los efectos nocivos que podría producir un error de cálculo en este sentido. Como se ha comentado más arriba, la risa del asistente al teatro puede ser molesta e incluso ofensiva, mientras que no lo será la que responde, desde la posición del espectador, a una actuación escénica.

En este sentido, y a falta de conciencia de “meteduras de pata” propias por parte de los entrevistados, uno de ellos refiere el caso, ocurrido a un colega, en que es la paciente quien se siente en evidencia ante una falsa interpretación de las palabras del médico, que no tenían ninguna intención humorística. La anécdota es la siguiente:

Un médico joven ausculta a una señora octogeneraria que fue en su día una mujer muy atractiva. Aplica el fonendoscopio al pecho de la paciente y después a la espalda, y al acabar la auscultación le dice:

-Diría que está usted un poco cargada de pecho

La paciente le responde, orgullosa:

-Uy, si usted me hubiera conocido de joven...

El médico se siente sorprendido por la respuesta y la paciente se avergüenza de su falsa interpretación.

Otro punto de coincidencia entre los entrevistados es la función del humor en la interacción entre colegas o entre los miembros de un equipo hospitalario, que pueden tener como objetivo anécdotas graciosas de pacientes, y que en todo caso contribuyen a la cohesión grupal de los profesionales y ayudan a soportar algunas circunstancias negativas, como el estrés que produce la proximidad continuada con la enfermedad y en ocasiones con la muerte de los pacientes.

Finalmente, la figura del acompañante, que cumple una función de primer orden en muchas situaciones sanitarias, puede producir también distorsiones o interferencias en la comunicación clínica y en los mecanismos de empatía que el humor trata de fomentar entre profesionales y pacientes. Como se señala en un importante estudio reciente, el establecimiento de complicidades entre el profesional y una tercera persona puede ser perjudicial para la comunicación con el paciente: “Joking between the physician and a third person may further isolate the patient.” (Berger et al. 2004, p. 829). En cambio, para los autores de ese trabajo, el humor empático no presenta sino ventajas terapéuticas y en especial contribuye a humanizar el mundo, a menudo fragmentado y despersonalizado de la sanidad contemporánea.

5. Conclusiones

Después de este recorrido por los usos humorísticos en el género discursivo examinado, con aplicación de dos itinerarios metodológicos diferentes y complementarios, nuestras conclusiones apuntan a las virtudes innegables del humor en los procesos relacionales de las prácticas sanitarias, y concretamente de la entrevista clínica. También apuntan a la conciencia del riesgo de incurrir en unas intervenciones humorísticas frustradas o inconvenientes. Por otra parte, el humor en este género discursivo ha de ser analizado en el marco de unos parámetros sociales muy diversos que incluyen: los estereotipos sociales recibidos y aún hoy operativos (la imagen de las profesiones médicas en la tradición literaria o en las series televisivas actuales, los chistes sobre psiquiatras o sobre pacientes incultos, etc.); los entramados institucionales donde se practica la asistencia sanitaria; la influencia de la comunicación por internet en la actitud de los pacientes y en la praxis médica; la creciente pujanza del tabú del envejecimiento y de la enfermedad incurable y de la muerte; etc. Se impone, pues, una consideración atenta de todos los factores contextuales que condicionan el fenómeno, desde una perspectiva “ecológica” de la comunicación en el ámbito sanitario (Street 2003).

Por otra parte, estos usos del humor han de ser estudiados como objeto de una preocupación interdisciplinar que combine las aportaciones de una aproximación médica y de una perspectiva lingüística al mismo tiempo, sin desdeñar otras contribuciones disciplinarias que también se hallan involucradas. Los resultados de dicho estudio prometen frutos relevantes no solo para el conocimiento de esa zona de la comunicación social, sino también con las miras puestas en la transferencia de los resultados de la investigación para la mejora de las prácticas profesionales y de los mecanismos de su enseñanza en el marco de la formación de los futuros profesionales de la salud.

6. Bibliografía

AINSWORD-VAUGHN, N. The discourse of medical encounters. In: Deborah Schiffrin *et*

- al.* (eds.) **The Handbook of Discourse Analysis**. London: Blackwell, pp. 453-469, 2001
- BERGER, J.T.; COULEHAN, J.; BELLING, C.: Humor in the physician-patient encounter, **Archives of Internal Medicine**, 164, p. 825-830, 2004
- BORRELL, F. **Manual de Entrevista Clínica**, Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1989.
- CARBELO BAQUERO, B. **El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud**, Barcelona: Masson, 2004
- CLEMENTE, I. "Quan em clavaran allò?" Algunes consideracions sobre la gestualitat en la negociació del tractament del càncer infantil a Catalunya. In: ALTURO, N. et al (eds.), **Les fronteres del llenguatge. Lingüística i comunicació no verbal**, Barcelona: PPU, p. 173-187, 2004
- FRANCIS, L; MONAHAM, K; BERGER, C. A laughing matter? The uses of humor in medical interactions, **Motivation and Emotion**, 2, p 155-173, 1999
- GIL FERNANDEZ, L, La risa y lo cómico en el pensamiento antiguo, **Cuadernos de Filología Clásica. Estudios Griegos e Indoeuropeos**, 7, p. 29-54, 1997
- GOFFMAN, E. **Frame Analysis. Los marcos de la experiencia**, Madrid: CIS, 2006
- MATENCIO, M. L. M. Linguagem, cognição e emoção: representações e sentido na aborgagem de Vygotsky. In: **III Simpósio Internacional sobre Análise do Discurso**, actas en prensa
- MIZZAU, M. **L'ironia. La contraddizione consentita**, Milano: Feltrinelli, 1984
- NORTHOUSE, L.L.; NORTHOUSE, P.G. **Health Communication, Strategies for Health Professionals**, Stamford: Pearson Education, 1998
- SALVADOR, V.; MACIAN, C. Primera toma de contacto entre paciente y profesional de la salud: Rituales de interacción y estrategias discursivas. **II Encontro Internacional do Interaccionismo Sociodiscursivo**. Lisboa, 10-13 octubre de 2007, en prensa
- STREET, R. L. Jr. Communication in Medical Encounters: An Ecological Perspective. In: THOMPSON, T.L. et al (eds.) **Handbook of Health Communication**, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2003
- VALLES, M. S. **Entrevistas cualitativas**, Madrid: CIS, 2002
- VERMERSCH, P. **L'entretien d'explicitation**, Paris: ESF, 1996