



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.**



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA (RISOTERAPIA),
EN EL MANEJO DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN CUIDADORES
PRIMARIOS DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD DEL CENTRO DE
ATENCIÓN MÚLTIPLE FEDERICO FROBEL No 63
TENANCINGO ESTADO DE MÉXICO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

MARISOL MAYA SOLALINDE

No. EXPEDIENTE: 410544547

DIRECTOR DE TESIS:

MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZÁLEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO, JULIO DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.
INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
PSICOLOGÍA (25)

Carretera Tenango-La Marquesa Km. 20.5 Xalatlaco Edo. de México. Teléfono: 713 135 46 16

Xalatlaco, Estado de México a 26 de agosto de 2014

ASUNTO: SE DESIGNA DIRECTOR DE TESIS

MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZALEZ
CATEDRÁTICA DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.

PRESENTE.

La que suscribe Lic. Mireya Castañeda Vázquez, Director Técnico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnológica Iberoamericana S.C. ante Usted respetuosamente me permito expresar lo siguiente:

Por medio de este conducto, me dirijo a Usted para informarle que la pasante en Psicología **MARISOL MAYA SOLALINDE** con número de expediente **410544547** ha solicitado el registro de su tema de Tesis cuyo título es **"TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA (RISOTERAPIA), EN EL MANEJO DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD DEL CENTRO DE ATENCIÓN MÚLTIPLE FEDERICO FROBEL NO. 63 TENANCINGO ESTADO DE MÉXICO"**, mismo que podrá ser modificado o corregido, exhortándole a cumplir cabalmente con los requisitos tanto de fondo como de forma que en cuanto a un trabajo de investigación de tal naturaleza se refiere y en su oportunidad le otorgue su voto aprobatorio para que obtenga el título de Licenciada en Psicología.

Sin otro particular que tratarle por el momento quedo de usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE

"La Educación Al Servicio De México"

PSIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ
DIRECTOR TÉCNICO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA



Licenciatura en Psicología
Acuerdo CIRE No. 04/09
del 21 de Abril de 2009
Clave de Incorporación
UNAM 8901-25

Recibi
27 116012015



Xalatlaco, Estado de México a 30 de abril de 2015

ASUNTO: SE EMITE VOTO APROBATORIO

LIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ
DIRECTOR TÉCNICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S.C.

PRESENTE

La que suscribe Mtra. en C. S. Perla morales González, en mi carácter de asesor del trabajo de investigación de Tesis denominado **"TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA (RISOTERAPIA), EN EL MANEJO DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD DEL CENTRO DE ATENCIÓN MÚLTIPLE FEDERICO FROBEL NO. 63 TENANCINGO ESTADO DE MÉXICO"** con el debido respeto me permito manifestarle lo siguiente:

Previo análisis, entrevistas, opiniones y ajustes metodológicos del trabajo de investigación mencionado, considero que el mismo reúne los elementos esenciales de una investigación profesional, por lo cual procedo a EMITIR MI VOTO A FAVOR, con el fin de que sea considerado como trabajo de tesis Profesional, de conformidad con la Legislación vigente de nuestra Máxima Casa de Estudios, a efecto de que se continúe con los tramites de titulación correspondientes.

Sin otro particular que tratarle por el momento, quedo de usted como su atenta y segura servidora.

MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZALEZ
CATEDRÁTICA DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.



Xalatlaco, Estado de México a 04 de mayo de 2015

ASUNTO: SE DESIGNA REVISOR DE TESIS

P. P. MARISOL MAYA SOLALINDE
EXP. NÚM. 410544547

PRESENTE.

La que suscribe Lic. Mireya Castañeda Vázquez, Director Técnico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnológica Iberoamericana S.C. ante Usted respetuosamente me permito expresar lo siguiente:

Por medio de este conducto, me dirijo a Usted para informarle que a partir de esta fecha, la que suscribe fungirá como Revisor respecto de su trabajo de investigación cuyo título es "TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA (RISOTERAPIA), EN EL MANEJO DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD DEL CENTRO DE ATENCIÓN MÚLTIPLE FEDERICO FROBEL NO. 63 TENANCINGO ESTADO DE MÉXICO", mismo que deberá ser modificado y corregido, exhortándole a cumplir cabalmente con los requisitos tanto de fondo como de forma que en cuanto a un trabajo de investigación de tal naturaleza se refiere y en su oportunidad le otorgue mi Voto Aprobatorio para que obtenga el Título de Licenciada en Psicología.

Sin otro particular que tratarle por el momento quedo de usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE
"La Educación Al Servicio De México"

PSIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ
DIRECTOR TÉCNICO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA



Licenciatura en Psicología
Acuerdo CIRE No. 04/09
del 21 de Abril de 2009
Clave de Incorporación
UNAM 8901-25



Xalatlaco, Estado de México a 23 de julio de 2015

ASUNTO: SE EMITE VOTO APROBATORIO

P. P. MARISOL MAYA SOLALINDE
EXP. NÚM. 410544547

PRESENTE

La que suscribe Lic. Mireya Castañeda Vázquez, en mi carácter de revisor del trabajo de investigación de tesis denominado "TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA (RISOTERAPIA), EN EL MANEJO DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD DEL CENTRO DE ATENCIÓN MÚLTIPLE FEDERICO FROBEL NO. 63 TENANCIINGO ESTADO DE MÉXICO" con el debido respeto me permito manifestarle lo siguiente:

Previo análisis, entrevistas, opiniones y ajustes metodológicos del trabajo de investigación mencionado, considero que el mismo reúne los elementos esenciales de una investigación profesional, por lo cual procedo a EMITIR MI VOTO A FAVOR, con el fin de que sea considerado como trabajo de tesis Profesional, de conformidad con la Legislación vigente de nuestra Máxima Casa de Estudios, a efecto de que se continúe con los tramites de titulación correspondientes.

Sin otro particular que tratarle por el momento, quedo de usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE

"La Educación Al Servicio De México"

LIC. MIREYA CASTAÑEDA VAZQUEZ
DIRECTOR TÉCNICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
DE UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.



Licenciatura en Psicología
Acuerdo CIRE No. 04/09
del 21 de Abril de 2009
Clave de Incorporación
UNAM 8901-25



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.
INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
PSICOLOGÍA (25)

Carretera Tenango-La Marquesa Km. 20.5 Xalatlaco Edo. de México. Teléfono: 713 135 46 16

Xalatlaco, Estado de México a 25 de julio de 2015

P. P. MARISOL MAYA SOLALINDE
EXP. NUM. 410544547

PRESENTE:

La que suscribe LIC. Mireya Castañeda Vázquez Director Técnico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnológica Iberoamericana S. C. ante usted con el debido respeto manifiesto lo siguiente:

Por medio de este conducto, me es grato comunicarles que ha sido autorizado su trabajo de Tesis cuyo título es "**TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA (RISOTERAPIA), EN EL MANEJO DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD DEL CENTRO DE ATENCIÓN MÚLTIPLE FEDERICO FROBEL NO. 63 TENANCINGO ESTADO DE MÉXICO**", por lo tanto puede proceder a realizar su impresión a fin de continuar con el trámite respectivo de titulación.

Sin otro particular que tratar por el momento, esperando que la impresión de sus ejemplares de Tesis lo lleve a cabo a la brevedad posible, quedo de Usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE

"La Educación Al Servicio De México"

PSIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ
DIRECTOR TÉCNICO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA



Licenciatura en Psicología
Acuerdo CIRE No. 04/09
del 21 de Abril de 2009
Clave de Incorporación
UNAM 8901-25

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a Dios por la vida que me ha dado, por las fortalezas y bendiciones.

A mis padres por creer en mí, por la confianza, apoyo, y su inmerso amor, ya que sin ustedes el logro de esta meta no hubiese sido posible. A mis hermanos por ser los mejores grandes hermanos que una hermana puede tener.

A usted Mtra. En C.S Perla Morales González por ser mi directora de tesis, quien con sus conocimientos y apoyo me supo guiar para llevar a cabo el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta el final, por su tiempo paciencia y dedicación, por sus lecciones tanto profesionales como personales, por ser un gran ejemplo a seguir.

A usted Licenciada en Psicología Marcela Garibay López por todo su tiempo dedicado, sus conocimientos, su orientación, y motivación para la culminación de esta tesis.

Gracias a ti por cada ánimo brindado, por apoyarme en mil cosas, por impulsarme a seguir adelante durante toda mi estancia en la universidad, a ti Eri a todos y cada uno de mis amigos por su apoyo.

*Son muchas las personas especiales a las que agradezco, algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón, donde quiera que estén:
a ti abuelita Ernestina por todas tus lecciones, el inmerso amor, a ti abuelito Emigdio por que hoy se cumplen tus últimas palabras hacia a mí, hoy no me quede estancada hoy estoy a un paso de ser una profesional lista para seguir adelante.*

RESUMEN

La presente investigación se realizó en el Centro de Atención Múltiple “Federico Frobel” No 63, ubicado en Tenancingo, Estado de México, se trabajó con 20 cuidadores primarios de niños con discapacidad, de entre 21 y 58 años de edad.

Para esta investigación se utilizó la muestra no probabilística o dirigida, ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características de la investigación.

Por lo tanto para elegir a las personas que conformarían la muestra, se tomaron los siguientes criterios; ser cuidadores primarios de niños con discapacidad, pertenecientes a dicha institución, además de que aceptaran participar en la intervención y que concluyeran las pruebas aplicadas.

El objetivo general fue aplicar la Técnica Psicoterapéutica (Risoterapia), a través de la elaboración de una intervención para bajar los niveles de ansiedad y estrés en los cuidadores primarios de niños con discapacidad que asisten al CAM, “Federico Frobel” Tenancingo.

Esta investigación fue de tipo transversal, descriptiva. Se llevó a cabo la aplicación de pruebas, (Escala de estrés percibido, para medir la intensidad de estrés, Escala de Hamilton para medir intensidad de ansiedad, Escala multidimensional del humor para conocer la actitud de este en los participantes).

Posteriormente se llevó a cabo la intervención de Risoterapia, para culminar con la re-aplicación de pruebas. Debido a los resultados obtenidos se llegó a la conclusión de que efectivamente la risa ayuda a liberar tensiones, disminuyendo así los niveles de estrés y ansiedad en los cuidadores primarios.

Por tal motivo se sugiere que se realicen intervenciones enfocadas no solo a cuidadores primarios, sino que también a docentes, y alumnos de dicho Centro de Atención Múltiple, además de llevarlo a cabo en diferentes instituciones.

INTRODUCCIÓN

En muchas ocasiones se centra la atención en el estudio de las variables psicológicas negativas, actualmente somos testigos de un continuo cambio en la concepción de salud, de la calidad de vida, que mueve incesantemente al ser humano a la búsqueda de la felicidad, del bienestar, del vivir en paz el mayor tiempo posible, fomentando sus potencias y recursos naturales para sentirse mejor.

¿Cómo se sentiría usted si al visitar a su médico, este le extendiera una receta no de pastillas, sino, para que asistiera a un curso que enseñe a disfrutar más y mejor la vida a base de la risa?, un sentimiento de felicidad o una carcajada espontánea es una de las experiencias humanas más sanas y valiosas de las que podemos gozar.

Pues bien, la Risoterapia trabaja con técnicas divertidas, de baile, canto, relajación entre otras generando alegría en nuestra persona. La risa, y el buen humor, son herramientas efectivas para enfrentarse a cualquier adversidad. Además de que ayuda a la liberación física de las tensiones acumuladas y consigue que las personas se mantengan emocionalmente estables y lejos de experiencias desagradables.

Es importante conocer el gran impacto que genera en sí mismo, sin embargo; en diferentes circunstancias de la vida como lo es la discapacidad de un miembro de la familia, se cree que la risa es lo menos que se requiere en esos momentos, tal y como es el caso de algunos cuidadores primarios de niños con discapacidad, los cuales tienden a tener síntomas de estrés y ansiedad, como; insomnio, sequedad de boca,

desmayos, irritabilidad, sentir que las cosas que les suceden están fuera de su control, y cansancio.

Desencadenando problemas físicos como mentales provocados por la sobrecarga que se ejerce al ser cuidador de personas dependientes, convirtiéndolos a ellos mismos en consumidores de la atención médica y/o psicológica, incrementando así sus niveles de estrés y ansiedad.

Esto, influye negativamente en el bienestar psicológico de las personas dependientes. Por ello el cuidador primario requiere de atención, como, de soluciones que le permitan mejorar su auto cuidado para brindar mejores beneficios a sus pacientes. Es por esta razón que se pretende realizar la intervención de la técnica Psicoterapéutica Risoterapia para disminuir el estrés y ansiedad.

Uribe (2006) refiere: el cuidado diario a largo plazo de un familiar con discapacidad, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona. Por tanto, la gran función que desempeña el cuidador primario en estos pacientes puede ocasionarles problemas de salud no solo de tipo físico sino también de tipo mental como lo es la angustia, estrés depresión y ansiedad.

La presencia en la familia de un niño con alguna discapacidad se convierte en un factor potencial que puede perturbar la dinámica familiar una vez diagnosticado el trastorno, los padres han de pasar por un cambio de actitud que implica un largo y doloroso

proceso educativo, con un alto grado de estrés que requiere de asesoramiento profesional (Cabezas, 2001).

La presente investigación está integrada por 6 capítulos; el primer capítulo hace referencia a los antecedentes, concepto características y beneficios de la Risoterapia, para poder brindarle al lector información acerca de lo que es, además de mostrar algunos estudios realizados, que comprueban su eficacia.

Dentro del segundo capítulo, se trabaja con el concepto de estrés y ansiedad, describiendo sus causas así como sus consecuencias en los cuidadores primarios. En el tercer capítulo, se define el concepto, tipos del cuidador primario, el desgaste emocional que conlleva hacerse cargo de las responsabilidades de otra persona, además de dar a conocer que para ser un buen cuidador se debe aprender a cuidar así mismo.

El cuarto capítulo describe que es la discapacidad, la clasificación de esta, además permitirá al lector conocer cuáles son los cuidados que requiere una persona con discapacidad, para lograr comprender, por qué se genera un desgaste tanto físico como emocional en el cuidador primario.

Por último dentro del quinto capítulo, se define que es la intervención psicológica, características, tipos, además de dar a conocer que es una intervención de Risoterapia, con qué factores se trabaja, para lograr tener efectos benéficos, en este caso como ayuda a disminuir el estrés y la ansiedad en los cuidadores primarios.

Con esta investigación se pretende conocer como ayuda la Técnica psicoterapéutica Risoterapia a disminuir los niveles de estrés y ansiedad en cuidadores primarios de los niños con discapacidad del CAM Federico Frobel, Tenancingo estado de México

INDICE

DEDICATORIAS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1: RISOTERAPIA	1
1.1 ANTECEDENTES DE LA RISOTERAPIA.....	2
1.2 CONCEPTO DE RISOTERAPIA	3
1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA RISOTERAPIA.....	4
1.4 BENEFICIOS DE LA RISOTERAPIA.....	5
1.4.1 <i>Beneficios psicológicos de la Risoterapia</i>	6
1.4.2 <i>Beneficios Físicos de la Risoterapia</i>	7
1.5 HUMOR Y RISA.....	9
1.6 ¿QUÉ ES LO QUE PROVOCA LA RISA?.....	12
CAPÍTULO 2: ESTRÉS Y ANSIEDAD	15
2.1 CONCEPTO Y TIPOS DE ESTRÉS.....	16
2.2 FASES DEL ESTRÉS	19
2.3 CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS	20
2.4 ANSIEDAD Y SU CONCEPTO.....	22
2.5 CAUSAS DE LA ANSIEDAD	24
2.6 CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD	25
2.7 DIFERENCIA ENTRE ANSIEDAD Y ESTRÉS.....	28
CAPÍTULO 3: CUIDADOR PRIMARIO	31
3.1 CONCEPTO DE CUIDADOR PRIMARIO	32
3.2 TIPOS DE CUIDADORES.....	33
3.3 DESGASTE EMOCIONAL Y FÍSICO DEL CUIDADOR PRIMARIO.....	35
3.4 AUTO CUIDADO DEL CUIDADOR PRIMARIO	38
CAPÍTULO 4: DISCAPACIDAD	40
4.1 CONCEPTO DE DISCAPACIDAD	41
4.2 TIPOS DE DISCAPACIDAD	42
4.3 CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD	43
4.4 CUIDADOS QUE REQUIERE LA DISCAPACIDAD POR PARTE DEL CUIDADOR PRIMARIO.....	44
CAPÍTULO 5: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA E INTERVENCIÓN DE RISOTERAPIA	46
5.1 CONCEPTO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	47
5.2 TIPOS DE INTERVENCIÓN:	47
5.3 ÁREAS DE APLICACIÓN:.....	50

5.4 INTERVENCIÓN DE RISOTERAPIA.....	50
5.5 ELEMENTOS CON LOS QUE TRABAJA LA RISOTERAPIA.....	52
5.6 DINÁMICA GRUPAL DE LA RISA.....	55
5.7 CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS.....	55
5.8 COMO SE ESTRUCTURAN LOS GRUPOS.....	58
5.9 COMO CONSEGUIR LA COHESIÓN DEL GRUPO.....	61
5.10 DIFERENTES TIPOS DE JUEGOS.....	65
5.11 ¿CÓMO PUEDE INFLUIR LA RISOTERAPIA ANTE SÍNTOMAS COMO EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD?.....	70
CAPÍTULO 6: METODOLOGÍA.....	72
6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	73
6.2 JUSTIFICACIÓN.....	76
6.3 OBJETIVO DE ESTUDIO.....	78
6.4 HIPÓTESIS.....	79
6.5 TIPO DE ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN.....	79
6.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	80
6.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	80
6.8 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA.....	83
6.9 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	83
6.10 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	85
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	87
CONCLUSIONES.....	105
SUGERENCIAS.....	108
GLOSARIO.....	110
BIBLIOGRAFÍA.....	111
ANEXOS.....	118

CAPÍTULO 1: RISOTERAPIA

1.1 Antecedentes de la Risoterapia

Si el amor es el cimiento de la felicidad, entonces la alegría, el juego y la risa son los vehículos para su expresión. Es hora de reunir la risa con el amor como las formas principales de servir a la humanidad a través de la sanación. Patch Adams

En los últimos tiempos la práctica de la Risoterapia ha experimentado un auge especialmente en los países industrializados como técnica para mejorar la calidad vida y de salud. Sin embargo según muchos autores, el uso de la risa y el humor con fines terapéuticos se remonta a los orígenes de la civilización. Hace más de 4000 años Grecia y China ya hacían uso de la Risoterapia como instrumento para equilibrar la salud, ya que creían que la risa permitía liberar las emociones negativas del cuerpo y en sí misma suponía un método de meditación, creando un estado de relajación, bienestar, felicidad y de salud.

En 1928 en su obra “El chiste y su relación con el inconsciente” Sigmund Freud atribuyó a las carcajadas el poder de liberar al organismo de energía negativa, algo que pudo ser demostrado posteriormente científicamente, al descubrir que el córtex cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír. El Psiquiatra William Fry (citado por Holden, 2011), ha estudiado los efectos de la risa por más de 25 años, asegura que tres minutos de risa equivalen para la salud cerca de diez minutos de remar enérgicamente.

Años más tarde los poderes benéficos de la risa se dan a conocer de la mano de Norman Cousins, a partir de entonces surgieron numerosos estudios científicos acerca de la terapia de la risa o también conocida como Geloterapia y empezó a aplicarse esta técnica en hospitales de EEUU, Suiza, Alemania y Francia. Pero fue

posteriormente, otro hombre quien se convertiría en la historia como el fundador principal de la Risoterapia, el conocido Hunter "Patch" Adams, en el año 1971 fundó el Instituto Gesundheit, aplicó la alegría y el buen humor como apoyo en la recuperación y tratamiento de enfermedades, obteniendo beneficiosos resultados. Su vida fue hace unos años llevada al cine basada en su propio libro "Gesundheit" la buena salud es un asunto de risa, e interpretada por el conocido actor Robbie Williams en 1998.

El reconocimiento de su obra fue conocido a nivel mundial y poco a poco se convirtió en uno de los mayores precursores de la Risoterapia con fines médicos y terapéuticos. Tanto es así, que la mayoría de los modelos de Risoterapia utilizados por diferentes asociaciones y fundaciones a nivel mundial están inspiradas en Patch Adams y su filosofía de vida, la transmisión de amor, afecto, generosidad y risa en la sociedad.

Actualmente, existen grupos de Clown que hacen de la Risoterapia una forma de vida en países como España, Colombia, Brasil, Argentina, Chile, Holanda, Alemania, Austria, Uruguay, México, Canadá, EEUU y Suiza, siendo estos tres últimos países los que están a la cabeza en el aprovechamiento de la risa como terapia.

1.2 Concepto de Risoterapia

De acuerdo con William Fry (citado por Holden, 2011), la Risoterapia se define como una técnica psicoterapéutica tendiente en producir beneficios a nivel físico y emocional en las personas a través del fomento de la risa. Según la Association for Applied and Therapeutic Humor (2003), es una intervención que promueve la salud y bienestar por medio de la broma, la expresión o apreciación de las situaciones absurdas o

incongruentes de la vida, esta intervención puede ser complementaria en el tratamiento de enfermedades ya sean físicas, emocionales, cognitivas, sociales o espirituales.

Holden (2011), define a la Risoterapia como una divertida disciplina Terapéutica que consigue despertar en pocos minutos nuestra capacidad de sentir, amar, silenciar las preocupaciones, incrementar nuestra creatividad, sencillamente utilizando la sonrisa como camino. Es una forma de alinearnos con el bienestar, la conciencia y salud física emocional.

Con lo anterior, para fines de la presente investigación se tomara como Risoterapia una técnica psicoterapéutica la cual a base de diferentes técnicas contribuirá a mantener, fomentar o mejorar el bienestar físico y/o emocional reduciendo los niveles de estrés y ansiedad de los cuidadores primarios.

1.3 Características de la Risoterapia

Guma (2011), el principio básico de la Risoterapia reside en estimular la producción de distintas hormonas que genera el propio organismo con ejercicios y juegos grupales. Su cometido es potenciar el sistema inmunitario en general y facilitar la superación de diferentes bloqueos.

Se utilizan técnicas que ayudan a reír de manera natural, liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada, entre ellas se encuentran: la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, masajes, técnicas para reír de

manera natural, sana, que salga del corazón, del vientre, de un modo simple como los niños.

Sin embargo, la Risoterapia no sólo se reduce a la práctica de juegos o actividades para producir la risa. Es una terapia que incide también en nuestra forma de pensar utilizando habilidades para percibir las cosas cotidianas de una forma positiva, alegre y placentera.

Enseña técnicas para mejorar el sentido del humor, afrontar los problemas y desdramatizar en la medida de lo posible ante las situaciones difíciles que presenta la vida. Por tanto, la Risoterapia se ocupa de forma integral u holística del ser humano, es decir, trabaja con el cuerpo y la mente tratando de buscar el equilibrio de ambos. Ese es el verdadero arte de la Risoterapia, utilizar el camino de la risa y el humor para mejorar la calidad de vida, el bienestar y el sentido vital de las personas.

1.4 Beneficios de la Risoterapia

Quienes ríen poco o tienen poco sentido del humor son propensos a contraer enfermedades graves como el cáncer o ataques cardíacos. Según los estudios de José Elías (2005), uno de los mayores expertos españoles en la materia, un minuto de risa diario equivale a 45 minutos de relajación: Reírse incrementa la autoestima y la confianza en personas deprimidas, supone un refuerzo inmunológico, corta los pensamientos negativos (ya que no podemos reír y pensar al mismo tiempo) elimina el miedo y ayuda a minimizar los problemas.

El psiquiatra William Fry (citado por Holden, 2011) quien ha estudiado los efectos de la risa por más de 25 años, asegura que tres minutos de risa intensa equivalen para la salud acerca de diez minutos de remar enérgicamente. El humor puede facilitar la comunicación derribando barreras, haciendo que la gente se sienta bien y acercando a las personas. El humor tranquiliza, transmite información, libera tensiones y reduce la distancia entre las personas.

El uso psicoterapéutico del humor puede reducir el estrés, la tensión y la ansiedad. El uso del humor permite al paciente redefinir una situación a nivel cognitivo y examinar su problema desde otra perspectiva. Desde el punto de vista terapéutico, el humor ayuda a pensar de forma racional frente a los pensamientos distorsionados e ideas irracionales, proporciona sentimientos de alegría, ayuda a desbloquear tensiones, posibilita nuevas maneras de actuar, favorece experiencias innovadoras (UNED, 2011).

Según Alcocer y Ballesteros (2005), los efectos de la risa que se producen en el organismo, son múltiples y se utilizan para superar problemas físicos, psicológicos como sociales, siendo estos: beneficios psicológicos y físicos.

1.4.1 Beneficios psicológicos de la Risoterapia

- ***Elimina el Estrés:***

Se producen ciertas hormonas (endorfinas y adrenalina) que elevan el tono vital y nos hace sentir más despiertos.

- ***Combate a la Depresión:***

Porque se es más receptivo y se le ve el lado positivo a las cosas.

- ***Proceso de Regresión:***

Es decir, un retroceso a un nivel anterior de funcionamiento mental o emocional, generalmente como un mecanismo para aliviar una realidad que se percibe como dolorosa o negativa.

- ***Exteriorización:***

Ya que a través de la risa, las personas exteriorizan emociones y sentimientos. A veces es percibida como una energía que urge por ser liberada, sobre todo cuando necesitamos reír y la situación social no lo permite.

1.4.2 Beneficios Físicos de la Risoterapia

- ***Ejercicio:***

Con cada carcajada se pone en marcha cerca de 400 músculos, incluidos 15 de la cara y algunos del tórax, abdomen y estómago, los que solo se pueden ejercitar con la risa. Cinco minutos de risa equivalen a 45 minutos de ejercicio aeróbico.

- **Masaje:**

La columna vertebral y cervical, donde por lo general se acumulan tensiones, se estira. Con este movimiento el diafragma origina un masaje interno que facilita la digestión al hacer vibrar el hígado y ayuda a reducir los ácidos grasos y las sustancias tóxicas. También evita el estreñimiento y mejora la eliminación de la bilis.

- **Oxigenación:**

Entra el doble de aire en los pulmones, lo que mejorara la respiración y aumenta la oxigenación de los tejidos al mover. La rapidez con que el aire vaciado sale de los pulmones se multiplica, permitiendo la entrada de aire oxigenado.

- **Analgésico:**

Se segregan endorfinas, una especie de morfina segregadas por el cerebro con altos poderes analgésicos y que por lo tanto, mitigan el dolor; adrenalina un componente que en buena medida potencia la creatividad y la imaginación.

- **Sueño:**

Las carcajadas generan una sana fatiga que elimina el insomnio y ayuda a reducir el ronquido.

- **Calorías:**

Por la liberación de adrenalina, se produce una pérdida de calorías.

1.5 Humor y Risa

Encerrar el humor en unas pocas palabras para definirlo es un error (Idígoras, 2002). Su naturaleza imprevisible y sorprendente hace difícil descubrir la explicación de porqué unas personas tienen o no más humor que otras los principales determinantes que se describen para el humor son los factores afectivo y cognitivo, es decir cómo se interpreta el humor y la emoción que subyace al mismo.

Cuando hablamos de humor nos referimos a una forma de comportamiento humano por la que son capaces de percibir, expresar hechos graciosos, divertidos, incongruentes o absurdos, es aquello que tiende a provocar la risa, la sensación subjetiva de diversión se halla en la mente de quien lo percibe, el humor de una persona condiciona su estado anímico, pero a su vez éste suele estar condicionado por factores de tipo social, cultural y de la propia personalidad de cada uno, aquello que estimula el sentido del humor de una persona puede ofender a otra, es por ello que el sentido del humor de cada persona es único (Buxman, 2000).

El otras palabras el concepto de humor es descrito como la capacidad de percibir y disfrutar de lo cómico o divertido, habilidad de algunas personas para interpretar lo que sucede desde una perspectiva chistosa. No obstante, también llega a traducirse en conducta, es decir, lo que se entiende por personas graciosas y simpáticas, capaces de hacer reír, disfrazarse o ser más juguetonas; y, finalmente el humor como expresión del estado de ánimo de quien lo disfruta, los optimistas, los alegres. Por tanto puede hablarse de varias experiencias en la vivencia del humor con creatividad asociada, personales y sociales que le otorgan un carácter multidimensional (Martín, Puhlik-Doris, Larsen Gray y Weir, 2003).

Se afirma que la perturbación emocional en gran parte consiste en tomarse la vida demasiado en serio y para acabar con estas ideas irracionales que trastornan a las personas hay que utilizar el humor, y nada es más útil que una broma para manifestar que una excesiva seriedad es ridícula y resulta dañina para la salud (Carbelo, 2005).

En lo que respecta específicamente a la Psicoterapia, el uso del humor puede permitirles a los pacientes manejar sus emociones, ya que una persona puede utilizar la risa y el humor para variar su estado anímico. También ayuda a disminuir el nivel de ansiedad, ya que la risa, luego de haberse experimentado, cumple funciones sedativas y ansiolíticas, que muchos investigadores comparan con los efectos de las relajaciones profundas o la meditación (Fry, Salameh, 2001).

Tener sentido del humor no significa estar continuamente haciendo gracias o contando chistes. Consiste en tener una actitud lúdica y positiva que ayuda a relativizar los problemas y a verlos con cierta distancia.

La American Association for Therapeutic Humor (2003) define al humor terapéutico como: “Una intervención que promueve la salud y el bienestar mediante la estimulación, el descubrimiento, la expresión y la apreciación de las incongruencias y situaciones absurdas de la vida. Estas intervenciones pueden ser utilizadas para mejorar la salud o ser usadas como un tratamiento complementario de las enfermedades ya sea para curar o enfrentar dificultades físicas, psíquicas, emocionales, sociales o espirituales”.

En resumen, el humor es una forma de relación entre el sujeto y la vida que se ve desde su lado divertido, poder reír ante los acontecimientos adversos, teniendo en cuenta que describe un estado emocional a base de sus vivencias y experiencias en la vida. Así, una persona que recibe un estímulo divertido lo procesa y la interacción del estímulo percibido con la estructura interna del individuo, determinantes de conducta, personalidad, motivación, experiencias etc. y la influencia de lo externo, cultura, grupo y clase social, determinan si la situación es divertida o no para el receptor.

No obstante nos aproximamos a una propia definición de lo que entendemos como sentido del humor: “es una cualidad de percepción que nos permite experimentar felicidad aun cuando nos enfrentemos a la adversidad, el humor se puede integrar en un conjunto de estrategias, habilidades que ayudan a la persona a disfrutar de la vida, a mantener un espíritu alegre y a pensar en positivo, transmitiendo confianza, afecto y acercamiento, considerando el mismo como una actitud vital que enriquece las vivencias personales transmitiéndose a los demás”.

Existen dos tipos de humor; el “humor saludable” y un “humor hiriente”; el primero genera un bienestar, logra un nivel de acercamiento e intimidad con los otros, estimula las funciones fisiológicas y permite descargar tensiones. En cambio el “humor hiriente”, que puede tomar la forma de la ironía o el sarcasmo, genera resentimientos, distancia y puede causar dolor.

El sentido del humor y la risa viene a menudo asociados, ya que la risa es la respuesta fisiológica del humor, por lo tanto también es un canal útil para liberar ansiedad, tensión e inseguridad (Seligman, 2005).

La risa es una manifestación de alegría y bienestar, se ha descrito como “la luz del corazón” es el balbuceo, sonoro, lúdico, instintivo, contagioso, y de control subconsciente o involuntario que raramente se produce en soledad (Mora, 2009).

Paradójicamente, cuando reímos de verdad no podemos estar preocupados: son dos estados antagónicos, por ello si aprenden a reír, logran cortar con círculos viciosos de los pensamientos preocupantes. La risa es contagiosa como lo son los bostezos, a menudo la risa en si misma provoca que otros se rían, cuando alguien comienza a reír a carcajada, siempre hay alguien que a los pocos segundos empiece a reír a relajar músculos de la cara, pero lo más importante para poder reír con los demás, primero debemos saber reírnos de nosotros mismo.

Los psiconeuroendocrinólogos, ponen el acento en los factores estimulantes de la risa sobre el sistema inmune. También existen muchas evidencias de la relación que la risa y el humor tienen con la disminución del estrés y los problemas cardíacos.

1.6 ¿Qué es lo que provoca la risa?

A lo largo de la historia se han conocido diversas corrientes filosóficas y autores que hablan del motivo que provoca el fenómeno de la risa. Aunque existen muchas, para Jáuregui (2004) son estas cuatro las más conocidas:

- **La teoría de la superioridad:**

Es la más antigua de todas y, fundamentalmente, se enfoca en la risa y sus causas que surgen a partir de las desgracias. Hobbes (1588-1679), filósofo empirista inglés, describe el fenómeno de la risa como un estado de autovaloración y de autosuficiencia frente a las dificultades o errores del prójimo, y este sentimiento de vanidad súbita provoca regocijo y risa.

Platón y Aristóteles fueron los primeros en iniciar esta teoría. Platón se preocupó de la risa, que entendía por el efecto cómico, y que nos reímos con las desgracias de los demás, del aspecto ridículo del otro, sobre todo al alegrarnos de no compartirlo.

- **La teoría de la incongruidad:**

Es la explicación del humor más popular. Según Kant (1724-1804) y Schopenhauer (1788-1860), la risa se produce cuando el sujeto percibe dos elementos contrarios o incompatibles que por algún motivo aparecen unidos como en el típico chiste de doble sentido o los contrastes de lo absurdo.

- **La teoría de la catarsis o de la liberación de la tensión:**

Es sostenida por Herbert Spencer y Sigmund Freud (1856-1939) entre otros. En esta teoría hay que distinguir dos tipos de tensiones, la física y la psicológica.

Ambos autores afirman que la risa libera alguna tensión o sentimiento acumulado, como parece suceder con los chistes verdes o agresivos, con la risa

nerviosa y con las jocosas peleas y persecuciones de los niños. Spencer trata de describir más la liberación física e intenta explicar el humor a términos de alivio físico, ya que el ser humano actúa sometido a la lucha, el esfuerzo y la tensión. Freud, sin embargo, enfatiza más en el aspecto psicológico, entiende la risa como un alivio de la tensión nerviosa o psíquica asegurando un restablecimiento del equilibrio.

- **La teoría del Play:**

En los últimos años defendida por Michael Mulkay (1980), quien considera que cualquier cosa puede volverse graciosa con sólo tomársela a broma o como algo no serio.

- **Teoría de la descarga emocional:**

El organismo aprovecha la risa como método para descargar tensiones acumuladas en el cerebro tales como nerviosismo, agresividad, temores, aburrimiento, insomnio, estrés, etc.

CAPÍTULO 2: ESTRÉS Y ANSIEDAD

2.1 Concepto y Tipos de Estrés

La mejor arma contra el estrés y la ansiedad es la habilidad para elegir un pensamiento sobre otro. -
William James

De acuerdo con Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis (1990), diversos eventos de la vida tienen la propiedad de ser factores causantes del estrés, los cuales provocan un desequilibrio emocional. El estrés se presenta cuando la persona identifica una situación o un encuentro como amenazante, cuya magnitud excede sus propios recursos de afrontamiento, lo cual pone en peligro su bienestar.

Navas (citado por Naranjo, 2004) considera que el estrés es una relación dinámica entre la persona y el ambiente. Esto significa que su forma de interpretar los acontecimientos, la manera de valorar sus propios recursos y posibilidades para enfrentarlos determina en gran medida la magnitud de la experiencia de este.

Dependiendo de la forma en que la persona piense y de los sentimientos e imágenes que tenga respecto de una situación, puede crear, aumentar, mantener o disminuir la respuesta a él. Provocando preocupación, angustia y puede conducir a trastornos personales, desórdenes familiares e incluso sociales. Al respecto señalan Martínez y Díaz (2007): “El problema que subyace radica en los requerimientos de la Modernidad, concentrada en la obtención de resultados al margen de sus consecuencias en la salud física y mental de las personas afectadas”.

El estrés a términos generales es definido cómo cualquier factor que actúe internamente o externamente al cual se hace difícil adaptar y que induce un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de él mismo y con su ambiente externo.

Es decir, en términos más científicos, es una respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante un estímulo (estresor) que puede ser un evento, cosa o persona que rompe el equilibrio del organismo consigo mismo y/o con su entorno.

Se presentan de esta manera dos procesos: Una valoración cognitiva del acontecimiento y un proceso de afrontamiento. En el primero, la persona valora si la situación puede dañarla o beneficiarla, es decir cómo y cuánto repercute en su autoestima. En el segundo, estima lo que puede hacer o no para enfrentar la situación, para prevenir un daño o mejorar sus perspectivas.

- **Tipos de estrés**

Según Neidhardt, Weinstein y Conry (1990) mencionan que el doctor Hans Selye, considerado un experto en tema del estrés definía este como el deterioro y agotamiento acumulado en el cuerpo. Mencionaba dos tipos de estrés:

- **Distrés:** Es un estrés excesivo debido a un estímulo demasiado grande, que conduce a la angustia. Se rompe la armonía entre cuerpo y mente, lo que impide responder de forma adecuada a situaciones cotidianas.

- **Eustrés:** Situación en que la buena salud física y el bienestar mental, facilitan que el cuerpo en su conjunto adquiera y desarrolle su máximo potencial, se asocia con claridad mental, y condiciones físicas óptimas.

Aunque existe un estrés positivo o también llamado eustrés, es el estrés negativo o distrés es el que resulta perjudicial para la salud, debido a una sobrecarga de trabajo no asimilable por el organismo, lo cual desencadena de forma eventual un desequilibrio fisiológico y psicológico que termina en una reducción de la productividad del individuo, la aparición de enfermedades psicosomáticas y un envejecimiento acelerado. El individuo percibe este tipo de estrés de forma subjetiva como una sensación desagradable.

Esta clase de estrés negativo según los estudios origina cambios fisiológicos perjudiciales en el organismo. Por ejemplo, el corazón late más deprisa y los vasos sanguíneos se contraen, aumentando la presión arterial. La respiración se acelera para dotar a nuestro organismo de mayor cantidad de oxígeno. La sangre se retira de la superficie de la piel para llegar a los músculos y el cerebro, para reaccionar ante la situación de peligro. La digestión se interrumpe y las pupilas se dilatan para aumentar la agudeza visual.

Es una reacción defensiva en la que circulan adrenalina y corticoides por la sangre que únicamente se eliminan con hiperactividad y, si ésta no se produce, el organismo se resiente apareciendo el estrés y la tensión muscular, produciéndose una respuesta de inmunosupresión que es un terreno propicio para el desarrollo de ciertas enfermedades psicosomáticas.

2.2 Fases del estrés

De acuerdo con Melgosa (1995), son tres etapas del estrés: Alarma, resistencia y agotamiento.

- **Fase de Alarma:**

Constituye la presencia de un agente estresante, la persona se pone en estado de alerta una vez percibida la situación; por ejemplo un exceso de trabajo, esta fase puede hacerle frente y resolver esto de la mejor forma posible, cuando la barrera estresante supera a la persona y esta se da cuenta de que sus fuerzas no son suficientes, puede decirse que toma conciencia del estrés existente lo cual la sitúa en fase de alarma. Cuando el estrés se prolonga más allá de la fase de alarma la persona entra en la segunda fase.

- **Fase de Resistencia:**

La persona intenta continuar enfrentado la situación, pero se da cuenta de que su capacidad tienen un límite, y como consecuencia de eso, se frustra y sufre, empieza a tomar conciencia de que está perdiendo mucha energía y su rendimiento es menor, lo cual la hace tratar de salir adelante, pero no encuentra forma; esto hace que esta situación se convierta en un círculo vicioso, sobre todo cuando va acompañando de ansiedad por un posible fracaso. Posteriormente se presenta la fase de Agotamiento.

- **Fase de Agotamiento:**

Es la fase terminal del estrés, se caracteriza por la fatiga, la ansiedad, y la depresión, las cuales pueden aparecer por separado o simultáneamente, va acompañada de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira.

Respecto a la ansiedad, la persona la vive frente a una diversidad de situaciones, no solo ante el agente estresante, si no también ante experiencias que normalmente no se la producirían.

2.3 Causas y Consecuencias del Estrés

Cualquier situación que la persona perciba como una demanda o una amenaza, o que exija un rápido cambio, es productora de estrés. En general existen dos grandes fuentes fundamentales del estrés. En primer lugar, están los agentes que provienen de circunstancias externas como el ambiente, familia, trabajo, estudio, entre otras.

En segundo lugar, se encuentra el estrés producido por la persona misma, es decir por sus propias características de personalidad y forma particular de enfrentar y resolver los problemas.

Algunas de las consecuencias del estrés son:

- La persona tiene dificultad para permanecer concentrada, en una actividad y presenta una frecuente pérdida de atención.

- La retención memorística se reduce, tanto en la memoria de corto y largo plazo.
- La persona se siente incapaz de evaluar acertadamente una situación presente.
- La persona experimenta dificultad para mantenerse relajada tanto física como emotivamente.
- Aparecen rasgos como el desarrollo de la impaciencia, la intolerancia, el autoritarismo, y la falta de consideración de otras personas.
- Aumento de desánimo y un descenso del deseo de vivir.
- La autoestima se ve afectada por pensamientos de incapacidad y de inferioridad.
- Los patrones de sueño se alteran, generalmente se sufren de insomnio o por lo contrario se llega a una extremada necesidad de dormir.
- Aumenta la tendencia a culpar a los demás o atribuirles responsabilidades propias.
- Aparición de tics.
- Con frecuencia la persona que se encuentra estresada presenta: ansiedad, aprehensión, preocupación, tensión y el temor por el futuro.

2.4 Ansiedad y su concepto

La ansiedad es una respuesta emocional que se pone en marcha ante la percepción de amenaza o resultado incierto, ante la que se genera un estado de alerta cognitivo de ansiedad (atención centrada, procesamiento rápido de información), activación fisiológica del organismo (preparatoria para la acción) e inquietud motora (puesta en marcha de conductas rápidas), estado que podría mejorar el nivel de respuesta del individuo al entorno.

Por ello la ansiedad es una reacción al principio deseable (tiende a ayudarnos a generar respuestas alternativas que encuentren un mejor resultado, a no ser que se experimente de forma excesivamente intensa, frecuente o duradera, a lo que daría lugar a posibles interferencias, en la vida cotidiana de las personas, generando además un profundo malestar y conformando posibles trastornos (Tobal & Vindel, 1995).

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión.

El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

La ansiedad es un estado emocional displacetero que se acompaña de cambios somáticos como taquicardia, dolores musculares, sudoración, temblor, molestias

digestivas, urgencias urinarias, diarrea y cambios psíquicos; nerviosismo, preocupación, insomnio, miedos, sensación de muerte entre otros.

Los síntomas de ansiedad son muy diversos, tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa que se manifiesta con taquicardia, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc.

La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes; a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Estos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros. Es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y estos a su vez disparar los síntomas conductuales.

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- **Aprensión:** preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.
- **Tensión muscular:** agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas tensionales, temblores, incapacidad de relajarse.

- **Hiperactividad vegetativa:** mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca (Beck & Clark, 2010).

Pero es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.

2.5 Causas de la Ansiedad

Para Michael Eysenck (2007), los individuos que presentan un alto rasgo de ansiedad se caracterizan por la presencia fundamental de tres tipos de sesgos:

- **Sesgo atencional:** Tendencia a centrar la atención en los estímulos del entorno potencialmente amenazantes.
- **Sesgo interpretativo:** Interpretar las situaciones ambiguas o neutras como amenazantes.
- **Sesgo de memoria:** Tendencia a recordar los acontecimientos congruentes con el estado de ánimo negativo.

Uno de los aspectos más relevantes de la ansiedad es la percepción por parte de los individuos, las preocupaciones excesivas e incontrolables, entendiendo estas como cierta actividad cognitiva repetitiva negativa.

La ansiedad se caracteriza principalmente por preocupación excesiva o incontrolable, casi constante, producida por una amplia variedad de acontecimientos (trabajo, salud, relaciones, pequeños obstáculos en la vida cotidiana). Se añaden otros síntomas relacionados como inquietud persistente, dificultades para concentrarse, tensión muscular excesiva, temblor, dolores musculares, fatiga, irritabilidad, o trastornos de sueño (Bados y Sanz ,2005).

Sin embargo, cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

2.6 Clasificación de la Ansiedad

Aunque nos incita a actuar y nos ayuda a enfrentarnos a las situaciones amenazadoras, la ansiedad puede llegar a ser patológica si es desproporcionada. La ansiedad se convierte en patológica cuando altera el comportamiento del individuo, de tal manera que deja de ser una reacción defensiva para convertirse en una amenaza que el individuo no puede controlar. Como resultado de ello, el individuo se ve incapaz de enfrentarse a situaciones, lo que trastorna su vida diaria. En ese caso, ha de ser tratada por profesionales especializados, como psiquiatras y psicólogos.

Según Carbelo (2005), algunos de los principales síntomas que cursan en un trastorno de ansiedad son los siguientes:

- **A nivel emocional:** Irritabilidad, aprensión, inquietud, angustia, nerviosismo, desconcierto, temor, sobreexcitación, preocupación.
- **A nivel cognitivo:** Confusión, bloqueo de pensamiento, olvido, déficit de atención, disminución de la capacidad para resolver problemas, aprender.
- **A nivel conductual:** Disminución de la productividad, aumento de conductas de control y vigilancia, lanzar miradas alrededor, movimientos extraños o repetitivos, insomnio.
- **A nivel fisiológico:** Voz temblorosa, temblor de manos, aumento de la respiración, urgencias urinarias, aumento del pulso, aumento o disminución de la tensión, diarreas, anorexia, sequedad de boca, espasmos musculares, dolor abdominal.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2010).

Trastorno	Características	Manifestaciones	Observaciones
Pánico	Aparición brusca de un miedo intenso	Temblor, sudoración, miedo a morir, sensación de frío/calor, náuseas, sensación de asfixia, mareo, miedo a perder el control, dolor en el pecho.	Puede aparecer espontáneamente o estar provocado por un estímulo.

Fobia	Temores angustiosos a determinadas circunstancias, reales o imaginarios.	Fobia específica: miedo a un objeto o situación determinada. Fobia social: miedo a colocarse en una situación vergonzosa en un medio social. Agorafobia: miedo que siente la persona de encontrarse en cualquier situación que pueda provocar un ataque de pánico o de la cual le sea difícil escapar, lo que le hace encerrarse en casa.	Evitación de la situación que provoca el temor.
Ansiedad Generalizada	Aparición progresiva y permanente de síntomas intensos de ansiedad, sin una causa real que los provoque.	Fatiga, inquietud, dificultad para dormir, irritabilidad, tensión muscular.	El individuo está preocupado permanentemente sin motivos aparentes y no lo puede controlar.
Obsesivo compulsivo	Obsesiones, que pueden ser ideas o pensamientos que se repiten, y no desaparecen de la mente del individuo aunque lo intente por todos los medios.	Cada obsesión lleva asociada una compulsión o conducta que compensa la angustia que provoca.	Un ejemplo es el miedo al contagio, cuya compulsión correspondiente es lavarse las manos repetidamente.
Estrés Postraumático	Aparece en aquellos individuos que se han visto expuestos a un evento traumático que involucra un daño físico o psicológico extremo.	Pérdida del sueño, irritabilidad, sobresalto, falta de concentración.	Provoca alteraciones en la vida familiar, laboral y social del individuo.

Tabla 2. Trastornos de la ansiedad, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2010).

2.7 Diferencia entre Ansiedad y Estrés

El estrés se ha entendido como un estímulo, como una serie de situaciones altamente relevantes y con una fuerte demanda de recursos para el individuo, tales como catástrofes, muerte de un ser querido, nacimiento de un hijo, entre otros; pero también el estrés ha sido entendido como respuesta biológica asociada a las situaciones estresantes.

Así tenemos que en un extremo de la escala el estrés representa aquellos desafíos que conducen a las personas a la acción manteniéndolas alerta y en otro extremo, la representación de las condiciones bajo las cuales las personas enfrentan exigencias que no pueden satisfacer de manera física o psicológica y que provocan alteración en uno u otro de estos niveles.

El estrés es definido entonces como una exigencia de las capacidades de adaptación de la mente y cuerpo. Si estas capacidades permiten que la persona tome el control de la situación, el estrés será negativo, a lo que se ha relacionado con el término distress (Fontana, 1995).

De esta manera, el estrés se considera positivo cuando el individuo interprete las consecuencias de la situación serán favorables para sus intereses; y se considera negativo si este percibe que las consecuencias serán desagradables o perjudiciales. En ambos casos el estrés produce cansancio y activación fisiológica; sin embargo, el estrés positivo genera emociones positivas o agradables, como la alegría y la satisfacción, mientras que el estrés negativo produce lo contrario.

Hoy en día el estrés se interpreta como un proceso interactivo, en el cual en juego de las demandas de la situación y los recursos del individuo para afrontar la situación. Cuando el individuo siente que sus recursos personales para afrontar las demandas de la situación no son suficientes, percibe a la situación como amenazante, desencadenándose una emoción desagradable a la que se le llama **ansiedad**.

La ansiedad es una emoción experimentada siempre desagradables y negativa que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza (SEAS, 2003) por lo que se ha considerado como una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación entre eventos percibidos anticipadamente como peligrosos.

Gutierrez (1996) en este proceso de adaptación, la ansiedad cumpliría una función de impedir algún daño a través de respuestas preparatorias. Para cumplir dicha función, la ansiedad pone en práctica un doble mecanismo cognitivo y conductual:

- **Mecanismo Cognitivo:**

Consiste en la activación de un estado que prioriza la detención de señales informativas ambientales asociadas con amenazas o peligros futuros.

- **Mecanismo Conductual:**

Se encuentra relacionado con los recursos de la persona para aliviar en lo posible el daño percibido anticipadamente dichos recursos pueden ser de tipo fisiológico, que incrementa la actividad simpática del sistema nervioso autónomo, motores, que aumenta la tensión muscular y rapidez de los movimientos corporales.

Esta es la primer y más grande diferencia entre los términos: El estrés es referido más por las consecuencias que produce el nivel fisiológico, mientras que la ansiedad se encuentra relacionada con las emociones negativas desencadenadas. Otra diferencia entre estos constructos se encuentra en los contenidos de las situaciones estresantes y ansiógenas.

Las situaciones estresantes incluyen diferentes tipos de situaciones relevantes para el individuo como amenaza, peligro, daño entre otras, mientras que las situaciones ansiógenas son siempre de tipo amenazante, peligro físico en la que pelagra la supervivencia o la integridad del individuo, situaciones de amenaza interpersonal o social ejemplo hablar en público, viajar en avión, inyecciones, etc.

CAPÍTULO 3: CUIDADOR PRIMARIO

3.1 Concepto de cuidador primario

Grandes esfuerzos, por grandes motivos, es la definición de la verdadera felicidad.

William Ellery Channing

Se le llama “cuidador” a la persona, habitualmente un familiar directo (cuidador primario), que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente incapaz de auto sustentarse necesita (Ballesteros, 2002).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (2002), el cuidador primario es la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta.

Astudillo (2008) define al cuidado primario como la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo papel que por lo general lo juegan algún familiar cercano o significativo para el paciente.

Armstrong (2005) plantea que el cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que éste por sí mismo no puede llevar a cabo; en este rol es común que el cuidador sea un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), y que, por lo general, no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo.

Amstrong señala algunas de las características demográficas de los cuidadores primarios descritos en la literatura: en su gran mayoría lo constituyen mujeres (83.6%); destacando las amas de casa (44.25%), que van de los 45 a los 65 años de edad, un importante sector los constituyen individuos sin estudios (17.1%) y con parentesco directo con la persona cuidada. Estos datos confirman que la gran mayoría son individuos que no reciben ayuda de otras personas (53.7%), gran parte de los cuidadores comparten el domicilio con el enfermo y prestan ayuda diaria, en la mayoría de los casos sin remuneración.

Torres (2007) por su parte sustenta; la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden: físico, psíquico y socio familiar, los cuales originan un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento.

3.2 Tipos de Cuidadores

Marco (2004) refiere que el **cuidador formal** es aquella persona capacitada a través de cursos-prácticos de formación dictados por equipos interdisciplinarios para brindar atención preventiva, asistencial y educativa a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre hogar, hospital y servicios especializados, cubre una amplia gama de profesionales que trabajan junto con médicos (enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales o técnicos sanitarios) en el cuidado de la salud.

Se caracteriza principalmente por:

- Disponer de capacitación y preparación para el desempeño de las tareas requeridas.

- Recibir honorarios por el trabajo efectuado.
- Realizar el horario en un margen horario previamente pactado.
- Tener un grado de compromiso más o menos elevado en función del grado de profesionalidad y de sus motivaciones personales.

Son los profesionales del cuidado integral del bienestar del beneficiario en sus aspectos de vida diaria, higiene, aseo, alimentación y control de las condiciones higiénico-sanitarias, cuando éste no puede valerse por sí mismo debido a graves discapacidades y de aplicar los programas y actuaciones elaborados por la dirección o el personal técnico calificado.

Por el contrario el **Cuidador Informal o Primario**: Son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio. A diferencia del cuidador formal, suele ser un familiar de la persona cuidada y estar delimitada contextualmente como “la prestación de cuidados a personas dependientes, por parte de familiares, amigos u otras personas, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen. Se caracterizan por:

- No disponer de una capacitación específica.
- Tener un alto grado de compromiso hacia la tarea caracterizada por el afecto.
- Ofrecer una atención sin límite de horarios.
- No recibir algún tipo de honorario.

Estos cuidadores asumen total responsabilidad, la especial vulnerabilidad de los cuidadores al estrés, ansiedad, angustia están relacionados con la escases de apoyo, conflictos familiares, sobrecarga del cuidador, problemas económicos, desconocimiento de información.

Las áreas más afectadas en los cuidadores primarios son: Físicas, ya que sufren cansancio, cefaleas y dolores articulares. Área psíquica: puede generar trastornos depresivos, de sueño ansiedad irritabilidad, en la área Social: existe disminución o pérdida de tiempo libre, soledad y aislamiento. Todas estas alteraciones repercuten en la vida de la persona de tal forma que pueden llevarla a una situación en la que tendrá su papel de cuidador se verá desgastado y disfuncional (Ruiz, 2009).

En otras palabras, existen dos categorías de cuidadores y las diferencias entre ellos están bien establecidas. Los cuidadores formales que son un grupo de profesionales capacitados y los no formales o cuidadores primarios que son personas, por lo general familiares, que de manera voluntaria en ocasiones y obligada en otras, se ven en la tarea de suplir las necesidades de una persona con algún grado de discapacidad.

3.3 Desgaste Emocional y Físico del Cuidador Primario

Asumir el rol de cuidador principal tiene necesariamente repercusiones en la vida familiar y en la salud, no solo del enfermo, sino del propio cuidador. La adaptación a esta nueva situación ocasiona reacciones emocionales, cansancio físico y pensamientos que pueden producir en los familiares, especialmente en el que asume la mayor parte de los cuidados una sensación de carga que puede convertirle potencialmente en un enfermo más (Zabalegui, Juando, Saenz, Ramírez, Pulpon, López, 2007).

El desgaste Físico y Emocional suele estar provocado por la dificultad que entraña para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido no puede valerse por sí mismo. O peor aún ver cómo va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas conforme avanza el curso de la enfermedad, de ser un mero supervisor de las actividades del paciente al que le procura los cuidados más básicos.

Maslach y Jackson (1996), en su teoría del estrés en cuidadores primarios, menciona que a consecuencia de este desgaste se genere el agotamiento emocional el cual implica, pérdida de energía, agotamiento y fatiga un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo, falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y por ende hacia el trabajo, típicas de depresión, autoestima baja, aumento de irritabilidad, aislamiento, escasa tolerancia a presiones, pérdida de motivación, altos niveles de ansiedad, trastornos del sueño, dificultad en la relaciones interpersonales, en ocasiones resentimiento ante las personas que cuida, pensamiento de abandono, pensamientos suicidas.

- Hacerse cargo de una persona dependiente durante largos periodos de tiempo puede desencadenar problemas de salud ya que cuando está sobrecargado comienza a notar alteraciones en todos los aspectos de su vida, entre las alteraciones físicas se encuentra el cansancio, dolor de cabeza, vértigo, dificultades para dormir, dolores articulares, y dispepsia. Además de las demandas físicas que implica el ofrecer cuidados a un familiar enfermo, están las demandas emocionales y psicológicas.

- Los cuidadores suelen reportar problemas emocionales como sentimientos de soledad, miedo, culpa, desamparo y falta de control sobre los sucesos cotidianos. Diversos estudios muestran que el otorgar estos cuidados va asociado con fatiga, problemas del sueño, depresión, ansiedad y burnout (Thomas, Morris & Harman, 2002).

La experiencia de cuidar día a día a una persona dependiente frecuentemente tiene consecuencias psicológicas negativas como lo son los sentimientos de tristeza, desesperación, sentimientos de enfado e irritabilidad, preocupación, ansiedad, sentimientos de culpa.

Algunas de las señales de alerta en los cuidadores primarios son: problemas de sueño, pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio, aislamiento, problemas físico, palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas, problemas de memoria, aumento o disminución de apetito, suelen enfadarse fácilmente, cambios frecuentes en el sentido del humor.

Todo lo anterior se produce básicamente por:

- La transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia quienes lo atienden.
- La repetición de las situaciones conflictivas.

- La imposibilidad de cuidar de sí mismo de forma continua que puede llegar a incapacitarle seriamente para realizar actividades funcionales en relación a sus semejantes y a su entorno.

Por ello es importante que los cuidadores primarios tengan atención y capacitación profesional, pedir y aceptar ayuda, se fijen objetivos, establecer sus propios límites y tener un auto cuidado.

3.4 Auto cuidado del cuidador Primario

Las personas que asumen el rol de cuidadores primarios de niños con discapacidad, se hacen cargo de una gran cantidad de tareas que les colocan en una situación de alta vulnerabilidad al estrés y la ansiedad.

Cuando el cuidado se prolonga, es importante que el cuidador primario intente equilibrar el cuidar y el cuidarse, atendiendo al familiar, pero sin olvidarse de sí. Algunas recomendaciones que se dan son las siguientes:

- Tener conciencia de que para cuidar de manera eficaz, debe cuidar su salud, comer, despejar la mente (yoga, meditación, deporte).
- Descansar, respetar las pausas de reposo, dormir suficiente.
- Evitar el aislamiento: familiares, amistades, asociaciones.

- Mantener un entorno personal que los apoye.
- Organizar la vida cotidiana contada con otros miembros de la familia.
- Dejar un espacio diario para sí mismo, para sus relaciones, aficiones, etc.
- Saber pedir ayuda a familiares, amigos y profesionales.
- Mejorar la relación y comunicación con el familiar cuidado, tener paciencia, respeto, fomentar su independencia sin ser demasiado exigente.
- Identificar las causas que le causa estrés, ser capaz de analizar y buscar soluciones.
- Aprender métodos sencillos de respiración.
- Tener muy presente el sentido del humor. No se sienta culpable por reírse o pasarlo bien, si usted es feliz le será más fácil sobrellevar la situación.

El auto cuidado del cuidador es básico para el bienestar personal y para poder ofrecer una mejor atención a la persona dependiente. La detección y prevención del agotamiento ha de ser un objetivo prioritario para evitar el sufrimiento del cuidador y, en casos extremos, que repercuta en la persona cuidada (Rojas Gonzales, 2006).

Con pequeños cambios de actitud, de mirada hacia la persona cuidada y de organización, se pueden producir grandes beneficios en la relación de ayuda.

CAPÍTULO 4: DISCAPACIDAD

4.1 Concepto de Discapacidad

“Tiene algo especial, te tiene a vos, la felicidad depende más del deseo interior de nuestras mentes que las circunstancias externas” Benjamin Franklin

La discapacidad es “cualquier restricción o impedimento para la realización de una actividad, ocasionados por una deficiencia dentro del ámbito considerado normal para el ser humano” (Rabadan, 1996).

El término discapacidad se definió como cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite, sustancialmente una o más de las actividades principales de un individuo; dentro de ellas se describió la siguiente clasificación: discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas. En las físicas se encuentran la parálisis cerebral, los amputados y las lesiones en la medula ósea. Las sensoriales se clasifican en dos las auditivas, visuales y la cognitiva comprende el síndrome Down y el retardo mental (Marín, 1999).

Según Sánchez (2010) la discapacidad indica la presencia limitante por problemas de tipo físico, mental o ambos, generalmente por enfermedad adquirida congénita traumatismo u otro factor ambiental este concepto es utilizado para etiquetar a las personas con limitaciones físicas o mentales obvias y que por lo general requieren de ayuda e instrucción especializada para funcionamiento en su vida cotidiana.

Para la siguiente investigación se retoma a la OMS (2011), como discapacidad cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

4.2 Tipos de Discapacidad

Según la OMS (2011) clasifica la discapacidad en cuatro tipos que son:

- Discapacidad Física
 - Discapacidad Sensorial
 - Discapacidad Intelectual
 - Discapacidad Múltiple
-
- **Discapacidad Física:** Imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos, manos, piernas.
 - **Discapacidad Sensorial:** Se refiere a discapacidad auditiva y discapacidad visual.
 - **Discapacidad Intelectual:** Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades dentro de las cuales se encuentra el retraso mental, síndrome Down y la parálisis cerebral.
 - **Discapacidad Múltiple:** Es el conjunto de dos o más deficiencias asociadas, de orden física, sensorial, mental, etc.

Dentro de este tipo las discapacidades se pueden manifestar en diferentes grados, y a su vez, se pueden coincidir varios trastornos en una misma persona.

4.3 Causas de la Discapacidad

Las causas de la discapacidad se dividen factores genéticos, prenatales, perinatales, posnatales y ambientales (Hinojosa, 1990).

- **Factores Genéticos:**

Se refiere a la alteración que sufren los genes recesivos o dominantes entre estos se encuentran el síndrome de Down, síndrome de Turner.

- **Factores Prenatales:**

Se dan desde la concepción y durante el embarazo, entre estos están las alteraciones metabólicas de la madre, infecciones como la rubeola, la sífilis, incompatibilidad de grupos sanguíneos, ingesta excesiva de alcohol, drogas, traumatismos durante el embarazo, madre diabética, edad de la madre.

- **Factores Perinatales:**

Se dan desde el momento del parto hasta los 28 días siguientes al nacimiento entre estos se citan los siguientes: Deficiencias en la placenta, parto prolongado, lesiones, hemorragias cerebrales, nacimiento prematuro, alteraciones metabólicas del niño, traumatismos durante el nacimiento asfisia, cesáreas secundarias.

- **Factores Posnatales:**

Ocurren después del parto los cuales son: infecciones cerebrales, lesiones cerebrales, por sustancias tóxicas, operaciones o cirugías, embolias, hemorragias, deshidratación, enfermedades metabólicas.

- **Factores Ambientales:**

Estos factores intervienen en el medio donde interviene el individuo, carencias económicas, vida antihigiénica, la promiscuidad, así como la estimulación por parte de los padres.

Estos factores son importantes porque dan a conocer las causas de la discapacidad en los niños y es necesario tomarlos en cuenta para su tratamiento ya que deben conocer el origen de la enfermedad.

4.4 Cuidados que requiere la discapacidad por parte del cuidador primario.

Para poder comprender el impacto que genera en el cuidador el desempeño de su rol es pertinente conocer actividades que éste implica entre éstas encontramos:

- Ayudar en las actividades básicas cotidianas (higiene, alimentación, etc.).

- Ayudar en los cambios de posición.
- Ayudar en el transporte fuera del domicilio.
- Administración de los medicamentos.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (crisis, casos de agitación, necesidad de atención por el equipo de salud, etc.).
- Ayudar en la comunicación con terceros.
- Ayudar en el acceso a los servicios de salud.
- Manejo de equipos de ayuda (oxígeno, sillas de ruedas, etc.).

Este listado nos proporciona información pertinente para conocer algunas de las tareas del cuidador primario, sin embargo; Las características y las condiciones del cuidador, representan un riesgo para la salud, lo que puede resultar determinante en la calidad del cuidado que imparte, potenciando los riesgos entre la interacción del cuidador y la persona en situación de discapacidad.

CAPÍTULO 5: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA E INTERVENCIÓN DE RISOTERAPIA

5.1 Concepto de Intervención Psicológica

Si el amor es cimiento de la felicidad, entonces la alegría, el juego y la risa son los vehículos para su expresión. Es hora de reunir la risa con el amor como las formas principales de servir a la humanidad a través de la sanación. –Patch Adams.

Según Carrobles (1990), la intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicas por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas, a comprender sus problemas, reducir o superar estos, a mejorar las capacidades personales y relaciones de las personas.

Puede durar de 5 a 50 sesiones alrededor de una hora, con frecuencias semanales, el número de sesiones depende de la cantidad de problemas y de la gravedad del problema, las sesiones pueden ser desde poco, o muy estructuradas y en ellas predominar la participación del paciente y terapeuta. Puede ser de manera gratuita, sus resultados suelen ser positivos.

5.2 Tipos de Intervención:

La intervención psicológica puede llevarse a cabo a distintos Tipos:

- Individual
- Pareja
- Familiar
- Comunidades
- Grupales

Intervención Individual: Es uno de los más frecuentes, el psicólogo trabaja con una persona de modo exclusivo.

Intervención en Pareja o en Familia: Es utilizado cuando el problema es de dos o más personas. Se busca que los miembros se den cuenta de su propia contribución del problema, de los cambios positivos que pueden realizar, mejoren sus pautas de interacción y comunicación para la resolución del problema. Puede ser precedida, de la terapia individual.

Intervención Comunitaria: Se refiere a trabajar en comunidades, por ello tiene algunas desventajas tales como:

- No cumplir con los objetivos.
- Puede ir dirigida simplemente a cubrir el expediente sin que haya una intención verdadera de cambiar las situaciones.
- Puede estar centrada en los resultados a corto plazo, olvidando las posibles repercusiones en la intervención en distintos sectores sociales.

Intervención en Grupo: Se debe contar con varias personas las cuales presenten problemas similares, o bien tengan un fin en común, algunas ventajas de esta intervención son:

- Descubrir que los propios problemas no son únicos.
- Retroalimentación.
- Aumento de motivación debido al apoyo y presión del grupo.
- Desarrollo de habilidades sociales.
- Ahorro de tiempo y esfuerzo para el terapeuta.

Algunos inconvenientes de la intervención en grupos, son:

- La dinámica del grupo puede escapar del control del terapeuta.
- Comportamiento negativo, el cual puede contagiarse.
- Desmotivación al comparar avances propios con las de los demás.

El tamaño de grupo debe de ser lo suficientemente amplio como para facilitar el contacto con varias personas, es buena idea contar con un Coterapeuta ya que el trabajo para un solo terapeuta es difícil y cansado.

Las sesiones de grupo suelen durar alrededor de hora y media hasta dos horas y media. Se recomienda que los miembros sean similares en ciertas características.

- Nivel sociocultural.
- Edad.
- Sexo.
- Gravedad del problema.

Para que un grupo funcione debe de conocer y tener ciertas normas.

- Consentimiento voluntario.
- Asistencia a las sesiones.
- Participación en el grupo.
- Respeto a las intervenciones y opiniones.
- Confidencialidad de lo tratado en el grupo y realización de las actividades.

El terapeuta no debe ejercer el papel de líder autoritario, pero tampoco permitir, que el grupo vaya perdiendo los objetivos de la terapia y la forma más eficaz de conseguirlos.

Las labores del terapeuta son establecer las normas de funcionamiento del grupo, velar por su cumplimiento, modera las intervenciones y controla los factores que pueden perturbar el funcionamiento de este.

5.3 Áreas de Aplicación:

Las áreas de aplicación de la intervención psicológica abarcan distintos ámbitos, clínica, salud, trabajo, educación, comunidad, deporte. Podemos encontrar psicólogos trabajando en clínicas, hospitales, centros de salud (general o mental), centros de tratamiento de drogodependencia, empresas, centros educativos, centros de atención psicopedagógica, centros de asistencia al menor, juzgados, instituciones penitenciarias, residencias de ancianos, centros de acción social, centros de rehabilitación de inválidos, equipos deportivos, centros militares, práctica privada, etc. (Carrobles, 1990).

5.4 Intervención de Risoterapia

En los talleres de risoterapia se utilizan diferentes técnicas que promueven la desconexión de preocupaciones a través del juego y el entretenimiento, y que ayudan a liberar las tensiones del cuerpo y de la mente, para así alcanzar la carcajada. Entre ellas podemos destacar: la expresión corporal, los juegos, la música, la danza, los ejercicios de respiración, todas ellas son técnicas para reír de manera natural, sana, para que la risa salga del corazón y del vientre.

Holden (2011), define a la Risoterapia como una divertida disciplina Terapéutica que consigue despertar en pocos minutos nuestra capacidad de sentir, amar, silenciar nuestras preocupaciones, incrementar nuestra creatividad, sencillamente utilizando la sonrisa como camino. Es una forma de alinearnos con el bienestar, la conciencia y salud física emocional. Para fines de la investigación se tomara como Risoterapia una técnica psicoterapéutica la cual a base de diferentes técnicas contribuirá a mantener, fomentar o mejorar el bienestar físico y/o emocional reduciendo los niveles de estrés y ansiedad de los cuidadores primarios.

El objetivo primordial es conseguir que la persona aprenda que sentirse alegre y feliz es una decisión personal e intransferible, que sólo uno mismo puede tomar, y que esta decisión pasa por cambiar muchas creencias en cuanto a la percepción de uno mismo, en cuanto a la capacidad para afrontar la vida diaria, cómo nos afecta el entorno que nos rodea, cuál es nuestro objetivo en la vida, dónde ponemos nuestra intención, cómo nos limita nuestro ego, cuán dispuestos estamos a compartir el amor, la amistad y la felicidad.

Un taller de risa permite reencontrarse con su niño interior, tantas veces olvidado, dándole la oportunidad para jugar, para expresarse desde el corazón, para que disfrute, cree y sea espontaneo, sin tener que preocuparse por las vergüenzas o por el ridículo, para que pueda querer y ser querido sin censuras que limiten su capacidad de expresión y deseos.

Se practica generalmente en grupo, porque una de las cualidades de la risa es que resulta altamente contagiosa, tiene la capacidad de extenderse alrededor de quien se

ría, de captar la atención de los demás y transformar la preocupación y la tristeza en alegría y bienestar.

5.5 Elementos con los que trabaja la Risoterapia

La risa es el elemento clave que se desea conseguir en todo taller de Risoterapia, es necesario que cada miembro se sienta cómodo y a gusto con el resto de compañeros y establecer una complicidad adecuada, entre ellos y con el monitor, antes de que se produzca la risa. De otro modo, corremos un gran riesgo de fracasar en la consecución de los objetivos del taller. (Enric Castellvi, 2007).

La risa y las carcajadas deben brotar de forma natural, como consecuencia de la diversión, la confianza y del desbloqueo que se consigue a través de los juegos y de las diferentes dinámicas del taller.

En los talleres de la risa se requiere de conocimientos específicos: sobre conceptos, juegos, dinámica de grupo, sensaciones etc. A continuación se desarrollan cada uno de estos elementos.

- En primer lugar están los conceptos, son la base teórica sobre la que apoyamos el taller. Forman parte de este contenido teórico los conceptos y teorías en los que se basa la Risoterapia, los beneficios que se pueden obtener, todas sus formas y aplicaciones, la fisiología de la risa, conceptos psicológicos sobre las creencias, emociones y sus respuestas e implicaciones conductuales,

conceptos sobre salud y calidad de vida, crecimiento personal, desbloques, y un largo etcétera que convendrá preparar y trabajar previamente, según sea el enfoque que le den a cada taller.

- En segundo lugar los juegos y las dinámicas de grupo son las actividades que se desarrollaran de forma cuidadosamente planificada y ordenada, como herramientas provocadoras de sensaciones y emociones. Hay que tener en cuenta que no todas las personas reaccionan de la misma manera frente a un mismo estímulo, por lo que deben estar muy atentos a las diferentes respuestas que se produzcan para dejarlas fluir o contenerlas si es necesario.
- Dentro del grupo de sensaciones, se puede trabajar los diferentes sentidos. Los más utilizados serán el oído, la vista y el tacto. En algunas situaciones concretas podrán trabajar también con el gusto y el olfato, aunque es poco frecuente.
- A nivel auditivo podemos trabajar a través de la música, percusión, gritos, susurros, etc. Con lo que conseguiremos efectos vibraciones, evocativos, excitación, relajación, desinhibición. También es el canal por el que con mayor frecuencia transmitiremos las instrucciones de cada una de las partes del taller y sus dinámicas.
- La vista es una de las entradas principales de información. Se influirá sobre ella a través de la luz, en mayor o menor intensidad, los colores, las expresiones faciales y corporales; tapando los ojos se conseguirá efectos de excitación, relajación, confianza, miedo, proximidad, etc. Es muy interesante ver las

reacciones de las personas cuando tienen que realizar ejercicios con los ojos tapados, y como estructuran una nueva forma de orientarse, de percibir, y de confiar en otras personas.

- El tacto suele ser el gran desconocido o el menos experimentado de los sentidos. Por lo general, las personas sólo acostumbramos a tener contacto cercano con personas íntimas o familiares, y esto hace que muchas se sorprendan o resistan al principio a mantener contacto directo con otros miembros del grupo (Enric Castellvi, 2011).

La proximidad y el contacto directo a través de caricias, abrazos, masajes, cosquillas, pedorretas, etc., son fundamentales para la cohesión del grupo y el establecimiento de lazos de confianza y complicidad. Es importante que el acercamiento se produzca de forma gradual y nunca forzando a nadie a contactar si no lo desea. Hay diferentes trucos y estrategias para realizar los mismos juegos sin necesidad de contactar directamente, hojas de papel o cartón y globos pueden ser algunos elementos.

- Los movimientos, a través de la expresión corporal y el baile, son excelentes ejercicios para desconectar de las tensiones y las preocupaciones y abren la puerta a nuestro niño interior.

Está comprobado que las acciones de andar, saltar, correr, revolcarse, bailar, distraen la mente de pensamientos superfluos, concentrándonos en la actividad que estamos desarrollando.

- Las emociones son las respuestas que experimenta el organismo como reacción a una vivencia, una impresión, un recuerdo o un pensamiento, que generalmente va encaminado a mover, excitar o a dirigir la actividad general y se expresa a través de una reacción visceral o de una conducta (reír, llorar, huir, atacar, sonrojarse, etc.).

Analizar qué elementos son los que desencadenan nuestras emociones nos ayudará a sacar mejor partido de ellas y a dominar el estado de ánimo.

En la Risoterapia las emociones son elementos fundamentales, ya que su gestión adecuada será la base que permita desbloquear los miedos y las inhibiciones para poder reír y beneficiarnos de todas sus ventajas.

5.6 Dinámica Grupal de la Risa

Como ya se ha apuntado anteriormente, los grupos pueden ser de entre 8 y 10 personas o incluso multitudinarios. Por ello es necesario que cualquier persona que se dedique a la actividad de la Risoterapia y a la dinamización de juegos conozca y domine cómo funcionan los grupos y sus características, los roles, los conflictos, la forma de liderados para conseguir sacar el máximo partido de su interacción y rendimiento en sus prácticas (Enric Castellvi, 2011).

5.7 Características de los grupos

Entendemos por grupo el conjunto de dos o más personas que se encuentran en un mismo contexto de interacción, en el que se influyen unos a otros, ya sea de manera

formal o informal, que tienen, asimismo, un propósito compartido, y por el cual están dispuestos a desarrollar una actividad.

Debe existir un sentimiento de dependencia mutua, y la necesidad de colaborar y ayudarse entre sí a fin de lograr los objetivos para los cuales se unieron como grupo. Cualquier grupo es como un ser vivo: nace, crece y se desarrolla hasta llegar a la madurez, está siempre en continua evolución y, muy probablemente, una vez haya cumplido con su cometido se disuelva y desaparezca.

Las personas se agrupan por varias razones:

- Les gusta la tarea o actividad que se realiza en el grupo.
- Existe una afinidad entre los miembros que pertenecen a ese grupo.
- Pertenecer a ese grupo es un medio para conseguir objetivos personales.
- Hay una cierta tendencia o necesidad humana de reunirse y de formar grupos.

Todas las personas pertenecen a uno o más grupos, unos son elegidos y otros vienen impuestos. Por ejemplo: el grupo familiar, el grupo escolar o el de clase social son impuestos; el grupo de amigos, las asociaciones, el equipo de fútbol o el partido político son elegidos. Una misma persona puede pertenecer al mismo tiempo a uno o a varios grupos. A veces esto hace que surjan conflictos personales porque las influencias de los distintos grupos y sus normas pueden ser contradictorias. Para que la pertenencia de un miembro a un grupo sea real y completa ha de cubrir tres aspectos:

- **El formal:** Cumplir los requisitos necesarios para ser miembro del grupo. Por ejemplo: ser de México para pertenecer al grupo nacionalidad mexicano; pagar las cuotas y seguir las consignas para pertenecer a un determinado club o sindicato.
- **El psíquico:** Cuando la persona tiene el sentimiento o el deseo de pertenencia a ese grupo. También cuando la ideología o las creencias de ese grupo influyen en su conducta y la persona acepta esta influencia.
- **La aceptación:** de los otros miembros del grupo, que reconocen a la persona en cuestión como miembro integrante del grupo.

Hay que tener en cuenta que, en un grupo donde haya problemas con la pertenencia de uno o varios de sus miembros, surgirán dificultades con la tarea, la participación, las normas o los objetivos.

Se aumenta el deseo de pertenecer a un grupo si la persona consigue un cierto prestigio en ese grupo, cuando las relaciones entre los miembros son de cooperación y de confianza. Cuando se crea un espacio donde es posible la interacción entre los miembros. Cuando el grupo tiene sentimiento de éxito, cumple sus objetivos y tiene un prestigio reconocido, interna o externamente.

Se disminuye el deseo de pertenecer a un grupo si: la persona se siente mal o frustrada dentro del grupo; porque el grupo no sabe solucionar sus propios problemas; porque

la persona no puede cumplir las exigencias que el grupo le hace o éstas son excesivas o limitantes. Cuando hay dificultades con los otros miembros porque no dejan participar a los demás, excesiva competitividad por el poder o la dominancia o se adoptan conductas agresivas.

5.8 Como se estructuran los Grupos

Enric Castellvi (2007), refiere que los grupos presentan habitualmente una serie de características comunes que facilitan su organización y la estructura. Se muestran algunas:

- **Sistema propio de roles y estatus:** Los roles o «papeles» sirven para distribuir las funciones y las tareas dentro del grupo y las relaciones que mantienen con otros grupos. Cada persona en un grupo asume consciente o inconscientemente un rol, que puede cambiar según el momento o la situación por la que atraviese la dinámica.

Existen muchos tipos de roles dentro de un grupo, pero casi siempre serán rotativos y complementarios, y siempre estarán en función del momento. Desde el punto de vista de la tarea que se quiere realizar, tenemos los roles de estimular al grupo, de coordinar, de informar, de buscar, de controlar, de cohesionar, etc. Si nos centramos en los roles individuales, aparecerán roles tales como: el seductor, el entusiasta, el conformista, el dominador, el saboteador, de dependiente, etc. Por estatus se entiende la distribución de poder o prestigio interno y externo de cada uno de los miembros del grupo con respecto a los demás. Éste vendrá siempre otorgado por la percepción que el resto de los miembros le den a un determinado integrante. Esta percepción del estatus viene

definida por las habilidades, conocimientos, valentía, rango social y autoridad que cada miembro demuestre dentro del grupo.

- **Sistema propio de reglas y normas de conducta:** El comportamiento de los individuos dentro del grupo suele estar condicionado por un sistema de normas o reglas, tanto para las conductas motoras (acciones) como para las conductas cognitivas y afectivas (pensamientos y emociones).
- **Sistemas de control de la conducta:** Los grupos presentan peculiares formas de control de las conductas, así suelen utilizar sanciones para las conductas desaprobadas y recompensas para las conductas aceptadas. Lo que a su vez determina el aprendizaje de sus miembros. La máxima sanción suele ser la expulsión del grupo y la máxima recompensa suele ser el reconocimiento y el liderazgo.
- **Objetivos del grupo:** Los grupos se forman habitualmente con el fin adaptativo de satisfacer necesidades biológicas y sociales; pero también pueden formarse por otras motivaciones como son las expectativas o las metas.
- **Conciencia de grupo:** Es la percepción subjetiva de pertenencia y unión con los demás que siente cada miembro del grupo.
- **El monitor como Líder de Grupo:** líder es aquel miembro del grupo que ejerce una influencia sobre los otros, ya sea porque ejerce un cargo (jefe, formador,

monitor), porque tiene ciertas características o aptitudes que en determinados momentos resuelven situaciones grupales, o porque es el que más participa.

Se puede considerar que es aquel que más frecuentemente influye en la conducta y en el sentir del grupo. La figura del líder está presente en todos los grupos.

En algunos casos, son líderes espontáneos, en otros, asumen un papel de dirigente por su capacidad técnica para promover y solucionar los problemas del grupo.

En nuestro caso hablaremos del monitor como líder del grupo. Para que el monitor cumpla su función de líder tiene que reunir una serie de características personales fundamentales. Ser monitor no es simplemente aplicar esta o aquella técnica, sino que también es preciso saber relacionarse con los otros miembros de determinada manera y conseguir ser aceptado como la persona que conducirá al grupo para conseguir los objetivos que se proponen.

El rol de líder del monitor no vendrá dado únicamente por la autoridad que nos confiere la posición, sino por nuestra capacidad de conducir al grupo en el camino del desarrollo individual y grupal. Por nuestra capacidad de empatizar con cada una de las personas del grupo y dar respuesta a sus necesidades.

El papel del monitor es crear las condiciones adecuadas para que el grupo cumpla con su objetivo. Para ello primero tiene que tener en cuenta la influencia que, por el mero hecho de su posición, tiene en su grupo. Con su conducta el monitor ofrece un modelo de manera de ser y de actuar a los participantes. Si el monitor no escucha o atiende a

los miembros del grupo cuando éstos intervienen, es muy probable que los participantes no se escuchen los unos a los otros; si el monitor desatiende sus funciones, muy probablemente también lo harán los demás, y así surgirá el conflicto y la confusión.

Por otro lado, si el monitor no confía en el grupo, si es pesimista o demasiado rígido, el clima que se formará en el grupo no favorecerá la libre expresión y la buena comunicación entre sus miembros. Un monitor debe ser respetuoso en todo momento, dar valor y apoyo a los miembros, establecer un trato igualitario, favorecer la confianza y la colaboración, ofrecer al grupo un modelo y un clima en el que sea posible encontrarse y desarrollarse para lograr el objetivo grupal.

De cualquier modo, el monitor debe ser consciente en todo momento de qué estilo está aplicando y tener muy claro qué es lo que hace y con qué fin. Lo que no sería admisible es que desconociera cuál es el modo más adecuado de dirigir al grupo y que éste acabara no reconociéndolo como tal (Enric Castellvi, 2011).

5.9 Como conseguir la cohesión del Grupo

Conseguir la cohesión del grupo implica que se desarrollen todos los roles significativos de ese grupo de una manera natural, de forma que todos y cada uno de sus componentes se sientan reconocidos y realizados. Se trata de que el propio grupo y su actividad ejerzan el magnetismo y fuerza para mantenerse vivo.

Para ello es necesario que funcione adecuadamente la comunicación en todos sus niveles y en la forma que se produce. Debe de haber conformidad con las normas establecidas y estas deben ser aplicadas con efectividad y cumplidas por todos en la misma medida. Ha de conseguirse un sentimiento de orgullo de pertenencia al grupo, y por último, una percepción positiva del avance en la consecución de las metas establecidas.

Cuando un grupo no está cohesionado, el avance de la consecución de los objetivos se ve seriamente afectado y viceversa.

Los elementos que favorecen la cohesión de un grupo a la hora de desarrollar una dinámica o un juego son las siguiente: que esta sea atractiva para los participantes, una cierta exigencia externa, la percepción de que se puede lograr con éxito el resultado esperado, sentir que se es participe de la actividad y se puede aportar algo personal y por último, que exista un liderazgo eficaz.

Para finalizar esta breve exposición sobre dinámica de grupos debemos de tener en cuenta que ningún grupo está en constante equilibrio. Sería ingenuo pensar que en un grupo no hay conflictos, y que estos son negativos para su funcionamiento. La patología de un conflicto.

Por lo general, los conflictos expresan dificultades y diferencias en la comunicación, que habitualmente afectan a las relaciones interpersonales y en lo que tiene que ver con las creencias e ideologías. Éstas matizan nuestra forma de ver el mundo, el modo de pensar, sentir y actuar.

A menudo no están explícitas, pero siempre guían la forma de operar e interactuar con los demás, y hacen que cuando existen diferencias, surja el conflicto.

Cuando aparece un conflicto, por lo general, lo que está en juego es quién tiene la razón y se empieza a competir por el poder. Una función muy importante del monitor es mediar en la resolución de este conflicto, dando la oportunidad de acercar posturas y hacer conscientes a los miembros en litigio de la posibilidad de coexistencia de ideas distintas, a través del respeto mutuo y la aceptación. Dar herramientas para trabajar con ellas y aprender a discutir constructivamente, así como clarificar la responsabilidad de cada parte para lograr una solución.

- **Jugar para Reír**

Jugar es una de las actividades que utilizan las especies animales más evolucionadas, en especial el ser humano para desarrollar sus habilidades físicas e intelectuales y conseguir así socializarse.

Jugar es una forma de experimentar. El ser humano se introduce en el juego porque necesita explorar el entorno que le rodea y para descubrirse a sí mismo y a los demás, descubrir la risa, el placer, el juego libre, el verdadero juego, el que deja espacio a la fantasía, a la imaginación, a lo sorprendente, es la principal herramienta para alcanzar la distracción y la desinhibición.

Cuando alguien está jugando se olvida de las preocupaciones, de las normas y actúa alegremente dejándose llevar por lo impredecible del propio juego. El juego es la mejor herramienta que tenemos los humanos para conocernos, comunicarnos y desarrollarnos.

En el juego solemos comportarnos tal como somos y nos permitimos actuaciones que probablemente reprimiríamos en la vida real. Esto hace que el juego sea un gran aliado del espíritu creativo, de la comunicación, del establecimiento de vínculos, del desahogo emocional y del establecimiento de unas buenas relaciones.

Oscar Wilde decía: «La vida es demasiado seria para tomársela en serio». Libertad, risa, humor, fantasía, creatividad, deseo, imaginación, participación, bienestar son palabras que expresan las personas después de haber experimentado una situación lúdica. Pero a pesar de que todos hemos experimentado las sensaciones positivas que aportan los juegos, pocos son los que se atreven a tomarse la vida como un juego.

Una actitud que nos permitiría afrontar la vida desde el optimismo, la creatividad, el disfrute y que obra como antídoto para no sufrir tanto. Para que una experiencia lúdica permita desarrollar nuestras capacidades es necesario que nos haga conscientes de la nueva forma de interpretar la realidad, y sobre todo, de la actitud que nos despierta. Para conseguir provecho de los juegos debemos de hacerlo de forma natural, sin complejos ni vergüenzas, de forma desinhibida, como lo hacen los niños.

Pero no a todas las personas les resulta igual de sencillo dejarse llevar cuando juegan. Muchas siguen actuando como si estuvieran en el trabajo, en una negociación. Con lo

cual siguen utilizando sus máscaras, y poniendo en marcha mecanismos de defensa y barreras de separación que limitan el aprendizaje y mantienen vigente su sistema de creencias.

Esta posición cómoda y negativa ante el juego limita la posibilidad de experimentar e involucrarnos más allá de lo que ya conocemos y sólo arriesgar con lo que se sabe que se puede controlar, lo cual impide ampliar capacidades y nuestras experiencias.

Para que el juego sea provechoso debe sacarnos de nuestra zona de confort, hacernos sentir que arriesgamos, permitir sentir la pérdida del control, que se debe afrontar miedos y debilidades, para que de este modo pongan en marcha su creatividad, sensibilidad, y hacer aflorar las emociones y abrir nuevas posibilidades de actuación. Si un juego nos atrapa, nos hace vibrar, nos desconcierta y nos exige modos distintos de reaccionar (Enric Castellvi 2007).

5.10 Diferentes tipos de juegos

Para dinamizar un taller de risa podemos emplear múltiples dinámicas y tipos de juegos en función de sus objetivos.

- **Juegos de presentación y conocimiento del grupo:**

Se trata de juegos muy sencillos que permiten un primer acercamiento y contacto sobre las personas. Fundamentalmente son juegos destinados a aprender los nombres y alguna característica personal de los participantes en el taller.

- **Juegos de Distensión o Desbloqueo:**

Todo juego tiene por definición una importante carga de distensión. Sirven fundamentalmente para liberar energía, hacer reír, estimular el movimiento, favorecer el aflojamiento de las tensiones y las barreras mentales en los componentes del grupo. El movimiento y la risa actúan en estos juegos como mecanismos de relajación física y psicológica.

Los juegos de distensión pueden tener varios objetivos: Actuar como mecanismo para «calentar» al grupo al inicio de una sesión, tomar contacto entre los participantes, romper situaciones de monotonía, conflicto o rigidez, o como punto final de una sesión. También pueden ser muy útiles para reducir el impacto de la competitividad y el nerviosismo que producen los juegos en los que se ve en entredicho una habilidad, o se crea un impacto de algún tipo.

Valoración: La mayor parte de las veces la evaluación tampoco es necesaria en este tipo de juegos, salvo para constatar el efecto de la distensión en el grupo o valorar la diferencia entre el momento inicial y final o con otro tipo de juegos.

- **Juegos de autoafirmación:**

Son aquellos juegos en los que se prioriza la afirmación de los participantes como personas y del grupo como tal. Nos inducen a expresar nuestras necesidades, deseos, puntos de vista, sentimientos, sensaciones, etc. Ponen en juego los mecanismos en los que se basa la seguridad en uno mismo, tanto internos (concepto de uno mismo, capacidades personales, emociones) como externos (rol en el grupo, exigencias sociales, creencias).

A veces se trata de ser capaz de reconocer las propias limitaciones. Otras, de facilitar el reconocimiento de las propias necesidades y poderlas expresar de una forma verbal y no verbal, potenciando la aceptación de todos/as en el grupo. Otras, de favorecer la conciencia de grupo.

Estos juegos enmarcan a veces situaciones de un relativo enfrentamiento, cuyo objetivo no es la competición sino favorecer la capacidad de resistencia frente la frustración, a las presiones exteriores y a la manipulación, y valorar la capacidad de respuesta ante una situación hostil.

Valoración: La evaluación de estos juegos es muy importante ya que por una parte se evalúan las dificultades que han aparecido en el juego y los nuevos aspectos descubiertos respecto de uno mismo y respecto de los demás. También es un momento propicio para valorar las situaciones de la vida cotidiana en la que se encuentran con los mismos problemas, el modo cómo son resueltos y qué valores o normas de comportamiento usan, etc.

- **Juegos de confianza:**

Son en su mayor parte, juegos para probar y estimular la confianza en uno mismo y en el grupo. Fomentan actitudes de apoyo y solidaridad para poder realizar un trabajo en común y llevar a cabo una acción que entrañe riesgos, o un trabajo que suponga un esfuerzo creativo.

Éstos necesitan una serie de condiciones mínimas para que adquieran todo su sentido e interés. Los juegos pueden estimular o poner en evidencia la falta de confianza existente en el grupo o entre miembros de éste. Habrá que vigilar, ya que en ocasiones esto puede ser contraproducente. Antes de empezar a trabajar con este tipo de juegos el grupo tiene que haber interactuado previamente. Podemos ir introduciendo paulatinamente diferentes juegos que exijan grados crecientes de acercamiento, contacto y confianza, siempre teniendo en cuenta en qué momento y situación se encuentra el grupo.

- **Juegos de comunicación y expresión corporal**

Son juegos que buscan estimular y mejorar la comunicación entre los participantes para intentar que la comunicación verbal no sea la única en el grupo; se desarrollan otras maneras de hacerlo, favoreciendo la escucha activa en la comunicación verbal y, por otra parte, estimulando la comunicación no verbal (expresión gestual, contacto físico, mirada, expresión de sensaciones), para conseguir nuevas posibilidades de comunicación, estas dinámicas pueden cambiar, dependiendo de las personas y del

momento en que se utilicen, por lo tanto, la realización de los juegos en distintos momentos puede aportar al grupo diferentes experiencias enriquecedoras.

Valoración: La evaluación de los juegos de comunicación es especialmente interesante hacerlas por parejas o subgrupos, después se realicen en grupo, no se trata solo de evaluar la precisión de la comunicación, si no para la expresión de sentimientos y emociones.

- **Juegos de Colaboración:**

Son juegos en los que la colaboración entre participantes es un elemento esencial. Ponen en cuestión algunos mecanismos de los juegos competitivos, creando un clima distendido y propicio para la cooperación en grupo. Permiten que todos tengan posibilidades de participar, y en todo caso, de no hacer de la eliminación y la exclusión el punto central del juego.

En la realización de estos juegos de cooperación no existe el estereotipo del «buen» o «mal» jugador, ya que el grupo funciona como un conjunto en el que cada persona puede aportar diferentes habilidades y/o capacidades, y el resultado final es consecuencia de la suma de habilidades y del apoyo mutuo.

Valoración: La evaluación es importante para que el grupo pueda expresar su experiencia de colaboración, valorar sus propias actitudes frente a la cooperación/competición, causas, dificultades y resultados; así como trasladar la

experiencia a la vida real y trabajar las actitudes y los mecanismos que fomentan la competición frente a la cooperación.

5.11 ¿Cómo puede influir la Risoterapia ante síntomas como el estrés y la ansiedad?

Hoy por hoy la palabra estrés en sus diversas variantes forma parte de las conversaciones más cotidianas en nuestra sociedad. De hecho, es fácil caminar por la calle y escuchar a alguien decir que se siente estresado, ya sea por su trabajo, su situación económica o su situación personal.

Aunque son muchos los expertos que han estudiado las respuestas fisiológicas y psicológicas ante el estrés y las formas para combatirlo, se destacan las investigaciones del Doctor Lee Berk y Stanley Tan en Loma Linda University Medical Center California (2005).

Ambos determinaron que la risa es un gran antídoto contra el estrés, ya que genera estados emocionales positivos y mediante su efecto neuroendocrino, actúa sobre la disminución de los valores de cortisol y otros marcadores de estrés físico y mental.

Comprobar si las actividades emocionales positivas podían actuar a modo de modificadores de las hormonas que intervienen en la respuesta de estrés clásica fue uno de los objetivos fundamentales de Berk. Para demostrarlo realizó varios experimentos, y en uno de ellos tomó parte a 10 hombres sanos, 5 de ellos visualizaron un vídeo humorístico de una hora de duración y los otros cinco sujetos de control.

Para medir sus resultados obtuvo muestras de sangre, los resultados determinaron que una experiencia en la que la persona experimenta una risa alegre parece reducir los niveles séricos de cortisol. Por tanto estos cambios químicos tienen implicaciones para el cambio en la apreciación de la respuesta hormonal del estrés.

Entre los estudios realizados acerca de los beneficios de humor y la risa sobre el campo de la salud mental, muchos de ellos hacen referencia a este tipo de trastorno y determinan que el uso de la Risoterapia actúa como coadyuvante ante tales estados ansiosos y síntomas depresivos de los pacientes.

Se sabe que la risa y el humor actúan como herramientas para aumentar la autoestima, desarrollar el autocontrol emocional, liberar tensiones y favorecer las relaciones sociales. Pero además se ha demostrado que el fenómeno de la risa produce el aumento de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina que tienen efectos antidepresivos, ya que elevan el estado de ánimo y disminuyen los estados ansiolíticos.

Al mismo tiempo favorece la producción de catecolaminas, como la adrenalina, que son sustancias químicas que inciden sobre algunas funciones mentales, como el aumento de la respuesta interpersonal, la alerta, la creatividad y la memoria, que como ya hemos mencionado anteriormente pueden aparecer disminuidas en estados de ansiedad o estrés. Se realizó la intervención de Risoterapia a partir de lo anterior expuesto, para trabajar con cuidadores primarios del Centro de Atención Múltiple, "Federico Robel" y disminuir los niveles de estrés y ansiedad, para obtener una mejor calidad de vida, salud y bienestar consigo mismo y con los demás.

CAPÍTULO 6: METODOLOGÍA

6.1 Planteamiento del problema

La discapacidad de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), es “cualquier restricción o impedimento para la realización de una actividad, ocasionados por una deficiencia dentro del ámbito considerado normal para el ser humano”.

Datos aportados por la OMS (2012) indican que alrededor de un 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, constituyendo la mayor minoría del mundo.

Específicamente en México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) reveló que las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5.7 millones, lo que representa el 5.1% de la población total, 49% son hombres y 51% son mujeres.

De todo el país el Estado de México concentra el mayor número de personas con discapacidades y se estima según el INEGI que un total de 240,498 personas con diferentes discapacidades habitan el Estado, de las cuales, el 16.3% es por nacimiento.

Como se puede observar existe un gran impacto de discapacidad especialmente en el Estado de México, y son los cuidadores primarios los que en su mayoría se encargan de ver por su salud. Entiéndase como cuidador primario según la OMS (2002), la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio el cual está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente, a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta.

Deví Almazán (2002), menciona que como consecuencia de su experiencia en el cuidador Primario, se presentan actitudes y reacciones emocionales negativas, que pueden interferir tanto en su labor cuidadora como en sus relaciones con el enfermo y con los profesionales que le atienden. Bover (2006) establece que el proceso de cuidar es complejo, requiere conocimientos, habilidades, recursos, conlleva modificaciones de hábitos, de horarios, cambio de roles, reajustes cognitivos, adaptaciones a la realidad diaria y una inversión de tiempo proporcional al nivel de dependencia de la persona a cuidar, la dificultad de los cuidados y la duración de la enfermedad.

Desarrollando así en los cuidadores primarios la ansiedad, el estrés y la aparición de estados distímicos como la depresión mayor, son las principales consecuencias emocionales y psicológicas de la sobrecarga de los cuidadores primarios (Soler Cors, 2008).

Por ello se pretende realizar un método de intervención utilizando la técnica psicoterapéutica de la Risoterapia la cual busca beneficios de tipo: psicológico, físicos y sociales a través de la risa. Con el fin de reducir los niveles de ansiedad y estrés en cuidadores primarios de niños con discapacidad. Ya que la Risoterapia puede causar efectos sorprendentes y positivos en la salud. El hecho de soltar una carcajada produce elementos llamados endorfina y adrenalina causante de un estado anímico bueno.

La Risoterapia es beneficioso para la salud, porque contribuye a aumentar las defensas, mejorar el sistema inmunológico, facilita el equilibrio biológico y psicológico de las personas.

Algunos estudios científicos que lo comprueban son: En la década de los 70s, el Dr. Lee Berk de la Universidad de Loma Linda en California (EEUU), tomó un análisis de sangre a personas mientras observaban una película cómica y descubrió que reír de forma hilarante reducía los niveles de estrés y que la risa tiene un efecto sobre el sistema inmunitario ya que disminuye la hormona del cortisol.

De acuerdo con el psiquiatra William Fry (2011), quien ha estudiado los efectos de la risa por más de 25 años, asegura que tres minutos de risa intensa equivalen para la salud acerca de diez minutos de remar enérgicamente.

Asimismo en algunos estudios como el de José Elías (2005), uno de los mayores expertos españoles en la materia de la Risoterapia, un minuto de risa diario equivale a 45 minutos de relajación: Reírse incrementa la autoestima y la confianza en personas deprimidas, supone un refuerzo inmunológico, corta los pensamientos negativos (ya que no podemos reír y pensar al mismo tiempo) elimina el miedo y ayuda a minimizar los problemas.

En 1972, el médico Patch Adams fundó el Instituto Gesundheit como una respuesta al cuidado de la salud en los Estados Unidos. La misión de Adams era llevar diversión, amistad y felicidad del servicio a la práctica médica. Para ello, integró más a los médicos en la vida de los pacientes, no sólo desde el punto de vista de la atención en salud, sino en conocer más acerca de la vida de ellos.

Durante la década de los 80s, en hospitales de Ottawa (Canadá), la risa como terapia fue utilizada en pacientes con cáncer y SIDA, cumpliendo una función psicológica,

anestésica e inmunológica. Estudios científicos en pacientes con tumores indicaron que el buen estado de ánimo incrementó el conteo de células, así como la generación de « células asesinas » naturales que combaten enfermedades.

Al investigar sobre este tema, y acudir a la Fundación Tuk Toluca Estado de México, me encontré con la fortuna de escuchar a un Ángel que emplea la Risoterapia estando este en Fase terminal de cáncer, el hecho de observarlo tan lleno de vida, repartiendo sonrisas, como si no estuviera en esa etapa del cáncer, surge la inquietud de indagar más, sobre la Risoterapia a conocer ¿Qué es? ¿Cómo es que logra ayudar? ¿Contribuirá ésta a disminuir los niveles de estrés y ansiedad en cuidadores primarios de los niños con discapacidad del CAM Federico Frobel, Tenancingo Estado de México?

6.2 Justificación

En muchas ocasiones nos centramos en el estudio de las variables psicológicas negativas, comienza a atisbarse ya una nueva visión más allá de la búsqueda del remedio, fomentándose la investigación de la capacidad y la responsabilidad de cada cual.

Actualmente somos testigos de un continuo cambio en la concepción de salud, de la calidad de vida, que mueve incesantemente al ser humano a la búsqueda de la felicidad, del bienestar y del vivir en paz el mayor tiempo posible, fomentando sus potencias y recursos naturales para sentirse mejor.

Hay que añadir que la risa y el buen humor, como emociones positivas, pueden ser herramientas efectivas para enfrentarse a la enfermedad. La risa brinda una liberación física de las tensiones acumuladas y consigue que las personas se mantengan emocionalmente estables y lejos de experiencias desagradables, lo que puede contribuir a que el sistema inmunológico funcione óptimamente. Las emociones positivas ayudan, pues, a sobrellevar la enfermedad y a favorecer el proceso de recuperación.

Por tanto, a nivel físico las personas felices poseen mejores hábitos de salud, una mejor tensión arterial, un sistema inmunológico mucho más fuerte que las personas menos felices. Así, numerosas investigaciones encuentran una relación de la emoción positiva con un mejor funcionamiento del sistema inmunológico.

Igualmente, las personas con una tendencia al optimismo enfrentan mejor las adversidades de la vida, siendo más resistentes a los efectos psicológicos, efectos fisiológicos del estrés y de las enfermedades, incluso se podría decir que el optimismo es un factor causal del estado de salud.

No se pretende cambiar la realidad del cuidador primario, si no que a base del aumento de emociones positivas, puedan tener una visión más optimista ante las circunstancias que se le presentan día con día, mejorando así su salud física y emocional, y por ende mejorar la calidad del cuidado hacia las personas con discapacidad, que se encuentran a su cargo.

6.3 Objetivo de Estudio

- **Objetivo General:**

Aplicar la Técnica Psicoterapéutica (Risoterapia); a partir de la elaboración de una intervención para bajar los niveles de ansiedad y estrés en los cuidadores primarios de niños con discapacidad que asisten al CAM, “Federico Frobel” Tenancingo.

- **Objetivos específicos:**

- Aplicar y analizar pruebas que ayuden a identificar los niveles de estrés y ansiedad, (Escala de estrés percibido, y Hamilton) a los cuidadores primarios que asisten al CAM “Federico Frobel”, Tenancingo.
- Aplicar la Escala Multidimensional del sentido del humor.
- Elaborar y aplicar la intervención de Risoterapia para bajar los niveles de ansiedad y estrés en cuidadores primarios que asisten al CAM “Federico Frobel”, Tenancingo.
- Aplicar y analizar Re-Test (Escala de estrés percibido, escala de Ansiedad Hamilton, a los cuidadores primarios que asisten al CAM “Federico Frobel”, Tenancingo.

- Re-aplicar Escala Multidimensional del Humor, para analizar la actitud de los cuidadores primarios hacia el sentido del humor después de aplicar de Risoterapia.

6.4 Hipótesis

Hipótesis de Investigación: La intervención de la técnica psicoterapéutica Risoterapia disminuye los niveles de ansiedad y estrés, en cuidadores primarios de niños con discapacidad del CAM “Federico Frobel”, Tenancingo.

Hipótesis Nula: La intervención de la técnica psicoterapéutica Risoterapia no disminuye los niveles de ansiedad y estrés, en cuidadores primarios de niños con discapacidad del CAM “Federico Frobel”, Tenancingo.

6.5 Tipo de estudio de la Investigación

Esta investigación fue de tipo **descriptiva**, Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014) establecen que en los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetivos o cualquier otro fenómeno que se somete a un análisis. En esta investigación se pretende medir y recoger información sobre la intensidad de estrés y ansiedad en los cuidadores primarios de niños con discapacidad del CAM Federico Frobel, Tenancingo Estado de México.

6.6 Diseño de la Investigación

Cualitativo: Se enfoca en comprender los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ámbito natural y en relación con su contexto, examinando la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que lo rodean, profundizado en sus puntos de vista interpretaciones y significados, esto se utilizó para indagar la percepción de cada individuo hacia el estrés y la ansiedad además de conocer acerca de su conocimiento sobre la Risoterapia. **Transversal** ya que la recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Liu, 2008 y Tucker, 2004; Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio. 2014).

6.7 Definición de variables

Variable dependiente:

- Estrés
 - Definición Conceptual: El estrés se ha entendido como un estímulo, como una serie de situaciones altamente relevantes y con una fuerte demanda de recursos para el individuo.
 - Definición Operacional: Empleándose la adaptación a población Mexicana de González y Landero (2007). La escala de estrés percibido, es una escala diseñada para medir el grado en que los individuos aprecian las situaciones en su vida como estresantes en el último mes,

evaluando el grado en el cual las personas consideran que la vida es impredecible, incontrolable, o sobrecargada. La sumatoria total de 0 a 56 puntos; a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Se propone un rango de 30 puntos, para la percepción de estrés elevado. Tiene una alfa de cronbach de .89.

- Ansiedad

- Definición Conceptual: La ansiedad es una emoción experimentada siempre desagradable y negativa que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza (SEAS, 2003), por lo que se ha considerado como una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación entre eventos percibidos anticipadamente como peligrosos o desgracias futuras.
- Definición Operacional: La cual será medida por la Escala de Ansiedad de Hamilton. Su objetivo es valorar el grado de ansiedad en personas adultas, consta de 14 ítems. Se pueden obtener además dos puntuaciones, que corresponden a ansiedad psíquica y somática. Se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). El resultado debe interpretarse cualitativamente y de ser posible diferenciar entre ansiedad psíquica y somática. Tiempo de aplicación aproximado 15 minutos. Tiene una alfa de cronbach de .86.

Variable Independiente:

- Risoterapia:
 - Definición Conceptual: La Risoterapia de acuerdo a Holden (2011), es una divertida disciplina Terapéutica que consigue despertar en pocos minutos nuestra capacidad de sentir, amar, silenciar nuestras preocupaciones, incrementar nuestra creatividad, sencillamente utilizando la sonrisa como camino. Con lo anterior, para fines de la presente investigación se tomara como Risoterapia una técnica psicoterapéutica la cual a base de diferentes técnicas contribuirá a mantener, fomentar o mejorar el bienestar físico y/o emocional reduciendo los niveles de estrés y ansiedad de los cuidadores primarios.
 - Definición Operacional: Se utilizó la adaptación a población Mexicana, Escala Multidimensional del Sentido del Humor (Carbelo-Baquero, Rodríguez, Valero-Garces& Thorson, 2006), mide el sentido del humor consta de 24 ítems, 18 de los cuales son redactados positivamente y 6 negativamente, en 4 factores, F1 Generación del humor, F2 Actitudes ante el humor, F3 Afrontamiento del humor, F4 Disfrute de la vida, para reducir el sesgo de respuestas fijas. Se califica con una escala tipo likert. Teniendo una alfa de cronbach de .85. para esta investigación se retoma el factor dos, Actitudes ante el humor.

6.8 Definición de la población y muestra

Muestra no probabilística o dirigida: ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características de la investigación y los propósitos del investigador (Johnson, 2014; Hernández-Sampieri, 2013; y Battaglia, 2008; Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio 2014).

La muestra estuvo conformada por 20 cuidadores primarios, los cuales estuvieran inscritos en dicho CAM, sus edades oscilan entre 21 y 58 años de edad, 16 personas del sexo femenino, y 2 del sexo masculino, 14 personas refieren estar casados, 6 divorciados, en su mayoría 12 personas son amas de casa, mientras que las restantes son empleados (Comerciantes, obreros).

6.9 Instrumentos de Medición

- **Escala de Valoración de Ansiedad Hamilton**

Empleándose la adaptación a población Mexicana por Lobo y Col 2002. Su objetivo es valorar el grado de ansiedad en personas adultas, consta de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Se pueden obtener además dos puntuaciones, que corresponden a ansiedad psíquica (ítems, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14) y ansiedad somática (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). Se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). El resultado debe interpretarse

cuantitativamente y de ser posible diferenciar entre ansiedad psíquica y somática. Tiempo de administración: 15 a 30 minutos, alfa de Cronbach .86.

- **Escala de Estrés Percibido.**

Empleándose la adaptación a población Mexicana de González y Landero (2007). Es una escala diseñada para medir el grado en que los individuos mayores de 15 años aprecian las situaciones en su vida como estresantes en el último mes, evaluando el grado en el cual las personas consideran que la vida es impredecible, incontrolable, o sobrecargada. Consta de 14 ítems, con formato de respuesta tipo Likert, con dos factores, de los cuales 7 son redactados positivamente (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13) arrojando el factor de expresión de estrés, y los otros 7 redactados en negativo (1, 2, 3, 8, 11, 12, 14), arrojando el factor de control de estrés.

La sumatoria total de 0 a 56 puntos, a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Se propone un rango de 30 puntos, para la percepción de estrés elevado. Tiene una alfa de cronbach de .89.

- **Escala Multidimensional del Humor:**

Se utilizó la adaptación a población Mexicana, Escala Multidimensional del Sentido del Humor (Carbelo-Baquero, Rodríguez, Valero-Garcés & Thorson, 2006), mide el sentido del humor, consta de 24 ítems, 18 de los cuales son redactados positivamente (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24) y 6 negativamente (4, 8, 11, 13, 17, 20), Los ítems positivos se califican con una escala tipo likert de cinco puntos que

va de muy en desacuerdo (0) a muy de acuerdo (4). Los ítems negativos al revés, muy en desacuerdo (4) a muy de acuerdo (0). Consta de 4 factores: F1 Generación del humor, F2 Actitudes ante el humor, F3 Afrontamiento del humor, F4 Disfrute de la vida, Teniendo una alfa de cronbach de .85. Para esta investigación solo se retomó el Factor 2 actitudes ante el humor.

- **Intervención de Risoterapia:**

Se desarrolló en 6 sesiones, con una duración de dos horas, durante un mes y medio, para su ejecución se capacito a dos integrantes, en esta capacitación, se revisaron los instrumentos de medición, para así poder ayudar a las personas que no supieran leer o escribir. Además se dio a conocer el programa y las diferentes técnicas que se llevarían a cabo, entre ellas: yoga de la risa, respiración pranayama, juegos de integración, desinhibición y risa.

6.10 Procesamiento de la información

El procesamiento de esta investigación se realizó mediante tres fases, la primera consistió en la recolección de datos, por lo tanto se procedió a aplicar una entrevista, posteriormente la aplicación de pruebas que ayuden a identificar los niveles de estrés y ansiedad (Escala de Ansiedad Hamilton, Escala de estrés percibido, y Escala Multidimensional del Humor), a los cuidadores primarios que asisten al CAM “Federico Frobel”, Tenancingo. Por consiguiente se obtuvieron los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas.

Posteriormente se trabajó con la segunda fase que consistió en el diseño e implementación de la intervención de la Técnica Psicoterapéutica Risoterapia, en esta etapa como su hombre lo indica se elaboró y aplicó la Técnica para bajar los niveles de ansiedad y estrés en cuidadores primarios que asisten al CAM “Federico Frobel”, Tenancingo.

Después de la intervención, se trabajó con la fase final, se procedió a la Re-Aplicación de (Escala de Ansiedad Hamilton, Escala de estrés percibido, Escala Multidimensional del Humor,) a los cuidadores primarios que asisten al CAM “Federico Frobel”, Tenancingo. Con el fin de conocer si fue o no efectiva la intervención de Risoterapia para disminuir el estrés y ansiedad.

El análisis estadístico se realizó con la paquetería del programa estadístico SPSS Statistcs versión 20 y la descripción de las estrategias se indica mediante frecuencia absoluta y porcentaje.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de Atención Múltiple “Federico Frobel” Número 63, ubicado en el municipio de Tenancingo Estado de México, cumpliendo así con el objetivo general que fue la Aplicación de la Técnica Psicoterapéutica (Risoterapia) a partir de la elaboración de la intervención psicoterapéutica Risoterapia, para bajar los niveles de ansiedad y estrés en los cuidadores primarios de niños con discapacidad.

El tipo de discapacidad que más prevalece en el Centro de Atención Múltiple Federico Frobel son: del 100% de la muestra el 63.64% tiene discapacidad intelectual, mientras que el 22.73% tiene discapacidad sensorial, un 9.09% discapacidad física y un 4.55% discapacidad múltiple.

La muestra fue integrada por 20 cuidadores primarios; las edades de ellos oscilan entre 21 a 58 años; mientras que 90.91% son del género femenino y 9.09% del género masculino, un 59.09% manifiesta tener pareja, mientras que el 40.91% son divorciados, siendo así que el 77.27% son amas de casa y el 22.73% son empleados (comerciantes y obreros).

Armstrong (2005), señala que algunas de las características demográficas de los cuidadores primarios son: en su gran mayoría mujeres, destacando las amas de casa que van de los 25 a los 65 años de edad, un importante sector los constituyen individuos sin estudios y con parentesco directo con la persona cuidada. En esta investigación el 95.45% son cuidadores primarios (padres de familia) desde el nacimiento de los niños con discapacidad y un 4.55% (tía) otro familiar.

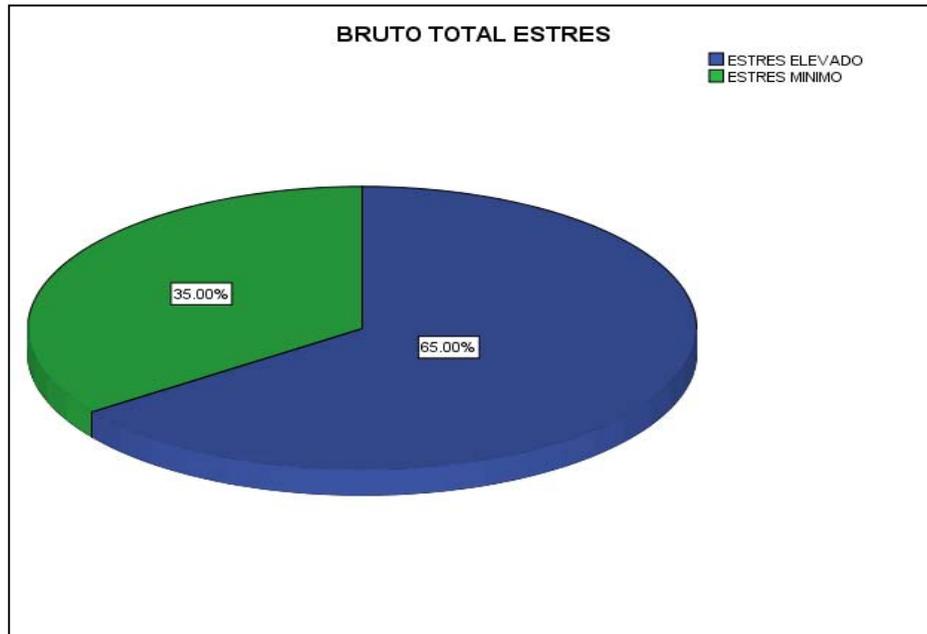
Para dar respuesta a los objetivos específicos, se llevó a cabo por tres etapas, detección del problema en el cual se aplicaron cuestionarios y pruebas para medir estrés y ansiedad, la segunda etapa el diseño e implementación del taller y la tercer etapa la evaluación de este con la re-aplicación de las pruebas de estrés y ansiedad.

Como se mencionó anteriormente en la primera fase se aplicó el cuestionario inicial y las pruebas psicológicas (Escala de estrés percibido, Hamilton y Escala Multidimensional del Humor) para obtener información básica que sirva para programar acciones concretas además de conocer los grados de estrés y ansiedad en los cuidadores primarios.

Los resultados obtenidos de la prueba para medir el estrés (Escala de estrés percibido), indica que el 65% de los cuidadores primarios del CAM Federico Frobel, tienen estrés elevado, mientras que el 35% presentan estrés mínimo, tal y como se observa en la tabla y gráfica1.

BRUTO TOTAL ESTRÉS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ESTRES ELEVADO	13	65.0	65.0	65.0
Válidos ESTRES MINIMO	7	35.0	35.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

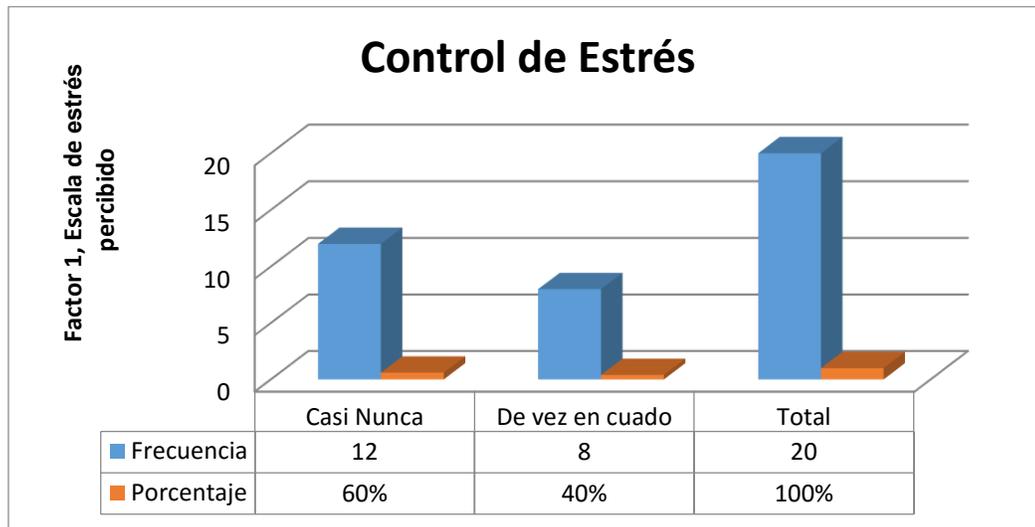
Tabla 1: Bruto total de la escala de estrés percibido, en cuidadores primarios de niños con discapacidad “Centro de Atención Múltiple 2015”.



Gráfica 1: Bruto total de la escala de estrés percibido, en cuidadores primarios de niños con discapacidad “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel 2015”.

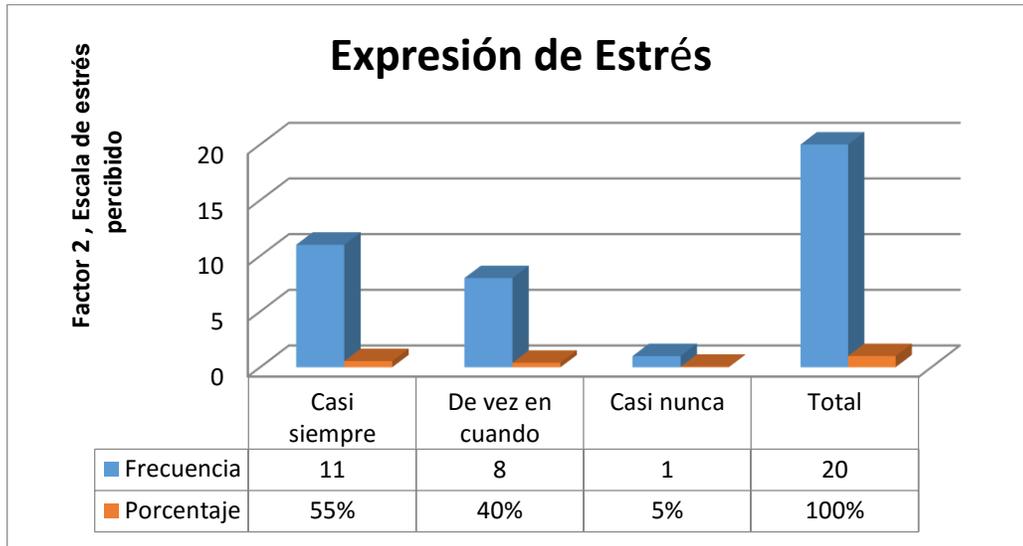
Al mismo tiempo esta escala nos permite identificar dos puntuaciones: control y expresión de estrés.

En la gráfica 2, se presenta los resultados arrojados de la puntuación control de estrés, esta manifiesta que el 60% de los cuidadores primarios “casi nunca” tienen control de estrés, y solo el 40% suele tener “de vez en cuando” control, es decir, que solo estas personas sienten que manejan con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida, y que pueden con las dificultades que se llegan acumular, todo esto es a base de las puntuaciones de la prueba aplicada.



Gráfica 2: Escala de estrés percibido, Factor: control de estrés en cuidadores primarios de niños con discapacidad “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.

En cuanto al segundo factor de esta escala (expresión de estrés), la gráfica 3, señala que el 55% de los cuidadores que asisten al CAM Federico Frobel, “casi siempre” expresan estrés; lo cual implica, que han estado afectados por algo que les ha ocurrido inesperadamente, sienten que las dificultades se acumulan tanto que no pueden superarlas; el 40% “De vez en cuando”, y tan solo el 5% “casi nunca” lo expresa.



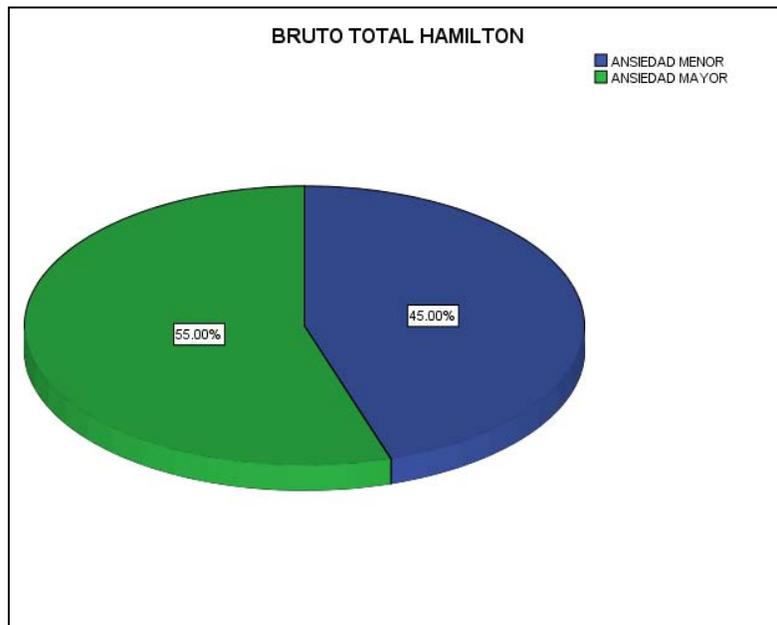
Gráfica 3: Escala de estrés percibido, Factor: expresión de estrés en cuidadores primarios de niños con discapacidad “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel ,2015”.

Del mismo modo para obtener el grado de intensidad, de ansiedad, en los cuidadores primarios de niños con discapacidad del CAM, Federico Frobel, se utilizó la escala de Ansiedad Hamilton. Esta prueba muestra que el 55% de los cuidadores primarios tienen un grado de ansiedad mayor, la frecuencia e intensidad de los síntomas como insomnio, taquicardia, preocupaciones, tensión, temores entre otros son constantes y el 45% tienen un grado de ansiedad menor, en otras palabras se presentan estos síntomas con menor intensidad. Estos resultados se muestran en la tabla y gráfica 4.

BRUTO TOTAL HAMILTON

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANSIEDAD MENOR	9	45.0	45.0	45.0
Válidos ANSIEDAD MAYOR	11	55.0	55.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

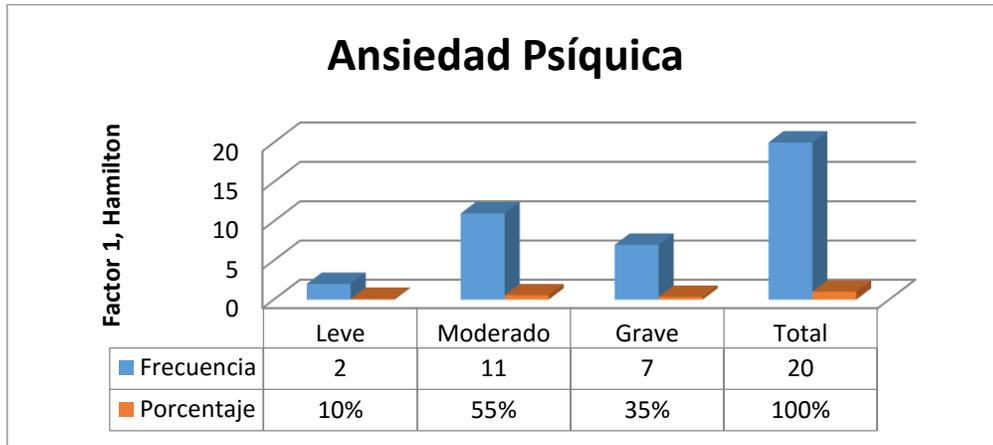
Tabla 4: Bruto total escala de ansiedad Hamilton, de cuidadores primarios de niños con discapacidad, “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel 2015”.



Gráfica 4: Bruto total escala de ansiedad Hamilton, de cuidadores primarios de niños con discapacidad, “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.

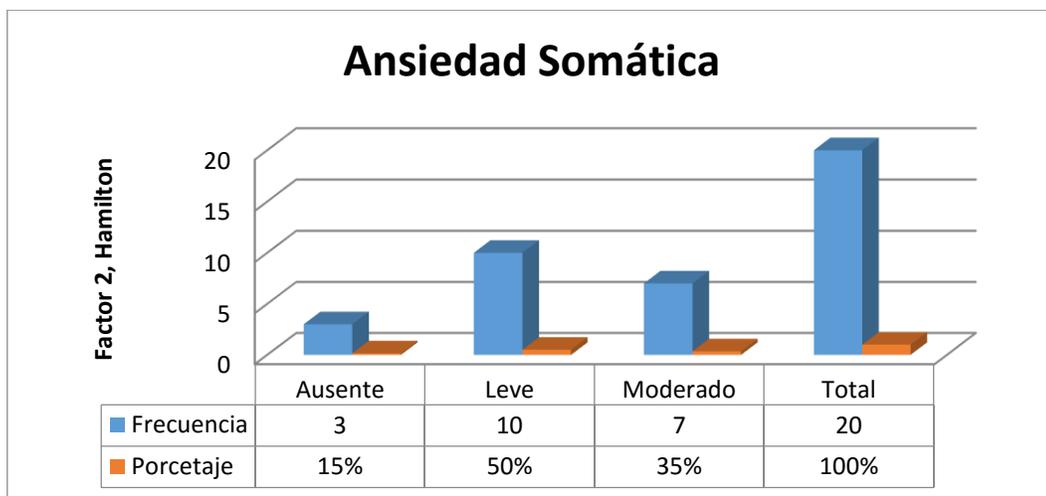
Esta escala además de medir la intensidad de ansiedad nos permite obtener dos puntuaciones más, las cuales son: ansiedad somática y ansiedad psíquica.

Para la puntuación de ansiedad psíquica que representa la gráfica 5, indica que el 10% de los cuidadores primarios, tienen ansiedad leve, el 55% ansiedad moderada y el 35% ansiedad grave. Por lo tanto tienen dificultad para dormir, para concentrarse, cansancio al despertar, pérdida de interés, y anticipación de lo peor entre otros.



Gráfica 5: Hamilton, Factor: Ansiedad Psíquica en cuidadores primarios de niños con discapacidad del “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.

Referente al factor 2 de la escala de ansiedad Hamilton, (Ansiedad Somática), representado en la gráfica 6, se observa que el 15% de los cuidadores presenta ausencia de este tipo de ansiedad, el 50% leve y el 35% moderado, algunos de los síntomas de este tipo de ansiedad son: zumbidos de oídos, dolor de pecho, dificultada para comer, boca seca y desmayos.



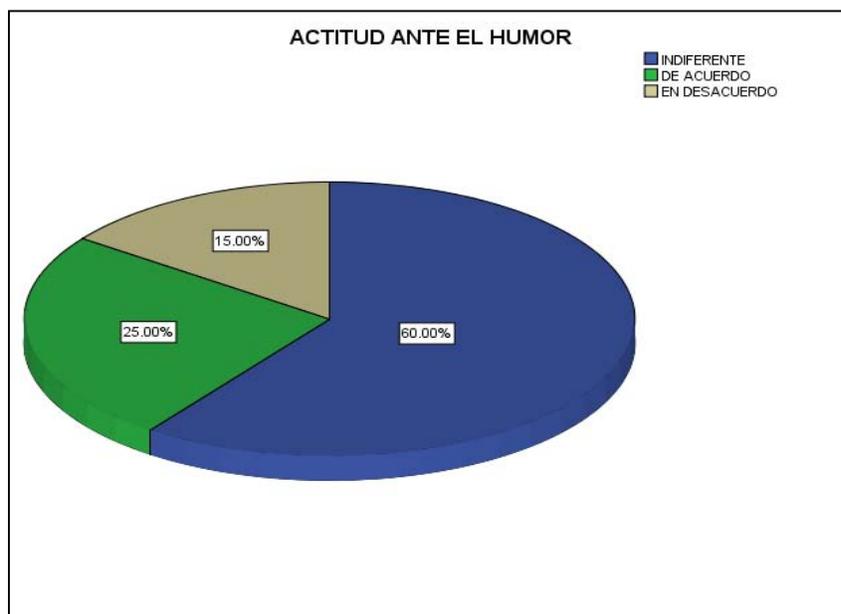
Gráfica 6: Hamilton, factor: ansiedad somática de cuidadores primarios de niños con discapacidad, “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.

Para conocer si los cuidadores primarios, aplican en la vida cotidiana el humor, se aplicó la Escala Multidimensional del humor, Factor 2, el cual nos permite conocer la actitud de los cuidadores ante este. Estos resultados muestran que el 60% de los cuidadores se encuentran “Indiferente” con que el humor puede ayudarlos a relajarse, el 25% están “de acuerdo” con que el humor puede ayudarlos hacer frente a la vida y el 15% está en “desacuerdo”, esto se puede observar en la tabla y gráfica 7.

ACTITUD ANTE EL HUMOR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	INDIFERENTE	12	60.0	60.0
	DE ACUERDO	5	25.0	85.0
	EN DESACUERDO	3	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0

Tabla 7: Escala multidimensional del humor, Factor: Actitud frente al humor cuidadores primarios de niños con discapacidad del Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015.



Gráfica 7: Escala multidimensional del humor, Factor: Actitud frente al humor cuidadores primarios de niños con discapacidad del Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015.

Los resultados anteriores muestran que en efecto los cuidadores primarios, presentan estrés y ansiedad, como consecuencia, sienten que no pueden superar las dificultades que se acumulan, padecen de insomnio, tensión, preocupaciones, anticipación de lo peor, irritabilidad, temores, mala memoria. Por otro lado la mayoría de estas personas considera que el humor no les ayuda a relajarse, ni hacer frente a la vida.

Por estas razones se procedió con la fase dos la cual consistió a diseñar, elaborar, y aplicar la intervención de Risoterapia, con el fin de disminuir sus niveles de estrés y ansiedad en cuidadores primarios que asisten al Centro de Atención Múltiple “Federico Robel”, en el municipio de Tenancingo, Estado de México.

La intervención se desarrolló en 6 sesiones, con una duración de 2 horas aproximadamente, durante un mes y medio, se capacito a dos personas para contribuir al desarrollo de este, dándoles a conocer las pruebas que se aplicaron, las dinámicas que se llevarían a cabo, tiempos, materiales, etc. Dentro de esta intervención se aplicaron diferentes técnicas de relajación, juegos de risa, juegos de baile, se utilizaron juegos con globos, música de percusión, desinhibición, expresiones faciales, etc. Cada sesión estuvo integrada de la siguiente manera: desarrollo, integración y recuperación. (Anexo 5).

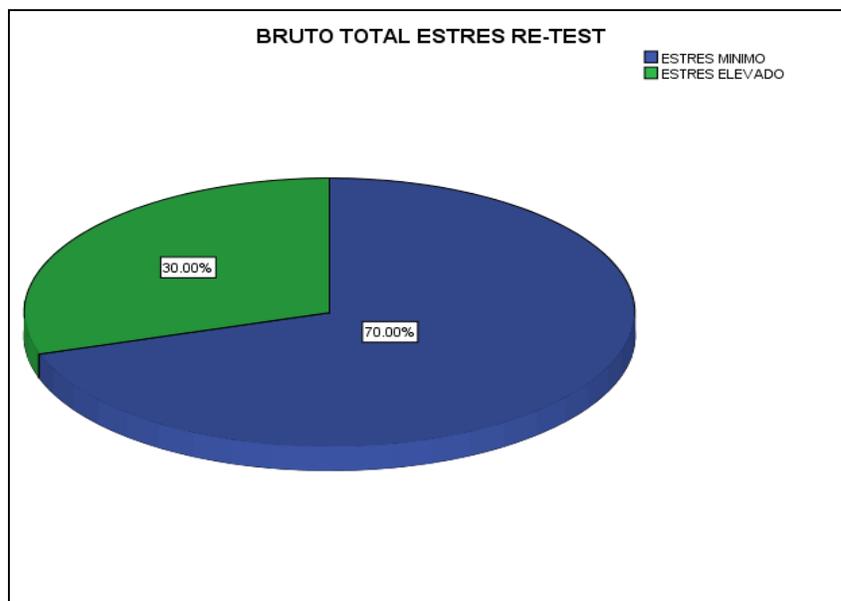
Después de la intervención se llevó a cabo la fase 3 donde se procedió a realizar la segunda aplicación de pruebas (Escala de Ansiedad Hamilton, Escala de estrés percibido, Escala Multidimensional del Humor) para poder observar si hubo o no disminución de estrés y ansiedad en los cuidadores primarios.

En la tabla y gráfica 8, presenta los resultados del re-test, del bruto total de la escala de estrés percibido, el 70% de los cuidadores manifiesta tener estrés mínimo, y el 30% estrés elevado, se puede observar que hubo una disminución de este después de que los cuidadores primarios asistieron al taller.

BRUTO TOTAL ESTRÉS RE-TEST

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ESTRÉS MINIMO	14	70.0	70.0	70.0
Válidos ESTRÉS ELEVADO	6	30.0	30.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

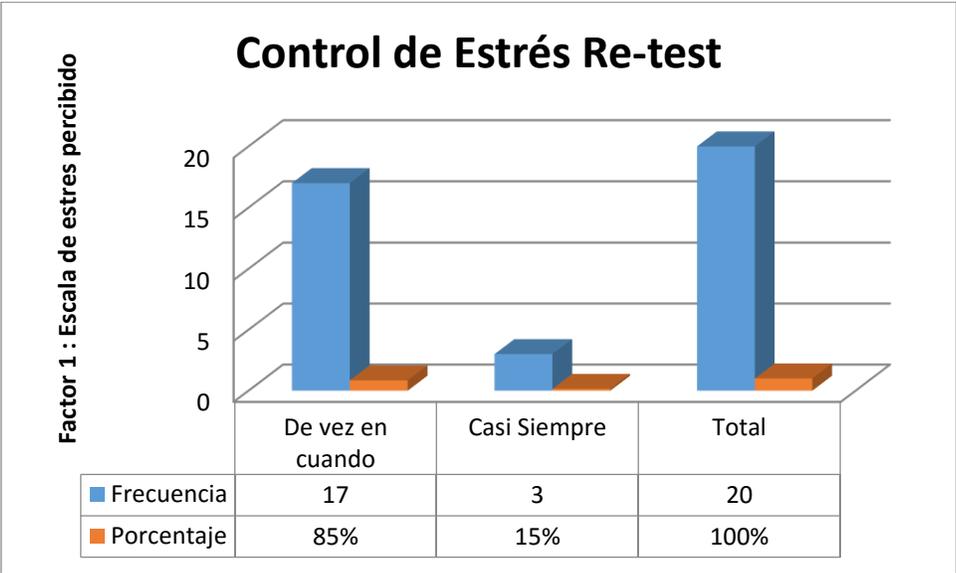
Tabla 8: Re-test bruto total de la Escala de estrés percibido, en cuidadores primarios de niños con discapacidad “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.



Gráfica 8: Re-test bruto total Escala de estrés percibido en cuidadores primarios de niños con discapacidad “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.

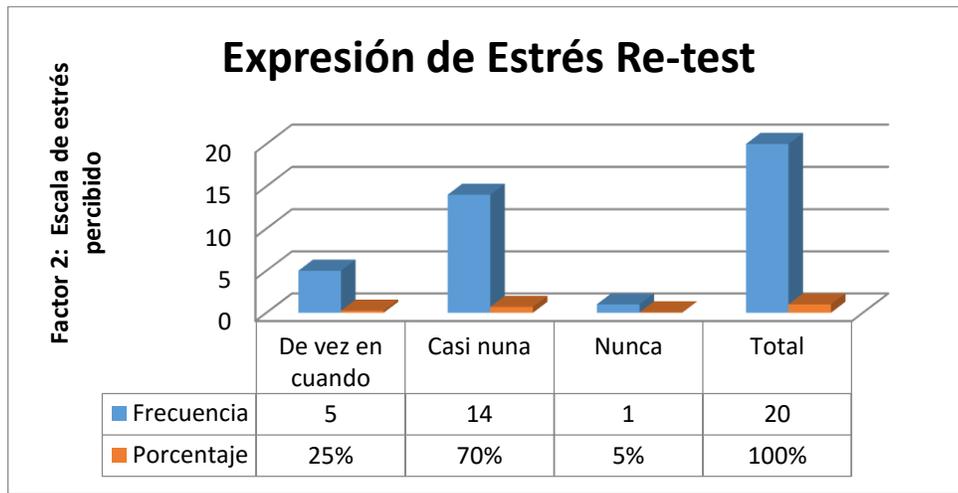
Recordemos que esta escala nos permite identificar dos puntuaciones: control y expresión de estrés.

En la gráfica 9, se presenta los resultados arrojados de la puntuación control de estrés, la cual manifiesta que el 85% de los cuidadores primarios “de vez en cuando” controlan su estrés, el 15% “casi siempre”, esto indica que de vez en cuando manejan con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida y se sienten seguros sobre su capacidad para manejar sus problemas.



Gráfica 9: Escala de estrés percibido, factor: control de estrés, de cuidadores primarios de niños con discapacidad “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015.”

Referente al segundo factor de esta escala, (expresión de estrés) se observa en la gráfica 10, que el 25% de los cuidadores primarios “de vez en cuando” expresan su estrés, el 70% refiere que “casi nunca”, y solo el 5% “nunca” lo expresa. Por lo tanto se disminuyeron los niveles de expresión de estrés como: sentirse afectado por lo que sucede inesperadamente, sentirse enfadado por las cosas que no le salen bien.



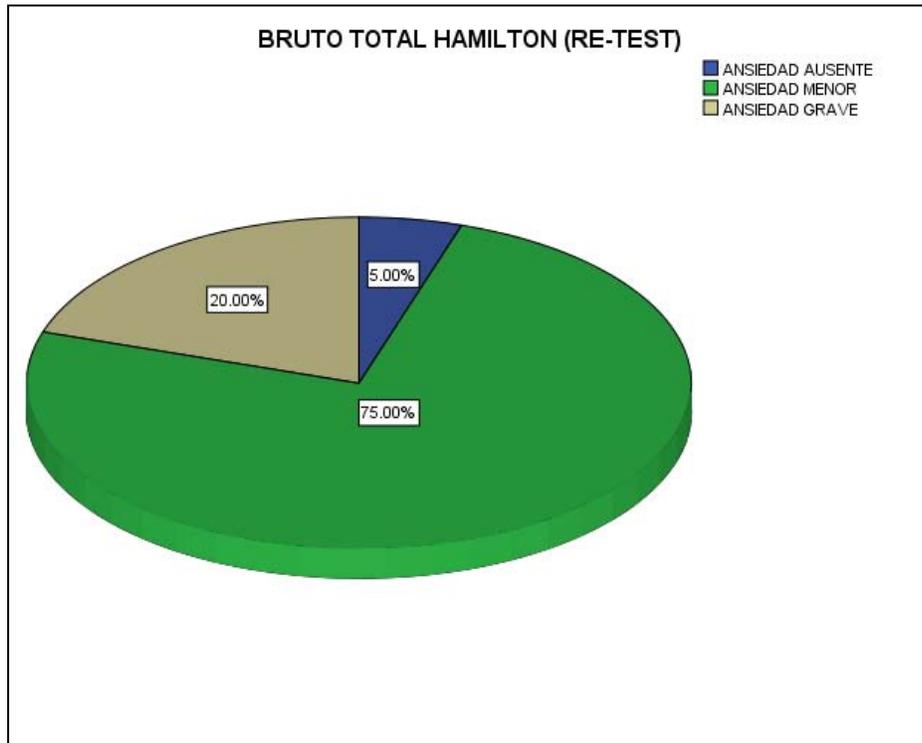
Gráfica 10: Re-test Escala de estrés percibido, Factor: Expresión de estrés, de cuidadores primarios de niños con discapacidad “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.

Para la segunda aplicación de la escala de ansiedad Hamilton (tabla y gráfica 11) muestra que el 5% de los cuidadores primarios presenta ausencia de ansiedad, el 75% ansiedad menor y el 20% ansiedad grave. Por lo tanto, se muestra que efectivamente se logró disminuir el grado de intensidad en síntomas de ansiedad como: insomnio, dificultad para concentrarse, taquicardia, temores, irritabilidad, sensación de tensión, cambios de humor, cansancio al despertar en los cuidadores primarios.

BRUTO TOTAL HAMILTON (RE-TEST)

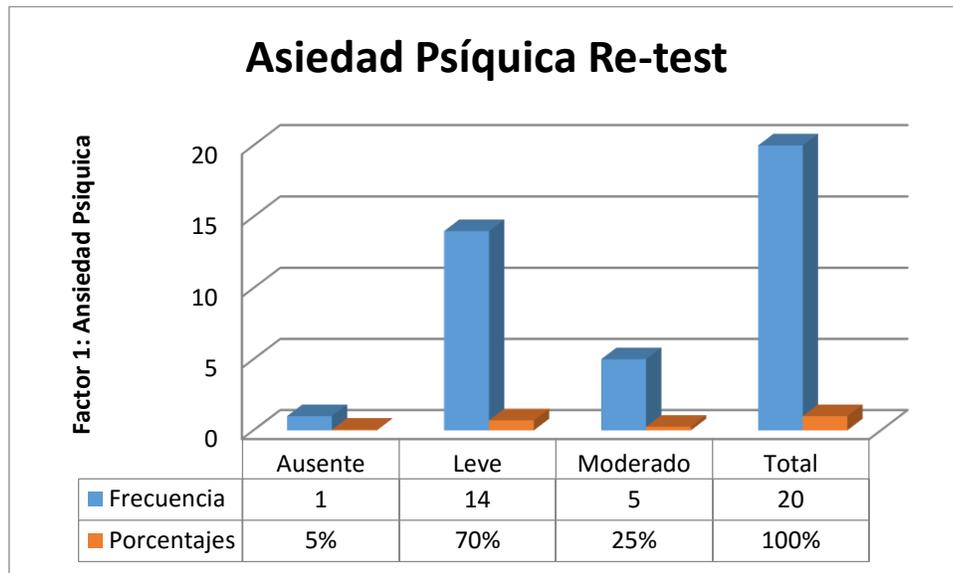
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ANSIEDAD AUSENTE	1	5.0	5.0	5.0
Válidos ANSIEDAD MENOR	15	75.0	75.0	80.0
Válidos ANSIEDAD GRAVE	4	20.0	20.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Tabla 11: Re-test bruto total escala de ansiedad Hamilton cuidadores primarios de niños con discapacidad, “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.



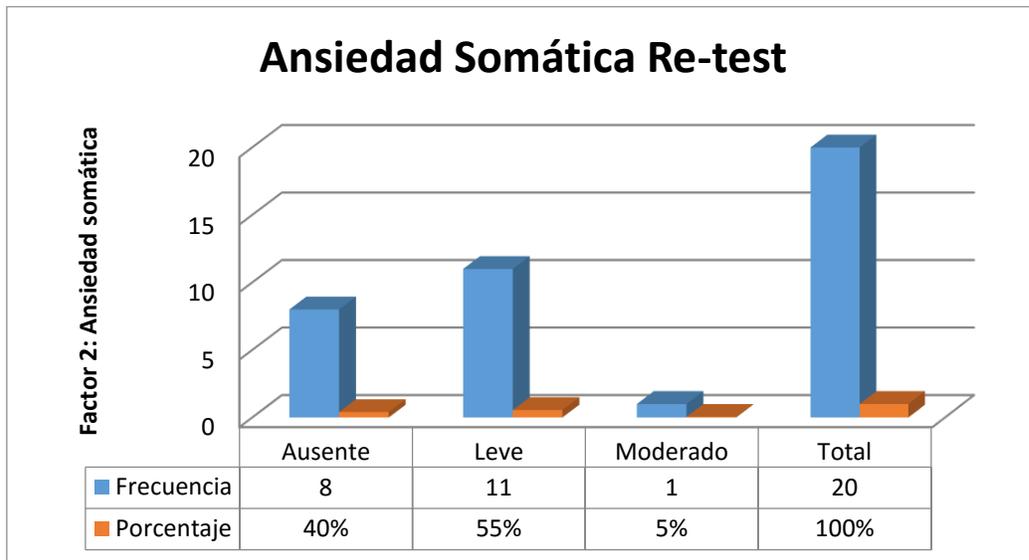
Gráfica 11: Re-test bruto total escala de ansiedad Hamilton cuidadores primarios de niños con discapacidad, “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.

Asimismo para la re-aplicación de la escala de Hamilton, nos arroja dos factores (ansiedad Psíquica y somática), en la gráfica 12 se puede observar los resultados del factor ansiedad psíquica, esta representa que el 5% de los cuidadores primarios manifiesta tener ausencia de ansiedad, sin embargo el 70% presenta ansiedad leve, disminuyendo el grado de intensidad en síntomas como llanto fácil, imposibilidad de relajarse, insomnio, y el 5% presenta ansiedad moderada.



Gráfica 12: Re-test Hamilton, Factor: Ansiedad psíquica cuidadores primarios de niños con discapacidad, “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.

Sobre el factor dos (ansiedad somática), representada en la gráfica 13, el 40% de los cuidadores presenta ausencia de este tipo de ansiedad, disminuyendo síntomas como zumbidos de oídos, taquicardia, palpitaciones, sensación de ahogo, el 55% presenta ansiedad leve y el 5% ansiedad somática moderada.



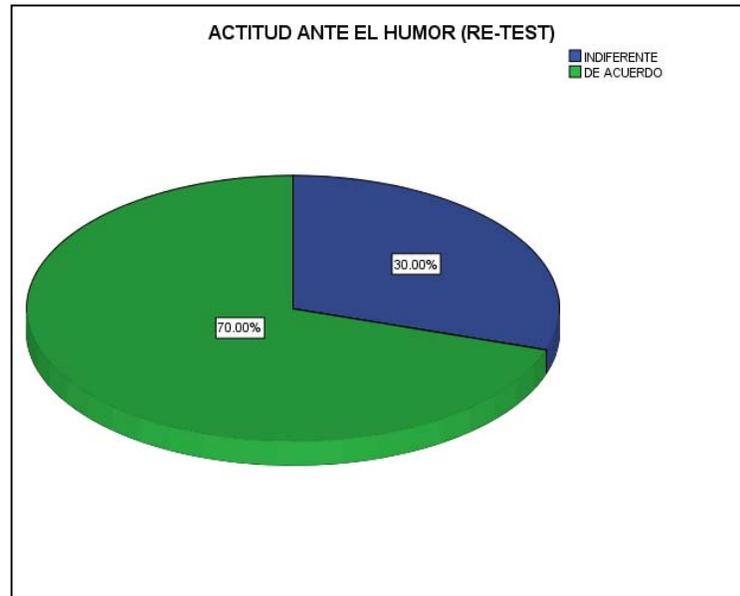
Gráfica 13: Re-test bruto total escala de ansiedad Hamilton cuidadores primarios de niños con discapacidad, “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.

En la segunda aplicación de la escala Multidimensional del Humor se observa en la tabla y gráfica 14, que el 40% se encuentra indiferente sobre que el humor puede ayudarles a hacerle frente a la vida, y el 60% considera si puede ayudarles, además de que les permite relajarse.

ACTITUD ANTE EL HUMOR (RE-TEST)

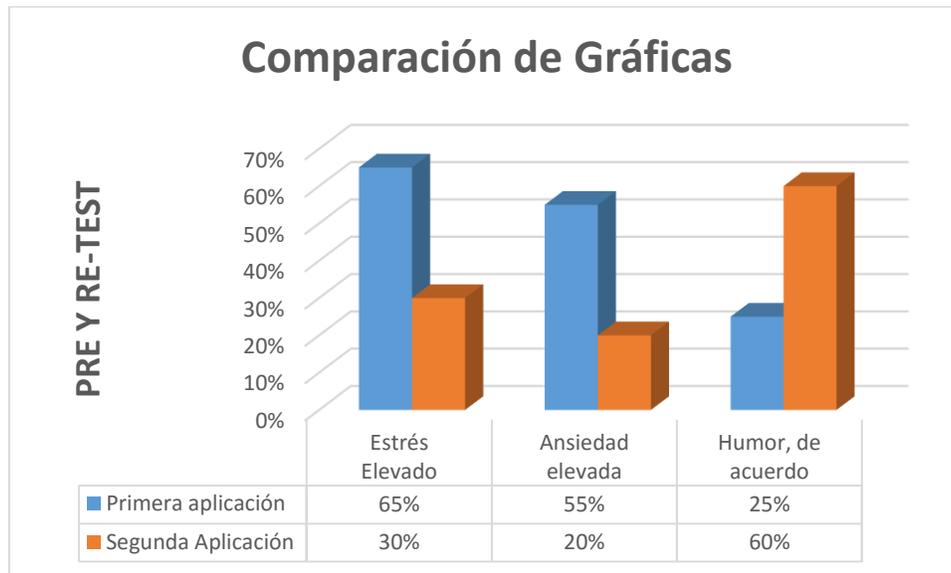
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDIFERENTE	8	40.0	40.0	40.0
Válidos DE ACUERDO	12	60.0	60.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Tabla 14: Re-test Escala Multidimensional del humor factor: actitud ante el humor en cuidadores primarios de niños con discapacidad, “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.



Gráfica 14: Re-test Escala Multidimensional del humor factor: actitud ante el humor en cuidadores primarios de niños con discapacidad, “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.

En la siguiente gráfica número 15 se puede observar con mayor claridad los resultados de las pruebas aplicadas, Escala de estrés percibido, Hamilton y Escala multidimensional del humor, en la primer y segunda aplicación. Lo que refiere que hubo disminución en estrés, por tanto los síntomas de ansiedad fueron menos constates y con menor intensidad. Además de que los cuidadores primarios pasaron de estar en “indiferente” a “de acuerdo” en que la utilización del humor les ayuda a relajarse.



Gráfica 15: Comparación de resultados de pre y re-test Escala de percepción de estrés, Hamilton y Escala multidimensional del humor en cuidadores primarios de niños con discapacidad, “Centro de Atención Múltiple Federico Frobel, 2015”.

Uribe (2006) refiere: el cuidado diario y a largo plazo de un familiar con discapacidad, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona. Por tanto, la gran función que desempeña el cuidador principal en estos pacientes puede ocasionarles problemas de salud no solo de tipo físico sino también de tipo mental como lo es la angustia, estrés, depresión y la ansiedad.

La presencia en la familia de una persona con alguna discapacidad se convierte en un factor potencial que puede perturbar la dinámica familiar una vez diagnosticado el trastorno, los padres han de pasar por un cambio de actitud que implica un largo y doloroso proceso educativo, con un alto grado de estrés que requiere de asesoramiento profesional (Cabezas, 2001).

CONCLUSIONES

Se observó en esta investigación que los cuidadores primarios de niños con discapacidad del CAM Federico Froebel presentaban en la primer aplicación de la escala de estrés percibido (tabla y gráfica 1), la intensidad de estrés elevado prevalece más que el estrés mínimo, al aplicar la escala de ansiedad Hamilton (tabla y gráfica 2) se muestra que de igual manera es más notorio la ansiedad elevada.

Romero R. (2009) explica que desde el enfoque familiar se ha encontrado que la presencia de un hijo con discapacidad desajusta el estilo de vida de la familia; los padres lo describen como un golpe a su estabilidad y es la causa por la que solicitan apoyo para aminorar el nivel de ansiedad y estrés. Existe considerable evidencia de que las experiencias estresantes afectan al sistema inmune, la memoria, existen sobresaltos, insomnio, fatiga, etc. Esto se puede observar en la escala de Hamilton que efectivamente los cuidadores primarios presentan estos síntomas.

Por otra parte, los efectos del humor tienen repercusiones indirectas al actuar sobre el nivel de estrés, reduciendo el grado del mismo que podría afectar adversamente a la salud.

En este sentido el humor y la risa son importantes, porque se puede relacionar con la tendencia a utilizarlo como adaptación a la vida diaria en los momentos de estrés y adversidad. Sin embargo, al aplicar la escala multidimensional del humor se pudo observar en la (tabla y gráfica 7) que los cuidadores primarios no tienen buena actitud ante el humor, por lo tanto se aplicó el taller de Risoterapia, para dar a conocer los beneficios de la Risoterapia y cambiar su actitud ante este.

La intervención ayudo efectivamente a bajar sus niveles de estrés y ansiedad en los cuidadores primarios esto se comprueba en los resultados de la segunda aplicación de pruebas donde el estrés y la ansiedad disminuyeron. (Tabla y gráfica 8 - 11).

El uso de Risoterapia puede reducir el estrés, la tensión y la ansiedad ya que la risa produce el aumento de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina que tienen efectos antidepresivos, los niveles de cortisol tienden a bajar por lo tanto los estados de estrés y ansiedad disminuyen.

Por lo tanto se llega a la conclusión de que la hipótesis de la investigación fue aceptada ya que el uso de la Risoterapia ayudo a disminuir los niveles de estrés y ansiedad en los cuidadores primarios, generando beneficios a su salud, tales como elevación de optimismo, comunicación, alegría, relajación, des tensión, y disminuir el grado de estrés y ansiedad.

Después del taller de Risoterapia los cuidadores primarios de niños con discapacidad del Centro de Atención Múltiple Federico Froebel, obtuvieron información sobre la importancia de aplicar el sentido del humor y la risa ante situaciones de estrés, obteniendo una opinión diferente ante el humor; esto se comprueba con la segunda aplicación de la escala multidimensional del humor, factor: "actitud ante el humor" (ver grafica 14).

El Dr. Lee Berk (2005) determinó que una experiencia en la que la persona experimenta una risa alegre parece reducir los niveles séricos de cortisol. Por tanto estos cambios químicos tienen implicaciones para el cambio en la apreciación de la

respuesta hormonal del estrés. El uso de la Risoterapia actúa como coadyuvante ante tales estados ansiosos y síntomas depresivos de los pacientes.

Así es como se demuestra que fue efectivo la intervención, lo que se reflejan en los resultados obtenidos; en el post- test se mejoró significativamente en comparación con los resultados del pre-test.

SUGERENCIAS

Dado que la técnica psicoterapéutica Risoterapia ayuda a bajar los niveles de estrés y ansiedad se recomienda lo siguiente:

Recomendaciones Generales:

- Implementar intervenciones de Risoterapia con una duración más larga, con sesiones que aunado de bajar estrés y ansiedad se obtengan mayores beneficios como autoestima, integración, emociones, toma de decisiones entre otras en los cuidadores primarios de niños con discapacidad.
- Implementar y desarrollar programas de Risoterapia, no solo a los cuidadores primarios, sino también a docentes y alumnos de los Centros de Atención Múltiple del Estado.
- Que los estudiantes y docentes de la Universidad Tecnológica Iberoamérica UTECI, en especial el área de Psicología se interesen e indaguen acerca de la Risoterapia, la desarrollen y la apliquen, para su propio beneficio y así poder compartirla hacia los demás.
- Que se genere bibliografía así como audios, sobre el sentido del humor, risa, sonrisa, psicología positiva en la biblioteca UTECI.

Sugerencias al Centro de Atención Múltiple Federico Frobel:

- Que los directivos de esta institución analicen la importancia de esta investigación, y tomen en cuenta la creación de un salón de Risoterapia,

para lograr un sinnúmero de beneficios para los cuidadores primarios (relajación, mejorar la comunicación entre personal docente, padres de familia, crear un trabajo en equipo, tener mejor ambiente de trabajo, liberación de tensiones, liberaciones de emociones negativas, estimulación de creatividad, etc.).

- Implementar y desarrollar programas de Risoterapia, no solo a los cuidadores primarios, sino también a docentes y alumnos del CAM Federico Froebel Tenancingo.
- Capacitación por parte del monitor a profesores y cuidadores primarios para la aplicación de esta técnica por lo menos dos veces por semana.
- Que se les siga brindando el permiso a estudiantes de psicología para poder dar una mejor salud psicológica a los cuidadores primarios de dicha institución.

Sugerencias al Taller de Risoterapia

- Fomentar la participación de los cuidadores primarios desde el primer día, que se realice la invitación de participar en la intervención de la Risoterapia poniendo en práctica alguna dinámica que demuestre lo interesante que es.
- Que se implementen más sesiones a la intervención de Risoterapia.
- Anexar actividades enfocadas a trabajar emociones como tristeza, e ira, trabajar con los sentimientos de culpa.
- Tener una mayor organización y seguridad al implementar dichas actividades.
- Que al final de la intervención se implemente una sesión en el cual participen docentes, alumnos y cuidadores primarios.

GLOSARIO

ANSIÓGENAS: Factor que genera ansiedad.

ANTAGÓNICO: Opuesto, contrario.

CORTICOIDES: Hormonas reguladores de estrés.

EXACERBAR: hacer más fuerte un sentimiento o dolor, exagerar.

HIPERACTIVIDAD: Conjunto de síntomas que se manifiesta en los trastornos de ansiedad.

INMUNOSUPRESION: Disminución de uno o más componentes del sistema inmunológico.

LÚDICO: Todo lo relativo al juego, a la diversión.

PSICONEUROENDOCRINOLOGOS: Personas que estudian la relación mente-cuerpo y sus consecuencias en la salud.

SISTEMA INMUNOLÓGICO: Defensa natural del cuerpo contra infecciones.

ESTIMULO: Cualquier cosa que influya efectivamente sobre los aparatos sensitivos de un organismo viviente, incluyendo fenómenos físicos internos y externos del cuerpo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcocer, M. y Ballesteros B, (2005). "Intervención Patch Adams en indicadores de calidad de vida de dos niñas con cáncer". Tesis de grado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
2. Armstrong (2005), Cuidadores: Responsabilidades-Obligaciones. [en línea]. Disponible en: (<http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>) [Consultado el 3 de Octubre del 2014].
3. Asociación Americana de Psiquiatría (2010). *Estrés y ansiedad [en línea]* (Disponible en <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>) [consultado el 21 de Noviembre del 2014].
4. Association for applied and therapeutic humor (2003). "Estudio documental sobre los principios, beneficios, aplicaciones desarrollo y limitaciones de la Risoterapia". Tesis Licenciatura. Junio 2003. UAEM
5. Austillo (2008). Desgaste Físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*, Vol. 4, pp 39-46. [en línea]. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf> [Consultado el 3 de octubre del 2014].
6. Bados & Sanz (2005), Ansiedad y Estrés, perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: estudio de un caso clínico. 2005. Vol.14. Pp 289-303.
7. Ballesteros, M.M., Ibarra, N., Loizaga, C., Serrano, B., Larumbe, M.J. et al (2002), Cuidadores primarios de enfermos crónicos: agotamiento compasivo. *Revista Centro Regional de Investigación en Psicología*, Vol. 6.
8. Beck & Clark (2010). *Terapia Cognitivo para trastornos de ansiedad*, 1` Edición, biblioteca de psicología, Editorial: Desclee De Brouwer.
9. Belilty (2004), Risoterapia: un nuevo campo para los profesionales de la salud". *Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna*.Vol.17.

10. Bover (2006). El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enfermería clínica*, Vol, 16. 69-76.
11. Buxman, K. (2000) Humor en cuidados intensivos: No es broma cuestiones clínicas, *Terapias complementarias*. Vol 11, pp.120-127.
12. Cabezas, H. (2001) Los padres de un niño con autismo una guía de intervención, ***Revista electrónica actualidades investigativas en educación*** 1. (2002), pp1-16.
13. Cano Vindel (2011). Sociedad Española para el estudio de Ansiedad y estrés. [en línea] (Disponible en [http://www.ansiedadystres.org/content/que es la ansiedad](http://www.ansiedadystres.org/content/que_es_la_ansiedad)) [Consultado el 21 de marzo del 2015].
14. Carbelo, B. (2005). *El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud*. Barcelona. Editorial: Masson.
15. Carbelo-Baquero, Rodríguez, Valero-Garcés & Thorson, 2006. Validación de la escala del sentido del humor en población Mexicana. [en línea] (Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/escala-del-sentido-del-humor-validacion-mexico>) consultado el 12 de noviembre del 2014.
16. Cousins. (2000). *Anatomía de una enfermedad desde la perspectiva del paciente*. Barcelona. Editorial: Kairós.
17. De Mézerville, Gastón (2004). *Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México. Editorial: Trillas.
18. Devi Almazán (2002). Relación entre sobrecarga, ansiedad y depresión con la calidad de vida de cuidadores de niños con discapacidad. Vol 8. Num 2.
19. Doctor Lee Berk y Stanley Tan en Loma Linda University Medical Center California (2005).
20. E. Jáuregui (2004). Emociones positivas, humor positivo. Universidad de Alcalá, Vol 27.

21. Enric Castellvi (2007). *El taller de la risa, Guía práctica para realizar un taller de Risoterapia*. Barcelona. Editorial: ALBA
22. Enric Castellvi (2011). *Taller práctico de Risoterapia*. Barcelona. Editorial: ALBA.
23. Fleming (2006). Condición emocional del cuidador primario de un familiar con demencia senil: la necesidad del apoyo mediante un servicio de cuidados paliativos. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 43-49.
24. Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis (1990). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la “escala de modos de coping” *Ansiedad y estrés*. Vol 2, 17-26.
25. Fontana, D. (1995). *Control del estrés*. México. Editorial: Manual Moderno.
26. Fry, W Salameh, W (2001). *Humor y bienestar en la intervención clínica*, Westport, CT: Praeger.
27. González M., T. y Landero, R. (2007). Estrés percibido, Ira y Burnout en amas de casa Mexicanas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, vol. 2, núm. 2, julio, 2011, pp. 123-143 Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud A Coruña, España. [en línea] (Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245118507001>) [Consultado el 12 de noviembre del 2014]
28. González, M.T. y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. [En línea]. Disponible en (https://www.academia.edu/10747839/Factor_Structure_of_the_Perceived_Stress_Scale_PSS_in_a_Sample_from_Mexico) [Consultado el día 20 de noviembre del 2014]
29. Guma V. Pablo (2011) *Risoterapia Curando con Risas*. Lima. Editorial: Mirbet.
30. Gutiérrez (1996) Ansiedad y deterioro cognitivo: Incidencia en el rendimiento académico. *Ansiedad y Estrés*, Vol, 2. 173-194.

31. Hernandez Sampieri, Roberto, Carlos Hernández Collado, Pilar Bapstida Lucio (2014). *Metodología de la investigación 6ª edición*. México. Editorial Mc Graw Hill education.
32. Hinojosa R.G (1990). *La enseñanza de los niños perdidos*. México. Editorial: Trillas.
33. Holden (2011). *Risoterapia: La risa la mejor medicina 1 ° Edición*. Barcelona: Editorial: Orión.
34. Idigoras (2002) *El valor terapéutico del humor*. Desclee de Brouwer.
35. INEGI 2012. Instituto Nacional de Estadística y Geográfica. México.
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010)
37. Jose Elias (2005). ***Guía práctica de risoterapia***. Madrid. Editorial: Orión.
38. Kant y Schopenhauer (2004). Risoterapia: un nuevo campo para los profesionales de la salud. [en línea]. (Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspm/v17n2/a05v17n2.pdf>) [Revisado el 12 de octubre del 2014].
39. Landero, R. y González, M.T. (2004). **Variables psicosociales como predictivas de la salud en mujeres**. *Revista de Psicología Social*, Vol 19, 255-264.
40. Lobo A, Col. (2002). Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica
41. Marco (2004). Elementos de una guía para cuidadores de personas en situación de discapacidad. Secretaria de Integración Social. Universidad Nacional de Colombia departamento de la ocupación humana grupo de investigación ocupación e inclusión social. [en línea]. Disponible (http://www.bdigital.unal.edu.co/2057/1/GUIA_PARA_CUIDADORES_DISCAPACIDAD.pdf) [consultado el 11 de Junio del 2015].
42. Martín, R., Puhlik - Doris , P., Larsen , G., Gray , J., Weir , K. (2003) . diferencias individuales en los usos del humor y su relación con el bienestar

- psicológico: Desarrollo del Cuestionario de Estilos de Humor. Investigación en Personalidad, Vol. 37, pp 48-75.
43. Martínez y Díaz (2007), una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo, *Red de Revista de América Latina, el Caribe, España y Portugal (REDALYC)*, Vol.33 núm., 2. 2009, pp 171-190.
 44. Maslach y Jackson (1996), Desgaste Físico y Emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*, Vol.4, pp39-46.
 45. Melgosa (1995), Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este ámbito educativo, Vol.33. núm. 2. 171-190.
 46. Melgosa (1995). *¡Sin estrés!* Madrid. Editorial: Safeliz.
 47. Michael Eysenck (2007), *El efecto del estrés y del rasgo de ansiedad en el procesamiento de la información amenazante: un estudio experimental basado en el sesgo atencional*. Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid.
 48. Miguel Tobal & Cano-Vindel (1995). Ansiedad y Estrés, Tratamiento Cognitivo Conductual de un caso con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Vol 14, 2009, pp 305-318.
 49. Mora Quintana, (2009). *Risa y Salud: Abordajes terapéuticos*. Vol 14 num 1, pp 69-75.
 50. NAVAS (citado por Naranjo, 2004), una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo, *Red de Revista de América Latina, el Caribe, España y Portugal (REDALYC)* Vol.33, núm. 2. 2009, pp171-190. Universidad de Costa Rica.
 51. Neidhardt, Joseph; Weinstein, Malcolm y Conry, Robert. (1990). *Seis programas para prevenir y controlar el estrés*. Madrid. Editorial: Deusto.
 52. OMS 2002. Influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares. Revista electrónica de medicina paliativa. España. Vol. 18. Núm. 04.

- 53.OMS 2011.Organización Mundial de la Salud [en línea] (Disponible en <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>) [Consultado el 26 de Agosto del 2014].
- 54.Organización Mundial de la Risa, [en línea], (Disponible en <https://bibliovirtual.wordpress.com/tag/organizacion-mundial-de-la-risa/.com.mx>) [Consultado el 31 de octubre del 2014].
- 55.Radaban F.V. (1996) Influencia de los factores sociales en la vida emocional de mujeres con Discapacidad. Tesis Licenciatura U.I.A. México.
- 56.Rojas González M. (2006) *Cuidar al que cuida*. Madrid.
- 57.Sánchez, P., Cantón, M., y Sevilla, D. (2000). Compendio de educación especial. México: El manual moderno.
- 58.Seligman M. (2005) La auténtica felicidad. Barcelona: Ediciones B
- 59.Sierra, Ortega, Virgilio, & Zubeidat (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar.
- 60.Sociedad Española para el estudio de Ansiedad y el Estrés SEAS (2003). “¿Que es la ansiedad?”.
- 61.Soler Cors (2008) Distribución Factorial de la carga en cuidadores de pacientes con Discapacidad.
- 62.Torres F, (2007) .Cuidar a un enfermo ¿pesa? *Revista de divulgación científica de la universidad veracruzana*. Vol.19.
- 63.UNED (2011). Risa y Salud: Abordajes Terapéuticos. [en línea] (Disponible en <http://132.248.9.34/hevila/Medunab/2011/vol14/no1/8.pdf>) [Consultado el 8 de octubre del 2014].
- 64.Uribe (2006), Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. Secretaría de Salud, México. ¿Quién es la persona más adecuada para cuidar?
- 65.William fry (citado por Robert Holden 2011). *Risoterapia: La risa la mejor medicina 1 ° Edición*. Barcelona: Editorial: Orión.

66. Zabalegui, Juando C, Saenz A, Ramírez AM, Pulpon A, López L, (2007), *Medicina paliativa, Influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares*. Vol. 18, número 4, octubre 2011.

ANEXOS

(Anexo 1)

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMÉRICA

INCORPORADA A LA UNAM. CLAVE 8901-25



Nombre Completo: _____

Edad: _____ Sexo: (F) (M) Ocupación: _____

Domicilio _____

Estado Civil: _____ Teléfono: _____

1.- Tipo de Discapacidad que tiene la persona que asiste a la consulta:

- a) Discapacidad Física
- b) Discapacidad Intelectual
- c) Discapacidad Sensorial
- d) Discapacidad Múltiple

2.- ¿La persona a quien cuida, padece de alguna otra enfermedad?

- a) Si Especifique _____
- b) No

3. ¿Usted padece de alguna enfermedad, la cual interfiera en el cuidado de su paciente?

- a) Si Especifique _____
- b) No

4.- ¿Desde hace cuánto tiempo cuida de su paciente?

5.- ¿Horarios en lo que podría asistir al Taller de Risoterapia?

- a) Turno Matutino
- b) Turno Vespertino

6.- ¿Qué espera del Taller de Risoterapia?

Si el amor es el cimiento de la felicidad, entonces la alegría, el juego y la risa son los vehículos para su expresión. Es hora de reunir la risa con el amor como las formas principales de servir a la humanidad a través de la sanación. --Patch Adams.

Escala de estrés percibido (Anexo 2)

INSTRUCCIONES: Para cada pregunta coloque solo una opción, la cual exprese mejor su situación durante el último mes.

Escala de Ansiedad Hamilton (Anexo 3)

N°	PREGUNTA	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3	¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4	¿Con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	4	3	2	1	0
5	¿Con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	4	3	2	1	0
6	¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
7	¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
8	¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9	¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
10	¿Con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
11	¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12	¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13	¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	4	3	1	1	0
14	¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	



Escala Multidimensional del Humor (Anexo 4)



INSTRUCCIONES: Para cada afirmación coloque solo una opción, la cual exprese su situación, marcándola con una “X”.

N°	Afirmaciones	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy En desacuerdo
1	A veces invento chistes o historias graciosas.	4	3	2	1	0
2	El uso de chistes o del humor me ayuda a dominar mis situaciones difíciles.	4	3	2	1	0
3	Sé que puedo hacer reír a la gente	4	3	2	1	0
4	No me gustan las lecturas tipo “comics”.	0	1	2	3	4
5	La gente dice que cuento cosas graciosas.	4	3	2	1	0
6	Puedo usar chistes para adaptarme a muchas situaciones.	4	3	2	1	0
7	Puedo disminuir la tensión en ciertas situaciones al decir algo gracioso.	4	3	2	1	0
8	La gente que cuenta chistes es insoportable.	0	1	2	3	4
9	Sé que puedo contar las cosas de tal modo que otras personas se rían.	4	3	2	1	0
10	Me gusta un buen chiste.	4	3	2	1	0
11	Denominar al alguien “cómico” es un insulto.	0	1	2	3	4

12	Puedo decir las cosas de tal manera que la gente se ría	4	3	2	1	0
13	El humor es un pobre mecanismo para hacer frente a la vida.	0	1	2	3	4
14	Aprecio a la gente con humor.	4	3	2	1	0
15	La gente espera que yo diga cosas graciosas.	4	3	2	1	0
16	El humor me ayuda a hacer frente a la vida.	4	3	2	1	0
17	No me siento bien cuando todo el mundo está contando chistes.	0	1	2	3	4
18	Mis amigos me consideran chistoso.	4	3	2	1	0
19	Hacer frente a la vida mediante el humor es una manera elegante de adaptarse.	4	3	2	1	0
20	Trato de dominar situaciones mediante el uso del humor.	0	1	2	3	4
21	En un grupo puedo controlar la situación contando un chiste.	4	3	2	1	0
22	Usar el humor me ayuda a relajarme.	4	3	2	1	0
23	Uso el humor para entretener a mis amigos.	4	3	2	1	0
24	Mis dichos graciosos entretienen a otras personas.	4	3	2	1	0

**Esquema de Intervención, Técnica Psicoterapéutica “Risoterapia”
(Anexo 5)**

Introducción:

Día con día las personas están relacionadas con la ansiedad y estrés, y si a esto le agregamos el ser el cuidador primario de otro ser humano con discapacidad; los niveles de ansiedad y estrés suelen elevarse por las demandas que este genera. Por ello es importante tomar el taller de Risoterapia, para beneficiar aspectos emocionales, psicológicos y físicos de los cuidadores, para poder dar un cuidado de calidad a las personas con discapacidad. Lográndolo a partir de brindar a los participantes en este taller recursos, herramientas y técnicas individuales y de grupo que genere mejores relaciones sociales, una mejor actitud y optimismo ante los acontecimientos de cada día y de la enfermedad.

El taller de Risoterapia, se realiza en el Centro de Atención Múltiple Federico Froebel Ubicado en Tenancingo, Estado de México, dirigido a un grupo de 15 a 20 Cuidadores primarios que asisten a dicha institución y decidan participar. Dicho taller tendrá una duración de un mes, con 6 sesiones, cubriendo un total de 18 horas. El taller será impartido de forma grupal, por ende será de forma participativa. Estará conformado por tres fases. La primera fase será de preparación, la segunda de desbloqueo y la tercera de recuperación con la finalidad de lograr los siguientes objetivos.

Objetivo General:

- Disminuir el estrés y ansiedad en cuidadores primarios, compartiendo y poniendo en práctica los beneficios de la intervención de Risoterapia, creando un espacio de alegría y diversión.

Objetivos específicos:

- Enseñar a los asistentes a reírse de uno mismo.
- Transmitir técnicas y habilidades mentales útiles para la vida diaria que permitan recuperar la risa.
- Favorecer la relajación y liberar tensiones.

Para lograr dichos objetivos se realizarán sesiones en las que el humor y la risa se combinan con la danza, la música, el juego, la relajación y diversas habilidades para abordar de una forma creativa, diferente y optimista los diferentes acontecimientos de la vida. Ya que las situaciones de la vida no nos afectan por lo que son, sino por lo que representan para nosotros y como las percibimos.

Se realizarán actividades que ayudaran a desarrollar y reforzar diferentes aspectos creativos, físicos y emocionales. Se trabajarán con la imaginación, la memoria, la expresión oral y corporal. Se deberá contar con un espacio amplio, con capacidad de 15 a 20 personas, para poder realizar las actividades se requiere al menos dos tomas de electricidad para la conexión de un ordenador, escritorio, sillas movibles, equipos de música y proyectores.

Al concluir la intervención se procederá a la re-aplicación de Test Hamilton, Escala de adaptación de estrés y escala multidimensional del humor.

Esquema de Taller Práctico

PRIMER SESIÓN: Siente la vida, siente la risa.				
CONTENIDO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIAL	DURACIÓN
Ejercicios de Preparación	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida e introducción. • Presentación. • La pelota bailarina • ! Ellos son y ellos bailan así! • Identificación con algún animal 	Favorecer un clima de confianza y relación entre los participantes.	Bocina. Laptop. Presentación en power point USB con música, la hora loca. Pelota.	25 minutos
Ejercicios de Desbloqueo	<ul style="list-style-type: none"> • Los zombis • Soltando, bailando, Gozando. • Aprendiendo a reír. • Lenguaje gestual por parejas. • Risa y seriedad • Hacer reír al compañero • Ejercicios juguetones de risa (malteada de la risa, la llamada loca, la cartera alegre, etc.) • Las pelotas van por dentro. • Rueda de la risa. 	Perder el sentido de vergüenza y comenzar, aprender a reír y reírse de sí mismo. Liberar el estrés y la ansiedad.	Lugar amplio y limpio. Tapete. Música: Ho ho haha Grounding Dance "Naurava Kulkuri" de Vesa/ Matti Loiri	70 minutos
Ejercicios de Recuperación	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración pranayama. • Movimientos al son de la música. • Que me pareció la primera sesión de Risoterapia. 	Recuperar el tono muscular	Música: músic relaxing Bilitis. Respiración Pranayama.	25 minutos
Observaciones:				

SEGUNDA SESIÓN: Soltando mis emociones con chispas de alegría.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIAL	DURACIÓN
Ejercicios de Preparación	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida e introducción • ¿Que son las emociones estrés, ansiedad humor • Video el triángulo de la salud. El Estrés. 	<p>Generar un clima de confianza entre los participantes. Dar una introducción de que son las emociones, y como pueden afectarnos si no tenemos un buen manejo. Específicamente estrés y ansiedad.</p>	<p>Lugar limpio y amplio. Video: el triángulo de la salud Proyector, laptop.</p>	20 minutos
Ejercicios de Desbloqueo	<ul style="list-style-type: none"> • Video que bueno que es a tu lado. • Práctica para liberar emociones negativas a través de la reprogramación mental. • No todo a la vez. • Aplastando Globos • Strippers • Competencia de globos sonideros • Pasarela Feliz • Regalando abrazos. 	<p>Dar a conocer herramientas a los participantes para que aprendan a expresar sus emociones. Además de darles a conocer que hacer las cosas a su debido tiempo ayudar sentir menos estrés y ansiedad.</p>	<p>Lugar amplio y limpio. Proyector, laptop. Video: qué bueno que es a tu lado. Música: tengo un niño especial, Happy, el enano se va.</p>	80 minutos
Ejercicios de Recuperación	<ul style="list-style-type: none"> • Jugando a cantar. • Respiración Pranayama • ¿Qué me pareció la sesión? 	<p>Relajar a los participantes, e invitarlos a compartir emociones positivas, motivarlos a seguir adelante.</p>	<p>Video: emociones Canción: Súbete al Tren. Hojas Blancas y lápiz.</p>	20 minutos
Observaciones:				

TERCER SESIÓN: Reír para vivir				
CONTENIDO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIAL	DURACIÓN
Ejercicios de Preparación	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • La palanca y la cuchilla • El piojo Juancho • La sandía loca 	Favorecer un clima de confianza e integración entre los participantes.	Lugar amplio.	25 minutos
Ejercicios de Desbloqueo	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios para estrés. • Yoga de la Risa • La risa de la lonja. • A reír con las vocales. • Los monos • Pasando la naranja • Quitándole la cola al zorro. • Batalla de globos • Verbalización locas y roles en el CAM • Comerciantes 	Perder el sentido de vergüenza y Liberar el estrés y ansiedad.	. Listón cola de ratón. Globos. Naranja.	75 minutos
Ejercicios de Recuperación	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación con respiración y música • Contando mi experiencia 	Conocer las opiniones de los integrantes, para poder mejorar.	Lugar amplio	20 minutos
Observaciones:				

CUARTA SESIÓN: Son risas y alegrías.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIAL	DURACIÓN
Ejercicios de Preparación	<ul style="list-style-type: none">• Bienvenida e introducción.• Guerra de globos.• El espejo humano.• Seguir la historia.	Crear confianza y desinhibición entre los participantes.	Globos. Lugar amplio y limpio. Música.	20 minutos
Ejercicios de Desbloqueo	<ul style="list-style-type: none">• Grito en la selva.• Fiesta de disfraces.• Imitación de Risas.• El cine mudo• El tren de la risa.• La granja.• Pasarela de risas• Autitos chocadores	Generar la risa, para reducir los niveles de estrés y ansiedad.	Disfraces. Música: happy	70 minutos
Ejercicios de Recuperación	<ul style="list-style-type: none">• Técnica de relajación Jacobson.• Consejos positivos.• ¿Que aprendí?	Sentir la sensación de bienestar, en su persona.	Marcadores. Cartulina. Papel kraft.	30 minutos

Observaciones:

QUINTA SESIÓN: Siento, expreso y río.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIAL	DURACIÓN
Ejercicios de Preparación	<ul style="list-style-type: none">• Bienvenida e introducción.• Sintiendo mi cuerpo.• Elevando mi energía	Crear un ambiente de confianza entre los participantes.	Pañuelo Música relajante. Música de persecución	20 minutos
Ejercicios de Desbloqueo	<ul style="list-style-type: none">• Moveros como si fuese muelle.• Por primera vez.• Pasando la mueca.• Pio pio, cuak cuak.• Frente a frente, abrazo y risa.• Pasando la mirada y la risa.• Rueda de muecas y risa.• Enfrentamiento de risa.• La granja de los animales• Exploración de la risa.• Destacado la risa	Lograr conectar consigo mismo para continuar con todos el grupo.	Música: salta Música: the xx	80 minutos
Ejercicios de Recuperación	<ul style="list-style-type: none">• Sintiendo lo que queda.• Respiración pranayama.• Compartiendo que me dejo esta sesión.	Recuperar, relajar y compartir lo que se aprendió de la sesión.	Música: instrumental alegre.	20 minutos

Observaciones:

SEXTA SESIÓN: Despidiéndonos con alegría

	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIAL	DURACIÓN
Ejercicios de Preparación	<ul style="list-style-type: none">• Video emociones• Expresando mis emociones mediante la actuación	Dar a conocer lo importante de contagiar la sonrisa a los demás. Y expresar algunas emociones.	Proyector Video emociones. Lugar amplio y limpio	15 minutos
Ejercicios de Desbloqueo	<ul style="list-style-type: none">• El globo y su mímica• El juego de las sillas musicales.• El juego del Remix.• Abrazos musicales• Pasarela• Estirpes de globos• Rueda de la Risa• Expresando emociones mediante la música	Desinhibir a los integrantes, pasar un momento de alegría y sonrisas para así poder combatir el estrés y ansiedad que les rodea.	Globos Sillas Música: Remix Bocina Tapete.	80 minutos
Ejercicios de Recuperación	<ul style="list-style-type: none">• Cofre Mágico• Video Vive sin estrés• Re- aplicación de Test• Agradecimiento• Que aprendí del taller de Risoterapia.	Dejar un mensaje de lo maravilloso que son y lo importante de vivir sin estrés. Conocer los resultados del taller de Risoterapia.	Test Hojas Blanca Lápiz o bolígrafo Goma, sacapuntas.	25 minutos

Observaciones:

UNA SONRISA

Una sonrisa no cuesta nada, pero da mucho,
enriquece a quienes la ofrecen,
dura un instante, pero en ocasiones
su recuerdo dura eternamente.

Nadie es lo bastante rico o poderoso como para poder
Prescindir de ella, ni nadie es lo bastante pobre como
Para no poder enriquecerse con ella.

Una sonrisa crea felicidad en el hogar, fomenta la bondad
es la piedra angular de la amistad.

Puede estimular al fatigado, reconfortar al desanimado
Alegrar al triste, y es el mejor antídoto natural
contra los problemas.

Pero no se puede comprar, mendigar, prestar o robar,
Ya que no tiene ni un valor hasta que se da.

Cuando alguien este demasiado cansado para sonreírle,
Sonríale usted. No hay nadie más necesitado de una
Sonrisa que quien no tiene ni una que ofrecer.

Anónimo.