

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
TESIS DE GRADO



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SALTA**

“La función del chiste para los profesionales enfermeros que se desempeñan
en la UTI del Hospital Papa Francisco”

Alumna: Maia José Mateus

Directora: Lic. Solange Noemí Garijo

Metodólogo: Lic. César Guillermo Montellano

AUTORIDADES

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA

Gran Canciller S. E.R. Mons. Mario Antonio Cargnello Arzobispo de Salta

Rector Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

Vice-Rectora Académico Mg. Constanza Diedrich

Secretaria General: Lic. Silvia Álvarez

FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

Decana: Lic. María Dolores Medina Bouquet

Secretaria Académica: Abg. Adriana Ibarguren

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Jefe de Departamento: Lic. Sonia Edith Guijarro Cárdenas

AGRADECIMIENTOS

Siempre, y en primer lugar, a mamá, por estar infinitamente a mi lado, dándome todo el amor y la guía de su sabiduría, para seguir adelante con cada meta que me proponga.

A papá José, que desde su cielo, siempre fue el pilar de mi vida, y está a mi lado con su presencia en mi mente, para darme la fortaleza que muchas veces no encuentro y saber que alguna vez existió una persona tan maravillosa como él.

A mi hermana Marina, que con su magia (literal) siempre es capaz de iluminarme, y acompañar mis pasos, con su mirada maternal y, al mismo tiempo, tan fraterna.

A Jorge, que en todos estos años, ha escogido ocupar un lugar tan grande como el de ser un papá para nosotras, y brindarnos siempre todo para que nunca nos faltara nada.

Al amado y odiado Call Center, que por más dolores de cabeza, fue el sustento económico que me brindó la posibilidad de cumplir mi sueño y sustentar la carrera que tanto quería estudiar.

A mi mejor amiga Romina, que con su amistad, ha logrado acoger mis más profundas alegrías y temores, y me ayuda a ver de una manera tan tierna y pacífica las cosas.

A mis amigos y compañeros, que me han acompañado en el hermoso camino de la Licenciatura en Psicología.

A mi directora Solange, por guiar y acompañar mi trabajo final, pero principalmente, por inculcarme el amor y el interés por el psicoanálisis.

A César Montellano, por acompañar y soportar mis temores de realizar una investigación, y transmitir en sus palabras, confianza y determinación.

A Sofía González, por tener las palabras justas en el tropezón que significó el primer diseño de tesis, para calmar mi angustia y clarificar la vista para poder levantarme.

A Humberto Pineda, por brindar su apoyo y una nueva posibilidad de llevar a cabo mi investigación en otra institución cuando parecía que no iba a poder en la Institución elegida.

A Lucia Soler, por mostrarme los errores en un primer momento del trabajo, y confrontarme con una situación que me ayudaría a encontrar la fortaleza interna.

RESUMEN

La presente investigación, enmarcada dentro de un enfoque cualitativo, se propuso analizar cuál es la función que tiene el chiste para los profesionales enfermeros que se desempeñan en la UTI del Hospital Papa Francisco de la Ciudad de Salta dentro del contexto en el que desarrollan su tarea asistencial, durante el periodo 2020. La investigación se valió de entrevistas semiestructuradas a 10 enfermeros; para llegar a describir, a través de un marco teórico del psicoanálisis freudiano, las circunstancias de aparición y presentación de las manifestaciones chistosas; y también conocer la interpretación que realizan los actores con respecto al contexto donde se revelan. Así pudo inferirse que el estatuto teórico del chiste como una formación del inconsciente, cuya función supone la obtención de placer, continúa vigente en cualquier contexto en el que se presente. Para arribar a esta conclusión, se precisó organizar los datos obtenidos en unidades de análisis; que describen los chistes en relación a la función que cumplen en la UTI, compañeros de trabajo, los pacientes, los familiares de éstos, situaciones cotidianas en la UTI, situaciones externas a ella, y la muerte.

Palabras claves: Psicoanálisis, Chiste, Unidad de Terapia Intensiva, Enfermeros, Humor.

ABSTRACT

The present research, framed within a qualitative approach, proposed to analyze what is the role of the joke for the nursing professionals who work in the ICU of the Papa Francisco Hospital of the City of Salta within the context in which they develop their welfare task, during the period 2020. The research was based on semi-structured interviews with 10 nurses; to describe, through a theoretical framework of Freudian psychoanalysis, the circumstances of appearance and presentation of the joke manifestations; and also to know the interpretation that the actors make with respect to the context where they are revealed. Thus, it could be inferred that the theoretical status of the joke as a formation of the unconscious, whose function is to obtain pleasure, continues to be valid in any context in which it is presented. In order to reach this conclusion, it was necessary to organize the data obtained in analysis units; which describe the jokes in relation to the function they perform in the ICU, co-workers, the patients, their relatives, daily situations in the ICU, situations external to it, and death.

Keywords: Psychoanalysis, Joke, Intensive Care Unit, Nurses, Humor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
Pregunta de investigación	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
Consecuencias de la investigación	4
Deficiencias en el conocimiento	5
MARCO TEÓRICO	9
CAPÍTULO I: EL CHISTE PARA EL PSICOANÁLISIS	10
El chiste y su relación con lo inconsciente.....	10
Análisis del chiste: técnica, motivos e intenciones, subjetivo.....	11
Principio del placer vs. Principio de realidad.....	13
Economía del chiste	14
Chiste y crítica: placer de disparatar	15
Psicogénesis del chiste (<i>witz</i>)	16
Lacan y el chiste del “famillionario”	19
Relación del chiste con los sueños y las formaciones del inconsciente.....	20
El chiste y lo cómico.....	23
El humor.....	26
CAPÍTULO II: LA MUERTE, EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO	28
El sufrimiento humano.....	28
El dolor.....	29
Dolor y lenguaje	31
La muerte	32
La muerte hoy.....	34
Muerte y psicoanálisis.....	35
CAPÍTULO III: LA TAREA ASISTENCIAL DEL PROFESIONAL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	38
Salud y enfermedad	38
El hospital y la salud pública.....	39
Los profesionales enfermeros.....	40
Unidad de Terapia Intensiva: Cuidados críticos.....	42
Enfermeros en la Unidad de Terapia Intensiva	43

Los profesionales enfermeros y la muerte de pacientes.....	44
METODOLOGÍA.....	46
Tipo y nivel de Investigación.....	47
Diseño de la investigación	47
Definición de conceptos	47
Chiste	47
Tarea asistencial	48
Unidad de Terapia Intensiva (UTI) para los cuidados críticos.....	48
Participantes.....	49
Técnica de recolección de información	49
Contexto y periodo	50
Procedimiento de recolección de información.....	51
Coreografía de análisis	52
RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	73
(Entrevistas transcriptas).....	73
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	123
Manifestaciones chistosas en relación a la función que cumplen en la UTI	124
Manifestaciones chistosas en relación a los compañeros de trabajo	127
Manifestaciones chistosas en relación a los pacientes críticos alojados en la UTI...	129
Manifestaciones chistosas en relación a los familiares de los pacientes críticos.....	131
Manifestaciones chistosas en relación a situaciones cotidianas en el contexto de trabajo	131
Manifestaciones chistosas en relación a hechos externos a la UTI.....	131
Manifestaciones chistosas en relación a situaciones que involucran a la muerte	132
Chistes referidos por los enfermeros que fueron elaborados por los pacientes alojados en la UTI	134
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	138
BIBLIOGRAFÍA	142
ANEXOS	148
ANEXO I: NOTA DE AUTORIZACIÓN	149
ANEXO II: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	150
ANEXO III: MODELO DE ENTREVISTA.....	151
ANEXO IV: MARCO INSTITUCIONAL	153
ANEXO V: DISPOSICION INTERNA EMITIDA POR EL CADI.....	155
HOJA DE EVALUACIÓN	156

INTRODUCCIÓN

En 1929, Sigmund Freud (2012a) publica su obra “*El malestar en la Cultura*”, donde una de las ideas principales que sostiene, continúa vigente hasta la época actual. Los hombres: “Aspiran a la felicidad, quieren llegar a ser felices, no quieren dejar de serlo.” (p. 3024)

Sin embargo, el autor también afirma que el sufrimiento es inherente a la cultura; y la vida, tal como ha sido impuesta resulta demasiado pesada, deparando excesivos sufrimientos, frente a los cuales los sujetos encuentran distintos modos para soportarla. (Freud, 2012a)

Las fuentes de dicho sufrimiento que se reconocen son: el propio cuerpo, cuyo fin está destinado a la decadencia; el mundo exterior, capaz de internalizarse en el sujeto con fuerzas destructoras y las relaciones humanas. (Freud, 2012a)

Frente a estos infortunios, el sujeto halla remedios para evitarlos o aliviarlos, siendo éstos de tres tipos: distracciones poderosas que hacen parecer pequeñas sus miserias, satisfacciones sustitutivas que la reducen y el uso de narcóticos, que lo hagan indiferente a ella. (Freud, 2012a)

Uno de los factores responsables de la desgracia anímica corresponde a la muerte. La misma, se presentifica en todo su esplendor ante la pérdida de la existencia del otro, siendo difícil aceptar su mera idea.

La muerte ha sido siempre un tema de profundas reflexiones a lo largo de la historia. En el texto “*Consideraciones sobre la Guerra y la Muerte*”, Freud (2012b) afirma que se pretende considerar a la muerte como el desenlace natural de la vida, empero, las actitudes que asume el sujeto ante ella demuestran lo contrario. Se evidencia la inclinación a silenciarla. Incluso, nadie es capaz de pensar ni imaginar su propia muerte, lo que se explica en el hecho de que el inconsciente no cree en la propia muerte, se conduce como si fuera inmortal. (Freud, 2012b). Entonces, se puede considerar que la muerte forma parte de aquello que agujerea la posibilidad de simbolización.

En la actualidad, vivimos en una sociedad en la cual el ideal imperante apunta a la perpetuación de la juventud. Estamos constantemente bombardeados por los medios de comunicación y una próspera industria que empujan a la prolongación de la juventud y la belleza eterna. Nada se quiere saber del deterioro del cuerpo. Los avances tecnológicos y

la biotecnología buscan extender los límites biológicos, evidenciándose un telón de fondo impregnado por el temor a la muerte, siendo ella, la más absoluta certeza.

Partiendo de todo ello, se considera un modo particular que permite soportar y sustraerse del sufrimiento y el dolor humano, la asunción de una actitud humorística. La misma se manifiesta en una predisposición del individuo a rehuir de la opresión del sufrimiento mediante un chiste, evitando el despliegue emocional doloroso que supondría una determinada situación angustiante para así ahorrarse el afecto displacentero. El humor, como una de las tantas especies de la comicidad, y el chiste, han sido tema de investigación por parte del psicoanálisis que le ha aportado un estatuto diferente a las propuestas por las demás teorías psicológicas. Tal investigación se ve plasmada en *“El chiste y su relación con lo inconsciente”*, donde Freud (2012c) realiza una descripción de las mismas explicando la dinámica y el punto de vista económico que presentan en el aparato anímico de los sujetos. Todo ello considerando siempre que “sólo es un chiste aquello que acepto o admito como tal” (Freud, 2012c, p. 1087), donde cada sujeto desarrolla un sentido particular del humor de acuerdo a su propia subjetividad, en relación a su estado anímico, nivel intelectual, culturalización y características internas individuales.

Por lo antes expuesto, es usual escuchar la aparición de manifestaciones chistosas en ámbitos teñidos de sufrimiento y dolor humano vinculados a la posible, o efectiva, muerte del otro, como ser los hospitales, velorios, funerarias, etc. Es por ello que se plantea, ¿cómo es posible el surgimiento de los chistes en situaciones tan adversas a la jovialidad donde se está expuesto como situación habitual al sufrimiento por la posible muerte del otro semejante?

El siguiente trabajo de investigación se encontrará enmarcado en una perspectiva teórica psicoanalítica. Se abordará en un ámbito hospitalario con personal sanitario que incluirá a los profesionales enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva.

PLANTEAMIENTO DEL **PROBLEMA**

Pregunta de investigación

- ¿Cuál es la función que tiene el chiste para los profesionales enfermeros que se desempeñan en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Papa Francisco de la Ciudad de Salta, en el periodo 2020, dentro del contexto en el que desarrollan su tarea asistencial?

Objetivo general

- Analizar la función que tiene el chiste para los profesionales enfermeros que se desempeñan en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Papa Francisco, en el periodo 2020, dentro del contexto en el que desarrollan su tarea asistencial.

Objetivos específicos

1. Describir las circunstancias de aparición y presentación de las manifestaciones chistosas en los profesionales enfermeros que se desempeñan en la UTI del Hospital Papa Francisco.
2. Conocer la interpretación que realizan los actores de las manifestaciones chistosas con respecto al contexto donde las mismas se revelan.
3. Inferir la relación que existe entre el estatuto teórico del chiste y el contexto en el que emerge el mismo para los sujetos de la investigación.

Consecuencias de la investigación

La investigación respetará todas las consideraciones del Código de Ética de FEPPRA (2013) en relación a las disposiciones éticas y legales establecidas. Además, se efectuará en acuerdo con las normas éticas para la investigación y con las leyes nacionales y provinciales vigentes.

La ley que regula el ejercicio profesional de la psicología dentro del territorio nacional, ley N° 23.277 (1985), establece que se considerará parte del ejercicio profesional “la enseñanza e investigación” (Art. 2, inc. b), lo cual incluye la investigación psicológica.

Asimismo, la ley N° 6.063 (1983), regula el ejercicio profesional de la Psicología en la Provincia de Salta y establece la misma directiva con respecto a la investigación psicológica en el campo de la Psicología.

Los participantes de la investigación, serán informados de los objetivos de la misma, explicitándose que la información que pueda surgir en las entrevistas será utilizada sólo

con fines investigativos. Por ello, se obtendrá el consentimiento informado de los sujetos participantes, y se les indicará que contarán con la libertad de retirarse en el momento que así lo deseen. El modelo del Consentimiento Informado figura en el Anexo II.

En relación al secreto profesional se asegurará que toda aquella información obtenida durante la investigación será trabajada en absoluta confidencialidad, respetando la integridad de las personas involucradas. A su vez, se tomarán los recaudos pertinentes al ser presentados los resultados de la investigación.

Se apuntará a que la siguiente indagación, no implique consecuencias desagradables o riesgo alguno para aquellos que sean partícipes de la misma.

Por último, la investigación bibliográfica se guiará por las normas de la Asociación Psicológica Americana (2016) respetando los derechos de autor de los textos y artículos que se consideren a lo largo de todo el trabajo para evitar el plagio, a través de la mención de todas las fuentes.

Deficiencias en el conocimiento

A continuación se presentarán algunos trabajos de investigación relevados tanto de la Universidad Católica de Salta como de espacios virtuales, para ser utilizados como referentes para la siguiente investigación. Dicha búsqueda se realizó teniendo como criterio principal su relación en cuanto a la temática en cuestión.

Abán Virginia (2002), en su tesis de grado de la Universidad Católica de Salta, titulada “El sufrimiento y el humor como expresión de lo humano”, encuadra sus conclusiones en la antropología existencialista y la logoterapia. El objetivo general de dicha tesis consistió en buscar la relación entre el sufrimiento y el humor partiendo del análisis de dos películas representativas del tema: “Patch Adams (1998)” dirigida por Tom Shadyac y “La vida es bella (1993)” de Roberto Benigni. La metodología utilizada para el análisis del material audiovisual, consistió en la observación y fragmentación de las películas en secuencias donde puedan evidenciarse la capacidad de actualizar el humor frente al sufrimiento. Los resultados obtenidos a partir de dicho análisis arribaron a que el humor permite aceptar el sufrimiento en algunas personas, explicando que desde la antropología existencialista y humanista, el humor tiene una virtud trascendente que permite el crecimiento personal y enriquecimiento de la existencia. Se consideró dicha investigación como relevante para la que se propone realizar ya que consiste en el único trabajo integrador final realizado en la Universidad Católica de Salta que abordó el tema del humor y del sufrimiento.

Coppin, Margot y Gaspard, Jean-Luc (2017) en su artículo de investigación titulado “El humor negro frente a la muerte”, publicado en la revista científica *El Jardín de Freud*, abordan su investigación en relación al sujeto agonizante que utiliza el humor negro frente a lo real que significa su propia muerte en el ámbito hospitalario. Dicho artículo se apoya en aportaciones de Freud y Lacan sobre la cuestión de muerte y el ejercicio clínico en cuidados paliativos. Lo que se expresa en el mismo, apunta a una crítica a los modelos de atención y servicios de cuidados paliativos aplicados en los hospitales, cuyas prácticas reducen la muerte a una contingencia alejándola de su naturaleza de realidad inevitable. Asimismo, el discurso de la ciencia hace que la clínica desaparezca de los hospitales, relegando a un segundo plano los componentes afectivos y psíquicos de los sujetos, logrando una desobjetivización de los mismos y alejándolos de su relación con el deseo. La conclusión a la que se arriba a partir de dicha investigación corresponde a que es necesario dirigir una reflexión a la utilización del humor negro en el sujeto agonizante. El mismo permitiría reivindicar la idea de mortalidad y contrarrestar la objetivización que se perfila en los modelos de atención. Este artículo científico fue considerado relevante para la investigación ya que permitió una mayor orientación desde la perspectiva psicoanalítica al empleo del humor en el ámbito hospitalario.

Viana San Andrès, Amadeu (2001), doctor en filología catalana, realiza un artículo titulado “Bromas cruciales: el humor ante la enfermedad” para la Facultad de Letras de la Universidad de Lleida de Cataluña, donde expone sobre las expresiones humorísticas en el personal sanitario en relación a su tarea asistencial y con los propios pacientes. A partir de un análisis que el autor realiza en cuanto a estudios realizados por la profesora Robinson Vera, de la Universidad Estatal de California, y el aporte de otros profesionales; desarrolla un breve recorrido en cuanto al valor terapéutico del humor inserto en el ámbito hospitalario como forma de beneficiar la salud de los grupos implicados y la relación mutua. Partiendo de la teoría antes recolectada, realiza una batería de 115 entrevistas en total con profesionales de la sanidad de la ciudad de Lleida con el objetivo de recolectar, a partir de los discursos de los participantes, narrativas orales semi espontáneas que versaran sobre aspectos cómicos o humorísticos de la actividad sanitaria o médica. Esas entrevistas, posteriormente, fueron analizadas formalmente y clasificadas para elucidar las pistas semánticas del humor en este ámbito. Los relatos recogidos fueron analizados desde tres puntos de vista: las relaciones humanas y los papeles sociales, la percepción del cuerpo y el desarrollo del tema cómico en el relato. Las conclusiones a las que se arribó describen que a través de la narración de las situaciones vivenciales que surgían a

partir de la entrevista, éstas tenían incluso un efecto terapéutico. A través del humor es posible proponer una situación alternativa ante la gravedad de lo que supone la misma enfermedad y la muerte, reforzando el sentido de grupo de los médicos y sanitarios y posibilitando la creación de confianza y proximidad entre el personal asistencial y los pacientes.

Se considera relevante dicho artículo, ya que versa sobre la misma temática que se pretende abordar en la investigación a realizar, permitiendo adentrarse en la cuestión del humor en el ámbito hospitalario a partir de las conclusiones arribadas.

Si bien existen diversos estudios que tratan sobre la temática del humor, manifestado en los chistes, no ha resultado sencillo encontrar suficiente información sobre la relación que existe entre ellos y los ámbitos laborales en los cuales los profesionales que allí se desempeñan se hayan expuestos diariamente al sufrimiento humano. Es decir, las propuestas de investigación científica relacionadas a la cuestión del humor y los chistes se encaran, en su mayoría, desde una perspectiva de jovialidad relegando a un segundo plano la importancia del mismo en las condiciones más trágicas de los sujetos; dejando un vacío en el conocimiento de las condiciones psicológicas del personal que se desempeña en trabajos de riesgo.

Así también, los chistes y el humor, como manifestaciones esenciales de los sujetos, generalmente, se estudian partiendo desde perspectivas psicológicas o marcos teóricos humanistas existencialistas, gestaltistas, etc. y en escasa medida, a partir del psicoanálisis aplicado a las instituciones. Es decir, los numerosos estudios que versan sobre dicha temática apuntan a los beneficios del humor en psicoterapias, excluyendo la perspectiva psicoanalítica.

Por otro lado, aunque en la cotidianeidad resulta tema usual escuchar la existencia del humor como un “modo de defensa” ante adversidades que se encuentran vivencialmente y los chistes, como métodos para proporcionar placer en los sujetos, no existe demostración empírica alguna de tal propuesta en la actualidad, entre los profesionales enfermeros que laboran en un sector tan específico como ser la Unidad de Terapia Intensiva dentro de la provincia de Salta de un hospital en particular.

Las investigaciones referentes al psicoanálisis ligadas a la cuestión de los chistes, versan sobre la aplicación de este último en la experiencia psicoanalítica como prácticas de intervención, pero no como una manifestación utilizada por los profesionales que se

hayan plasmado en investigaciones científicas comprobadas en el campo empírico. A su vez, resulta dificultosa la captación de dicho fenómeno si no se forma parte del personal sanitario que allí se desempeña.

Es por este mismo motivo, que se considera de suma relevancia la realización de dicha propuesta de investigación, no sólo porque no se encontraron investigaciones de iguales características, sino también porque se considera la importancia del desarrollo de investigaciones desde el campo psicoanalítico aplicado a las instituciones.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: EL CHISTE PARA EL PSICOANÁLISIS

El chiste y su relación con lo inconsciente

La perspectiva psicoanalítica aporta un lugar particular y totalmente fundamentado en cuanto a la cuestión de la comicidad, más específicamente del chiste -witz-, considerándolo como un fenómeno fundamental presente en la cotidianidad de los sujetos. En el libro *“El chiste y su relación con lo inconsciente”*, Freud (2012c), alude a que autores como Th. Vischer, Kuno Fischer y Th. Lipps, entre otros, han abordado la temática en cuestión anteriormente; sin embargo, enfocaron sus investigaciones y reflexiones más en lo que respecta a la comicidad y sus distintas especies, relegando el fenómeno del chiste a un segundo plano. La diferencia entre dichos conceptos se torna dificultosa debido a la estrecha relación y conexión que entre ellos existe, siendo posible únicamente su distinción mediante la explicación del proceso psíquico que conlleva cada uno. Es por ello que, al mecanismo de elaboración del chiste, distinto al mecanismo de los fenómenos cómicos, Freud lo determina como una vía de acceso al inconsciente, lo que le adjudica un estatuto distinto a la categoría ya nombrada.

El libro *“El chiste y su relación con lo inconsciente”*, el cual nos da lugar a establecer la particularidad del chiste para el psicoanálisis freudiano, puede reconocerse como una síntesis de dos trabajos previos, *“La interpretación de los sueños”* y *“Psicopatología de la vida cotidiana”*, a partir de los cuales Freud descubre la relación existente entre los fenómenos descritos en ambos libros -los sueños y las formaciones del inconsciente- y el chiste en particular. Dicha asociación responde a la analogía en cuanto a sus mecanismos de formación psíquica, y donde Freud reconoce “el hecho innegable de la íntima conexión de todos los sucesos anímicos” (Freud, 2012c, p. 1033) como así también lo impulsa al estudio del mismo “el singular y casi fascinador encanto que el chiste posee en nuestra sociedad” (Freud, 2012c, p. 1033), refiriendo a su dimensión social, de donde toma los elementos para su formación y proyecta la producción de los mismos sobre ella, para confirmar y verificar el efecto chistoso. Oscar Masotta (2012), con respecto al tema, expone que: “(...) el chiste es para Freud modelo, es decir, principio de homología entre todas las manifestaciones del inconsciente (el lapsus, los sueños, los síntomas). Tienen la misma mecánica de elaboración y esta mecánica de elaboración es el significante”. (pp. 21-22)

Análisis del chiste: técnica, motivos e intenciones, subjetivo

El chiste es analizado por el Freud partiendo de tres ejes que dan lugar a los apartados del libro (parte analítica, sintética y teórica). Retomando dicho análisis, autores como Jacques Lacan y Jacques Alain Miller, realizan un retorno a dicho texto, para explicar el fenómeno del chiste desde otra perspectiva psicoanalítica.

Desde Freud, en la parte analítica que realiza del chiste, focaliza en las técnicas de las que se vale el sujeto para la creación del mismo, siendo éstas diversas e inacabadas, lo que dificulta e imposibilita hacer un análisis de todas las estrategias y recursos posibles para ello. Sin embargo, Freud distingue algunas, partiendo de un centenar de ejemplos “chistosos” que tuvieron efecto en su subjetividad, considerando siempre la condicionalidad fundamental del chiste: “sólo es un chiste aquello que acepto y admito como tal” (Freud, 2012c, p. 1087). Entonces, el chiste supone un fenómeno que se expresa verbalmente, partiendo del uso de las palabras como un material plástico y flexible que permite su maleabilidad para la exposición de ideas y pensamientos. Aun así la técnica no es suficiente para dilucidar la esencial de la naturaleza del chiste sino es en relación a su contenido ideológico y las intenciones que deja vislumbrar. Sin embargo, ya partiendo de las técnicas posibles para su formación, Freud descubre los mismos mecanismos del proceso primario, condensación y desplazamiento, que participan en el proceso de elaboración de los sueños, es decir, evidencia que los mecanismos de formación del chiste son similares a los mecanismos del trabajo del sueño. Tal es así que, los elementos de condensación que hay en el chiste recuerdan los procesos que habían puesto de relieve en el sueño, con la formación de un sustituto. Además el autor señala la homofonía, y cómo en el chiste una misma palabra puede ser utilizada de dos maneras diferentes; como un todo con su sentido habitual, o fragmentada en sílabas, donde cada una de ellas tiene un sentido. “Freud pone de relieve la plasticidad del vocabulario de la lengua y la función del equívoco, que siempre da la posibilidad de un doble sentido” (Miller, 2012, p. 320).

Tal es así que, es posible distinguir, por un lado, los *chistes verbales*, donde prima la condensación en el manejo de las palabras para la creación de otras nuevas que dan el efecto chistoso, es decir, una o varias palabras cubren diversas ideas, “haciéndola revestir una forma poco corriente que facilite la unión con la segunda” (Freud, 2012c, p. 1051) y los *chistes intelectuales*, donde el desplazamiento se hace presente, suponiendo una “desviación del proceso mental, el desplazamiento del acento psíquico sobre un tema distinto del iniciado” (Freud, 2012c, p. 1055).

Una vez realizado el análisis de las técnicas de los chistes, y el proceso que en ellos prima, se incluye la intención de los mismos. La esencia del fenómeno chistoso es la ganancia de placer que se obtiene con el *witz*. Es decir, la intención esencial del chiste es ante todo producir placer. Sin embargo, antes de aprehender la psicogénesis y la economía del *witz*, Freud realiza una segunda diferenciación en cuanto a éstos últimos, teniendo en cuenta lo que él denomina “*intención*” del chiste, refiriendo nada más ni nada menos que a la presencia de la tendencia en la expresión de los mismos, palabra asociada al término *Treib*, que ha sido traducido como pulsión. Es allí donde se incluirá la clasificación de los *chistes inocentes* y los *chistes tendenciosos*, realizando un análisis diferente de los mismos. Se habla de chiste inocente cuando tiene un fin en sí mismo y no se halla al servicio de una intención determinada- es decir, en palabras de Jacques Alain Miller, “son los chistes sin pulsión, los que se basan en el puro juego del significante” (Miller, 2012, p. 318); y, por el contrario, el chiste tendencioso será aquel que se pone al servicio de una intención sea ésta de carácter hostil – destinado a la agresión, sátira o la defensa- u obsceno – destinado a mostrarnos una desnudez- (Freud, 2012c, p. 1081). Éstos últimos son los que amenazan de resultar desagradables u ofensivos para determinadas personas al escucharlos, ya que implican la condición para lograr el efecto chistoso, que el oyente comparta ciertos pensamientos con el autor del mismo. Sin embargo, el chiste tendencioso es el más acertado para explicar la vinculación que tienen los mismos con el funcionamiento del inconsciente, ya que es en ellos donde el chiste se pone al servicio de las pulsiones para satisfacerla.

A medida que el sujeto se introduce a la razón crítica y a la culturalización, tanto los impulsos agresivos como los sexuales hacia los semejantes, sucumben progresivamente desde la niñez individual limitándose y produciendo un progreso en el dominio de los mismos para la convivencia con los demás. La cultura personal nos enseña que es indigno el insulto y la agresión contra los semejantes. Es aquí donde el chiste tendencioso “es usado con especialísima preferencia para hacer viable la agresión o la crítica” (Freud, 2012c, p. 1086) como así también “la acentuación intencionada, por medio de la expresión verbal, de hechos o circunstancias sexuales” (Freud, 2012c, p. 1081) en los chistes verdes u obscenos, encontrando en ellos una compensación. Por otra parte, para los chistes de carácter tendencioso, siempre se precisa de una tercera persona. Además de aquella que lo dice, una segunda que adopta el lugar de objeto de la agresión hostil o sexual, y una tercera en la que tiene efecto la intención de placer del chiste que deberá ser “cómplice” del pensamiento que deja vislumbrar el chiste oído.

Luego de dicha exposición, se cuestiona: ¿cuál es el mecanismo que suscita el efecto de placer del chiste? “En el chiste tendencioso surge el placer ante la satisfacción de una tendencia que sin el chiste hubiera permanecido incumplida” (Freud, 2012c, p. 1094). Es decir, el placer del chiste responde a un principio de economía psíquica. A la satisfacción de la tendencia se le opone un obstáculo exterior que es eludido por el chiste.

En el proceso de formación del chiste en la primera persona se supone que: “Un pensamiento preconsciente es abandonado por un momento a la elaboración inconsciente, siendo luego acogido en el acto el resultado por la percepción consciente” (Freud, 2012c, p. 1123). Dicha producción psíquica proporciona un quantum de placer que deviene de un ahorro en el gasto de energía psíquica a partir de las remociones de coerciones, lo que nos aproxima a su relación con la economía del psiquismo.

Se observa que en el chiste, se obtiene una ganancia de placer para una instancia que, de no ser por el mismo, en su lugar supondría displacer.

Principio del placer vs. Principio de realidad

Para la apprehensión de la economía psíquica que tiene lugar en el chiste, resulta necesaria la exposición de la condición que rige el aparato psíquico, reconocida como principio del placer. Recordemos que la teoría psicoanalítica supone la hipótesis que el curso de los procesos anímicos es regulado por dicho principio, considerando que este recorrido “tiene su origen en una tensión displaciente y emprende luego una dirección tal, que su ultimo resultado coincide con una minoración de dicha tensión y, por tanto, con un ahorro de displacer a una producción de placer” (Freud, 2012d, p. 2507). Es por ello que, el placer y el displacer se asocian a la cantidad de excitación existente en la vida anímica, excitación no ligada a factor alguno, donde el displacer correspondería a una elevación de dicha excitación, y el placer, a una reducción de tal cantidad (Freud, 2012d). Entonces, se reconoce que la tendencia del aparato anímico por el principio de placer que en él rige de manera primitiva, supone conservar lo más bajo posible o, por lo menos, estable la cantidad de excitación existente; siendo un aumento de la misma, sentida como displacentera. Sin embargo, “a esta tendencia se opone, en cambio, otras fuerzas o estados determinados, y de tal manera, que el resultado final no puede corresponder siempre a ella” (Freud, 2012d, p. 2508). Esto supone que existen circunstancias que frustran tal tendencia. Frente a las dificultades que el mundo exterior imprime, dicho principio de placer queda sustituido por el principio de realidad, que sin abandonar el propósito de una final obtención placentera, “exige y logra el aplazamiento de la satisfacción y el

renunciamiento a algunas posibilidades de alcanzarla, y nos fuerza a aceptar pacientemente el displacer durante el largo rodeo necesario para llegar al placer” (Freud, 2012d, p. 2509). Por otro lado, otra génesis del displacer se atribuye a los conflictos y disociaciones internas que suceden en el aparato psíquico en sus distintas instancias. Sabemos que algunas mociones pulsionales demuestran ser incompatibles con las exigencias del Yo, motivo por el cual son separadas de esta unidad a partir del proceso de represión y son retenidas en el inconsciente, privándolas de la posibilidad de satisfacción. Sin embargo, tal es así, que estas mociones reprimidas intentan acceder a la consciencia por vías indirectas, transformadas por medio de los mecanismos psíquicos del proceso primario, la condensación y el desplazamiento, de modo tal que se hallan deformadas por la defensa hasta resultar irreconocibles. Ello demuestra entonces, que el proceso de represión ha fracasado.

Economía del chiste

He aquí la explicación del punto de vista económico que tiene lugar en el mecanismo de producción de placer en el chiste. Para la formación (exterior) como para el mantenimiento de una coerción psíquica es necesario un gasto psíquico. Es decir, para mantener la represión (coerción interna) y la coerción moral (externa) se supone un esfuerzo psíquico. Es así como la aportación de placer que proviene del chiste corresponde al gasto psíquico ahorrado por unos instantes, donde “un pensamiento preconsciente es abandonado por un momento a la elaboración inconsciente, siendo luego acogido en el acto el resultado por la percepción consciente” (Freud, 2012c, p. 1123).

Los grandes instintos y tendencias de la vida anímica lo toman a su servicio para alcanzar sus fines. El placer del chiste proviene del ahorro de un gasto psíquico en mantener una coerción interna (la represión), que por unos instantes, se levanta y permite la expresión de tendencias; como así también la evitación de una coerción externa que se manifiesta en la crítica y el uso de la razón. “El chiste tendencioso fortifica las tendencias a cuyo servicio se coloca, aportándoles auxilios procedentes de sentimientos reprimidos o entra abiertamente al servicio de tendencias reprimidas” (Freud, 2012c, p. 1104). Este poder liberador del chiste está constituido por un complicado sistema de fuerzas combinadas que, por unos instantes, se debilitan y permiten la elaboración del mismo.

Retomando el principio de regulación que rige el aparato anímico, resulta importante resaltar al chiste como una de las maneras, al igual que otras formaciones del inconsciente, que posibilita el vencimiento de una fuerza psíquica opuesta en el individuo

a la percatación consciente de representaciones no reconocidas. Se sabe que, en general, todas estas representaciones son de naturaleza penosa, apropiadas para despertar afectos displacientes tales como ser la vergüenza, el remordimiento, el dolor psíquico, sentimientos de indignidad; suponiendo entonces a esa fuerza que se opone, como una defensa del psiquismo ante estas representaciones que supondrían un aumento de tensión o excitación psíquica incompatibles con las exigencias del Yo, despertando en él tal energía de repulsión. (Freud, 2012e).

Por lo antes expuesto, es posible visibilizar en el chiste una posibilidad de descarga de tendencias inconscientes reprimidas que, de otro modo, no podrían manifestarse por la crítica que sobre ellas recaería. Es decir, se encuentra en el chiste tendencioso una ocurrencia que supone, con respecto a los elementos reprimidos, una alusión a ellos mediante una expresión de los mismos en lenguaje indirecto. (Freud, 2012f)

Freud demostró que “los chistes producen placer a través de su expresión disfrazada de deseos inconscientes, resultando en un levantamiento parcial de la represión y un gasto económico de energía psíquica” (Barron, 1999, pp. 2, 3).¹

Chiste y crítica: placer de disparatar

El chiste permite, a través de un proceso regresivo, volver a una antigua sede de placer infantil que supone el disparate en el juego de palabras. Es decir, la función intelectual regresa por un momento a una etapa infantil para apoderarse de esa arcaica fuente de placer. Por eso, el sujeto es capaz de conseguir el antiguo placer del disparate. El “placer de disparatar” puede evidenciarse en la conducta de los niños, mientras aprende a manejar el idioma, como así también en el adulto que se encuentra bajo efectos de una acción tóxica. En el caso de los niños, cuando comienzan a manejar su lengua materna le proporciona placer experimentar con las palabras de manera lúdica. Con los elementos del lenguaje, une las palabras sin tener en cuenta el sentido y la coherencia con el objetivo de alcanzar el efecto placiente del ritmo o de la rima. Sin embargo, este placer va siendo coartado al niño limitándolo a unir las palabras de manera tal que hallen un sentido. Más tarde, el niño continúa con los juegos de palabras considerando lo desatinado y hallando placer en infringir las prohibiciones de la razón crítica (Freud, 2012c). Por lo antes expuesto, es la crítica la que ha reprimido el placer de disparatar, logrando tal fuerza que

¹ Barron J. (1999, pp. 2, 3) “(...) jokes yields pleasure through their disguised expression of unconscious wishes, resulting in a partial lifting of repression and an economic expenditure of psychic energy”. [...los chistes producen placer a través de su expresión disfrazada de deseos inconscientes, resultando en un levantamiento parcial de la represión y un gasto económico de energía psíquica].

no puede ser eludida. Es así que “el buen humor surgido endógenamente o tóxicamente provocado debilita las fuerzas coercitivas, entre ellas la crítica, y hace accesibles de este modo fuentes de placer sobre las que pesaba la coerción” (Freud, 2012c, p. 1100).

Desde el momento en que la vida nos impone su severa disciplina, se alza en nosotros una resistencia contra el rigor y la monotonía de las leyes del pensamiento y contra las exigencias de la prueba de realidad. La razón se convierte en una enemiga que nos priva de tantas posibilidades de placer. Descubrimos cuánto placer procura escapar de ella por lo menos temporalmente y a entregarse a las seducciones de lo insensato. El escolar se divierte haciendo juegos de palabras, el especialista toma en broma sus actividades después de un Congreso científico y hasta el hombre más serio saborea el chiste. (Freud, 2012g, p.3117)

Por ello, se reconoce en el chiste la finalidad de conseguir placer de una actividad intelectual, a partir del ahorro de gasto psíquico y de la liberación a la dominación de la crítica.

El placer que proporciona el chiste se vincula a la técnica que se utilice para su formación y, por otro lado, a la tendencia o fin buscado a partir del chiste. Es decir, “el placer que genera proviene del juego con palabras o del desencadenamiento del desatino, y (...) su sentido se halla destinado exclusivamente a proteger este placer contra su supresión por la crítica”. (Freud, 2012c, pp. 1102, 1103)

Psicogénesis del chiste (*witz*)

Por consiguiente, Freud indica la psicogénesis del chiste, donde siendo éste un juego, se pueden considerar distintos grados en su elaboración, hasta llegar a la forma más desarrollada, completa y compleja que supone el chiste tendencioso, es decir el *witz* con pulsión. Su desarrollo comienza entonces como un juego de palabras e ideas, motivado por determinados efectos placientes del ahorro. Miller indicará que comienza como un juego de puro significante, o sea que “el significante juega y se asocia con otros significantes sin preocuparse en lo más mínimo por el significado, es decir, por el resultado de sentido” (Miller, 2012, p. 346). El significante; entendido como palabras, elementos del lenguaje, en una edad infantil; se mueve libremente sin considerar el sentido o referir a un significado en específico. Freud va a considerar este primer grado del chiste, como grado preliminar y Miller, lo distingue como *Lust n° 1*, el primitivo placer. A este juego, se pone fin progresivamente, mediante la razón o la crítica, siendo rechazado como disparatado y quedando excluida también la consecución de placer de fuentes tales como el reencuentro de lo conocido. Con la enseñanza que se le impone al infante, se limitan las posibilidades de expresión que tiene. Se internaliza la coherencia,

la condición de sentido en el manejo del lenguaje, tomando el significante ligado a un significado. “Pero el hombre no espera a estar de buen humor, sino que busca medios que hagan al mismo independiente de su estado de ánimo” (Freud, 2012c, p. 1101). El subsiguiente desarrollo de juego hasta el chiste tendencioso, es impulsado por dos aspiraciones: eludir la crítica y la de subsistir el estado de ánimo. De este modo, se constituye entonces el segundo grado preliminar denominado *chanza*, o lo que entendemos como broma, donde la diferencia con el primer grado o el simple juego puro de palabras radica en que comienza a aparecer la condición de sentido, y ese mínimo sentido en la frase graciosa ni siquiera ha de ser valioso, “como dice Freud, la broma, para ser broma, no necesita ser buena” (Miller, 2012, p. 356). El tercer grado en la constitución del chiste, es reconocido en el *chiste inocente* que se constituye cuando “el sentido tiene calidad, cuando hay un juego refinado entre el significante y el significado” (Miller, 2012, p. 356). En la elaboración del chiste, se selecciona un material verbal o intelectual de manera que se posibilita con el antiguo juego de palabras e ideas, soportar victoriosamente el examen de la crítica (Freud, 2012c). En el chiste inocente, no hay mucha exigencia sobre las condiciones de calidad del sentido, por eso mismo, Freud sostiene que el efecto placiente de este tipo de chistes es casi siempre mediano, es decir, logra provocar una clara aprobación y una ligera sonrisa en el oyente sin producir casi nunca una explosión de risa repentina, contrario al chiste tendencioso. Esto se explica dado que éste último “dispone, merced a su tendencia, de fuentes de placer inaccesibles al chiste inocente” (Freud, 2012c, p. 1081). Por último, en la psicogénesis del chiste, entra en juego el cuarto y más complejo grado en la elaboración del *witz*, el *chiste tendencioso*, donde “la pulsión se introduce como un plus” (Miller, 2012, p. 351), es decir el chiste “entra al servicio de importantes tendencias que luchan contra la represión y se consagra a suprimir obstáculos interiores, conforme al principio del placer preliminar” (Freud, 2012c, p. 1106) El chiste tendencioso entonces coadyuva a la lucha contra la represión. Gracias a su fachada, puede ocultar lo que hay para decir, siendo ello algo prohibido. Posibilita al desarrollo de placer en una situación en la que otra posibilidad se halla aplacada de manera tal que no podría por sí sola producir placer ninguno, más bien generaría displacer. En el chiste tendencioso, Freud (2012c) sostiene que:

Existe un sentimiento o aspiración que quería extraer placer de una determinada fuente y lo hubiera conseguido de no tropezar con un obstáculo; de otra parte existe otra aspiración que actúa en contra de ese desarrollo de placer, estorbándolo o reprimiéndolo. La aspiración represora tiene que ser, como lo demuestra el resultado, más fuerte, en una cierta magnitud, que la reprimida, la cual no por ello desaparece. (p. 1105)

Tal es así que, a través del chiste tendencioso o *witz con pulsión*, se viabiliza liberar magnitudes de placer por medio de la substracción a coerciones. Aporta auxilio a las tendencias a cuyo servicio se coloca.

Al hablar de la psicogénesis del chiste, se menciona la existencia de un placer preliminar, que proviene de una antigua sede de placer reconocida en el juego de palabras que se manifiesta en el infante al momento de ir adquiriendo progresivamente el lenguaje materno para la comunicación verbal; donde Freud asemeja dicha actividad a las distintas técnicas de las que se vale el sujeto para la elaboración de un chiste. Dicho placer preliminar, al igual que en el chiste, es posible de ser reconocido también en lo que respecta a la tensión sexual y la temática de la metamorfosis ocurrida en la pubertad. Del mismo modo que las zonas erógenas son utilizadas para producir, bajo un estímulo apropiado, determinada aportación de placer, que continúa en la elevación de una tensión sexual que hace surgir la energía motora necesaria para llevar a cabo el acto sexual, en el cual se reconoce el placer final, de mayor intensidad, que es producido totalmente por una descarga; aunque se refiera a un sector psíquico totalmente distinto, en la génesis del chiste es posible también descubrir la existencia de un placer preliminar, que correspondería a lo que Freud refiere como el primer grado del chiste o *Lust n° 1* en palabras de Miller. Se evidencia un placer infantil de menor intensidad que supone el juego de palabras y desatino, pero cuya posterior elaboración supone un mayor efecto de placer conseguido. “El placer preliminar producido por la técnica del chiste es utilizado para hacer surgir un placer mayor por la supresión de inhibiciones internas” (Freud, 2012h, p. 1218), es decir, en la elaboración del chiste tendencioso, este entra al servicio de tendencias que luchan contra la represión, y mediante la fachada, se posibilita la satisfacción de las mismas por su expresión indirecta. Es entonces que, dicho placer preliminar del chiste, actúa como una prima de incentivación; por el valimiento de un pequeño monto de placer que se ofrece, consiguiéndose uno mucho mayor, que de otro modo difícilmente se ganaría. El placer preliminar, o placer previo, sirve para desencadenar el desprendimiento de placer mayor.

En resumen, el juicio crítico y la represión son los obstáculos que el chiste enfrenta, mientras conserva las primitivas fuentes de placer verbal por el juego de palabras y se abre paso, a partir de la chanza, hasta otras nuevas. “El placer que produce, sea placer de juego o de remoción, lo podemos derivar, en cada caso, del ahorro de gasto psíquico,

siempre que esta concepción no se manifieste contraria a la esencia del placer y demuestre ser fructífera en otros campos.” (Freud, 2012c, p. 1106)

Lacan y el chiste del “famillionario”

El chiste produce una ambigüedad del significante en el inconsciente. Lacan (2010) en su Seminario V, *Las formaciones del inconsciente*, realiza un análisis de un chiste tomado por Freud, dentro de la categoría de los chistes verbales cuya técnica reside en el “desconcierto y aclaramiento”, sobre el *famillionario*. Este dicho, que expresa el efecto de chiste, corresponde a un comentario manifestado por Hirsch-Hyacinth, judío de Hamburgo que colecciona boletos de lotería, quién se encuentra Heinrich Heine y le cuenta sobre su relación con el barón Salomon Rothschild. El comentario fue el siguiente: “Tan cierto como que de Dios proviene todo lo bueno, señor doctor, es que una vez me hallaba yo sentado junto a Salomón Rothschild y que me trató como a un igual suyo, muy “famillionariamente””. (Freud, 2012c, p. 1034). El carácter chistoso de dicha frase proviene del mecanismo de condensación, donde confluyen dos líneas de pensamiento. El significante *familiar* y *millonaria*, fonéticamente comparten las sílabas *ar/ar* y *mil/mil*; al condensarse, y en el intervalo entre ambas palabras, aparece *famillionaria*. De dicha frase, Freud interpreta el pensamiento acogido en ella de Hirsch como “Rothschild me trató como a su igual, muy *familiarmente*, aunque claro es que sólo en la medida en que esto es posible a un *millonario*”. (Freud, 2012c, p. 1034)

Partiendo del análisis de dicha frase que produce el efecto de chiste, Lacan (2010) analiza el *witz* o *agudeza* partiendo de lo siguiente:

Así, pues, en tres tiempos, las dos cadenas, la del discurso y la del significante, llegan a converger en el mismo punto, el del mensaje. Como resultado, el Sr. Hirsch Hyacinth fue tratado de una forma muy *famillionaria*.

Este mensaje es perfectamente incongruente, porque no se admite, no está en el código. En eso reside todo. Por supuesto, el mensaje está hecho, en principio, para estar en cierta relación de distinción respecto al código, pero aquí, es en el propio plano significante donde viola manifiestamente el código.

La definición que les propongo de la agudeza descansa de entrada en esto, que el mensaje se produce en cierto nivel de la producción significante, se diferencia y se distingue respecto al código, y adquiere, por esta distinción y esta diferencia, valor de mensaje. El mensaje reside en su diferencia respecto al código. (p. 27)

Con dicha explicación, Lacan lo que va a dejar establecido es que el valor de la frase reside en el hecho que lo que se dice con las palabras, los significantes, circulan al mismo tiempo por la cadena signifiante y la corriente de significado, donde, bajo su tesis de que “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” y de que un semantema no corresponde unívocamente a una cosa, sino que puede remitir a varias cosas a la vez; se distingue el discurso de la realidad o discurso racional, donde ya existen puntos fijos anclados que sirven de referencia y que dan lugar al código, a la determinación de sentido, con lo que sería el discurso vacío que se deja oír en los actos humanos como en el fenómeno del chiste. “No hay sentido, salvo metafórico, al no surgir el sentido sino en la sustitución de un signifiante por otro signifiante en la cadena simbólica” (Lacan, 2010, p. 15). Es decir, en cuanto a la relación entre significado y signifiante, el sentido proviene de un movimiento retroactivo en la cadena signifiante. La característica del chiste, entonces, reside en su diferencia con respecto al código que manejamos, emerge del deslizamiento recíproco entre la corriente de significado y la cadena signifiante, como así también en la imperiosa necesidad del *witz* de ser sancionado como tal por el Otro, la tercera persona en Freud, el oyente, para que culmine su intención.

Relación del chiste con los sueños y las formaciones del inconsciente

Por lo antes expuesto, es posible reconocer la relación existente entre el mecanismo de elaboración de los chistes y los procesos que se llevan a cabo en el aparato psíquico para la producción de los sueños, siendo éste un fenómeno normal en la vida psíquica de los sujetos.

En el sueño se reconoce un contenido manifiesto que se considera “la transcripción deformada e incompleta de determinadas formaciones psíquicas correctas, a las que puede aplicarse el nombre de ideas latentes del sueño” (Freud, 2012c, p. 1119). Es preciso dar cuenta, entonces, de un mecanismo de “elaboración del sueño”, reconocido como aquel “conjunto de procesos de transformación que han convertido las ideas latentes en el contenido manifiesto” (p. 1120). En el sueño, entonces, un complejo conjunto de ideas sin resolver que surgen durante el día quedando, en el momento de ensoñación, como un resto diurno, conserva su acervo de energía por la noche y amenaza con perturbar el estado de reposo. Para evitarlo, se apodera de él la elaboración dando lugar al sueño, como fenómeno alucinatorio inofensivo. Tal resto diurno deberá ser apto para hacer surgir un deseo, que es extraño al pensamiento consciente, es decir, corresponde a un deseo reprimido. La actuación de este deseo inconsciente sobre el material consciente de las

ideas latentes produce, entonces, el sueño, el cual es hecho descender a lo inconsciente al ser sometido a un procedimiento peculiar que es la elaboración del sueño. Este deseo, que surgirá de las ideas latentes, constituye el grado preliminar y luego el nódulo del sueño (Freud, 2012c)

El material de las ideas latentes experimenta durante la elaboración onírica una extraordinaria compresión o condensación, cuyos puntos de partida son las coincidencias que casualmente, o conforme al contenido, existen entre las ideas latentes. Cuando estas coincidencias no nos son suficientes para una amplia condensación se crean otras nuevas pasajeras y artificiosas, y para este fin se emplean preferentemente palabras capaces de varios diferentes sentidos. (Freud, 2012c, p. 1121)

Una vez condensadas esas ideas latentes, pasan a conformar el contenido manifiesto del sueño, por lo que un elemento del sueño corresponde a una serie de ideas.

En cuanto a la segunda transformación de las ideas latentes, se halla el proceso de desplazamiento, donde en el contenido manifiesto del sueño aparece como central y con gran intensidad, lo que era periférico en las ideas latentes, y viceversa.

El material ideológico entonces pasa del optativo al presente, haciéndose visible en este proceso la regresión, el recorrido de los pensamientos a las imágenes alucinatorias perceptibles constituyendo la escena plástica característica del sueño.

En resumen, en el sueño los restos diurnos preconscientes pasan a lo inconsciente; en la que coadyuvan las condiciones del reposo; la elaboración propiamente dicha en lo inconsciente y la regresión del material onírico elaborado a la percepción en la que el sueño se hace consciente. Tal es así que, “la condensación, el desplazamiento y la transformación encaminada a facilitar la representación son las tres grandes funciones que hemos de atribuir a la elaboración onírica” (Freud, 2012c, p. 1122)

Las fuerzas que participan en la elaboración del sueño son, entonces, el deseo de dormir; la carga energética de los restos diurnos susceptibles de hacer surgir un deseo reprimido por asociación; la energía psíquica de ese deseo inconsciente reprimido provocador del sueño y la fuerza contraria de la “censura” (Freud, 2012c), la cual actúa en la vida despierta y queda incompletamente suprimida durante el sueño. Es entonces, la elaboración del sueño, la procuradora de vencer la coerción de la censura y conservar el estado de reposo.

Asimismo, las técnicas del chiste muestran procesos idénticos a los de la elaboración onírica. En los chistes verbales, prima la condensación de las palabras; y en los chistes intelectuales, el desplazamiento del acento psíquico. Es decir, en las formas expresivas del chiste verbal, ya se hacen visibles los mismos mecanismos que actúan en la formación del sueño. Sin embargo, la analogía esencial entre ambos fenómenos se halla en el proceso de la formación del chiste en la primera persona donde: “Un pensamiento preconsciente es abandonado por un momento a la elaboración inconsciente, siendo luego acogido en el acto el resultado por la percepción consciente” (Freud, 2012c, p. 1123). En efecto, en ambos fenómenos se evidencia la participación de un proceso de elaboración inconsciente que surge luego de nuevo en calidad de chiste.

Por otro lado, el chiste posee un alto grado de ocurrencia involuntaria. Se dice que “hacemos” el chiste. En un momento de ausencia repentina de la tensión intelectual, surge el chiste, de golpe y con su característica peculiar de brevedad, provisto de un revestimiento verbal. En esta singularidad del chiste en cuanto a la brevedad, se descubre el “fenómeno concomitante de la condensación” (Freud, 2012c, p. 1125) lo cual constituye una nueva indicación de la procedencia inconsciente del chiste. Tales condensaciones, que se ponen al servicio de la técnica del chiste, surgen sin intención determinada, en lo inconsciente en dicho proceso mental.

El pensamiento que para la formación del chiste se sumerge en lo inconsciente busca allí la antigua sede del pasado juego con palabras. La función intelectual retrocede por un momento al grado infantil para apoderarse así nuevamente de la infantil fuente de placer. (Freud, 2012c, p. 1126)

El chiste entonces, tiene la tendencia de conseguir placer regresando, por unos instantes, al antiguo placer en el disparate y juego de palabras. Por ello, no elude el obstáculo de la razón crítica ante el disparate, sino que se mantiene intacto al juego verbal y desatinado; limitándose a elegir casos en los que el juego aparece admisible (chanza) o atinado (chiste) merced al múltiple significado de las palabras y la abundancia en las relaciones intelectuales. En cambio, en el sueño se establecen transacciones para rehuir al obstáculo de la censura.

Por último, en relación a ambos fenómenos, Freud (2012c) sostiene que:

El sueño es siempre un deseo, aunque irreconocible, y el chiste, un juego desarrollado. El sueño conserva, a pesar de la nulidad práctica, una relación con grandes intereses vitales. Busca satisfacer las necesidades por medio del rodeo regresivo de la alucinación y debe su

posibilidad a la única necesidad activa durante el estado de reposo nocturno: la necesidad de dormir. En cambio, el chiste busca extraer una pequeña consecuencia de placer de la simple actividad-carente de toda necesidad- de nuestro aparato anímico, y más tarde, lograr tal aportación de la actividad del mismo, y de este modo llega secundariamente a importantes funciones dirigidas hacia el mundo exterior. (p. 1131)

Por lo tanto, el sueño apunta al ahorro de displacer, y el chiste, a la consecución de placer.

El chiste y lo cómico

Luego del arduo análisis que realiza Freud en cuanto al mecanismo de formación de los chistes, y su relación con lo inconsciente, es posible entender la diferenciación que establece sobre éstos últimos, y lo cómico, que incluye diversas especies en su categoría, a pesar de la íntima conexión que existe entre ambos términos.

Para esclarecer la dualidad entre ambos conceptos, Freud (2012c) realiza la primera distinción partiendo de la diferente conducta social:

Lo cómico no precisa sino de dos personas: una que lo descubre y otra en la que es descubierto. La participación de una tercera persona, a la que lo cómico es comunicado, intensifica el proceso cómico, pero no agrega a él nada nuevo. Por el contrario, el chiste precisa obligadamente de dicha tercera persona para la perfección del proceso aportador de placer, pudiendo, en cambio, prescindir de la segunda cuando no es agresivo o tendencioso. El chiste “se hace”, la comicidad “se descubre”. (p. 1132)

Es decir, el proceso chistoso culmina cuando el chiste es contado a otro, ya que nadie se contenta con hacer un chiste solamente para sí. “A la elaboración del chiste se halla indisolublemente el impulso a comunicarlo, y este impulso es tan poderoso, que se impone con frecuencia, a despecho de importantes consideraciones” (Freud, 2012c, p. 1109). Existe una necesidad en el chiste de ser relatado a otro, donde termina su proceso, de ahí la importancia social que posee. En cambio, lo cómico puede ser gozado de manera solitaria, allí donde surge ante uno. Lo primero que sucede cuando lo cómico se descubre en las personas, y por una especie de personificación, en los objetos, se ríe de ello, sin necesidad de hacer a nadie partícipe del placer que resultó cómico. Es por ello que se habla de dos personas en lo cómico: el propio yo que lo descubre, y aquel otro en el que hallamos la comicidad, las cuales son suficientes para dicho proceso. Es posible agregar una tercera persona después de haber reído, donde se encuentra un nuevo placer en comunicar lo divertido pero no obligadamente.

En el chiste, en cambio, el placer que ha producido el mismo se muestra con mayor claridad en el oyente que en el propio autor. Cuando el chiste es aún un simple juego de palabras o ideas, prescinde de la persona-objeto, pero en el grado preliminar de la chanza, cuando ha logrado superar la censura de la razón crítica, requiere de una segunda persona a quién comunicar su ocurrencia, es decir, esa segunda persona no corresponde a la persona-objeto de la agresión hostil o sexual, sino aquella que en la que se cumple la intención creadora de placer del chiste y que sanciona al mismo como tal. En el tercer grado, el móvil de la producción de chistes inocentes es el impulso de mostrar el propio ingenio. Por otro lado, “la existencia de numerosos instintos retenidos, cuya cohibición presenta cierto grado de inestabilidad, producirá la disposición favorable a la producción del chiste tendencioso” (Freud, 2012c, p. 1109). En el chiste tendencioso, donde el chiste se pone al servicio de tendencias obscenas u hostiles, el proceso psíquico se lleva a cabo entre tres personas: se cumple entre el yo, quien es el autor de la ocurrencia chistosa; la tercera, el oyente del chiste en quien se evidencia el efecto placentero del mismo, y la persona-objeto de la agresión sexual u hostil.

Teniendo en cuenta la visión de Oscar Masotta al respecto de la diferenciación de ambos conceptos, en su libro *Lecturas de Psicoanálisis: Freud y Lacan*, se vale del término, usado en la lingüística, proveniente de Ferdinand de Saussure, el “significante”, en cuanto tal refiere a la palabra capaz de remitir a más de un significado, desde la definición saussuriana. “Esa capacidad que tiene la palabra de remitir a más de un significado es lo que produce el efecto de chiste” (Masotta, 2012, p. 18). En el chiste, entonces, lo que hace reír es el sentido que se desliza a través del significante, en una doble referencia, donde un sentido se suprime para dejar desvelar otro. De allí se produce la satisfacción, donde la satisfacción de la pulsión que se expuso anteriormente, se realiza por efecto del lenguaje. Al reír el oyente, accede a la demanda de quién está contando el chiste, aceptando el sentido que se otorga a las palabras. Se le demanda al otro sentido. Es preciso que un tercero lo codifique como chiste. Lo cómico, por su lado, resulta de un fenómeno de comparación de imágenes y no de palabras. Un chiste ha de ser contado, incluye un tercer protagonista. En palabras de Lacan (2010):

Lo cómico es la relación dual, y es preciso que esté el Otro tercero para que haya agudeza (chiste). La sanción del Otro tercero, ya sea que lo sostenga o no un individuo, resulta aquí esencial. El Otro devuelve la pelota, dispone el mensaje en el código como agudeza, dice, en el código, *Esto es una agudeza*-. Si nadie lo hace, no hay agudeza (p. 27)

Además, lo cómico no necesariamente precisa de la intervención de significantes. Es cierto que pueden haber imágenes en las palabras o de que éstas pueden tener imágenes, pero lo que produce el efecto chistoso es la capacidad del significante de remitir a más de un sentido y esa atmósfera de sentido de una palabra, la connotación, debe ser compartida por los participantes del chiste para que se produzca su efecto.

Para Freud, en oposición a los autores que cita en su análisis sobre el chiste y la comicidad, quienes consideran al chiste como una especie de una categoría más abarcativa que es lo cómico; el chiste es lo cómico del discurso o de las palabras. Es lo que de lo cómico puede aprehenderse de las palabras. La sublime diferencia entre ambos consta del lugar en el que tiene lugar su elaboración. La relación del chiste con el inconsciente es lo que los diferencia, dado que lo cómico se desenvuelve en la región de lo preconscious-consciente.

Asimismo, lo cómico aparece como un hallazgo involuntario que hacemos en las personas, a partir de sus movimientos, formas, actos y rasgos característicos. Por una “especie de personificación”, el sujeto extiende lo cómico a los animales y objetos inanimados. Cómico se aplica a lo que hace reír.

La comicidad puede surgir por distintos medios, donde la comparación con los otros en determinadas situaciones puede dar lugar a lo gracioso y a la risa como fenómeno de descarga de excitación anímica.

La comicidad que hallamos en las cualidades anímicas e intelectuales de las otras personas surge como resultado de una comparación entre estas con la propia persona, en relación a los resultados que se hubieran obtenido en una misma situación. Cuando la persona-objeto realiza un gasto mayor de energía desde el punto de vista muscular, que resulta un gasto de invención devenido inútil, y excesivo, en comparación del movimiento propio, surge el placer cómico. No así desde el punto de vista de la intelectualidad, la comicidad se halla en el ahorro de “un gasto que se considera indispensable, pues el desatino y la simpleza son rendimientos imperfectos” (Freud, 2012c, p. 1141). Por lo tanto, el efecto cómico en estos casos depende de la diferencia entre los gastos de energía en comparación con los otros en la misma situación, que se aprecia por la empatía o “proyección simpática”.

En otras situaciones, por ejemplo, el placer cómico no surge de la diferencia de ambos gastos de energía entre la persona-objeto y el propio, sino más bien, puede reconocerse

una “comicidad de la situación”. Lo que quiere decir que las cualidades de la persona observada que es la que proporciona lo cómico no influya en eso, sino que la risa como fenómeno de descarga proviene de la relación del hombre con el mundo exterior.

Lo cómico hace caer la preeminencia del otro. Para ello, se jacta de diversos medios siendo, entre ellos, “la imitación, el disfraz, la caricatura, la parodia y, sobre todo, el colocar a la persona de que se trate en una situación cómica.” (Freud, 2012c, p. 1137).

El humor

Etimológicamente, el término “humor”, proviene del latín y significa “líquido”, “humedad”. Hipócrates (460 aC-377 aC) trasladó el concepto al campo de la medicina, a partir del cual desarrolla su teoría humoral. Esta teoría expresa que el cuerpo humano se compone de cuatro líquidos, conocidos como humores, los cuales se hallaban ligados a diferentes rasgos del temperamento.

Desde el psicoanálisis, el humor, corresponde a la vertiente cómica del súperyo, y a través del mismo el sujeto es capaz de asumir una postura rebelde ante las contingencias que se presentan del mundo. A través del humor, “el súperyo rechaza la realidad y se pone al servicio de una ilusión” (Freud, 2012i, p. 3000). De este modo, el súperyo consuela y protege del sufrimiento al Yo, como un padre lo haría con su hijo. Freud (2012c) descubre algunas características del mismo. La grandeza del humor reside en el triunfo del narcisismo y en la afirmación victoriosa de la invulnerabilidad del Yo, con un valor liberador y exaltante. Esto se explica en el hecho de que en una situación cuyo resultado produciría intensos afectos dolorosos, el humorista se vale de expresiones tales como chistes, o cómicas; produciendo el “ahorro” de tales sentimientos angustiantes.

Vale aclarar, que el humor supone una especie de lo cómico. El humor es entonces, un modo de huir de la realidad, rechazando la posibilidad de sufrimiento (Freud, 2012i, p. 2998), imponiéndose el principio del placer; sin salir del terreno de la normalidad. “El humor, como un recurso más, es un pequeño acento de los días, una calma antes de la calamidad” (Cerruti, 2017, p.24).

El humor permite al sujeto negar el displacer que proviene de la realidad, rebelándose contra la misma. Por ello, en el humor triunfa el principio de placer sobre el principio de realidad. Sin embargo, aunque esto sucede en procesos psicopatológicos, el humor se distancia de la patología ya que no supone la elaboración de una fantasía sustitutiva. Por

otro lado, el humor también es momentáneo. El sujeto que hace humor, entonces, no sale del terreno de la normalidad.

En cuanto a las tres expresiones humorísticas anteriormente distinguidas; el chiste, lo cómico y el humor; se reconoce un rasgo común. Todas eluden la barrera de la “razón instrumental” (Leibson en Cerruti 2017, p. 15). Es decir, apuntan a lo absurdo de la vida misma, “revelan esa esencia fragmentaria del lenguaje”. (Leibson, 2017, p. 12). Allí dónde no se encuentran respuestas, donde el sentido se desdibuja, aparece lo absurdo y la sorpresa que se desprende del chiste, el humor y la comicidad. Estas modulaciones del lenguaje confirman que este último no se reduce al sentido. “Las palabras constituyen un material plástico de una gran maleabilidad” (Freud, 2012c). Con las expresiones humorísticas como hacer un chiste, una broma, una actitud cómica, o humorística es posible abordar aquello que en la palabra hace silencio, aquello que se expresa fuera del sentido. (Cerruti, 2017).

El chiste, lo cómico y el humor son una invitación al regocijo y a la obtención de placer por distintos medios en tanto se produce un aliviamiento del aparato psíquico a partir de la descarga de energía psíquica. Consecuentemente, se produce el fenómeno de la risa, que permite la distensión de dicha excitación anímica.

El chiste se encuentra presente en estas expresiones humorísticas constituyendo la base de las mismas, en la mayoría de los casos. Es decir, el humor supone la expresión de un chiste con el fin de eludir el despliegue de afectos displacenteros; y por otro lado, el humor se halla incluido en la categoría de lo cómico.

Por último, se reconoce que el placer obtenido de estos tres mecanismos que realiza el aparato psíquico, el placer surge: en el chiste, del gasto de inhibición ahorrado; en la comicidad, del gasto de representación (catexis) ahorrado; y del humor, del gasto del sentimiento ahorrado. (Freud, 2012c).

Los tres coinciden en constituir métodos de reconquistar, extrayéndolo de la actividad anímica, un placer que se había perdido precisamente a causa del desarrollo de esta actividad, pues la euforia que tendemos a alcanzar por estos caminos no es otra cosa que el estado de ánimo de una época de nuestra vida en la que podíamos llevar a cabo nuestra labor psíquica con muy escaso gasto; esto es, el estado de ánimo de nuestra infancia, en la que no conocíamos lo cómico, no éramos capaces del chiste y no necesitábamos del humor para sentirnos felices en la vida. (Freud, 2012c, p. 1167).

CAPÍTULO II: LA MUERTE, EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO

El sufrimiento humano

“El sufrimiento es inherente a la cultura”, decía Sigmund Freud alrededor de 1929 cuando escribía *“El malestar en la Cultura”*, en un contexto sociohistórico difícil.

Aunque el fin último al que desean aspirar los hombres corresponde a la búsqueda de la felicidad; objetivo establecido por el programa del principio del placer, no resulta una meta realizable por distintos motivos.

Freud indica que existen tres fuentes de sufrimiento en la vida misma tal y como ha sido impuesta: en primer lugar, lo perezado del cuerpo mismo, que se halla destinado a la decadencia y aniquilación; el mundo exterior, cuyas imposiciones coartativas y fuerzas destructoras resultan implacables e inevitables; y las propias relaciones humanas, las cuales consistirían, quizás, en la fuente de sufrimiento más dolorosa para el ser humano. (Freud, 2012a). En cuanto a estas tres fuentes, a las dos primeras (la supremacía de la Naturaleza y la caducidad del propio cuerpo), el ser humano se ve obligado a reconocerlas como inevitables y resignarse ante ellas, pues tienen carácter de ineludibles. Jamás se llegará a dominar por completo la Naturaleza, como así también el organismo forma parte de ella. Por otro lado, distinta es la actitud ante la tercera fuente de origen social, el ser humano se niega en absoluto a aceptarla.

En consecuencia a estas amenazas presentes en la vida humana, resultan indispensables la implementación de modos paliativos para afrontarlas, siendo estos de tres especies: “distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeñas nuestras miserias; satisfacciones sustitutivas que la reducen; narcóticos que nos tornan insensibles a ella.” (Freud, 2012a, p. 3024)

Se reconocen como modos o métodos tentativos para evitar el sufrimiento algunos como el aislamiento voluntario o alejamiento de los demás, la inclinación al arte y a la investigación científica, la influencia sobre el propio cuerpo a partir de la intoxicación, la sublimación de las pulsiones para conseguir fines socialmente aceptados, la influencia sobre las mociones pulsionales a través de la técnica como el yoga o la sabiduría oriental, el goce por el deslumbramiento ante la belleza, la inmersión en la religión, la orientación de la vida que hace del amor el centro de todas las cosas, entre otras. (Freud, 2012a).

El dolor

Partiendo de ello, ¿cómo es posible entender el dolor humano?

Desde la perspectiva psicoanalítica, el dolor es teorizado por Freud (2012j), alrededor del año 1895, en su libro *“Proyecto de una psicología para neurólogos”*, donde supone al mismo como el afecto que surge al fracasar las barreras anti estímulo que la psique establece frente al medio. “El dolor es el afecto que emerge ante la irrupción de una gran cantidad de excitación” (Moguillansky, 2016, p. 34). Durante ésta época de la obra freudiana, el autor alude a una teorización del dolor desde un punto de vista neurológico, más que al dolor desde lo metapsicológico. Es decir, se enfatiza en la idea del dolor como el exceso de afecto, un afecto alterable que desorganiza el aparato psíquico; con el objetivo de lograr una psicología que entienda a los procesos psíquicos como estados cuantitativamente determinados (Freud, 2012j), dándole un carácter científico a sus postulados.

En cuanto a lo que refiere al dolor, es preciso distinguir las fuentes de las que provienen las excitaciones, las cuales pueden ser endógenas, es decir, provienen del propio cuerpo, o exógenas, estímulos que provienen del mundo exterior. Resulta difícil diferenciar el dolor psíquico del dolor físico, más allá de la diferenciación que supone las fuentes del mismo. El dolor físico está ligado a una lesión orgánica corporal; en cambio, el dolor psíquico es real en los sujetos que lo padecen pero no se encuentran en el cuerpo una lesión concreta que justifique dicha sensación en el sufriente.

El dolor entonces emerge cuando fracasan los mecanismos psíquicos de protección que permiten coartar el aumento de energía psíquica que se percibe como displacer. “El sistema neuronal tiene la más decidida tendencia a la fuga del dolor” (Freud, 2012j, p. 221). Esto es, existe una manifestación primaria a evitar el aumento de tensión. Por lo tanto, el dolor se caracteriza por la irrupción de grandes cantidades de energía en los sistemas neuronales que reciben los estímulos exteriores, como del sistema de neuronas que reciben las excitaciones endógenas.

El dolor produce en Ψ : 1) un gran aumento del nivel [de cantidad], que es sentido como displacer por W (percepción); 2) una tendencia a la descarga, que puede estar modificada en determinados sentidos; 3) una facilitación entre esta tendencia a la descarga y una imagen mnemónica del objeto algógeno. Además, es indudable que el dolor posee una cualidad especial que se manifiesta paralelamente al displacer. (Freud, 2012j, p. 231)

Con ello, se entiende que la semejanza entre el dolor y el *displacer*, se halla vinculada al hecho que cuando la imagen psíquica del objeto algógeno es recatectizada, surge un estado que no es el del dolor, sino el *displacer*. (Freud, 2012j). El *displacer* supone un aumento de tensión psíquica capaz de ser controlable, es decir, se conserva bajo las leyes del principio del placer; en cambio, el dolor corresponde a una tensión inmanejable, que por ello, escapa a la regulación normal. Es un desarreglo de tal magnitud que no es posible inscribirla en la regulación operada por el principio del placer. Desborda las barreras anti estímulo. Es entonces que un dolor vivido corresponde al recuerdo de un dolor sufrido anteriormente. Freud (2012k) sostiene que “los estados afectivos se hallan incorporados a la vida anímica como precipitados de sucesos traumáticos primitivos y son revividos como símbolos mnémicos, en situaciones análogas a dichos antiquísimos sucesos” (p. 2837)

Más adelante, en el texto “*Duelo y Melancolía*” (2012l), Freud alude al dolor, en el proceso natural de duelo. En este momento del desarrollo de su obra, el dolor es teorizado ya no desde un punto de vista neurológico o corporal, sino más bien como reacción ante la pérdida del objeto amado; el dolor desde un carácter representacional, en relación a una pérdida. El duelo, que se entiende como la reacción a la pérdida de un ser amado, supone un doloroso estado de ánimo, donde la labor del duelo, “absorbe el yo” (Freud, 2012i, p. 2092), ocasionando la inhibición de este y la falta de interés por el mundo exterior. El dolor, supone una experiencia completamente subjetiva y particular de cada individuo. Por ello, podría decirse que se reconocen “dolores y dolores”, aunque es imposible lograr una mensura y comparación entre el sufrimiento de un sujeto, frente al de otro.

Recordando la teoría de la libido, expuesta en el texto “*Introducción al Narcisismo*” de 1914, donde Freud reconoce la existencia de “una carga libidinosa primitiva del yo, de la cual parte de ella se destina a cargar los objetos” (Freud, 2012m, p. 2018), se pueden reconocer la libido objetal y la libido del yo. El autor se vale de dicha distinción con el fin de demostrar los modos de catexis de la libido en cuanto energía psíquica. Es decir, la misma puede tomar como objeto a la propia persona (libido del yo) o a un objeto exterior (libido objetal). Sin embargo, la libido del yo “continúa subsistente como tal viniendo a ser con respecto a las cargas de los objetos lo que el cuerpo de un protozoo con relación a los pseudópodos de él destacados” (p.2018). Esto se explica por el narcisismo primario, donde en un principio la libido catectiza el propio yo, y más adelante, es dirigida hacia los objetos externos.

Por lo tanto, ante el retiro de las cargas libidinales que se atribuían al objeto exterior, se erige una oposición natural por parte del sujeto, ya que “el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aun cuando les haya encontrado una sustitución” (Freud, 2012l, p. 2092). Es así que, el sujeto que atraviesa por un proceso de duelo, es decir, un transcurso normal ante la pérdida de un ser amado, se encuentra desmoronado por el impacto de una pérdida concreta violenta, evitando el encuentro con todo aquello, que antes del drama, se vinculaban con el ser desaparecido.

En el dolor, el yo percibe la desorganización de las pulsiones internas, que repercuten en la conciencia, bajo la interpretación de esta última, en forma de afectos. Es decir, el yo es capaz de percibir el impacto de las variaciones bruscas pulsionales y las traduce en la conciencia como sentimientos. El dolor, entonces, es la autopercepción por parte del yo, de un desarreglo interno provocado por la perturbación interna de las pulsiones que se tornan irregulares.

Dolor y lenguaje

Santiago Castellanos (2012), en su libro *“El dolor y los lenguajes del cuerpo”*, donde refiere a la fibromialgia como padecimiento de la época actual, refiere al dolor como síntoma, entendiendo al mismo al igual que los sueños; como algo descifrable, que tiene un sentido. “Es decir que para poder salir de la autovía del dolor hay que encontrar las señales y los símbolos que nos permitan resolver la encrucijada del mismo. Se trata de la huella de las palabras” (p. 40). El dolor se siente crudo, es real, y para apaciguarlo se requiere transformarlo en símbolo.

Al buscar el hilo conductor de las evidencias desperdigadas- individuales y colectivas- del vínculo del dolor con el lenguaje, enfrentamos vivencias que, por su cualidad o su magnitud, escapan a su código mediador y nos aguijonean con la insistencia de su sinsentido. (Moguillansky, 2016, p. 9)

Es decir, a lo largo de la vida, el sujeto ha de enfrentarse ante situaciones, cuya naturaleza, escapan a la representación con las palabras. Carecen de la capacidad de ser representables, donde se trasciende lo puramente fenoménico. Con ello, se demuestra la limitación con respecto al lenguaje y al uso de palabras para poder articular ciertas experiencias vivenciales.

En experiencias de perplejidad, como ser por ejemplo, el atravesamiento por un proceso de duelo, se supera la capacidad de comprensión por parte del psiquismo para poder otorgar un sentido personal a los hechos.

Ello se explica cuando al nacer, el futuro sujeto, ingresa al mundo del lenguaje, donde el gran Otro, lo nombra y lo significa. Es en ese momento, donde el sujeto queda dividido entre el organismo que vive acorde a su naturaleza, y el alienado al lenguaje. De esa operación, se desprende un resto, una falta en el sujeto, donde una parte no se aliena al lenguaje. Esta falta forma parte de la subjetividad del individuo. Es así como el lenguaje, una vez encarnado en el ser, opera sobre él. “El dolor es el mítico precio que el hombre paga por el pecado original de su uso curioso, libre e irreverente del lenguaje” (Moguillansky, 2016, p. 9).

Partiendo de ello, es preciso aclarar que “el cuerpo para el psicoanálisis no es anatómico, sino el resultado de un encuentro, del encuentro del organismo con el lenguaje.” (Bosia, 2013, párr. 6). Tal es así que, la inscripción del lenguaje sobre el sujeto deja huellas que van a determinar la vida de cada sujeto. Para Lacan, lo específicamente humano es que el organismo del ser viviente cuando adviene al mundo se encuentra con el lenguaje, y el cuerpo es el resultado de dicho acontecimiento inaugural (Castellanos, 2012). Cuando al sujeto se le presenta una situación traumática, de alto impacto, que resulta inefable; aparece el dolor como “(...) ese borde que se resiste a la palabra, es ese núcleo que por más palabras que pongamos no se cierra; remite al vacío, a la nada”. (Wenger, 2018, párr.20)

Este fenómeno de “no poder encontrar palabras” para describir una situación específica se halla íntimamente vinculado con la idea de la muerte.

La muerte

La concepción de muerte, a lo largo de la historia, ha ido modificándose tan gradualmente que ha sido necesario hacer un análisis sobre las distintas posiciones que ante ella se presentan. La evolución de la idea de muerte depende de las distintas perspectivas históricas y culturales que sobre ella se conforman.

Partiendo del estudio que realiza el autor Philippe Ariès, historiador francés, en cuanto a las concepciones de la muerte en la cultura Occidental, en su libro “*El hombre ante la muerte*” (1983), es posible distinguir dos tipos de relación del hombre con la muerte, las cuales él las categoriza como “la muerte domesticada” y “la muerte salvaje”.

En la primera Edad Media, puede reconocerse la muerte acrónica o muerte domesticada. Correspondía a la actitud tradicional hacia la muerte, y de la cual, la sociedad actual cada vez más se aleja.

La actitud tradicional de la cultura Occidental, supone la creencia de que la muerte no correspondía a un hecho fortuito, sino “su carácter esencial es que deja tiempo para el aviso” (Ariès, 1983, p. 13). Los avisos consistían en signos naturales o premoniciones sobrenaturales; siendo más adelante, en la época moderna y contemporánea, supersticiones populares. “Que la muerte se hiciera anunciar era un fenómeno absolutamente natural, incluso cuando iba acompañada de prodigios.” (Ariès, 1983, p. 15).

La creencia de que la muerte avisa, ha permanecido en la mentalidad popular durante mucho tiempo. El enfermo era el primero en enterarse sobre su muerte. A ella se acoplaba una ceremonia y todo un ritual que llevaba a cabo el propio moribundo quien podía medir el tiempo que le quedaba, y tomar sus recaudos.

Podría reconocerse, entonces, una resignación ingenua ante la muerte, como hecho natural e ineludible del destino de la vida. Suponía un acto ceremonial sencillo, y familiar. También, era carácter necesario de la misma, la publicidad. La gente podía invadir la sala del moribundo como hecho público. Se otorgaba a la “muerte real un valor cada vez más fuerte.” (Ariès, 1983, p. 249).

Sin embargo, los cambios y variaciones históricas han llevado a que en la actualidad se haga evidente una actitud completamente distinta a la tradicional, hablándose entonces de la muerte salvaje.

La muerte salvaje comienza aproximadamente con el Renacimiento, con pequeños cambios que casi desapercibidos producen la aparición de la nueva perspectiva. El autor refiere a que la afectividad comienza a dominar el comportamiento. Aunque la muerte no era temible, si comenzó a ser cuestionable. “El papel capital de la advertencia se atenúa e incluso desaparece: ya no se advierte.” (Ariès, 1983, p. 250).

La muerte comienza a convertirse en un hecho metafísico caracterizado por la separación del cuerpo y el alma. Los hombres de doctrina, entre los siglos XVI y XVIII, intentan disminuir la idea de muerte. Partiendo de ello, se levanta una reacción diferente en la sociedad, lo que también puede traducirse en un “amor inmenso por las cosas y los seres”. (Ariès, 1983, p. 258). Es decir, partiendo de estos cambios de perspectiva con respecto a la muerte que pasa de ser un hecho natural a “ser la razón para vivir”, porque todos vamos a morir, lo que debe impulsarnos a valorar la vida, se va construyendo una nueva concepción popular de la muerte que impregna la perspectiva actual de la misma,

donde en una sociedad postmoderna, se empuja cada vez más al ocultamiento de la muerte, la falta de aceptación de la misma, la perpetuación de la juventud (donde la vejez es el “pecado” de la sociedad).

La muerte hoy

En los tiempos postmodernos es posible reconocer una cosmovisión distinta en cuanto a la muerte en Occidente. En la actualidad, se vive en una sociedad en la cual, la juventud se transforma en el ideal imperante que debe perpetuarse. Los medios de comunicación constantemente bombardean con anuncios y ofertas que prometen la prolongación de la juventud y el alcance de la belleza eterna. Este discurso se sostiene cada vez más por los avances de la tecnología, la ciencia, la biomedicina, donde se intenta extender los límites biológicos y se niega constantemente el deterioro del cuerpo y el destino de la muerte.

Es así como es posible reconocer un retroprogreso en cuanto a las actitudes frente a la muerte, que se caracterizan por una tanatofobia generalizada, que lleva al temor y a la negación de la misma. Se recurre al engaño cuando se trata de este fenómeno. Se la intenta desterrarla de la vida, no confesar sobre ella, eliminarla del discurso.

Gala León et al. (2002), en el artículo científico “*Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual*”, describe las claves de lo que supone este retroceso en cuanto a la cuestión de la muerte: la sociedad presenta una menor tolerancia a la frustración, de modo tal que los sujetos cada vez son menos propensos a soportar las vicisitudes de la vida misma; el aumento de la esperanza de vida, con los progresos científicos y desarrollos tecnológicos, ha generado una especie de fantasía colectiva de escape ante la muerte, o en otras palabras, una cierta creencia de inmortalidad; el culto a la juventud, al cual se hizo referencia anteriormente, donde es posible evidenciar el impacto de los medios de comunicación, que impulsan a conformar ideales sociales a imitar; una menor mortalidad aparente, que se traduce en el destierro de la muerte que suponía epidemias mortales a nivel mundial, entre otras catástrofes; menos trascendentalidad y espiritualidad en el hombre promedio, que implica el reconocimiento de una época carente de valores y tradiciones éticas y morales, llevando a la ausencia cada vez más, de sustentos que logren operar como bases que aporten un sentido a la vida; y por último, a consecuencia de los puntos anteriores, se considera una falta de aprendizaje social que permita modelar la vida para afrontar la muerte.

A esto último, Freud (2012n), refiere en “*Contribuciones al simposio sobre el suicidio*” cuando realiza reflexiones en cuanto a la tarea de la escuela secundaria con los jóvenes de “infundirles el placer de vivir y ofrecerles apoyo y asidero en un período de su vida en el cual las condiciones de su desarrollo los obligan a soltar sus vínculos con el hogar paterno y con la familia”. (p. 1636). En la actualidad, la escuela como institución educativa, no se encuentra al alcance para constituir un sucedáneo para la familia.

Siguiendo con la idea del miedo hacia la muerte- actitud arraigada en la sociedad actual- esta concepción impregna distintos ámbitos, llegando, por lo tanto, a afectar al personal sanitario como así también a los esquemas biomédicos. Por consiguiente, las actitudes distorsionadas que pueden reconocerse en estos últimos, son: el no querer nombrar a la misma muerte, y por extensión, a las patologías o males de los mismos pacientes dentro del hospital, lo que se traduce en una hipocresía que oculta la verdadera condición de los pacientes con una falsa piedad racionalizada en la idea de “evitarle angustias al enfermo”; no mirar a la cara al enfermo y evitar su contacto, lo que es aún más indignante para el falleciente dejándolo cada vez más “solo” en su proceso de morir; y un aumento de la atención tecnológica y del encarnizamiento terapéutico (Gala León et al., 2002), lo que se entiende por la muerte salvaje que consideraba Ariès (1983) en su libro. Este último punto refiere a la intervención hospitalaria en el cuerpo del paciente falleciente mediante el uso de las tecnologías y técnicas “puestas en juego para otorgar algunas horas suplementarias de vida biológica” (Gala León et al., 2002, p. 48).

Muerte y psicoanálisis

Por otro lado, desde el punto de vista anímico, la muerte corresponde a uno de los dominios con menos modificación en cuanto a su idea desde los tiempos primitivos. En la psiquis, resulta irrepresentable. Es decir, el psiquismo carece de la posibilidad de representar la propia muerte, imponiéndose siempre a ella como mero espectador. “Así, pues, nuestro inconsciente no cree en la propia muerte, se conduce como si fuera inmortal.” (Freud, 2012b, p. 2115).

Por otro lado, Razinsky (2013), sostiene que:

La muerte afecta de manera profunda. Guía la evaluación global de la vida. Es una sombra detrás de la perspectiva sobre las cosas, detrás de las elecciones, detrás del sentido básico de presencia en el mundo, detrás de los sentimientos y compromisos. Concretamente, la muerte es algo que opera en silencio, algo fundamental para la existencia humana, una pregunta que

precede a la vida y que nos acompaña. Es como un fondo para la vida, una base sobre la cual se erige la vida psíquica. (p.10)²

La idea de muerte pretende encararse como el desenlace ineludible de la vida. Es decir, se intenta considerar a la muerte como un hecho natural, al que se debe entregar inapelablemente.

El axioma de que todos los hombres son mortales aparece, es verdad, en los textos de lógica, como ejemplo por excelencia de un aserto general, pero no convence a nadie, y nuestro inconsciente sigue resistiéndose, hoy como antes, a asimilar la idea de nuestra propia mortalidad. (Freud, 2012ñ, p. 2498)

La perturbación que produce la idea de muerte es innegable. Incluso, las religiones se han empeñado en negarle la importancia que le compete, “(...) haciendo continuar la existencia más allá del fin de la vida.” (Freud, 2012ñ, p. 2498). Es decir, el sujeto como la colectividad misma se inclina a eliminar la muerte de la vida. No se habla sobre ella, se intenta ocultar, silenciar, rebajándola a una categoría de azar más que de necesidad. (Freud, 2012b).

Por ello, Freud considera este fenómeno como el ejemplo más visible de la emergencia de lo siniestro. Lo siniestro (Umheimlich) “sería aquella suerte de espantoso que afecta las cosas conocidas y familiares desde tiempo atrás”. (Freud, 2012ñ, p. 2484). Es decir, dicho concepto está íntimamente vinculado a lo angustioso. Una suerte de fenómeno que resulta tan repulsivo e insólito que se presenta como algo que irrumpe en el sujeto, “dejándolo sin palabras”.

En la idea de muerte, “lo siniestro se mezcla excesivamente con lo espeluznante, y en parte coincide con ello” (Freud, 2012ñ, p. 2498). Por ello, el autor sostiene que:

(...) difícilmente haya otro dominio en el cual nuestras ideas y nuestros sentimientos se han modificado tan poco desde los tiempos primitivos, en el cual lo arcaico se ha conservado tan incólume bajo un ligero barniz, como en el de nuestras relaciones con la muerte. Dos factores

² Razinsky, L. (2013, p. 10) Death affects us in profound ways, as I shall show. It guides our global evaluation of life. It is a shadow behind our perspective on things, behind choices, behind our basic sense of presence in the world, behind our feelings and commitments. Concern about death is often something that operates silently, something fundamental to human existence, a question posed which precedes life, so to speak, and accompanies it. It is like a background to life, a basis on which psychic life is erected. Unless the theory says something about it, a substantial part of the most inner substrates of the psyche risks remaining in the dark. [La muerte afecta de manera profunda. Guía la evaluación global de la vida. Es una sombra detrás de la perspectiva sobre las cosas, detrás de las elecciones, detrás del sentido básico de presencia en el mundo, detrás de los sentimientos y compromisos. Concretamente, la muerte es algo que opera en silencio, algo fundamental para la existencia humana, una pregunta que precede a la vida y que nos acompaña. Es como un fondo para la vida, una base sobre la cual se erige la vida psíquica.]

explican esta detención del desarrollo: la fuerza de nuestras reacciones afectivas primarias y la incertidumbre de nuestro conocimiento científico. (Freud, 2012ñ, p. 2498)

En conclusión, los avances de la biología parecieran generar esta ilusión de inmortalidad, como así también, las mismas religiones han negado el hecho de la muerte, haciendo continuar la vida más allá de la misma y rebajando “la vida terrenal a la categoría de una mera preparación” (Freud, 2012b, p. 2113, 2114).

Freud explica que “el miedo a la muerte, que nos domina más frecuentemente de lo que advertimos, es, en cambio, algo secundario, procedente casi siempre del sentimiento de culpabilidad” (Freud, 2012b, p. 2115). El sentimiento de culpabilidad al que refiere alude a los primeros mandatos éticos arraigados en los sujetos “no matarás”, el cual surge como reacción a la innegable tendencia innata del hombre a la maldad y la agresión. Esta actitud negadora de la idea de muerte responde a una estrategia clásica del hombre actual.

Sin embargo vivir no es eludir la muerte, no es ignorarla, sino enfrentarla y reconocerla. Al procurar perder la muerte, se pierde la vivacidad. Porque la única forma de vivir es enfrentando a la contingencia de la muerte. Para Freud no hay vida sin muerte y es necesario considerar esto para soportar la vida. Por eso Lacan habló directamente de la necesidad de asumir la muerte. (Salamone, 2018, p. 4)

En definitiva, es necesario replantearse que la idea de muerte corresponde al destino ineludible de todos los sujetos y que la misma debe ser aceptada como tal. Tomar conciencia de la finitud de la vida y entender que todo está destinado a perecer, debe impulsar a aumentar el valor de la vida misma y de las experiencias que implican transitarla. “La cualidad de perecedero comporta un valor de rareza en el tiempo. Las limitadas posibilidades de gozarlo lo tornan tanto más precioso” (Freud, 2012o, p. 2118).

CAPÍTULO III: LA TAREA ASISTENCIAL DEL PROFESIONAL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Salud y enfermedad

El cuidado de la salud humana se halla ligado a los orígenes de la vida misma. “Todos los pueblos han dado origen, dentro de su cultura, a un área específica referida a esta cuestión” (Saforcada, 1999). Los conceptos de salud y enfermedad deben ser considerados como términos interdependientes entendiéndolos en conjunto, como proceso. Los mismos, presentan un amplio recorrido histórico atravesado por diversas nociones considerando los lugares -lo social- y la época -la historia-. Es decir, lo social determina qué se considera patológico en un lugar de acuerdo a los estándares de normalidad vigentes en dicho contexto. Los conceptos de salud y enfermedad, entonces, están íntimamente relacionados a la dialéctica de la vida misma, donde en la enfermedad se reconoce la vida ya que es la ley de esta última la que funda el conocimiento de la enfermedad. (Foucault, 2014).

En “*El Nacimiento de la Clínica*”, Foucault (2014) propone el hospital como un lugar de aislamiento de la enfermedad, donde la misma toma una entidad separada de la persona, llegando a constituirse bajo la forma de “cuadro clínico patológico”. El paciente es considerado como un hecho exterior en relación a aquello por lo que sufre. Es partiendo de esa noción, que el autor realiza una crítica a la medicina clasificatoria, existente desde el siglo XIX, la cual, se retrae de los individuos.

El cuerpo humano es considerado como el espacio en el cual la enfermedad se manifiesta y puede localizarse. Por ello, la medicina clasificatoria enmarca la enfermedad limitándola sólo al espacio corporal, a partir de la repetición de ciertas analogías y prototipos de signos y síntomas que suponen un parentesco con otras enfermedades para luego formalizar y clasificarlas en una organización jerarquizada en familias, géneros y especies a partir de la configuración de la misma. “La enfermedad se percibe fundamentalmente en un espacio de proyección sin profundidad, y por consiguiente sin desarrollo” (Foucault, 2014, p. 26).

Al mismo tiempo, no se considera la causalidad, los distintos desarrollos y evolución de la enfermedad ni la historicidad, reduciendo el origen de la misma al interior del sujeto, dejando sin consideración alguna lo que supone el contexto del padeciente. El médico

considera sólo los signos visibles pero no sus significados, matando lo humano, y desentendiéndose de la singularidad de los sujetos. (Foucault, 2014).

“El proceso de salud/enfermedad/atención constituye un universal que opera estructuralmente-aunque por supuesto en forma diferenciada- en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran.” (Menéndez en Martínez 2017a, p. 131)

El hospital y la salud pública

Volviendo al hecho de la institucionalización de la enfermedad, “en todo el mundo, los hospitales representan la concentración más importante de recursos de salud, conocimientos profesionales y equipo médico” (OMS, 1987, p. 8). Es decir, a partir de la creación de estos establecimientos destinados a proporcionar asistencia médica, el proceso salud/enfermedad se desplaza del ámbito natural, la familia; y pasa a ser una cuestión de salud pública.

La salud pública tiene que ver fundamentalmente con la salud de los pacientes, es una respuesta a la salud de lo público, ¿Qué es lo público en salud?, es lo que no queda en el terreno de lo privado, lo que es social. (Lazo Gonzales en Martínez, 2017b, p. 8)

Es con el modelo médico hospitalario que surge a partir de los aportes de Pasteur, hacia 1850, que se produce un cambio en la historia de la atención médica. El descubrimiento que se produce con respecto a la intervención en las enfermedades infectocontagiosas, donde era posible alterar el curso natural de gran parte de las enfermedades vigentes, privilegia al médico como agente interventor fundamental de la atención médica. (Lazo Gonzales en Martínez, 2017b)

Por tanto, en cuanto “la medicina comienza a desarrollar esa capacidad interventiva, se articula la medicina al hospital y el hospital se convierte en el espacio de intervención médica” (Lazo Gonzales en Martínez, 2017b, p. 15). El hospital es entonces ejemplo de la institucionalización de las actividades “curativas” que brindan servicios para atender el proceso de salud-enfermedad.

La salud pública, entonces, corresponde a una respuesta social, que supone la institucionalización del proceso salud y enfermedad, que busca dar respuestas al problema de los públicos, por tanto, requiere de varias disciplinas como la conjunción de las ideas de estas últimas. (Lazo Gonzales en Martínez, 2017b). Es por ello, que la atención a la salud corresponde a una acción a nivel mundial que debe ser de carácter obligatorio.

En 1987, se realiza la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata que consideró la necesidad de una acción urgente a nivel mundial para proteger y promover la salud en todos los pueblos del mundo. Dicha conferencia define a la atención primaria de la salud como la asistencia sanitaria que supone el primer nivel de contacto de los sujetos al sistema de salud del lugar en el que reside, basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados. (ONU, 1978)

En conclusión, el proceso de salud-enfermedad-atención constituye un universal que opera estructuralmente en todos los conjuntos sociales obligando a dar respuestas a la incidencia de la enfermedad como hecho cotidiano para la producción y reproducción de cualquier sociedad. La atención de este proceso impulsa a generar, en todo conjunto social, técnicas y saberes, atravesados por ideologías en su propia práctica, para enfrentar los padecimientos como hechos sociales constituyendo acciones que se organizan profesionalmente. (Menendez en Martínez, 2017a).

Sin embargo, en la actualidad, el espacio hospitalario no se encuentra constituido únicamente por la figura del médico, sino que se consideran los múltiples actores sanitarios que en el lugar intervienen, como así también la tecnología necesaria para accionar con eficacia sobre el ámbito sanitario.

Enrique Saforcada (1999), realiza un análisis de los componentes que integran el sistema total de la salud, donde considera tanto los componentes formales y cuasiformales del mismo. Dentro de los componentes formales se incluye “el conjunto de instituciones, profesionales y técnicos legalmente avalados (...)” (p. 47).

En cuanto a los profesionales que conforman el sistema de salud en el ámbito hospitalario, se encuentran los profesionales enfermeros como un conjunto de agentes sanitarios de fundamental importancia.

Los profesionales enfermeros

Virginia Avenel Henderson (1897-1996), fue una enfermera investigadora, docente y erudita reconocida, nacida en Kansas, Missisipi, quien es reconocida como “la madre de la enfermería moderna” (Robert McGrill, 1996, párr.3). A partir de su investigación y el aporte de sus conocimientos, permitió ayudar a elevar a la enfermería como una profesión independiente y respetada. Citada por otros autores, se dice que:

La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico. (Álvarez Gonzalez, et al., 2004, p. 23)

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), la enfermería:

Abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas las circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (párr.1)

Dicho de otra manera, la enfermería supone entonces una profesión de servicio que brinda ayuda al paciente contribuyendo a su salud “para alcanzar su independencia o morir dignamente” (Álvarez Gonzalez, et al., 2004, p.24). Implica brindar cuidado a los sujetos, en forma personalizada, desde los aspectos físicos, psicológicos y sociales, sin realizar distinción alguna. (Díaz & Gonzalez, 2007)

Desde el punto de vista legal, el ejercicio de la enfermería en la República Argentina, se halla regulado por la ley N° 24.004 (1991) “Ley de ejercicio de la enfermería”, donde se establecen las disposiciones éticas y legales de la profesión dentro del territorio nacional. Así mismo, se encuentra vigente la Ley N° 7351 (2005) que establece la misma directiva a nivel provincial de la Provincia de Salta.

De acuerdo a la citada ley nacional:

El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. (Ley N° 24.044, 1991, Art. 2).

Las funciones para el ejercicio de la enfermería se pueden determinar de acuerdo a los niveles: profesional o auxiliar. De acuerdo al primer nivel, el ejercicio de la profesión de enfermero supone “la aplicación de un cuerpo teórico sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia” (Ley N°24.044, 1991, Art. 3, inc. a). En cuanto al segundo nivel, el auxiliar, “consiste en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado

de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión” (Ley N°24.044, 1991, Art. 3, inc. b).

Teniendo en cuenta estas disposiciones legales, se considera insalubre las actividades o tareas específicas de la enfermería que se realizasen en la Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Terapia Intensiva (UTI), habilitando por lo tanto, el solicitar ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la ampliación de regímenes especiales para la ejecución de su actividad laboral con el fin de resguardar la salud física o psíquica del sujeto.

Sin embargo, las disposiciones legales nacionales o provinciales, no desarrollan una especificación de las tareas a realizar dentro de lo que supone el servicio de cuidados intensivos en el ámbito hospitalario.

Unidad de Terapia Intensiva: Cuidados críticos

Partiendo de ello, resulta necesario poder considerar a qué refiere la Unidad de Terapia Intensiva como un espacio particular en el ámbito hospitalario, siendo imprescindible considerar las particularidades que allí se llevan a cabo y las funciones que deben realizar los profesionales enfermeros en un ámbito hospitalario que se reconoce como de riesgo.

En primer lugar, la Unidad de Terapia Intensiva supone una unidad de alta especialidad. “Es el área especial de atención, orientada específicamente a la asistencia Médico- Enfermería de enfermos en estado agudo crítico” (Hospital Español, 2018, párr. 1). Ello implica atención cercana y constante al paciente, brindada por personal sanitario especializado.

Un paciente crítico corresponde entonces a “aquel que presenta cambios agudos en los parámetros fisiológicos y bioquímicos que lo colocan en riesgo de morir, pero que tiene evidentes posibilidades de recuperación” (Universidad Nacional de Salta, 2016, p. 2). Es decir, es aquella persona en la cual existe un alto riesgo inminente de vida, donde las condiciones biológicas de su organismo, presentan complicaciones aún mayores de lo que supone un paciente estándar.

Para la atención de este tipo de pacientes, fue necesaria entonces la creación de un área específica en el ámbito hospitalario, como ser la UTI, que supone brindar atención y asistencia integral y exhaustiva a este tipo de pacientes críticos, cuya afección patológica y/o funcional ha adquirido tal gravedad que representa un peligro actual o potencial que

amenaza la vida, y donde se presenta reiteradamente la inestabilidad de los cuadros clínicos en estos.

La Unidad de Terapia Intensiva, a su vez, puede ser denominada como Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), Unidad de Cuidados Críticos (UCC), Centro de Tratamiento Intensivo (CTI), Unidad de Medicina Intensiva (UMI), etc.

Enfermeros en la Unidad de Terapia Intensiva

Dentro de este espacio especializado del hospital, la tarea asistencial de los profesionales enfermeros supone una mayor especialización en comparación a otras áreas operacionales de los mismos, implicándoles mayor responsabilidad por la complejidad técnica en su labor profesional.

El trabajo de enfermería, entre otros aspectos, exige colectividad, cooperación, compromiso, responsabilidad, en especial en las UTIs, delante de la gravedad de los pacientes; en este trabajo al enfermero, en la mayoría de las veces, se le impone la necesidad de manosear equipos de alta complejidad, realizar evaluaciones críticas constantes, ejecutar acciones en ritmo de trabajo acelerado, realizar procedimientos complejos y tomar decisiones inmediatas. (Trevisan Martins & Cruz Robazzi, 2009, p. 5)

Es decir, los profesionales enfermeros que se desempeñan en la Unidad de Terapia Intensiva muchas veces, deben realizar tareas y procedimientos de alta complejidad, que implica una mayor responsabilidad en el trabajo como también en la toma de decisiones.

Por otro lado, el papel del enfermero en los servicios de salud supone fundamental importancia debido a la proximidad que los mismos tienen con respecto a los pacientes y la atención es directa, por lo que los usuarios resultan extremadamente sensibles al trato con el personal sanitario.

En la actualidad, el profesional enfermero pasó a tener un nuevo status en la atención del paciente, a diferencia de lo que era en otra época dónde sólo cumplía un mero puesto de asistente del médico. (Dellarossa, 2016).

El objetivo de los cuidados de enfermería en la UTI supone:

Participar idóneamente en todos los procesos terapéuticos encaminados al restablecimiento de las funciones vitales alteradas en los pacientes críticos y recuperar los valores límites necesarios para conservar la vida de los pacientes, limitando al máximo las secuelas, que

pongan en riesgo la calidad de vida de los pacientes. (Ramírez Perdomo, Perdomo Romero y Galán González, 2013, p. 4).

Es decir, la tarea asistencial del enfermero en cuidados críticos apunta a “agotar todas las posibilidades terapéuticas de cuidado para la sustitución temporal de las funciones vitales alteradas sin abandonar el diagnóstico de base que llevó al paciente a tener un estado crítico de salud” (Ramírez Perdomo et.al., 2013, pp. 4,5).

En definitiva, es preciso que el personal sanitario que se desempeñan en un área compleja y delicada como ser la Unidad de terapia intensiva de un hospital, sea capaz de desarrollar cualidades y aptitudes éticas que permitan respetar la dignidad humana centradas en las necesidades biopsicosociales del paciente crítico para un trato digno y generar condiciones óptimas en una situación tan delicada.

Los profesionales enfermeros y la muerte de pacientes

El profesional enfermero especializado que se encuentre desempeñando su tarea asistencial en la Unidad de Terapia Intensiva, requiere de ciertas habilidades específicas para afrontar su labor enfrentándose diariamente con el sufrimiento y miedos, tanto de pacientes como de sus familiares para brindar una atención más humanitaria y de calidad.

En el ámbito de la UTI, las posibilidades de muerte física de pacientes no suponen un fenómeno inhabitual, sino más bien, plausible; por lo que se requiere una actitud que les resguarde el desgaste físico y emocional que podría generar el contexto en el que se desempeñan. Por su labor, el profesional enfermero, en algunos casos, debe acompañar en la transición de la vida a la muerte de pacientes, como así también enfrentarse al padecimiento de los familiares del falleciente. Por lo tanto, el profesional enfermero no se halla exento de la influencia que el ambiente en el que se desenvuelve pueda producirle.

Afrontar el proceso de muerte de otro corresponde a una experiencia propia, personal y completamente subjetiva en cada sujeto a la que se le presentifique, y el profesional enfermero, por su participación en la UTI, se halla frecuentemente expuesto a esta experiencia.

Según un estudio descriptivo realizado con profesionales de enfermería en Talcahuano, Chile por Maza Cabrera, Zavala Gutierrez & Merino Escobar (2008); las variables que influyen en los mismos en cuanto a su actitud ante la muerte de pacientes

corresponden a la edad, edad de su primer contacto con la muerte, los años de experiencia profesional y la preparación de pregrado frente a la muerte.

Es por esto que, la actitud que puedan asumir los profesionales enfermeros frente a la muerte, puede influir tanto en su vida privada, como en su desenvolvimiento en el ámbito laboral, en cuanto al trato con sus pacientes como así también de los familiares de aquellos.

Los profesionales enfermeros, son los que más próximos y contacto tienen con los sujetos que se hallan internados en la UTI, como así también, deben responder más frecuentemente a las demandas por parte de los familiares que solicitan respuestas. Sin embargo, cabe destacar que únicamente los médicos tienen la facultad de brindar cualquier tipo de novedad a los familiares de los pacientes críticos que se encuentren internados en la UTI.

Muchas veces, la falta de preparación en la academia trae los sentimientos negativos ante la muerte que pueden evidenciarse en este grupo del personal sanitario. (Freitas, 2016)

Entre los sentimientos negativos pueden reconocerse: insatisfacción, inconformidad, sentimientos de fracaso y negación por no mantener al paciente con vida, rabia, tristeza y engaño. Así también, es inevitable el sentimiento de luto en algunos casos, donde pueden derivar de él síntomas psicológicos y somáticos que causan el sufrimiento mental y el dolor. (Freitas et al., 2016)

METODOLOGÍA

Tipo y nivel de Investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo cualitativo, ya que se basó en el método inductivo. Con el propósito de examinar la forma en la que experimentan los profesionales enfermeros los modos en que se manifiestan los chistes sobre sus experiencias, se generó un entendimiento desde la propia vivencia de los participantes.

En cuanto al nivel de la investigación, es de tipo descriptivo ya que se pretendió conocer cómo se manifiestan los chistes en los participantes, recogiendo información sobre aquellos que surgen con respecto y dentro de su contexto de trabajo.

Diseño de la investigación

La presente utilizó un diseño fenomenológico ya que se encontró enfocado en las experiencias individuales y subjetivas de cada uno de los participantes. Se pudieron reconocer las diferentes experiencias de los sujetos en cuanto a la tarea asistencial que desempeñan en un contexto hospitalario que resulte cercano a la posibilidad de muerte física de los pacientes que se encuentran en la UTI.

Apuntó a la descripción y entendimiento de los fenómenos chistosos que se manifiestan en dicho ámbito, partiendo del análisis de sus relatos.

Definición de conceptos

Chiste: Según el Diccionario del Psicoanálisis de Chemama (1996), el término chiste es definido como un “enunciado sorprendente que usa la mayor parte de las veces los recursos del propio lenguaje” (p. 76). El chiste es “una actividad que tiende a extraer placer de los procesos psíquicos, sean estos intelectuales o de otro género cualquiera. (...) La técnica del chiste y la tendencia economizadora que en parte la domina se ponen en contacto para la producción de placer” (Freud, 2012c, p. 1081).

En la presente investigación se entiende el fenómeno del chiste en términos de formación inconsciente, es decir, una ocurrencia elaborada con los elementos del lenguaje (las palabras), que tiende a la obtención de placer por medio del alivio de la tensión del aparato psíquico a través de la descarga repentina y breve de tendencias inconscientes que se hallan reprimidas y, que son liberadas en formas transformadas e irreconocibles por medio de los mecanismos del proceso primario (condensación y desplazamiento), para ser expresadas a un tercero.

Siendo el fenómeno en estudio el chiste en los sujetos de la investigación, en las entrevistas, los mismos pudieron visualizarse **a través de los dichos o enunciados de los entrevistados con respecto a las manifestaciones, funciones, situaciones actuales o pasadas, personas (miembros del equipo, pacientes o familiares) asociados a la emergencia del chiste en el contexto habitual de trabajo** con respecto a:

- La función que cumple en la Unidad de Terapia Intensiva
- Los compañeros de trabajo
- Los pacientes alojados en la UTI
- Los familiares de los pacientes críticos
- Situaciones cotidianas en el contexto de trabajo

Los chistes podían manifestarse de manera directa o indirectamente en las entrevistas. Es decir, los entrevistados pudieron relatar o referirse a situaciones que consideraron chistosas o recordarlas, adjudicarlas a otros, relatarlas como anécdotas, etc.

Tarea asistencial

Se entiende por tarea asistencial al conjunto de actividades técnicas y procedimientos que se realizan para dar respuesta a las necesidades del usuario de los servicios de salud, en un ámbito hospitalario, con los recursos y materiales que se dispongan y el nivel de desarrollo científico que se posea. (Díaz & González, 2007).

Por lo tanto, son las “técnicas y procedimientos que realiza el personal de enfermería en el servicio de sus funciones asistenciales” (Torres Esperón, Hernández Rodríguez, Otero Ceballos y Urbina Laza, 2004, p. 26).

Unidad de Terapia Intensiva (UTI) para los cuidados críticos

El término Unidad de Terapia Intensiva (UTI), a su vez, puede ser empleado de las siguientes maneras: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), Unidad de Cuidados Críticos (UCC), Centro de Tratamiento Intensivo (CTI), Unidad de Medicina Intensiva (UMI), etc.

La UTI supone una unidad de alta especialidad. “Es el área especial de atención, orientada específicamente a la asistencia Médico- Enfermería de enfermos en estado agudo crítico” (Hospital Español, 2018, párr. 1). Ello implica atención cercana y constante al paciente, brindada por personal sanitario especializado.

La UTI debe brindar atención y asistencia integral y exhaustiva a pacientes cuya afección patológica y/o funcional ha adquirido tal gravedad que representa un peligro actual o potencial que amenaza la vida, pero que es posible de recuperación. Un paciente crítico, por lo tanto, “es aquel que presenta cambios agudos en los parámetros fisiológicos y bioquímicos que lo colocan en riesgo de morir, pero que tiene evidentes posibilidades de recuperación”. (Universidad Nacional de Salta, 2016, p. 2)

Participantes

Se trabajó con 10 participantes que conforman parte de la población total de los 13 enfermeros que se desempeñan en la UTI del Hospital Papa Francisco. Si bien, en principio, se pretendía trabajar con toda la población, 3 de ellos no cumplieron los requisitos para la participación por encontrarse de licencia.

Los participantes cumplieron los siguientes requisitos:

- Enfermeros, de ambos sexos, entre 25 y 45 años de edad, sean estos profesionales o Licenciados en Enfermería.
- Que acepten participar voluntariamente en la investigación con previa firma del Consentimiento Informado (Anexo II).
- Que posean más de 5 años de ejercicio profesional como enfermero, y una antigüedad, no menor a 1 año, desempeñándose en la UTI, sea cual fuere su situación laboral (contratado, planta temporaria o permanente).
- Que se encuentren desempeñando funciones en la UTI al momento de la investigación como personal exclusivo del servicio.
- Que sea posible realizar un mínimo de 2 entrevistas.

Técnica de recolección de información

La técnica que se utilizó para la recolección de la información fue la entrevista semi-estructurada. La misma respetó los temas o tópicos que se refieren a las categorías definidas inicialmente, las cuales son: los chistes en relación a la función que cumple el entrevistado en la UTI, la relación con los compañeros de trabajo, la relación con los pacientes alojados en la UTI, la relación con los familiares de los pacientes críticos y situaciones cotidianas en el contexto de trabajo. Las preguntas funcionaron como disparadores para los enunciados del entrevistado. Sin embargo, se permitió también que los entrevistados puedan explayarse sobre los diferentes temas que se indagaran, pudiendo agregar toda aquella información que consideren relevante.

El modelo de entrevista se encuentra en el Anexo III.

Contexto y periodo

La investigación se realizó en la Unidad de Terapia Intensiva perteneciente al Hospital Papa Francisco de la ciudad de Salta capital en un período de 4 (cuatro) meses durante el año 2020.

En lo que respecta particularmente al Servicio de Unidad de Terapia Intensiva, a pesar de estar conformado desde el año 2013, comenzó a funcionar a partir de Enero de 2014.

El Servicio se encuentra bajo la jefatura del Dr. Ricardo León, y cuenta con una Supervisora de Enfermería del equipo que conforma la UTI a cargo de la Lic. Evangelina Bastera.

La Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Papa Francisco es polivalente, es decir, no se realiza una selección de pacientes que ingresan sino que se reciben aquellos con todo tipo de patologías o enfermedades, siendo las más frecuentemente atendidas, aquellas patologías de origen respiratorio y casos postoperatorios. Los pacientes son derivados tanto de la guardia del hospital, los internados en planta y otros hospitales.

Se cuentan con 6 (seis) camas para la internación, donde particularmente 1 (una) se halla aislada para aquellos casos críticos en los que se pueda presentar un riesgo tanto para los otros pacientes internados como para el personal sanitario que se desempeña en el servicio.

En cuanto al equipo de enfermería que en él se desenvuelve, se encuentran Licenciados en enfermería como universitarios y profesionales. Actualmente, el equipo de enfermeros está conformado por 13 (trece) en total, incluyendo la Supervisora de Enfermería del equipo de Terapia Intensiva.

Se pueden reconocer 4 (cuatro) turnos durante las 24 horas, cada uno de 8 horas. El Turno Mañana, Turno Tarde, y Turno Noche A y B. En cada uno, trabajan 3 enfermeros y 1 médico.

El equipo de enfermería del Servicio es el que tiene mayor contacto con el paciente y sus necesidades. Las actividades de los enfermeros responden a asistir al paciente, bañarlos, medicarlos y controlar sus signos vitales constantemente; siempre bajo las indicaciones médicas.

Este equipo del personal sanitario ronda entre los 25 y los 44 años de edad. No presenta formación específica en la Unidad de Terapia Intensiva, sino que al momento de ingresar en el Servicio, se evaluó el perfil de acuerdo al manejo y los conocimientos de cada uno, y se preguntó sobre su experiencia anterior en la UTI. Por último, ingresaron aquellos que voluntariamente querían desempeñarse en la unidad, y, en la actualidad, corresponde al mismo equipo que se mantuvo desde un comienzo hasta el momento de realizar el proyecto de investigación.

Los profesionales enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva realizan talleres constantemente para ampliar su formación. Así también, asisten a cursos y capacitaciones externas al hospital, relacionadas a su tarea asistencial en el Servicio.

En algunos casos, es necesario que realicen un trabajo interdisciplinario integrando a otros profesionales de la salud para responder a ciertas situaciones. Por ejemplo, se han presentado circunstancias en las cuales el paciente pasaba mucho tiempo en el servicio de terapia intensiva, lo que hacía necesaria la interconsulta con un profesional psicólogo para que pueda asistirlo.

Procedimiento de recolección de información

La inmersión inicial se llevó a cabo a partir de la realización de entrevistas con el Jefe del Servicio de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y la Supervisora de Enfermería, seguido por la lectura de documentos. Ésta incluyó una sola recorrida por las instalaciones. A su vez, se presentaron diferentes notas dirigidas al Gerente General, y revisadas por el CADI del Hospital solicitando formalmente la autorización para llevar a cabo la investigación en el establecimiento, cumpliendo con la Resolución Interna del mismo en materia de investigación. La disposición interna emitida por el CADI se adjunta en el Anexo V.

Posteriormente, se efectuaron una o dos reuniones con el equipo de enfermeros, potenciales participantes, previa autorización de la supervisión de enfermería, para explicar los objetivos y actividades de la investigación, invitándolos a participar de la misma.

Quienes aceptaron participar voluntariamente firmaron el Consentimiento Informado (Anexo II) y se iniciaron las entrevistas de recolección de información. Las mismas, se llevaron a cabo en una oficina destinada para tal fin, en los días y horarios en el que los enfermeros se encontraban desempeñando su labor.

La administración de las entrevistas se realizaron en, al menos, dos encuentros con cada participante. Durante las mismas, se administraron las preguntas guía, registrando todo acontecimiento que se considere de importancia, y algunas preguntas fueron suprimidas ya que los participantes respondían a ellas en otras. Las entrevistas fueron transcritas textualmente, de manera fiel.

Coreografía de análisis

Una vez finalizada la recolección de información a partir de la administración de las entrevistas a los 10 enfermeros que voluntariamente accedieron a participar en ellas, se realizó una fiel transcripción de cada una. Luego, se procedió al análisis del material de las entrevistas administradas. Las entrevistas de cada participante fueron organizadas y presentadas de manera sistemática para facilitar la lectura de las mismas y luego, analizar su contenido. Las unidades de análisis fueron los enunciados de los entrevistados con respecto a los chistes en relación a:

- La función que cumple en la Unidad de Terapia Intensiva
- Los compañeros de trabajo
- Los pacientes alojados en la UTI
- Los familiares de los pacientes críticos
- Situaciones cotidianas en el contexto de trabajo

Y se incluyeron dos unidades de análisis que no fueron previstas en principio por el investigador que corresponden a los enunciados de los entrevistados con respecto a los chistes en relación a:

- Hechos externos a la UTI
- Situaciones que involucran a la muerte

Para codificar la información obtenida, las unidades de análisis que se encuentren en los registros fueron clasificadas como pertenecientes a los tópicos mencionados, incluyendo las dos nuevas unidades de análisis que emergieron de los enunciados de los participantes y no habían sido previstas con anterioridad.

Finalmente, se procedió a describir la forma de presentación del fenómeno en estudio, presentando las convergencias y divergencias que pudieran aparecer en la población estudiada con respecto a las categorías, tanto las 5 (cinco) antes mencionadas como las 2 (dos) que surgieron durante la investigación.

Como conclusión, se elaboraron reflexiones en torno a la pregunta de investigación y los objetivos de la misma.

Los criterios que se tuvieron en cuenta para asegurar el rigor de la investigación fueron:

- Dependencia: está dada por el hecho de que la investigación fue dirigida por una Licenciada en psicología calificada para evaluar el proceso, como así también, metodológicamente, fue una investigación revisada por un Licenciado calificado, ambos instruidos en el fenómeno a investigar.
- Credibilidad: los datos obtenidos mediante la administración de las entrevistas a los participantes de la investigación fueron transcritos fielmente de manera textual para evitar sesgos o distorsiones en la interpretación de los mismos. Así también, las unidades de análisis se agruparon en categorías que fueron obtenidas del enunciado de los mismos participantes en las entrevistas.
- Transferencia: se realizó una descripción lo más detallada y precisa del contexto en el que se llevará a cabo la investigación, como así también se tomó nota de todo acontecimiento o evento que se consideró relevante para que las conclusiones puedan ser aplicadas a la población de referencia.
- Confirmación: los datos para la investigación fueron obtenidos de los relatos que surgieron a partir de la toma de entrevistas en los profesionales enfermeros participantes de la investigación. A su vez, como se mencionó anteriormente, la misma investigación tuvo la auditoría de licenciados calificados para el análisis y la revisión del trabajo en cuestión.

A continuación, se adjunta la Tabla de Análisis de cada una de las unidades antes mencionadas.

	Función que cumple en la UTI	Compañeros de trabajo	Pacientes críticos alojados en la UTI	Familiares de los pacientes críticos	Situaciones cotidianas en el contexto de trabajo	Hechos externos a la UTI	Situaciones que involucran a la muerte
PARTICIPANTE 1		"Nos bromeamos entre nosotros por el mismo trabajo que hacemos cotidiano"	"Las primeras actividades que hacen (los pacientes) por primera vez son graciosas. Lavarse los dientes, higienizarlos..."; "...la uno es gordita...se fue deslizando con estilo... y fue gracioso"; "ahora hay una rivalidad entre la uno y la dos...celosas están y eso es gracioso"; "A mi me da mucha gracia cuando se lavan los dientes...escupen por todas partes"; "chistes relacionados a los temas que		"Aparecen chistes... cuando nos vamos a tomar té con las chicas y nos acordamos de algo del día"	"Por ahí tenemos chistes en el teléfono, memes...para que nos riamos todos"	

			escuchan: ¡¡mira el tema ese!! ¿A quién te hace acordar?, y nos reímos porque a veces son picarones"				
PARTICIPANTE 2	"Generalment e, es el baño cuando se presta para chistes"; "Bañar a los pacientes"; "Si me olvidé de algo que tenía que hacer con el paciente, se ríe mi compañero y nos hacemos burlas".	"Después, hay un compañero que siempre, el momento del baño, es situación de risa con él. Hace cosas muy graciosas, como gestos...coment arios inesperados e ingeniosos y nos da risa...nos estamos molestando constantemente entre nosotros."	"La señora de la cama uno es muy gordita...ella dice ¡¡cuidado, no te voy a aplastar!!, ¡¡Vos sos muy chiquita!! Y nos reímos porque ella se ríe de ella misma"; "...bañar a una señora que era muy obesa...le llevaron agua fría...los empezó a putear".		"Yaki...recién empezaba...estaba mos bañándo a un paciente, y nos quedamos sin agua en el latoncito...nos reíamos porque habíamos llevado muy poca agua..."		"Después de que se murió este chico...hicieron bromas...para algunos fue gracioso asustar a los demás después del fallecimiento del chico".

PARTICIPANTE 3	"Quizás siempre se presta para chistes, la movilización"; "Cuando hacemos las tareas cotidianas con los pacientes, ya sea acomodarles la cama, bañarlos, higienizarlos, darles de comer. Generalmente , los chistes son en la sala..."	"...las más graciosas que recuerdo son las caídas, más y de mis compañeras"; "...una vez una compañera por hacer las cosas a las apuradas...se resbaló..."; "...mi compañera estaba por fijarse si había terminado... y le largo un pedo en la cara, que la peinó"; "...bromeamos sobre esa situación (momentos de tensión) y las caras de espanto, o actitudes	"...un compañero es de hacer chistes de doble sentido...les cambian los nombres a propósito a los pacientes para hacerles una broma de que no lo conocen, o no se acuerdan de ellos, pero los pacientes entienden que es una broma"; "...cuando nos acercamos a ella (paciente) y empezás a bromear... se ríe de ella misma"; "mi compañero se acerca...y le dice: M., ojo con lo que haces mira que te voy a... tratándola como si fuera una niña (a la paciente) y ella se ríe porque, encima, ya	"...teníamos una paciente mayor que tenía un hijo...en el baño... él me dice: no, dejá nomás, yo la higienizo. Ella tiene que perder la timidez, porque ella me limpiaba la cola cuando era chico, ¿Por qué yo no voy a poder hacer lo mismo con ella ahora que estoy grande?...empezamos a hacer bromas y chistes sobre esa situación"		"...cuando vamos a la cocina, entre nosotras a veces nos contamos cosas pero relacionadas a nuestras casas...no con el trabajo, y nos reímos de esas cosas, a veces"; "...han pasado, muchas veces, momentos de tensión...y cuando nos vamos a tomar un té, bromeamos sobre esa situación..."	
-------------------	---	--	--	--	--	--	--

		cuando nos asustamos..."	es una señora grande".				
--	--	-----------------------------	---------------------------	--	--	--	--

PARTICIPANTE 4	"Más que nada en las tareas cotidianas. Cuando cambiamos las sábanas por ejemplo..."; "Cuando los vamos a bañar también es gracioso...a veces los inundamos"; "...con los compañeros se relacionan a las actividades que tenemos que hacer acá en nuestro rol de enfermeros..."	"Mayormente, usamos a nuestros mismos profesionales... Por ahí viene el chico de fisioterapia, hace alguna broma..."; "...los profesionales que vienen...la mayoría son abiertos, donde vos poder dar lugar a decir o hacer alguna broma, tanto médicos, como enfermeros, o el chico de rayos, etc"; "...por ahí el chico de kinesio...los pacientes le dicen: hijito, trabaja bien. O	"...cargamos a los pacientes que no vayan a querer mancharlas de nuevo o ensuciarlas, pero siempre en broma"; "A veces los mismos pacientes se ríen de la situación en la que están..."				
---------------------------	--	---	--	--	--	--	--

		comentan sobre su trabajo, insistiendo en que lo haga bien, y nos reímos..."; "...cuando está Patricia por la mañana...ella vive marcando los puntos, lo correcto...siempre le mandamos chistes...diciéndole: ¿Qué te haces la mala?, y ella se ríe"; "A veces nos ponemos apodos"; "Al velo en Patricia, cuando está sola y alterada, el largarle un chiste..."; "...mi compañera que es codobesa...la					
--	--	--	--	--	--	--	--

		cargabamos por cómo hablaba..."; "Ella se llama Patricia y le decimos la Pato, pero la Patotera, ella se manda una como Pato Criolla, le decimos"; "Los mismos médicos...ellos hacen de 24 horas, o a veces 48 horas, y por ahí que le digas: Eh Doctor, ¿ya se trajo la valija?, o ¡Mirate la barba que ya tenés".					
--	--	--	--	--	--	--	--

PARTICIPANTE 5	"Siempre en el momento en el que estamos por hacer la medicación, ellos (los pacientes) bromean con que vos los vas a drogar, y eso es gracioso". "En todo momento, en la medicación o en los controles..."	"Ella (la paciente) las cargaba a algunas compañeras cuarentonas"; "Entre nosotros nos bromeamos..."; "...un paciente vió que una compañera de trabajo estaba medio estresada o enojada...empezó a tirarle piropos...a nosotras nos causó mucha risa".	"...hay pacientes que les gusta escuchar música, y bromean con las canciones, comienzan a cantar y recordar cosas, te cuentan anécdotas"; "...a veces los mismos pacientes se ríen de ellos mismos..."; "Depende el paciente. Por ahí son con respecto a sus características físicas"; "...los bromeamos con que: mmm, ¿A quién te hará acordar ese tema?".			"...una señora que tenía a su marido preso...nos parecía gracioso porque le decía (el marido) que se iban a casar cuando salga, y tenía perpetua"; "Por ahí (los pacientes) te cuentan cosas de sus parejas y les sacan el cuero a ellos...o de la familia".	
-------------------	--	--	---	--	--	---	--

PARTICIPANTE 6			"...a veces nos reímos de los pacientes...los pacientes de noche, empiezan a delirar y hablar tonteras"; "(los pacientes) inventan cuando se desorientan de noche o se olvidan que están acá"; "El hombrecito que tengo, anoche decía que era carpintero, se conoce 5 idiomas, era enfermero también..."; "Una vez, un paciente se despertó después de estar inconsciente durante un par de días, y lo primero que dijo fue: ¿Y ahora, cuál me mandé?... se preguntaba qué habrá hecho para			"...nos reímos...ya sea de cosas que (a un compañero) le pasaron cotidianamente fuera del trabajo...".	
---------------------------	--	--	--	--	--	---	--

			terminar acá"; "...un paciente...nunca me había visto, me dice: ¡¿Qué pasó?! Uno se duerme un ratito y ya te cambian la enfermera".				
--	--	--	---	--	--	--	--

PARTICIPANTE 7	"Una vez, había que transportar a un paciente internado en ambulancia... y cuando llegamos...se habían olvidado al paciente"; "Las actividades rutinarias siempre se prestan para chistes, desde bañarlos hasta darles de comer, atenderlos,etc ."; "...cuando recién empezaba...se me olvidaban ciertos pasos que tenía que hacer..."; "Son	"De las experiencias graciosas siempre son los pacientes o tus propios compañeros de trabajo, que a veces se mandan chistes demasiado graciosos".	"Cuando los bañamos, les hacemos chistes como que les vamos a cobrar \$100 por cada baño"; "Uno, había hecho un paro, del que salió y empezó a decir: primer día que llego acá, y ésta enfermera hace que se me pare el corazón"; "...había un paciente que no podía mover si quiera los pies...se le paralizó la parte de abajo...el paciente dice que puede mover el dedo del pie...y uno de los compañeros, dice:Ya quisiera, eso es un reflejo. Y fue oscuro pero gracioso..."; "...era hora de darles				
-------------------	--	---	--	--	--	--	--

	actividades rutinarias que a veces se te pasan, te olvidas de hacer cosas, y cuando te das cuenta, te reís"; "...había ayudado a un paciente para que vaya al baño para que pueda higienizarse...l o dejé tranquilo bañándose, mientras me puse a atender a otros...como al rato largo, me acuerdo...me dice: está bien que tengo cierta		de comer y a uno no le gustaba la comida...una de las chicas le dice: Tenés que comer sino te puede hacer mal... Y él responde (el paciente): Pfff de todos modos estoy más del lado del harpa que de acá, así que deja nomas, al cabo que ni quería comer". "Con tro paciente, viene un amigo a visitarlo y le pregunta qué le había pasado... él (paciente) le dice: ¿No ves cómo estoy hecho aca? La negra me descubrió con otra".				
--	---	--	--	--	--	--	--

	movilidad, pero ya que me dejes tirado como un trapo me parece mucho. A mí me dió mucho gracia. Y me dice... "de todas formas, si yo fuera vos, hubiese hecho lo mismo, así que me parece que nos vamos a llevar bien".						
--	--	--	--	--	--	--	--

PARTICIPANTE 8	"...en la administración de la medicación...le decimos a otra ¿Conseguime paracetamol? 1 gramo, y la otra dice: bah, sólo tengo 2 de 500mg. Y nos reímos..."	"...siempre nos estamos riendo de tonteras, más con mi otra compañera...algún gesto...palabra, ocurrencia, que se entiende mal, se distorsiona y nos reímos"; "Una (compañera) dice que le hacemos bullying...es una manera de cargarla...ella está soltera y le decimos: ¿Y el anillo pa'cuando?"; "...una compañera me dice: Laurita, te tenés que abrigar porque	"...llegan pacientes adictos, y una compañera dice: uh, ya llegó un turuleco"; "escucha un paciente y le dice (a una compañera): y cuando yo me levante, ¿Podemos salir una vez aunque sea?, porque vos estás linda, yo estoy lindo, podría ser, ¿no?"; "Con los pacientes, depende...una paciente que hoy se fue al piso"; "...las pacientes...hablaban de cama en cama...como si estuvieran en un café, y resultaba súper gracioso"; "Una vez, una paciente se intentaba levantar			"A veces traemos cosas de la casa...una cita que fue un fiasco..."; "...nos contamos cosas que nos pasó algo durante la semana o días que no nos vimos...y comenzamos a reírnos".	
-------------------	--	---	---	--	--	---	--

		te vas a enfermar o laváte bien las manos siempre, y es gracioso porque esas cosas uno ya las sabe"; "...la cargamos a mi compañera por soltera, le decimos ¿Che, por qué no te enganchas con el de la cama 5? porque sino se te van a pasar los años"; "Uno (compañero) por ahí se tropieza y ya ahí empieza la risa o sale mi compañero con sus chistes..."; "...hacemos chistes entre	de la cama, y no podía, y mi compañero dice: no sé si no puede por lo que tiene (su enfermedad) o porque esta medio chanchita. Bah, tiene las dos cosas".				
--	--	---	--	--	--	--	--

		nosotros, o a veces con los mismos pacientes".					
--	--	--	--	--	--	--	--

PARTICIPANTE 9	"...yo tenía una abuelita, tenía una infección urinaria...y yo tenía que ponerle un óvulo. Yo me reía porque ella pensaba que yo la estaba queriendo toquetear, o pasándome de raya cuando era parte de mi trabajo"; "...en cosas cotidianas, como bañarlos, darles la medicación..."; "...me decía (la paciente): Dale D., pone	"No faltaron todos los chistes...¡Eh! ¿Así que te querés enganchar a la abuela?, andá más despacio pue... ¡Eh! Ya está grande, ponele Sandro aunque sea"... "Saltaban (mis compañeros) con: la abuelita y el lobo feroz"; "Yo por ahí las cargo a las chicas cuando hay que ponerle un sondaje vesical (a los hombres)... les hago bromas como de: ¿Qué tal estuvo?, ¿Te	"Con los pacientes lúcidos...están a cada rato molestándome..."; "En cambio, cuando el paciente está dormido, ya fue. Vos decís: bueno listo, lo baño, ya está, no se pueden ni negar"; "Hacemos bromas con los pacientes...de su sobrepeso"; "Ella se reía y decía: che, ¡Ojo! No se vayan a perder en esa raja. Porque tenía la cola muy grande... gritaba: ¡che, ya me hice! y uno salía corriendo...nos decía que era broma"; "Dale...ya bañáme, me toca hoy, estoy		"...hago guardias activas. Entonces la paciente...me decía: uuuh bueno que pesado, ya hacéte tu pieza acá al lado. Porque yo estaba casi todo el día acá metido, me decía que: soy el esclavo del Papa Francisco, decíle al Papa que te reconozca como hijo ya".	"...hago chistes hasta cuando se mueren..."; "...bueno, que se te muera a vos, pasó mi turno, tomá"; "...cuando se muere uno decimos: listo, se murió uno, ¿A quién le toca?... ¿Quién es el próximo, quién da más? Como si fuera un bingo"; "Bueno, ya le toca a R. ¿no?... así ya veo de ocupar esa cama"; "...en Agosto...yo digo: Che, ¿A quién vamos a sacrificar para la Pacha?,
---------------------------	---	---	--	--	---	---

	rápido, limpiá rápido (cuando la tenía que higienizar)";	pusiste hot? o ¡Dale, andá, andá a ver si así te lo enganchas"; "Hay una medicación para revertir eso (la taquicardia) y me decían (mis compañeros): Pasale vos la medicación, pero fijate ¿no? Hacélo bien, dale"; "(los pacientes) se ríen de nosotros, a veces es recíproco"	que chivo de fuerte (la paciente)"				¿Quién se ofrece para alimentar a la tierra?"; "...cuando se mueren: ah ya fue, mejor, uno menos, menos trabajo..."; "Si hubo un paro o falleció alguien, siempre yo tiro algo para que corte ese ambiente medio tenso..."
--	---	--	---	--	--	--	---

PARTICIPANTE 10	"Y la hora del baño siempre se presta para algún chiste...Al movilizarlos también siempre aparecen bromas de ellos mismos (los pacientes)"; "Comenzamos a hacer bromas suaves durante las actividades de cuidado que le hacíamos (a los pacientes)"	"Mi compañero...es por demás gracioso"; "...cuando nos mandamos alguna macana en el mismo trabajo...nos olvidamos de algo, nos burlamos de la otra..."; "Como cargadas o cosas suaves...es gracioso entre nosotros (compañeros)"	"...los pacientes mismos hacen bromas sobre ellos, o nos cuentan de sus familiares cosas graciosas..."	"...ella (la paciente) contaba chistes... nos decía que le iba a enseñar a laburar a su hijo, que parece que era un mantenido..."		"Muchas veces hacemos chistes con los pacientes...com o cosas chistes que vimos en el Facebook..."	"...decía (la paciente) que cuando se muriera no le iba a dejar nada (al hijo) y no le iba a quedar otra que rebuscárselas y agarrar una pala"
--------------------	---	--	--	---	--	--	--

RESULTADOS DE LA
INVESTIGACION
(Entrevistas transcriptas)

Datos del entrevistado: PARTICIPANTE 1

Sexo: F Edad: 44 Profesión: Enfermera profesional universitaria

Antigüedad de ejercicio profesional: 18 años Tiempo de desempeño en la UTI: 8 años

Rol que cumple: Enfermera

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Cómo es su experiencia laboral en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva?
 - *Tenemos un ambiente muy agradable. Es cómodo, socializamos mucho con los pacientes.*
2. ¿Cómo se conforma su equipo de trabajo?
 - *Somos tres enfermeras. Yo, y dos más. Y colaboramos entre nosotras en los distintos turnos. Son turnos fijos pero hacemos guardias si queremos, son turnos fijos.*
3. ¿Cómo se manejan con los turnos?
 - *Son turnos fijos y hacemos guardias si queremos.*
4. ¿Qué tipos de pacientes atiende usted, generalmente?
 - *Todos los pacientes, el que llegue. Los casos que más se presentan son insuficiencias cardíacas, son los más comunes.*
5. ¿Con cuáles le resulta más complicado trabajar?, ¿Por qué?
 - *No, complicados ninguno para mí. Los traumatismos por ahí, pero no son muy frecuentes que digamos. Acá no los vemos mucho.*
6. ¿Con cuáles le resulta menos complicado trabajar?, ¿Por qué?
 - *Y... los que son ambulatorios. Por lo general, nosotros tratamos que no estén mucho tiempo acá, en cama, que si están bien, tienen oxígeno todo, que empiecen a caminar, a hablar, no están todo el tiempo monitorizados, que empiecen a andar.*
7. ¿Qué hace usted frente a esos sentimientos o pensamientos que le genera la situación de los pacientes o de sus familiares?
 - *Y trato de contenerlos, en realidad, no se puede hacer mucho. Tratar de estar presente para los familiares. Tenemos diálogo. Buscar siempre el*

lado positivo, que no se mentalicen cosas negativas ellos. Que hoy no están bien pero que mañana va a estar bien, que trate de estar positivo. Por ahí, hay comidas que no quieren, y uno habla con ellos para que accedan. Tratar de que tengan una rutina, tratamos de que en un momento se sienten, se duerman, se higienicen, se laven los dientes para que tengan alguna rutina y no estén todo el tiempo quietos.

8. ¿Cómo es su relación con los familiares?

- *Bueno, apenas vienen, nosotras los hablamos, les comentamos lo que el paciente hizo, qué sería mejor para él que le trajeran. Tratamos de ver como es la familia, si son familias precarias, y pedirles las cosas que vemos que pueden traer dentro de sus posibilidades.*

9. ¿Cuáles son las situaciones más angustiantes o estresantes que vive en la UTI?

- *Todo el deceso es estresante, y viene a ser frustrante. Tratamos de contener a los familiares y ellos ven cómo los cuidamos todos, y te agradecen la mayoría de las veces.*

10. ¿Existe alguna anécdota que pueda contarme dentro de su experiencia en la UTI que le haya resultado graciosa?

- *Bueno, una vez, no sé si, ¿viste algunos pacientes? La uno, ¿la viste? Viste que la uno es gordita, es grandota, y la estábamos sentando y ella se iba cada vez deslizándose más hasta que se fue deslizándose más y más y quedó en el piso. No es que se cayó, se fue deslizándose “con estilo” sin darse cuenta, y ahí tuvimos que buscar entre seis para levantarla y ponerla en la camilla. Pero ella bien, se rio de la situación y fue gracioso. Siempre tenemos cosas para reírnos. Por ejemplo, ahora hay una rivalidad entre la uno (paciente de la camilla 1) y la dos, porque me dicen “cuando yo te llamo, la otra te llama”. Celosas están, celosas por si le das más atención e importancia a la otra, y eso es gracioso.*

11. ¿Quiénes fueron los protagonistas de esa experiencia?

- *Todos se prenden, es un ambiente muy... que tratamos de levantarnos, que nos riamos. Por ahí tenemos chistes en el teléfono, memes y esas cosas, nos lo mostramos entre nosotras y, a veces, a los mismos pacientes y se prestan esas cosas para que nos riamos todos.*

12. ¿Cuáles son los aspectos de su tarea asistencial que suelen ser objeto de chistes, o motivos para la aparición de manifestaciones chistosas?

- *A mí me da mucha gracia, cuando se lavan los dientes. Por ahí no saben escupir estando acostados y tiran la baba para todos lados, escupen por todas partes. Entonces tenés que andar con los pañuelos y haciendo que le apunten al platito que usamos. Es la rutina de la mañana, hasta que lo aprenden. Obviamente que no es lo mismo cuando vos estás en tu casa que te lavas y haces así, derecho para abajo, y sentados no lo hacen bien.*

13. ¿Cuáles son los momentos y/o circunstancias en las que usted observa que aparecen los chistes en su tarea asistencial?

- *Es que constantemente estamos hablando con ellos. Cuando nos vamos, saludamos a todos y nos vamos. En todo momento. Aparecen chistes en los descansos nuestros, cuando vamos a tomar el té con las chicas y nos acordamos de algo del día. También dentro de la sala, cuando los pacientes se “prenden” para reírse.*

14. ¿Qué tipo de chistes suelen surgir?

- *Chistes relacionados a los temas que escuchan. Nosotros tenemos un equipo de música, entonces a veces cuando suena y escuchan algún tema. Decimos “¡¡mira el tema ese!! ¿A quién te hace acordar?” y nos reímos porque a veces son picarones.*

15. ¿Cree que el chiste tuvo alguna función en la resolución de esa situación?

- *Yo creo que sí. Viste que la mente juega mucho, y que estén bien de ánimo les da cómo para enfrentarse mejor a lo que les está pasando. A nosotras mismas, verlo bien al paciente, nos reconforta como profesionales.*

16. ¿Qué opina con respecto a la utilización de los chistes en un contexto donde ocurren situaciones cercanas al sufrimiento?

- *En eso opino que nos ayuda a contenerlos, y a estar bien nosotros porque trabajar acá también a veces nos genera como algunas frustraciones. Sirve para descomprimir un poco.*

17. ¿Lo ha experimentado en relación a su persona o en relación a los demás?, ¿En qué situaciones?

- *Si por ahí me río de mí y también de los demás.*

18. ¿Qué interpreta personalmente usted con respecto a la emergencia de chistes en su tarea asistencial? ¿En relación al uso y aparición?

- *Para que nosotros estemos bien, generar un buen ambiente de trabajo.*

19. ¿Recuerda chistes o situaciones cómicas referidas a su trabajo diario?

- *Las que te conté anteriormente. Por ejemplo, cuando llegan pacientes nuevos, que están lúcidos y no entubados, las primeras actividades que hacen por primera vez son graciosas. Lavarse los dientes, higienizarlos también a veces se presta para risa con ellos mismos porque se ríen de que los tengamos que lavar, por ahí capaz como para evitar muchas veces la vergüenza que les genera también, que se yo.*

20. ¿Cuál es su opinión sobre los beneficios que tendría la utilización de los chistes en su contexto de trabajo?

- *Bueno, eso yo ya te había dicho. Acá bueno, tenemos como un buen... siempre nos colaboramos entre nosotros. Entonces si el equipo trabaja cómodo, y eso, es beneficioso que se prendan para las cargadas entre nosotros mismos como grupo. En la mayoría de las veces, nos bromeamos entre nosotros por el mismo trabajo que hacemos cotidiano.*

21. ¿Recuerda otras situaciones que llegaron a ser objeto de risa con el tiempo?

- *Ahora no me acuerdo nada, pero ha habido.*

Datos del entrevistado: PARTICIPANTE 2

Sexo: F Edad: 35 Profesión: Enfermera Profesional

Antigüedad de ejercicio profesional: 10 años Tiempo de desempeño en la UTI: 6 años

Rol que cumple: Enfermera

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Cómo es su experiencia laboral en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva?
 - *En general, yo me considero que estoy ahí en el medio. Hay chicas que ya entraron y tienen más experiencia, estuvieron en Córdoba, Tucumán, son Licenciadas, y yo estoy estudiando la licenciatura, me falta una materia pero algunas tienen mucho más conocimiento. Me especializo, voy a cursos pero estoy ahí en el medio, ni muy nueva ni vieja.*
2. ¿Cómo se conforma su equipo de trabajo?
 - *Yo soy del turno tarde, estoy ahora haciendo guardia. En el turno tarde, somos tres enfermeras y no tenemos a la jefa, porque ella sólo está por la mañana.*
3. ¿Cómo se manejan con los turnos?
 - *Son turnos fijos, turno mañana, tarde, noche. A la noche hay dos turnos, noche A y noche B. Y hacemos guardia, son a elección, me anoto a la mañana o a la noche, me anoto, nadie nos obliga.*
4. ¿Qué tipos de pacientes atiende usted, generalmente?
 - *Todos, rotativos. Ahora me tocó al fondo, pero mañana me toca otro pacientes, a todos atendemos.*
5. ¿Con cuáles le resulta más complicado trabajar?, ¿Por qué?
 - *Con los pacientes con VMI. Los pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva. Porque hay que estar controlándoles, poniéndoles la máscara. ¿Viste que hay pacientes entubados? Esos pacientes, para no llegar a eso, a la ventilación mecánica invasiva, se les coloca una máscara con arnés, fija y son pacientes que por ahí no toleran el flujo, les causa molestias, le aprieta, entonces ahí me resulta complicado. Me lleva más tiempo para mí.*

6. ¿Con cuáles le resulta menos complicado trabajar?, ¿Por qué?
 - *Los pacientes diabéticos, cardiacos. Los renales. Porque los cardiacos, nosotros los monitorizamos, controlamos los signos, le damos los comprimidos que, generalmente, son vía oral y tienen muy poca medicación por vía intravenosa. Si hay que estar mirándoles la frecuencia cardíaca, el ritmo cardíaco, si hace una taquicardia, eso sí. Pero por lo general, son pacientes que son bombas de tiempo ¿no? Pero por lo general, acá por lo menos me tocó tranquilo. Los renales vienen de quirófano y hay que controlarles la herida, si tienen un drenaje, el dolor, calmar el dolor, la medicación y nada más.*
7. ¿Qué hace usted frente a esos sentimientos o pensamientos que le genera la situación de los pacientes o de sus familiares?
 - *Yo soy muy sensible. Yo no trabajo con niños por esa razón. Cruzar el pasillo nomás donde están los nenes esperando la guardia, o acá en el consultorio para sacar sangre, a mí me produce mucho dolor esa espera. La espera para que lo atiendan, así que yo, acá cuando vienen... intento irme. Con los niños no puedo. En otros casos, intento mantenerme con mi mejor cara, haciéndome la fuerte.*
8. ¿Cómo es su relación con los familiares?

Por lo general, es muy buena. Tengo muy buen acercamiento con el paciente y los familiares. Mi trato es así, con este tono, así tranquilo. No suelo enojarme ni molestarme por casi nada. Es muy bueno.
9. ¿Cuáles son las situaciones más angustiantes o estresantes que vive en la UTI?

Cuando hay un óbito. El último que me causó tristeza, mucho dolor, que yo lo atendí, y al otro día, bueno esa misma noche, lo entubaron y al otro día murió. Era un chico de 20 años con una metástasis. Tenía los testículos hacia arriba, se los tenían que bajar. Su mamá se dejó estar, no lo hizo tratar. El chico de grande no se quiso operar, desde chico se veía un abandono de la madre por el chico. Creció dentro de alcoholismo, drogas. Vino acá, con una fibrosis, ese tumor que tenía en los testículos, se le fue a los pulmones, hígado, páncreas, todo, y murió al otro día. Me causó mucha pena porque era un chico muy joven, de 20 años, toda una vida por delante y... muy bonito. Era como un actor, era hermoso el chico y me causó una tristeza. Cada vez que lo miraba, me iba para acá para allá y me daba una angustia. Recuerdo también

una señora, que fue uno de los primeros óbitos, que murió y era mamá de seis chicos. Dejó seis niños, eso fue lo que más recuerdo que me impactó.

10. ¿Existe alguna anécdota que pueda contarme dentro de su experiencia en la UTI que le haya resultado graciosa?

Yo siempre me acuerdo de una compañera que está de licencia. Bueno, yo estoy sola en el turno tarde ahora, y tengo dos compañeras que están de licencia. Una de ellas es “Yaki”, siempre me acuerdo cuando recién empezaba. Era su primer año trabajando en terapia, estábamos bañando a un paciente, y nos quedamos sin agua en el latoncito y le digo “bueno pásale un trapito” porque el paciente se había hecho caca, y ella agarró un apósito para meterlo en el balde y estaba seco, no tenía nada de agua. Nos reíamos porque llevamos muy poca agua, era una tontera pero siempre me acuerdo de eso porque era muy principiante y nos reíamos de eso. Las dos muy tontas.

11. ¿Quiénes fueron los protagonistas de esa experiencia?

Siempre yo, yo soy la más payasa del turno tarde. No ando siempre con chistes, pero si suelo ser la más charlatana, que intenta ponerle un poco de humor a las cosas. A veces estoy triste, y cuento mis angustias a compañeras más cercanas cuando estamos solas, así me siento mejor. Incluso aunque sean cosas tristes, las cuento riendo.

12. ¿Cuáles son los aspectos de su tarea asistencial que suelen ser objeto de chistes, o motivos para la aparición de manifestaciones chistosas?

Generalmente, es el baño cuando se presta para chistes. Por ejemplo, la señora de la cama 1 es muy gordita, muy obesa y ella entró hace varios días, por lo que establecimos confianza y nos reímos juntas. Ella te dice “¡¡Cuidado, no te voy a aplastar!!, ¡¡Vos sos chiquita!!” y nos reímos porque ella se ríe de ella misma. Después hay un compañero que siempre, el momento del baño, es situación de risa con él. Hace cosas muy graciosas, como gestos y esas cosas, o por ahí se manda comentarios inesperados e ingeniosos que nos dan risa. Siempre por alguna cosas que hacemos, nos estamos molestando constantemente entre nosotros.

13. ¿Cuáles son los momentos y/o circunstancias en las que usted observa que aparecen los chistes en su tarea asistencial?

Bañar a los pacientes, y cuando hay confianza con ellos para que participen de la gracia.

14. ¿Qué tipo de chistes suelen surgir?

Si me olvide de algo, que tenía que hacer con el paciente, se ríe mi compañero y nos hacemos burlas. Nos reímos, que se yo. Sí, siempre hacemos esos tipos de chistes... “tranqui”. No agresivos, o sea no nos ofendemos entre nosotros.

15. ¿Cree que el chiste tuvo alguna función en la resolución de esa situación?

Si, tiene una función importante que es generar buen humor. Que entre nosotros podamos estar bien y que el trabajo de estar acá sea como más light. Es importante estar de buen humor. Yo tenía una compañera, que ella venía con problemas de su casa, y cambiaba totalmente su cara, y yo sentía que me predisponía a estar de la misma forma que ella. Pero ahora, ella esta distinta, está más sociable, te cuenta, y si viene con problemas ya no se notan. Lo hemos hablado con compañeras y me dicen que yo nunca vengo de mal humor. Capaz no lo hago notar, pero generalmente intento eso. Porque venir con malas ganas y mala cara, resulta muy pesado para todos y también para los pacientes.

16. ¿Qué opina con respecto a la utilización de los chistes en un contexto donde ocurren situaciones cercanas al sufrimiento?

Que no es malo, o sea no te vas a reír de la desgracia de los demás, sino que aparecen para aliviar las tensiones que surgen por trabajar acá o en cualquier trabajo, que siempre hay problemas.

17. ¿Lo ha experimentado en relación a su persona o en relación a los demás?, ¿En qué situaciones?

Ambas, en relación a mi persona y a mis compañeros. Con los pacientes también, siempre y cuando, haya confianza, si se predispone y con respeto. Después de varios días de internación.

18. ¿Qué interpreta personalmente usted con respecto a la emergencia de chistes en su tarea asistencial? ¿En relación al uso y aparición?

Interpreto que siempre deben estar porque se trabaja distinto. Es importante. Para mí, yo que soy burlista.

19. ¿Recuerda chistes o situaciones cómicas referidas a su trabajo diario?

Los que te conté anteriormente.

20. ¿Cuál es su opinión sobre los beneficios que tendría la utilización de los chistes en su contexto de trabajo?

Que hace bien a la salud. A mí, por lo menos, me dan más tranquilidad, en distintas situaciones. Me siento más en confianza con mis compañeros, y con los mismos pacientes. Cuando alguien está mal, adopto esa actitud también, porque te predispone a estar mal. También creo que, al ser tres, tan pocos, que una este mal o de mal humor, hace que se aíse, y eso ya genera algo feo. No se suma a nosotras dos, entonces sería muy bueno que las tres siempre podamos prendernos a eso. Es bueno para la salud, como lo es la actividad física. Te saca mucho el estrés. A mí me han dicho que el trabajo aquí en terapia es estresante, yo no siento que lo sea porque siempre vengo de buen humor, mis problemas de pareja o con mis hijos los dejo ahí, y yo no siento que te cause estrés este trabajo. Yo lo disfruto mucho. Si bien me afectan estos casos que te conté de óbitos, por ejemplo, no siento cansancio psicológico, yo disfruto venir a la terapia y trabajar.

21. *¿Recuerda otras situaciones que llegaron a ser objeto de risa con el tiempo?*

Sólo con el tiempo fue gracioso para algunos, no para mí. Después de que se murió este chico, hubieron cositas así como que le hicieron bromas a algunas compañeras, como moverle la camilla. De la nada, a la doctora le aparecieron cosas en el teléfono. No sé cómo hicieron, creo que fue con el google. ¿Viste que le hablas a google y te responde la voz de una chica como por computadora? Bueno, no sé si con una aplicación o algo, hicieron que un teléfono le diga a mi compañera “yo todavía no me fui ¿no?”, como para asustarla. A mí no me dio risa, me parecieron bromas pesadas, pero para algunos fue gracioso asustar a los demás después del fallecimiento del chico que te digo. La cara de la doctora, y cómo te lo venían a contar fue lo gracioso, ante el recuerdo de eso, se hacían chistes, pero yo decía “no te rías de mi amigo Bachita”. Después, una vez me contaron mis compañeros que tenían que bañar a una señora que era muy obesa, y le llevaron agua fría sin darse cuenta, cuando le ponen el agua a la señora, los empezó a putear, porque ya había confianza con ellos, y fue una situación que hizo que todos los que estaban ahí se rían.

Datos del entrevistado: PARTICIPANTE 3

Sexo: F Edad: 35 Profesión: Enfermera profesional

Antigüedad de ejercicio profesional: 15 años Tiempo de desempeño en la UTI: 10 años

Rol que cumple: Enfermera

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Cómo es su experiencia laboral en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva?

Es un área que yo elegí. Nos dieron la oportunidad de elegir, y a mí me gusta trabajar en terapia, con los pacientes. Me siento cómoda. A veces quizás se presentan conflictos interpersonales, como en todo trabajo, o a veces con algunos pacientes son bastantes particulares. Pero más allá de todo eso, es lindo.

2. ¿Cómo se conforma su equipo de trabajo?

Yo ahora estoy a la mañana, desde Febrero de este año, pero anteriormente yo estaba a la tarde. Somos tres enfermeros, con la supervisora, que está por la mañana.

3. ¿Cómo se manejan con los turnos?

Todos los turnos prácticamente son iguales. Somos tres compañeros, tres enfermeros, más la supervisora, que eso no pasaba a la tarde porque ella sólo está por la mañana. Y generalmente siempre vienen chicos que hacen visitas, y residentes de enfermería. Hacemos guardias, a veces estamos tarde-noche, noche-mañana, mañana-tarde. Hoy por ejemplo, me quedo todo el día.

4. ¿Qué tipos de pacientes atiende usted, generalmente?

Aquí en terapia siempre son pacientes críticos, que pueden estar lúcidos o entubados. Pacientes psiquiátricos, también. Pacientes que vienen de cirugía para un control únicamente. Politraumatismos también hemos tenido.

5. ¿Con cuáles le resulta más complicado trabajar?, ¿Por qué?

Quizás, a veces por la demanda psicológica quizás, sería el paciente que está con excitación, desorientado. Ya sea por un fármaco, o que vienen... tenemos pacientes que son adictos. Quizás, a veces, es en la etapa donde ellos están con su excitación porque es bastante difícil contenerlos. Vos un día lo podes

contener, pero al día siguiente, tratamos de rotar por esa razón. Tenemos 6 camas y 2 las dividimos para cada uno y siempre vamos rotando. A veces, a mí me cuesta trabajar más con esos pacientes, porque tienes que estar todo el tiempo encima. Pendiente, tratando de que no se lastimen, viendo que técnica usar para que no se lastimen a ellos mismos. Cuando los contenemos, a veces también lo lastima. Intentar lograr que esa contención no sea agresiva para ellos. Y a la vez tratar de entender a la familia cuando los ven de esa manera. En los casos que no fuera por adicción, por un golpe neurológico que está con esa excitación, debe ser horrible para la familia verlos así y por eso, me importa la familia también. Es necesario que el paciente tenga confianza en vos, para llegar a tener un respeto que permita tener una respuesta positiva para el tratamiento.

6. ¿Con cuáles le resulta menos complicado trabajar?, ¿Por qué?

El paciente que es consciente de su patología, sea crónica o no, y está siempre de buen humor. Hemos tenido personas jóvenes, adultas, que tienen esa tranquilidad y es fácil. Te hace más sencillo el trabajo, pero muchas veces la risa oculta algo, entonces tratar de ver, de igual manera, contenerlos por la misma situación que están atravesando.

7. ¿Qué hace usted frente a esos sentimientos o pensamientos que le genera la situación de los pacientes o de sus familiares?

Y a veces, es solamente tratar de ponerte firme y poder darles una palabra de consuelo. Tratar de contenerlos, no sé, quizás si salen palabras de contención. A veces no hacen falta palabras, sino un gesto de dar un abrazo, la mano, y retirarte, porque son procesos difíciles y a veces te llegan. Cada paciente que está aquí, ya sea que pasen 1 día, 2 días, 3 días, o mucho más, uno trata de conocerlos. Hablar con la familia y saber cómo viven, cómo están. Si es un paciente que sufrió mucho, por ejemplo, te dan pena, darles una contención a ellos, dejarlos que se vayan tranquilos, y correrte en ese mismo momento porque no nos hace bien a nosotros, a nuestro mismo estado emocional, ni a nuestra estabilidad. Si porque también tenés alrededor otros pacientes, parece duro pero hay que ponerle la mejor para los otros también y pensar en todos.

8. ¿Cómo es su relación con los familiares?

Bien, siempre esperar que sea la mejor.

9. ¿Cuáles son las situaciones más angustiantes o estresantes que vive en la UTI?
Quizás cuando sabes la situación que vos tenés... cuando vos conoces la realidad de la persona. Hay pacientes que han sido abusados, pacientes que tienen situaciones familiares particulares, que han sido abandonados. También cuando la situación es crítica. Cuando surgen conflictos entre compañeros, que influyen bastante en la terapia. Uno siempre intenta trabajar en equipo, y cuando hay quiebres, eso se nota.
10. ¿Existe alguna anécdota que pueda contarme dentro de su experiencia en la UTI que le haya resultado graciosa?
Si, muchas. Quizás, las más graciosas que recuerdo son las caídas que hemos tenido. Mías, de mis compañeras. Estás en la urgencia y, de repente, me paso una noche que estábamos con ingresos, pacientes delicados, y uno por hacer rápido, para agilizar todo, tener todo en condiciones, yendo a traer las cosas, de repente, me torcí, me caí de rodillas. Venía con la palangana en una mano y la jarra en la otra, y me quedé como bailarina. Así como me caí, me levante en un segundo como si nada y seguí. Después, otra vez, una compañera también por hacer las cosas a las apuradas, que no te fijas bien alrededor, ella estaba asistiendo al médico y desapareció en un segundo. Resulta que se resbaló y quedó atrás de la camilla, nadie la veía. Como esas caídas tuvimos varias que fueron motivo de chistes y cargadas entre nosotros.
11. ¿Quiénes fueron los protagonistas de esa experiencia?
Nos reímos entre todos. Una vez, nos contaba una compañera que teníamos una paciente que era bastante gordita, entonces era todo un trámite, poder colocarle la chata para que ella pueda hacer sus necesidades. Entonces, en un momento, mi compañera estaba por fijarse si había terminado o no había terminado y le largo un pedo en la cara, que la peinó. La paciente le decía “te dije que no terminé”. Teníamos mucha confianza con ella, le dijo “te dije que no terminé K., vos sola te hiciste que te peine”.
12. ¿Cuáles son los aspectos de su tarea asistencial que suelen ser objeto de chistes, o motivos para la aparición de manifestaciones chistosas?
Quizás siempre se presta para chistes, la movilización. Porque al movilizar al paciente, hay algunos que están con dolor, un poquito “bajoneados”, entonces en medio de eso, cuando ya lo vas conociendo, haces bromas para

que empiece a cambiar el humor, empiece a reírse, se sienta mejor, más en confianza y, de repente, la actitud de ellos cambia. Con los días les vas preguntando cosas sobre su vida, en la medida que ellos te quieran contar, y se establece confianza para hacer bromas o comentarios graciosos para que en momentos que a ellos les molesta, como la movilización, se olviden un poco de eso. Creo que yo más, que nada en eso apunto, y después con las familias, cuando vienen, hay que tratar de hablarles. Algunos vienen con más predisposición, buena onda, te colaboran con la movilización y la higiene de los pacientes, y ellos mismos se prenden para hacer bromas con los mismos pacientes que son sus familiares. Por ejemplo, teníamos una paciente mayor que tenía un hijo y una hija, y generalmente, el que más se encargaba de la movilización y el cuidado de la paciente era el hijo varón y no la hija mujer. Entonces una vez, de repente, pasamos, me dijo el hijo “yo te voy a ayudar a llevarla al baño”, porque era una paciente gordita, entonces me ayudó a llevarla al baño. De repente, en el baño digo “bueno, ya la higienizo yo”, y él me dice “no, deja nomás, yo la higienizo. Ella tiene que perder la timidez, porque ella me limpiaba la cola cuando era chico, ¿por qué yo no voy a poder hacer lo mismo con ella ahora que estoy grande?”. Y yo me quedé como así, medio incómoda para mí, y para ella misma, la paciente, que se la veía con pudor. En esa situación, empezamos a hacer bromas y chistes sobre esa situación, y el hijo a su mamá le hacía chistes para que pierda la vergüenza con él. Que no se sienta incómoda o con pudor.

13. ¿Cuáles son los momentos y/o circunstancias en las que usted observa que aparecen los chistes en su tarea asistencial?

Cuando hacemos las tareas cotidianas con los pacientes, ya sea acomodarles la cama, bañarlos, higienizarlos, darles de comer. Generalmente, los chistes son en la sala para que ellos también escuchen y puedan participar y reírse un poco. Después, cuando vamos a la cocina, entre nosotras a veces nos contamos cosas pero relacionadas a nuestras casas, no con el trabajo, y nos reímos de esas cosas, a veces.

14. ¿Qué tipo de chistes suelen surgir?

Es variado. Generalmente, tengo un compañero que a veces, cuando entra en confianza con los pacientes, es de hacer chistes de doble sentido, y los

pacientes se prenden. O, por ahí, hemos escuchado muchos compañeros que les cambian los nombres a propósito a los pacientes para hacerles una broma de que no lo conocen, o no se acuerdan de ellos, pero los pacientes entienden que es una broma. Igual, siempre depende del paciente y qué tanto se abra. Algunos son muy reservados, te ponen una barrera que no puedes pasar, son muy pudorosos, y no logras llegar a confianza. Si entablar una conversación, pero no para chistes.

15. *¿Cree que el chiste tuvo alguna función en la resolución de esa situación?*

Yo creo que, a veces, lo que trae el chiste es más que nada, lo que hace bien. Porque el chiste trae la risa, y lo que uno muchas veces, habla, dice o hace bromas, es justamente para tener como resultado, la risa en los pacientes, por eso siempre es bueno. Te ayuda a canalizar el dolor, a canalizar los nervios, las tensiones, y de repente cuando vos empezás a entablar una relación y el paciente comienza a reírse, a sonreír... a sonreír por lo menos, vos empezás a ver un cambio en su semblante. Entre nosotros mismos, como compañeros y el equipo de salud también es lo mismo. A veces hay tensiones por las situaciones que hay, y uno cuenta un chiste y eso te ayuda a relajar, dejar tensiones y continuar con el trabajo. Siempre teniendo respeto.

16. *¿Qué opina con respecto a la utilización de los chistes en un contexto donde ocurren situaciones cercanas al sufrimiento?*

Creo que eso siempre se va a dar, dependiendo la aceptación de la otra persona, o sea del paciente. A cómo vaya... en qué proceso de la situación a la enfermedad, al proceso que está viviendo se encuentra. De acuerdo a cómo veamos nosotros eso, vamos a poder realizar bromas y chistes. Por ejemplo, nosotros tenemos una pacientita en la cama uno. Y ella es una señora que está mal, es muy difícil que salga. Y yo creo que ella también lo sabe y tiene miedo, pero aun así, cuando nosotros nos acercamos a ella y empezás a bromear, le empezás a decir cosas, se la ve con otra energía, se ríe y pareciera ser que ni siquiera piensa en la situación en la que está. Se ríe de ella misma, nosotras nos prendemos, pero sabemos que, en el fondo, le duele. Nosotros vemos que es su forma de escaparse, que vos vayas y te acerques y comiences a hablarle de cualquier otra cosa y a bromear, le ayuda en eso. Mi compañero que te digo que está de licencia ahora, se acerca y le dice "M., ojo con lo que haces mira que te voy a ...", tratándola

como si fuera una niña y ella se ríe porque, encima, ya es una señora grande. Le sigue la corriente, entonces a ella le ayuda a salir de todo el mambo de estar acá, es su escape. Ella no está en ese proceso depresivo, está intentando escaparse de esta realidad. Y sabemos nosotros, y ella lo sabe, que está en una etapa muy difícil, que no sabemos hasta que momento su cuerpo lo va a soportar, o tolerar, y, hay otros pacientes que también igual, están en ese proceso, pero sin embargo, se deprimen, están en silencio, se absorben y crean una barrera que no te dejan pasar. En esos casos, a uno le queda darles la mano, decirles que estén tranquilos y nada más. Es la única ayuda que te permiten darles.

17. ¿Lo ha experimentado en relación a su persona o en relación a los demás?, ¿En qué situaciones?

Nos cargamos entre todos. A veces a mí misma y a veces a los demás.

18. ¿Qué interpreta personalmente usted con respecto a la emergencia de chistes en su tarea asistencial? ¿En relación al uso y aparición?

Que son maneras de salir un poco de la verdadera realidad que se atraviesa en la sala. Por ahí, han pasado, muchas veces momentos de tensión, de sustos por pacientes, y nos ponemos nerviosas, y cuando vamos a tomar un té aunque sea, bromeamos sobre esa situación y las caras de espanto, o actitudes cuando nos asustamos, como para relajar un poco.

19. ¿Cuál es su opinión sobre los beneficios que tendría la utilización de los chistes en su contexto de trabajo?

Yo creo que mejora la comunicación y cambia el humor. La comunicación con pacientes y entre compañeros. A veces, a través de una broma, uno puede descomprimir si hubo enojo entre nosotros incluso. Te ayuda a escaparte de cualquier situación conflictiva, tanto para el personal como para el paciente mismo. Es sentirse bien, hace falta siempre.

20. ¿Recuerda otras situaciones que llegaron a ser objeto de risa con el tiempo? En estos momentos no, a parte de las que te comenté.

Datos del entrevistado: PARTICIPANTE 4

Sexo: F Edad: 38 Profesión: Enfermera Universitaria

Antigüedad de ejercicio profesional: 14 años Tiempo de desempeño en la UTI: 7 años

Rol que cumple: Enfermera

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Cómo es su experiencia laboral en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva?

Normal, en el sentido de que me desenvuelvo bien con los pacientes. Todo lo que implique la atención personalizada, me gusta. Lo que es traslado... no creo que haya habido un momento significativo en que haya tenido tensión con ellos.

2. ¿Cómo se conforma su equipo de trabajo?

Somos 3 por la mañana, con la supervisora a cargo. Los días de semana tenemos a las chicas que visita que nos colaboran con la atención al paciente. También tenemos un equipo de laboratorio, fisioterapia y rayos que cumplen un rol importante.

3. ¿Cómo se manejan con los turnos?

Nosotros somos permanente del turno mañana. Después hacemos guardia, en mi caso no hago, porque tengo mi bebé y no puedo.

4. ¿Qué tipos de pacientes atiende usted, generalmente?

La mayoría son dependientes. Tenemos una terapia donde el ingreso mayormente es dependiente.

5. ¿Con cuáles le resulta más complicado trabajar?, ¿Por qué?

Y, por ahí, el paciente independiente es el que más te demanda atención. Al estar lúcido, y despierto, por ahí no entiende que tenes pacientes totalmente dependientes y quieren que les prestes más atención a ellos mismos, que al que depende totalmente de vos. Con ellos hay que lidiar un poco más. Pero si los hablas, ellos entienden.

6. ¿Con cuáles le resulta menos complicado trabajar?, ¿Por qué?

Aunque suene contradictorio, los independientes son menos complicados de trabajar. Te dificulta el hecho cuando no te entienden, pero sino, son más fáciles de trabajar.

7. ¿Qué hace usted frente a esos sentimientos o pensamientos que le genera la situación de los pacientes o de sus familiares?

Y ahí tenemos los dos tipos. Los independientes tenés que hablar mucho, es mucha educación, porque ellos, lúcidos vienen en una situación crítica que necesitan mucho apoyo psicológico y mucha educación para la salud. Y a la vez, eso mismo para la familia. Y por ahí, entras en el contexto este donde tenés que usar, no sólo tu conocimiento formal sino también tu conocimiento en base a tu propia experiencia de vida. Muchas veces es ponerse en el lugar del paciente, entonces, en base a ellos, yo trabajo así. Y en los pacientes totalmente dependientes, es trabajar mucho más con la familia, porque a la familia le cuesta aceptar lo que le está pasando a su familiar. Algo totalmente desconocido, cuando los ven entubados, y pasando por tratamientos prolongados, es una situación ajena. Un día te ven bien, y al otro día con respirador, que necesitas todas las maquinarias propias de la terapia y es fuerte para ellos, por eso los hablamos mucho. Para ellos es un shock, así que trabajas mucho la parte sentimental para que logren la aceptación de lo que le está pasando a su familiar internado.

8. ¿Cómo es su relación con los familiares?

Tenés dos tipos de familias, una que acepta y te pide la ayuda, que casi siempre no te generan problemas ni nada. Y después la otra, que al desconocer lo que tiene su familiar, se muestra enojada, alterada, entonces ahí tenés que trabajar mucho más para ayudarlo a entender que su familiar está en una situación compleja, y que va a requerir por un tiempo el tratamiento y la ayuda de nosotros. Así logran abrirse a lo que uno tiene que hacer. Mayormente, logro llegarles a los familiares.

9. ¿Cuáles son las situaciones más angustiantes o estresantes que vive en la UTI?

Las muertes inesperadas, porque la mayoría de las veces, ingresa el paciente ahora, y ponele... venía solamente por una cánula de oxígeno, y se te complica, hace un paro y es afrontar la pérdida de ese paciente, más la situación de estrés en el momento que corres con los médicos y compañeros.

A todo esto, al final, cuando le avisas a la familia, y obviamente la familia, se desencaja totalmente y no entiende. Esa es la situación más perturbadora para mí.

10. ¿Existe alguna anécdota que pueda contarme dentro de su experiencia en la UTI que le haya resultado graciosa?

Si, en realidad tenemos en el turno mañana, con quienes más estoy, en tiempo. Como que siempre tratamos de que el paciente y mis mismas compañeras, tengamos un ambiente más bien holgado, sin sentimientos estresantes. Por el mismo hecho que la terapia de por sí, te implica eso. Entonces, mayormente, buscamos estar bien. Todos los días es un nuevo día y comenzamos con un chiste. Tratamos de llevarlo a diario, y que no sea una situación de estrés diariamente. Para que todo sea light.

11. ¿Quiénes fueron los protagonistas de esa experiencia?

Mayormente, usamos a nuestros mismos profesionales. Como tenemos la sala, con 6 camas, no puedes hablar muy despacio para que los pacientes no escuchen, o sea se escucha todo en la sala. Por ahí viene el chico de fisioterapia, hace alguna broma y los pacientes lúcidos se prenden, escuchan y se ríen. Es un momento en el que ellos se relajan, pueden relajarse y están tranquilos. O pueden disfrutar de los momentos, y compartir con nosotros, acotando algunas cosas. También, los profesionales que vienen, no son profesionales cerrados, la mayoría son abiertos, donde vos puedes dar lugar a decir o hacer alguna broma, tanto médicos, como enfermeros, o el chico de rayos, etc. Muy pocas veces son cerrados y no permiten bromas.

12. ¿Cuáles son los aspectos de su tarea asistencial que suelen ser objeto de chistes, o motivos para la aparición de manifestaciones chistosas?

Más que nada en las tareas cotidianas. Cuando cambiamos las sábanas por ejemplo, cargamos a los pacientes que no vayan a querer mancharlas de nuevo o ensuciarlas, pero siempre en broma. Por ahí el chico de "kinesio", que está por movilizar al paciente, los pacientes le dicen "hijito, trabaja bien", o comentan sobre su trabajo, insistiendo en que lo haga bien, y nos reímos, porque lo joden como si fuera bruto y no supiera por ejemplo. Durante toda la jornada hay situaciones de chistes y bromas, es muy usual que aparezcan. Todo el tiempo, en la mañana, vivimos sonriéndonos. Y,

mayormente, cuando está Patricia por la mañana, ella vive marcándote los puntos, lo correcto y casi siempre, nosotros para evitar la tensión que nos transmite, siempre le mandamos chistes a ellas, como diciéndole “¿qué te haces la mala?” y ella se ríe porque tiene que poner los puntos y se hace la mala pero no le sale cuando la bromeamos. Cuando los vamos a bañar también es gracioso. A veces se nos va el agua con los pacientes, y en vez de bañarlos, los inundamos. Pero en todo momento es.

13. ¿Qué tipo de chistes suelen surgir?

La mayoría son livianos, de acuerdo a la actividad que se está haciendo. No son chistes esos pesados, que puedan ofender al otro o algo. Son chistes inocentes. A veces nos ponemos apodos, pero no hirientes entre nosotros.

14. ¿Cree que el chiste tuvo alguna función en la resolución de esa situación?

En nuestro caso, en el turno mañana, yo lo tomo como que es un relax, tanto para el profesional de enfermería como para el paciente. Porque no es que nos reímos entre nosotros nomas, y lo dejamos al paciente sin participar. La mayoría de las veces lo incluimos para que también participe. Siempre están escuchando, y nosotras somos re “loras”, hablamos súper fuerte, entonces apenas escuchan y se prenden. El familiar también, en el horario de visita, también escucha y se prende. A veces los mismos pacientes se ríen de la situación en la que están, de su misma limitación en ese momento y todo se descontractura cuando pasa eso.

15. ¿Qué opina con respecto a la utilización de los chistes en un contexto donde ocurren situaciones cercanas al sufrimiento?

Yo creo que es lo mejor, genera un ambiente en donde tengas... sí, tenemos situaciones de estrés, pero cada momento tiene su situación. Igual, el chiste, en nuestro turno, para mí es muy beneficioso porque te permite relajarte, liberar tensiones. Creo que si estaríamos todo el tiempo rígidos, y no habría situaciones de chistes, no serviríamos como equipo y eso tampoco le serviría al paciente. Es lo mejor que tenemos en el equipo, el chiste.

16. ¿Lo ha experimentado en relación a su persona o en relación a los demás?,
¿En qué situaciones?

En relación a mi persona, y ponele, al verlo en P., cuando está sola y alterada, el largarle un chiste hace que se relaje. Y yo, por ahí, cuando me siento mal, y escucho reírse a otro, hace que te relajes, que bajes un cambio

y bueno, que entres de nuevo al camino. Estas en el trabajo, pero si, todo tiene su momento.

17. ¿Qué interpreta personalmente usted con respecto a la emergencia de chistes en su tarea asistencial? ¿En relación al uso y aparición?

Es importante usar los chistes porque son buenos. Es bueno que aparezca en el trabajo el chiste. Está bien hacer el chiste, tener ese momento de relax que te produce, y seguir nuestro trabajo, con la responsabilidad que implica pero con otra onda. Si bien, nos relajamos y hacemos chistes, seguimos con nuestras responsabilidades. Y cuando hay que afrontar una situación importante, lo hacemos en equipo. En los momentos de duelo, se guarda silencio y respeto. Obviamente no estamos todo el tiempo risas, pero cada momento tiene su tiempo.

18. ¿Recuerda chistes o situaciones cómicas referidas a su trabajo diario?

Si, surgen eventualmente y con distintas personas. Los que te relataba hace rato, con los compañeros se relacionan a las actividades que tenemos que hacer acá en nuestro rol de enfermeros, digamos. Y sumamos a los médicos y otros profesionales para que se prendan. Y, por otro lado, con los pacientes... ellos mismos se ríen de la situación en la que están, o de nosotros mismos cuando los ayudamos.

19. ¿Cuál es su opinión sobre los beneficios que tendría la utilización de los chistes en su contexto de trabajo?

Te permite trabajar más pacíficamente, más en grupo. El compartir chistes nos hace como más unidos. Como que afianza el grupo también.

20. ¿Recuerda otras situaciones que llegaron a ser objeto de risa con el tiempo?

Por ahí, el tema de mi compañera que es Cordobesa. En un principio, la cargábamos por cómo hablaba, pero ahora ya es normal que la carguemos. Ella se llama "Patricia" y le decimos la Pato, pero la "Patotera", ella se manda una como "Pato criolla" le decimos. Pero el chiste nos ayuda bastante, con los pacientes también. Vos lo podes ver, se los ve distintos. Cuando el paciente ingresa en la terapia, por ejemplo, la señora de la cama 2, ella al ingresar era una persona seria, estaba fastidiosa por el dolor, todo le molestaba. Pero ella, hoy por hoy, se sienta y busca las caras para saludarte, sonreír. Cuando llegamos y saludamos "Hola buen día", con buena onda, ella también cambió mucho la actitud. O con tus compañeras,

siempre buscas la manera en la que se ría. Es muy favorable, y para el paciente también. Los mismos médicos, a veces vienen recargados de guardias. Ellos hacen de 24 horas, o a veces 48 horas, y por ahí que le digas “He doctor, ¿ya se trajo la valija?” o “Mirate la barba que ya tenés”, ellos también se ríen. Se ve que sí es bueno el chiste, les baja las tensiones. También nos ayuda a sociabilizar.

Datos del entrevistado: PARTICIPANTE 5

Sexo: F Edad: 35 Profesión: Enfermera Profesional

Antigüedad de ejercicio profesional: 10 años Tiempo de desempeño en la UTI: 6 años

Rol que cumple: Enfermera

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Cómo es su experiencia laboral en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva?

Bien, o sea, con buenas relaciones.

2. ¿Cómo se conforma su equipo de trabajo?

Yo soy de la nocturna. Somos 3 enfermeras, con el médico de guardia.

3. ¿Cómo se manejan con los turnos?

Tenemos turnos fijos, y de ahí, cuando hacemos las guardias activas.

4. ¿Qué tipos de pacientes atiende usted, generalmente?

Siempre hacemos rotación de pacientes. Atendemos todos los pacientes que ingresan a la terapia, pero tenemos una modalidad en cada turno. Nosotras, por ejemplo, somos 3 enfermeras en la noche y nos rotamos los pacientes. Son 6 camas donde, cada una tiene 2 pacientes y a la siguiente noche, rotamos.

5. ¿Con cuáles le resulta más complicado trabajar?, ¿Por qué?

A veces necesitamos colaborarnos con la movilización entre nosotros, porque son pacientes obesos o tienen alguna prótesis, que nos hace que necesitemos ayuda.

6. ¿Con cuáles le resulta menos complicado trabajar?, ¿Por qué?

Ninguno.

7. ¿Qué hace usted frente a esos sentimientos o pensamientos que le genera la situación de los pacientes o de sus familiares?

Tratamos de hablarlos, de darles ánimo a que sigan, darles fuerzas para que pongan voluntad y tengan una “onda positiva” para recuperarse. Decirles que eso va a ser mejor para ellos.

8. ¿Cómo es su relación con los familiares?

Bien, tratamos siempre de que tengan tranquilidad. Nosotros vemos menos a la familia que los otros turnos, pero siempre bien. Nos ponemos en el lugar de ellos, y de ahí, informarles hasta donde nosotros podemos informar así están tranquilos. Por ahí hay cosas que no podemos decir, el médico les da la parte médica, hasta ahí nomás podemos hablar nosotros.

9. ¿Cuáles son las situaciones más angustiantes o estresantes que vive en la UTI?

Por ahí cuando te toca personas jóvenes, que son pacientes terminales o por ahí, que son madres. Que vienen con un posparto, pasó otra cosa, y no se van a recuperar. Pacientes con cáncer. Gente joven terminal, esa situación uno si se angustia. O cuando dejan chicos chiquitos.

10. ¿Existe alguna anécdota que pueda contarme dentro de su experiencia en la UTI que le haya resultado graciosa?

Si, o sea hay muchas porque tratamos de que todos los pacientes conscientes estén bien. Cuando estamos de noche, hay pacientes que les gusta escuchar música, y bromean con las canciones, comienzan a cantar y recordar cosas, te cuentan anécdotas. Nos pasó una vez que una señora tenía a su marido preso, justo era para el día de los enamorados, hace unos 2 años atrás. El marido estaba preso, los dos consumían, y tenían hijos en común. Hace bastantes años estaban juntos, y cuando cae preso recién le pide matrimonio. Ella decía que uno después de los 30 años se vuelve a enamorar, y ella las cargaba a algunas compañeras cuarentonas. Él en la cárcel, le escribía cartas de amor, y nos parecía gracioso porque le decía que se iban a casar cuando salga, y tenía perpetua. Por eso, nos resultaba muy gracioso, porque eso no iba a pasar nunca entonces.

11. ¿Quiénes fueron los protagonistas de esa experiencia?

Y depende de los pacientes. Entre nosotros nos bromeamos, pero a veces los mismos pacientes se ríen de ellos, si es que hay confianza.

12. ¿Cuáles son los aspectos de su tarea asistencial que suelen ser objeto de chistes, o motivos para la aparición de manifestaciones chistosas?

Siempre en el momento en el que estamos por hacer la medicación, ellos bromean con que vos los vas a drogar, y eso es gracioso.

13. ¿Cuáles son los momentos y/o circunstancias en las que usted observa que aparecen los chistes en su tarea asistencial?

En todo momento, en la medicación o en los controles, cuando vos estás más cerca, ellos se prenden. O escuchan conversaciones entre compañeras y participan.

14. ¿Qué tipo de chistes suelen surgir?

Depende el paciente. Por ahí son con respecto a sus características físicas. Por ahí te cuentan cosas de sus parejas y les sacan el cuero a ellos. Siempre es de algo personal, o de la familia, pero siempre con respeto. No hay algo específico que te pueda decir que buscamos un chiste. No lo planeamos, siempre se da en alguna situación en la que estamos pasando.

15. ¿Cree que el chiste tuvo alguna función en la resolución de esa situación?

Si porque tanto para nosotros como profesionales, como para los pacientes, nos ayuda a reconfortarnos. Es reconfortante ver a los pacientes bien, por eso los hablas, les das ánimo, los acaricias, y tratas de estimularlos haciendo que se rían de alguna manera. Cuando les haces chistes, ves que descargan sus tensiones de esa misma situación. De noche, ponemos música, nos ponemos a bailar y cantar, o los bromeamos con que “mmm, ¿A quién te hará acordar ese tema?”. Creo que te hace olvidar de eso, el momento ese en que estas internado, por lo que estás pasando. Calculo que es como que evitas pensar cosas feas por un rato.

16. ¿Qué opina con respecto a la utilización de los chistes en un contexto donde ocurren situaciones cercanas al sufrimiento?

Ayuda a descongestionar la situación fea que los pacientes pasan acá y nos hacen trabajar mejor a nosotros.

17. ¿Lo ha experimentado en relación a su persona o en relación a los demás?, ¿En qué situaciones?

A las dos. Porque en algún momento, yo también estuve internada, lo viví, y te pones en el lugar de los pacientes tratando de entenderlos, y que puedan relajar, y olvidar lo que está pasando por ese momento.

18. ¿Qué interpreta personalmente usted con respecto a la emergencia de chistes en su tarea asistencial? ¿En relación al uso y aparición?

Una buena relación. Estar con buen ánimo. Hacer, yo calculo que eso, permite hacer mostrar al paciente de que estás predispuesta a ayudarlo en tu trabajo, aunque vos mismas tengas tus problemas. Somos oído de ellos, y

les damos contención. Una de esas maneras es hacerle un chiste para que se les vaya el bajón, piensan cosas positivas, que cambien el ánimo.

19. ¿Recuerda chistes o situaciones cómicas referidas a su trabajo diario?

Una vez, un paciente vio que una compañera de trabajo estaba medio estresada o enojada, que lo notamos todos, y empezó a tirarle piropos, ubicados pero como a “tirarle onda” y mi compañera se empezó a reír, sintió como una cierta incomodidad, pero a nosotras nos causó mucha risa.

20. ¿Cuál es su opinión sobre los beneficios que tendría la utilización de los chistes en su contexto de trabajo?

Y eso, de que estimula al paciente. Hace que el paciente sonría, de tirarle buena onda. Que tenga confianza con nosotros también, para que sea más llevadero hacer nuestro trabajo con ellos y asistirlos. Si me agarra confianza, ellos también me hacen chistes, siempre cosas ubicadas, sabiendo hasta donde poder llegar, y les hace bien a ellos para sentirse más cómodos. A parte, porque se torna un buen ambiente de trabajo. La noche se hace más corta. Cuando los vas a bañar, sienten más seguridad. Y acorta el tiempo.

21. ¿Recuerda otras situaciones que llegaron a ser objeto de risa con el tiempo?

No, no recuerdo nada ahora.

Datos del entrevistado: PARTICIPANTE 6

Sexo: F Edad: 44 años Profesión: Enfermera Profesional

Antigüedad de ejercicio profesional: 11 años Tiempo de desempeño en la UTI: 6 años

Rol que cumple: Enfermera

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Cómo es su experiencia laboral en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva?

Me gusta.

2. ¿Cómo se conforma su equipo de trabajo?

A la noche, somos 3 enfermeros.

3. ¿Cómo se manejan con los turnos?

Los turnos son 2 a la noche, A y B, y después tenés turno mañana y tarde. Son de 7hs a 14hs, de 14hs a 21hs y de 21hs a 7am.

4. ¿Qué tipos de pacientes atiende usted, generalmente?

Los pacientes son de estado crítico, y la mayoría con respirador, que son los más complicados.

5. ¿Con cuáles le resulta más complicado trabajar?, ¿Por qué?

Ninguno en particular.

6. ¿Con cuáles le resulta menos complicado trabajar?, ¿Por qué?

Tampoco, ninguno.

7. ¿Qué hace usted frente a esos sentimientos o pensamientos que le genera la situación de los pacientes o de sus familiares?

En ese sentido, yo no soy muy sociable con los familiares, por eso siempre preferí trabajar en el turno noche, porque no los ves mucho. A los pacientes, o algo, uno trata de contenerlos, pero como te digo, la mayoría tienen respirador y no están lúcidos. Muy poco son los lúcidos que están despiertos digamos.

8. ¿Cómo es su relación con los familiares?

Como te comentaba, yo no tengo relación con ellos, sólo cuando hago guardias por la mañana y una que otra vez, me toca.

9. ¿Cuáles son las situaciones más angustiantes o estresantes que vive en la UTI?

Los fallecimientos, porque uno intenta hacer todo y a veces no se puede, y eso te frustra mucho. Más cuando son pacientes jóvenes.

10. ¿Existe alguna anécdota que pueda contarme dentro de su experiencia en la UTI que le haya resultado graciosa?

Hay varias. Generalmente por la noche, suele suceder que los pacientes se desorientan y empiezan a hablar tonteras.

11. ¿Quiénes fueron los protagonistas de esa experiencia?

Generalmente, hacemos bromas mis compañeros, mayormente, el chico que trabaja conmigo por la noche, y ahora está de licencia, o a veces nos reímos de los pacientes, pero siempre en un contexto de respeto, entre nosotros, para que ellos no escuchen. No nos reímos, o burlamos de su situación pero sí de situaciones que ellos mismos hacen, protagonizan digamos. Los pacientes de noche, empiezan a delirar y hablar tonteras.

12. ¿Cuáles son los aspectos de su tarea asistencial que suelen ser objeto de chistes, o motivos para la aparición de manifestaciones chistosas?

Mi compañero ese, que todo el tiempo nos reímos. Saca chistes de cualquier cosa, ya sea de cosas que le pasaron cotidianamente fuera del trabajo, no te puedo explicar, no sé cómo explicarte.

13. ¿Cuáles son los momentos y/o circunstancias en las que usted observa que aparecen los chistes en su tarea asistencial?

Es que, depende, en cualquier momento te puede parecer algo chistoso.

14. ¿Qué tipo de chistes suelen surgir?

Por ejemplo, nosotros nos reímos, no del paciente, sino de las cosas que ellos inventan cuando se desorientan de noche o se olvidan que están acá. El hombrecito que tengo, anoche decía que era carpintero, se conoce 5 idiomas, era enfermero también, cosa que sabes que no es así, porque más o menos ya conoces algo de su vida o de lo que hizo, y te inventa cosas sin darse cuenta, obviamente.

15. ¿Cree que el chiste tuvo alguna función en la resolución de esa situación?

No sé si resuelve, pero te hace pasar los malos momentos.

16. ¿Qué opina con respecto a la utilización de los chistes en un contexto donde ocurren situaciones cercanas al sufrimiento?

Que es una forma de no meterse tanto en el sufrimiento de las personas, sino nos vamos a volver locos. O sea yo al chiste lo utilizo como una forma de distanciarme de la situación de ellos como pacientes y evitar que me afecte lo que les sucede. Como que yo con los chistes que puedo hacer en ese momento, o que alguien hace, intento reírme para poner una barrera, que no me comprometa mucho con la realidad del paciente, porque sino me angustio.

17. ¿Lo ha experimentado en relación a su persona o en relación a los demás?,
¿En qué situaciones?

Generalmente, en relación a los pacientes.

18. ¿Qué interpreta personalmente usted con respecto a la emergencia de chistes en su tarea asistencial? ¿En relación al uso y aparición?

No sé, que surgen para que descarguemos un poco la tensión que es trabajar en este contexto, por así decirlo, y que nos podamos olvidar por momentos de todo lo feo que pasa y que vemos acá.

19. ¿Recuerda chistes o situaciones cómicas referidas a su trabajo diario?

Una vez, un paciente se despertó después de estar inconsciente durante un par de días, y lo primero que dijo fue: - “¿Y ahora? ¿Cuál me mandé?”... Como diciendo que siempre se manda alguna macana, y se preguntaba qué habrá hecho para terminar acá.

20. ¿Cuál es su opinión sobre los beneficios que tendría la utilización de los chistes en su contexto de trabajo?

No estresarnos tanto.

21. ¿Recuerda otras situaciones que llegaron a ser objeto de risa con el tiempo?

No. Una vez, por ejemplo, me tocó hacer guardia a la mañana, y había un paciente que pareciera ser estaba hace días. Cuando se despierta, como era la primera vez que me tocaba hacer guardia a la mañana cuando él estaba, y nunca me había visto, me dice “¿Qué pasó? Uno se duerme un ratito y ya te cambian la enfermera!” porque parece que le había gustado mi compañera que siempre está por la mañana y ese día no le tocaba ir.

Datos del entrevistado: PARTICIPANTE 7

Sexo: F Edad: 43 Profesión: Enfermera Profesional

Antigüedad de ejercicio profesional: 15 años Tiempo de desempeño en la UTI: 6 años

Rol que cumple: Enfermera

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Cómo es su experiencia laboral en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva?

Buena, es un área en la que me siento muy cómoda trabajando. En un principio, puede llegar a ser fuerte (recordando los primeros años) pero después, con la experiencia, sentís que es tu lugar. Por lo menos, eso me pasa a mí.

2. ¿Cómo se conforma su equipo de trabajo?

Somos 3 enfermeros en el turno.

3. ¿Cómo se manejan con los turnos?

Son turnos, mañana, tarde, noche A y B. El puesto es fijo en cada turno pero podes hacer guardias si querés.

4. ¿Qué tipos de pacientes atiende usted, generalmente?

Todo tipo de pacientes, con cuadros críticos. Desde gente que tuvo un ACV, hasta accidentes de tránsito, neumonías que se complicaron por ejemplo, niños, accidentados, etc.

5. ¿Con cuáles le resulta más complicado trabajar?, ¿Por qué?

En general, personalmente, con gente muy mayor, o personas jóvenes, porque emocionalmente me resulta más pesado.

6. ¿Con cuáles le resulta menos complicado trabajar?, ¿Por qué?

Con pacientes que están lúcidos.

7. ¿Qué hace usted frente a esos sentimientos o pensamientos que le genera la situación de los pacientes o de sus familiares?

En general, es un ámbito en el que se encuentra mucha angustia, estrés, sobre todo los familiares que se impactan por ver en estado crítico a su familiar. Además, los familiares piden soluciones rápidas, urgentes al problema, y eso genera presión al personal, que hacemos lo que está

siempre a nuestro alcance y del mismo equipo, pero a veces son situaciones tan graves que no nos queda más que intentar transmitir, de la manera que sea, confianza y tranquilidad, siempre en una posición lo más pacífica posible.

8. ¿Cómo es su relación con los familiares?

Buena, se intenta que sea lo mejor posible porque uno empatiza y entiende la desesperación por ver a un familiar, amigo, o lo que sea en un estado tan crítico, o entubado por ejemplo. Se intenta ser lo más tolerante posible.

9. ¿Cuáles son las situaciones más angustiantes o estresantes que vive en la UTI?

Cuando ya es sabido que el paciente internado, es un paciente terminal. Donde no se puede hacer más que esperar a que “parta”. Se requiere mucho tratamiento y cuidados paliativos, tanto para ellos como para la familia en sí.

10. ¿Existe alguna anécdota que pueda contarme dentro de su experiencia en la UTI que le haya resultado graciosa?

Sí, hay muchas. El reírse calma mucho la ansiedad que uno tiene diariamente. Una vez, había que transportar a un paciente internado en ambulancia a un consultorio externo para hacerle otros estudios y cuando llegamos al lugar, se habían olvidado al paciente.

11. ¿Quiénes fueron los protagonistas de esa experiencia?

De las experiencias graciosas siempre son los pacientes o tus propios compañeros de trabajo, que a veces se mandan chistes demasiado graciosos.

12. ¿Cuáles son los aspectos de su tarea asistencial que suelen ser objeto de chistes, o motivos para la aparición de manifestaciones chistosas?

Las actividades rutinarias siempre se prestan para chistes, desde bañarlos, hasta darles de comer, atenderlos, etc.

13. ¿Cuáles son los momentos y/o circunstancias en las que usted observa que aparecen los chistes en su tarea asistencial?

Por ejemplo, cuando los bañamos, les hacemos chistes como que les vamos a cobrar \$100 pesos por cada baño, y ellos te miran desconcertados, pero después entienden que es un chiste. O, muchas veces ha pasado, que las personas que llegan por primera vez, y están lúcidas, hacen chistes sobre su misma condición. Uno, había hecho un paro, del que salió y cuando

despertó le explicamos lo que había pasado, y empezó a decir: “primer día que llego acá, y esta enfermera hace que se me pare el corazón”, como tirándole onda a una compañera, y nos empezamos a reír todos.

14. ¿Qué tipo de chistes suelen surgir?

Y mira, sin mentirte, aparecen de todo tipo. A veces son más tranquilos, inocentes, y otras veces salen otros oscuros y negros, pero mayormente, esos siempre son entre nosotros, como compañeros de trabajo. Quizás, podrías juzgar que está mal, más si te digo que aparecen estos chistes negros, pero creo que es una manera de aliviar un poco la misma tensión que genera la UTI día a día. Yo, con otro compañero, y el “fisio”, por ejemplo, somos muy del humor negro, ¿viste? Pero bueno, que se yo, podría ser malo no sé.

15. ¿Cree que el chiste tuvo alguna función en la resolución de esa situación?

Sí, yo creo que la función de hacernos chistes es, primero, para generar un lindo ambiente de trabajo, tanto con los compañeros enfermeros, el doctor, los pacientes y, cuando vienen, los familiares. Hace que trabajemos con otra onda, más positiva, ¿entendés? O sea, el chiste nunca resuelve la situación real que pasa, pero a nosotros nos ayuda para evitar los bajones muchas veces, aliviar el estrés y la tensión.

16. ¿Qué opina con respecto a la utilización de los chistes en un contexto donde ocurren situaciones cercanas al sufrimiento?

Me parece muy beneficioso, porque como te digo, nos ayuda a nosotros como enfermeros a trabajar mejor, a generar vínculos de confianza con el paciente, siendo que tenemos que estar todo el día prácticamente con ellos, y es bueno que nos llevemos bien.

17. ¿Lo ha experimentado en relación a su persona o en relación a los demás?, ¿En qué situaciones?

En relación a mí misma, y a otros. O sea me he reído de mí misma muchas veces, por ejemplo, cuando recién empezaba como enfermera en la UTI, habían actividades que no las haces siendo enfermera en otra área digamos, entonces muchas veces se me olvidaban ciertos pasos que tenía que hacer, porque me encontraba como presionada en un principio, era como un ambiente más fuerte que al que venía acostumbrada como enfermera. Y vi que a otras compañeras que también fueron nuevitas en su momento, les pasaba lo mismo. Son actividades rutinarias que a veces se te pasan, te

olvidas de hacer cosas, y cuando te das cuenta, te reís. Una vez, por ejemplo, había ayudado a un paciente a que vaya al baño para que pueda higienizarse, y él quería hacerlo solo. En ese entonces, como que si podía, y lo dejé tranquilo bañándose, mientras me puse a atender a otros pacientes. Como al rato, largo, me acuerdo que lo había dejado en el baño y nunca más había salido, y voy corriendo. Cuando me ve, me dice “está bien que tengo cierta movilidad, pero ya que me dejes tirado como un trapo me parece mucho!”. A mí me dio mucha risa, pero a la vez, obviamente, me sentí súper mal. Y me dice “de todas formas, si yo fuera vos, hubiese hecho lo mismo, así que me parece que nos vamos a llevar bien”.

18. ¿Qué interpreta personalmente usted con respecto a la emergencia de chistes en su tarea asistencial? ¿En relación al uso y aparición?

Desde mi interpretación, considero que aparece como una forma de generar alivio cuando existe internamente una cierta tensión, ya sea por el trabajo mismo, o problemas que uno pueda tener en la casa por ejemplo, y no deja de pensar en eso. Hay compañeros que ya todo el tiempo son bromistas, como su forma de ser, y me parece que esa gente usa los chistes como una escapatoria a todo directamente, porque a veces incluso en situaciones feas, que no daban para hacer un chiste, ni entre nosotros, ríe pero es como que si fuera para no llorar, ¿entendés?

19. ¿Recuerda chistes o situaciones cómicas referidas a su trabajo diario?

Te podría contar miles mira. Una vez, me acuerdo, uno medio turbio, que había un paciente que no podía mover si quiera los pies, había tenido un accidente y se le paralizó la parte de abajo. Después de todo unos días internado, y un montón de estudios, el paciente dice que puede mover el dedo del pie, y uno de los compañeros, cuando estábamos solos nos dice “Ya quisiera, eso es un reflejo”. Y fue re oscuro pero gracioso en ese momento, pero fue cuando estábamos solos.

20. ¿Cuál es su opinión sobre los beneficios que tendría la utilización de los chistes en su contexto de trabajo?

Opino que es muy beneficioso ya que genera confianza con los pacientes, entre nosotros mismos como trabajadores de la UTI, y nos ayuda a poder sentir una cierta energía positiva, un bienestar personal, porque al reírnos, descargamos lo malo que podemos sentir en ese momento, por lo menos,

durante un ratito. O sea me parece que aporta a la salud mental y emocional de todos, es bueno que nos riamos.

21. *¿Recuerda otras situaciones que llegaron a ser objeto de risa con el tiempo?*

Si, una vez era la hora de darles de comer a unos pacientes y a uno no le gustaba la comida que habíamos dado en ese momento. Ni me acuerdo qué era. Entonces se resistía a comer, y una de las chicas le dice “pero tenés que comer si no te puede hacer mal”. Y el responde “pfff de todos modos estoy más del lado del harpa que de acá, así que deja nomas, al cabo que ni quería comer”. Y fue gracioso en ese momento, porque reconocía que estaba en una situación bastante crítica pero aun así hizo un chiste de eso.

Otra vez, con otro paciente, viene un amigo a visitarlo a terapia y le pregunta qué le había pasado, y él le dice “¿No ves cómo estoy hecho aca? La negra me descubrió con la otra” y escuchamos todos y nos largamos a reír. Había tenido un accidente de tránsito pero le dijo al amigo, como chiste, que la mujer lo había dejado así.

Datos del entrevistado: PARTICIPANTE 8

Sexo: F Edad: 36 años Profesión: Licenciada en Enfermería

Antigüedad de ejercicio profesional: 10 años Tiempo de desempeño en la UTI: 6 años

Rol que cumple: Enfermera Operativa Asistencial

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Cómo es su experiencia laboral en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva?

En general, es buena, buena. Nosotros trabajamos, por lo general, desde que empezó, desde que se abrió la terapia somos el plantel de la noche, por ejemplo. Y ya, hace bastante tiempo que venimos trabajando juntos. Como toda familia, tenemos sus altibajos pero siempre es una buena relación, divertida.

2. ¿Cómo se conforma su equipo de trabajo?

Somos tres enfermeros en la noche y el médico de guardia. El supervisor y el personal de limpieza. Uno lo llama al supervisor si lo necesita.

3. ¿Cómo se manejan con los turnos?

Son turnos fijos. Somos de noche, hacemos 2x2. O sea caiga feriado o fin de semana, hacemos 2x2 igual, y nos dan beneficios, por ejemplo puntos y devoluciones en feriados.

4. ¿Qué tipos de pacientes atiende usted, generalmente?

Se atiende de todo. El hospital por ejemplo, es de complejidad 3. Atendemos de todo tipo, maternidad, lo que son cesáreas complicadas, poli traumatizados, cirugías. Por ejemplo, ahora tenemos uno de neuro por ejemplo. De abdomen, de todo en general. Menos los que son por ejemplo, la parte cardiológica.

5. ¿Con cuáles le resulta más complicado trabajar?, ¿Por qué?

Yo creo que por ahí, no sé si es complicado, sino es un poco más estresante, los post quirúrgicos, que ya vienen, que te comentan que ya empezaron mal, y vienen de cirugía o bien de la guardia, te estresas un poquito por su situación, pero en general bien. Nosotros por ejemplo, somos 3 en la noche y tenemos una manera de trabajar muy particular. Cada uno cumple un rol,

pero eso lo fuimos haciendo de forma espontánea. Nadie lo estableció. Nos organizamos así, por ejemplo, a algunos pacientes uno prepara el ventilador, el otro llama al médico, es automático. Por eso es que no se hace tan estresante en ese sentido, en pacientes específicos.

6. ¿Con cuáles le resulta menos complicado trabajar?, ¿Por qué?

Cuando son pacientes que están hace tiempo, más de un mes. Tenemos una pacientita que está hace bastante, más de un año, internada, y es más fácil lidiar con ellos porque están en tratamiento tranquilo, no cambian nada, ya se sabe que no van a empeorar, por ejemplo.

7. ¿Qué hace usted frente a esos sentimientos o pensamientos que le genera la situación de los pacientes o de sus familiares?

Y eso, bueno, nosotros en general no tratamos mucho con la familia porque somos turno nocturno, pero con algunos si hemos tratado y por lo general, tratamos de mantenernos neutral. A veces nos dicen algunas cosas, malas, en cuanto a nuestro trabajo pero uno siempre calma. Hasta ahí nomás, no podemos decir nada tampoco porque somos personal asistencial y recibimos lo que nos dicen. Si ya trasciende a otra cosa, va el médico. Algunos familiares si tienen un carácter particular pero hay que tranquilizarlos. A los pacientes complicados con su actitud también, no te digo que hay que complacerlos en todo, pero en lo que se pueda para que estén tranquilos y cooperen con las mismas tareas que hay que hacerles a ellos.

8. ¿Cuáles son las situaciones más angustiantes o estresantes que vive en la UTI?

Más que nada los decesos. O padecimientos que vos decís, “¿Tan rápido se descompensó?” y la familia también está mal, angustiada, pero eso vendría a ser uno. O casos de chicas, hace bastante, jovencitas. Me acuerdo de una, que estuvo hace bastante y mucho tiempo con nosotros y uno le toma cariño. Y con ese cariño, era como una hija, pero después nos dimos cuenta, que ya empezó a cambiar un poco su carácter, que ya nos estábamos pasando. Es como cuando vos malcrías a un hijo, hasta acá llegamos. Entonces ahí cambiamos, está bien que le tengas cariño pero es paciente, no debe pasar de eso a veces.

9. ¿Existe alguna anécdota que pueda contarme dentro de su experiencia en la UTI que le haya resultado graciosa?

Por lo general, nosotros siempre nos estamos riendo de tonteras, más con mi otra compañera que es terrible. Siempre hay algo para decir, algún gesto ya sea, o alguna palabra, ocurrencia, que se entiende mal, se distorsiona y nos reímos. Yo te puedo decir que nos divertimos, obviamente uno a veces tiene su mal día pero cuando nos damos cuenta, y decimos “muda”, para tampoco provocar problemas. Pero nos conocemos de tanto tiempo, y ya hay más confianza. Nos reímos de todo. A veces, por ejemplo, llegan pacientes adictos, y una compañera dice “uh, ¿Ya llegó un turuleco?” y nos comenzamos a reír.

10. ¿Quiénes fueron los protagonistas de esa experiencia?

Nosotras entre compañeras. Una, por ejemplo, dice que le hacemos bullying pero no es bullying, es una manera de cargarla. Por ejemplo, ella está soltera y le decimos “y el anillo pa cuándo?” como la canción de Jennifer López, sabiendo que ella no quiere nada con alguien. O siempre, la estamos cargando, a veces se enoja un ratito y se le pasa. Es dónde más nos reímos con respecto a eso. A veces traemos cosas de la casa, ¿Viste? De afuera, y nos cuenta que tuvo una cita que fue un fiasco, ya ahí escucha un paciente y le dice “y cuando yo me levante, ¿Podemos salir una vez aunque sea?, porque vos estas linda, yo estoy lindo, podría ser ¿no?” y ahí ya nos empezamos a reír. Con los pacientes, depende. Por ejemplo, tenemos una paciente que hoy se fue a piso, pero ella se prendía. Hacía chistes. La paciente gordita de la cama uno, ella se prende en todo, y otras pacientes también se prendían. Por ejemplo, las pacientes se ponían de costado y se hablaban de cama en cama, la 1 y la 3, como si estuvieran en un café, y resultaba súper gracioso.

11. ¿Cuáles son los aspectos de su tarea asistencial que suelen ser objeto de chistes, o motivos para la aparición de manifestaciones chistosas? (Paciente, familiar, compañeros de trabajo, función, etc.)

Y, por lo general, en la administración de la medicación. Por ejemplo, le decimos a la otra “¿Conseguíme paracetamol? 1 gramo” y la otra me dice “bah, sólo tengo 2 de 500mg” y nos reímos porque es lo mismo. Chistes inocentes siempre, con respecto al trabajo porque es lo que tenés acá, ¿Viste? Después por ahí, nos contamos cosas que nos pasó algo durante la semana o días que no nos vimos, y nos contamos y comenzamos a reírnos

por los años y la confianza. Es como que todos somos una familia. Por ejemplo, una compañera siempre me dice que ella es como mi mamá, porque todo el tiempo está diciéndome las cosas que tengo que hacer, es joven, pero tiene sus hijos grandes también y me dice “L., te tenes que abrigar porque te vas a enfermar”, o “L., lávate bien las manos siempre” y es gracioso porque esas cosas uno ya las sabe, y más por ejemplo, acá en la terapia entonces nos indicamos cosas que ya sabemos que tenemos que hacer y cómo hacerlas.

12. ¿Cuáles son los momentos y/o circunstancias en las que usted observa que aparecen los chistes en su tarea asistencial?

(Respondida)

13. ¿Qué tipo de chistes suelen surgir?

Es todo lo mismo, la cargamos a mi compañera por soltera, le decimos “che, por qué no te enganchas con el de la cama 5? Porque sino se te van a pasar los años”, y le hacemos comentarios tontos de ese estilo, como para que se ponga de novia. Entonces son cargadas porque no tiene pareja, o porque sale, o por lo que sea. Por ahí la relacionamos con alguna persona, ya sea paciente, médico, compañeros, lo que sea, y le empezamos a hacer historias como que se va a casar, van a tener hijitos, y alucinamos.

14. ¿Cree que el chiste tuvo alguna función en la resolución de esa situación?

Y sí, baja la tensión. Claro. O en momentos... ha habido situaciones que se han empezado a complicar y era tanto lo que uno se estresa por su situación a veces y uno por ahí se concentra ¿no? Que siempre sale alguna no sé... que se yo, uno por ahí se tropieza y ya ahí empieza la risa o sale mi compañero con sus chistes, a veces de mal gusto (ríe) pero que igual nos reímos, intentando que no nos vean. Una vez, una paciente se intentaba levantar de la cama, y no podía, y mi compañero dice “no sé si no puede por lo que tiene (su enfermedad) o porque esta medio chanchita, bah! Tiene las dos cosas”, lo dijo despacito para nosotros y nos reímos por ejemplo. No sé si estará bien o mal, pero a veces nos reímos de esas cosas.

15. ¿Qué opina con respecto a la utilización de los chistes en un contexto donde ocurren situaciones cercanas al sufrimiento?

Sí, es importante, el buen humor, el hacer chistes y bromas, todo eso, porque es como, una manera de llegar también a los pacientes. Y la parte gestual

también, porque si vos sos medio así, como mala onda, o a los mismos compañeros, no generas confianza. Digamos, si bien estamos los 3 de siempre, cuando uno falta y otro hace el reemplazo, es una manera, no de la misma magnitud, pero hacemos chistes suaves, para reírse y tener una conversación que lo haga sentir cómodo en el turno de la noche.

16. ¿Qué interpreta personalmente usted con respecto a la emergencia de chistes en su tarea asistencial? ¿En relación al uso y aparición?

Yo creo que es más que nada porque, el servicio ya te da como, son pacientes complicados, ¿Cómo haces? Cómo... esto, ¿Cómo este otro? Y necesitas que surjan para calmar un poco esos pensamientos y preocupación. Digamos, la parte gestual, el ser amable, el hacer un pequeño chiste de lo que sea, para que aparezcan las sonrisas, y vos las muestras a la gente que viene de afuera, es como que ya le das otra mirada digamos. Porque nosotros tenemos chicos que por ahí no quieren venir con nosotros, porque tienen otra imagen del servicio, como todo negativo y feo. Y si, están los más complicados en el servicio, pero la podes pasar medianamente bien igual, siendo que hacemos chistes entre nosotros, o a veces con los mismos pacientes para que la situación no se torne incómoda o mala onda. Nosotros siempre risas, charlamos una cosa, o comentamos otra, como para cambiar eso. Para cambiar el ánimo que de por sí hay en este servicio. Dicen terapia y es como que les da una situación fea, una carga negativa, y por ejemplo hay chicas que no quieren venir acá en el servicio, pero ellos no comprueban que si vos trabajas bien con tus compañeros, el servicio es llevadero. La podes pasar bien. Si vos sos una persona aislada, en un grupo de dos o tres, y no te prendes al humor y las bromas que se hacen, y si, se te hace más pesado, no lo recibís bien. Pero es muy importante, es importante.

Datos del entrevistado: PARTICIPANTE 9

Sexo: M Edad: 36 años Profesión: Licenciado en Enfermería

Antigüedad de ejercicio profesional: 11 años Tiempo de desempeño en la UTI: 5 años

Rol que cumple: Enfermero

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Cómo es su experiencia laboral en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva?

Es buena. Estresante por momentos, en las situaciones críticas, cuando aparecen paros cardio respiratorios, y esas cosas. Ese momento, pero cuando sale el paciente, ya está. Eso nomás es estresante. O muertes, de gente joven, de 20 años, son los momentos más estresantes, o la familia cuando la ves llorar por sus hijos. Bueno, esas situaciones son las más feas. Pero cuando son gente más adulta, o sea, bah, yo por lo menos, pienso, es gente grande, ya pasó las cosas en la vida, ya está. Cuando son más jóvenes, piensas que tenían para vivir bastante. O por ejemplo, ellos te dicen cuando están lúcidos lo que quieren hacer. Nos pasó a nosotros con un chico que nos decía “no, no me quiero morir”, “no me voy a morir”. Y nosotros sabíamos que sí se iba a morir y esa situación, más la madre, los hermanos, que te dicen “hace algo, hace algo” pero uno no puede hacer nada ya.

2. ¿Cómo se conforma su equipo de trabajo?

Lo que es mi turno, somos 3 usualmente, incluido yo, más el médico y el personal de limpieza.

3. ¿Cómo se manejan con los turnos?

Son 2 por 2. 2 noches de trabajar y dos de descanso. O si quieres hacer turno extra puedes, yo soy fijo de la noche.

4. ¿Qué tipos de pacientes atiende usted, generalmente?

En realidad nosotros rotamos. Son 6 camas, por ejemplo, yo hoy estoy con 5 y 6. Es una paciente respirada, con respirador. La otra, la atiendo hoy y mañana también, las siguientes dos noches ya le pasa a otro. Pero no tenemos pacientes fijos, o camas fijas. Es lo que te toca.

5. ¿Con cuáles le resulta más complicado trabajar?, ¿Por qué?

Con los pacientes lúcidos (ríe). Porque son más demandantes, te dicen “¿Me traes la gotita?” o “tengo fiebre” y recién lo controlaste y sabes que no tiene entonces están a cada rato molestándote (ríe) por así decirlo. En cambio, los pacientes con respirador, son más complicados para trabajar pero bueno, lo tenés sedado, tenés todos los monitores, alarmas y todo, que te avisan cualquier cosa. O por ejemplo, si tenés que bañarlos, nos pasó que a los pacientes lúcidos, que tienen una tomografía o un estudio o próximo a cirugía, vos lo tenés que dejar preparado, bañarlos, todo adecuadamente para el pre-quirúrgico, y algunos pacientes se niegan entonces vos tenés que estar ahí rogándoles porque tenés la responsabilidad de dejarlos preparados para que entren al quirófano. Entonces tenés que estar ahí pidiéndole por favor, explicándole. En cambio, cuando el paciente está dormido, ya fue. Vos decís, “bueno listo, lo baño, ya está, no se pueden ni negar” (ríe)

6. ¿Qué hace usted frente a esos sentimientos o pensamientos que le genera la situación de los pacientes o de sus familiares?

No soy mucho de, yo ¿no? en particular, de estar al lado del paciente. Depende también. Hay pacientes que te rechazan de entrada ¿viste? O por ejemplo, mujeres. Por ejemplo, yo tengo muchos problemas con el tema de mujeres. Cuando son cuestiones ginecológicas y son jóvenes y ellas rechazan la atención mía por ser hombre. Entonces yo tengo que revisar parte de los genitales, si están sangrando y me rechazan. Entonces yo también, como que trato, o las chicas intentan agarrar esas pacientes, o rotamos y me dan pacientes hombres jóvenes, yo los trato de agarrar. O cuando son muy agresivos, esos los agarro yo. Pero sí, o sea, si a veces el encierro y todo eso, hace que el paciente se pierda, o se desoriente en tiempo y espacio, y lo que hacemos es tratar de ubicarlos, tratar de hablarlos, que se tranquilicen, antes de usar una medicación para poder dormirlos, o sedarlos un poco. Sino tratamos de hablarlos, contenerlos, y lo último sedarlos, por indicación médica viste? Pero si, primero escucharlos y todo.

7. ¿Cómo es su relación con los familiares?

Nosotros, a la noche, usualmente no tenemos contacto con los familiares. El horario de visita es de 12hs a 13hs y de 19hs a 20hs. Yo vengo a trabajar a las tardes o a la mañana, a veces. Pero generalmente, nosotros hablamos

con los familiares o ellos te consultan porque ellos ya saben, preguntan “¿quién está con mi mamá?” o “¿cómo estuvo?”. Y algunas cosas nosotros podemos responderles, pero por ejemplo o “cómo está” o algo, esos informes usualmente los da el médico, nosotros no estamos autorizados a dar informes. Pero después sí, hablar y cosas así, sí. Cuando, yo por ejemplo, cuando el familiar te lo consulta, no es que yo voy a decirles de una. Cuando consultan, se les dice y saca las dudas hasta donde uno pueda darle información o sino se llama al médico.

8. ¿Existe alguna anécdota que pueda contarme dentro de su experiencia en la UTI que le haya resultado graciosa?

Uff. No sé, a ver, me quedaron muchas cosas grabadas súper graciosas, y que me parecieron graciosas a mí, en particular, porque soy como el más chistoso. Por ejemplo, yo tenía una abuelita, calcula que 90 años más o menos, ya tenía... como de todo tenía la viejita. A parte, una infección urinaria y me tocaba a mí cuidar a esa paciente y yo tenía que ponerle un óvulo ¿viste? Imaginate yo, a la abuelita, y le expliqué ¿viste? Capaz que nunca se puso, no sé, y bueno, yo le puse el óvulo pero después fue el escándalo que yo la toqué, que yo esto. Entonces a mí me pareció súper gracioso y después no me acerqué más ¿viste? Yo me reía porque ella pensaba que yo la estaba queriendo toquetear, o pasándome de raya cuando era parte de mí trabajo. Obviamente, después de eso no faltaron todos los chistes de “¡Eh! ¿Así te la querés enganchar a la abuela?, anda más despacio pue”, o “¡Eh! Ya está grande, ponele Sandro aunque sea” (ríe). Y nos contábamos entre nosotros “vos con la abuelita, vos con la abuelita” pero para ellos no fue gracioso. Incluso entró el marido, al rato, para ellos fue terrible. Para nosotros fue demasiado gracioso. Saltaban con la “abuelita y el lobo feroz”, y con éstos pacientes lúcidos pasa esto. Me pasa a mí con el tema de mujeres, que no pensé que me iba a tocar pasar eso con una abuelita. Capaz que con una chica más joven, que se yo, me entiende un poco más. A partir de ahora, yo intento que una compañera, me acompañe, que esté presente en ese momento para que no se arme problema.

9. ¿Quiénes fueron los protagonistas de esa experiencia?

No, incluso hacemos bromas con los pacientes. Hay algunos que son más serios, y otros que ellos mismos te hacen los chistes. Por ejemplo, había una

paciente que ahora ya está en la sala, salió del servicio, y era bien graciosa ella. Se reía de sus cosas, de su sobrepeso, porque era obesa la Margarita. Ella se reía de todo, se reía cuando tenía que ir al baño, y había que limpiarle la cola, o sea ella misma nos decía, al principio cuando no podía hacerlo sola, “che, ¡Ojo! No se vayan a perder en esa raja” porque tenía la cola muy grande (ríe). O nos gritaba “che, ya me hice” y uno salía corriendo a la cama cuando no se podía parar, y nos decía que era broma.

10. ¿Cuáles son los aspectos de su tarea asistencial que suelen ser objeto de chistes, o motivos para la aparición de manifestaciones chistosas?

Y, te podes reír de todo. Yo por ahí las cargo a las chicas cuando hay que ponerle un sondaje vesical, entonces las chicas lo tienen que agarrar del pene y después de que se lo hicieron, les hago bromas como de “¿Qué tal estuvo? ¿Te pusiste Hot?” y cosas así (ríe). O cuando son jóvenes entonces les digo “dale, andá, andá a ver si así te lo enganchas” y cosas así.

11. ¿Cuáles son los momentos y/o circunstancias en las que usted observa que aparecen los chistes en su tarea asistencial?

Para mí, todo momento se presta para hacer chistes. Siempre y cuando no estén los pacientes o se presten algunos para eso. A veces, en cosas cotidianas, como bañarlos, darles la medicación, etc. y otras, hago chistes hasta cuando se mueren, que capaz es malo ¿viste? Pero cosas así. Nosotros cuando se muere el paciente, le tenes que hacer el post mortem y se lo pone en una bolsa negra con eso bajas a la morgue. Después los familiares, con el servicio de sepelio, ya los visten como quieren ¿viste? A veces, viste, se tiene que morir ya, o en cualquier momento alguien se muere y la familia sabe incluso, y están esperando, entonces ya son las 7 menos 10 que ya viene el otro turno, y voy con la bolsa negra, con la carpeta, todo, y le digo a mi compañero “bueno, que se te muera a vos, paso mi turno, tomá” (ríe). Entonces vemos a ver a quién se le muere.

12. ¿Qué tipo de chistes suelen surgir?

Aparece de todo. Desde humor negro, y chistes “tranquis”. Por ejemplo, hay pacientes que ya están de antes, que tienen 1 año y medio. Uno por ejemplo, en septiembre ya cumple 2 años. Y siempre la misma. Por ejemplo, a veces, se dice que siempre se mueren 3. Entonces cuando se muere uno, decimos “listo, se murió uno, ¿A quién le toca?” y cosas así, entre nosotros siempre.

Nunca que escuche el paciente. “Le toca a éste y bueno, ¿Quién es el próximo, quién da más? Como si fuera un bingo” (ríe), porque es como que siempre se da que se mueren 3 seguidos. No el mismo día, hoy uno, o mañana otro. A veces le digo a la R., que ya está hace años, le digo “bueno, ya le toca a la R. ¿no? Ya está hace mil años” y bromeamos así. “Cuando R., así ya veo de ocupar esa cama” y uno lo dice en chistes ¿no? O pasó por ejemplo, en Agosto, ¿viste que se le da de comer a la tierra? O sea se le ofrendan cosas por su día y yo digo “che, ¿Y a quién vamos a sacrificar para la Pacha?”, “¿Quién ofrecemos para alimentar a la tierra?” (ríe) y cosas así. Las chicas se ríen siempre, me dicen que soy el más gracioso, pero es que a mí me gusta tontear mucho con eso.

13. *¿Cree que el chiste tuvo alguna función en la resolución de esa situación? Sí, yo aprendí que sí. Por ejemplo, cuando me recibí, apenas me recibí me mandaron a terapia. Nunca había ido. Antes, yo trabajaba en Jujuy, como para hablarte en general de lo que yo creo que el chiste hace en la terapia como lugar ¿viste?, de ahí me mandaron al San Bernardo, y yo nunca había entrado a terapia, nunca nada, y me mandaron a un paciente que tenía de todo. Maquinas por todos lados, nunca había visto esas máquinas, era traumático para mí. Y mis compañeros, mi equipo, todos eran graciosos. Uno le decíamos Chuky, porque hacia sus “maldades” y ellos me ayudaron mucho con esa actitud. Hay una medicación cuando el paciente esta taquicárdico, viste que tiene una frecuencia mucho más alta, hay que darle una medicación para revertir eso y esa medicación, vos la administras y empieza a caer la frecuencia hasta que hace como un paro. Y después, revierte y vuelve normal. Yo no sabía de la medicación esa ¿viste? Entonces, como era nueva, me dijeron que yo le pase la medicación, y me decían “Pasale vos la medicación, pero fijate ¿no? Hacélo bien, dale”, y yo no sabía ¿viste? Entonces “ah bueno, está bien”, “Pero fijate ¿no? Me decían, no lo vayas a hacer mal” y yo, empecé así de 200, 150, 130, 0 y yo me desesperé horrible, me empecé a poner súper nervioso, y todos se me cagaban de risa, porque yo no sabía, era el único que no sabía que esa medicación te baja de repente, te hace como un paro, y después se pone normal. Esa semana se rieron todos de mí, porque yo era el nuevo. O después, los primeros pacientes, si se mueren uno se siente muy culpable.*

Pero ya después entendés que los pacientes éstos son así, son pacientes terminales, son ancianos y tienen de todo, y son críticos, y generalmente, los traen para, ya para que se vayan, para no verlos morir en casa o en la sala. Entonces uno ya entiende que a veces es algo natural, que uno no puede hacer nada. A veces los jóvenes si afectan, pero bueno, todo lo gracioso y los chistes si te ayuda a superar. Cuando sos nuevo, o a veces no lo tomas así, si te afecta que se te muera un paciente, pero yo ahora ya digo cuando se mueren “ah, ya fue, mejor, uno menos, menos trabajo” (ríe), si se murió se tiene que ir, capaz que era un terminal ¿viste? Uno intenta hacer lo posible pero bueno, no se puede.

14. ¿Qué opina con respecto a la utilización de los chistes en un contexto donde ocurren situaciones cercanas al sufrimiento?

Yo creo que es bueno, entre nosotros, sin involucrar al paciente, cosa que el chiste sea burlándose del paciente y que el paciente sepa. O a veces cuando ellos participan y se ríen de nosotros, a veces es reciproco. O por ejemplo, hoy estoy volviendo yo de licencia, y hago tarde noche, tarde noche, hago guardias activas. Entonces la paciente, la M., me decía “uuh bueno que pesado, ya hacéte tu pieza acá al lado” porque yo estaba casi todo el día acá metido, me decía que “soy el esclavo del Papa Francisco”, “decíle al Papa que te reconozca como hijo ya”. Y la paciente se ríe de mí, porque estoy acá todo el día. Entonces eso, si sirve, crea un buen ambiente, una buena relación con el paciente, además de la relación enfermero-paciente, eso ayuda a mejorar la relación para hacer las actividades terapéuticas. Se predisponen mejor con nosotros. Por ejemplo, la señora esa al principio tenía miedo y vergüenza que yo la chata, que la higienice, porque era obesa. Pero después, me decía “Dale D., pone rápido, limpia rápido” entonces ya no había el pudor de ella para que yo pueda hacer las actividades. Cuando la bañaba me dejaba ya que la lave, entre los pliegues y todo eso, al principio ella se negaba. Después ya me decía “dale D., ya báñame, me toca hoy, estoy que chivo de fuerte” (ríe), y se alivianaba la cosa. Entonces mejora la relación y fomenta a que las actividades que tenemos que realizar sean en un ambiente más tranquilo, incluso gracioso por momentos o decía “báñame ahora y que no te vea mi marido, porque si mi marido se entera cagaste ¿no?”.

15. ¿Lo ha experimentado en relación a su persona o en relación a los demás?,
¿En qué situaciones?

Entre todos, hago chistes sobre mí, me burlo de los otros, todo.

16. ¿Qué interpreta personalmente usted con respecto a la emergencia de chistes en su tarea asistencial? ¿En relación al uso y aparición?

O sea, cuando es mi turno, o cuando estoy en los otros turnos, siempre aparece. Entonces en ambientes estresantes, si hubo un paro o falleció alguien, siempre yo tiro algo para que corte ese ambiente medio tenso y vuelve el otro ambiente. Me dicen “uh, vos siempre riéndote” pero ya se olvidan un poco de lo feo del momento. Reírnos como que, yo creo que siempre debería estar. En el turno mañana casi no hay chistes, pero generalmente los hombres son más graciosos que las mujeres. Yo estuve en terapias donde éramos todos hombres por el tema de movilizar pacientes y necesitas mucha fuerza. Y acá por ejemplo, en la tarde son un poco más graciosas, en la mañana son más serias. Yo creo que es porque las mujeres son más sensibles con estos temas y nosotros como que nos hicimos así, más duros, tampoco lo soy tanto. Con los pacientes jóvenes me sentí muy afectado, no aguanto estar ahí, me voy cuando está la familia, yo me pongo en lugar de la mamá o mis hermanos, y me vengo para acá porque si los veo llorar, me afectan mucho y capaz que me pongo a llorar a la par, pero no con todos. Y las chicas, si se ponen al lado de la familia, hablan con ellos, los abrazan, yo no porque me pongo a llorar sino.

17. ¿Cuál es su opinión sobre los beneficios que tendría la utilización de los chistes en su contexto de trabajo?

Para mí, aparte de generar un buen ambiente de trabajo ¿viste? Entre nosotros y con los pacientes, facilita hacer tus actividades con ellos, y como que, no te deja con una fea sensación cuando volvés a tu casa. O sea por más que hayan pasado cosas feas, o todos los días trates con pacientes críticos, reírse en el trabajo aliviana mucho, hace bien.

Datos del entrevistado: PARTICIPANTE 10

Sexo: F Edad: 38 años Profesión: Enfermera Profesional

Antigüedad de ejercicio profesional: 11 años Tiempo de desempeño en la UTI: 6 años

Rol que cumple: Enfermera Asistencial

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Cómo es su experiencia laboral en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva?

A mí me gusta mucho el Servicio. Incluso yo lo elegí. Por más que tiene sus situaciones tensas y momentos angustiantes para todos, es llevadero.

2. ¿Cómo se conforma su equipo de trabajo?

Somos 3 en el equipo. Más el médico que se encuentre de guardia y el personal de limpieza.

3. ¿Cómo se manejan con los turnos?

Son turnos fijos, pero a veces podemos hacer guardias, siempre y cuando uno quiera, podes elegir.

4. ¿Qué tipos de pacientes atiende usted, generalmente?

De todo, hay pacientes de cirugía, como accidentados, no sé, de todo un poco. Uno no elige a quién atender acá ¿viste? Lo que toca toca, pero bueno, siempre pacientes críticos. Unos más que otros.

5. ¿Con cuáles le resulta más complicado trabajar?, ¿Por qué?

Y podría ser con los pacientes que están lúcidos ¿viste? Porque son más demandantes, por ahí te llaman a cada rato, aunque vos ya los hayas revisado y sepas que están bien.

6. ¿Con cuáles le resulta menos complicado trabajar?, ¿Por qué?

Con los pacientes que tienen más tiempo acá porque son tratamientos más tranquilos, y es como que sabes que todo va a salir bien, es cuestión de tiempo nada más. No empeora.

7. ¿Qué hace usted frente a esos sentimientos o pensamientos que le genera la situación de los pacientes o de sus familiares?

Depende. Generalmente, tiendo a ser neutral para que no me afecte tanto ¿viste? En un principio, yo me afligía mucho cuando era recién recibida

pero después vas entendiendo que algunos les llegó la hora nomás y no podes hacer nada, si es que se trata de pacientes que ya sabes que van a morir. Y con los familiares, tenés que acompañarlos, responder a sus dudas, siempre y cuando puedas dar cierta información, y nada, estar ahí.

8. ¿Cómo es su relación con los familiares?

Bien, en general, no es tanta la relación porque los horarios de visita son muy cortitos, pero bien. Han pasado situaciones en la que se alteran un poco ¿viste? Pero bueno, uno está ahí, porque intenta empatizar un poco también.

9. ¿Cuáles son las situaciones más angustiantes o estresantes que vive en la UTI?

Y, generalmente, los decesos. Algunos son un poco más angustiantes que otros, dependiendo de quién se trate. Cuando son jovencitos, es un poco más doloroso, pero los viejitos, es como que ya está, hicieron su vida ¿viste?

10. ¿Existe alguna anécdota que pueda contarme dentro de su experiencia en la UTI que le haya resultado graciosa?

(Ríe) Si, muchas. En general nos reímos constantemente porque genera buena onda entre nosotras, y las chicas a veces son muy divertidas. Mi compañero, uno del turno noche, es por demás gracioso, ese sí que se ríe de todo.

11. ¿Quiénes fueron los protagonistas de esa experiencia?

Y, a veces nosotras mismas, cuando nos mandamos alguna macana en el mismo trabajo sin querer obviamente, o nos olvidamos de algo, nos burlamos de la otra y nos ayudamos igual. O, algunas veces, los pacientes mismos hacen bromas sobre ellos, o nos cuentan de sus familiares cosas graciosas y nos prendemos todas.

12. ¿Cuáles son los aspectos de su tarea asistencial que suelen ser objeto de chistes, o motivos para la aparición de manifestaciones chistosas?

Y la hora del baño siempre se presta para algún chiste, más cuando son pacientes nuevos y por ahí les da como vergüenza ¿viste? O con las mismas chicas, durante la tarde, nos contamos cosas que hicimos y nos reímos. Al movilizarlos también, aparecen bromas de ellos mismos, como que son pesados ¿viste?

13. ¿Cuáles son los momentos y/o circunstancias en las que usted observa que aparecen los chistes en su tarea asistencial?

En todo momento, cuando entramos al turno, ya intentamos ponernos al día con las cosas, para cambiar la onda y obvio, informarnos sobre el estado del paciente que nos toca ese día.

14. ¿Qué tipo de chistes suelen surgir?

Y, de todo un poco. La mayoría son chistes “tranquis” ¿viste? Como cargadas o cosas suaves, y a veces uno que otro se manda algún chiste medio negro pero que igual es gracioso, entre nosotros, obvio.

15. ¿Cree que el chiste tuvo alguna función en la resolución de esa situación?

Yo creo que sí. Hacer chistes nos hace relajar un poco cuando las cosas están medio tensas o es un clima triste si es que se murió alguien a quien ya veníamos atendiendo hace un tiempo. Como que nos hace descargar por ahí creo yo ¿no? Como que si te sentís mal, si alguien se manda algo gracioso, te olvidas un poco y lo tomas de otra manera.

16. ¿Qué opina con respecto a la utilización de los chistes en un contexto donde ocurren situaciones cercanas al sufrimiento?

Me parece que es bueno, por lo mismo anterior. O sea alguien por ahí lo puede ver como que no va ¿viste? Como desacertado, pero siempre y cuando te haga bien a vos, y a alguien que se prenda, sin ofender a nadie, está bien, porque uno también lo necesita. Muchas veces hacemos chistes con los pacientes para que mejoren su estadía en el servicio, intentamos que puedan sacar una sonrisa de alguna tontera, como cosas chistes que vimos en el Facebook por ejemplo, o algo así se prenden y a nosotros mismos nos facilita las tareas de cuidado con ellos.

17. ¿Lo ha experimentado en relación a su persona o en relación a los demás?,
¿En qué situaciones?

Si, o sea varias veces yo fui la que se mandó alguna y se me rieron, yo también, y otras los mismos chicos, que se mandan al

18. ¿Qué interpreta personalmente usted con respecto a la emergencia de chistes en su tarea asistencial? ¿En relación al uso y aparición?

Yo creo que los chistes se usan como herramientas ¿viste? Como una manera para nosotros y para ellos (los pacientes) de que el trabajo en el servicio no sea tan agotador y que no haya estrés. Nos deja hablar más con ellos, que se suelten, confíen en nosotros y nos vean como uno más, siempre

y cuando, poniendo un límite ¿no? Pero por ahí, es inevitable encariñarse y cuando hay un deceso nos cuesta pero es parte del trabajo también.

19. *¿Recuerda chistes o situaciones cómicas referidas a su trabajo diario?*

Una vez teníamos una pacientita viejita que ya estaba en las últimas, ¿viste? Era irrecuperable porque tenía de todo, y lo sabíamos con el tiempo. Y ella no se daba con nadie ¿viste? Pero, con una de mis compañeras, sabíamos cómo “entrarle”. Comenzamos a hacer bromas suaves durante las actividades de cuidado que le hacíamos, y ella de a poquito se fue soltando con nosotras. Entonces nos hablaba de cuando ella no esté, de las cosas que tenía planeadas cuando falte, y era como fuerte ¿viste? Pero era su manera de descargar también, porque no hablaba con casi nadie. A pesar de su estado, ella contaba chistes igual con nosotras y nos decía que le iba a enseñar a laburar a su hijo, que parece que era un mantenido ¿viste? Y ya era grande el chico, y decía que cuando se muriera no le iba a dejar nada y no le iba a quedar otra que rebuscárselas y agarrar una pala (ríe). Fue gracioso para nosotras, pero por ahí, uno lo piensa y eso le hacía bien, porque se reía de su situación y eso le hacía bien. Es como que con los chistes se podía expresar, cosas que tenía guardadas parece.

20. *¿Cuál es su opinión sobre los beneficios que tendría la utilización de los chistes en su contexto de trabajo?*

Que es muy bueno, para nosotros como personal de salud y para los pacientes en su proceso de estar en el Servicio. Te ayuda a mejorar el humor, a hablar con los otros, y a descargar pesos de encima ¿viste?

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A continuación se presenta el análisis correspondiente a cada una de las unidades antes mencionadas, sumando también, aquellas que surgieron a lo largo de la recolección de la información. En ellas se irá describiendo el surgimiento de las manifestaciones chistosas para los profesionales enfermeros que se desempeñan en la UTI del Hospital Papa Francisco, así como también la modalidad de aparición, las características de los chistes relatados, las circunstancias en las que emergen y una exploración superficial que permita constatar la lectura que los actores mismos realizan sobre este último.

En un primer momento, es posible inferir las diversas funciones que tienen los chistes para los participantes dentro de su contexto de trabajo, como podría ser, una de ellas, una función socializadora para sostener un vínculo tanto con los pacientes que allí se atienden, como también con los propios compañeros de trabajo. Sin embargo, dicho análisis será hecho en profundidad en otros apartados. Asimismo, es abundante la aparición de fenómenos y situaciones cómicas, que no podrían incluirse en la categoría de chistes, entendiendo a este último como una ocurrencia elaborada imprescindiblemente con los elementos del lenguaje, es decir, cuya expresión es verbal; y no así los fenómenos cómicos que se pueden valer de otros recursos, como ser los gestos, la mímica u otros descubrimientos cómicos que involucren el cuerpo y no se valen de expresiones del lenguaje en sí. Es por ello que, el análisis que se propuso realizar, es en relación a los enunciados de los participantes que pueden incluirse en la categoría de chistes, conteniendo las características de este último, y fenómenos cómicos, que puedan relacionarse, a su vez, con el contexto en el que se dispuso realizar el presente trabajo de investigación.

Manifestaciones chistosas en relación a la función que cumplen en la UTI

El equipo de profesionales enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Papa Francisco, se encuentra conformado por 13 enfermeros de planta permanente, cuyos turnos laborales son fijos. Cada profesional, puede realizar guardia activas, durante los 4 turnos existentes (Turno Mañana, Tarde, Noche A y Noche B), de manera voluntaria, siendo los turnos de 8 horas diarias. En cada turno, el equipo de trabajo se conforma por 3 enfermeros, 1 médico de guardia, la supervisora de enfermeros (en caso únicamente del turno mañana), y el personal de limpieza.

Las funciones que allí llevan a cabo en su labor asistencial cotidiana, corresponden a la administración de medicaciones y controles diarios a cada paciente, movilización, alimentación e higienización de los mismos, entre otras actividades que conforman su rol

en el cuidado de pacientes con situación clínica crítica, quienes presentan un desequilibrio severo de sistemas fisiológicos principales, con compromiso vital real o potencial.

En relación a las manifestaciones chistosas que refieren a la función que cumplen en la UTI, abarcando las referencias de los participantes a los chistes que toman como objeto las actividades, tareas, procedimientos que realizan, e instrumentos de trabajo dentro de la Unidad de Terapia intensiva, se relata un chiste realizado entre dos participantes, donde la participante 8 menciona: “...en la administración de la medicación...le decimos a otra ¿Conseguime paracetamol? 1 gramo, y la otra dice: bah, sólo tengo 2 de 500mg. Y nos reímos...”. Es cierto que tal situación, podría encuadrarse dentro de la categoría de los chistes inocentes, donde, de un modo distinto, el lenguaje permite enunciar un mismo pedido, de otra manera. Sabido es que 1 gramo, equivale a 2 dosis de 500mg de una medicación, pero esta “cargada” entre compañeras demuestra cómo es posible manifestar una misma idea, con distintas palabras, que permiten generar una descarga de risa entre las participantes, considerando el contexto laboral en el que se encuentran insertas, donde la cercanía de los pacientes con la muerte es aún más visible. El efecto paciente y mediano de dichas manifestaciones permite obtener una ligera sonrisa de complicidad para aquellas profesionales que se desenvuelven diariamente frente a la angustia por la posibilidad de fallecimiento de pacientes. Es posible evidenciar cómo en un chiste tan ligero y poco elaborado, la sucesión de desconcierto (“me estás diciendo lo mismo” pero en otras palabras) y esclarecimiento, demuestran la insensatez y falta de sentido, que en un momento casi inmediato, se devela su justa significación.

Los chistes que entre compañeros aparecen, por más suaves y poco elaborados que resulten, evidencian cumplir una función socializadora entre pares en el día a día para afrontar las vicisitudes que imprime el mismo trabajo, y prevenir la rigidez en el rol asistencial. Como relata la participante 1: “*nos bromeamos entre nosotros por el mismo trabajo que hacemos cotidiano*”, evidenciando el surgimiento de las bromas y los chistes como un modo de apaciguar el esfuerzo, tanto físico como mental, que supone laborar en un contexto de trabajo tan teñido de angustias y dolores.

Asimismo, los dichos de los entrevistados que conforman esta unidad de análisis, permiten discriminar una similitud referida al surgimiento de las manifestaciones chistosas cuando se presentan olvidos o inoperancias, tanto de los participantes mismos, como de los compañeros de trabajo y pacientes, ante las actividades que involucran su rol de enfermeros, y que se consideran como obviedades, dando lugar a que los equívocos u

olvidos de dichas acciones, posibiliten el surgimiento de chistes y manifestaciones cómicas. Como relata la participante 2, quien dice: *“Si me olvidé de algo que tenía que hacer con el paciente, se ríe mi compañero y nos hacemos burlas”* y el caso de la participante 7, que expone: *“Son actividades rutinarias que a veces se te pasan, te olvidas de hacer cosas, y cuando te das cuenta, te reís”*. Ello evidencia que los hallazgos cómicos y los chistes por olvidos en sus tareas rutinarias, se revelan por un contraste psicológico que ocurre al comparar, mediante una identificación simpática, la persona observada (objeto de chiste) y el propio yo de los espectadores, que hallándose en el lugar de la persona cómica, hubiesen ejecutado. Por otro lado, en cuanto a la gracia que surge por las inoperancias o errores al momento de realizar actividades que deberían hacerlas sin falla alguna incluidas en su tarea asistencial, los dichos de la participante 7 quien relata una situación cómica expresando *“...había ayudado a un paciente para que vaya al baño para que pueda higienizarse...lo dejé tranquilo bañándose, mientras me puse a atender a otros...como al rato largo, me acuerdo...me dice: está bien que tengo cierta movilidad, pero ya que me dejes tirado como un trapo me parece mucho. A mí me dió mucha gracia. Y me dice... “de todas formas, si yo fuera vos, hubiese hecho lo mismo, así que me parece que nos vamos a llevar bien”, o la participante 4 que dice: Cuando los vamos a bañar, también es gracioso...a veces los inundamos”*, manifiesta que el acto de una falla en actividades que, se supone, saben ejecutar perfectamente por su rol de enfermeros es motivo de aparición de descubrimientos cómicos respondiendo a que quien realiza el hallazgo cómico en el otro, o en la propia persona; encuentra la gracia, en sí mismo o en una identificación con el compañero como un modo de autocrítica por la torpeza en la ejecución de la acción, donde el desatino y la simpleza demuestran ser rendimientos imperfectos.

A su vez, es posible observar la función que tienen las manifestaciones chistosas para los profesionales enfermeros en tanto, y en cuanto, estas permiten viabilizar la posibilidad de sociabilizar más fácilmente con los pacientes que se encuentran por primera vez en una situación de vulnerabilidad por su estado crítico, en cuanto a lo fisiológico; intentando de algún modo generar una buena predisposición en los pacientes, a través de realizar un movimiento ligero y cómico o mediante una ocurrencia chistosa fomentando a un efecto placiente con el fin de obtener una ligera sonrisa de complicidad en los observadores. Ello puede evidenciarse en los dichos del participante 9 quién dice: *“Crea un buen ambiente, una buena relación con el paciente...eso ayuda a mejorar la relación para hacer las actividades terapéuticas. (Los pacientes) Se predisponen mejor con nosotros”*.

Por otro lado, fue posible observar que la higienización corresponde a la tarea cotidiana que mayor posibilidad de surgimiento permite a las situaciones cómicas para los enfermeros que allí se desempeñan. Ello podría responder al surgimiento de placer cómico cuando se involucran cuestiones que refieren al cuerpo; la genitalidad; los esfínteres, tanto anales como uretrales, etc. Tal es el caso de la mayoría de los participantes quienes relatan situaciones que le generaron risas realizando estas actividades. La participante 2, menciona: *“Generalmente, es el baño cuando se presta para chistes”*. Así también, la participante 4: *“Cuando los vamos a bañar también es gracioso...a veces los inundamos”* y la participante 10: *“Y la hora del baño siempre se presta para algún chiste”*. Sin embargo, ningún chiste fue relatado directamente por los participantes, sólo mencionaron que son frecuentes en esta situación cotidiana.

Aunque en dicha unidad de análisis, no se revelaron una extensa cantidad de chistes (solo el que refiere a la administración de la medicación), si es posible reconocer que la comicidad, que se halla íntimamente ligada a la expresión de los chistes, es un fenómeno que aparece numerosas veces en dicho contexto laboral, y que demuestra que lo absurdo, entendiéndose como aquello que carece de sentido, y sorprende, se halla presente hasta en las situaciones más adversas a la alegría, donde el camino entre la vida y la muerte se hace aún más patente.

Manifestaciones chistosas en relación a los compañeros de trabajo

En esta unidad de análisis se evidencian, en su mayoría, al igual que en la unidad siguiente, la aparición de los chistes tendenciosos, donde el chiste como ocurrencia que se sirve de los elementos del lenguaje, se pone al servicio de una intención inconsciente evidenciando ciertos contenidos ocultos del pensamiento de los participantes.

Cabe aclarar, en un principio, que las manifestaciones chistosas y eventos cómicos que se presentaron, no deberían ser considerados desde el código de ética que regula la profesión de los enfermeros, para no entrar en conflicto con el respeto por los principios morales y legales, sino que, todo chiste debe ser considerado como la demostración de un lenguaje que no se reduce al sentido, donde esos pensamientos inconscientes que se manifiestan, dispersan, desde el núcleo de estas formaciones inconscientes, otra razón que no apela a la razón instrumental.

El chiste más llamativo de dicha unidad de análisis, es el relatado por la participante 4: *“...cuando está Patricia por la mañana...ella vive marcando los puntos, lo*

correcto...siempre le mandamos chistes...diciéndole: ¿Qué te haces la mala?, y ella se ríe"; "A veces nos ponemos apodos" continúa "Ella se llama Patricia y le decimos la Pato, pero la Patotera, ella se manda una como Pato Criolla, le decimos", expone la intención hostil que a veces se manifiesta con los mismos compañeros de trabajo, al colocar apodos o sobrenombres utilizando la conocida técnica del chiste del *famillionario*; quedando demostrada la hostilidad inconsciente, reprendida por lo social, con el compañero sustituida por una invectiva verbal. Es así como se hace viable la crítica a la compañera que, estando ella en un lugar de superioridad por autoridad, se eluden las limitaciones permitiendo la apertura a fuentes de placer inaccesibles de otro modo. En este caso, la compañera que cumple el rol de Supervisora, es objeto de la intención que demuestra una rebelión frente a su accionar represor. Particularmente, en este caso, el cambio de nombre por una condensación con formación de un sustitutivo a partir del uso de su apodo “Pato” (correspondiente al nombre de pila: Patricia), modificado como “Patotera”, vocablo utilizado en ciertas regiones para referir a un comportamiento abusivo o prepotente; expone fácilmente una crítica al accionar de esta persona en su posición de superior en el trabajo. Al ponerse en relación ambos conceptos – Pato y Patotera – se condensan y fusionan dando lugar a un chiste tendencioso posibilitando el ataque.

También, en el caso que describe la participante 5: *“ella (la paciente) las cargaba a algunas compañeras cuarentonas”* y la participante 8: *“Una compañera dice que le hacemos bullying...ella está soltera y le decimos: ¿Y el anillo pa’ cuando?”, “la cargamos a mi compañera por soltera, le decimos ¿Che, por qué no te enganchas con el de la cama 5? Porque si no se te van a pasar los años”*, son maneras donde, dentro del contexto en el que se trabaja, pueden demostrar ciertos pensamientos que expresan, a través de los chistes, la burla respecto a la muerte, más precisamente, la muerte en soledad. La expresión *“se te van a pasar los años”* manifiesta como los chistes y el humor son una manera de presentar en forma cómica elementos tan graves como ser la muerte, dejando entrever como detrás de ellos, late la tragedia adquiriendo una apariencia más asimilable.

Distintos son aquellos chistes, que toman por objeto a los profesionales de la salud, más específicamente a los médicos de guardia, manifestados por los mismos enfermeros de la terapia intensiva. En el caso que relata la participante 4: *“Los mismos médicos...ellos hacen (guardias) de 24 horas, o a veces 48 horas, y por ahí que les digas: Eh Doctor, ¿ya se trajo la valija?, o ¡Mirate la barba que ya tenés”*, es posible observar que el chiste

tendencioso, en este caso, hostil, elude la limitación social frente a la autoridad del médico, haciendo viable la crítica o rebelión contra su superioridad en la jerarquía laboral, a partir de la ridiculización de su persona, y la burla por la carga horaria que debe cumplir. Así, los chistes por su larga estadía en la terapia intensiva, cumpliendo extensas cargas horarias, posibilitan la satisfacción de una tendencia hostil reprimida, con su consecuente descarga, sin incumplir las restricciones que impone la autoridad de un superior dentro de cualquier ámbito laboral.

Por otro lado, también aparecen los chistes tendenciosos de carácter obsceno. Cuando el participante 9 relata: *“Yo por ahí las cargo a las chicas cuando hay que ponerle un sondaje vesical (a los hombres)...les hago bromas como de: ¿Qué tal estuvo?, ¿Te pusiste hot? O ¡Dale, andá, andá a ver si te lo enganchar”*, aparecen chistes y cargadas con una marcada tendencia obscena destinada a mostrar la desnudez, acentuando intencionadamente la connotación sexual de la situación; sabiendo que el sondaje vesical en hombres consiste en la introducción de un catéter en la vejiga, a través de la uretra, para proceder al vaciamiento de orina, siendo necesario para dicho procedimiento la manipulación del pene y la región genital en los pacientes. Tal es así que se produce una indirecta confesión del participante frente a sus compañeras a quienes va dirigido el chiste, de la excitación sexual que le produce la representación de dicha situación, obligando a las oyentes del chiste, a representarse el acto sin velo alguno, satisfaciendo una tendencia sexual. Por otro lado, cuando en la situación que relata el mismo participante: *“la abuelita y el lobo feroz”*, es posible evidenciarse cómo los chistes, que utilizan las analogías, en este caso con el cuento infantil de la “Caperucita Roja”, permiten vehiculizar una verdad, que bajo el velo del chiste, expone las intenciones de carácter sexual de quién lo relata.

Manifestaciones chistosas en relación a los pacientes críticos alojados en la UTI

Nuevamente, en dicha unidad de análisis, los chistes de carácter tendencioso suelen aparecer también cuando se trata de las referencias de los participantes a los chistes que toman por objeto de los mismos las características propias de los enfermos, sus patologías, su diagnóstico y evolución o cualquier otra manifestación física o emocional relacionada con el paciente y su enfermedad. Cuando la participante 8 expone: *“Una vez, una paciente se intentaba levantar de la cama, y no podía, y mi compañero dice: no sé si no puede por lo que tiene (su enfermedad) o porque esta medio chanchita. Bah tiene las dos cosas”* sería un ejemplo de chiste tendencioso hostil dirigido hacia una persona distinta de quién

lo dice. Tomar una característica física de la paciente como burla, vehiculiza la posibilidad de satisfacer las pulsiones, que de otra manera que no sea a través del velo que el chiste brinda, no podrían ser satisfechas, ni lograr el placer sujeto a la liberación de esa carga psíquica. Vinculados a ellos, se encuentran los hallazgos cómicos por la ingenuidad sobre quién se descubre, donde la participante 1 dice: *“Las primeras actividades que hacen (los pacientes) por primera vez son graciosas”*; *“A mi me da mucha gracia cuando se lavan los dientes...escupen por todas partes”*, es posible ver como resulta un placer cómico el descubrimiento de la ingenuidad en otros sujetos, al realizar actividades en una situación física en la que nunca se habían hallado anteriormente. Tal es así que los chistes tendenciosos, en relación a los aspectos físicos o el hallazgo cómico de la ingenuidad intelectual en los pacientes, quienes nunca habían realizado tareas cotidianas en un contexto de internación comprometedora para su salud, posibilitan el despliegue de un placer por la satisfacción de una tendencia hostil (reprimida, por supuesto) dirigida hacia los otros sujetos en quienes se encuentran dichas características o se descubre la ingenuidad en la persona.

Así también, en dicho apartado, surgen los conocidos “chistes negros” o cínicos, tomando como ejemplo el relatado por la participante 7: *“...había un paciente que no podía mover si quiera los pies...se le paralizó la parte de abajo...el paciente dice que puede mover el dedo del pie... y uno de mis compañeros dice: Ya quisiera, eso es un reflejo”* o también con el chiste relatado por el participante 9: *“En cambio, cuando el paciente está dormido, ya fue. Vos decís: bueno listo, lo baño, ya está, no se puede ni negar”*. Dichos ejemplos, demuestran la presencia de chistes al servicio de tendencias inconscientes ofreciendo las condiciones favorables para la expresión de pulsiones hostiles dirigidas a otros, donde un pensamiento preconsciente desciende a lo inconsciente para allí transformarse en un chiste.

Por último, y no menos importante, surgen los chistes de los mismos enfermeros, cuando refieren a los pacientes que presentan algún tipo de adicción y exclama *“uh, ya llegó un turuleco”*, donde el uso de la palabra “turuleco” en el lenguaje coloquial, es decir en situaciones cotidianas y no formales, refiere a una persona aturdida, loca por algún golpe o tonta. Evidente es el desconcierto en un breve instante, y el inmediato sentido que se le atribuye al poner en comparación a una persona bajo los efectos de las drogas, donde el uso de su criterio de razonamiento se ve afectado por una disminución por el uso de

sustancias psicotrópicas y, la puesta en relación con la palabra “turuleco”, refiriéndose a los mismos efectos, condensados en una sola palabra.

Manifestaciones chistosas en relación a los familiares de los pacientes críticos

En cuanto a la siguiente dimensión de análisis, no fue posible obtener datos en cuanto a chistes relacionados a los familiares de los pacientes alojados en la UTI, la relación de ellos con el personal sanitario, actitudes o comportamientos, o características físicas, ya que la relación entre los enfermeros participantes del trabajo de investigación con los familiares de los pacientes, resulta muy limitada, debido a que los horarios de visita son exclusivamente durante el turno mañana, y no surgieron referencias significativas que involucren a los familiares.

No obstante, los participantes de las entrevistas aludieron a ciertas situaciones cómicas (que no involucraron chistes) donde eran protagonistas los familiares de los pacientes allí internados. Igualmente que en el análisis de la dimensión anterior, fue posible ver la asunción de actitudes humorísticas, demostrando grandeza de ánimo, por los pacientes y los enfermeros, dentro del contexto de la terapia intensiva.

Manifestaciones chistosas en relación a situaciones cotidianas en el contexto de trabajo

Considerando los chistes que toman como objeto de los mismos a los eventos que se pueden presentar habitualmente en relación al contexto diario o cotidiano, al ambiente, espacio de trabajo, la institución u hechos fortuitos en la UTI, no surgieron manifestaciones chistosas del relato de los profesionales enfermeros con respecto a dicha unidad de análisis, pero sí de los pacientes alojados en la UTI que serán analizados en un apartado diferente.

Manifestaciones chistosas en relación a hechos externos a la UTI

En principio, la siguiente dimensión aparece considerando referencias de los participantes en cuanto a chistes que no podían incluirse dentro de las categorías anteriores, y que refieren a aquellas manifestaciones chistosas que abarcan como objeto de los chistes, situaciones cotidianas externas al ámbito laboral de los participantes, como también a experiencias vivenciadas fuera del contexto de la UTI, o traídas al mismo a partir de relatos externos.

Se hacen presentes en dicho apartado, los chistes que surgen a partir de los “memes”, dónde según lo relatado por la participante 10: *“Muchas veces hacemos chistes con los*

pacientes...como chistes que vimos en Facebook". Vale aclarar que se entiende por "meme" a una imagen verbo-visual, de naturaleza digital que se transmite por la red con un contenido de naturaleza diversa cuya orientación es humorística. Una característica principal de los memes, al igual que los chistes, es la brevedad. Entonces, considerando a los memes como imágenes cuyo contenido resulta "chistoso" para quienes comparten dicho sentido del humor, es frecuente la aparición de manifestaciones chistosas cuya fuente de las mismas proviene de un elemento externo. Es decir, no fueron relatadas manifestaciones chistosas durante las entrevistas pero sí se reveló que el uso de los memes como medio externo y del Facebook, dan lugar a la intención de conseguir placer al igual que un chiste para los enfermeros posicionando a los pacientes como espectadores. En este caso, el uso de un elemento externo que es considerado como "chistoso" como ser un meme de Facebook, evidencia que no todos los sujetos se hallan igualmente capacitados para servirse del uso de los chistes como elaboración propia. Es decir, no todos los sujetos tienen especial disposición o condiciones psíquicas para permitir o favorecer la elaboración de un chiste.

Manifestaciones chistosas en relación a situaciones que involucran a la muerte

A lo largo de la investigación y la recolección de información partiendo del relato de los enfermeros como participantes de la misma, surge una nueva unidad de análisis no prevista en la confección del diseño de investigación, pero muy significativa que corresponde a los chistes en relación a la muerte, como fenómeno presente en el contexto de investigación, es decir, en la UTI.

Relata la participante 2: *"Después de que se murió este chico...hicieron bromas... para algunos fue gracioso asustar a los demás después del fallecimiento del chico"*, no siendo el caso de quién relataba la situación ya que el deceso de esa persona fue para ella, muy conmovedor, no pudiendo ser partícipe de las situaciones chistosas para otros compañeros relacionadas a esa muerte. De ahí que, no todos tienen una disposición a reír frente a posibles chistes cuando se involucran una situación de luto para algunos, ya que quien tenga un estado de ánimo dependiendo de graves pensamientos angustiantes, no se posiciona como un juez apropiado para confirmar con risas el propósito de un chiste.

Distinto es el caso relatado por el participante 9, quién expresa diversas manifestaciones chistosas en relación a la muerte de pacientes *"hago chistes hasta cuando se mueren"*, asumiendo una actitud humorística frente a una situación que suscitaría una angustia incapaz de poner en palabras, si no es mediante el uso de los

chistes. “¿A quién le toca?... ¿Quién es el próximo, quién da más? Como si fuera un bingo” recuerda al relato de Freud del sentenciado a la horca quién bromea refiriendo al buen principio de semana siendo que ese mismo lunes sería ejecutado. Se ve en estas expresiones cómo la grandeza de ánimo se antepone a todo aquello que conduce a la muerte (de sí mismo o de un otro), provocando también en los espectadores un desvío del sentimiento de compasión por un contagio del placer suscitado por los chistes; alejándose así de la posibilidad de un desarrollo afectivo contenido por la situación, desplazándose por el chiste como un reflejo de fuga que evita un displacer producto de fuentes internas.

En este caso, del participante que relata su modo humorístico de afrontar las situaciones de muerte justificando “*si hubo un paro o falleció alguien, siempre yo tiro algo (un chiste) para que corte ese ambiente medio tenso*” demuestra como el fenómeno de la muerte, sea que el sujeto se halle confrontado con su propia muerte, o, como sería en este caso, una aproximación a la muerte de otro; se posiciona de tal manera que, sosteniendo la falta de representación en el inconsciente con respecto a este fenómeno, cada cultura, y cada sujeto en particular se construye un constructo de ideas, representaciones, creencias, que logren una aproximación a una posible explicación de la muerte, siempre considerando que para el psicoanálisis, la muerte no tiene representación en el inconsciente.

“Che, ¿A quién vamos a sacrificar para la Pacha?, ¿Quién se ofrece para alimentar a la tierra?”, chiste relatado directamente por el participante 9, evidencia las múltiples posibilidades que tienen los sujetos para dar una respuesta, o posicionarse frente a lo que sería el imposible de la muerte. Se sabe que, para el psicoanálisis, es imposible capturar completamente el fenómeno de la muerte por vía de la palabra, por vía de lo simbólico, ya que ésta se ubica en un registro diferente, lo real, lo imposible de englobar a través de las palabras y dar respuesta de una manera definitiva, acabada o acertada. Tal es así, como se evidencia que, ya sea mediante las palabras articuladas en un chiste, o cualquier otro modo de elaboración, los sujetos hacen algo y tienen un decir frente a la muerte. Y se presenta el chiste como uno de los modos, a través del uso de los recursos del lenguaje, es decir, las palabras; que el psiquismo utiliza para rebelarse ante la realidad del contexto de la UTI e imponer el principio del placer, retirando el acento psíquico del yo del sujeto chistoso y desplazando grandes cantidades de catexias sobre su superyó, dando la posibilidad de modificar las reacciones de un yo empobrecido frente a una realidad que

se le presenta inevitable como el deceso de un paciente, y así ponerse ese superyó al servicio de una ilusión, protegiéndose el yo ante el sufrimiento.

Chistes referidos por los enfermeros que fueron elaborados por los pacientes alojados en la UTI

A continuación, se hace la presentación de algunos chistes y sus respectivos análisis elaborados por los pacientes alojados en la UTI, que si bien no corresponde al objetivo del presente trabajo de investigación, fueron relatados por los mismos profesionales enfermeros, lo cual resulta importante considerarlos, ya que, no se debe dejar de lado que nada le resuena o recuerda a un sujeto, si no lo concierne en algún punto.

Aún cuando, dichos chistes se conocen de manera indirecta, es decir, por el relato de los profesionales enfermeros durante la administración de las entrevistas; es posible ver cómo la situación ocurrida en este contexto, repercute en los mismos pacientes, y cómo hacen de los chistes, utilizando los recursos del lenguaje, un medio particular de expresión en una situación cruda para ellos que podría llegar a pacificar para siempre sus pulsiones, dando una respuesta a partir de los chistes a aquello que no tiene simbolización alguna, como ser la confrontación con la propia muerte y lo real que ello supone. Tal es así que, durante el recorrido de la investigación en la obtención de datos mediante el instrumento utilizado, el uso del chiste en los pacientes alojados en la UTI, sin esperar encontrar esta información, podría dar lugar a próximas investigaciones que permitan ahondar dicha cuestión.

Es quizás el presente apartado, el que mayor evidencia la exposición de los chistes dentro del terreno del humor, teniendo en cuenta que según lo citado en el marco teórico, el humor es entendido como aquel proceso psíquico en el que un sujeto se vale de la expresión de un chiste o de la realización de un acto cómico, involucrando la corporalidad o los gestos, con el objetivo de eludir un semejante despliegue emocional que resultaría negativo ahorrándose aquellos afectos que la respectiva situación en la que se encuentran (en este caso, internados en la Unidad de Terapia Intensiva) hubiese provocado normalmente.

Cuando la participante 4 relata: *“A veces los mismos pacientes se ríen de la situación en la que están...”* y también confirma los dichos de la participante 5: *“los mismos pacientes se ríen de ellos mismos”*; visibiliza cómo se asume por los mismos pacientes

una actitud humorística a partir de la expresión de chistes frente a la situación angustiante y comprometedora con respecto a su salud física y su estado en general.

El chiste que relata la participante 7, expuesto por un paciente, durante la hora de su alimentación *“Pfff de todos modos estoy más del lado del harpa que de acá, así que dejá nomás, al cabo que ni quería comer”* demuestra cómo para algunos sujetos en el contexto de una internación en la UTI, los chistes, bajo su velo, canalizan una verdad difícil de procesar y expresar de otro modo que no sea bajo los efectos de lo chistoso. Es así como el sujeto chistoso, partiendo de la dinámica psíquica, retira el acento psíquico de su yo para trasladarlo sobre su súper-yo, y así, con este súper yo “empoderado”, con la nueva distribución de energías, es posible contener las reacciones de un yo insignificante y pequeño. También, tomando como ejemplo, el chiste de otro paciente relatado por la misma participante, en el momento en que un amigo del paciente lo visita en la UTI, y ante la pregunta de qué le había pasado, éste responde *“¿no ves cómo estoy hecho aca? La negra me descubrió con otra”*. Son en estos ejemplos de chistes, donde el sujeto que asume la actitud chistosa, afronta una realidad que supondría una alta carga emocional negativa, mediante un proceso psicológico que permite repudiar las exigencias de la realidad e imponer así el principio del placer. Se rechaza la posibilidad de sufrimiento ante la realidad de dolor físico y complicaciones vitales en el contexto de la UTI, resistiendo a la opresión que supone el pesar en dicha situación complicada para la salud del sujeto, sin salir del terreno de la salud mental.

También, se toman como ejemplo, aquellos chistes, que podrían considerarse en el común sentido como piropos realizados por parte de los pacientes con las mismas enfermeras que se desempeñan en la UTI, y asumen el cuidado y la atención de los mismos; es posible descubrir que el humor y los chistes en situaciones tan adversas a la alegría como ser una Unidad de Terapia Intensiva, permiten obtener un placer liberante y exaltante mediante el triunfo del narcisismo. Tal es así, con los ejemplos de la participante 7: *“Uno (un paciente) había hecho un paro, del que salió y empezó a decir: primer día que llego acá, y ésta enfermera hace que se me pare el corazón”* y de la participante 8: *(un paciente) le dice (a una compañera): y cuando yo me levante, ¿Podemos salir una vez aunque sea?, porque vos estás linda, yo estoy lindo, podría ser ¿no?,* que los piropos y los chistes dirigidos a las enfermeras cuyos emisores son los mismos pacientes, posibilitan el despliegue de un placer a partir de los chistes, aún en un contexto en donde incluso está comprometida la vitalidad de los pacientes, y donde se elude la expresión de

lo doloroso, asumiendo una actitud que, vista desde afuera, es incompatible con la situación en la que los sujetos se encuentran. Así también cuando un paciente expresa “¿Y ahora, cuál me mandé?” preguntándose en broma, qué habrá hecho para terminar en la Unidad de Terapia Intensiva, demuestran tal grandeza de ánimo en la energía con la que el paciente se aferra a su ser cotidiano, rechazando todo aquello que lo refiere a la muerte o un mal estado de salud, pudiendo despertar en él desesperación o algún sentimiento de angustia por consecuente.

Considerando referencias de los entrevistados a chistes que toman por objeto de las mismas a eventos que puedan presentarse habitualmente en relación al contexto diario o cotidiano, al ambiente de trabajo, el espacio, a institución u hechos fortuitos, únicamente surgió el relato del participante 9, donde una paciente, por hacer guardias activas, lo toma como objeto a él de sus chistes, burlándose de sus amplias horas de trabajo diciéndole “uuuh bueno que pesado, ya hacéte tu pieza acá al lado. (vos sos) el esclavo del Papa Francisco, decíle al Papa que te reconozca como hijo ya” supone chistes tendenciosos que permiten vehiculizar, a través de la burla al otro, una agresión velada que al hallarse con el obstáculo de la represión social (coerción externa) y de una coerción interna (que impide expresar directamente el insulto o la agresión porque de ser así supondría un aumento de la tensión interna psíquica, y por consecuente la tendencia insultante sería sentida con displacer), obtiene del material plástico de las palabras un buen chiste dando lugar a una nueva forma expresiva obteniendo la consecución de un placer. Así la tendencia reprimida se impone y se manifiesta por entero, aumentando con el chiste la satisfacción por cumplir el cometido de la pulsión reprimida. Es decir, insultar a otro a través de un chiste es aún más gracioso que sólo insultarlo y dejar ser el deseo de agredir al otro.

Por otro lado, la participante 5, relata una situación chistosa para ella, donde una paciente contaba que el marido, quién se hallaba privado de su libertad en una prisión de la provincia de Salta, le decía a ella que “se iban a casar cuando salga”, sin embargo, cargaba sobre sí una condena de prisión perpetua por el hecho cometido. Dicho chiste resultó motivo de risa para los sujetos que se encontraban oyendo la situación, como para quién también lo relato, ya que, como es sabido, el casamiento nunca iba a poder concretarse ya que el sujeto en cuestión nunca iba a poder salir de la cárcel, lo que suponía una burla para la mujer en cuestión. Es aquí donde reside la gracia de lo absurdo en el dicho. El disparate, algo que es contrario a la razón, y va de la mano de lo carente de

sentido produciendo un desfasaje o descoloque sobre lo que se expresa. Sin embargo, el absurdo del dicho del preso, se le añade un nuevo sentido, por lo que deja de serlo. Es decir, no tiene sentido decir que el casamiento se va a concretar, si el “futuro” marido nunca saldrá de la cárcel; por lo que, aparece un nuevo sentido en el chiste, que en realidad el casamiento nunca llegará a consumarse porque no será posible. Quizás, partiendo de ello, el sentido del absurdo del chiste sería el deseo inconsciente de la pareja de la paciente, de no querer casarse nunca con ella.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Para el presente trabajo de investigación se propuso responder a la pregunta sobre cuál es la función del chiste- teorizada ya por Sigmund Freud en 1905- para un grupo de sujetos profesionales que se desempeñan laboralmente en un contexto hospitalario enfrentados a situaciones angustiantes como ser la posibilidad de pérdida de pacientes por su proximidad con la muerte en la UTI. A lo largo de dicha investigación, fueron surgiendo a su vez, las distintas circunstancias en las cuales aparecen los chistes, como también sus modos de presentación y, preliminarmente, un esbozo de la interpretación que los mismos actores realizan sobre la aparición de los mismos.

Resulta preciso resaltar, en principio, que la teoría psicoanalítica que sostiene al chiste como una formación del inconsciente, cuya función supone la obtención de placer por medio de un ahorro de gasto de energía en el psiquismo; continúa vigente hasta el momento actual. Es el chiste un medio a partir del cual, mediante una labor intelectual, se puede obtener placer psíquico, en cualquier contexto en el cual se presente.

La pregunta que dio origen a la investigación, se pudo responder a partir del relato obtenido del encuentro con los profesionales enfermeros. A pesar de la presentación de limitaciones a lo largo del trabajo realizado, como son la falta de tiempo para la recolección de información, el horario laboral de los participantes y disposiciones internas de la Institución; surge el chiste como un modo de cumplir con la tendencia del aparato anímico hacia el principio del placer a partir de la maleabilidad que supone el uso de las palabras.

Ya sea por los chistes inocentes y bromas que surgieron del relato de los enfermeros, elaborados por ellos mismos y los pacientes o aquellos chistes que viabilizan la expresión de una tendencia hostil o sexual; el chiste continúa aportando al alivio de tensiones considerando las responsabilidades que en una UTI se requieren. Las condiciones extremas de trabajar en los cuidados intensivos ameritan al uso de recursos que permitan apaciguar la tensión que imprime en los participantes la realidad de su situación, cumpliendo la misma función el aporte que tienen los chistes referidos por los pacientes, de los cuales son espectadores.

Las circunstancias de aparición y los modos de presentación de los chistes, así como también la interpretación que los mismos actores realizan de éstos, deja entrever cómo son utilizados para cumplir una función (secundaria) dentro de la realidad en la que se

encuentran, ya sea permitiendo socializar con pacientes y compañeros de trabajo o facilitar su predisposición para sus actividades diarias.

Sin embargo, la vigencia del uso del chiste para obtener placer, ya sea por un puro juego de significantes o la remoción de coerciones internas, continúa siendo la función principal del mismo, ya que vehiculiza la posibilidad de satisfacer pulsiones agresivas o sexuales que, de otro modo, no podrían ser satisfechas por la crítica que a aquellas pulsiones recaen haciéndose necesaria su desfiguración. Se ve manifiesto en el uso del chiste, el poder de sustracción por la creatividad que supone la elaboración del mismo, frente a la situación laboral.

Mediante el presente trabajo de investigación fue posible aportar al conocimiento y comprensión sobre el fenómeno del chiste en un determinado contexto, como ser una Unidad de Terapia Intensiva dentro de un hospital local. Se aporta a una nueva propuesta de análisis en dichas condiciones límites para el ser humano, como también se demuestra la vigencia de un recurso del psiquismo que autores como Freud y Lacan, ya habían ubicado en un estatuto particular como vía de acceso al inconsciente.

Así también, además de la evidencia empírica que dicha investigación proporciona, podrá llegar a tener implicancias prácticas para quienes se encuentren interesados en la temática en cuestión para aplicar sus resultados, ya sea en la confección de estrategias que brinden bienestar a los profesionales enfermeros u otros trabajadores de ámbitos en estas condiciones.

Durante la investigación, surgieron diversas limitaciones a considerar, como la sujeción a los tiempos institucionales, teniendo en cuenta que se pretendía trabajar con los 13 enfermeros que conformaban la totalidad de la población en la UTI, pero que al momento de realizarse las entrevistas, 3 se hallaban de vacaciones o con licencia laboral. Así también, los tiempos para la administración de las entrevistas resultaban acotados debido a la poca disponibilidad de tiempo de los participantes, pues se hallaban en su horario laboral o en periodos de descanso muy reducidos.

Sin embargo, dichas debilidades abren un abanico de posibilidades para futuras investigaciones, dejando vacíos de conocimientos, donde se considera interesante el abordaje del objetivo de este trabajo, en otras situaciones que no sean normales para la UTI, como por ejemplo, en el contexto actual de pandemia por el SARS CoV 2 (COVID-19). ¿La función “salvadora” del chiste para el psiquismo, es la misma en una situación

tan extrema y angustiante para los profesionales enfermeros? Los mismos participantes de la presente investigación son quienes se encuentran actualmente luchando ante las consecuencias del Coronavirus en el mismo hospital y enfrentando situaciones temidas como la muerte diaria de compañeros e internos.

En el contexto de pandemia cabe preguntarnos ¿siguen utilizando el recurso del chiste para aportar placer o serán capaces de inventar otros mecanismos para enfrentar lo innombrable sin poder utilizar la capacidad creadora para elaborar un chiste?

Quedan interrogantes...

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Gonzalez, et. al. (2004) España. Unidad de medicina intensiva del hospital Txagorritxu. *Guía de práctica clínica: cuidados críticos de enfermería*. Araba, España. Recuperado de <http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf> el 6 de Septiembre de 2018.
- APA. (21 de Septiembre de 2016). *Normas Apa*. Obtenido de NORMAS APA 2016: <http://normasapa.com/2016/09/>
- Ariès, P. (1983). *El hombre ante la muerte*. Armiño, M (Traduc.). Madrid: Taurus Ediciones
- Barron, J. (1999) *Humor and Psyche: Psychoanalytic perspectives*. [Humor y Psique: Perspectivas Psicoanalíticas] New Jersey: The Analytic Press Publishers, p. 11-30. Recuperado de <https://www.taylorfrancis.com/books/9781134896424> el 28 de Agosto de 2018.
- Bosia, L. (17 de Agosto de 2013) *El estatuto del dolor para el psicoanálisis*. [Mensaje en un blog: Nueva Escuela Lacaniana de Medellín] Recuperado de <http://nel-medellin.org/el-estatuto-del-dolor-para-el-psicoanalisis/> el 21 de Agosto de 2018
- Castellanos, S. (2012) *El dolor y los lenguajes del cuerpo*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Cerruti, N. (2017) *Lo absurdo y el humor*. Buenos Aires: Letra Viva
- Chemama, R. (1996) *Diccionario del psicoanálisis*. Lecman, T. (Traduc.). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Coppin, M. & Gaspard, J.-L. (2017). El humor negro frente a la muerte. Torres Parra, E. (Traduc.) (Universidad de Rennes 2, Ed.) *Desde el jardín de Freud* (17),149-160. DOI: <https://doi.org/10.15446/djf.n17.65522>
- Dellarossa, M. (2016) *Especialidad de enfermería en el cuidado del paciente crítico*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Recuperado de <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/dellarossa-matias-jose.pdf> el 2 de Septiembre de 2018.

- Díaz, M & González, N. (2007) *Calidad de atención que brinda enfermería a los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Fe.P.R.A. (2013). *CÓDIGO DE ÉTICA de la Federación de Psicólogos de la República Argentina*. (Aprobado por Asamblea). Argentina
- Foucault, M. (2014). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1963)
- Freitas et. al (2016). La visión de la enfermería ante el proceso de muerte y morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Revista Enfermería Global*. 15 (41). 322-334. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015
- Freud, S. (2012a). El Malestar en la Cultura. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 4, p. 3017-3067). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1929-30)
- Freud, S. (2012b). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 3, p. 2101-2117). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1915)
- Freud, S. (2012c). El chiste y su relación con el inconsciente. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 2, p. 1029-1168). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1905)
- Freud, S. (2012d). Más allá del principio del placer. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 3, p. 2507-2541). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1919-1920)
- Freud, S. (2012e). Estudios sobre la histeria. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 1, p. 39-168). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1893-1895)
- Freud, S. (2012f). Psicoanálisis (cinco conferencias pronunciadas en la Clark University, Estados Unidos). En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 2, p. 1533-1563). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1909-1910)

- Freud, S. (2012g). Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 4, p. 3101-3206). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1932-1933)
- Freud, S. (2012h). Tres ensayos para una teoría sexual. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 2, p. 1169-1237). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1905)
- Freud, S. (2012i). El humor. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 4, p. 2997-3000). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1927-1928)
- Freud, S. (2012j). Proyecto de una psicología para neurólogos. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 1, p. 209-276). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1895)
- Freud, S. (2012k). Inhibición, síntoma y angustia. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 4, p. 2833-22883). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1925-1926)
- Freud, S. (2012l). Duelo y Melancolía. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 3, p. 2091-2100). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1915-1917)
- Freud, S. (2012m). Introducción al Narcisismo. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 3, p. 2017-2033). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1914)
- Freud, S. (2012n). Contribuciones al simposio sobre el suicidio. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 2, p. 1636-1637). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1910)
- Freud, S. (2012ñ). Lo siniestro. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 3, p. 2483-2506). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1919)
- Freud, S. (2012o). Lo percedero. En L. López Ballesteros (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 3, p. 2118-2120). Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo Original publicado en 1915-1916)

- Gala León, F.J. et al. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Revista Cuadernos de Medicina Forense* (30) 39-50. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn30/original4.pdf>
- Hospital Español (2018). *Unidad de terapia intensiva*. Recuperado de <https://www.hespanol.com/index.php/unidades-alta-especialidad/unidad-de-terapia-intensiva> el 29 de Septiembre de 2018.
- Lacan, J. (2010) *El seminario de Jacques Lacan libro 5*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley N° 23277. Ejercicio Profesional de la Psicología. *Boletín Oficial de la Nación*. Buenos Aires, Argentina. (N° de Boletín 28.294). 1ª. Sección: 19 de Diciembre de 1995. Recuperada el 30 de Agosto de 2018
- Ley N° 24004. Ejercicio de la Enfermería. *Boletín Oficial de la Nación*. Buenos Aires, Argentina. Sancionada el 26 de Septiembre de 1991. Promulgada el 23 de Octubre de 1991. Recuperada el 28 de Septiembre de 2018
- Ley N° 6063. Ejercicio Profesional del Psicólogo. *Boletín Oficial de la Provincia de Salta, Argentina*. (Expediente N° 01-326031/82). Ministerio de Bienestar Social: 11 de Febrero de 1983. Recuperada el 30 de Agosto de 2018
- Ley N° 7351. Ejercicio de la profesión de la enfermería y creación del colegio profesional de enfermeros de la Provincia de Salta. *Boletín Oficial de la Provincia de Salta, Argentina*. (Expediente N° 90-15260/03). Boletín N° 17178, el día 22 de Julio de 2005. Recuperada el 28 de Septiembre de 2018
- Martinez, S. (2017a). *Dossier Salud Pública: Reproducción social y proceso de salud-enfermedad-atención*. Menendez, E. (Direc.) Seminario llevado a cabo en la Universidad Nacional de Lanus (2002). Salta: Universidad Católica de Salta
- Martinez, S. (2017b). *Dossier Salud Pública: Salud Comunitaria*. Lazo Gonzales, O. (Direc.) Salta: Universidad Católica de Salta.
- Masotta O. (2012) *Lecturas de psicoanálisis. Freud, Lacan*. Buenos Aires: Paidós.
- Maza Cabrera, M., Zavala Gutierrez & M. Merino Escobar, J. (2008) *Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes*. Artículo de Revista

- Ciencia y Enfermería. XV (1): p. 39-48. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n1/art06.pdf> el 15 de Octubre de 2018.
- McGrill, T. R. (22 de Marzo de 1996). Virginia Henderson, 98, Teacher of Nurses, Dies. [Virginia Henderson, 98, Muere Profesora de Enfermería] *The New York Times*. Recuperado de <https://www.nytimes.com/1996/03/22/arts/virginia-henderson-98-teacher-of-nurses-dies.html> el 6 de Octubre de 2018.
- Miller, J.A. (2012) *La fuga del sentido*. Buenos Aires: Paidós.
- Moguillansky, C. (2016) *El dolor y sus defensas*. Buenos Aires: Letra Viva editores.
- Organización Mundial de la Salud ONU (1978) *Declaración de Alma-Ata: Atención Primaria de Salud*. [Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud]. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (1987) *Los hospitales y la salud para todos: Informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre la Función de los Hospitales en el Primer Nivel de Envío de Casos*. (Informe N° 744). Ginebra: Serie de informes técnicos.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Temas de salud: Enfermería*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/nursing/es/> el 22 de Septiembre de 2018.
- Prensa Gobierno de Salta. (8 de Octubre de 2013). *Abrió sus puertas el Hospital Papa Francisco, que beneficiará a 200.000 personas*. Informatesalta. Recuperado de <http://informatesalta.com.ar/noticia/32936/abrio-sus-puertas-el-hospital-papa-francisco-que-beneficiara-a-200000-personas> el 14 de Octubre de 2018.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Salamone, L. D. (2018). *Los vínculos en la edad digital*. Revista “Actualidad psicológica”. Buenos Aires. N° 478.
- Ramírez Perdomo, C.; Perdomo Romero, A. & Galán González, E. (2013) Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en enfermería*, XXXI (1), p. 42-51. Bogotá, Colombia.
- Razinsky, L. (2013) *Freud, Psychoanalysis and Death*. [Freud, Psicoanálisis y Muerte] UK: Cambridge University Press. Recuperado de

<https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=yeAgcsN529gC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Freud,+Psychoanalysis+and+Death&ots=tMqmqJ4yWH&sig=jNWolXRt4gQq-WIVsX1kLeSEF0g#v=onepage&q=Freud%2C%20Psychoanalysis%20and%20Death&f=false> el 2 de Octubre de 2018.

Resolución N° 876D. (2016) *Carta de servicios del Hospital Papa Francisco*. Boletín Oficial de la Provincia de Salta, Argentina. Ministerio de Salud Pública: 2016. Recuperado de <http://www.boletinoficialsalta.gob.ar/anexos2/Resolucion876D-16.pdf> el 14 de Octubre de 2018.

Torres Esperón, J.; Hernández Rodríguez, J.; Otero Ceballos, M. & Urbina Laza, O. (2004) Funciones y tareas asistenciales de enfermería en los cuidados intensivos. (Escuela Nacional de Salud Pública, Ed.) *Revista cubana de Medicina intensiva y emergencias* (4), 24-46. Habana. Recuperado de <file:///F:/TIF/ENFERMERIA%20PROPUESTA%20CUBA%20UTI.pdf> el 2 de Septiembre de 2018.

Trevisan Martins, J. & Cruz Robazzi, M. (2009) El trabajo del enfermero en una unidad de terapia intensiva: sentimientos de sufrimiento. *Revista Artigo*; 17 (1). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/es_09.pdf el 7 de Septiembre de 2018.

Universidad Nacional de Salta (2016) *Valorando al paciente crítico: un desafío enfermero*. Resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud N° 195-16/ Expediente N° 12.094/2016

Wenger A. (2018) *Dolor y sufrimiento*. [Mensaje en un blog: Escuela Freudiana de Buenos Aires] Recuperado de <http://www.efba.org/efbaonline/wenger-02.htm> el 21 de Agosto de 2018.

ANEXOS



ANEXO I: NOTA DE AUTORIZACIÓN

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA - FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS



Salta, 2 de Enero de 2020

A Sr. Gerente General del A.O.LV

Dr. Daniel Mamani

S _____ / _____ D

Por la presente nos dirigimos a Ud., a fin de solicitar su autorización para que la suscripta, Maia José Mateus con DNI N° 38.147.091, alumna de la Carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta, pueda realizar su trabajo de investigación final de grado, titulado *“La función del chiste para los profesionales enfermeros que se desempeñan en la UTI del Hospital Papa Francisco”*, en las instalaciones de vuestra Institución.

El trabajo de investigación se encontrará dirigido por la Lic. Solange Noemí Garijo, quien también suscribe la presente, y la revisión de tesis estará a cargo del Lic. César Guillermo Montellano. Es por ello que contará con la supervisión y coordinación de ambos Licenciados.

Toda la información del estudio será **confidencial** y se **resguardarán las identidades de todos los participantes**.

El presente diseño de investigación se encuentra aprobado para su realización por el tribunal evaluador de tesis de la alumna desde el día 25 de noviembre de 2019. A los fines de aclarar nuestro propósito y en la intención de evitar susceptibilidades, se informa a Ud. que el objetivo de dicha investigación es *“Analizar la función que tiene el chiste para los profesionales enfermeros que se desempeñan en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Papa Francisco, en el periodo 2020, dentro del contexto en el que desarrollan su tarea asistencial”*. A su vez, se adjunta una copia impresa del diseño, el cual se pretende llevar a cabo en un periodo aproximado de 4 (cuatro) meses, a contar desde la emisión del permiso de autorización que por la presente estamos solicitando.

Una vez realizada la investigación, podrá Ud. conocer los resultados al momento de archivar una copia en la Universidad Católica de Salta, pudiendo Ud. ser notificado cuando corresponda.

Sin otro particular, y a la espera de una resolución favorable, saludamos a Ud. muy atentamente.

Mateus, Maia José

DNI: 38.147.091

Lic. Solange Noemí Garijo

M.P. N° 626



ANEXO II: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA



FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS - CARERA DE PSICOLOGIA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La alumna **Mateus Maia José DNI 38.147.091** de la carrera de Lic. en Psicología, invita a Ud. a realizar una serie de preguntas para una entrevista de **carácter gratuito y secreto**.

La decisión de participar es **voluntaria** y Ud. **puede o no aceptar participar**. Asimismo, Ud. **puede interrumpir su participación en el momento que lo decida**.

Toda la información del estudio **será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes**.

En función que la alumna se encuentra realizando su trabajo final de grado, y para evitar sensaciones de incomodidad, se informa a Ud. que el objetivo de dicha investigación es *“Analizar la función que tiene el chiste para los profesionales enfermeros que se desempeñan en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Papa Francisco de la Ciudad de Salta, en el período 2020, dentro del contexto en el que desarrollan su tarea asistencial”*.

Podrá conocer los resultados de la misma al momento de archivar una copia en la Universidad Católica de Salta, pudiendo Ud. ser notificado cuando corresponda. Aunque, se reitera el carácter **anónimo** de su participación, y la información obtenida será utilizada sólo para fines investigativos.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN PSICOLOGICA, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGIA.

Yo _____ *habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto a participar del mismo y responder a las entrevistas que la alumna me presente.*

Firma: _____

DNI: _____

Aclaración: _____

Fecha: ____/____/____

Firma: _____

DNI: 38.147.091

Aclaración: Mateus, Maia José

Fecha: ____/____/____

ANEXO III: MODELO DE ENTREVISTA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Datos del entrevistado

Sexo: Edad: Profesión:

Antigüedad de ejercicio profesional: Tiempo de desempeño en la UTI:

Rol que cumple:

GUÍA DE PREGUNTAS

¿Cómo es su experiencia laboral en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva?

¿Cómo se conforma su equipo de trabajo?

¿Cómo se manejan con los turnos?

¿Qué tipos de pacientes atiende usted, generalmente?

¿Con cuáles le resulta más complicado trabajar?, ¿Por qué?

¿Con cuáles le resulta menos complicado trabajar?, ¿Por qué?

¿Qué hace usted frente a esos sentimientos o pensamientos que le genera la situación de los pacientes o de sus familiares?

¿Cómo es su relación con los familiares?

¿Cuáles son las situaciones más angustiantes o estresantes que vive en la UTI?

PREGUNTAS MÁS ESPECÍFICAS

¿Existe alguna anécdota que pueda contarme dentro de su experiencia en la UTI que le haya resultado graciosa?

¿Quiénes fueron los protagonistas de esa experiencia?

¿Qué parte de su tarea asistencial se presentaba como protagonista de la situación graciosa? (Paciente, familiar, compañero de trabajo, función, etc.)

¿Cree que el chiste tuvo alguna función en la resolución de esa situación?

¿Qué opina con respecto a la utilización de los chistes en un contexto donde ocurren situaciones cercanas al sufrimiento?

¿Lo ha experimentado en relación a su persona o en relación a los demás?, ¿En qué situaciones?

¿Cuáles son las situaciones en las que usted observa que aparecen los chistes en su tarea asistencial?

¿Recuerda chistes o situaciones cómicas referidas a su trabajo diario?

¿Cuál es su opinión sobre los beneficios que tendría la utilización de los chistes en su contexto de trabajo?

¿Recuerda otras situaciones que llegaron a ser objeto de risa con el tiempo?

ANEXO IV: MARCO INSTITUCIONAL

El hospital Papa Francisco, Área Operativa LV (A.O. LV), es un organismo sanitario, que depende del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta. El mismo, se encuentra ubicado en el Barrio Solidaridad, Mza. 405 B, Etapa 4, de la ciudad de Salta y atiende la demanda pública sanitaria de capital e interior de la provincia.

Su finalidad es:

Prevenir y asistir a la comunidad en la enfermedad, dentro de la red del A.O. LV.; atender las necesidades de los usuarios mediante la mejora continua de las prestaciones de servicios; brindar servicios de excelencia al alcance de toda la población, dentro de un marco de bioseguridad, buscando la calidad en la atención del usuario y realizar actividades educativas, informativas y concientización. (Resolución N° 876D, 2016, Folio 2).

Según la Resolución N° 876D, “Carta de servicios del Hospital Papa Francisco”:

El hospital Papa Francisco (...) tiene la visión de ser la institución referente de una red innovadora y de excelencia al servicio de la comunidad, brindando atención humanizada en cada uno de los procesos. Destacándose por la actualización permanente. Comprometida con una gestión transparente y la mejora continua de sus servicios.

El hospital Papa Francisco (...) tiene la misión de:

Brindar atención integral a la población para su salud, acompañando al paciente y su familia.

Favorecer la construcción de conocimientos científicos de calidad, basados en la evidencia, que sustentan la asistencia, la prevención y la promoción de la salud.

Generar para los profesionales y todo el personal, un lugar de desarrollo y trabajo amigable, que favorezca su sentido de pertenencia.

Gestionar los procesos, estructuras y recursos de forma transparente y honesta. (Folio 3).

El Hospital Papa Francisco fue inaugurado el 8 de Octubre de 2013, con la promesa de beneficiar a más de 200 mil personas con el servicio que brindaría. Fue construido por el Gobierno de la Provincia, y trabaja en red con 33 centros de salud de la zona sureste de la capital.

El nombre del organismo sanitario fue elegido por una votación que lanzó el Gobierno de la Provincia, con mayoría de votos. (Prensa Gobierno de Salta, 2013)

El Hospital cuenta con los servicios médicos que se describirán a continuación, sin embargo los mismos se fueron incorporando paulatinamente. Ellos son: “Terapia Intensiva, Emergencias, Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Obstetricia, Ginecología, Pediatría, Neonatología, Cardiología, Anestesiología, Odontología. También con farmacia, laboratorio, hemoterapia, diagnóstico por imagen, nutrición, kinesiología y psicología”. (Prensa Gobierno Salta, 2013, párr. 12).

**ANEXO V: DISPOSICION INTERNA EMITIDA POR EL
CADI**



HOJA DE EVALUACIÓN
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL: *“La función del chiste para los profesionales enfermeros que se desempeñan en la UTI del Hospital Papa Francisco”*

Alumno: Mateus, Maia José DNI 38.147.091 _____

Director: Garijo, Solange Noemí MP. 262 _____

Metodólogo: Montellano, César Guillermo MP. 387 _____

EVALUACIÓN

-Decisión:

-Tribunal evaluador

Jurado:

Jurado:

Jurado:

Lugar y fecha: