



**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

Plantel Xola

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25**

“TALLER DE RISOTERAPIA EN ADULTOS MAYORES
PARA LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Bravo García Angélica Areli

Juárez Espino Mónica

ASESOR: Mtro. César Javier Arámbula Ríos

CIUDAD DE MÉXICO

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1. Ansiedad	9
1.1 Definición de ansiedad	9
1.2 Antecedentes históricos de la ansiedad	11
1.3 Modelos explicativos de la ansiedad.....	12
1.4 Principales síntomas de ansiedad	14
1.5 Línea psicométrica factorial	14
1.5.1 Línea cognitivo conductual	15
1.7 Mecanismos de ansiedad	17
1.9 Diferencia entre ansiedad y miedo	18
1.9.1 Estímulos internos de la ansiedad.....	19
1.10 Ansiedad en el Adulto Mayor.....	19
1.10.1 Factores sociales que causan ansiedad en el Adulto Mayor	20
1.10.2 Jubilación.....	21
1.10.4 El declive hacia la muerte	23
1.10.5 Soledad	24
1.10.6 Vivir solo.....	25
Capítulo 2. Adulto Mayor	27
2.1. Definición de envejecimiento	27
2.2. Definición de adulto mayor por edad.....	28
2.3 Clasificaciones del adulto mayor.....	29
2.4 El Anciano-Joven, el Anciano-Anciano y el Muy-Anciano	30
2.4.1 Cambios Físicos.....	31
2.4.2 Madurez	32
2.6. Calidad de vida en la vejez	33
2.6.1 Componentes de la satisfacción en el adulto mayor.....	35
2.7 Teorías del Envejecimiento.....	36
2.7.1 Erik Erikson.....	37

2.7.4 Teoría sobre el curso de la vida en la edad adulta media o avanzada de Havighurst (1948- 1972).....	41
2.7.5. Neugarten y Hagestad (1976)	41
2.7.6. Teoría Biológica.	42
2.7.8 Teorías del Desarrollo Socioemocional.....	45
2.8 Programas dirigidos hacia el beneficio del adulto mayor	47
2.9. Leyes y declaraciones sobre los derechos de los adultos mayores.....	49
2.9.1 Centros sociales para el adulto mayor.....	51
2.9.2 Fundación Héctor Vélez y de la Rosa. I.A.P	53
Capítulo 3. Risoterapia	55
3.1. Definición de Risa	55
3.2 Historia de la risa.....	56
3.3 Fisiología de la risa	58
3.4 Teorías del origen de la risa	59
3.4.1 La risa y su desarrollo	61
3.4.2 Los beneficios de la risa	62
3.5 Definición del humor	63
3.5.1 El sentido del humor y la relación con lo cognitivo.....	66
3.6 Psicología Positiva	70
3.7. La psicoterapia Positiva.	71
3.7.1. Las emociones positivas.....	72
3.7.2. Psicología de la salud, psicología positiva y cómo interviene en la Risoterapia	74
3.7.3 Estrategias para lograr el bienestar y la unión con las técnicas de Risoterapia.....	76
3.7.4 Risoterapia o Geloterapia	77
3.7.5 La Risoterapia y sus beneficios.....	78
3.7.6 Técnicas de Risoterapia	80
3.7.8 Propuestas de intervención	83
Capítulo 4. Investigaciones relacionadas.....	86
Capítulo 5. Método	92
5.1 Justificación.....	92
5.1.2 Planteamiento del problema	93
5.2 Objetivos.....	93
5.2.1 Objetivo General	93

5.2.2 Objetivos Específicos	94
5.3 Hipótesis	94
5.4 Variables	94
5.4.1 Variable Dependiente	94
5.4.2 Variable independiente	95
5.5 Tipo de estudio	96
5.5.1 Escenario	96
5.5.2 Población	97
5.5.3 Instrumentos	97
5.6 Procedimiento	99
Capítulo 6. Análisis de datos	102
Capítulo 7. Discusión	112
Capítulo 8. Conclusiones	116
8.1 Limitaciones	119
8.2 Sugerencias	120
Referencias	122
Anexos	131

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad de la Risoterapia para la disminución de la ansiedad en un grupo de adultos mayores. Para ello se obtuvo una muestra de 11 mujeres con edades que oscilan entre los 60 a 83 años, a quienes se aplicó un taller de 12 sesiones con técnicas de Risoterapia con la finalidad de enseñarles a reducir su ansiedad. Las sesiones fueron aplicadas en la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa I.A.P. Se aplicaron dos cuestionarios para obtener información sobre los índices de ansiedad que presentaban: el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck y Steer, adaptado al español por Zans, Vallar, de la Guía y Hernández, 2011) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). Los resultados del estudio permiten concluir que el taller de Risoterapia generó una reducción en la ansiedad de los participantes como: pensamientos negativos y formas de afrontamiento hacia los problemas.

Palabras clave: Adulto mayor, Ansiedad, Risoterapia, Risa, Humor

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de La Salud (OMS) en 1979, consideró como adulto mayor a las personas a partir de los 60 años, dando la importancia en su salud, forma física, psicológica, emocional y social.

Actualmente en México la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en el adulto mayor constituyen un tema fundamental para la salud pública. El objetivo primordial que existe para este tipo de población es promover la salud física y emocional, como en el caso de las instituciones dedicadas a la atención que existen en nuestro país.

Al establecer la investigación sobre este tema se observa la importancia que se comienza a dar al adulto mayor, es una de las poblaciones que en algún momento tenía jerarquía en la sociedad y con el paso del tiempo dejó de ser prioridad quitándole el valor y descuidándolos.

A su vez, el adulto mayor presenta problemas de salud, pasando por diversos cambios y retos que son una fuente generadora de ansiedad ya que día a día se enfrenta a sus propias exigencias y a las de la sociedad que lo rodea.

Simultáneamente, conforme va pasando el tiempo las personas van perdiendo su capacidad de reír, un ejemplo de ello son los niños que lo utilizan como una forma de expresión y se desarrolla como una conducta emocional; a partir de los 6 años un niño ríe entre unas 300 a 400 veces diarias, mientras que un adulto lo hace entre 15 a 100 veces al día, a diferencia de un adulto mayor que sonríe menos de 80 veces. Se estima que puede ser por la cotidianidad, estresores externos o prejuicios que van adquiriendo (Chistian R., Ramos, Susanibar, & Balarezo, 2004).

El interés en la aplicación del taller de Risoterapia en el manejo de ansiedad es para verificar que con la risa y el sentido del humor se pueden afrontar momentos difíciles de la vida cotidiana y se tenga un cambio significativo en la reducción de la ansiedad.

Uno de los casos de esta alternativa de terapia de la risa fue Hunter Doherty Adams, conocido como “Patch”, descubriendo los beneficios que tiene la risa, provocando en el cuerpo aumento de secreciones de catecolaminas y endorfinas (calmantes y relajantes naturales), mejorando el estado de ánimo, fortaleciendo el sistema inmunológico y aumentando la oxigenación de la sangre teniendo un efecto positivo (Contreras, Garduño, & Carmona, 2011).

El objetivo de la intervención es la aplicación de la Risoterapia y la psicología positiva como métodos complementarios para la intervención en la disminución de la ansiedad en adultos mayores por sus múltiples beneficios físicos, emocionales, cambios de pensamiento e interacción social.

Surgiendo la siguiente pregunta de investigación: ¿la intervención del taller de Risoterapia en adultos mayores ayuda a disminuir la ansiedad?

La investigación se ha estructurado de la siguiente manera: En el Capítulo I, se revisan los temas relacionados con la ansiedad, concepto y componentes enfoques explicativos de la ansiedad, criterios para diagnosticar según la guía rápida de los trastornos de ansiedad “*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*” (DSM- 5), y “*Clasificación Internacional De Enfermedades*” (CIE-10).

En el capítulo II, se aborda el concepto, la definición y algunas características significativas del adulto mayor. Las percepciones que se tienen sobre esta población, las

enfermedades que se van adquiriendo con la edad y se mencionan algunas instituciones que se encargan de esta población.

En el Capítulo III, se aborda el tema de Risoterapia y sus beneficios, así como los conceptos de risa y humor que son parte de la Risoterapia, la ubicación de la risa en áreas del cerebro, su historia y diversos autores que hablan de la risa.

En el Capítulo IV, se describen algunas investigaciones relacionadas con la ansiedad y Risoterapia.

En el Capítulo V, se desarrolla la metodología que se implementó para la intervención de este taller.

En el Capítulo VI se describen los datos demográficos, variables y descripción estadística.

En el Capítulo VII se comparan las investigaciones relacionadas con los resultados de la intervención del taller de Risoterapia en adultos mayores en la disminución de la ansiedad.

En el Capítulo VIII se describen las conclusiones a las que se llegaron con la intervención del taller de Risoterapia para la disminución de ansiedad con los adultos mayores.

Capítulo 1. Ansiedad

La ansiedad es una reacción psicológica normal que tiene la función de prepararnos para peligros futuros, a diferencia del síntoma psiquiátrico la ansiedad excesiva o trastornos actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano.; cuando la persona deja de ser funcional e imposibilitando de sus actividades al no controlar de manera autónoma.

1.1 Definición de ansiedad

El origen de la palabra ansiedad viene del latín *anxietas, congoja o aflicción*. Es un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego (Virues, 2005).

Morrison (2015) menciona en el DMS-5, que la ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, éste puede presentarse como una reacción adaptativa o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos, los cuales son:

- Trastorno de ansiedad de pánico
- Agorafobia
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad por separación
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias /medicamento
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Mutismo selectivo

- Trastorno obsesivo- compulsivo
- Trastorno de ansiedad en el adulto mayor
- Trastorno de ansiedad, no especificado
- Trastorno por somatización
- Trastorno somatomorfo indiferenciado
- Trastorno por conversión
- Trastorno por dolor
- Hipocondría

Se mencionan algunos Trastornos de estrés:

- Reacción a estrés agudo
- Trastorno de estrés pos traumático
- Trastorno de adaptación
- Otras reacciones a estrés grave
- Reacción a estrés grave sin especificación (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

La palabra ansiedad es asocia con angustia, debido que en alemán el termino *Angst* es traducida por los psicoanalistas como “angustia” y por los psicólogos la palabra en inglés *anxiety* como “ansiedad” (Galimberti, 2006).

En el Diccionario de Medicina editado por Berrios (2008; citado en Salkovskis & Rimes, 1997) se define como *angoisse*, sensación de disminución o de presión en la región epigástrica (estomago, hígado y aorta toraxica), dificultad para respirar y de una gran tristeza. Esta es la forma más grave de la ansiedad, por otro lado, la *anxiété* era considerada como un estado afligido y agitado con dificultad para respirar y presión sobre el pecho.

Sobre la diferencia que existe entre miedo y ansiedad Freud distinguió a la ansiedad del miedo como la anticipación del peligro, por lo que no es necesario la presencia real del objeto amenazante (Sarudiansky, 2013).

Por su parte, Jaspers (1998; citado en Sarudiansky, 2013) explicó que la palabra miedo estaba justificada, está orientado hacia algo o alguien, en cambio la ansiedad no presenta un objeto determinado.

1.2 Antecedentes históricos de la ansiedad

Freud (1964, citado en Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003) identifica elementos fenomenológicos y fisiológicos en sus estudios sobre la ansiedad, comentando que las diferentes formas de neurosis están determinadas por la intensidad y el carácter que presentan en base a la experiencia traumática y en función del desarrollo de la etapa psicosexual que se encuentra en la persona. Por tal motivo la ansiedad es una característica esencial de la neurosis una respuesta no realista ante un problema que implica un poco o ningún miedo real.

Cullen (1769; citado en Ojeda, 2003) hace mención en su libro *Synopsis nosologiae methodicae*, que la neurosis afecta el sistema nervioso y que no existe presencia de fiebre ni afección local de algún órgano, pero existe la unión de "**el sentido**" y "**el movimiento**", haciendo una relación de la disminución de frecuencia cardiaca y presión arterial llegando al tétanos y la hidrofobia, hasta la histeria, la melancolía y la manía.

Por su parte, Wolpe (1958; citado en Becerril, 2011) define la ansiedad como “lo que impregna todo”, es establecida en distintas propiedades más o menos presentes en el ambiente, haciendo que la persona esté ansiosa de forma continua y sin causa justificado.

Kaplan y Sadock (2001) hacen mención de que la ansiedad se reduce a una sensación de aprensión difusa, desagradable, acompañada por sintomatología autónoma (dolores de cabeza, inquietud que indica incapacidad de mantenerse sentado o de pie durante un rato en un mismo sitio).

Ey, Bernard, & Brisset (1978) en el libro “*Tratado de Psiquiatría*”, aludieron a la relación entre ansiedad, miedo e inquietud, donde el miedo y la experiencia es propia de los seres humanos, pero no exclusiva. Como consecuencia, afecta en el comportamiento fisiológico, emocional, psicológico, cognitivo o espiritual. Además, indican que existe una amplificación a la exageración de perspectiva, en la espera de peligros futuros e inmediatos como el miedo a la muerte, al mal y al dolor.

Hull, explicó que la ansiedad es considerada como “drive” (manejo motivacional) lo que hace que el sujeto emita una respuesta ante un estímulo (Ansorena, Romero, & Cobo, 1983).

1.3 Modelos explicativos de la ansiedad

La ansiedad es un estado emocional, se caracteriza por síntomas de malestar, aprensión e inquietudes excesivas, se liberan frente a una amenaza ya sea real o imaginaria, la persona no puede intervenir en el estado de inquietud, esto se acompaña de síntomas como son taquicardia, tensión muscular, cefaleas, sudoraciones, sensación de ahogo, fatiga, trastorno de sueño y problemas digestivos (Triado & Villar, 2006).

Freud (1939; citado en Becerril, 2011) vio la ansiedad como un estado afectivo desagradable, que se caracteriza por aprensión, sentimientos y pensamientos molestos para

la persona, es vista como el resultado de la percepción del individuo (consciente o inconsciente) de una situación de peligro

En algunos casos las personas reciben estímulos que pueden elevar la actividad nerviosa central y generan una respuesta automática que dan una sucesión de pensamientos en relación con la situación que está viviendo, como resultado se da el aumento a la actividad conductual con base en la historia de aprendizaje en situaciones que se cree son similares (Rodríguez, 2008).

Pávlov (1927; citado en Ansorena, Romero, & Cabo, 1983), mediante la psicología aplicada experimental-conductista, trató de explicar la ansiedad como una respuesta condicionada, mediante un procedimiento clásico llamándolo neurosis experimental.

Desde una perspectiva clínica, Mawrer (1939; citado en Ansorena, Romero, & Cobo, 1983) habla de dos procesos de la ansiedad:

- La ansiedad es una conducta aprendida por procedimientos de condicionamiento clásico.
- Es una motivación para el aprendizaje de conductas por ensayo y error

En los trabajos experimentales se ha mostrado que la ansiedad es considerada como un estado o una respuesta emocional transitoria dependiendo de sus antecedentes y secuelas, así como de su frecuencia y duración.

1.4 Principales síntomas de ansiedad

Los síntomas característicos de los trastornos de ansiedad difieren del sentir comúnmente del nerviosismo e inquietud que se manifiestan externamente, reaccionando de forma involuntaria, interfiriendo en las reacciones de las personas.

Existen formas de respuestas humanas, como son:

- Preocupación: inseguridad, miedo o temor, aprensión, pensamientos negativos, anticipación al peligro o amenaza, dificultad de concentración y problemas para la toma de decisiones
- Motores u observables: hiperactividad, paralización motora, movimientos torpes o desorganizados, tartamudeo, conductas de evitación fisiológicos o corporales, síntomas cardiovasculares (palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta y exceso de calor), síntomas respiratorios (sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica), síntomas gastrointestinales (nauseas, vómito, diarrea, molestias digestivas), síntomas genitourinarios (enuresis, eyaculación precoz, frigidez e impotencia), síntomas neuromusculares (tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional y fatiga excesiva), síntomas neurovegetativos (sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos) (Virues, 2005).

1.5 Línea psicométrica factorial

Raymond Cattell (1972) en su obra *“El significado y medida de neuroticismo y ansiedad”* destaca dos factores: ansiedad rasgo y ansiedad estado. Ansiedad estado se refiere

a la aparición de respuestas correlacionadas y la ansiedad se produce en un momento del tiempo, mientras que la ansiedad rasgo está integrado a la personalidad del sujeto (Ansorena, Romero, & Cobo, 1983).

A su vez lo ve como un proceso de hechos cognitivos afectivos y comportamentales pasando por una forma de estrés, los estímulos pueden ser interpretados cognitivamente como peligrosos y se elevan a niveles de ansiedad-estado y son sentimientos percibidos conscientemente acompañados de tensión, nerviosismo y activación del Sistema Nervioso Central y endocrino (Ansorena, Romero, & Cobo, 1983).

1.5.1 Línea cognitivo conductual

Scogin (1998, citado en Warner & Willis, 2003), menciona que la ansiedad se deriva de componentes **cognitivos** (preocupación y dificultades de concentración), **somáticos** (fatiga, tensión muscular y problemas de sueño) y **emocionales** (inquietud e irritabilidad).

En sí, la ansiedad no es la causa de la perturbación psicológica, cuando se exagera el peligro o no es real (una falsa percepción), la respuesta de ansiedad es inapropiada para iniciar la acción curativa, en este caso el individuo no podrá bloquearlo (Ansorena, Romero, & Cobo, 1983).

Lazarus (1969; citado en Ansorena, Romero, & Cobo, 1983) mencionó que existen cuatro tipos de reacción que se pueden utilizar

- Autoinformes de emociones desagradables como miedo, ansiedad e ira.
- Conductas motoras
- Cambios inadecuados del funcionamiento cognitivo
- Cambios fisiológicos

En los conceptos amenazantes explica dos propiedades: una tiene expectativas negativas del futuro y la segunda que son procesos cognitivos.

En la respuesta del *stress*, Lazarus distingue cuatro elementos:

- Antecedentes (rasgos de personalidad, creencias y estilos cognitivos)
- Mediadores psicológicos
- Modo de expresión de enfrentamiento (acciones directas)
- Respuestas específicas de enfrentamiento (Ansorena, Romero, & Cobo, 1983).

El enfoque cognitivo aplicado a la ansiedad (hipocondría), se manifiesta mediante cuatro factores cognitivos clave: la probabilidad percibida de tener una enfermedad; su “costo”; la percepción de la propia capacidad para afrontarla y la percepción de cuánto ayudarán otros factores extremos.

Se plantea un modelo de mantenimiento como el *Arousal* fisiológico, la malinterpretación de los síntomas, la atención selectiva y el sesgo confirmatorio de la información relacionada con la enfermedad y la conducta de comprobación. A partir del modelo cognitivo-comportamental se exponen las líneas principales del tratamiento, cuya meta es que el paciente alcance la comprensión de cómo funciona su problema. Para ello se plantean explicaciones alternativas, se discute la evidencia a favor y en contra y se llevan a cabo experimentos conductuales (Salkovskis & Rimes, 1997).

1.6 Componentes de la ansiedad

Existen por lo menos tres componentes o sistemas de respuesta para este tema:

- Subjetivo – cognitivo. Donde el componente de la ansiedad está relacionado con la propia experiencia interna. A esta extensión pertenecen las vivencias de miedo,

pánico, alarma, inquietud, preocupación, pensamientos obsesivos, etc. Es una fase emocional desagradable semejante a la experiencia conocida comúnmente como miedo (Moreno, 2008).

- Fisiológico – somático. En ésta la experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Se incrementa la actividad del sistema nervioso autónomo que puede observarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular generando dolores, sobre todo en espalda, cabeza y cuello, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardíaca, descenso o aumento de la salivación, agitación respiratoria, necesidad de orinar con frecuencia, diarrea o molestias en el estómago). Las alteraciones del apetito pueden presentarse desde su exageración a la disminución, también se puede observar en relación con el impulso sexual (Moreno, 2008).
- Motor – conductual. Se puede observar en la conducta, como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, en referencia a las respuestas de huida, defensa y evitación.

1.7 Mecanismos de ansiedad

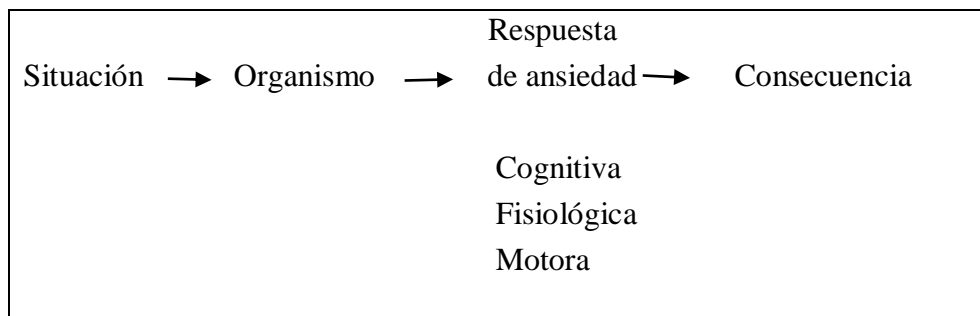
Se diferencian cuatro elementos de mecanismos de la ansiedad:

1. *Situaciones* que liberan las respuestas de ansiedad
2. *Organismo* o persona que experimenta la ansiedad en una situación determinada.
3. *Respuesta de ansiedad* en sí misma

1.8 Consecuencias de la respuesta de ansiedad

En la Tabla 1 se da el ejemplo de una situación, recordando que cada persona tiene diferentes características y al experimentar una respuesta de ansiedad, se manifiesta en tres niveles distintos: **pensamientos**, **sensaciones** y **comportamientos** observacionales y tienen una **consecuencia** que puede hacer que se perpetúe el problema de ansiedad. Se simboliza la relación que se crea en cada uno de los factores anteriores (Moreno, 2008).

Tabla 1. El mecanismo de la ansiedad



Moreno, 2008

1.9 Diferencia entre ansiedad y miedo

Miedo: se da una situación y se valora el estímulo amenazador

Ansiedad: respuesta emocional de la situación

Por lo regular cuando la persona manifiesta ansiedad, siente un estado emocional desagradable manifestando sensaciones como: tensión o nerviosismo y por síntomas fisiológicos como palpitaciones cardíacas, temblores, náusea y mareos. Por otro lado, el miedo se activa cuando la persona es expuesta física y psíquicamente a una situación de estímulo que considera amenazadora (Beck & Emery, 2014).

1.9.1 Estímulos internos de la ansiedad

No son tan notorios los estímulos internos que provocan ansiedad y se pueden pasar por alto. En la Tabla 2 se muestran algunas de las respuestas que inician la ansiedad en el trastorno de pánico, fobia social, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo (Moreno, 2008).

Asimismo, tanto la ansiedad como sus trastornos son considerados como patología ligera y tiene un impacto importante en la función del sujeto, donde existe un deterioro importante en la calidad de vida y es asociado a la mortalidad (Franco, 2009).

1.10 Ansiedad en el Adulto Mayor

Sobre investigaciones referentes a los trastornos de ansiedad y cómo se van desarrollando en el adulto mayor, por motivos externos y no por la edad, El *National Comorbidity Survey Replication (NCS- R)*, dirigido por Kessler, obtuvieron como resultado en los trastornos de ansiedad que el 15.3% de población mayor de 60 años y las fobias simples son frecuentes entre los ancianos con un porcentaje del 7.5 %, en la agorafobia arroja el porcentaje de 1.7 % y en fobia social un 6.6 %.

En cuanto a la ansiedad generalizada aparece en un 3.6 % de la población anciana, mientras que el trastorno menos presente fue el Estrés Postraumático, que arrojó un 2.5%. Aunado a una experiencia de abuso, es común que sea mal diagnosticado debido a cuadros depresivos o trastornos no específicos de ansiedad (Franco, 2009)

Tabla 2. Respuestas de la ansiedad en el trastorno de pánico, fobia social, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo–compulsivo.

<p>RESPUESTA FISIOLÓGICA</p> <ul style="list-style-type: none">• Palpitación• Taquicardia• Presión en el pecho• Dificultad para respirar• Enrojecimiento de la cara• Sensación de vejiga urinaria llena <p>RESPUESTA COGNITIVA</p> <ul style="list-style-type: none">• Recuerdos de un accidente o maltrato• Pensamientos blasfemos, dudas sobre la orientación sexual, dudas sobre si se han cerrado puertas, ventanas, llaves de gas, etc.• Percepción de uno mismo como raro o distante de la realidad <p>RESPUESTAS MOTORAS</p> <ul style="list-style-type: none">• Temblor de manos• Dificultad para hablar• Debilidad en las piernas

Moreno, 2008

Con ello se concluyó que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en edades a partir de los 40 años en adelante. Los adultos mayores tienen dificultad para demostrar sentimientos y se inclinan a manifestarlos de forma somática lo que dificulta reconocerlos.

1.10.1 Factores sociales que causan ansiedad en el Adulto Mayor

Cuando se habla de cambios de actividad social en el adulto mayor, se puede hablar de dos teorías clásicas:

- La teoría de la actividad: se ve mejor y mayor ajuste de la persona a las circunstancias de la vejez y se logra a partir de la continuación con el nivel de actividades y vínculo social de años anteriores. El éxito se logra a partir de estar continuamente implicado y activo socialmente (Triado & Villar, 2006).

- Teoría de la desvinculación: habla de la reducción de la actividad social como proceso natural, universal y adaptativo, es una preparación para la última desvinculación que es la muerte o dependencia y es influida por los intereses de la persona y sociedad (Triado & Villar, 2006).

Un factor que genera ansiedad en los adultos mayores es la adversidad social, al pertenecer a clase social baja, tener escasos ingresos y contar con malas condiciones de vivienda. Estos son puntos que aumentan los niveles de ansiedad en el adulto mayor, por lo tanto, es menos probable que haya una asociación con las categorías de trastornos de ansiedad. Para saber el impacto que ha generado un hecho en el adulto mayor hay que considerar el significado que tiene y si este hecho ha ocurrido en la etapa actual (Franco, 2009).

Los procesos de vida asociados en el adulto mayor son el duelo, el declive hacia la muerte, la jubilación y la institucionalización, al igual que los escasos contactos sociales, falta de apoyo social y la soledad (Franco, 2009).

1.10.2 Jubilación

Es un cambio importante para las personas que han trabajado toda su vida y llega un momento donde lo dejan de hacer. Los jubilados se clasifican en dos tipos de personas:

- Las primeras son las personas que hacen algún trabajo pesado y monótono, para ellos el trabajar ha sido más que gustoso una carga.
- El segundo grupo corresponde a los intelectuales, estas personas han desarrollado su trabajo gustosamente teniendo una gran satisfacción (Gonzalo, 2002).

La jubilación es una transición del rol de trabajador, es un cambio importante del ciclo vital ya que modifica la estructura de roles, la organización de la vida cotidiana, hábitos y sobre todo el sentido de eficacia y competencia personal (Triado & Villar, 2006).

Las personas que se jubilan sin gusto experimentan sentimiento de depresión por dejar un trabajo que les ha dado prestigio, influencia social, estima de muchos colaboradores y medios económicos, ahora alejados de lo laboral se sienten menos útiles y olvidados por los demás (Gonzalo, 2002).

1.10.3 Proceso de jubilación y sus determinantes

La transición de trabajador a jubilado es un cambio y este llega al final de la madurez. Dado el proceso presenta diversas formas positivas o negativas en cada persona y situación. Para Atchley (1976, citado en Cía, 2007), el estado de jubilación es un ajuste donde la persona se plantea expectativas sobre cómo será este y hace planes alcanzables **fase de pre jubilación**, después intenta hacer lo que deseó y que no logró cuando estaba trabajando **fase de luna de miel**, cuando no encuentran actividades satisfactorias o sus expectativas no se cumplen entran a la **fase de desencanto** y cuando logran un ajuste entre la percepción y la realidad llegan a la **fase de estabilidad** llegando al proceso final de jubilación.

A continuación, se mencionarán algunas intervenciones como apoyo a la jubilación:

- Tener el día ocupado, tener fijas unas ocupaciones y el tiempo en el que se desarrollen.
- Las ocupaciones deben ser físicas e intelectuales como apoyo en el área social, y las asistencias a centros especializados

- Relaciones sociales y familiares, que proveen al sujeto de afecto, ayuda, imagen positiva e información.
- Mantenimiento o recuperación de la salud, para la obtención de un mejor estado psicofísico y un mejor afrontamiento de alguna enfermedad.
- Elegir ocupaciones que le den un servicio a los demás o voluntariados para las personas con limitaciones
- Reducir el tiempo de ocio como ver televisión, estar en la cama o conversaciones inusuales (Triado & Villar, 2006).
- Convivencia con amigos para tener una vida activa, esto trae sentimientos positivos sobre ellos mismos (Siebert, Mutran, & Reitzes, 2008).

1.10.4 El declive hacia la muerte

El adulto mayor piensa en cambios, enfermedades que puede sufrir y le pueden causar la muerte. Los temas que le generan más ansiedad son algunos tipos de demencia, perder la independencia, el dolor y sufrimiento prolongado (Gonzalo, 2002).

El concepto de la muerte se puede explicar en cuatro componentes:

- Universalidad: todo ser humano muere tarde o temprano. Se ve como un fenómeno que afecta a todos
- Irreversibilidad: es la idea de un proceso irrevocable, sin regreso, se ve como un estado permanente
- Cesación de procesos corporales: tras la muerte termina toda actividad corporal
- Causalidad: conocer cuáles son las causas que produce la muerte (González, 2009).

1.10.5 Soledad

Payne y Mcfadden (1994; citado en Clark. 2010) mencionan que la soledad no es lo mismo que estar solo, es un sentimiento psicológico, esto puede debilitar o fortalecer a las personas con fuerte autoestima.

Sobre las circunstancias que precipitan una ruptura con su vida y el sentimiento de soledad entre los adultos mayores, Triado y Villar (2006) han diferenciado la soledad en:

- Soledad objetiva: Referencia de las personas que están solas ya sea falta de compañía temporal o permanente
- Personas que se sienten solas, puede ser una situación impuesta, sentimiento o una vivencia que aumenta con la edad.
- Aislamiento social: es considerado como un factor de riesgo para la salud del adulto mayor, está vinculado con la falta de integración y participación social, incluso la falta de redes de apoyo sociales significativas para la persona
- Aislamiento emocional: es la ausencia de apoyo percibido como compañerismo, intimidad y contacto físico con las personas significativas. Está relacionado con el sufrimiento personal.

En cambio, para Holandez Dickstra (1995, en Gonzalo, 2002), la soledad es sinónimo de estar solo y sin pareja, está relacionada con la falta de apoyo. Por otro lado, Van Tilburg, en 1998, menciona que al pasar el tiempo y el que las personas se vayan haciendo mayores, disminuyen la integración con el otro y aumenta el interactuar con los familiares (Warner & Willis, 2003).

Con respecto al tema de la muerte de los amigos y familiares, la independencia de los hijos, las personas de la tercera edad experimentan un doble efecto, por un lado; el dolor que genera el perder a una persona con la que había una relación familiar o amistosa y por otro lado el temor a la soledad, ya que están en una época donde necesitan cariño y ayuda (Gonzalo, 2002).

1.10.6 Vivir solo

La diferencia entre vivir solo y soledad, se refiere a un sentimiento interior y no tiene que ver con la cantidad de personas que se encuentren con el adulto mayor, lo que genera la soledad es el aislarse de los demás o la incomunicación que es una soledad impuesta. Por lo general el envejecer y las pérdidas habituales generan la experiencia de soledad, por lo que se procura que el adulto mayor tenga un grupo de convivencia y redes de apoyo (Rodríguez & Becerra, 2000).

El vivir acompañado beneficia de forma emocional y psicológica, ya que se cuenta con atención, cuidados, apoyo material y moral. A las personas que viven solas o que son solteras o viudas, les afecta el aislamiento de forma social, esto genera incomunicación, separación y desamparo.

1.11 Manejo de la ansiedad en el adulto mayor

- Beck y Ellis recomiendan las técnicas cognitivas para la reducción de la ansiedad: la importancia de analizar los pensamientos automáticos, evaluar las distorsiones cognitivas o atribuciones cuando acuden a terapia (Triado & Villar, 2006).

- Utilizar la técnica de relajación progresiva de Jacobson, adaptada a personas mayores, sirven para el reconocimiento corporal, respiración y en los componentes conductuales de refuerzo, tarea y modelado (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008).
- Alternativa con Risoterapia: Ayuda a la mejora de los dolores físicos, sufrimiento psíquico, relaciones interpersonales permitiendo el desenvolvimiento y facilitando la comunicación (Rodríguez, 2008).

Como se mencionó anteriormente existen diversos trastornos de ansiedad y síntomas de la ansiedad, este trabajo está enfocado a los síntomas de ansiedad la forma de manifestarse tales como cognitiva, física y emocional; afectando conforme va incrementando la edad.

En el siguiente capítulo se abordarán más a fondo los problemas que existen en el adulto mayor, como enfermedades, ámbito familiar, económicos entre otros, estos son algunos de los temas que afectan de forma decisiva el estado de ánimo.

Capítulo 2. Adulto Mayor

En este capítulo se abordará el tema de adulto mayor, las diferentes definiciones según la etapa que se encuentran y sus diferentes procesos bio-psico-sociales.

Abordar el tema del envejecimiento o el adulto mayor es referirse a una realidad concreta. En la actualidad, la vejez se ve como un proceso natural y con diferentes cambios para cada persona.

La sociedad comenzó a referirse con diferentes sinónimos agradables a la vejez como *edad dorada*, *plenitud*, *tercera edad*, incluso sin pronunciar el término viejo, vejez o envejecimiento. Tanto fue el abuso de esos términos que en México en el año 2008 fue oficializado el término “adulto mayor” que ahora es el reconocido (Rodríguez & Becerra 2000).

En 1920, se comenzaron a reconocer los temas sobre el desarrollo de los adultos y el envejecimiento. Stanley Hall es reconocido como pionero en la psicología de la vejez en los Estados Unidos. En 1922, publicó el libro *Senectute: The Last Half of Life*, en el que escribe sobre los temas de dependencia de las particularidades psicológicas de la edad y las causas biológicas (Villanueva, 2009).

2.1. Definición de envejecimiento

En Demografía se utiliza la edad cronológica para nombrar a la población envejecida, a la que se le denominara población adulta mayor. La Organización de las Naciones Unidas

(ONU) considera que a la edad de 60 años se concede el término de persona adulta mayor. Este criterio es utilizado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y otras instancias, como la Secretaría de Salud (Gobierno de la República Mexicana, 2015).

El envejecer se ve, como el proceso del deterioro fisiológico, progresivo, irreversible e independiente de episodios que marcan la vida del ser humano. Se ve sometido a las actitudes personales tanto negativas como positivas y también a una serie de adaptaciones y cambios (Fernández, 2000).

Etimológicamente, la palabra vejez se deriva del latín *Veclus, vetulusm*, que se define como la persona de mucha edad, así que el viejo, vejez y envejecimiento; se refieren a su vez a la consecuencia del tiempo en el individuo, es decir la edad (Fernández, 2000).

Es propio de la naturaleza del ser humano que no solo experimente cambios, sino que cambie él mismo desde sí. La maduración del ser humano implica un devenir para el ser (Griffa & Moreno, 2011).

2.2. Definición de adulto mayor por edad

La Comisión Económica para América Latina (**CEPAL**) define a la vejez a partir de los 60 o 65 años, y a menudo es fijada por ley bajo denominaciones como “adulto mayor” o “persona adulta mayor” (Huenchuan, 2011).

La Organización Mundial de la Salud hace mención que: “las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 personas viejas o ancianas, las que sobrepasan esta edad se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo

mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad” (OMS, citado en Huenchuan, 2011, p. 32).

2.3 Clasificaciones del adulto mayor

El adulto mayor necesita un cuidado diferente, no se puede generalizar la atención que ellos requieren, ésta depende de la salud que presentan o enfermedades que van adquiriendo conforme va pasando el tiempo, cada uno necesita servicio y cuidado diferente, esto es para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. A continuación, se mencionan algunos de los conceptos asociados a esta población según Mata & Ceballos (2005):

- Persona mayor sana

Cuando se observa al adulto mayor con características físicas, funcionales, mentales y sociales que van con la edad cronológica que presentan, no existe mayor problema, ellos necesitan atención primaria.

- Persona mayor enferma

El Adulto mayor que presenta alguna patología variable en relación con la edad, necesita una atención especializada según la gravedad de la enfermedad.

- Paciente Geriátrico

Se refieren a las personas de 70-75 años, que presentan diferentes patologías por sus condiciones, siendo incapaces de realizar actividades propias. Las personas de la cuarta edad, o muy viejas, (80 a 85 años), son las que cumplen con los criterios de paciente geriátrico.

- Anciano frágil o de alto riesgo:

Es considerado anciano frágil a la persona que se le dificulta resolver problemas externos, por la situación clínica, mental o social.

En esta población, al presentarse una situación estresante exógena (mayor de edad, vivir solo, viudez no menor a un año, cambio de domicilio, patologías crónicas como Parkinson, enfermedades pulmonares, caídas y déficit visual severo), aumenta la posibilidad de una discapacidad o incluso llegar a la muerte, esto es más común en la población masculina y con los adultos de la cuarta edad (80-85 años) (Penny & Melgar, 2012).

2.4 El Anciano-Joven, el Anciano-Anciano y el Muy-Anciano

La vejez es considerada como último estadio de la vida y se generaliza a los adultos mayores con un solo nombre.

En la vejez ocurren estas clasificaciones: Suzman y Riley (1985; citados en Warner & Willis, 2003) mencionan que los adultos mayores de 65 se dividen en tres grupos: ancianos jóvenes (entre 65-75 años), los ancianos -ancianos (75-85 años) y los muy ancianos (más de 85 años). Comparar a una persona de 95 años con una de 65 es inusual, ya que los cambios físicos y mentales son muchos, existe mayor probabilidad de una enfermedad física y mental en una persona de 85 que de 65 años (Warner & Willis, 2003).

Homma, Shimonaka y Nakazato (1992, citados en Warner & Willis, 2003) mencionaron que la mayoría de la población adulta mayor son mujeres. Se considera que ser anciana y mujer son factores de riesgo debido a que tienen menores ingresos económicos y la posibilidad de tener una discapacidad. Mientras tanto, Bould y Longin (1997; citados en

Warner & Willis, 2003) comentan que la muerte prematura es un problema en hombres y es de celebrar la destreza de supervivencia que tienen las mujeres.

Después de los 80 años, el desgaste físico es evidente y avanza rápidamente, a diferencia de las personas entre 65 y 75 años, ellos mantienen buena salud y se pueden recuperar de las enfermedades agudas fácilmente (Warner & Willis, 2003).

2. 4.1 Cambios Físicos

Tom Kirkwood, profesor de Biología Gerontológica en la Universidad de Manchester (Reino Unido), considera al envejecimiento como un cambio o deterioro funcional, progresivo y generalizado que conlleva la pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad, por lo que termina expresando que "No existe programa alguno para el envejecimiento ni para la muerte, sino para la supervivencia" (Pujol, 2000).

Cristofalo (1991, citado en Triadó & Villar, 2006) menciona que al llegar al primer tercio del ciclo de vida se sufren alteraciones que llevan a un declive en la función de los órganos y del cuerpo, estas modificaciones se acentúan en la última década de la vida y propone cinco cambios:

- Cambio en la composición química del cuerpo, al incrementar su edad, se reduce su masa muscular y ósea, pero aumenta el porcentaje de grasa.
- Cambios degenerativos globales, como menor ritmo cardíaco y capacidad pulmonar.
- Menor capacidad de responder de forma adaptativa a los cambios ambientales

- Incremento en la vulnerabilidad a numerosas enfermedades
- Aumento exponencial de la posibilidad de muerte (Triado & Villar, 2006).

2.4.2 Madurez

Madurez y bienestar psicológico

Diversas metodologías y diferentes propósitos expresan la misma visión del desarrollo adulto como progresivo más que regresivo, concibiendo esta etapa como un proceso de maduración psicológica continua.

La diferencia que existe entre los seres humanos y los animales es la de proponer un rumbo a su vida, la orientación a llegar a un camino. Logra la madurez personal cuando su vida va dirigida a ese camino, a partir de la aceptación consciente de sus límites y de su disposición (Griffa & Moreno, 2011).

El concepto de “**madurez**” hace referencia a la evolución del fruto que llega al fin previsto; ya que “madurar” es un proceso paulatino dirigido a una meta. El término “madurez” es alcanzar los frutos (en un tiempo oportuno). El término hace referencia al buen juicio, prudencia, sensatez, propios de una persona que ha alcanzado su plenitud vital y no ha llegado a la vejez. Como consecuencia se llega a una estabilidad y a una integración y armonía (Pérez, 2007).

2.5 Demografía del adulto Mayor

El aumento de adultos mayores ha generado una base importante. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), cada vez es más alta la población de 60 años en adelante, estos aumentos fueron considerables entre los años 1990 y 2017 al incrementarse

de un 6.4 a un 10.5%, esperándose un incremento mayor en el 2050 de 21.5%, esto significa 32.4 millones de personas serán adultas mayores (INEGI, 2017).

En 2017, en México habitaban 12, 973,411 personas adultas mayores (de 60 años en adelante), de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1% son hombres. En los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (INIGH) se contabilizaron 3.5 millones de hogares, de los cuáles en el 30.1% de estos habita al menos una persona de 60 años o más (INEGI, 2017).

2.6. Calidad de vida en la vejez

La calidad de vida es experimentada por todas las personas y se puede definir como la sensación de bienestar en los aspectos físicos, mentales, emocionales y económicos. Es llegar a la satisfacción de las necesidades materiales, autorrealización y al equilibrio. En este concepto de calidad de vida puede ser objetivo o subjetivo (Perlado, 1995).

La calidad de vida se define como aquella percepción de los individuos en su posición de vida, basándose en su contexto cultural y valores en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses (González, 2009).

Siguiendo a lo anterior, el término de *envejecimiento satisfactorio* comenzó en 1960 por Havighurst y Neugarten, que se enfocaron a la mejora del adulto mayor, de las cuales existen muchas formas de envejecimiento satisfactorio ya que se deriva de la edad y numerosas diferencias individuales (Balandó, 2001).

Este término se dio en un planteamiento científico interdisciplinario y está constituido tanto por las condiciones materiales de vida, como por las experiencias, implicando el

bienestar, satisfacción, felicidad, moral alta, ajuste personal, buenas actividades hacia la vida y competencia (Pinazo & Sánchez, 2005).

Kalish (1983, citado en Balandó, 2001) describió cuatro formas de vejez satisfactoria que se pueden dar:

- Cuando corresponde a lo esperado socialmente del adulto mayor
- El desarrollo de las mismas actividades que se realizaban en la adultez
- La satisfacción que la persona siente en el rol y la actividad que desarrolla actualmente.
- La satisfacción y felicidad de su vida tanto pasada como presente.

Gognalons (1994, citados por Pezzano, 2001) plantea el logro de la plenitud de la vejez a través de los mecanismos psíquicos y sociales, que son:

- Mantener una determinada manera de amar y de crear
- Guardar una determinada imagen de sí mismo
- Encontrar los medios para gozar de su existencia, a pesar de numerosos sufrimientos.

Lemon, Bengston y Peterson (citados en Fernández, 2003) sustentan la relación entre actividad y la satisfacción en la vida del adulto mayor.

La satisfacción con su vida influye en la participación de diferentes tipos de actividades, por lo cual lo dividen en tres dominios:

1. Actividades informales: frecuencia de contacto con los niños, amigos, familiares y vecinos.

2. Actividades formales: participación en grupos de pares, recibir clases de cualquier tipo.
3. Actividades solitarias: frecuencia de lecturas de cualquier tipo ya sea de libros o periódico (González, 2009).

Esta teoría también se aplica cuando el autoconcepto y la autoestima se logran con el desempeño de las actividades propias de la madurez, cuando se llega a la plenitud de fuerzas y rendimiento; por lo que se logra prestigio, independencia y poder (Sarrate, 2006).

2.6.1 Componentes de la satisfacción en el adulto mayor

Havighurst, Neugarten y Tobin (1968, citados en Pinazo & Sánchez, 2005) mencionan cinco componentes para la medición de la satisfacción en la vejez:

- Entusiasmo vs apatía
- Resolución vs fortaleza
- Relaciones entre los objetivos deseados vs los alcanzados
- Autoconcepto
- Humor

Clark y Anderson, (1967, citado en Izquierdo, 2007) en el tema de satisfacción, mencionan otros componentes:

1. Autonomía suficiente
2. Relaciones agradables
3. Nivel razonable de confort personal, físico- mental
4. Adecuada estimulación de la mente e imaginación
5. Movilidad suficiente
6. Alejamiento de las preocupaciones sobre el tema de muerte.

Baltes y Baltes (1989; citado en Izquierdo, 2007), piensan que el envejecimiento exitoso se constituye con el concepto del ciclo vital con sus ganancias, estabilidad y pérdidas en la edad madura. Mencionan que se puede conseguir un nivel funcional estable, una autoimagen positiva y un estado satisfactorio, por medio de tres procesos: la selección, la optimización y la compensación.

- Selección: reformulación de las metas de desarrollo y el establecimiento de preferencias. Tiene dos subformas: La primera, en dirección positiva, se dirige a la prospección, elección y formulación de metas y campos de acción. La segunda intenta evitar lo negativo, reaccionando a las pérdidas y reformulando las metas con niveles estándar elegidos por el propio individuo.
- La optimización: adquisición, llegado el caso, o el perfeccionamiento de medios, recursos y conductas que ayudan a conseguir las metas previstas.
- La compensación: recuperación y mantenimiento del nivel funcional o del estatus bio-psico-social vigente hasta el momento. Procura movilizar recursos, capacidades y habilidades que han permanecido latentes en el repertorio conductual de la persona.

2.7 Teorías del Envejecimiento

En este apartado se mencionan algunos autores en relación con las teorías sobre el adulto mayor mencionando etapas, retrocesos y deterioros que va teniendo el ser humano al llegar a la etapa de la tercera edad (Antón, Gálvez & Esteban. 2009).

A continuación, se mencionan algunas de las etapas de diversos autores y diferentes puntos de vista al llegar a esta etapa y los cambios que se van presentando.

2.7.1 Erik Erikson

Erick Erikson a sus 80 años describió la vejez como el equilibrio, ya que se está en la búsqueda de la integridad y la honestidad. Al cumplir estos dos requisitos se llega a la sabiduría (Tabloski, 2010).

- Teorías del Desarrollo: Erikson propone una línea evolutiva que va desde el nacimiento hasta la muerte, los potenciales y virtudes con las que se cuentan (Fernández, 2000).

En 1963 describió las ocho etapas de la vida sobre el desarrollo (véase la Tabla 3), cada una menciona que el ser humano debe ser evolutivo y concreto lo que le generará la satisfacción y esto hará que defina su identidad personal (Fernández, 2000).

Tabla 3. Etapas del desarrollo propuestas por Erikson

Etapas	Crisis/ conflicto	Virtudes
Infancia (0- 1)	Confianza básica versus desconfianza	Esperanza
Primera niñez (1- 6)	Autonomía versus vergüenza	Voluntad
Edad del juego (6- 10)	Iniciativa versus culpabilidad	Propósitos
Edad escolar (10- 14)	Productividad versus inferioridad	Competencia
Adolescencia (14- 20)	Identidad versus confusión	Fidelidad
Adulto joven (20-35)	Identidad versus aislamiento	Amor
Madurez (35- 65)	Generalidad versus estancamiento	Cuidado
Vejez (65 +)	Integridad versus desesperación	Prudencia, sabiduría

Fernández, 2000.

La octava etapa hace referencia a la vejez, caracterizada por la integridad del yo contra la desesperación. Esta etapa abarca de los 65 a los 80 años, mencionando dos virtudes como son la renuncia y la prudencia o sabiduría. Se examina la vida de la persona y si ha vivido las etapas de su vida, adquiriendo valores, creencias. Esto hace referencia sobre los adultos mayores que al llegar a esta edad tienden a pensar lo que han pasado durante su vida, reflexionando sobre su pasado todo lo que este conlleva y las cosas que ha adquirido en su vida (Yuste y Rubio, 2004).

A continuación, se mencionan otras de las teorías del adulto mayor que en conjunto con Erikson hablan de los cambios que se tienen conforme va pasando la edad, pero de una forma física y social.

2.7.2 Teoría del Envejecimiento de Robert Peck (1959, 1968).

Peck trabajó en otras teorías sobre el adulto mayor que serán mencionadas más adelante. Erickson al igual que Peck tiene etapas que describen al adulto mayor, estas son siete etapas: cuatro de adultez y tres de la vejez. En donde existen cuatro conflictos que aparecen en edades no fijas; estas pueden establecerse antes o después del desarrollo, de lo contrario al no desarrollarse en la edad media no existiría una madurez clara que permita hablar de los ajustes de la vejez.

De igual modo menciona que en la etapa de la vejez deben estar resueltas las siguientes crisis (Izquierdo, 2007):

- Diferenciación del ego frente a inquietud por el rol laboral

Peck mencionó que la sociedad valora a las personas por la profesión que ejercen, es por ello que la jubilación puede ser desaprobación para la acción del yo, se puede dudar si vale o si es aceptado. Es decir, mejor adquirir otras aptitudes personales de mayor validez que el simple hecho de sentirnos productivos con el trabajo (Izquierdo, 2007).

- Trascendencia personal frente a preocupación por el cuerpo

Al llegar a una cierta edad y darse cuenta de que disminuyó la forma física o belleza es fácil sentir incomodidad, sin embargo, es mejor darle prioridad a lo que se aprendió intelectualmente y así disminuir la preocupación por el aspecto físico. Lo que se puede concluir que, los cambios físicos que suponen el envejecimiento, de manera más o menos gradual, suponen para el sujeto una modificación de su propia autoimagen, lo cual lo compensa con lo intelectual; para aminorar la inseguridad que siente.

- Trascendencia del ego frente a preocupación por el ego:

La idea de muerte es característica del adulto mayor, aunada con la idea sobre la preocupación del yo y su destino, lo cual indica angustia por el saber qué va a pasar con ellos en su vida y por aceptación de la muerte (Izquierdo, 2007). Se puede decir, que para los adultos mayores la muerte es una realidad cercana, ya que muchos de sus compañeros de vida (amigos, familiares, pareja) ya han muerto o están afectados por enfermedades incurables y da lugar a sentir incertidumbre de que les pasará a ellos.

El siguiente autor habla de diversas etapas de dependencia por las que se van pasando cuando se llega a la edad de la madurez, no por la edad si no por la cultura en la que se encuentran y los roles que se van adquiriendo.

2.7.3 Teoría del Origen sobre el Desarrollo de Adulto de Roger L. Gould (1975- 1978).

Gould menciona que el adulto suele deshacerse de los anhelos propios de la niñez, dice que la madurez implica autosuficiencia, autoconfianza y autoaceptación, esto puede deberse a los cambios de cultura y no a los años. Gould menciona siete estadios del desarrollo, de los cuales tres hablan de la vejez.

- La quinta transición 35-43 años:

Habla de la mitad de la vida, menciona que es la flor de la vida, los padres ya no tienen control ni autoridad y los hijos se rebelan. Existen carencias físicas y perseverantes actividades por reordenar lo que se anhela (Yuste, Rubio, & Alexandre , 2004).

- La sexta transición 43-50 años

La persona asume su destino en la vida, quizá esto le ayuda a controlar una evolución de sus hijos, pareja y amistades.

- Séptima transición 50-60 años:

Las personas con esta edad están abiertas a relaciones personales, se vuelven comprensivas y crece el afecto hacia los hijos (Yuste, Rubio, & Alexandre, 2004).

En este apartado Havighurst desarrollo una de las teorías que define a la personalidad como el cambio que se va teniendo o algo ya establecido ante circunstancias que se van presentado con la edad.

2.7.4 Teoría sobre el curso de la vida en la edad adulta media o avanzada de Havighurst (1948- 1972).

En 1972, este autor desarrolló teorías sobre cómo va transcurriendo la vida en la edad adulta media avanzada. Para ello desarrolló varias teorías para saber si la personalidad del adulto mayor va cambiando conforme va pasando el tiempo o permanece estable durante el curso de la vida (Tabloski, 2010)(ver Tabla 4).

Tabla 4 Etapas propuestas por Havighursts

<ul style="list-style-type: none">• Adaptarse a una menor fuerza física y de salud• Adaptación a la jubilación y menores ingresos• Adaptación a la muerte del conyugue• Establecer una asociación explícita con el grupo de uno mismo• Adaptación a los roles sociales de forma flexible• Tener disposición satisfactoria de la vida física
--

Tabloski, 2010.

Los siguientes autores complementan esta teoría con los cambios biológicos, físicos y sociales que se van dando con la madurez.

2.7.5. Neugarten y Hagestad (1976)

Definieron tres características básicas de la personalidad del adulto mayor, donde el desarrollo queda influenciado por la actividad social, los roles y los recursos, así como por la edad, los cambios y acontecimientos históricos. Estos autores se refieren a los cambios

simultáneos individuales de la edad (biológicos o psicológicos), a los cambios sociales (evolución generacional) y a los cambios históricos (económicos, sociales y culturales) en todo el desarrollo de la vida adulta y la vejez (Izquierdo, 2007).

Otro de los autores relacionados con este tema es Hagestad el cual hace las siguientes aportaciones, él menciona que:

- El enfoque del mundo exterior al mundo interior
- El cambio activo sobre el entorno al que tienen que adaptarse
- Establecer aislamiento del mundo exterior, esto se refiere a personas con problemas psicológicos, comportamientos fuera de lo común y que no afrontan las cosas que pasan en su vida cotidiana (Tabloski, 2010).

A la fecha no existe una teoría general que explique de forma global el fenómeno del envejecimiento humano, no se puede hacer una teoría específica ya que las causas del envejecimiento son múltiples.

2.7.6. Teoría Biológica: el organismo experimenta tres etapas, este proceso no se puede llevar a cabo cuando el organismo muere por accidente.

1. Crecimiento y desarrollo
2. Madurez
3. Involución y declive

El envejecimiento se da en dos partes: el declive fisiológico y la mayor frecuencia de enfermedades, esto tiene que ver con la genética y la actividad celular (Fernández, 2000).

- Teoría del Deterioro de la Función Inmune: esta teoría sostiene que el envejecimiento es el resultado de la muerte células del cuerpo: el sistema endócrino, nervioso y el inmunológico, que hacen una regulación entre los sistemas al establecer un equilibrio. Con el paso del tiempo existe una deficiencia hormonal, la cual produce un declive (Fernández, 2000).
- Teoría de los Eventos Vitales Biológicos: las acumulaciones de eventos vitales biológicos producen estrés en estos sistemas y como consecuencia lleva al fallo (Fernández, 2000).
- Teoría Psicológica: describe y predice los cambios que se dan con el tiempo en los procesos funcionales psicológicos de la persona como la atención, percepción, aprendizaje, memoria, afectividad y la personalidad, entre otros fenómenos psicológicos.
- Teoría de la Actividad de Cavan, Havighurst & Albrecht (citado en Oddone, 2013): la teoría afirma que entre más activas sean las personas, encuentran más satisfacción en su vida. La actividad es la base del envejecimiento saludable; las personas que realizan más actividad se encuentran en mejor estado, es tanta su importancia que se establecieron políticas sociales donde se estimula la actividad de la vejez.

En esta teoría se menciona como el adulto mayor lleva la vida social, puede ser activa cambiando roles o disminuir su vida activa lo que lleva al aislamiento.

2.7.7 Teoría sobre el Proceso de Envejecimiento

Diversas teorías del proceso de envejecimiento se centran en la forma social en que el adulto mayor se desenvuelve, como, el desarrollo de Cummings (1961), al estar en esta etapa y en cómo regula su comportamiento ante la sociedad.

- Teoría de la Desvinculación

Entre las edades de 60 o 65 años existe una reducción de roles por menos activos, reducción de la intensidad, menos interacción social y aislamiento del mundo exterior y del entorno. La afectividad se dirige y se centraría en uno mismo; su pasado, su vida, la vida misma y la muerte próxima (Sarrate, 2006).

- Teoría General de los Roles

Las personas pueden adquirir algunos roles nuevos, pero el envejecer es una separación de roles. Con la edad se van cambiando los roles designados y la forma el desempeño de este, roles como; hijo (a), hermano (a), amigo (a), esposa (o), madre y padre (Sarrate, 2006).

- Teoría del Intercambio Social

Explica la disminución de la actividad social entre adulto mayor y jóvenes en algunos casos cuando se ven limitadas sus recursos para un intercambio social, disminuyendo su interés. La carencia de estas formas de integración social produce falta de integración en su comunidad, quita sentido a la vida y genera ansiedad, depresión o estrés (Sarrate, 2006).

- Teoría de Estratificación por Edades

Esta teoría se refiere a la distribución de roles, obligaciones, privilegios y derechos en cualquier edad. Cada grupo de edad tiene un rol desempeñado; donde influyen las condiciones socio- económicas y la época (Sarrate, 2006).

- La teoría del Etiquetado

Esta teoría plantea la carencia de cumplir con un comportamiento establecido por los demás, no importa cómo somos, lo más importante es cómo los demás esperan que nos comportemos. La percepción de esa situación determinará la forma en que nos percibimos nosotros mismos y nos comportamos con los demás (Sarrate, 2006).

- Teoría de la Continuidad

A medida que se va creciendo se van acentuando los rasgos de nuestra personalidad, como los valores que previamente se han mantenido, de esta manera se logra una satisfacción en el periodo vital (Sarrate, 2006).

A continuación, se menciona diversas formas de como el adulto mayor se desenvuelve a nivel social y emocional.

2.7.8 Teorías del Desarrollo Socioemocional

En estas se fusionan tres teorías: la Teoría de Desvinculación, Teoría de Selección Socioemocional y Teoría de la Selección, las cuales abordan algunas ideas sobre el estado emocional del adulto mayor.

Teoría de la desvinculación: El adulto mayor se separa gradualmente de la sociedad. En esta etapa sus prioridades son ellos, reduciendo vínculos emocionales con los demás y reduce su interés en las cuestiones sociales.

Teoría de la Selección Socioemocional: los adultos mayores son más selectivos sobre las redes sociales, debido a la satisfacción, dedicando más tiempo a los amigos más cercanos con los que han mantenido relaciones provechosas. Los adultos mayores escogen de manera consciente, reduciendo el número de sus contactos (Santrock, 2006).

Teoría de la Selección, Optimización y Compensación: esta teoría está relacionada con tres factores (Santrock, 2006):

- La selección: los adultos mayores disponen de una capacidad reducida y disminución de su funcionamiento general, lo que lleva a una reducción de su rendimiento en gran parte de las áreas de su vida.
- La optimización: es posible mantener el rendimiento en ciertas áreas a través de la tecnología y la práctica continua.
- La compensación: es importante cuando la capacidad requiere un mayor esfuerzo en el adulto mayor, como mantener nueva información o memorizar de manera rápida. La compensación se da en los casos en los que no puede o tienen alguna enfermedad.

Las personas adultas mayores tienen acceso actualmente a recursos que les permiten liberarse de limitaciones psicológicas y puntos de vista que se han generado con respecto a la vejez en la sociedad. Existen etiquetas que se asignan por ignorancia del cual debe radicar el cambio de pensamiento, no verlo como una limitación si no como parte de su desarrollo (Rodríguez, 2008).

Serrate (2006), menciona que al envejecer los individuos van aprendiendo a asumir diferentes situaciones durante todas las fases de la vida, pero principalmente en esta etapa se encuentran con:

- Adaptación a los cambios de imagen
- Pérdida del poder
- Reorientación financiera
- Pérdidas familiares y amigos
- Debilitamiento de las capacidades personales y sociales.

En este apartado se habla de la actitud que tiene el adulto mayor ante lo ya vivido con las personas cercanas y los conflictos

2.8 Programas dirigidos hacia el beneficio del adulto mayor

Las organizaciones no gubernamentales coinciden en la necesidad de prestar mayor atención al proceso de ancianidad que está viviendo la humanidad. Además, el incremento poblacional de personas de 60 años y más está siendo un número significativo en el país.

El garantizar el máximo bienestar de los adultos mayores debe ser fundamental como: la atención integral, el manejo de las enfermedades crónicas y la utilización del tiempo libre.

Por parte del gobierno de la Ciudad de México en prevención y mejoramiento en la calidad de vida en los adultos mayores proporciona redes de apoyo. En cuanto al funcionamiento de estos servicios; el objetivo es dar servicios, orientación y actividades recreativas.

En el año de 1979, José López Portillo (ex presidente de México) crea el Instituto Nacional de la Senectud (**INSEN**) como apoyo a las peticiones de las personas adultas mayores y teniendo la oportunidad de dar atención a este tipo de población con la finalidad de buscar su bienestar (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2003).

Asimismo, en enero del 2002, se publica en el Diario Oficial de la Federación que el **INSEN** será parte de la Secretaría de Desarrollo Social, cambiando su denominación a Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (**INAPLEN**), tomando en consideración la experiencia, valores y virtudes de la población de las personas adultas mayores; siendo el organismo rector de las políticas públicas del desarrollo social antes mencionadas (Instituto Nacional De Las Personas Adultas Mayores, 2003).

En enero 2002, se publicó en el diario oficial el decreto de que el INSEN forma parte de la Secretaría de Desarrollo Social, cambiando su nombre a Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN), con la idea que los adultos son fuente de experiencia y testimonio vivo de valores y virtudes en plenitud.

El 25 de junio del mismo año, se publicó en el Diario Oficial la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, a lo que se le dio el nombre actual de Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2016).

La Secretaría de Desarrollo Social (**SEDESOL**) bajo el Programa Anual de Trabajo 2015 y con la colaboración de INAPAM promueven el desarrollo de las personas adultas mayores dándoles atención integral para proporcionar una calidad de vida incluyente dentro de la sociedad.

El propósito del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (**INAPAM**), es el reconocimiento de los derechos que tienen las personas adultas mayores como vivir con dignidad, detectar problemas y resolverlos, proponer acciones a la sociedad para que estos adquieran responsabilidad para el apoyo, cuidado y respeto del adulto mayor (Instituto Nacional De Las Personas Adultas Mayores, 2003).

Entre los programas desarrollados en apoyo a las personas adultas mayores se encuentran:

- Credencial del INAPAM.
- El programa pensión para adultos mayores que atiende a la población adulta mayor de 65 años en adelante y tiene cobertura nacional.
- Salud (Farmacias, Aparatos Ortopédicos, Laboratorios Clínicos)
- Vestido y Hogar
- Recreación y cultural (Agencias de Viajes)
- Transporte y Diversos
- En el esquema de la contraloría: la Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios (DGAGP) 2017, en su Programa Pensión para adultos mayores eliminó ventanillas de atención mediante las cuales las personas adultas mayores realizaban trámites y servicios para poder obtener los apoyos que se les otorgan a través del Programa.

2.9. Leyes y declaraciones sobre los derechos de los adultos mayores

En México, como en muchos países del mundo, se han implementado leyes para la protección de los adultos mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en México la Ley de los

Derechos de las Personas Adultas Mayores. Clasificándola en seis secciones y abordando 50 artículos, de los cuales se mencionarán los más relevantes.

- **CAPÍTULO ÚNICO DISPOSICIONES GENERALES:** En este capítulo se abordan los derechos del adulto mayor a partir de los 60 años o más, dentro de la familia, sociedad y en instituciones. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento
- **CAPÍTULO II DE LOS DERECHOS:** se trata sobre la Integridad, dignidad de la certeza jurídica (ayuda por instituciones federales). Al disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna y sin violencia alguna.
- **CAPÍTULO III DE LOS DEBERES DEL ESTADO, LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA:** El Estado garantiza las mejores condiciones de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social para las personas adultas mayores. También tiene la obligación de establecer programas para el bienestar.
- **CAPÍTULO IV DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES:** Garantizar a las personas adultas mayores el pleno ejercicio de sus derechos. Fomentar en la familia, el Estado y la sociedad, una cultura de aprecio a la vejez para lograr un trato digno, favorecer su revalorización y su plena integración social.

Además de la ya mencionada ley de protección, existen otros artículos relevantes al objetivo de investigación que a continuación se mencionan:

- En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 25, se establece el derecho de las personas a contar con un nivel de vida adecuado que le asegure, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (citado en Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura, 2008).
- En el Código Civil, Artículo 304, los hijos están obligados a dar alimentos a los padres y a falta o por imposibilidad de los hijos, los descendientes más próximos en grado se harán responsables. Siguiendo este precedente cada entidad federativa estipula tal obligación (Secretaría de Servicios Parlamentarios, 2010).
- El Código Penal del Distrito Federal, Artículo 156, establece que a quien abandone a una persona incapaz de valerse por sí misma teniendo la obligación de cuidarla tendrá de tres meses a tres años de prisión (Secretaría de Servicios Parlamentarios, 2010).

2.9.1 Centros sociales para el adulto mayor

Algunos Centros sociales están especializados para problemas de autonomía, físicos y psíquicos que aquejan a los adultos mayores, ya que estos problemas les impiden llevar una vida independiente en su hogar, además de que estos centros cuentan con una atención integral y alojamiento, cuidado personal, atención gerontológica-rehabilitadora, apoyo personal y social (Profeco, 2007)(ver Tabla 5).

Tabla 5. Algunos centros para adultos mayores

FUNDACION ALZHEIMER	Actividades de lunes a viernes para personas con demencia senil, alzheimer.	www.alzheimer.org.mx
UN GRANITO DE ARENA AC.	Casa de reposo para adultos mayores.	www.ungranitodearena.org.mx
NAHUI OLLIN A.C.	Apoyo a personas de la Tercera Edad que viven en asilos.	nahui.ollin.ac@gmail.com
ASILO DE ANCIANOS ROSA LOROÑO, I.A.P	Casa hogar para adultos mayores en abandono.	www.contuayudaalavejez.org
CASA HOGAR SERVICIO Y AMOR I.A.P.	Casa hogar para adultos mayores	laura_gaviota@live.com.mx
FUNDACIÓN EL PUEBLITO DE LOS ABUELOS I.A.P.	Protección y apoyo para los adultos mayores.	www.elpueblitodelosabuelos.org/
FUNDACIÓN HÉCTOR VÉLEZ Y DE LA ROSA. I.A. P	Centro de día para adultos mayores	(http://fundacionhectorvelez.org/).

Profeco, 2007

2.9.2 Fundación Héctor Vélez y de la Rosa. I.A.P

La institución brindó la oportunidad de hacer el taller de Risoterapia con los residentes de la fundación. La directora de la institución Hilda Estela Gaitán López, fue la persona que autorizó la realización del taller de Risoterapia.

La institución se encuentra ubicada en la colonia San Andrés Tetepilco, Delegación Iztapalapa, fue fundada en el año 1995 por Héctor Vélez y familia, con la convicción de crear un espacio donde los adultos mayores puedan desarrollar lazos sociales.

Tiene como objetivo, el desarrollar la autonomía, habilidades, autoestima, capacidades, desenvolvimiento social e incrementar el conocimiento sobre temas de interés. Algunas de las actividades que se llevan a cabo se muestran en la siguiente tabla (ver tabla 6).

Tabla 6 Actividades en Fundación Héctor Vélez y de la Rosa I. A. P.

Activación mental	Yoga	Gimnasia
Baile de salón	Rehabilitación	Pintura
Manualidades	Idioma ingles	Computación
Coro y teclado	Danza regional	Teatro

Fundación Héctor Vélez y de la Rosa I.A.P.

Esta organización busca el fortalecimiento de actividades asistenciales y la sensibilización en los jóvenes y adultos universitarios sobre las diferentes formas de abordar la vejez.

A través de este capítulo se mostró cual ha sido la evolución con respecto al tema de adulto mayor, cómo han ido incluyendo al adulto mayor a la sociedad, la importancia que se les ha dado y los beneficios que la ley les ha otorgado para tener una mejor calidad de vida a nivel físico, cognitivo, y por parte de la familia. Así mismo, se resalta la importancia del proceso de envejecimiento, salud física, pero del mismo modo cómo se descuida la parte emocional del adulto mayor tal es el caso de la ansiedad, es por ello por lo que se mostrará cómo la Risoterapia como terapia complementaria/ alternativa disminuye la ansiedad en el adulto mayor brindándoles herramientas que pueden utilizar en la vida cotidiana.

En el siguiente capítulo se abordará el tema de la Risoterapia como una terapia complementaria/alternativa, la ayuda que dan diversas instituciones haciéndolo de una forma diferente y mostrando una herramienta más para trabajar en la mejora de la ansiedad, donde se describirá la historia, autores, beneficios entre algunos otros temas.

Capítulo 3. Risoterapia

La Organización Mundial de la Salud (OMS, citado en Asamblea Mundial de la Salud, 2009) reconoce en el artículo WHA62.13 (2009) los progresos realizados por los países en el campo de la medicina tradicional o complementaria para el tratamiento de la salud, dicha medicina son los conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en teorías, creencias y experiencias propias de culturas diferentes, y cómo estas son utilizadas para obtener salud, física y mental.

Con la intervención de la psicología positiva, que se da a través de experiencias positivas, utilizando programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, ayudando a prevenir o reducir la ansiedad, al mismo tiempo interviene la psicología de la salud y como complemento la Risoterapia para el mejoramiento de la intervención con los adultos mayores (Seligman, 2005).

Los seres humanos tienen diferentes formas de comunicación, como son la oral, escrita y corporal. En este último apartado es donde se clasifica la risa, el humor y la Risoterapia.

A continuación, se dará una explicación breve de estos conceptos

3.1. Definición de Risa

- Risa

La risa es una reacción psico-fisiológica caracterizada por rasgos de expresión facial, movimientos corporales característicos (del abdomen, hombros, cabeza y en casos de risa intensa el movimiento de todo el cuerpo), una serie de procesos neurofisiológicos concretos

cambios respiratorios y circulatorios, activación del sistema dopaminérgico y otros circuitos neuroquímicos, por una sensación subjetiva reconocible que se le denomina hilaridad, de carácter placentero en mayor o menor medida. Pero la risa es algo más, es considerada desencadenante de una emoción positiva, la causa o reflejo externo (la hilaridad), que produce placer (Royo, 2013).

3.2 Historia de la risa

Para Aristóteles la risa era apropiada mientras no provocara algún daño o dolor en otro y coincidía con Platón al mencionar que las personas que se hacen los chistosos son bufones o vulgares (Tonda, 2016).

Por su parte Hipócrates, 400 años antes de Cristo (469-300 A.C.), estableció cuatro elementos que constituyen el universo, estos son agua, aire, tierra y fuego, considerándolas como la raíz del todo, mencionaba que las cosas no nacen ni mueren; estas aparecen y desaparecen por la unión y desunión de los elementos, esto es, por el sentimiento del amor y el odio (Garanto, 1983).

Estos cuatro elementos se presentan en el organismo humano, su mezcla da como resultado el equilibrio de la personalidad o salud con la que cuentan las personas, si es alterada se influye un humor y será considerado como enfermedad (Garanto, 1983) (ver Tabla 7).

Tabla 7 Elementos descritos por Hipócrates

Elementos	Propiedades	Humores	Temperamento
Tierra	Frialidad Sequedad	Bilis negra	Melancólico
Aire	Calor Humedad	Sangre	Sanguíneo
Fuego	Calor	Bilis Amarilla	Cólera
Agua	Frialidad Humedad	Flema	Flemático

Garanto, 1983.

Hipócrates consideraba que la salud era producida por el equilibrio de los humores del cuerpo y ubicaba el mecanismo fisiológico de la risa en el pecho (Reyes, 2010).

En algunos países como la India, la risa era relevante por lo que existían templos sagrados donde se podía practicar; en algunos libros hindúes se habla sobre los beneficios de la meditación con risa, mencionan que es una técnica y una forma de conocerse interiormente (Ramos, Susanibar, & Balarezo, 2004).

Otro país es China, donde en el imperio chino hace más de 4000 años, existían templos donde las personas se reunían para reír con la finalidad de equilibrar la salud. La filosofía china del Tao aconseja que para estar sano y mantenerse en forma hay que reír 30 veces al día (Ramos, Susanibar, & Balarezo, 2004).

La risa no es un tema nuevo, una prueba de ello es el libro del Antiguo Testamento de la Biblia, Proverbio 17:22 “El corazón alegre constituye buen remedio; Mas el espíritu triste seca los huesos” (La Santa Biblia: Antiguo y Nuevo testamento, 2007, p. 624).

3.3 Fisiología de la risa

En este apartado se mencionan algunos autores que hablan de la risa, las partes del cuerpo que están involucradas para que exista la risa y cuáles son los beneficios que se tienen.

Carbelo y Jaureguí (2006, citados por Ahmad, & Morales, 2014), refieren que reír se relaciona con beneficios para el sistema muscular y cardiovascular, favorece las relaciones interpersonales y es un detonante de las emociones positivas.

Confirmando lo anterior en la risa se trabajan tres partes importantes: el complejo neuroquímico, el complejo muscular y el complejo respiratorio:

- El complejo neuroquímico

En este complejo se activa el Córtex como parte consciente, el sistema límbico como centro donde habitan las emociones, los receptores específicos en el sistema nervioso, el sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático), el cual queda fuera del control de la voluntad. Todo esto en conjunto es lo que hace que la risa se lleve a cabo, activando el complejo muscular y respiratorio.

En la corteza prefrontal se encuentra localizado el buen humor y la risa, lo que hace que haya una conexión con el sistema límbico y existan respuestas emocionales, estas partes del cerebro comienzan a realizar su función; el Córtex prefrontal del hemisferio derecho registra actividad en el lóbulo temporal y en la memoria esto sirve para remover entre los recuerdos almacenados y surge la respuesta adecuada al estímulo al ser identificada la vivencia en la memoria surge la risa, sonrisa o carcajada.

- El complejo muscular:

En este complejo los músculos son activados por medio de la risa, tal es el caso de los músculos internos de la cara como el risorio de Santorini, cigomático mayor y elevador del ángulo de la boca estos se encargan de exteriorizar la emoción que se está sintiendo. Otro músculo involucrado en la risa es el músculo cardíaco (el corazón), este se dispara con taquicardia haciendo que la presión arterial descienda.

Los músculos externos que se mueven con la risa son los hombros (sacudiéndolos), la cabeza (se mueve de un lado a otro). Si la risa continúa puede afectar al esfínter, esto se da más en mujeres que en hombres.

- El complejo respiratorio:

En este intervienen los músculos laríngeos, sintonizando la vocalización de la risa (*ja,ja,ja*) se contraen los músculos respiratorios como el diafragma, intercostales y escalenos, la caja torácica se expande lo que provoca que aumente la capacidad respiratoria.

El complejo respiratorio está ligado con el complejo muscular, ya que la risa es una forma sana de realizar ejercicios respiratorios, de forma natural y satisfactoriamente, lo que hace que el aire que se tiene de reserva se mueva y se pueda expulsar con una respiración forzada (Rodríguez, 2008).

3.4 Teorías del origen de la risa

En este apartado se hará mención de algunas teorías de diversos autores sobre el origen de la risa.

Thomas Hobbes (1983), señalaba que la risa se da como efecto directo de la percepción de que otra persona es inferior al otro y se refiere a una ganancia momentánea (Hobbes, 2002).

A su vez Koestler (1964) mencionó que la risa es un lujo que puede surgir en una persona que tenga autonomía ante los impulsos de las emociones, al igual que éstas las perciba como repetidas, propone la teoría de la creatividad en la que va aunado la trilogía de la ciencia, el arte y el humor.

El filósofo francés Bergson consideró que el punto de la risa es una característica del hombre, lo cómico no puede darse fuera de lo humano. Muchos han definido al hombre como un animal que ríe o un animal que hace reír, cualquier otro animal o cosa inanimada le produce la risa, esto es por la semejanza con el hombre; por la creatividad con que realiza las cosas o por el uso que se le da a ese objeto (Bergson, 1985).

Mulcaster, en *El valor terapéutico del humor* (citado en Bergson, 1985) menciona que la risa ayuda a las personas que son introvertidas y tienen manos y pecho fríos, puesto que el reír desplaza mucho aire en el pecho y produce calor que normaliza la sangre.

Bergson refirió que los seres humanos no saborearíamos lo cómico si estuviéramos aislados, es decir que la risa necesita un eco, si escuchamos que alguien más se ríe, pero no sabemos por qué lo hace, no genera ese efecto (Bergson, 1985).

Pascal, al referirse a la risa (citado en Bergson, 1985) explicó que dos caras no hacen reír por sí solas, lo que mueve a la risa es su parecido. Ahora bien, Bergson comentó que, entre mayor número de personas idénticas, que danzan, se mueven, toman la misma actitud y hacen gesticulaciones, esto hace que la risa sea provocada.

Sigmund Freud y Herbert Spencer señalaron que la risa libera tensión o sentimientos acumulados; como sucede con los chistes agresivos, humor negro o con la risa nerviosa (Bergson, 1985).

Freud, en su libro *“El chiste y su relación con el inconsciente”*, menciona que la sensación de placer que se experimenta ante un chiste no depende del contenido del chiste el propósito es ganar placer por los procesos anímicos. Lo gracioso se relaciona en cómo se cuenta el chiste, los recursos que se tienen para ellos como son la condensación, desplazamiento, figuración indirecta, lo que provoca en el oyente una sensación de placer.

3.4.1 La risa y su desarrollo

Existen diferentes tipos de chistes: el chiste inocente, es algo moderado y provoca una risa fácil en el oyente. El no inocente este puede ser hostil (agresivo, sátiro y defensa) u obsceno (Freud, 1905/1982).

Los niños al nacer utilizan la risa como forma de comunicación con la madre y después es convertida en conducta emocional, un niño de 6 años se ríe aproximadamente de 300 a 600 veces al día a diferencia del adulto que lo realiza de 15 a 100 veces y en el adulto mayor disminuye y sonrío menos de 80 veces al día, la persona más risueña sonrío 100 veces al día (Tonda, 2016).

La risa es una respuesta sonora involuntaria del organismo esta es producida al recibir algún estímulo ya sea social, lingüístico, físico, auditivo o visual. Los sonidos que se escuchan al reír son producidos cuando el aire es expulsado de los pulmones. Los seres humanos son la única especie que produce sonidos al expirar, es por tal motivo que la risa es una característica de la evolución del ser humano. Al evolucionar de andar en cuatro patas al

bipedalismo hubo un cambio en el tórax esto hizo que existiera un mayor control en la forma de respirar (Tonda, 2016).

3.4.2 Los beneficios de la risa

Para Ramos, Susanibar, & Balarezo (2004) la risa tiene muchos beneficios: un minuto de risa diario equivale a 45 minutos de relajación: al reírse se incrementa la autoestima y confianza en personas con ansiedad o depresión, existe un refuerzo inmunológico, corta los pensamientos negativos, por lo que no podemos reír y pensar al mismo tiempo.

La risa permite la estimulación, estira los músculos de la cara, se incrementa la velocidad de la sangre, se ve el mejoramiento del sueño y se pierden calorías. Igualmente, se obtienen beneficios psicológicos: al eliminar el estrés, la depresión, el retroceso a un nivel mental o emocional anterior como mecanismo para mitigar una realidad que se percibe como dolorosa o negativa, exteriorización de emociones y sentimientos. Se observan beneficios en lo social esto permite desenvolverse favorablemente en situaciones incómodas, facilita la comunicación y es la mejor forma de “romper el hielo” (Villamil, Quintero, Henao, & Cordona, 2013).

Rodríguez (2008) en el libro *El valor terapéutico del humor*, menciona que la risa ayuda a disminuir los dolores físicos y que el sufrimiento psíquico desaparezca, estos beneficios se deben a una risa sana.

La risa emite una señal sonora esto indica la distancia que existe entre la mente y la actitud, comportamiento obligado o ridiculizado del ser humano en una situación ocurrida que haya sido graciosa, es un instante de libertad que se va deshaciendo conforme la tensión cognitiva va disminuyendo (Aladro, 2002).

La risa no solo son cosas positivas, algunas risas no provocan la elevación del estado de ánimo, no son momentos agradables y no demuestran el bienestar de la persona, esta es la risa patológica y la risa causada por el consumo de sustancias tóxicas y alcohol (Rodríguez, 2008).

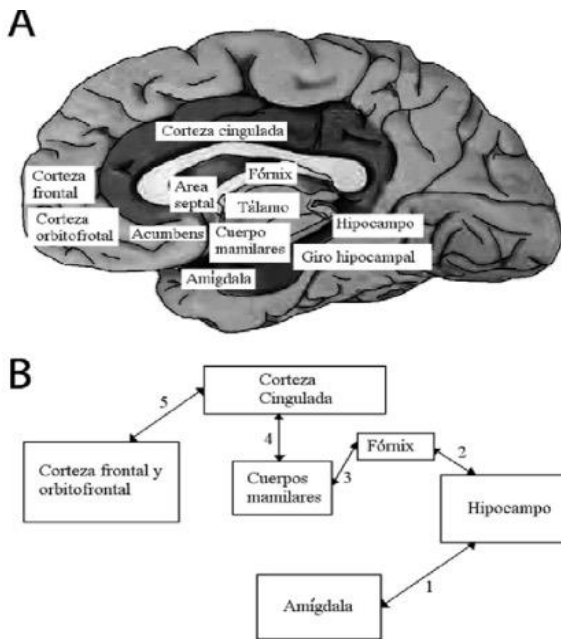
3.5 Definición del humor

El humor ayuda a sustituir las emociones negativas por sentimientos agradables, no se puede tener una emoción positiva y negativa a la vez (enojo, tristeza, miedo, desagrado) y reírse al mismo tiempo. El sentido del humor cambia el comportamiento, por lo que el ser humano al reírse habla más, tiene más contacto visual y contacto físico (López, Iñaki, Yahya, Méndez, & Méndoza, 2009).

El humor se ve como un beneficio para la salud mental, lo que hace que las personas se sientan mejor, existe una mejora en las relaciones interpersonales cuando todos se ríen juntos, la risa y sonrisa se disfrutan mejor al compartirse con los demás (López, Iñaki, Yahya, Méndez, & Méndoza, 2009).

Anatómica y funcionalmente, el centro del sentido del humor se encuentra ubicado en la circunvalación frontal superior izquierda del cerebro en el área motora suplementaria (Ramos, Susanibar, & Balarezo, 2004) (ver Figura 1).

Figura 1. Localización de las zonas donde se genera la risa



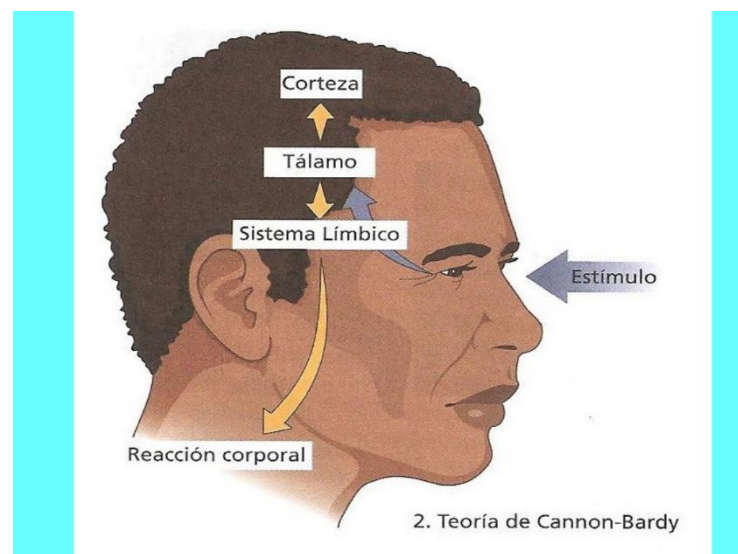
A: Ilustración anatómica del sistema límbico.

B: Diagrama de señales que se establece entre las estructuras del sistema límbico, Señal de cadena neuronal que representa la base fisiológica, que regula las emociones.

Ramos, Susanibar, & Balarezo, 2004.

Cannon-Bard en la teoría “James-Lange” (1884), mencionado en el libro *Valor terapéutico del humor* (citado en Rodríguez, 2008), describen que las emociones se encuentran en la base del cerebro y existe una conexión con el sistema nervioso autónomo. Observó que al estimular las estructuras del (paleocortex), sistema límbico (hipotálamo, hipocampo y amígdala) se generan las emociones, en estas estructuras se produce la tristeza, alegría y hambre, acompañado de fenómenos orgánicos por mencionar algunos como son taquicardia, modificación de presión arterial, el tamaño de las pupilas, movimientos intestinales y cantidad de glucosa en la sangre (véase en la Figura 2).

Figura 2



Rodríguez 2008

El presidente de la *Association of Applied and Therapeutic Humor*, Steven M. Sultanoff, mencionó que por medio de la risa se pueden obtener beneficios tales como reducción de estrés; estimula la producción de inmunoglobulina y estimula a los linfocitos T (anticuerpos que combaten las infecciones). Las personas que sienten de forma crónica emociones estresantes, como la rabia, depresión o ansiedad, sufren un impacto negativo en su salud debido a dichas emociones (Avendaño, Linares, & Pérez, 2014). Según García (2015), la risa centra a las personas, ayuda a despejar los pensamientos negativos tales como son: “lo que debería ser..., tendría que hacer..., me convendría..., y si hiciera..., y si acordara...”, esos pensamientos negativos están llenos de angustia y desconcierto.

3.5.1 El sentido del humor y la relación con lo cognitivo

El humor es una actividad de la mente, ésta asocia e integra los elementos sensoriales percibidos, selecciona un diagrama simple, forma un esquema, le da una forma y clasifica el contenido, esto a partir de la existencia de una situación, actividad o conducta (Aladro, 2002).

Con el modelo cognitivo como terapia, se trabaja con personas que tienen distorsiones del pensamiento, las cuales tienen una influencia en el estado anímico y afectan la conducta de los pacientes. Al realizar una modificación del pensamiento se observa una mejoría en el estado de ánimo y en el comportamiento (Beck, 2000).

La terapia cognitiva no sólo se da con pacientes psiquiátricos, se aplica en diferentes organizaciones y poblaciones como prisiones, escuelas y pacientes con enfermedades no psiquiátricas. Persons, Burns y Perloff (1988; citado en Beck, 2000) demostraron que la terapia cognitiva también es eficaz para pacientes con diferentes estudios, ingresos y extracción social; aplicando individual y grupalmente.

Judith Beck (2000) mencionó en el libro "*Terapia cognitiva*" que el tratamiento está estructurado para la formulación cognitiva de un trastorno específico y conceptualización de cada paciente, el terapeuta busca diferentes recursos para producir un cambio cognitivo, de comportamiento y cambio en el sistema de creencias; con esto se puede conseguir una alternativa duradera de sus emociones y comportamientos (Beck, 2000).

La terapia se planea para cada persona, el terapeuta cognitivo que recién comienza suele ser prudente, estructurado y se concentra en un elemento a la vez, aun así, existe algunos principios para aplicar la terapia cognitiva (Beck, 2000).

En la Tabla 8, se observan los diez pasos que son esenciales para la terapia cognitiva según Aaron Beck.

Tabla 8. Principios para la terapia cognitiva

<p>Principio 1 Es fundamentada en una forma dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos.</p> <p>Principio 2 La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica conjuntando la calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia.</p> <p>Principio 3 Resalta la colaboración y la participación activa, esto es tener un acuerdo con el paciente como los temas que se trabajara en cada sesión, la frecuencia de las visitas y las tareas que el paciente debe realizar.</p> <p>Principio 4 Están orientados a objetivos y centrados en problemas fijos</p> <p>Principio 5 Destacar el presente, esto implica enfatizar en los problemas actuales y en las situaciones específicas que alteran al paciente.</p> <p>Principio 6 Es educativa, tiene el objetivo de enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, y pone énfasis en la prevención de recaídas.</p> <p>Principio 7 Esta tiene limitaciones en tiempo, personas con ansiedad y angustia se tiene un tratamiento de 4 a 14 sesiones.</p> <p>Principio 8 Son estructuradas, el terapeuta tiene que armar una estructura establecida para cada sesión.</p> <p>Principio 9 Ayuda a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos y los comportamientos disfuncionales.</p> <p>Paso 10 Ocupará diferentes técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.</p>

Beck, 2000.

Albert Ellis (1962) pionero de la terapia TRE (Terapia Racional Emotiva). Mencionó la teoría de la dinámica de la personalidad, nombrada por él “teoría ABC” esto consiste en:

• A (estímulos o acontecimientos) concebido como lo percibido o construido por la persona

• B (creencias) Cognitivo

- C (reacción o conducta)

La terapia racional emotiva, enseña a modificar evaluar el entorno; lo que permite estar en calma y satisfacción.

Las Creencias Irracionales se diferencian de las racionales en dos características: Primero, en que son absolutas (por naturaleza) y se expresan en términos de tengo que..., debo..., debería..., estoy obligado a...

Segundo, en que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas (ansiedad, culpabilidad, miedo). Las Creencias racionales son el fundamento de los comportamientos funcionales, mientras que las Creencias irracionales están a la base de las conductas disfuncionales como la ansiedad

El autor Albert Ellis comenta que el ser humano piensa y actúa de forma racional cuando se siente feliz y efectivo, hace mención que el pensamiento y la emoción no son dos procesos diferentes, están relacionados de forma significativa. Es decir, al tener pensamientos negativos existe una reacción emocional negativa (Navas, 1981).

3.5.2 El sentido del humor

Edward de Bono (1990) define el concepto del humor como la conducta más demostrativa de la mente humana. Garanto (1983), expresa que es un estado de ánimo algo persistente, que capacita para no dar la importancia y criticar las experiencias emocionales. Bisquerra (2000, citado en Sevilla & López, 2009) lo ve como un símbolo de madurez humana y no un obstáculo.

El vocablo humor, etimológicamente *umus*, significa humedad y era relacionado con el rocío, vino, lágrimas y sangre.

Por otra parte, García Larrauri (2006; citado en Sevilla & López, 2009) dice que el humor se relaciona con lo divertido, con lo cómico, haciendo referencia a una situación, a una respuesta concreta o a las características que se atribuyen a algo definido como humorístico, mientras que el sentido del humor se centra en la persona y en sus diferencias individuales

El humor se puede relacionar con la risa, siendo esta última como una respuesta fisiológica o física al humor, al igual que la sonrisa, por lo que no hay que confundir humor con risa (Sevilla & López, 2009).

El humor involucra fuerza, formación y superioridad ante los peligros y calamidades y es la simbolización de la victoria. El humorista es un héroe ya que reconoce la realidad habitualmente como mala y lo expresa como si a él no le afectara (Grotjahn, 1961).

3.5.3 El humor y sus beneficios

Promueve un ambiente positivo y agradable, el humor ayuda y motiva a un mejor aprendizaje y una mejor retención de la información, ya que se produce una emoción y actitud positiva incrementando a su vez la motivación. Se atrae y mantiene la atención, ayudando a su retención en la memoria a largo plazo y haciendo accesible su recuperación (Sevilla & López, 2009).

Bergson (1984), Koestler (1976), Freud y Pirandello (1968) mencionaron que en el humor existen dos diferentes formas de entender un mensaje, produciendo un sentimiento a

la persona, construyendo esquemas o imágenes en el otro, esto puede ser de forma acústica, visual o kinestésica esto es un contenido cognitivo (Aladro, 2002).

Ellis (1981) escribió sobre las características y ventajas al utilizar el humor como método para la resolución de problemas (Aravena, 2009) (Ver la tabla 9)

Tabla 9. Características y ventajas del humor

1. Posibilita a la gente a reírse de ellos mismos y auto aceptarse con sus puntos débiles
2. Ayuda a esclarecer las conductas autodestructivas de forma graciosa y sugestiva
3. Suministra nuevos datos y latentemente mejores resultados
4. Disipa la monotonía y la excesiva seriedad de muchos temas repetitivos
5. Favorece el distanciamiento objetivo de la persona al introducirlo en una atmósfera humorística.
6. Detiene dramática y duramente algunas formas de pensar y de comportarse irracionales facilitando la adquisición de otras nuevas
7. Enseña a las personas a pensar paradójicamente y a actuar de forma contraria a la que suelen hacer
8. Se utiliza como método de evasión que al menos suspende de forma temporal sus ideas autodestructivas
9. Pone en evidencia a la persona lo importante y lo agradable que es pasarlo bien en la vida
10. Desinfla de forma efectiva y contundente la grandiosidad humana.

Aravena, 2009.

3.6 Psicología Positiva

Durante estos últimos años se ha trabajado en conceptos positivos subjetivos, como la felicidad asociada con satisfacción cognitiva, el bienestar, la facilitación conductual, así como las fortalezas y virtudes, todo ello para estudiar el efecto que tienen en la salud y en el desarrollo general de la población.

La psicología positiva se desarrolló en la década de los noventas en los Estados Unidos, el objetivo principal es el estudio de todas aquellas emociones positivas, fortalezas y virtudes presentes en el humano.

La psicología positiva es definida por Seligman (1999; citado en Contreras & Esguerra, 2006. p. 65), como “el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene la incidencia de la psicopatología”.

El término en el área de psicología fue propuesto por Martin Seligman, quien se dedicó en gran parte al estudio de la indefensión aprendida (conductas pasivas) y a la psicopatología, del cual llamo a su estudio fortalezas y virtudes humanas.

Seligman (2003; citado en Lupano & Castro. 2018), declaró que su objetivo hacia una psicología más positiva es “el estudio de la fortaleza y la virtud y no sólo el estudio de la debilidad y el engaño”. Este autor menciona que el tratamiento no cambia lo que está roto, sino que alimenta lo mejor de nosotros. Es decir, lo que esta mal no se puede corregir; pero se pueden reforzar las fortalezas que se tienen.

Uno de los principales aportes de la psicología positiva ha sido establecer que el sentimiento de felicidad o bienestar duradero es bastante estable en las personas, y que está compuesto por un punto fijo, probablemente hereditario, que es relativamente independiente del ambiente en el que se vive y se puede modificar por circunstancias específicas (Contreras & Esguerra, 2006).

3.7. La psicoterapia Positiva.

En este apartado se pueden observar algunos puntos importantes que se implementan en Risoterapia y estas herramientas son útiles para llevar a cabo la actividad, los siguientes puntos son:

- Autoayuda: capacidad de entender los conflictos y a su vez es el terapeuta para sí mismo y su entorno.
- Aspecto transcultural: la persona como ser integrante de un grupo y perteneciente a un contexto al que fue criado, pero también tiene su espacio personal de crianza y esto al relacionarse con otras personas puede llevar a problemas transculturales.
- Aspecto de contenido: la terapia describe ciertos contenidos de conflicto, base para los instrumentos terapéuticos empleados en terapia y que responden a ¿Qué tienen en común las personas y en qué son distintas?
- Aspecto metateórico: se da la utilización de varios métodos o direcciones que pueden ser utilizados para complementarse uno a otro.
- Relatividad de los lazos familiares: para la terapia positiva: la familia es el centro, a la vez intenta ver a los miembros de la familia como individuos e incluye factores sociales en el tratamiento (Saenz, 2000).

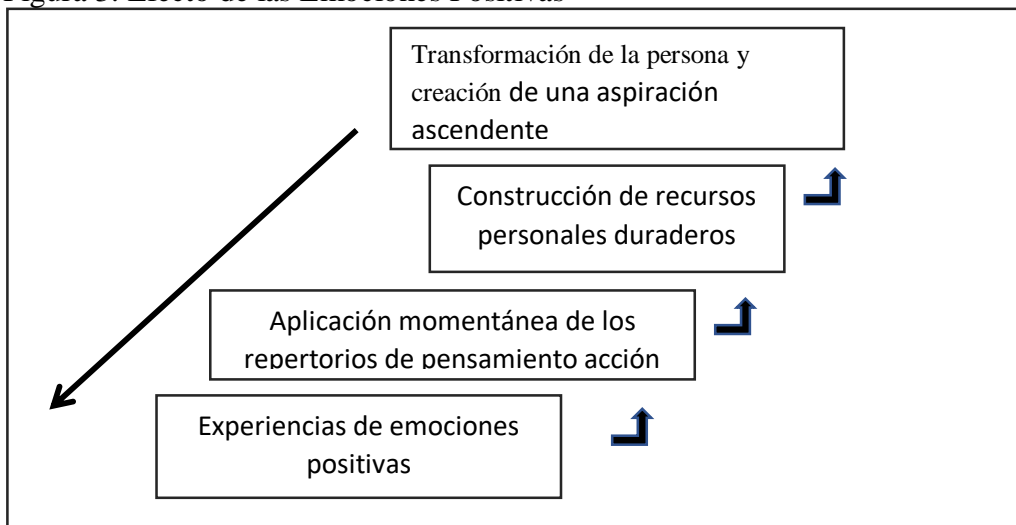
3.7.1. Las emociones positivas

Al hablar de las emociones positivas se incluye la felicidad y sentimientos positivos, estos influyen en el bienestar por lo que estas reacciones se experimentan cuando sucede algo significativo para una persona, lo que favorece el crecimiento personal, teniendo sentimientos de satisfacción con la propia vida, tener esperanza, ser optimista y ser más feliz (Fredrickson, 2000).

Las emociones positivas se definen como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, lo que permite adoptar una perspectiva abierta respecto al potencial humano, sus capacidades y motivaciones (Contreras & Esguerra, 2006).

Además, dichas emociones ayudan al bienestar, consiguiendo el crecimiento psicológico, personal y duradero. Fredrickson (2000; citado en Barragan, Ahmad, & Morales, 2014) explicó que las emociones positivas mejoran la salud, el bienestar subjetivo, la resiliencia psicológica, favorece el razonamiento eficiente, flexible y creativo; además producen pensamientos novedosos, flexibles, comprensivos y creativos. Fredrickson habla de la teoría de ampliación y construcción, menciona que experimentar emociones positivas permite construir y reforzar los recursos con que cuenta una persona de forma física, intelectual y social (ver Figura 3).

Figura 3. Efecto de las Emociones Positivas



Barragan, Ahmad, & Morales, 2014

Algo que se experimenta con la emoción positiva es la risa, esta hace que existan beneficios a nivel físico, psicológico y social, la risa va aunada con el humor para que haya una mejora significativa.

La psicología positiva es aplicada a nivel clínico, su objetivo es cambiar el marco de intervención, desarrollando estrategias terapéuticas que favorezcan la experiencia emocional

positiva, orientado a la prevención y tratamiento de los problemas de emociones negativas como la depresión, agresión, estrés y principalmente la ansiedad (Fredrickson, 2000).

3.7.2. Psicología de la salud, psicología positiva y cómo interviene en la Risoterapia

En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud en tres dimensiones: “La salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”. El problema de dicha definición radica en explicar qué es el bienestar de un individuo.

El bienestar subjetivo es un área de interés científico y no una estructura, ésta incluye respuestas emocionales de las personas, satisfacción de dominio y satisfacción de vida, dando lugar a lo que sienten y piensan acerca de su vida (González, 2009).

La Psicología de la salud es definida como “la disciplina que aplica los principios, técnicas y los conocimientos científicos desarrollados, la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento, la modificación de trastornos físicos, mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar” (Oblitas, 2008).

En Psicología de la salud hoy en día no solo se considera la prevención de enfermedades sino también aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales. Existen evidencias de que nuestra salud está influenciada por nuestras conductas, pensamientos y relaciones sociales (Oblitas, 2008).

En los años 60 inicio el programa salud- enfermedad, también conocido como psicología de la salud; teniendo un espacio en el campo de la psicología, éste se enfocó en

dos áreas uno fue el clínico (psicoanálisis, psicología médica y psicológica cognitiva conducta) y por otro lado la psicología social comunitaria.

La psicología de la salud como atención primaria en áreas de “la salud positiva” recae en los programas que apoyan a los procesos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Stone (1979; citado en Piña & Rivera, 2006) menciona que la psicología de la salud como especialidad de la psicología comprende la aplicación de conceptos psicológicos a cualquier problema que se haya presentado en el sistema de salud.

Por su parte Matarazo (1980; citado por Piña & Rivera, 2006) mencionó que la psicología de la salud es la prevención y el tratamiento de enfermedad.

Torres y Beltrán (1986; citado en Piña & Rivera, 2006) entienden el concepto de salud, como una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aspectos psicológicos tales como actitud, conceptos, conductas, valores y hábitos. Con el objetivo de identificar el problema y dar una solución.

Morales en 1999, en el tema de adultos mayores, se refiere a las problemáticas donde pueden intervenir los psicólogos en situaciones propias de la edad, aumento de limitaciones y aislamiento social (Díaz, 2010).

En la psicología positiva se ha demostrado que las emociones negativas son relativamente independientes de las positivas, lo que genera una reducción y no necesariamente que aumenten las emociones negativas; lo mismo pasa cuando hablamos de la enfermedad y la salud (Hervás, 2009).

La prioridad de la psicología positiva es la comprensión, el remedio, o la reducción del malestar, producido por diversos problemas individuales y sociales; tales como son: trastornos psicológicos, enfermedades físicas agudas o crónicas, violencia y prejuicios. Esta es la prioridad de la psicología positiva para afrontar dichos problemas (Hervás, 2009).

La psicología de la salud, la psicología positiva y la Risoterapia tienen objetivos en común: la psicología positiva se encarga de estudiar los rasgos positivos individuales que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas, la psicología de la salud está encargada de la prevención de enfermedades y en el tratamiento de ellas de una forma positiva y la Risoterapia, se encarga de ayudar como medicina alternativa y complementaria al tratamiento de la enfermedad o durante ella por medio de la risa, para tener un moldeamiento de la conducta y afrontamiento adecuado con nuevas herramientas; como en este trabajo encargado de dar un taller de Risoterapia para la disminución de la ansiedad.

3.7.3 Estrategias para lograr el bienestar y la unión con las técnicas de Risoterapia

La psicología de la salud y la psicología positiva utilizan estrategias multicomponentes, para ayudar a la persona a reestablecer su equilibrio o alguna conducta de riesgo; al igual que la Risoterapia se basa en algunas técnicas. A continuación, se describen algunas de ellas (Oblitas, 2015):

- El sentido del humor y la risa: se experimentan emociones positivas y en personas optimistas. A veces las experiencias emocionales negativas se recuerdan más fácilmente cuando están de mal humor. A hora bien, no sólo la memoria es afectada por el humor, sino que también el comportamiento.

- Terapias de relajación psicofisiológica: contribuyen a un estado de bienestar y crean condiciones favorables para estar bien, anulando la ansiedad y el miedo. A partir de la respiración abdominal (concentrarse en la inhalación y exhalación), la relajación muscular profunda (tensar fuerte y soltar despacio los segmentos musculares desde la cabeza hasta los pies), la relajación autógena (visualizar sensaciones de pesadez y calor agradables en todo el cuerpo) y la retroalimentación biológica (sentir y contar el ritmo cardíaco, el respiratorio, etc.), reducen la tensión y estrés muscular y llevan a facilitar la acción.
- Reestructuración cognitiva: en los cambios cognitivos o en los patrones y estilos de pensamiento irracionales, llámese, creencias equivocadas con respecto a la vida, la familia, el trabajo y la salud, se da con el propósito de contrastarlas con la realidad para verificar su objetividad y fundamento.
- El optimismo, el buen humor y la prevalencia de emociones positivas, como la alegría y la satisfacción, contribuyen a obtener bienestar y felicidad.
- El afrontamiento adecuado de la ansiedad, depresión, estrés, el aprendizaje de nuevas estrategias para la solución de problemas, el beneficio de la práctica de actividades estéticas, culturales y recreativas, la reestructuración cognitiva, social y ambiental; contribuyen a un mejor manejo psicológico de la enfermedad (Oblitas, 2015).

3.7.4 Risoterapia o Geloterapia

La Geloterapia es también conocida como Risoterapia, que se desprende del vocablo griego *gelos* que significa reír. Para las personas que implementan la Risoterapia, ésta es una terapia complementaria en algún tratamiento, como un método de afrontamiento para las

situaciones o cambio en nuestra actitud o forma de pensar, ya sea negativa a positiva; utilizando como método la risa, el pensamiento positivo y el desarrollo del buen humor (González, 2010).

3.7.5 La Risoterapia y sus beneficios

Seligman en su libro *felicidad auténtica* (2003; citado en Cousins, 2005), retoma que la felicidad es una resultante de un conjunto de emociones positivas, tales como éxtasis y de actividades efectivas, que ayuda en la concentración y el cumplimiento de tareas de un modo positivo.

Partiendo de lo anterior, el concepto de Risoterapia se ve como un conjunto de técnicas (grupal o individual), que introduce a un estado controlado de desinhibición para experimentar la risa y trabajar con emociones positivas, la cual tiene diferentes beneficios para la salud (Cousins, 2005).

La Risoterapia sirve como complemento a las terapias tradicionales, ayuda a mejorar la salud de las personas, esta no sustituye los tratamientos de medicina, solo es una técnica psicoterapéutica enfocada en conseguir beneficios para la salud de manera somática y emocional por medio de la risa. La risa no se define como un medicamento, sin embargo, es un complemento de la medicina.

Las estrategias en psicoterapia individual tienen un valor y límites

- Contar chistes a los clientes para explicar un suceso.
- Un tipo de broma espontánea esto sirve porque surge de una forma natural a partir de la situación actual del cliente

- Que el cliente use el humor como una herramienta para enfrentar sus problemas es un método seguro
- Mostrar una actitud humorista ante uno mismo para que él cliente inicie las observaciones humorísticas hacia el mismo.

El uso del humor en terapia permite al paciente redefinir una situación a nivel cognitivo y examinar el problema desde otra perspectiva (Salameh, 2004).

Warner, (1984), mencionado en *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas* señaló los beneficios de la terapia, el humor a nivel terapéutico ayuda a tener una mejor congruencia, conciencia, catarsis, placer y autoestima; al tratar un tema que causa estrés la intervención clínica con el humor hace que se vuelva segura y aceptable socialmente. El humor en terapia ayuda a disfrutar el uno mismo y de los otros al igual que ayuda a tener una sensación de control de los problemas mediante la risa (Ruiz, 2002).

Weinstein y Goodman, en su libro *Playfair* (1980; citado en Salameh, 2004) mencionan que algunos juegos no competitivos son útiles para la terapia del humor que ayuda a romper el hielo, aumentando la comunicación entre los asistentes de una forma divertida.

En la Gaceta Universitaria con el título “*La Risoterapia como alternativa de curación*” Horacio Padilla (citado en Carrillo, 2017) señala, como la risa mejora la salud, la importancia de reír y como ésta prolonga la vida. No es alopática ni homeopática, sino psicológica. En el artículo de revisión *Risa y salud: abordajes terapéuticos*, define la Risoterapia como una intervención terapéutica con varias técnicas (Lancheros, Tovar, & Rojas, 2011).

3.7.6 Técnicas de Risoterapia

Las técnicas de Risoterapia son diversas y tienen como objetivo lograr que el participante se ría de las cosas cotidianas que normalmente ve como sucesos negativos, reírse sin utilizar algún tipo de vestimenta diferente o algún objeto que haga reír, simplemente reírse quitando prejuicios y divertirse.

Como herramienta utilizada en Risoterapia, el cuerpo es el que sirve para hacer gestos, mímica, emitir sonidos como *ja, je, ji, jo, ju* y disfrutando el ridículo que se puede hacer siempre.

Dentro de los grupos, estas técnicas permiten identificar la identidad y personalidad de las personas para saber qué tipos de herramientas se les pueden proporcionar. En los talleres se invita a las personas a concientizar la forma en que toman los problemas, y como el estado negativo se hace presente y más común conforme la edad va avanzando (Brunete, 2015).

En este apartado se explica el tipo de intervenciones habituales en Risoterapia y cómo son aplicadas en terapias complementarias:

- **Conexión:** implica hacer conexiones entre sensaciones corporales, sentimientos, emociones, imágenes, recuerdos, pensamientos, actitudes, comportamientos y entornos.
- **Expresión:** la risa da la oportunidad de compartir ideas con otras personas, estos medios pueden ser materiales, de forma no verbal y musicales.

- Interacción: se puede dar una aportación en forma de actuar sobre el entorno de manera simultánea y recíproca.
- Exploración: se obtiene la oportunidad de aportar para investigar problemas y descubrir los recursos con los que uno cuenta, evaluando alternativas que más convengan para elegir soluciones.
- Motivación: el paciente se engancha y participa en el proceso terapéutico.
- Validación: la risa apoya, acepta y anima al participante.
- Influencia: impacta directamente, lo que conlleva a cambios en el estado del participante. Se incluye una intervención que estimule, calme, dirija, guíe, sugiera, estructure y refuerce conductas específicas del participante.
- Empatía: la risa del participante coincide o se refleja con el terapeuta
- Reajuste: su intervención pretende abordar las necesidades físicas, mentales, conductuales y sociales, a través de la risa con interacción verbal y no verbal (Mora & Quintana, 2010).

3.7.7 La sesión de Risoterapia

Lykken (2000; citado en Contreras & Esguerra, 2006) propone que las personas pueden mejorar su capacidad para experimentar y maximizar emociones positivas, mejorando la salud física, emocional y social.

En todas las sesiones de Risoterapia para su eficacia se abordan tres aspectos importantes:

- Apertura y calentamiento: en este apartado se realiza la ubicación y exploración del espacio, preparación de materiales y presentación. También

la preparación física y mental para el desbloqueo antes de iniciar una intervención.

- Dinámicas y desarrollo: estas se realizan por el terapeuta o facilitador con base a los objetivos planteados y a los datos recuperados por los participantes.
- Recuperación, cierre y evaluación: se regresa a la cotidianidad, pero conservando los beneficios anteriormente proporcionados. Se realiza una lluvia de ideas para comentar con el facilitador lo ocurrido en la sesión (Vopel, 2005).

Con estos aspectos se pueden hacer modificaciones en la forma que las personas toman las cosas negativas que les van ocurriendo y como las pueden ver de forma positiva logrando una modificación y logrando una visión diferente de las cosas cotidianas.

Con estas sesiones se trata de recuperar la risa que con el paso de los años se ha perdido, esa risa que se tenía al disfrutar o ver las cosas de una forma diferente como lo hacemos en la infancia y que se fue perdiendo por las normas o pensamientos de la sociedad en donde decían que el reír es una forma de inmadurez (Brunete, 2015).

Al pensar en positivo y tomar conciencia del aquí y ahora vamos haciendo pequeñas modificaciones en nosotros mismos que nos llevan poco a poco al cambio de pensamiento y conducta.

A continuación, se describirán brevemente algunas de las técnicas aplicadas en el taller de Risoterapia para el manejo de ansiedad en el adulto mayor.

Los objetivos de las técnicas son:

- Eliminar prejuicios y estimular el respeto a uno mismo y al otro
- Deshacerse de los pensamientos negativos y solo ver lo positivo que se está viviendo
- Impartir alguna dinámica de acuerdo con el tema que se quiera abordar
- Hacer inhalaciones y exhalaciones después de reírnos y soltar la energía con una risa
- Trabajar los músculos de la cara, pensamientos positivos y parte del cuerpo provocando la risa de algo que sea positivo, con el movimiento se desbloquea el cuerpo y se liberan tensiones teniendo una sensación de relajación
- Práctica de diversos juegos, expresión corporal, la danza y la respiración que buscan la diversión y volver a la infancia, para recuperar la risa franca y sincera.

3.7.8 Propuestas de intervención

La Risoterapia ayuda a lograr la relajación y abrir la capacidad de sentir y de llegar a la creatividad, utilizando simplemente la risa como camino. En los talleres de Risoterapia se utilizan técnicas que ayudan a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada. Algunas técnicas implementadas fueron la canción del ratón, la canción de que me duele, pérdidas materiales, el juego de los globos entre otros.

Las técnicas de Risoterapia son diversas y algunas implementadas en el taller fueron, basándose en la psicología positiva (las emociones positivas) y la psicología de la salud:

- La canción del ratón

En rueda todos van cantando la canción y haciendo las mímicas, al término de esta todos hacen cosas positivas con el compañero de al lado.

- Canción de que me duele

Los participantes se ponen en rueda y cada uno de ellos va diciendo que le duele, los demás del grupo contestan que le duele la cara de ser tan guapos, los participantes comienzan a cantar.

- Pérdidas materiales

En parejas, uno de los participantes le dirá al otro qué ha perdido, pero se lo dirá riéndose, el otro seguirá la conversación del objeto perdido de la misma forma con una risa (Cascón & Beristain, 2007).

- Expresión corporal
- Los tambores de Calcuta

En esta actividad los participantes se ponen en rueda sentados y comienzan a decir ji ji ja ja chocando las palmas con el compañero cada vez más rápido. Al último el facilitador da la indicación de parar y todos detienen el aire y lo sacan con una risa.

- Masaje de animales

En esta actividad se da un masaje al compañero de alado en forma del animal que el facilitador o los participantes mencionen (elefante, araña, hormiga etc.).

- El juego de los globos

En un globo dibujan una cara chistosa y cada uno de los participantes tiene que imitarla.

- Aquí y el ahora

En esta actividad se les indica que cierren los ojos, se les pone diferente tipo de música, se les proporcionan diferentes tipos de semillas y aromas relajantes, para disfrutar en el aquí y ahora.

- Pozo de los desechos.

En esta actividad los participantes cavan un pozo imaginario y avientan los prejuicios con una palabra que les agrada, inhalando y al mismo tiempo gritando.

En la psicología positiva se exploran diversos rasgos personales, tales como el bienestar subjetivo, el optimismo y la felicidad; aunado a esta; la psicología de la salud también ayuda al bienestar por lo que se menciona que no solo es importante la prevención de enfermedad físicas sino también psicológicas; estas enfermedades son producidas por diferentes factores que influyen tales como aspectos sociales, económicos y culturales por lo que afectan en la conducta, pensamientos y relaciones sociales.

En el siguiente capítulo se muestran casos y los beneficios que tiene la Risoterapia con personas que padecen algunas enfermedades, estos beneficios se dan por el comportamiento y actitudes modificadas, se observa que al cambiar la actitud del paciente mejora su salud esto se da en lo cognitivo, emocional y conductual.

Capítulo 4. Investigaciones relacionadas

En el siguiente capítulo se abordarán algunas intervenciones relacionadas con la Risoterapia que han contribuido como complemento para la salud de manera favorable en diversas enfermedades y han impactado en la mejora de pacientes a través de estos talleres.

En cuanto a la aplicación de la Risoterapia y su relación con el manejo de ansiedad en los adultos mayores se encuentra la investigación de la Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios Osasun Ikasketen Unibertsitate Eskola: “*La Risoterapia y su aplicación en la Atención Primaria*” (Royo, 2013). Este trabajo se centró en los efectos positivos que la risa podía ejercer sobre personas diagnosticadas con un alto nivel de estrés y ansiedad, demostrándose que el humor y las emociones positivas mejoran la capacidad de afrontamiento contra la adversidad, mejoran el bienestar y las relaciones interpersonales.

En el Programa de Risoterapia en la mejora de la autoestima del adulto mayor de un Centro municipal Lambayeque, 2016 “Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM)”. Se realizó una investigación con el adulto mayor para observar cómo afrontan diversos acontecimientos que disminuyen la autoestima. Realizando una intervención que tuvo como objetivo si el programa de Risoterapia mejora la autoestima del adulto mayor. La muestra fue de 27 adultos mayores. La recolección de datos fue a través de la Escala de Autoestima de Stanley Coopersmith: versión adultos, pre- test y post -test. Teniendo como resultado: ‘La aplicación del programa de Risoterapia mejora la autoestima del adulto mayor’ existen diferencias significativas entre el nivel de autoestima antes y después de la intervención (Carrasco, Monteza, & Sirlopú, 2016).

La investigación Risoterapia: intervención de enfermería en el incremento de la autoestima en adultos mayores del Club “*Mis Años Felices*”. (2013) tuvo como objetivo determinar la efectividad del programa de intervención Risoterapia en el incremento de la autoestima en los adultos mayores. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue la Escala de Autoestima de Coopersmith, aplicado antes y después de la intervención durante el mes de agosto del 2013. La efectividad del Programa en la Intervención: Risoterapia demostró el incremento del nivel de autoestima en la mayoría de los adultos mayores que participaron de la investigación. Antes de la ejecución del programa, los adultos mayores participantes presentaron un nivel de autoestima de bajo a medio alto, evidenciándose que ninguno mantenía un alto nivel de autoestima (Lachira, 2014).

Uno de los primeros autores en utilizar el término “medicina de la risa” para referirse y recomendar el poder curativo de la risa, el buen humor y la felicidad fue Robert Holden (1993; citado por Mora, R. 2009. pp111), quien en su artículo *La risa como tratamiento médico: una opción complementaria/alternativa en educación y atención sanitarias*, explica la aportación de la medicina de la risa, clasificada dentro de las medicinas alternativas o complementarias, que podría definirse como el “estudio y la aplicación científica de la risa para lograr objetivos terapéuticos”.

Otro estudio semejante, implementado por Cardona, Villamil, Quintero y Henao (2013), se realizó con un grupo de mujeres adultas pertenecientes a un centro gerontológico del Municipio de Envigado, Colombia, donde la Risoterapia o terapia se dio como un tratamiento complementario para mantener el bienestar físico y mental, ya que la risa es un mecanismo interno que estimula todos los sistemas fisiológicos; además, es una forma

saludable para reducir el estrés, proporcionar un sentido de control y ayudar al cuerpo a relajarse.

Antes de la intervención por su estado de salud, se daban expresiones de dolor, inconformidad, ausencia, desconfianza, soledad e incluso subvaloración. Después de la intervención hubo cambios, como desarrollar una actitud positiva, incremento de la confianza en el otro y la aceptación; mencionando el pasado con menos dolor y un mayor agrado frente al acompañamiento familiar (Villamil, Quintero, Henao, & Cordona, 2013).

La Risoterapia se aplicó en una muestra de niños como lo indican en la tesis *Risoterapia como tratamiento para mejorar la calidad de vida del paciente pediátrico con leucemia linfoblástica aguda*, López (2016) relata cómo los pacientes tienen una mejoría. A través de la investigación se estableció como objetivo que la Risoterapia provoca una mejora sustancial en la calidad de vida y predispone al paciente a una superación continua en la recuperación física, obteniendo como resultado que, inicialmente, el 40% de los pacientes que recibieron Risoterapia presentaban conducta agresiva, y después de las sesiones el porcentaje de pacientes agresivos disminuyó a un 4%. Los niños se comportaron más activos y alegres, se quejaban menos del dolor y no mostraban miedo hacia los tratamientos. En este caso la Risoterapia ayudó a que los pacientes mejoraran su calidad de vida en un 96%.

En el estudio *Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores* (Quintero, Henao, Villamil & León, 2015) se muestra que la risa ayuda en el tratamiento de la depresión y el insomnio y en mejorar el sueño en

adulto mayores. Existen resultados favorables ya que la Risoterapia es una terapia alternativa o tratamiento complementario para la mejora del bienestar físico, psicológico y social.

Otro estudio que aborda la Risoterapia es *Educación y humor, una intervención positiva en adolescentes* (Sevilla & López, 2009). El objetivo establecido del estudio fue establecer una mejora en el rendimiento de los alumnos. Los resultados demostraron que la educación y la risa no están confrontados y ayudan a mejorar el aprendizaje, ya que recordamos más aquello que hace reír o es agradable, esto hace la materia más interesante, logran más atención por parte de los alumnos, quienes se mostraron interesados por la materia (ya que el impartir materias de una forma diferente hace que las clases se vuelvan interesantes), aumentaron las participaciones de los alumnos, ayudaron a la superación de frustraciones y a disminuir los momentos de apatía y desánimo.

Otro antecedente sobre los beneficios de la risa es el caso de Norman Cousins (1979), editor de una revista neoyorquina, quien enfermó de espondilitis anquilosante (especie de artritis espinal), la cual es dolorosa y lo dejó lisiado. Se desconoce aún la cura de la enfermedad y ante este problema presentó depresión mayor. Mientras más se deprimía se hacían intensos los dolores. Los médicos le recomendaron que probara reírse un poco para sentirse mejor. Así, Cousins pidió varias películas cómicas, cortos de "*El gordo y el flaco*" y varias de los *hermanos Marx*. Apenas empezó a ver estas películas, y a reírse a carcajadas, comenzó a sentirse mejor y descubrió que por diez minutos de risa lograba eliminar el dolor por dos horas y mientras más se reía se sentía físicamente mejor. Logró curarse por completo de su enfermedad para luego escribir un libro titulado "*Anatomía de la Risa*" (Aravena, 2009).

Se asume que las personas que tienen buen humor y ríen en su vida cotidiana, tienen mayor capacidad para hacer frente a situaciones de estrés; obteniendo numerosos efectos saludables, incluida la mejora de los sistemas cardiovascular, inmunológico y endocrino. Los beneficios se presentan en el ámbito psicosocial y en la salud, así como se han obtenido resultados favorables en pacientes hospitalizados tanto en niños como en la población adulta. La terapia de la risa impacta en la salud mediante la reducción de la ansiedad y el estrés, mejorando así el bienestar general (Villamil, Quintero, Henao, & Cordona, 2013).

En estos capítulos se puede observar que existen investigaciones con diferente tipo de población, pero con la misma finalidad que es demostrar que al aplicar la Risoterapia existe una disminución en los síntomas y enfermedades que tienen los pacientes.

Con base a la recolección de la literatura sobre el tema de ansiedad en los adultos mayores se ha encontrado que la Risoterapia ha funcionado como un complemento para el tratamiento de pensamientos negativos y estrés propios de la etapa de la vida.

En el siguiente capítulo, se presenta la metodología que se siguió para diseñar e implementar un taller de Risoterapia, con la intención de proporcionar las herramientas para la disminución de ansiedad en el adulto mayor.

Con esto se concluye la parte teórica, cada uno de estos capítulos fueron considerados ya que forman parte del objetivo de esta investigación y ayudan a comprobar el problema que existe. Este problema tiene surgimiento al observar cómo el adulto mayor en estas fechas tiene más atención en diversos ámbitos como son salud cognitiva y física, en la sociedad y

cuidado por parte de la familia, se ha dejado de lado algo importante que es lo psicológico en este caso la ansiedad; que el adulto mayor tiene por diversos factores que han surgido en la etapa que están viviendo actualmente.

Este problema surge de analizar cómo los expertos en la salud manejan estos problemas, de una manera individual o grupal y qué tipo de opciones existen para el manejo de la ansiedad y si al dar un taller influye en la disminución de ésta, como se observa en los capítulos anteriores, donde se menciona que existe una importancia hoy en día al adulto mayor, para mejorar la calidad de vida pero no existe una alternativa que ayude de forma psicológica para disminuir enfermedades o síntomas que puedan tener como resultado un apoyo para la comprobación de hipótesis mediante un tipo de estudio cuasi- experimental.

Capítulo 5. Método

5.1 Justificación

El presente trabajo tiene como finalidad proponer la Risoterapia como un tratamiento complementario para tratar la ansiedad en adultos mayores, ya que en la tercera edad se pueden presentar factores que desencadenen el trastorno, tales como: la pérdida de pareja y otros seres queridos, limitaciones físicas, sentimientos de desamparo, de valorización o pérdida del control acerca del entorno inmediato; además, de que conlleva al adulto mayor, particularmente susceptible, a padecer distintos trastornos de ansiedad.

La participación de los adultos mayores en actividades que los hagan reír regularmente trae resultados positivos en su salud, que va desde mejorar su estado de ánimo y su relación social hasta la reducción de enfermedades crónicas, ansiedad y síntomas depresivos. También ayuda a la mejora del estado físico, como es el caso de las vértebras cervicales, donde se acumulan tensiones y en el caso de los ojos se lubrican y se limpian (Carbelo & Jáuregui, 2006).

La carcajada hace vibrar la cabeza, se despeja la nariz y el oído, ayuda en la oxigenación entrando el doble de aire y la piel se oxigena más, favorece la producción de endorfinas en el cerebro (neurotransmisores que combaten el dolor) inmuniza contra la depresión y la ansiedad (Lancheros, Tovar, & Rojas, 2011).

Por esta razón se propone la Risoterapia como una herramienta alternativa de intervención ya que es útil, económica y eficaz para tratar la ansiedad, además que tiene resultados positivos disminuyendo síntomas y mejorando la calidad de vida en los adultos mayores.

5.1.2 Planteamiento del problema

Como tema importante la ansiedad tiende a ocurrir conjuntamente en la vejez; la cual se relaciona con las incapacidades crónicas y algunas lesiones que son frecuentes, también sucesos estresantes que activan la preocupación excesiva y que son significativas en la ansiedad en el adulto mayor (Acosta & García, 2007).

La ansiedad puede ser considerada como indicador o síntoma que refleja la calidad de vida, modificando la percepción y significado que el adulto mayor tiene de su vida, esta se ha convertido en un factor que incorpora: la salud física de la persona, los estados psicológicos, los niveles de independencia, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y las condiciones personales.

Conforme va pasando el tiempo a los adultos mayores se les van presentando diversas problemáticas, esto se sale de control al no saber manejarlo y es por ello que se presenta la ansiedad. Por tal motivo se aplicó un taller para darles herramientas ante algunos problemas, con el cuál se quiere saber si:

¿La aplicación del taller de Risoterapia en adultos mayores ayudará a disminuir su ansiedad?

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo General

Determinar si un taller de Risoterapia en adulto mayor ayuda a disminuir su ansiedad

5.2.2 Objetivos Específicos

- Medir la ansiedad mediante la aplicación de instrumentos de medición en los adultos mayores que participan en el taller
- Elaborar una propuesta de taller dirigida a adultos mayores con finalidad de reducir ansiedad.
- Aplicar el taller de Risoterapia en el grupo de adultos mayores
- Medir los resultados obtenidos al término del taller y hacer una comparación con los resultados iniciales para determinar si hubo una disminución de la ansiedad en los adultos mayores.

5.3 Hipótesis

Hi: Existe una diferencia significativa entre la ansiedad de un grupo de adultos mayores antes y después de la aplicación del taller de Risoterapia.

Ho: No existe diferencia significativa entre la ansiedad de un grupo de adultos mayores antes y después de la aplicación del taller de Risoterapia.

5.4 Variables

5.4.1 Variable Dependiente (VD): Ansiedad

- Definición conceptual

Ansiedad: Respuesta fisiológica, vivencial, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado de alerta ante una señal difusa de peligro o amenaza y que puede desarrollar un proceso patológico (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas, & Guillamón, 2008).

- Definición Operacional

Para el diagnóstico de ansiedad se tomaron los criterios diagnósticos del manual BAI-BECK según su grado de ansiedad leve, moderado y grave e IDARE con lo que podemos medir ansiedad rasgo y ansiedad estado.

5.4.2 Variable independiente (VI): Taller de Risoterapia

- Definición Conceptual

Taller: Martha Kligman lo define como un espacio donde se elabora, se trabaja y se transforma algo para ser utilizado. Su aplicación puede ser para enseñar y aprender, por medio de la realización de actividades en conjunto o ser una metodología de trabajo para presentar temas de interés del público participante (Silva & Uribe, 2010).

Risoterapia: viene del griego *gelos* (reír), conocido como terapia de la risa o geloterapia. El objetivo es reír de una forma natural, sana y que salga del vientre de una forma fácil empleando diferentes formas como: el juego, ejercicios de respiración, masajes, y danza. Permitiendo a la persona liberar tensiones (Ramos, Susanibar, & Balarezo, 2004).

Risoterapia o la terapia de la risa puede definirse como uso terapéutico de técnicas e intervenciones aplicables (a una persona o grupo) que conducen a un estado o sentimiento controlado de desinhibición para conseguir experimentar risa que se traduzca en términos de beneficios de salud (Lancheros, Tovar, & Rojas, 2011).

- Definición Operacional

Taller dirigido para adultos mayores que presentan ansiedad, mostrándoles a través de la Risoterapia nuevas alternativas de manejo de la ansiedad. Considerando para la adquisición de los contenidos el 80% de asistencia.

El taller fue de 12 sesiones con una aplicación de 2 veces por semana con una duración de 60 minutos.

En cada una de las sesiones se trabajó con temas como:

- Introducción a la Risoterapia
- Pérdida de la independencia física
- Cambios propios de la edad
- Pérdida de la salud
- Abandono de los hijos (nido vacío)
- Pérdida del poder económico.

5.5 Tipo de estudio

Cuasi- experimental.

Diseño instrumental: pre- test / pos- test.

5.5.1 Escenario

Se realizó en un Centro de Día que atiende a una población de adultos mayores, el cual lleva por nombre “Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, I.A.P”. Dando el taller en un aula proporcionada por la fundación; la cual contaba con iluminación y ventilación; contando con el espacio adecuado para llevar a cabo las dinámicas del taller.

5.5.2 Población

Adultos mayores del centro de día Fundación Héctor Vélez y de la rosa, de la cual se tomó una muestra de 11 mujeres de 63 a 88 años, siendo la mayoría amas de casa, jubiladas y siendo un muestreo por conveniencia.

5.5.3 Instrumentos

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck y Steer, 2011, adaptado al español Jesús Zans, Vallar, de la Guía y Hernández, fecha de la última revisión: 2011): Mide el grado de ansiedad, en particular los relativos a trastornos de angustia, pánico y ansiedad generalizada. La prueba consta de 21 reactivos y sirve para discriminar entre grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso. Los reactivos son calificados mediante una escala de 0-3 en la que la persona elige la frase que más le acomode a la situación que presenta desde una semana anterior (Carbajo, 2009).

Los reactivos resaltan las autopercepciones de la persona evaluada frente a aspectos conductuales como: humor, pesimismo, sollozo, sentimiento de fracaso, falta de satisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, auto-odio, irritabilidad, indecisión, aislamiento social, inhibición en el trabajo, imagen corporal, problemas de sueño, pérdida de peso, pérdida de apetito y preocupaciones somáticas. Esta prueba abarca las manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas (Beck & Steer, 2011).

Las propiedades psicométricas del instrumento validado en México por Robles, Verela, Jurado y Páez (2001) con estudiantes universitarios, demostraron una confiabilidad

a través del Alpha de Cronbach de = 0.83, así como una correlación test- retest de = 0.75 con un rango de 20 días entre aplicaciones.

Inventario de Ansiedad Rasgo–Estado (IDARE, Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). Está compuesto por dos escalas de autoevaluación separadas de la ansiedad: la primera llamada de ansiedad-rasgo (AR) y la segunda ansiedad–estado (AE). Ambas constan de 20 afirmaciones en las cuales se le pide al sujeto que conteste cómo se siente generalmente (A-rasgo) y en la segunda cómo se siente en el momento indicado (A- estado).

Los sujetos responden a cada reactivo valorándose a ellos mismos en una escala de 4 puntos: En la escala ansiedad – estado son 1 *no en absoluto*, 2 *un poco*, 3 *bastante* y 4 *mucho*. Las categorías para la escala ansiedad son 1, *casi ninguna*, 2 *algunas veces*, 3 *frecuentemente* y la 4 *casi siempre*.

En la validez de análisis de ítems, a través del índice de homogeneidad ítem-test corregido, los cuarenta ítems que forman parte del inventario. En la Validez clínica se analizaron los resultados presentando un 94% de sensibilidad y un 100% de especificidad por lo cual podemos decir que la prueba permite reconocer a un grupo “no ansioso”. En la “confiabilidad” por consistencia interna, los resultados arrojaron un índice del alfa de Cronbach de .89 y .94 en cada escala lo cual lo ubica en un nivel muy bueno de fiabilidad. Los resultados de la correlación, mediante el método de test-retest, determinó alta estabilidad, tanto para la escala ansiedad Estado como para la escala ansiedad Rasgo.

5.6 Procedimiento

El taller de Risoterapia se llevó a cabo en la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa I.A.P. Que se encuentra en Independencia #28, Zacahuitzco, 09440. La zona sur-oriente presenta una buena red de accesos en sentido norte-sur (y viceversa). En primer lugar, esta Eje 4 Sur (avenidas Plutarco Elías Calles) y eje 6 oriente (Playa pie de la cuesta) que son las vías más cercanas al lugar.

Para poder ingresar a la fundación realizaron una entrevista para saber cuál era el objetivo de nuestra intervención, las reglas de ingreso, el horario y días que se podrían llevar a cabo el taller de Risoterapia; así como la elaboración de una carta de consentimiento informado para los beneficiarios.

Se comenzó a impartir el taller rompiendo el hielo y haciendo un ambiente ameno, cada uno de los talleres tenía un objetivo y herramientas para llevarlas a cabo en la vida cotidiana y no solo en el taller, con la finalidad que fuera lúdico, pero al mismo tiempo una forma de aprender cómo afrontar diversos problemas que causan ansiedad en el adulto mayor.

Cada sesión tuvo una duración de 90 minutos con una regularidad de dos veces por semana; en total de doce sesiones, estas estuvieron a cargo de dos personas especializadas en el tema de Risoterapia y con base a las características y problemáticas que presenta la población del instituto.

Con la finalidad de confirmar la ansiedad en los participantes para el taller en el centro de día, se aplicaron dos instrumentos de evaluación: IDARE y BAI (ansiedad).

Para medir las variables del estudio se realizó un vaciado con los datos para su análisis en el programa “Statistic Package for Social Sciences” (SPSS versión 24 en un formato Windows). Las pruebas estadísticas que se utilizaron son: Ansiedad de Beck (BAI, 2011) y el Inventario de Ansiedad IDARE (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), en una aplicación de pre- test y post- test del taller para confirmar si existió una reducción en la ansiedad en los participantes se determinó con Wilcoxon.

Se tomó en cuenta la siguiente tabla para medir el grado de ansiedad que presentaron los participantes, (Ver tabla 10).

Tabla 10 Niveles de ansiedad de la prueba BAI

Mínimo	0 – 9 puntos
Leve	10-16 puntos
Moderado	17 -29 puntos
Severo	30 – 63 puntos

Tabla que marca las puntuaciones según el grado de ansiedad para la prueba IDARE Estado y Rasgo, (Ver tabla 11):

Tabla 11 Niveles de ansiedad en la prueba IDARE

Bajo	30 puntos
Medio	30 – 44 puntos
Alto	más de 44 puntos

En este capítulo se observan los pasos de metodología que se aplicaron para realizar el taller de Risoterapia, el tipo de estudio, las hipótesis, los objetivos, procedimientos y el tipo de pruebas que se aplicaron para este taller de Risoterapia.

En el siguiente capítulo se abordará el análisis de las evaluaciones a través del programa Wilcoxon, antes y después del taller a los adultos mayores, para saber qué impacto tuvo el taller de Risoterapia y que tanto aportó para la disminución de ansiedad.

Capítulo 6. Análisis de datos

Descriptiva

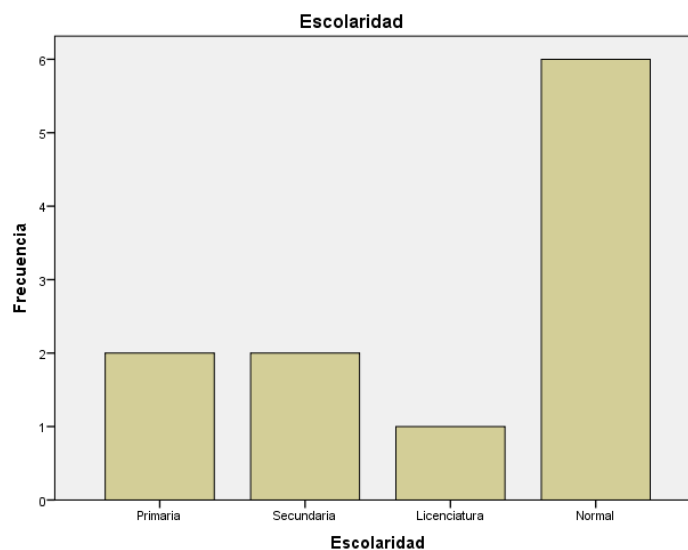
En la Tabla 12 se muestra una media de edad de 72 años, una mediana de 70 años y una moda de 67 años. De acuerdo con la categorización de Suzman y Riley (1985, citado en Warner & Willis, 2003), estos resultados los categorizan como ancianos jóvenes.

Tabla 12. Tabla muestra de edad

Estadísticos por grupo de edad		
Edad	N	
	Válido	11
	Perdidos	0
Media		72.00
Mediana		70.00
Moda		67 ^a
Desviación estándar		9.209
Suma		792

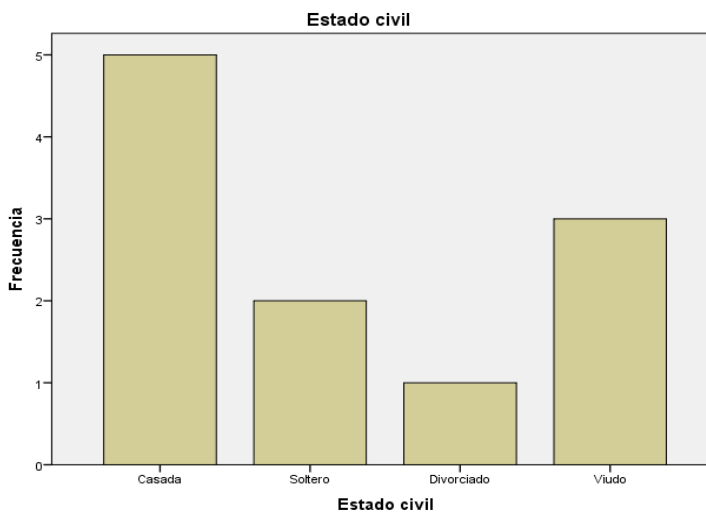
En la figura 4 se observa el nivel de escolaridad de los asistentes, arrojando como resultado de seis personas con escolaridad normalista, dos con primaria, dos con secundaria y uno con licenciatura.

Figura 4



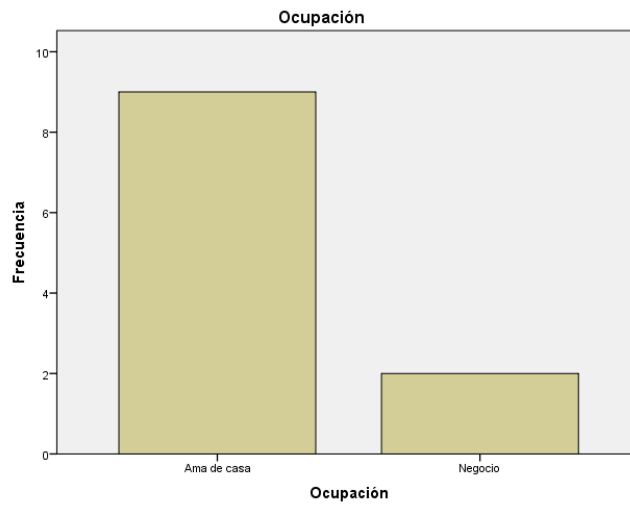
En la Figura 5 se muestran los resultados sobre el estado civil de los participantes, encontrando, cinco casadas, dos solteras, una divorciada y tres viudas.

Figura 5



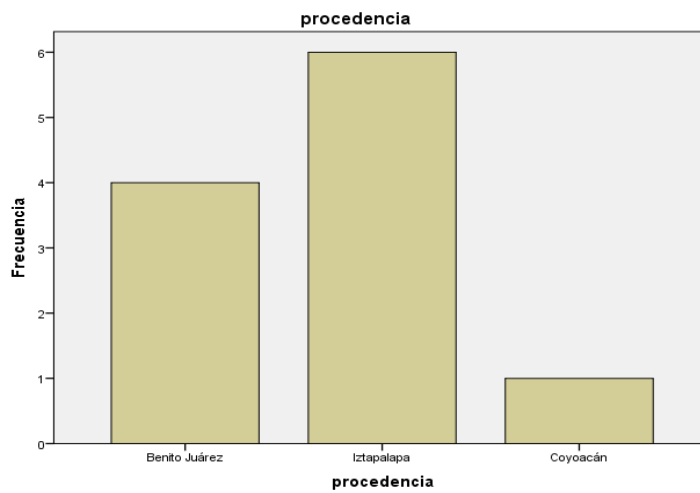
La figura 6 muestra que, de 11 participantes, nueve se dedican a ser amas de casa, mientras que dos personas se dedican a los negocios.

Figura 6



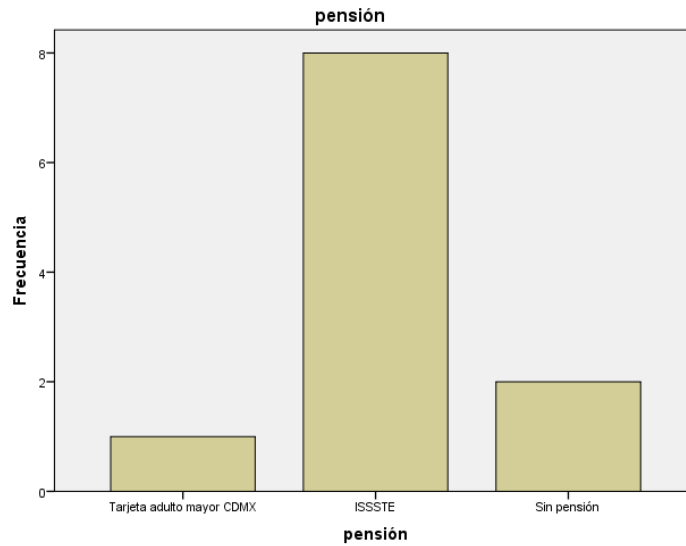
En la figura 7 se muestra que la población participante vive; seis en la alcaldía Iztapalapa, en Benito Juárez cuatro personas y una persona en Coyoacán.

Figura 7



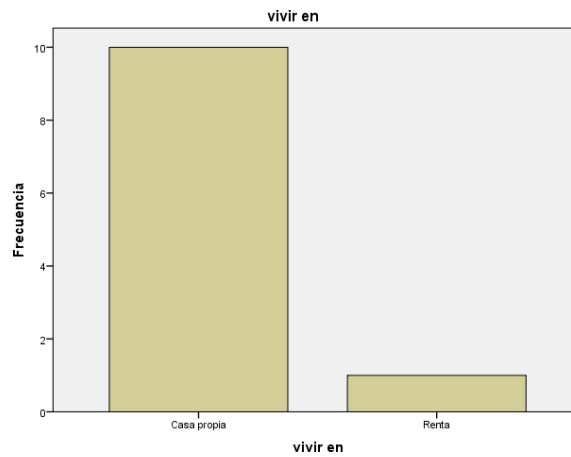
La figura 8, muestra que una persona cuenta con tarjeta del adulto mayor, mientras que ocho personas con tarjeta ISSSTE y dos no cuentan con ninguna pensión.

Figura 8



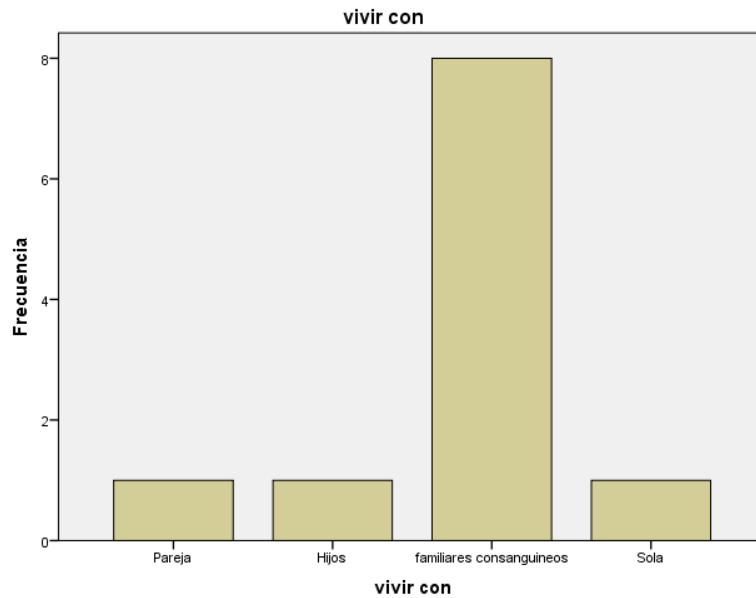
En la Figura 9 se observa que diez personas de la población viven en casa propia, mientras que una persona de la población renta.

Figura 9



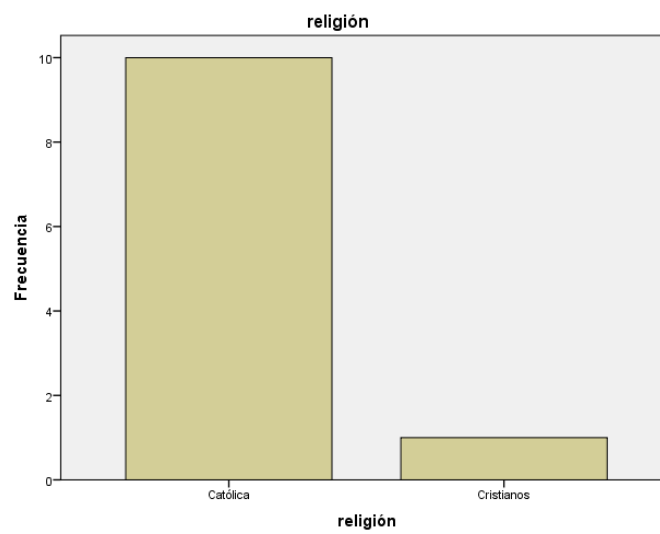
En la figura 10 se observa que ocho personas viven con su familia consanguínea y uno de los participantes viven en pareja, uno con hijos y uno solo.

Figura 10



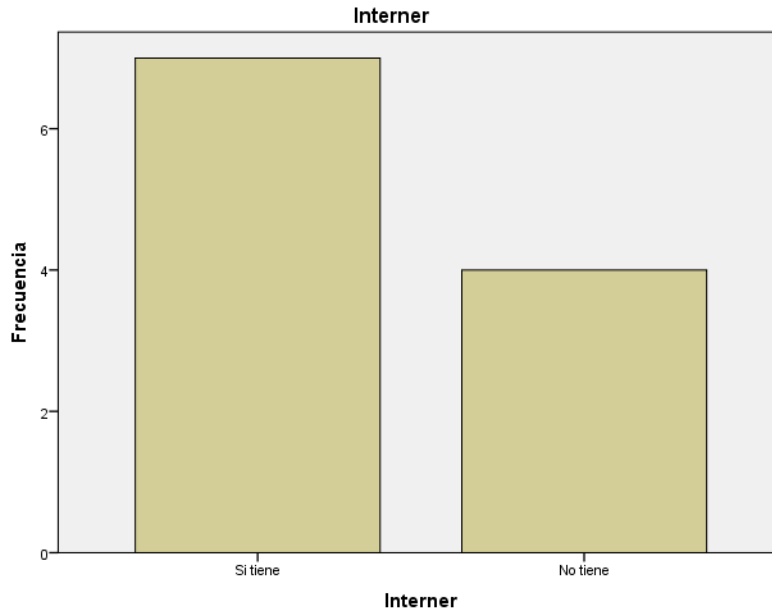
La figura 11, por otra parte, muestra que diez personas de la población son de religión católica y una persona es de religión cristiana.

Figura 11



A continuación, la figura 12 ilustra que el 63% de la población muestra, cuentan con internet, a diferencia del 36% que no cuenta con este recurso.

Figura 12



Inferencial

La aplicación de los inventarios de ansiedad IDARE (estado y rasgo) y Beck (BAI) se realizó en dos etapas (pre- test / post- test) durante el taller. Se realizó una base de datos con el programa SPSS y el análisis con la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

En la tabla 13, se puede observar que existe una diferencia en la media al comparar el pre- test / el post- test de Beck. En el pre- test muestra un nivel de Ansiedad de 15.91 puntos, en el post de 10.18 puntos, existiendo una diferencia de 5.73 puntos, este puntaje muestra un decremento en la ansiedad de los asistentes al taller de Risoterapia.

Tabla 13 Comparación pre y post de la prueba BAI

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
PREsumBAI	11	15.91	10.977	0	41
POSsumaBAI	11	10.18	7.859	0	28

En la tabla 14, muestra el análisis con Wilcoxon, en el pre-test / post- test del inventario de BAI (Beck- de ansiedad), es significativa de .009.

Tabla 14 Resultados de la prueba de Wilcoxon respecto al pre- test / post- test en la prueba de BAI.

Estadísticos de prueba^a	
	POSsumaBAI - PREsumBAI
Z	-2.608 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	.009

En la tabla 15, muestra la comparación del grado de ansiedad que presentan los participantes en el test Beck – BAI aplicado a los once participantes, los datos obtenidos en el pre- test dieron como resultado que, uno presentó ansiedad severa, cuatro en moderada, dos leve y cuatro con ansiedad mínima.

Tabla 15 Resultados del grado de ansiedad del test BAI en la comparación del pre y post- test.

BAI	Mínimo	Leve	Moderado	Severo
Pre- test	4	2	4	1
Post- test	6	3	2	0

En la tabla 16, la evaluación IDARE- Estado total se observó una media antes de la aplicación del taller de 54.73 puntos y al final del taller fue de 48.73. Una mediana de 54.00 antes de la impartición del taller y 49.00 después de terminar el taller. Con una moda de 54 antes de la aplicación del taller y después de la intervención fue de 48. En IDARE- Rasgo total se dio una media antes de la aplicación de 53.27 y al final fue de 48.55, en la mediana fue de 53.00 y al final fue de 49.00, con una moda de 55 antes de la aplicación y al finalizar el taller fue de 49. Lo que demuestra una disminución efectiva en la ansiedad.

Tabla 16 Comparación de las medias, medianas y modas de la prueba IDARE del antes y después del taller.

		Estadísticos			
		PREAET	POSIDAREET	PRE-ART	POSIDARERT
N	Válido	11	11	11	11
	Perdidos	0	0	0	0
Media		54.73	48.73	53.27	48.55
Mediana		54.00	49.00	53.00	49.00
Moda		54 ^a	48 ^a	55 ^a	49 ^a
Desviación estándar		6.915	8.498	5.198	5.592
Varianza		47.818	72.218	27.018	31.273
Rango		24	28	16	19
Mínimo		43	34	46	37
Suma		602	536	586	534

Tabla 17 descripción con Wilcoxon, en el pre-test / post-test del inventario de IDARE- Estado, dando un resultado no significativo de (.059).

Tabla 17 Resultados de la prueba de Wilcoxon respecto al pre-test/ post- test en la prueba de IDARE- Estado.

POSIDAREET – PREAET	
Z	-1.887 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	.059

En la tabla 18 se muestra los resultados del Test de IDARE -Rasgo con Wilcoxon en el pre-test/post-test aplicadas en el taller de Risoterapia, en cual se ve que si existe una diferencia significativa dando un resultado de (0.011).

Tabla 18 Resultados de la prueba de Wilcoxon respecto al pre- test/ post- test en la prueba IDARE- Rasgo.

Estadísticos de prueba POSIDARERT – PREART	
Z	-2.536 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	.011

Tabla 19, En el pre- test IDARE- Estado, los datos obtenidos según el grado de ansiedad, marcaron las puntuaciones para la prueba IDARE estas fueron: cinco con ansiedad alta, cinco con ansiedad media y uno ansiedad Baja, al compararlo con el post- test se dio: dos en ansiedad alta, siete con media y dos con baja. En el pre- test IDARE- Rasgo, los datos obtenidos fueron: siete con ansiedades alta, cuatro con ansiedad media y ninguna con baja, en el post- test se dio; dos con ansiedad alta, ocho con ansiedad media y uno con ansiedad baja; como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 19 Muestra de resultados en la comparación de ansiedad del test IDARE en el pre y post- test

IDARE- Estado	Bajo	Media	Alta
Pre- test	1	5	5
Post-test	2	7	2
IDARE- Rasgo	Bajo	Media	Alta
Pre- test	0	4	7
Post-test	1	8	2

Capítulo 7. Discusión

A continuación, se hará una comparación de los resultados de esta investigación con los resultados de otras investigaciones relacionadas.

En la investigación de Royo (2013) “La Risoterapia y su aplicación en la Atención Primaria” se aplicó una combinación de procesos médicos y farmacológicos empleados para el tratamiento de ansiedad en adultos mayores. Para probarla se realizó un experimento en el cual tomó a 10 hombres sanos: cinco de ellos visualizaron un vídeo cómico de una hora de duración y los otros cinco sujetos no. Para medir sus resultados se obtuvieron muestras de sangre como corticotropina (ACTH), cortisol, betaendorfina, ácido dihidrofenilacético (Dopac), el catabolito neuronal sérico mayor de la dopamina, adrenalina, noraadrenalina, hormona del crecimiento y prolactina. Los resultados determinaron que una experiencia en la que la persona experimenta risa alegre parece reducir los niveles séricos de cortisol, dopac y epinefrina

Al realizar la comparación con este trabajo de investigación se observa que existe el mismo objetivo que es la disminución de la ansiedad con la Risoterapia, la diferencia de la investigación de Royo fue que utilizó la implementación de diferentes estudios médicos. Coincidiendo las investigaciones con los beneficios que genera el reírse, donde se reitera que mediante actividades positivas se logró la posible disminución de ansiedad, las cuales fueron utilizadas para actuar como modificadores del pensamiento, esto se debe a las sustancias (dopamina, adrenalina, noradrenalina) segregadas por el cerebro las cuales mejoran el estado

de ánimo produciendo la reducción de diferentes sustancias que producen estrés y dolor (cortisol y betaendorfina).

Otra investigación es la de Quintero, Henao, Villamil y León (2015), llamada “Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de risa en adultos mayores”. En este caso, la terapia estuvo a cargo de cuatro integrantes de un grupo llevando a cabo la observación de los pacientes incorporándolos en sus escenas de alegría, utilizando instrumentos musicales y juguetes e induciéndolos a participar con preguntas obvias o absurdas, a través de este abordaje los participantes se integraban en el juego con los payasos y compartían un momento de alegría.

Al inicio de dicho estudio, 26 participantes se clasificaron como normales, 12 con depresión leve y 11 con depresión grave; después de la aplicación de la terapia de la risa, 30 se evaluaron como normales, 12 con depresión leve y siete con depresión grave.

En esta investigación de Risoterapia se observa que, bajo las mismas técnicas de integración grupal, juegos, cantos y risas se logra una disminución de ansiedad y depresión como en los casos mencionados anteriormente. Las coincidencias de esta intervención fue la disminución de ansiedad por medio del taller aplicado y en el estado de ánimo. En efecto la ansiedad y la depresión son formas de reaccionar ante eventos internos como externos por lo que el taller puede servir para ayudar a la reducción de estos síntomas.

En la investigación “Terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas” de Villamil, Quintero, Henao, & Cordona (2013), se utilizó el enfoque cualitativo en el que se observó cómo estaban las personas adultas mayores antes y después de la entrevista del taller de Risoterapia. Como resultado de ello se observó una disminución de los conceptos negativos

que tenían los adultos. La técnica de Risoterapia permitió al adulto mayor encontrar fortalezas que pudieran ayudarlo a mejorar su presente y lograr cambios en el individuo y su relación con el entorno.

En su investigación “Programa de Risoterapia en la mejora de la autoestima del adulto mayor de un Centro municipal”, Lambayeque Carrasco, Monteza y Sirlopú (2016) realizaron un pre test y pos test en el cual se hizo la comparación de resultados de autoestima. En el pre test, obtuvieron una media de 28 puntos, correspondiente a un nivel medio bajo de autoestima, en comparación, el post- test arrojó una media de 52 puntos. En este caso el programa de Risoterapia mejoró el nivel de autoestima en los adultos mayores participantes.

Al comparar las investigaciones relacionadas con lo hecho en la intervención que aquí se reporta se observó que en todas se realizó un pre-test y pos-test de la misma manera que en el taller de Risoterapia para la disminución de la ansiedad en el adulto mayor. Del mismo modo, de los estudios se manejaron temas similares en el taller, como la familia, la aceptación de la realidad o las pérdidas (de salud o de familiares).

La similitud que existe entre las investigaciones mencionadas se realizaron con adultos mayores, algunos de los temas que afectan en esta etapa de la vida es dejar de sentirse útil, es por ello que llega la depresión, la baja autoestima y los pensamientos negativos lo que hace que se enfoquen más a la pérdida de salud, jubilación, economía y pérdidas familiares. Con el taller de Risoterapia probablemente hubo un cambio como: que el grupo conviviera más, contagio de risas de persona a persona los pensamientos negativos disminuyen, lo que genera bienestar y sentirse con más energía al reír, lo que provoca una segregación de endorfinas, estimulación del sistema respiratorio y circulatorio, así como, los pensamientos

negativos se eliminan. En los resultados arrojados de la prueba IDARE, se muestra un cambio significativo en ansiedad rasgo obteniendo cambios en la forma arraigada de actuar.

En resumen, se observa que la investigación de Lambayeque Carrasco, Monteza y Sirlopú, al igual que la realizada en este trabajo, tuvo como consecuencia una elevación de la autoestima con el taller de Risoterapia. En la intervención de los trabajos se aplicaron diferentes instrumentos de medición, pero con el mismo objetivo: saber si la aplicación con la Risoterapia ayuda a la disminución de diferentes estados emocionales.

Con esta información se observa que la Risoterapia como alternativa ofrece beneficios y ayuda a diferentes tipos de población con temáticas diferentes, pero con el mismo propósito que es mejorar la salud de las personas que participan en la actividad.

En el siguiente capítulo se abordan las comparaciones de los datos obtenidos de esta investigación.

Capítulo 8. Conclusiones

A partir de los datos obtenidos con los instrumentos BAI- BECK (ansiedad) e IDARE y con el fin de verificar la hipótesis: si existió una diferencia estadísticamente significativa entre la disminución de ansiedad después de la aplicación del taller de Risoterapia; se puede concluir lo siguiente:

Por lo que respecta a los datos obtenidos en las tablas en el pre test y post test con la prueba de Wilcoxon no paramétrica BAI T= ($P < .05$) dio una diferencia significativa de $Z = 0.009$, lo que indica una disminución después de la intervención del taller.

En la evaluación aplicada antes del taller algunos participantes en los resultados arrojaron ansiedad severa bajo a moderada, los de moderada a leve y los de leve a mínima. En el factor cognitivo del test se presentó una disminución general de los signos alrededor de los reactivos que señalaban torpeza e incapacidad de relajamiento con sensación de bloqueo, mientras que en el factor somático de la misma manera hubo una disminución general, destacando los reactivos relacionados con los problemas digestivos y con sudores fríos o calientes que la mayoría de los participantes presentaron.

Con el instrumento IDARE –Rasgo con un valor de ($P < .05$), arrojó como resultado $Z = -2.536$, con 0.011, lo que significa que con la intervención del taller de Risoterapia se logró una disminución en la ansiedad. Sin embargo, en los resultados IDARE Estado, arrojó una $Z = -1.887$ con una significancia de 0.059, por lo que no se logró la modificación de la ansiedad. La reeducación de la persona en el manejo de sus creencias, emociones y conductas, le ayudo a tener control de sí misma antes que la ansiedad la controle.

Con el test de IDARE se observó que algunos de los participantes presentaron cambios entre el Estado y el Rasgo, donde IDARE-Estado sin importar la situación los participantes se encuentran ansiosos ante un estímulo presente. Al contrario, en el IDARE-Rasgo, donde se dio una modificación en la forma de su personalidad, creencias o hábitos al reaccionar ante un estímulo estresor. Coincidiendo con el autor Mawrer (1939) sobre los procesos de la ansiedad; se corrobora que la ansiedad es una reacción aprendida y también depende de sus antecedentes históricos. De igual forma, se tomó la tabla de nivel de ansiedad IDARE- Estado, al concluir el taller de Risoterapia en el post-test arrojó que dos de los participantes presentaron ansiedad baja, siete con ansiedad media y dos con ansiedad alta. En IDARE- Rasgo, al concluir el taller de Risoterapia en el post-test arrojó: uno con ansiedad baja, ocho con ansiedad media y dos con ansiedad alta (dos de las participantes tenían problemas emocionales severos; por lo que su ansiedad no disminuyó).

Por todo lo anterior, se concluye que el taller funcionó, la finalidad de este trabajo fue disminuir la ansiedad a través de Risoterapia; lo que significa que pueden actuar de una forma diferente a los estímulos que se van presentando. Coincidiendo con Beck y Ellis al recomendar las técnicas cognitivas, para la reducción de la ansiedad y anulando los pensamientos automáticos.

Tomando la técnica de Butler y Col, se trabajó posiblemente favorecidos por las técnicas de relajación, pensamientos positivos y humor, también menciona Rodríguez (2008) que la risa disminuye los dolores físicos y se puede olvidar de algunos malestares (pensamientos) lo que posiblemente también funcione en esta población.

Aunque es importante mencionar que el taller con los temas dados, no habían sido aplicados anteriormente en esta población dio resultados significativos, dando la posibilidad de seguir trabajando con otros grupos de adultos mayores, en busca de generar y aplicar más conocimiento con base de otras investigaciones.

Por lo que se podría decir que el taller de Risoterapia en el adulto mayor no solo influye sobre sus emociones, por medio de estrategias que le permitieron realizar un proceso de adaptación, reflexionar sobre los problemas que viven; expresando emociones, hacer ejercicio, diversión, humor, risa, la interacción con otros y usando alternativas para solucionarlas. Pues muchos de estos problemas tienen como consecuencia estados emocionales cambiantes y llegar a estados de salud desafortunados.

Con los diversos estudios, pruebas realizadas y con los estudios de caso comparados se llega a la conclusión que la Risoterapia es una alternativa positiva que ayuda a la mejora de la salud, teniendo beneficios notorios.

- Se elaboró la propuesta del taller con algunas de las problemáticas de ansiedad que se presentaban entre los adultos mayores de la fundación, tales como; pérdida de salud, cognitivas, familiares, independencia, jubilación, cambios de salud, economía, pérdida de familiares o pareja y el sentirse sólo.
- Después de la aplicación de las técnicas usadas en el taller se percibió un estado de ánimo positivo, lo que se vio reflejado en la participación.
- Las participantes mencionaron que después del taller de Risoterapia, se fomentaron actividad de socialización como el saludarse, interactuar y el participar

en las actividades. Lo que posiblemente las llevo a un estado de relajación y pensamientos positivos.

- Después de algunas intervenciones en el taller, se observó que la participación era mayor y mencionaron que se sentían a gusto al poder compartir
- Al finalizar la sesión comentó una de las participantes que, “tenía la idea que le caía mal a todas; por lo tanto, actuaba con gestos, contestaciones agresivas o enfrentamientos verbales”. Al ir interactuando le mencionaron que esas ideas no eran reales y más bien eran ideas negativas que ella tenía. Esto hace referencia a la teoría de la continuidad, que refiere a los rasgos de la personalidad que se van acentuando y el cómo nos educan, así como, las habilidades sociales que se van adquiriendo. De la misma forma se aplica la teoría del etiquetado, la cual refiere el cumplir con un comportamiento establecido por los demás.

En el grupo hubo dos participantes que presentaron un mínimo incremento en su nivel de ansiedad Rasgo, una de ellas manifestó que tuvo problemas familiares al final del taller y la otra participante presentó mayor ansiedad Rasgo al tener inicios de demencia senil.

Por lo tanto, en lo cognitivo y terapia positiva, se observó una modificación en las conductas arraigadas, sobre cómo perciben las situaciones que se van presentando, sus preocupaciones diarias, la aceptación de cambios, su sentir hacia ellos mismos y la responsabilidad que tienen sobre su autocuidado.

8.1 Limitaciones

- Como problema principal, el taller se vio afectado, debido a que se vivió un sismo el 19 de septiembre de 2017, lo cual produjo un retraso para el inicio de los talleres.

La fundación donde se aplicaría el taller suspendió labores, así como las actividades en la universidad.

- Se canceló una de las sesiones debido a consulta médica
- Algunos de los participantes llegaban tarde debido a que tenían citas medicas
- Una de las participantes empezaba a desarrollar síntomas de demencia senil.

8.2 Sugerencias

- Tener el conocimiento sobre el tema de Risoterapia.
- Tener temas específicos de las problemáticas a trabajar en el taller de Risoterapia.
- Ser empático con los participantes del taller para que este funcione fluidamente.
- Dar el taller de forma que el ponente sea parte de las dinámicas para que exista una integración.
- El taller debe ser lúdico y no teórico.
- Contar con la habilidad para dar el taller y los temas a trabajar.
- Siempre mencionarles que son las personas más importantes (enfocado en el autocuidado).
- El facilitador del taller de Risoterapia, debe tener en cuenta que trabaja con emociones, esto moviliza sentimientos. Por lo que se recomienda cerrar las emociones con relajación.
- Al terminar cada dinámica mencionar el objetivo de la intervención y como pueden aplicarlo en la vida cotidiana
- Ser precisos en los temas a impartir en las sesiones y poner más énfasis en la problemática, manejando los pensamientos negativos

- Perfeccionar la intervención con los adultos mayores para medir conductas y comportamientos con diferentes pruebas.
- Implementar intervenciones de Risoterapia no excesivas teniendo una buena planeación para trabajar en la problemática.
- Estar centrado en resultados a corto plazo y observar lo que no da resultado para implementar otra técnica.
- Implementar talleres de Risoterapia para diferentes tipos de población, como escuelas, empresas e instituciones gubernamentales (casas de adulto mayor).
- La intervención de Risoterapia se puede impartir también a los cuidadores de las personas adultas mayores.
- Que los encargados de la institución analicen la importancia de esta investigación y tomen en cuenta implementar la Risoterapia como parte de una clase más.

Referencias

- Acosta, C., & García, R. (Julio-diciembre de 2007). Ansiedad y Depresión en Adultos Mayores. *Psicología y salud*, 17(2), 291. Obtenido de file:///C:/Users/monic/Downloads/714-3206-1-PB%20(2).pdf
- Ahmad, E. & Morales, R. (2014). Psicología de las Emociones Positivas: Generalidades y Beneficios. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29232614006.pdf>
- Aladro, E. (2002). El humor como medio cognitivo. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/CIYC/article/download/CIYC0202110317A/7348>
- Ángel, R. (2008). El valor terapeutico. España. Desclée, 3era edición.
- Ansorena, A., Romero, I., & Cobo, J. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*(16). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1080/02109395.1983.10821366>
- Antón, M., Gálvez, N., & Esteban, R. (2009). Síndrome Geriátrico. Depresión y Ansiedad. *Tratado de Geriatria para residentes*, 243-249. Obtenido de file:///C:/Users/monic/Downloads/S35-05%2023_II.pdf
- Aravena, J. (Julio de 2009). Pedagogía del humor: *proyecto de tesis*. 7- 9. Obtenido de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1927/tpeb732.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Asamblea Mundial de la Salud. (22 de Mayo de 2009). Obtenido de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21477es/s21477es.pdf>
- Avendaño, D., Linares, A., & Pérez, Y. (2014). La tercera edad de la risa. *Centro educativo Cruz Azul, campus Hidalgo, Ciencias biológicas. Hidalgo: Universidad Nacional Autónoma De México*. Recuperado el 5 de septiembre de 2017, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4138/1/Campos_sr.pdf
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M., & Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. España: Díaz de Santos. Obtenido de <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479788506.pdf>
- Balando, M. (2001). *Vejez física y psicológica. Una perspectiva para la educación permanente*. España: Cáceres.
- Barragan, E., Ahmad, R., & Morales. (2014). Psicología de las Emociones Positivas: Generalidades y Beneficios. *Revista: Enseñanza e investigación en psicología* Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29232614006.pdf>

- Becerril, J. (2011). *La terapia racional emotiva grupal como apoyo para disminuir la ansiedad y glucosa en pacientes con diabetes Mellitus tipo II*. Universidad Insurgentes Plantel Xola, Psicología.
- Beck, A., & Emery, G. (2014). *Trastornos de Ansiedad y Fobia, una perspectiva cognitiva*. Madrid: Desclée de Brouwer, S. A.
- Beck, A., & Steer, R. (2011). *Evaluación de Inventario BAI*. Obtenido de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- Beck, J. (2000). *Concepto básico y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bergson, H. (1985). *Biblioteca,d2g*. (Saroe, Editor) Recuperado el 1 de 08 de 2017, de https://ciie-r10.wikispaces.com/file/view/2.+Bergson_La+risa.pdf
- Brunete, M. (2015). Taller de risoterapia: cómo utilizar el humor para hacer grupos. IX *Jornada de intercambio de experiencias hogares verdes*. España. Recuperado el Marzo de 2018, de http://www.mapama.gob.es/es/ceneam/programas-de-educacion-ambiental/hogares-verdes/tallerrisoterapia2015_tcm7-387629.pdf
- Carbajo, M. (2009). Aplicación de la Escala de Depresión de Beck en una Muestra de Personas Mayores. (Tabanquet, Ed.) *Revista Pedagógica*, 219. Obtenido de [file:///C:/Users/monic/Downloads/Dialnet-AplicacionDeLaEscalaDeDepresionDeBeckEnUnaMuestraD-3290606%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/monic/Downloads/Dialnet-AplicacionDeLaEscalaDeDepresionDeBeckEnUnaMuestraD-3290606%20(1).pdf)
- Carbelo, B., & Jáuregui, E. (enero- abril de 2006). Emociones Positivas: Humor Positivo. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 19-24. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77827104.pdf>
- Carrasco, L., Montesa, D. & Sirlopú, N. (2016) Programa de risoterapia en la mejora de la autoestima del adulto mayor en un centro municipal Lambayeque. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú. Obtenido de: <file:///C:/Users/monic/Downloads/382-591-1-PB.pdf>
- Carrillo, J. (s.f.). La risoterapia como alternativa de curación. *Gaceta Universitaria*. Recuperado el 29 de 08 de 2017, de <http://www.gaceta.udg.mx/Hemeroteca/paginas/354/G354-6.pdf>
- Cascón, P., & Beristain, C. (s.f.). *La alternativa del juego I. Juegos y dinámicas de educación para la paz*. Catarata
- Chistian R., Ramos, J., Susanibar, C., & Balarezo, G. (2004). *Laugh Therapy: A new field for healthcare professionals*. Obtenido de <http://files.risoterapia-adultos.webnode.cl/200000005-bfa03c0997/a05.pdf>
- Cía, A. (2001). *TAG Trastorno de ansiedad generalizada*. Argentina: Polemos S.A.

- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual diagnóstico y terapéutico*. (Vol. 2 edición.). Buenos Aires: Polemos.
- Clark, D., & Beck, A. (2010). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad*. New York: Desclée de Brouwer S.A.
- Contreras, F., & Esguerra, G. (mayo de 2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Revista Divertidas–Perspectiva en psicología*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/679/67920210/>
- Contreras, H., Garduño, J., & Carmona, D. (2011). Risoterapia, terapia alternativa para el control del dolor en niños con cáncer intervención de enfermería. *Revista Universidad autónoma del estado de México* 73-74. Obtenido de http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol3/RISOTERAPIA_TERAPIA_ALTERNATIVA.pdf
- Cousins, N. (2005). *Anatomy of an illness*. New York: Open Road.
- De Reina, C. (2007). *La Santa Biblia. Antiguo y Nuevo testamento*. Brasil: Reina- Valera.
- Díaz, V. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. Psicología, Magister en ciencias sociales. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. Obtenido. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S2145-48922010000100005
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1978). *Tratado de Psiquiatría* (Vol. 8). Barcelona: Masson.
- Fernández, J. (2003). El Sentido Del Humor Como Recurso Pedagógico: Hacia Una Didáctica De Las Dídácticas. *Departamento de Teoría e Historia de la Educación*, 151. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/499176.pdf>
- Fernández, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide. *Filmoterapia, cine, coaching y Psicología*. (s.f.). Obtenido de <http://jaimeburque.com/blog/>
- Franco, M. D. (2009). Trastorno de ansiedad en el anciano. *Revista Psicogeriatría* 37-47. Obtenido de http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101_37_47.pdf
- Fredrickson, B. (2000). Positive emotions. New York. *Handbook of positive psychology*. pp12
- Freud, S. (1905/1982). El chiste y su relación con el inconsciente. En: S. Freud. *Obras completas*. Vol. VIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galimberti, U. (2006). *Diccionario de la Psicología*. México: Siglo Veintiuno.
- Garanto, J. (1983). *Psicología del humor*. Barcelona: Herder.

- García, M. C. (Abril de 2015). *El gran libro de la risoterapia del poder de la risa y la Geología*. Obtenido de <http://maricruzgarcia.com/wp-content/uploads/2016/12/Gran-libro-de-la-Risoterapia-del-poder-de-la-Risa.pdf>
- González, A. (2009). *Evaluación en Psicogerontología*. México: Manual Moderno.
- González, E. (Diciembre de 2010). Risoterapia o Geloterapia e Interculturalidad. *CafeBabel*. Obtenido de <http://www.cafebabel.es/sevilla/articulo/risoterapia-o-geloterapia-e-interculturalidad.html>
- González, C. (2004). La psicología: Un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Liberabit*. Perú. Pp 85. núm 10.
- Gonzalo, L. (2002). *Tercera edad y calidad de vida. Aprender a envejecer*. Barcelona: Ariel.
- Griffa, M., & Moreno, J. (2011). *Claves para una psicología del desarrollo: adolescencia. Adulthood. Vejez*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Grotjahn, M. (1961). *Psicología del humorista* (Vol. 4). Madrid: Morata
- Guéguen, N. (2013). El Poder Curativo de la Risa. *Mente y cerebro*, 60- 61. Obtenido de http://filozano.weebly.com/uploads/2/3/6/0/23607470/beneficios_de_la_risa.pdf
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Facultad de psicología*. Obtenido de: http://m.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1258587094.pdf
- Hobbes, T. (2002). *El humor en Thomas Hobbes*. Obtenido de <http://revistas.ucm.es/index.php/CIYC/article/viewFile/CIYC0202110047A/7336>
- Huenchuan, S. (junio de 2011). Hacia un Cambio de Paradigma Sobre el Envejecimiento. *Los derechos de las personas mayores*, 2-3. Obtenido de http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf
- Hurault, B. (2005). *La Biblia Latinoamericana* (125ª. ed.). Madrid: Editorial Verbo Divino.
- Inventario de ansiedad Rasgo - Estado. IDARE (1975). Charles, D. & Rogelio Díaz. Versión en español del STAI. Manual moderno. México
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). INEGI obtenido <http://www.beta.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (3 de diciembre de 2003). *Modelos de atención Gerontológica*, 11-20. Obtenido de http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_%28web%29.pdf
- Izquierdo, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: Teorías y conceptos. *Revista: International Journal of Developmental and Educational Psychology*, N° 2, Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315005.pdf>

- Kaplan, H., & Sadock, B. (2001). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiatría clínica*. (Vol. 8 edición). Madrid: Panamericana.
- Koestler. (1964). *The Act of Creation*. Obtenido de <http://webprojects.eecs.qmul.ac.uk/marcusp/notes/koestler.pdf>
- La Santa Biblia: Antiguo y nuevo testamento*. (2007). *Sociedades Bíblicas unidas*. Buenos Aires.
- Lachira, L. (2014). Risoterapia: Intervención de enfermería en el incremento de la autoestima en adultos mayores. *Universidad nacional mayores de San Marcos* Citado en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3534/Lachira_yl.pdf?sequence=1
- Lancheros, E., Tovar, J., & Rojas, C. (21 de abril de 2011). Risa y salud: abordajes terapéuticos. *Programa de medicina. Universidad Autónoma de Bucaramanga*, 14, 69- 71. Obtenido de 132.248.9.34/hevila/Medunab/2011/vol14/no1/8.pdf
- López, I. (2016). Risoterapia como tratamiento para mejorar la calidad de vida del paciente pediátrico con leucemia linfoblástica aguda. *Universidad de San Carlos de Guatemala*. citado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10027.pdf
- López, M., Iñaki, D., Yahya, V., Méndez, A. & Méndoza, M. (2008). El sistema límbico y las emociones en el humano. *Psicología Iberoamericana. Vol. 17*. Obtenido en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133912609008.pdf>
- Lupano, M., & Castro, A. (2018). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias psicológicas*. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v4n1/v4n1a05.pdf>
- Mata, M., & Ceballos, R. (2005). *Atención rehabilitadora al paciente geriátrico*. Madrid: Formación Alcalá.
- Mora, R. (2009). La risa como tratamiento médico: una opción complementaria/alternativa en educación y atención sanitaria. *Reed Elsevier. 136(3)*. doi:0025-7753
- Mora, R., & García, M. C. (2007). El Valor Terapéutico de la Risa en Medicina. *Red española de investigación en ciencias de la risa*, 694- 695. Obtenido de [file:///C:/Users/monic/Downloads/13129114_S300_es%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/monic/Downloads/13129114_S300_es%20(2).pdf)
- Mora, R., & Quintana, I. (2010). Risa y terapias positivas: moderno enfoque y aplicaciones prácticas en medicina. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 13- 53. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-risa-terapias-positivas-moderno-enfoque-S1888989110700069>
- Moreno, P. (2008). *Superar la ansiedad y el miedo* (Vol. 8 edición). España: Desclée de Brouwer.

- Morrison, J. (2015). *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5 ed.). España. *Guía para el diagnóstico clínico*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Navas, J. (1981) Terapia racional emotiva. (13 ed) *Latinoamericana de psicología*. p 76
obtenido: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80513105.pdf>
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: una ciencia de bienestar y felicidad. *Revista de psicología*. obtenido en:
<http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Oblitas, L. (2015). *Psicología de la salud y calidad de vida*. vol 3. México. Cengage Learning.
- Oddone, M. (septiembre de 2013). Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. *Informes sobre envejecimiento en red* (4). Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf>
- Ojeda, C. (abril de 2003). Historia y Redescrición de la Angustia Clínica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41(2). doi:0717-9227
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2008). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. México. Obtenido de <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud CIE-10, (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (Vol. 1). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Penny, E., & Melgar, F. (2012). *Geriatría y Gerantología para el médico internista* (Vol. 1). Bolivia: La hoguera.
- Pérez, R. (2007). Tratamiento de la ansiedad en el adulto mayor. *Geroinfo.Publicación de Gerontología y Geriatría*, 2. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/tratamiento_ansiedad_adulto_mayor.pdf
- Perlado, F. (1995). *Teoría y práctica de la geriatría*. Madrid: Díaz De Santos S:A.
- Pezzano, G. (enero- julio de 2001). Rogers su pensamiento profesional y su filosofía personal. *Psicología desde el Caribe*, 69. Recuperado el 14 de agosto de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21300705.pdf>
- Pinazo, S., & Sánchez, M. (2005). *Gerontología; actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson.
- Piña, J., & Rivera, B. (Junio de 2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y para qué. *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de

http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N317_psicologiasalud.pdf

- Pujol, X. (5 de diciembre de 2000). La biología no ha programado la vejez, sino la supervivencia. 2.Revista: El país. Barcelona Obtenido de https://elpais.com/diario/2000/12/05/salud/975970804_850215.html
- Profeco. (2007) *Centro de día para adultos mayores*. Obtenido en: <https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/pdf-2007/Centros%20de%20d%C3%ADa%20para%20adultos%20mayores.pdf>
- Quintero, A., Henao, M. E., Villamil, M. M. & León, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Revista Biomédica*. Obtenido de Redylac: <http://www.redalyc.org/pdf/843/84338617012.pdf>
- Ramos, J., Susanibar, C., & Balarezo, G. (2004). Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud. *Revista Social Peruana*. Obtenido de <http://files.risoterapia-adultos.webnode.cl/200000005-bfa03c0997/a05.pdf>
- Reyes, M. (2010). Psicología del humor. *Revista Lationamericana de Psicología*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80515381014.pdf>
- Rodríguez, A. (2008). *El valor terapéutico del humor*. España Desclée de brouwer.
- Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad y Sobreactivación: Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. España: Desclée de Brouwer S. A.
- Rodríguez, R., & Becerra, M. (2000). *Práctica de la Geriatría*. México: McGraw-Hill.
- Royo, D. (febrero de 2013). La risoterapia y su aplicación en la atención primaria. Obtenido de *Universidad pública de Navarra*: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/8045/Grado%20Enfermeria%20Alba%20Jimena%20Royo.pdf?sequence=1>
- Ruiz, B. (2002). La Risa de los Dioses: Origen y Continuidad de la Vida. *Revista de humanidades*(13), 52. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38401303>
- Saenz, R. (diciembre de 2000). Psicoterapia positiva: Una nueva alternativa en psicología clínica. *Universidad Católica Boliviana*. Obtenido de <file:///C:/Users/monic/Downloads/a16.pdf>
- Salameh, W. (2004). *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. España: Clínica y salud
- Salkovskis, P., & Rimes, K. (1997). El enfoque cognitivo- comportamental para la ansiedad por la salud ("hipocondría"). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(2),

118- 120. Obtenido de <http://www.aepp.net/arc/Vol.%202.%20N2.%20pp.%20111-122.%201997.pdf>

Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo: ciclo vital*. Madrid, Estados Unidos: McGraw-Hill/ Interamericana de España.

Sarrate, M. (2006). *Atención a las personas mayores. Intervención Práctica*. Madrid: Universitas S.A.

Sarudiansky, M. (julio- diciembre de 2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Consejo Nacional De Investigaciones Científicas y Técnicas*, 21(2), 20-23. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>

Secretaría de Servicios Parlamentarios. (2010). *Código civil federal*. México. Obtenido de <https://www.oas.org/dil/esp/Art%C3%ADculos%20301%20a%20323%20del%20C%C3%B3digo%20Civil%20Federal,%20art%C3%ADculo%2055.10%20Mexico.pdf>

Seligman, M. (2005) La autentica felicidad. Colombia. Imperio. Vol 3.

Sevilla, A., & López, O. (2009). Educación y humor: una intervención positiva en adolescentes. *Red de revistas científicas de América Latina*, 1(1), 324- 326. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832320035.pdf>

Siebert, Mutran, & Reitzes. (2008). *Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2313/231316496006.pdf>

Silva, A., & Uribe, J. (2010). Propuesta de un curso- Taller para lograr sencibilización en los padres con hijos con discapacidad auditiva. *Tesis de Licenciatura, Universidad Insurgentes, México*.

Sierra, J.; Ortega, V. : Zubeidat, I. (2003 marzo). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos diferentes. *Revista malestar e subjetividad. Brasil*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>

Sigmund Freud (1905). *Sigmund Freud Obras completas, el chiste y su relación con lo inconsciente*. Amorrortu. Londres.

Tabloski, P. (2010). *Enfermería Gerontológica*. Madrid: Pearson.

Tonda, J. (2016). *La risa en serio Buen humor y ciencia* (primera ed.). México: B México.

Triado, C., & Villar, F. (2006). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza.

Villamil, M., Quintero, A., Henao, E., & Cordona, J. (mayo- agosto de 2013). Terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(2), 204-206. Obtenido de <http://http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZB8qZlOPQXsJ:vinculacion.dgire.unam.mx/Congreso-Trabajos->

pagina/PDF/Congreso%2520Estudiantil%25202014/Proyectos%25202014-
%2520%25C3%2581rea/1.%2520Ciencias%2520Biol%25C3%25B3gicas/ciencias
%2520de

- Villanueva, M. (2009). Abordaje historico de la psicología de la vejez. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6910. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300002
- Virues, R. (mayo 2005). Estudio sobre la ansiedad. *Revista psicología. com*. Obtenido de <http://www.psicologiaincientifica.com/ansiedad-estudio/>
- Virgen, R., Lara, A. C., Morales, G., & Villaseñor, S. J. (10 de Noviembre de 2005). Los Trastornos de Ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 3. Obtenido de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
- Vopel, K. (2005). *Praxi de la psicología positiva ejercicios, experimentos , rituales*. España: CCS.
- Warner, K., & Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson.
- Yuste, N., Rubio, R., & Aleixandre, M. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

Anexos

ANEXO 1: Consentimiento Informado y pruebas aplicadas



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Insurgentes plantel Xola le invita a participar en un estudio para la realización de tesis, que se llevara a cabo con personas de la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa I.A. P.

Mediante este consentimiento, usted queda informado que su participación es totalmente voluntaria, por lo que puede aceptar o rechazar la invitación sin que ello le genere problema. Además, la información que usted brinde será confidencial y sólo se podrá utilizar para fines de académicos.

Su participación consistirá en participar en un taller de Risoterapia y contestar cuestionarios en compañía de los aplicadores, que no evalúan su calidad como persona, por lo que no existe respuestas buenas o malas. También queda informado que las personas que se encuentran recolectando los datos son personas de confianza y supervisados.

Al finalizar su participación, usted devolverá los cuestionarios y recibirá una copia del presente consentimiento informado, con los datos de los responsables del proyecto para aclarar cualquier duda o queja que surja durante o posterior a su participación.

He leído y deseo voluntariamente participar en el estudio.

Firma o nombre del participante

Bravo García Angélica A.

Juárez Espino Mónica

Actividad de aprendizaje 4. Manual IDARE



IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, I. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) <i>actualmente por algún posible contratiempo</i>	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

© F. © 1990 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 33

* ... y siempre en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

0181

Actividad de aprendizaje 4. Manual IDARE

I D A R E

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASINUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
<hr/>				
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

LIFEPOINT

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, frios o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 2. Cartas descriptivas

CARTAS DESCRIPTIVAS DEL TALLER “DE RISOTERAPIA EN ADULTOS MAYORES PARA LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD”

Tema: “Introducción”	Horario y fecha: 10:30am-12:300 pm	Lugar: Héctor Vélez y de la Rosa I.A.P.	Facilitadores: Angélica Bravo y Mónica Juárez
Objetivo: Se dará a conocer el taller			

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIAL
Presentación y dar la bienvenida	Generar confianza	Mi nombre gracioso y Pozo de los desechos	En círculo los participantes dirán su nombre en forma graciosa, al terminar, dirán las cosas negativas de las que se quieren deshacer.	10min	
Encuadre	Establecer las reglas del taller	Poner reglas del taller.	Se escriben las reglas que los participantes van comentando	5 min	cartulina y plumones
Romper el hielo	Integrar a los participantes al grupo	Un ratón	Los participantes cantarán la canción del ratón, haciendo las mímicas de la canción.	10 min	canción

Introducción del taller	Explicar el objetivo del taller.	Breve explicación del taller y conceptualización de Risoterapia.	Se les dice a los participantes el desarrollo del taller y que el taller será lúdico.	15 min	presentación
Cierre	Experimentar la risa a través del juego	Tambores de Calcuta y Meditación	<p>El facilitador guiará los siguientes movimientos.</p> <p>Las manos dan 2 golpes en sus muslos a ritmo de Jo Jo y después voltearán a la derecha y a ritmo de 3 Ja JaJa. Regresar al centro con Jo Jo para ir al otro lado con Ja Ja, este movimiento será repetitivos aumentando de velocidad hasta que el facilitador diga para. Los participantes se inclinarán con los brazos extendidos para inhalar profundamente y se erguirán estirando los brazos para soltar la carcajada.</p> <p>Se preguntará a los participantes la experiencia que vivieron en el taller y se les recordará la fecha de la próxima reunión.</p>	10 min	Ninguno

CARTAS DESCRIPTIVAS DEL TALLER “DE RISOTERAPIA EN ADULTOS MAYORES PARA LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD”

Tema: “cambios”	Horario y fecha: 10:30am-12:00 pm	Lugar: Héctor Vélez y de la Rosa I.A.P.	Facilitadores: Angélica Bravo y Mónica Juárez
Objetivo: Demostrar que los cambios que se tienen con la edad no son malos			

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIAL
Introducción	Hablar de lo que trata la risoterapia	Tema informativo	Explicación	3 min	Ninguno
Cambio	Introducir al estado de juego	Los cinco cambios	Los participantes se pondrán en parejas y se mirarán de frente. Después se pondrán de espalda durante 30 seg. Y se cambiarán 5 cosas sin quedar a la vista del interlocutor, se pondrán de frente a su interlocutor y se retroalimentarán con base a su observación los cambios percibidos.	20 min	Ninguno

Terapia de la risa	Reconocer los tipos de cambios que se tienen en la vida para reconstruir su aquí y ahora.	Mover un poco el cuerpo.	Bailar la canción que se escuche.	10 min	Canción de Lupita "maletas"
Realizar la maleta	Que las participantes se den cuenta de los cambios que han tenido.	Maleta del sentido del humor	En un dibujo simulando una maleta escribir los cambios buenos que se han tenido	20 min	plumones hojas de colores
Cierre, sesión de dudas y respuestas	Describir terapia de la risa como herramienta para practicarla en la vida cotidiana	Va y ven Poner los pies en la tierra (aquí y el ahora)	En círculo sentados los participantes se mueven de un lado a otro ligeramente. En un va y ven escuchando las indicaciones de las instructoras.	7 min	ninguno

CARTAS DESCRIPTIVAS DEL TALLER “DE RISOTERAPIA EN ADULTOS MAYORES PARA LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD”

Tema: “Memoria”	Horario y fecha: 11am-12:00 pm	Lugar: Héctor Vélez y de la Rosa I.A.P.	Facilitadores: Angélica Bravo y Mónica Juárez
Objetivo: Que los participantes revivan los buenos momentos y sea parte de su vida diaria			

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIAL
Introducción	Hacer un recuento de lo vivido con las actividades de la sesión pasada.	Hablar un poco de lo que se vio en la sesión anterior.		5 min	ninguno
El diario de los recuerdos felices.	Aprender estrategias que nos permitan cortar nuestros pensamientos y emociones negativas	Se escribirá un diario tan sólo con cosas y actitudes positivas.	En él, cada uno podrá registrar todo aquello que le ha hecho sentir bien o feliz a lo largo del día: emociones, sentimientos, detalles, momentos, etc. Pueden ser pequeñas cosas como: comer el mejor helado de hacía años, la llamada de un ser querido, el estreno de un nuevo vestido, etc.	35min	Música Hojas Estambre
				15 min	

Retroalimentación, lluvia de ideas	Que los participantes externen como se sienten al hacer libros con vivencias positivas	Se les proporcionara hojas de colores, estampas, colores para la realización de su diario de vivencias.	Cuando estén tristes pueden leer su diario de la risa. Cómo te sentiste en la actividad Preguntar: ¿Cómo te sientes? ¿De qué te das cuenta?	5 min	
Sesión de dudas y respuestas	Aclarar las dudas que puedan tener las participantes.	Se dará un tiempo para que los participantes puedan preguntar sobre el tema trabajado durante la técnica desarrollada anteriormente.			

CARTAS DESCRIPTIVAS DEL TALLER “DE RISOTERAPIA EN ADULTOS MAYORES PARA LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD”

Tema: “Economía “	Horario y fecha: 11:00am-12:00 pm	Lugar: Héctor Vélez y de la Rosa I.A.P.	Facilitadores: Angélica Bravo y Mónica Juárez
-----------------------------	---	--	--

Objetivo: Crear conciencia de la realidad personal a nivel económico

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIAL
Bienvenida	Deshacerse de los pensamientos negativos	Pozo de los desechos	En círculo los participantes dirán las cosas negativas de las que se quieren deshacer, imaginariamente se hace una bola que se tirará al pozo.	5 min	Ninguno
¿Qué usas para pagar?	Técnica para desbloquear	Marmaja	Se les preguntara a los participantes que se necesita para pagar cosas materiales, esperando que digan marmaja, al mencionarlo, repetir el sonido MARMAJA JA JA JA varias veces.	5 min	Ninguno
Formas de ahorro	Establecer estrategias para generar recursos en su vida	Ahorrando lo necesario	Reconciliación con los padres (dar y recibir) Papá generar recursos. Mamá para el rendimiento. Ahorrar de monedas. Lluvia de ideas	15 min	Ninguno

Yoga de la risa	Liberar tensiones y aprender a reír de la nada	Regalo lo que cuesta	<p>Caminando de forma aleatoria por el espacio, expresando JO JO, JA, JA, JA, y aplaudiendo al mismo tiempo. Después se pregunta, ¿Cómo estás?, tienen que responder BIEN MUY BIEN con los brazos arriba. Caminar de manera aleatoria por el espacio, se agacharán recogiendo una flor imaginaria, llevar a su nariz esa flor inhalando su aroma y la regalan a otro compañero expresan un JA JA prolongado, repetir el ciclo, pero ahora con el billete y con una moneda sacar del bolsillo imaginariamente se caen, soltar la risa, repetidamente.</p> <p>Se les menciona a las participantes lo que ha subido y ellas esbozarán un JA, JA, JA.</p>	15min.	Ninguno
Impuestos elevados	Reímos de los impuestos	Lo caro me mueve la cara		10 min	Ninguno

Retroalimentación	Con la información obtenida durante la intervención dar una conclusión	Lluvia de ideas y con los comentarios dados en el taller se hará		10 min	Ninguno
-------------------	--	--	--	--------	---------

CARTAS DESCRIPTIVAS DEL TALLER “DE RISOTERAPIA EN ADULTOS MAYORES PARA LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD”

Tema: “Reír de lo cotidiano”	Horario y fecha: 11:00am-12:00 pm	Lugar: Héctor Vélez y de la Rosa I.A.P.	Facilitadores: Angélica Bravo y Mónica Juárez
--	---	--	--

Objetivo: crear conciencia de la importancia de tener un clima de relajación y autoconfianza.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIAL
Introducción del tema	El saludo también puede ser divertido	Me río con mi cuerpo	Saludar de una forma diferente utilizando partes del cuerpo que no se usan para saludar utilizando el JA,JE,JI,JO,JU.	5 min	Ninguno
Prejuicios	Eliminar prejuicios creados	Hilo de los prejuicios	Cada participante tendrá que meterse por las orejas un hilo imaginario este quitará los prejuicios que cada participante tiene, cada uno de ellos dirá en voz alta un prejuicio que sea	5 min	Ninguno

reírse de uno mismo	Perder el sentido del ridículo y aprender a reírse de uno mismo	Cantinflear	creado o colocado por la sociedad El monitor repartirá a cada asistente una tarjeta donde habrá escrita una parte de un refrán popular, los participantes se unirán con la persona que tenga la parte del refrán que mejor le quede a lo que ella tiene escrito.	20 min	tarjetas con frases de refranes
La rutina también es divertida	Observar que lo serio o negativo tiene su lado positivo.	Que bien me sale	Las participantes dirán como hacen alguna actividad domestica de forma graciosa y las otras participantes la imitarán.	15 min	grabadora y bocinas
La rutina de no tener errores	Reír de lo incoherente	Yaca Mamaca	Se les da la instrucción de que digan la frase en voz alta al azar, se elige quien la diga con el cambio de vocales.	10 min	Ninguno
Cierre	cerrar emociones	Se dará una intervención de relajación.	Respiración inhalar y exhalar y exclamar un grito.	5min	Ninguna

CARTAS DESCRIPTIVAS DEL TALLER “DE RISOTERAPIA EN ADULTOS MAYORES PARA LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD”

Tema: “Mi familia adoptiva”	Horario y fecha: 11:00am-12:00 pm	Lugar: Héctor Vélez y de la Rosa I.A.P.	Facilitadores: Angélica Bravo y Mónica Juárez
---------------------------------------	---	--	--

Objetivo: Que el participante se dé cuenta que pueden contar con otro tipo de apoyo con personas no consanguíneas

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIAL
Presentación y dar la bienvenida	El saludo también puede ser divertido	Me río con mi cuerpo	Saludar de una forma diferente utilizando partes del cuerpo que no se usan para saludar utilizando el JA,JE,JI,JO,JU	5 min.	Ninguno
Introducción	Dar a conocer la diferencia entre estar solo y vivir solo	Teoría: se dará información respecto al tema.	Teoría y lluvia de ideas	15 min	Ninguno
Calentamiento	Que los participantes tengan contacto con el otro	Masaje de animales	Los participantes hacen un círculo se les dice que tomen los hombros de sus compañeras les den un masaje como diferentes animales cada una sugiera uno, se	5 min	Ninguno

Sacar los miedos	Sacar lo que les afecta a los participantes sobre el abandono de un familiar	La hoguera	<p>dan la vuelta y le realizan a el masaje al otro.</p> <p>En rueda, tirar al centro todo aquello que a cada una le angustia sobre el abandono, como si se tratara de una hoguera que lo quema todo. Decirlo en voz alta cada vez que se lanza algo, cada persona lo suyo, tanto como quiera. Después, imaginar que en la hoguera quedan las brasas y de ahí tomar aquello positivo que a cada uno le resulte útil, relacionado o no con lo que ha tirado: "<i>Confianza</i>" "<i>Seguridad</i>".</p>	15 min.	Ninguno
Reír del futuro	Reírse de la angustia que les causa un abandono	Relájate (Relajateee)	Los participantes se pondrán en rueda; cada uno de ellos dirá las palabras que quiera al escuchar la palabra abandono, cuando el participante lo diga cada uno de los demás participantes le dirán RELAJAJATE y le aplaudirán.	15min	Ninguno
Cierre	Cerrar la emoción	Se dará con tambores de Calcuta y por último relajación.	Respiración inhalar y exhalar	5min	Ninguno

CARTAS DESCRIPTIVAS DEL TALLER “DE RISOTERAPIA EN ADULTOS MAYORES PARA LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD”

Tema: “Disfrutar ‘por disfrutar”	Horario y fecha: 11:00am-12:00 pm	Lugar: Héctor Vález y de la Rosa I.A.P.	Facilitadores: Angélica Bravo y Mónica Juárez
Objetivo: Aprender a disfrutar con lo que contamos			

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIAL
Calentamiento	Despejarse de los pensamientos que traen	Moviendo el cuerpo	Mover y estirar cada parte del cuerpo y sobre todo los músculos faciales.	5 min.	Ninguno
Ejercicio de la risa	Disfrutar la risa con los otros.	Rueda de risas	En rueda alguien comenzará a reír y el que esté a lado continuará la cadena hasta que todos acaben riendo. Se repetirá el ejercicio, pero riéndose primero con JA, luego con JE,JI,JO sucesivamente	5 min	Ninguno
Traumas			Cada participante expondrá una situación que le ha causado	10 min	Ninguno

<p>Manejo de sentidos</p>	<p>Conseguir que los participantes encuentren que de lo negativo pueden aprender algo positivo.</p>	<p>Que vivan las traumas</p>	<p>ansiedad y gritar “QUE VIVAN LOS TRAUMAS”.</p>	<p>35 min</p>	<p>paliacates semillas de arroz, alpiste frijol esencia de sándalo</p>
<p>Sesión de dudas y cierre.</p>	<p>Disfrutar y reconocer los diferentes placeres que pueden obtener a través de los sentidos.</p> <p>Aclarar las dudas de las participantes</p>	<p>El aquí y el ahora.</p> <p>Los participantes podrán exponer sus dudas que se dieron a través de la intervención del taller.</p>	<p>El monitor da la instrucción de permanecer sentados y cubrirse los ojos con paliacates.</p> <p>Se procederá a dar estimulación sensorial para cada uno de los sentidos</p>	<p>5 min</p>	<p>Ninguno</p>

CARTAS DESCRIPTIVAS DEL TALLER “DE RISOTERAPIA EN ADULTOS MAYORES PARA LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD”

Tema: “Roto para un descocido”	Horario y fecha: 11:00am-12:00 pm	Lugar: Héctor Vélez y de la Rosa	Facilitadores: Angélica Bravo y Mónica Juárez
Objetivo: Que los participantes se den cuenta que tienen en común con los demás y no quedarse con la primera impresión			

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIAL
Bienvenida	Comentar un poco del tema de la sesión anterior	Retroalimentación		5 min	Ninguno
Actividades en común	Que las participantes se den cuenta que tienen cosas en común con personas con las que no tienen alguna interacción	Telaraña de afinidades	Con una bola de estambre cada participante dirá algo que le gusta, cuando otro participante coincida en ese gusto se le arrojará la bola de estambre hasta realizar una telaraña	10 min	Estambre
Leyendas contadas		La llorona siglo XXI	En esta dinámica cada participante comentará una		Ninguno

	Sacar tensión de una forma divertida.		parte de la leyenda y los otros participantes harán el ruido que sea necesario para integrarse a la dinámica, hasta que hayan participado todos los integrantes del grupo	15 min	
Frutas en pareja	Que los participantes se den cuenta que no tienen que ser iguales para coincidir en cosas.	Pareja de frutas disparejas	Cada participante se le dará un nombre de fruta y la persona se describirá que fruta le tocó sin decir al compañero que fruta es. Tendrán las mismas características, pero serán una fruta diferente.	10 min	Ninguno
Retroalimentación	Demostrarles el propósito de la actividad.	Retroalimentación	Mencionar como se sintieron. Inhalar y exhalar.	15 min	Ninguno
Dudas y cierre	Aclarar las dudas y realizar respiración	Yoga		5 min	Ninguno

Anexo 3.

Fotos del Taller

Figura 1: En estas imágenes las participantes realizaron el juego del hilo de la sonrisa. Cada participante ocupaba un hilo imaginario para dibujar una sonrisa en el rostro.





Figura 2: En esta dinámica se dio la dinámica de *Cantinfleando*. Cada participante tenía que buscar su pareja de acuerdo con lo que tenía escrito su papel



Figura 3: Esta dinámica se trató del baile de me duele la cara, en donde cada participante dice sus dolencias y el resto del grupo en coro responden “te duele la cara de ser tan guapa”.



Figura 5: En esta actividad se formaron grupos de tres personas en donde como equipo se tienen que ayudar y como objetivo ponerse en los zapatos del otro.

Figura 6: En esta dinámica las participantes se dijeron cosas positivas hacia su persona.





Figura 7: Durante la sesión del Aquí y el Ahora, cada una de las participantes estimularon los sentidos y disfrutaron de la relajación, mencionado por ellas.



Figura 8: En la dinámica “de la pérdida material”, las participantes expusieron en forma de broma la pérdida de algo material.

Figura 9: En esta imagen se muestra el cierre del taller y agradecimientos por parte de las participantes.

