

Terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas

Laughter therapy in a group of elderly women

María M. Villamil G¹; Ángela Quintero E²; Eucaris Henao V²; Jairo L. Cardona J³

¹ Trabajadora social docente investigadora de la Corporación Universitaria Remington, Medellín, Colombia

² Psicóloga, docente investigadora de la Corporación Universitaria Remington, Medellín, Colombia

³ Epidemiólogo, docente investigador de la Corporación Universitaria Remington, Medellín, Colombia. Correo electrónico: jairo.cardona@remington.edu.co

Recibido: 30 de agosto de 2012. Aprobado: 07 de abril de 2013.

Villamil M, Quintero A, Henao E, Cardona JL. Terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(2): 202-208.

Resumen

Objetivo: explorar los beneficios de la terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas pertenecientes a un centro gerontológico del Municipio de Envigado (Colombia).

Metodología: estudio con enfoque cualitativo mediante entrevista semiestructurada a 10 adultas entre 59 y 97 años de edad, antes y después de la aplicación de 5 sesiones, una semanal, de terapia de la risa por parte del grupo Medidlaun "payasos hospitalarios". **Resultados:** muchos de los cambios percibidos en las adultas coinciden con la literatura en lo

que respecta a una actitud más positiva, incremento de la confianza en el otro y la aceptación; expresan el pasado con menos dolor y un mayor agrado frente al acompañamiento familiar. **Conclusiones:** La terapia de la risa permite al adulto mayor encontrar fortalezas que puedan ayudarle a mejorar su presente, a su vez, lograr cambios en el individuo que se le revierten positivamente y a su relación con el entorno.

-----**Palabras clave:** adulto mayor, geriatría, hogares para ancianos, risoterapia.

Abstract

Objective: to explore the benefits of laughter therapy in a group of elderly women belonging to a gerontology center (Envigado, Colombia). **Methodology:** a qualitative study using a semi-structured interview with 10 adult women aged 59 to 97. The participants were interviewed before and after applying 5 weekly sessions of laughter therapy. Said therapy was administered by the Medidlaun "hospital clowns" group. **Results:** many of the changes observed in adult women are consistent with the results described in the literature in relation

to a more positive attitude, increased confidence in people and acceptance; the participants expressed the past with less pain and had a greater liking towards family support. **Conclusions:** laughter therapy allows seniors to find the strength to improve their present situation, thus causing positive changes in their own self and in their relationship with their surroundings.

-----**Keywords:** senior, geriatrics, homes for the elderly, laughter therapy.

Introducción

El incremento de la población anciana a nivel mundial, se ha dado por aspectos como el aumento de la esperanza de vida, y al descenso de los índices de natalidad y de mortalidad [1], igualmente en Colombia, en sólo un siglo el país pasó de 4.355.470 personas a un total de 41.468.384, de las cuales el 6,3% (2.612.508), es mayor de 65 años; de estos, el 54,6% son mujeres [2]. Como en muchas regiones del mundo, el envejecimiento de la población colombiana es mayor en las mujeres; la esperanza de vida de ellas ha sido mayor que la de los hombres. Entre 1950 y 1965 vivían en promedio tres años más, en el año 2000 la diferencia subió a siete años y, al parecer, se mantendrá hasta el año 2050 [3]. En Medellín, el 58% de los adultos mayores son mujeres [1].

Debido al grado de dependencia de las personas de 75 años o más, se opta, en muchas ocasiones, por la institucionalización. Las causas varían, pueden darse por: escasos o nulos recursos económicos, falta de apoyo, abandono, marginación social, etc. [4]. En el estudio realizado en Medellín por Cardona y cols., [5], se encontró que la principal causa de institucionalización fue la soledad puesto que el 23% vivía solo; otras fueron problemas de salud y por decisión familiar.

En la edad madura ocurren cambios en los que se involucran incertidumbres en el ámbito profesional, familiar, de los afectos y, a su vez, fragilidad en las relaciones pasadas y futuras, debido a que las personas que han acompañado al adulto mayor pueden morir o cambiar de estado de acuerdo al ciclo evolutivo que atraviesan, situación que implica variaciones en las relaciones y en el ámbito personal [6].

Tres crisis se presentan en la vejez: de identidad, de autonomía y de pertenencia. La primera se relaciona con las pérdidas, la segunda con el estado de salud y, la última, con los cambios en los diferentes contextos que vivencia el adulto [7].

Por esta razón, la vejez es una etapa compleja que involucra una cantidad de factores en los que la familia, las relaciones y el ámbito personal cobran vital importancia. Así, esta vivencia puede ser aún más difícil dentro del entorno institucional, puesto que, para los adultos regidos por parámetros de ciertas entidades que los acogen, es más complejo su transcurrir cotidiano, debido a que ven reducido su control y autonomía, comportamiento que conduce a una mayor pasividad en el momento de enfrentar situaciones difíciles [8].

La risoterapia

La risoterapia o terapia de la risa es un tratamiento complementario para mantener el bienestar físico y mental [9]. Es la risa un mecanismo interno que estimula todos los sistemas fisiológicos [10]; además, es una forma sa-

ludable para reducir el estrés, proporcionar un sentido de control y ayudar al cuerpo a relajarse [11].

Con la terapia de la risa se estimulan y estiran los músculos de la cara, se incrementa la velocidad de la sangre, mejora el sueño y se pierden calorías. Igualmente, se obtienen beneficios psicológicos: al eliminar el estrés, aliviar la depresión, participa en procesos de regresión (retroceso a un nivel mental o emocional anterior como mecanismo para mitigar una realidad que se percibe como dolorosa o negativa), exteriorización de emociones y sentimientos, además de incrementar la autoestima. En el aspecto social beneficia las relaciones interpersonales, permite desenvolverse favorablemente en situaciones incómodas, facilita la comunicación y es la mejor forma de “romper el hielo” [12].

El buen humor puede ser visto como mecanismo de defensa específico, por el que las emociones positivas operan para reducir las emociones negativas indeseables [13]. Las personas que asumen el buen humor y la risa en su vida cotidiana, parece que tienen mayor capacidad para hacer frente a situaciones de estrés [14]; como un antagonista natural de la tensión; tiene numerosos efectos saludables, incluida la mejora de los sistemas cardiovascular, inmunológico y endocrino [15].

Los efectos benéficos de la risoterapia se presentan en el ámbito psicosocial y en la salud, así como se han obtenido resultados favorables en pacientes hospitalizados tanto en niños como en la población adulta [16].

La terapia de la risa impacta en la salud mediante la reducción de la ansiedad y el estrés, mejorando así el bienestar general, al igual que la satisfacción con la vida [17]. Se ha reportado mejoría en enfermedades como la esquizofrenia, desorden bipolar y trastorno obsesivo compulsivo, entre otras enfermedades mentales [18].

En el trabajo realizado por Christie y Moore [19], afirman que un buen estado de ánimo tiene un efecto positivo sobre el sistema inmunológico, en el umbral del dolor y la elevación en la actividad de las células asesinas; además, las medidas de neuroendocrinos específicos y los niveles de hormonas mejoraron las respuestas de estrés físico y aumentó la sensación de bienestar después de la risoterapia; adicionalmente, demostraron que existe una correlación positiva entre el buen humor y los niveles de comodidad en los pacientes oncológicos.

En un estudio realizado en 20 pacientes ancianos con demencia tipo Alzheimer y 20 con depresión, de estos, 10 de cada grupo recibieron terapia de la risa; en todos los pacientes, con excepción de aquellos con Alzheimer, el puntaje de calidad de vida mejoró [20]; además, de la eficacia terapéutica específica que se da en los adultos mayores depresivos, también se reportan efectos positivos en el insomnio y la calidad del sueño [21].

Es preciso destacar que son pocas las investigaciones que hay con respecto a este tema en el país, las ins-

tituciones son muy escépticas en la aplicación de este tipo de terapias, y prefieren los métodos tradicionales en pro de la salud física y mental [22]; además, los trabajos realizados aplicando la terapia de la risa se han hecho frecuentemente en la población infantil [23].

Con este trabajo se pretendió explorar los beneficios de la terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas mayores pertenecientes a un centro gerontológico, a partir de la aplicación de una entrevista semiestructurada; es decir, abierta sin limitarse a un instrumento de preguntas cerradas o predeterminadas, junto con los análisis realizados en dos momentos: antes y después de la terapia de la risa.

Metodología

Para explorar los beneficios de la terapia de la risa se utilizó un enfoque cualitativo mediante la entrevista semiestructurada. Como lo afirman Toro y Parra, “la entrevista de investigación social encuentra su mayor productividad no tanto para explorar un simple lugar fáctico de la realidad social, sino para entrar en ese lugar comunicativo de la realidad” [25], aspecto que indica la importancia del discurso a la hora de hallar nuevos elementos para el análisis.

La entrevista fue diseñada, aplicada y registrada por los investigadores antes y después de la terapia de la risa con las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se percibe en el momento actual?
- ¿Cómo son en la actualidad sus relaciones con los otros?
- ¿Qué piensa de su familia?
- ¿Cómo se describe a sí mismo?

El trabajo se efectuó con los adultos que viven en el Hogar Gerontológico Revivir del municipio de Envigado Antioquia, que reúne todos los requerimientos para albergar dicha población, de diferentes estratos económicos, en excelentes condiciones. La mayor proporción pertenecen al sexo femenino y fueron contactadas entre junio y septiembre de 2010.

Se realizaron cinco sesiones de terapia de la risa, una semanal, a cargo de un grupo de Payasos Hospitalarios de la Fundación Mediclaun de Medellín. Para el análisis de la información se tomó como referente a Taylor y Bodgan [26] que expresan la importancia de un análisis que permita una comprensión más profunda de la realidad. Proponen unas etapas que parten del descubrimiento donde se desarrollaron conceptos y proposiciones, se codificaron los datos, se eligieron temas emergentes, se desarrollaron tipologías y luego se extrajeron conceptos y proposiciones. Con este referente, se elaboraron una serie de mapas conceptuales de cada una de las adultas en los dos momentos de la entrevista, con el fin de profundizar en dicha exploración, e igual-

mente se desarrollaron categorías y subcategorías que permitieron clasificar los datos encontrados. De acuerdo con lo descrito, se compararon los dos momentos y se identificaron los cambios percibidos más significativos después de la aplicación de la terapia de la risa. En el proceso de la recolección de la información, cada una de las participantes firmó un documento donde se especificaba el manejo confidencial y anónimo de sus datos personales y la autorización para realizar la entrevista.

Criterios de inclusión: mayor de 55 años, con capacidad para responder la entrevista, usuario del centro Revivir, que voluntariamente deseara participar y que hubiera asistido a las terapias; sólo 10 mujeres cumplieron con este último requerimiento y por esta razón fueron elegidas para la investigación.

Resultados

A continuación se presentan las diferencias encontradas entre los dos momentos; al citar las expresiones utilizadas por las adultas, se utiliza un código, si está acompañado del número uno, se refiere al primer momento; si tiene el dos, al segundo.

Características de las adultas: promedio de edad de 79,1 años; seis solteras, de las cuales tres se desempeñaron como empleadas domésticas y una como administradora de un almacén de propiedad familiar. Las cuatro restantes eran viudas, amas de casa y tres contaban con hijos.

Primer momento: resultados recogidos antes de la aplicación de la terapia

La mirada

En un primer momento, son muy notorias las quejas en las adultas por su estado de salud, hay expresiones de dolor, inconformidad, ausencia, desconfianza, soledad e incluso subvaloración de lo que se vive. Esto último, se ve reflejado en frases como: “no tengo nada bueno para contar” (L1) que evidencia desgano y descontento con la situación actual. Igualmente se enuncian palabras como: “duro” (M1), en el sentido de visualizar el momento como difícil por las circunstancias que le ha tocado afrontar; adicionalmente, algunas de las adultas mencionan deseos de morir: “me provoca morirme” (L1), que muestra el deseo de acabar con una existencia que no es grata. En general, se percibe resentimiento sobre todo en aquellas que no estuvieron conformes con el trato de la sociedad y de la familia.

Frases como “vivo por vivir” (R1) reflejan que existe desinterés y un malestar general que es constante en el día a día. La mirada, de varias de ellas se combina con queja y malestar.

La realidad

Algunas adultas pueden hablar del espacio sin dificultad y, otras por el contrario, les cuesta comenzar otro episo-

dio y afrontar el momento que están viviendo, expresado en frases como: “no salgo porque estoy muy aporreada” (M1), describen cómo la adulta permanece muchas veces encerrada para no pensar en el presente, dejar que los días pasen y no asumir su estancia dentro de la institución. Igualmente, frases como: “me la paso encerrada en mi habitación” (MR1), reflejan una cotidianidad que cuesta romper y que evade la situación presente. La realidad de la enfermedad aparece a modo de queja o de aceptación. En este momento, no se habla de disfrute y el transcurrir de los días se enuncia simplemente.

Los recuerdos

Las adultas puntualizan mucho las muertes de familiares y personas queridas, algunas resaltan recuerdos dolorosos que marcaron su historia y aún hacen mella frases como: “caiga aquí, caiga acá, rodando... rodando” (Ma1), las cuales evidencian un malestar que se hizo constante en su historia y que generó resentimiento y frustración. Los recuerdos se convierten en la mayoría en una queja y, en otros, la historia simplemente refuerza la ausencia de aquellas personas con las que se contó y ya no están.

Algunas de ellas hacen énfasis en el pasado, queriendo traerlo de nuevo o simplemente mostrarlo como esa condición difícil que marca su presente. Así, las imágenes de lo vivido, en quienes fue agradable, se vuelven dolorosas al enfrentarse al presente donde hay vacíos y una condición distinta; en quienes fue amargo, se reviven implicando un malestar que aún no se ha aceptado o no se ha superado.

La confianza

Aunque se enuncia un buen trato para con el otro, no se le da mayor relevancia al mismo. Una de ellas expresa la desconfianza hacia los demás y cómo prima un interés siempre de la gente: “confianza en Dios y en lo que uno tenga en el bolsillo” (MA1). Sin embargo, en este momento, muchas adultas solo realizan lo básico y poco tiempo dedican al compartir colectivo: “no tengo nada con nadie” (M1). Es clara la aceptación del otro, en la que no hay campo para la crítica, pero la riqueza del compartir no se enuncia.

Expresiones

Al referirse al centro gerontológico, si bien hay agrado en algunas de ellas, en otras se refleja cierta inconformidad: “aquí no se hace nada” (R1), que muestra una crítica y una desazón frente al lugar. En general, las mujeres se sienten cómodas, utilizan con frecuencia la expresión “bien” para referirse al espacio institucional.

La familia

Varias adultas refieren el acompañamiento familiar y, en una de ellas, hay una identidad marcada: “somos muy unidos” (R1). Sin embargo, la mayoría habla de la fami-

lia de manera general, sin hacer énfasis en la calidad de las relaciones. Enuncian las visitas y las llamadas como una acción normal, propia de la cotidianidad.

En algunas de ellas, se percibe dualidad, resentimiento y frases como: “viví de arrimada 35 años” (A1) que refleja no sentir su familia como parte de su propia identidad; “me quedé sola” (M1) muestra que si bien el grupo familiar extenso acompaña, no logra suplir esas ausencias. En el discurso de la mayoría, la familia no ocupa el centro, solo un lugar eventual.

Momento expost: resultados recogidos después de la aplicación de la terapia

Al tratar de identificar los cambios más importantes que se lograron en las actitudes de las adultas después de la aplicación de la terapia de la alegría, se resaltan los siguientes:

Una mirada más positiva

Disminuye la preocupación y las quejas por su estado de salud, se minimizan deseos de muerte o falta de motivación por la vida, dependencia, frustraciones o ausencia de comunicación familiar, sentimientos de soledad, rencor o sufrimiento y expresiones de inconformidad, participando en las actividades propias del centro y en la terapia; en otros, mostrando más motivación al expresar la posibilidad de enfrentar y combatir la depresión y otras enfermedades, detallando las situaciones actuales que vive y disfrutándolas; así, aparecen menos preocupadas y temerosas: “Fuera de mis enfermedades, que me ponen insulina dos veces al día, tomo mucha droga pero me siento muy contenta” (C2); se muestra una aptitud más optimista, sin manifestar tantos problemas como en la entrevista primera, luego expresan el buen uso del tiempo libre, la creatividad y un mayor disfrute por las actividades que realizan.

En un segundo momento, el discurso cambia: “me siento realizada” (R2), que muestra entusiasmo por lo que ha experimentado; de igual manera, la frase: “vivo supremamente bien” (L2), demuestra satisfacción y alegría. Hay otras personas que muestran acciones directas para mejorar su situación en expresiones como: “combato la depresión” (A2), “en los últimos días quiero pasar bien sabroso” (S2), que reflejan la importancia de elaborar sus dificultades y vivir el momento actual de una manera optimista.

Aceptan de mejor manera su realidad

Se manifiesta en 7 de las 10 adultas, una actitud más consciente de su presente, más realistas frente a lo que les sucede, reconociendo sus limitaciones, pero también enfrentándolas: “cuando me siento así como deprimida salgo a caminar para embolatar la cabeza” (A2), hablan con tranquilidad de sus debilidades: “soy de un genio muy fuerte” (R2), “no soy estudiada” (A2). Algunas tienen claridad de que las pérdidas les generan aún dolor y

que estarán en ese espacio hasta su muerte, una de ellas refiriéndose a su esposo muerto dice: “tuvimos momentos muy sabrosos” (M2).

Asumen con tranquilidad y resignación su muerte; están conscientes que es un devenir inminente: “cuando Dios quiera puede venir por mí y me encuentra en muy buenas condiciones” (L2). “La muerte es bella, si uno se va a que lo reciba Dios y la virgen... si esto aquí es tan bueno, cómo será con ellos” (M2).

Se ajustan con tranquilidad a su vejez: “uno viejo va perdiendo todo” (M2); otra adulta riéndose dice: “ya estoy bastante viejita” (A2); hablan de sus limitaciones sin preocuparse: “pa` trabajar ya no funciona” (MA2).

Igualmente, se percibe madurez y reflexión frente a su situación actual: “estar uno solo da a que uno piense muchas cosas que no debiera estar pensando” (R2), aspecto que muestra un intento de reinterpretar lo vivido y la necesidad de asumir una nueva postura; además, identifican asuntos personales que limitan: “yo ya no soy la misma, yo era alegre” (M2); otra que no tuvo hijos afirma: “yo me quedé de tía... como dicen” (A2).

Disminuyeron los recuerdos tristes del pasado o fueron expresados con menos dolor

En un segundo momento se expresaban menos los recuerdos, centrándose más en un presente que ha demarcado cambios: “se me ha calmado toda la tristeza” (C2); o expresando con satisfacción ese pasado: “con mi esposo yo fui feliz, feliz, feliz” (S2); otra adulta afirma: “estuve mucho en internados, por eso soy independiente” (A2); incluso, algunas aceptaron la realidad de la muerte de familiares que en la primera entrevista aparecían como vivos.

Los recuerdos dolorosos dejan de ser en la mayoría el eje central para convertirse en un referente importante que marca la postura actual, pero que no está en todo momento trayéndose; traer a cada momento el pasado permite revivir el dolor por lo que no pudo ser, por el malestar, la impotencia; esta actitud impide asumir el presente.

Manifestación o incremento de la confianza en los demás

En el segundo momento, se observó un mayor acercamiento y, con ello, el otro adquiere un significado distinto, se le valora más.

El incremento en la confianza es claro en una de las adultas cuando si bien refería que ella sólo podía depositar dicho valor en Dios y la virgen, argumentó: “la voy bien con todos, pero más, más, más... con dos... con tres personas” (MA2).

Además, se sienten más seguras y se relacionan mejor, procuran distraerse con la gente, estar acompañadas, se perciben relaciones más cordiales y hay mejor comunicación con otros: “paso muy rico con los compañeros, todos los compañeros son muy buenos” (A2), “la gente

de acá es muy querida, hablo con todos” (M2), “la voy bien con todo mundo” (F2).

Se percibe el apoyo que quieren ofrecer desinteresadamente al otro: “le colaboro a quien lo necesite” (Ln2). Se acepta más la necesidad del otro como, por ejemplo: “no me ha gustado la soledad, me gusta estar entre la gente” (R2).

Expresión clara de su satisfacción actual

Se enfatiza el sentimiento de plenitud y satisfacción en el hogar Revivir: “yo hablo tantas maravillas de aquí” (MA2), donde se sienten seguras y argumentan que allí será el final de sus días. Como, por ejemplo: en un segundo momento, el hogar Revivir se nombra diferente: “aquí en el hogar, yo soy yo, no tengo que rendirle pleitesía a nadie” (R2) frase que conjuga además del sentido de pertenencia, un empoderamiento. El hogar se convierte en ese espacio acogedor que permite la conexión con el medio, con el otro.

Las expresiones, tales como: “le pido a Dios que me lleve ligerito” (L1); cambian por frases donde se percibe plenitud, satisfacción: “pedirle más a Dios, sería un absurdo” (L2).

Se sienten bien física y psicológicamente, se percibe en sus palabras: “me siento muy bien, alentada” (Ln2). “Hay que disfrutar la vida, la naturaleza” (C2). “Me veo muy bien” (S2). “¿Qué me hace falta a mí?, nada” (L2), “no me hace falta salir, no me dejan salir sola pero tengo mucho en qué entretenerme” (C2).

Un mayor agrado frente al acompañamiento familiar

El componente familiar es un aspecto muy importante en el bienestar del adulto manifestado desde la primera entrevista (solo una de las participantes no cuenta con presencia de la familia), en el segundo momento se siente con mayor claridad la presencia de esta, por ejemplo (Mr.) en un primer momento solo menciona a su hermana que vive con ella y de la que depende anímicamente, en un segundo momento menciona a sus sobrinos que “están pendientes de ella” y siente “el cariño de su familia”.

Después de la terapia muchas expresiones adquieren un tinte diferente: “mi familia es la mejor del mundo” (L2), “tengo unos sobrinos fantásticos” (L2), “mi familia es lo más bello” (M2), aspectos que vislumbran una alegría y satisfacción por el apoyo recibido, elementos que conjugan mayor optimismo y energía. El acompañamiento familiar es el mismo pero se visualiza más, expresan una conexión más profunda con el otro.

Discusión

El mundo de los adultos mayores institucionalizados tiene multiplicidad de facetas por explorar donde los cambios en este ciclo evolutivo introducen nuevos retos, nuevas preguntas y ámbitos por descubrir.

Con respecto a sus enfermedades que son nombradas en el primer momento y en el segundo no lo hacen o las nombran disminuyendo sus quejas; coincide con lo afirmado por Walter y col [20]: “el humor puede reducir la incidencia negativa de los fenómenos de salud. El humor también sirve como un factor de supervivencia que efectivamente ayuda a la promoción del bienestar general”.

Como puede apreciarse es una percepción global de la salud en la que se involucra la calidad de vida que también incluye lo físico, lo psíquico y lo social, aspectos que cambiaron favorablemente en las participantes y que la literatura confirma: mejora la calidad de vida [15], aporta cambios emocionales positivos, el humor terapéutico está orientado a aliviar el estrés, combatir las enfermedades y fortalecer el sistema inmunológico [10].

Se aprecian cambios en la actitud de las adultas cuando muestran una mirada más positiva de su vivencia actual, comportamiento que fue referenciado también por Teri y col [13], en el que las emociones positivas reducen las negativas y el humor contribuye a tener un matiz más positivo sobre la vida.

Aceptan de mejor manera su realidad, como lo afirman Martin y Dobbin [14], la terapia aporta aceptación, comprensión, alegría, relajación, buen humor, tranquilidad y seguridad, es decir, cambios emocionales positivos.

Disminuyeron los recuerdos tristes del pasado o fueron expresados con menos dolor; hallazgos que ratifican Bennett y Lengacher [15] cuando promueven la importancia del buen humor en las situaciones de estrés y que, a menudo, sirve para diluir una situación tensa.

Expresan claramente su satisfacción actual; para ellas, las cargas emocionales han disminuido, se perciben tranquilas y enfrentan las vicisitudes de su edad, reportado también por Walter y col [20] quienes en su investigación encontraron que la terapia de la risa permite una mejoría en el estado del ánimo, en las actividades instrumentales y en los porcentajes de depresión.

En referencia al aspecto social se observó un incremento de la confianza en los demás; otro de los beneficios que tiene la terapia de la risa es facilitar a nivel social, la comunicación (12); por ende, el contacto con los demás mejora las relaciones interpersonales lo que redundará en un bienestar general y en la buena calidad de vida de las adultas.

La modificación o disminución de los contactos sociales son problemáticas específicas de la vejez [8], comportamiento que ocasiona estrés, y debido a la terapia de la risa, éste disminuye; aumenta la capacidad de enfrentarlo y permite una discusión abierta de las preocupaciones y temores. Con lo anterior, el adulto mayor se relaciona mejor con su grupo familiar y puede visualizar cualidades que antes no nombraba.

El incremento de la sensación de bienestar después de la terapia de la risa percibido en este estudio concuerda con lo reportado por Christie y Moore [19] quienes

demonstraron una relación positiva entre el buen humor y los niveles de comodidad en pacientes con cáncer.

Los hallazgos tienen una estrecha relación, dado que una mirada más positiva, una mayor satisfacción y aceptación, conllevan a una disminución de recuerdos tristes y, por ende, que se dé una apertura al otro y se valore más el acompañamiento familiar.

En síntesis, muchos de los cambios percibidos en la actitud de las adultas coinciden con la literatura en lo que respecta a una actitud más positiva, incremento de la confianza en el otro y la aceptación de su momento actual.

Aparecen como elementos nuevos: el pasado expresado con menor dolor y un mayor agrado frente al acompañamiento familiar; además, permite al adulto mayor encontrar fortalezas que le ayudan a mejorar su presente; puede lograr cambios en el individuo, los cuales se reorientan positivamente en su relación con el entorno. Es preciso realizar nuevos estudios que precisen los efectos de la terapia de la risa en diferentes contextos.

Limitaciones

El número de adultas entrevistadas es bajo, por lo que las conclusiones obtenidas deben limitarse a este pequeño grupo; además, no se controlan todas las variables que pudieron influenciar los cambios.

Agradecimientos

El grupo de investigación en salud del adulto mayor (GISAM) agradece la valiosa colaboración de María Sol Gaviria directora del centro gerontológico Revivir y a sus usuarios adultos; al cuerpo directivo, a la Facultad de Ciencias de la Salud y a la Dirección de Investigaciones de la Corporación Universitaria Remington.

Referencias

- Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Medellín envejece a pasos agigantados. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2004; 22 (2): 7-19.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. Bogotá: mimeo; 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16412DocumentNo4751.PDF>.
- Dulcey-Ruiz E, Mantilla G, Carvajal L. Envejecimiento, comunicación y política. Bogotá: Ministerio de Comunicaciones - cepsinger; 2004.
- Aranda C, Pando M, Flores M, García T. Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Barna* 2001; 28 (2): 70.
- Cardona D, Estrada A, Chavarriaga LM, Segura AM, Ordoñez J, Osorio JJ. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado en Medellín, 2008. *Rev Salud Pública* 2010; 12 (3): 414-424.

- 6 Gognalons M. Desarrollo, envejecimiento y realización personal. En: *Envejecimiento y psicología de la salud*. España: Siglo xxi editores; 1994.
- 7 Bermejo JC. La soledad en los mayores. *ARS med.* [revista en Internet] 2007 [Acceso 23 de julio de 2012]; 8(8). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica8/Art10.html>.
- 8 Clemente A, Tartaglini MF, Stefani D. Estrés Psicosocial y Estilos de Afrontamiento del adulto mayor en distintos Contextos habitacionales. *Rev. Argent. Clin. Psicol* 2009; 18(1): 69-75.
- 9 Ruiz C, Rojo C, Ferrer A, Jiménez L, Ballesteros M. Terapias complementarias en los cuidados. *Humor y risoterapia*. *Índex Enferm* 2005; 14: 48-49.
- 10 Fry WF. The physiologic effects of humor, mirth, and laughter. *Journal of the American Medical Association*. 1992; 267(13): 1857-1858.
- 11 Cousins N. *Anatomía de una enfermedad*. Barcelona: Kairós; 2006.
- 12 Godfrey J. Conversation with the Experts. Toward Optimal Health: The Experts Discuss Therapeutic Humor. *Journal of women's health* 2004; 13 (5): 474- 479.
- 13 Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, McCurry SM. Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *Journal of gerontology: Psychological sciences*. 1997, 52 (4): 159-166.
- 14 Martin RA, Dobbins JP, Sense of humor, hassles, and immunoglobulin a: evidence for a stress-moderating effect of humor. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1988; 18 (2): 93-105.
- 15 Bennett M, Lengache A. Humor and Laughter may Influence Health. History and Background. *Evid Based Complement Alternat Med* 2006; 3(1):61-63.
- 16 Jaimes J, Claro A, Perea S, Jaimes E. La risa, un complemento esencial en la recuperación del paciente. *med.uis* 2011; 24(1):91-95
- 17 Shahidi M, Mojtahed A, Modabbernia A, Mojtahed M, Shafiqbady A, Delavar A, Honari H. Laughter Yoga versus group exercise program in elderly depressed women: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26: 322-327.
- 18 Gelkopf M. The Use of Humor in Serious Mental Illness: A Review. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine* 2009; 2011: 1-8.
- 19 Christie W, Moore C. The Impact of humor on patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2005; 9 (2): 211-218.
- 20 Walter M, Hanni B, Haug M, Amrhein I, Krebs-Roubicek E; Muller-Spahn F, et al. Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22 (1): 77-83.
- 21 Ko H, Youn C. Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Int* 2011; 11: 267-274.
- 22 Strean W. Laughter prescription Commentary. *Can Fam Physician* 2009; 55: 965-7
- 23 Alcocer MC, Ballesteros BP. Intervención "Patch Adams" en indicadores de calidad de vida de dos niñas con cáncer [Tesis de grado en Psicología]. Bogotá; Pontificia Universidad Javeriana; 2005.
- 24 Sake RE. "Case Studies". En: Déniz NK, Lincoln YS, editores. *Hándbol of Qualitative Research*. London: Sage; 1994. p. 236-247.
- 25 Toro ID, Parra RD. Fundamentos epistemológicos de la investigación y la metodología de la investigación cualitativa/cuantitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2010. p. 351.
- 26 Taylor SJ, Bogdan R. El trabajo con los datos análisis de los datos en la investigación cualitativa. En: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1996. p. 159-174.