



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ANTROPOLOGÍA APLICADA: SALUD Y
DESARROLLO COMUNITARIO**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**SALUD-ENFERMEDAD: APLICACIÓN Y EFECTOS
DE LA RISOTERAPIA EN LA MEJORA DEL
ESTADO DE SALUD DE UN GRUPO DE
POBLACIÓN MAYOR**

Autor: D. PABLO SANTOS MARCOS

Tutora Académica:

Dra. Cristina Jenaro Río. Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos.

Septiembre, 2014



**UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ANTROPOLOGÍA APLICADA: SALUD Y
DESARROLLO COMUNITARIO**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

SALUD-ENFERMEDAD: APLICACIÓN Y EFECTOS DE LA RISOTERAPIA EN LA MEJORA DEL ESTADO DE SALUD DE UN GRUPO DE POBLACIÓN MAYOR

Autor: D. PABLO SANTOS MARCOS

Tutora Académica:

Dra. Cristina Jenaro Río. Departamento de
Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológicos.

Septiembre, 2014

AGRADECIMIENTOS

Pocas líneas me brinda este espacio tan especial para nombrar y agradecer a tantas personas sus diversas aportaciones, y que de un modo u otro, me han enriquecido tanto personal como académicamente.

Sin ánimo de olvidarme de nadie, quisiera agradecer en primer lugar a mis padres y a mi hermano, la confianza que han depositado en mí, y que aunque ha estado ahí, desde la distancia, donde están cada uno de ellos, agradezco enormemente.

A mis tíos Fede y Carmen, que estando más cerca físicamente, me han alimentado con su presencia y me han reconfortado con sus palabras.

Mis más profundos, sinceros y cariñosos agradecimientos a dos personas admirables, valientes e inteligentes de las que tengo mucho que aprender, esperando que tanto ellas como la propia vida (tan complicada e incierta a veces) me den tiempo para ese menester, que son Vivian (mi amiga y compañera), y la profesora y tutora que me ha dirigido el presente trabajo, Cristina Jenaro. Gracias a la primera por todo su apoyo en un año tan complicado, por guiarme cuando me he encontrado perdido, por personalizar el cariño y la inteligencia y compartirlo desde la humildad con un servidor.

Mi agradecimiento más afectuoso a la profesora Cristina Jenaro, por tenderme su mano, cuando la mía no llegaba, por abrirme su puerta, cuando las demás estaban cerradas, y por animarme a seguir luchando y superarme día a día, desde cualquier parte del mundo...

Gracias a mi amigo y compañero de Congresos, José Antonio, por acudir a mi llamada siempre que lo he necesitado, y por alimentar la necesaria confianza en mí mismo.

Mis agradecimientos a mis profesores y compañeros del Máster en Antropología Aplicada: Salud y Desarrollo Comunitario, por formar parte de mi vida y de nuestra historia, por todo lo que he aprendido de vosotros y por mostrarme que la vida está repleta de caminos y de historias que se tornan más auténticas aún cuando se observan con una "mirada antropológica". Gracias María Jesús Pena, profesor Abati, Lourdes Moro, Chuchi, Felipe Aixalá, José Antonio, por ser uno más de nosotros.

Apelando a la humildad y a todo el universo de conocimiento antropológico del que me confieso admirador, me gustaría finalizar este epígrafe repleto de agradecimiento, sentimiento y reflexión personal con una cita del Profesor Ramón y Cajal -Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1906-, que aparece en el contenido de su Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina, capítulo II, *"Preocupaciones del principiante"*:

"Los grandes hombres son á ratos genios, á ratos niños, y siempre incompletos. Aun concediendo que nuestro grande hombre, sometido al contraste de la observación, salga puro de todo error, consideremos que todo cuanto haya descubierto en un dominio dado es casi nada en parangón con lo que deja por descubrir" (Ramón y Cajal, 1897).

**"El poder intelectual de un hombre,
se mide por el humor que es capaz de utilizar"**

Friedrich Nietzsche

ÍNDICE

<u>AGRADECIMIENTOS</u>	<u>5</u>
<u>DESCRIPCIÓN DE ACRÓNIMOS EMPLEADOS EN LA INVESTIGACIÓN.....</u>	<u>17</u>
<u>PRESENTACIÓN</u>	<u>19</u>
<u>1 LA SALUD, LA VEJEZ Y EL HUMOR DESDE UNA PERSPECTIVA</u>	
<u>ANTROPOLÓGICA.....</u>	<u>25</u>
1.1 LA SALUD DESDE LA ANTROPOLOGÍA	25
1.2 LA PERSONA MAYOR DESDE LA ANTROPOLOGÍA.....	32
1.3 EL HUMOR DESDE LA ANTROPOLOGÍA	40
<u>2 LAS EMOCIONES POSITIVAS COMO CONDICIONANTES DE LA</u>	
<u>SALUD</u>	<u>45</u>
2.1 EFECTOS PSICOSOMÁTICOS DEL HUMOR Y DE LA RISA	46
2.1.1 EFECTOS FÍSICOS.....	47
2.1.2 EFECTOS PSICOLÓGICOS	48
2.1.3 EFECTOS SOCIALES.....	49
2.2 QUÉ ES UN TALLER DE RISOTERAPIA	50
2.3 LA TEORÍA Y LA PRAXIS DEL TALLER DE RISOTERAPIA	51
2.3.1 J.1- JUEGOS DE PRESENTACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL GRUPO	52
2.3.2 J.2- JUEGOS DE DISTENSIÓN Y DESBLOQUEO	52
2.3.3 J.3- JUEGOS DE AUTOAFIRMACIÓN	52
2.3.4 J.4- JUEGOS DE CONFIANZA	53
2.3.5 J.5- JUEGOS DE COMUNICACIÓN Y EXPRESIÓN CORPORAL.....	54
2.3.6 J.6- JUEGOS DE COOPERACIÓN	54
<u>3 ESTUDIO EMPÍRICO: LA EXPERIENCIA DE PARTICIPAR EN UN</u>	
<u>GRUPO DE RISOTERAPIA PARA PERSONAS MAYORES</u>	<u>55</u>
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	55
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	56
3.3 HIPÓTESIS	56
3.4 MÉTODO.....	56
3.4.1. EL MÉTODO FENOMENOLÓGICO	56
3.4.2. DISEÑO DEL ESTUDIO	57

3.4.3. PARTICIPANTES Y SELECCIÓN	58
3.4.4. ANÁLISIS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	59
3.5 ACCESO AL CAMPO: ESCENARIOS.....	62
3.5.1 LAS PERSONAS MAYORES: UNA MIRADA DESDE LAS CIFRAS OFICIALES	62
3.5.2 CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES	69
3.6 INSTRUMENTOS.....	71
3.6.1 ENTREVISTAS ANTROPOLÓGICAS EN PROFUNDIDAD	71
3.6.2. CUESTIONARIOS.....	73
3.6.3 MEDIDAS FÍSICAS.....	75
3.7 INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS.....	75
3.7.1. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS CUANTITATIVO	75
3.7.2. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS CUALITATIVO.....	76
3.8 PROCEDIMIENTOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	76
3.8.1. ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN	76
3.8.2. CUESTIONES ÉTICAS Y CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	79
3.8.3. VARIABLES DE SITUACIÓN EN EL TALLER DE RISOTERAPIA	79
3.8.4. VALORACIONES PRE-POST	82
3.8.5. ESTRUCTURA DE LAS SESIONES DEL TALLER DE RISOTERAPIA	82
3.8.6 DESARROLLO DE LAS SESIONES DEL TALLER DE RISOTERAPIA	84
3.9 RESULTADOS.....	91
3.9.1 FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD –HÁBITOS, ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD-	91
3.9.2 SALUD PSICOSOCIAL	101
3.9.1 CAMBIOS PRE - POST INTERVENCIÓN EN SALUD PSICOSOCIAL	104
3.9.3 RESULTADOS POST-TEST EN SALUD FÍSICA: TENSIÓN ARTERIAL Y FRECUENCIA CARDIACA.....	106
3.9.4 SATISFACCIÓN CON EL TALLER DE RISOTERAPIA.....	110
3.9.5 ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS ANTROPOLÓGICAS	111
<u>4 CONCLUSIONES</u>	<u>121</u>
4.1 DIMENSIÓN DISEASE.....	121
4.1.1 SALUD PSICOSOCIAL.....	124
4.1.2 MEDIDAS FISIOLÓGICAS DE TENSIÓN ARTERIAL.....	124
4.2 DIMENSIÓN ILLNESS	126
4.3 DIMENSIÓN SICKNESS.....	127
4.4 CONCLUSIONES FINALES	128

5	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
	ANEXOS	137
6.1	MODELO DE ENTREVISTA ANTROPOLÓGICA	137
6.2	STEPWISE ABREVIADO. ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD	139
6.3	CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-28).....	145
6.4	CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN	151
6.5	CARTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO	153
6.6	AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.....	155
6.7	MODELO DE CARTEL DE DIFUSIÓN DE LA ACTIVIDAD EN LOS CENTROS DE DÍA.....	157
6.8	MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE DÍA "SALAMANCA"	159
6.9	ANEXO DE CÓDIGOS CON CITAS	161
6.10	COMUNICACIÓN-POSTER CONGRESO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.....	177

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. SÍNTESIS MODELOS EXPLICATIVOS ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES	27
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR GÉNERO	61
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PARTICIPANTES	61
TABLA 4. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR, 1991-2010.....	63
TABLA 5. DESCRIPCIÓN ENTREVISTAS EN LOS TRES CD	72
TABLA 6. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DE SITUACIÓN.....	81
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE DESCRIPTIVOS EN RELACIÓN AL CONSUMO DE TABACO	91
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE DESCRIPTIVOS EN RELACIÓN AL CONSUMO DE ALCOHOL	92
TABLA 9. DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	96
TABLA 10. DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS PARA LA HIPERGLUCEMIA.....	96
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DESCRIPTIVA DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE IMC.....	97
TABLA 12. PERÍMETRO DE CINTURA-RIESGO CARDIOVASCULAR	98
TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE VALORES HABITUALES DE GLUCEMIA	99
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE VALORES HABITUALES DE TRIGLICÉRIDOS .	100
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN PRE-INTERVENCIÓN DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS	101
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN INTERVENCIÓN DE LOS SÍNTOMAS ANSIEDAD- INSOMNIO	101
TABLA 17. DISTRIBUCIÓN PRE INTERVENCIÓN DE LA DISFUNCIÓN SOCIAL.....	102
TABLA 18. DISTRIBUCIÓN POST-INTERVENCIÓN DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS.....	103
TABLA 19. DISTRIBUCIÓN POST INTERVENCIÓN SÍNTOMAS ANSIEDAD- INSOMNIO	103
TABLA 20. DISTRIBUCIÓN DESCRIPTIVA POST- INTERVENCIÓN DISFUNCIÓN SOCIAL.....	104
TABLA 21. CAMBIOS PRE-POST EN AJUSTE PSICOSOCIAL	105
TABLA 22. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA TA SISTÓLICA POR SESIONES.	106
TABLA 23. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA TA DIASTÓLICA POR SESIONES.	107
TABLA 24. ESTADÍSTICOS DE LA FRECUENCIA CARDIACA POR SESIONES.	107
TABLA 25. ESTADÍSTICOS DE TA SISTÓLICAS. MOMENTO PRE- INTERVENCIÓN	108
TABLA 26. ESTADÍSTICOS DE TA DIASTÓLICAS. MOMENTO PRE- INTERVENCIÓN	108
TABLA 27. ESTADÍSTICOS DE TA SISTÓLICAS. MOMENTO POST- INTERVENCIÓN	109
TABLA 28. ESTADÍSTICOS DE TA DIASTÓLICAS. MOMENTO POST- INTERVENCIÓN.....	109
TABLA 29. ESTADÍSTICOS DE FC. MOMENTO PRE- INTERVENCIÓN	110
TABLA 30. ÍTEMS DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL TR	110
TABLA 31. CÓDIGOS ASOCIADOS A LOS BENEFICIOS DE LA RISOTERAPIA.....	114
TABLA 32. CÓDIGOS ASOCIADOS A LA NECESIDAD DEL TALLER	114
TABLA 33. CÓDIGOS ASOCIADOS A LA PERSONALIDAD POSITIVA.....	115
TABLA 34. CÓDIGOS VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL TALLER.....	115

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. IMÁGENES DESARROLLO DE LA TERCERA SESIÓN DEL CD "SALAMANCA"	53
FIGURA 2. EDADES DE LOS PARTICIPANTES	60
FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS	62
FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN PROVINCIAL DE LAS PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS, 2009	65
FIGURA 5. PERSONAS MAYORES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 2010.	66
FIGURA 6. CASTILLA Y LEÓN. POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD, 2010	68
FIGURA 7. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO EN CASTILLA Y LEÓN POR PROVINCIAS.	69
FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE DIETA DE LOS SUJETOS.....	93
FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN DE VARIABLES DE ACTIVIDAD FÍSICA.....	94
FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN DE CIRCUNSTANCIAS FÍSICAS DE LOS SUJETOS.....	95
FIGURA 11. DISTRIBUCIÓN PERÍMETRO DE CINTURA-RIESGO CARDIOVASCULAR	98
FIGURA 12. DISTRIBUCIÓN VARIABLE VALORES HABITUALES DE COLESTEROL.....	100
FIGURA 13. DISTRIBUCIÓN DESCRIPTIVA VARIABLE DEPRESIÓN PRE-INTERVENCIÓN ...	102
FIGURA 14. DISTRIBUCIÓN DESCRIPTIVA VARIABLE DEPRESIÓN POST-INTERVENCIÓN...	104
FIGURA 15. CAMBIOS PRE-POST EN SALUD PSICOSOCIAL	106
FIGURA 16. BENEFICIOS DEL TALLER DE RISOTERAPIA	111
FIGURA 17. NODOS O CÓDIGOS CONGLOMERADOS POR SU SEMEJANZA	113

DESCRIPCIÓN DE ACRÓNIMOS EMPLEADOS EN LA INVESTIGACIÓN

O. M. S. : Organización Mundial de la Salud

S. E. G. G.: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

CD: Centro de Día (para personas mayores)

TR: Taller de Risoterapia

PM: Persona Mayor

TA: Tensión Arterial

FC: Frecuencia Cardíaca

HTA: Hipertensión Arterial

IMC: Índice de Masa Corporal

MAC: Medicinas Alternativas, Complementarias y Tradicionales.

IMSERSO: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales

CES: Consejo Económico y Social

PRESENTACIÓN

Hablar de salud, es hablar de la vida, pero siguiendo a Devillard (1990) también es referirse al conjunto de prácticas corporales y sociales. Aunque existen diversas definiciones de salud desde muchas ópticas distintas, este concepto abarca varias dimensiones del ser humano que deben ser abordadas desde un punto de vista holístico y que es difícil deslindar unas de otras.

Valga como ejemplo sobre este particular la definición "universal" de la OMS, que define la salud como *“un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (definición no modificada desde 1948).

Cuerpo y mente, cuerpo y alma o cuerpo y espíritu nos llevan a concluir que el ser humano en su conjunto lo constituye un “Yo” con una vertiente biológica, otra psicológica y una última social (dimensión bio-psico-social).

Por otra parte, el concepto de salud siempre ha ido ligado a otro no menos importante por las connotaciones sociales, culturales y personales que de éste se derivan, el de enfermedad. Cada grupo humano entiende e interpreta la salud-enfermedad de un modo particular según su cosmología y organización social porque se derivan de las diversas interpretaciones que hacen sobre la *vida*, y la relación entre la naturaleza y la cultura (Brown, Barrett, y Padilla, 1998).

Según Neugarten (1999) actualmente, en nuestra sociedad, el desarrollo de las ciencias médicas (biomedicina), junto con las mejores condiciones sociales de vida de las personas, hacen de la longevidad uno de los cambios más drásticos del ciclo vital, además de constituir todo un desafío demográfico para los gobierno y las sociedades desarrolladas. Así, el reto de la antropología urbana es trabajar con sociedades envejecidas.

Desde este punto de vista, la vejez se configura como una realidad biológica, pero también cultural que se construye socialmente. En la actualidad, buena parte de las personas consideradas oficialmente ancianas (por ser jubiladas) resultan jóvenes desde el punto de vista social. Son, pero sobre todo, cada vez serán más personas mayores

(PM) con mayor nivel de conocimientos, formación, salud y recursos económicos que las generaciones de PM precedentes.

La antropología busca generar una reflexión ligada a los significados y sentidos del ciclo vital y la mayor longevidad más allá de la biología.

Las aportaciones de la antropología al estudio de la vejez y del envejecimiento, se relacionan con el hecho de evidenciar que la edad es una construcción histórica, derivada de la articulación entre la experiencia personal del individuo, y los valores que le son atribuidos por la sociedad de la cual forma parte.

Entre estas aportaciones se encuentran la de potenciar mejores condiciones de vida durante la vejez y determinar diferentes formas de calidad de vida a lo largo del envejecimiento.

En este sentido destaca el concepto de “envejecimiento activo”. El término fue adoptado por la OMS a finales de los 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable”, y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la forma de envejecer de los individuos y las poblaciones.

El envejecimiento activo se puede definir como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las PM envejecen. El término “activo” alude a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. El concepto de envejecimiento activo, fomentado por la OMS, anima al *“proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida”* (en Navarro y Pérez, 2011. p. 268).

Frente a uno de los imaginarios actuales de la vejez que considera esta etapa del ciclo vital en términos de pérdidas y ausencia de roles, habilidades, capacidades, etc. y en suma, deterioro e involución, y que las perfila como personas inactivas, improductivas y con toda una serie de estereotipos negativos, se hace necesario articular estrategias que permitan optimizar todas las capacidades, habilidades y potenciales que tiene el colectivo de PM.

En este contexto de salud-enfermedad, y de envejecimiento activo, bajo la hegemonía del modelo biomédico, en los últimos años se ha dado un paso importante en lo relativo a la construcción de nuevos modelos interpretativos que nos permiten comprender mejor el proceso salud-enfermedad desde la hibridación cultural. Bajo este prisma surge el Pluralismo Médico que nos facilita la comprensión de la combinación de elementos del sistema o modelo biomédico normalizado con otros conocimientos terapéuticos utilizados por las personas para intentar restablecer su salud. Estos conocimientos se categorizan como Medicinas Alternativas, Complementarias y Tradicionales – MAC.

Las MAC son empleadas por un gran volumen de población que busca lo que no encuentra en la medicina alopática o convencional.

Dentro de este itinerario terapéutico se encuentra la Risoterapia o Geloterapia (Gelos, del griego=reír). Los contenidos de este campo terapéutico se llevan a cabo a través de los TR (Talleres de Risoterapia).

La diferencia entre un Taller de DR y otro tipo de talleres del ámbito de la Animación Socio Cultural radica en que el primero es una alternativa terapéutica que se utiliza en muchas ocasiones como complemento de los tratamientos médicos convencionales y se emplea para superar problemas de tipo físico, psicológico y social.

Aunque en un Taller de DR se pueden utilizar recursos de otros campos (por ejemplo de la musicoterapia), uno de los objetivos que se persigue con esta actividad es el de facilitar el desarrollo de actitudes positivas frente a la vida y frente a los demás (objetivo que debe ir obligatoriamente vinculado al humor y a su manifestación física, la risa). La finalidad de un Taller de DR va más allá que los de cualquier otra actividad, y engloba las tres dimensiones del “yo” de la persona, la biológica, la psicológica y la social.

El abordaje de la salud a través de la Risoterapia (como MAC) puede servir de ayuda para mejorar la calidad de vida de las personas, poniendo de relieve el papel de los procesos socioculturales que influyen en el desarrollo, significados y experiencia de la vejez (Whitehouse, et al., 2005).

En este contexto, y concretamente como profesional del Trabajo Social especializado en el ámbito de la Gerontología, practicante y fervor creyente de esta MAC, y desde un

enfoque antropológico se presenta la necesidad de implementar programas que desde un punto de vista de la prevención y promoción de la salud, redunden en una optimización de las posibilidades personales de las PM y, por tanto, en una mejora de su salud global. A través de la presente investigación he pretendido conocer la influencia de un TR en la salud física y emocional de un grupo de población mayor. De este modo, me he planteado como objetivo general del estudio valorar cómo influye la risa en el estado de salud de un grupo de personas mayores, mejorando su calidad de vida.

Dicho objetivo general se divide en los siguientes objetivos específicos:

- Valorar cómo influye la aplicación de un taller de esta naturaleza a nivel fisiológico en un grupo de población mayor a través del registro de la tensión arterial, pautas de actividad física y hábitos de salud (Dimensión fisiológica).

- Evaluar si la risa reduce los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de población de mayor (Dimensión psicológica).

- Evaluar la motivación de un grupo de personas mayores tras la aplicación de un taller de dinámica de la risa (Dimensión motivacional).

Me planteo contrastar una hipótesis, que consiste en predecir que existirán efectos favorables y positivos de la risa y más concretamente, del taller impartido. De este modo, se espera que la intervención produzca mejoras en la salud de las personas mayores, desde un punto de vista bio-psico-social. Esperamos que se incrementen sus niveles de motivación, y la percepción de mejoras en su calidad de vida.

En lo que a la estructura de la investigación se refiere, se divide en cuatro capítulos y varios apartados en los que se refleja la secuencia llevada a cabo en el estudio. En el presente apartado se desarrollan contenidos teóricos de carácter introductorio, así como los ejes vertebradores del mismo que dan lugar a todo el desarrollo teórico posterior.

En el primer capítulo se hace alusión a la salud, la vejez, y al humor sin perder de vista la perspectiva antropológica.

En el capítulo segundo se abordan aspectos y contenidos relativos al tema central del estudio, la risa; sin olvidarnos de los efectos multidimensionales que de ella

se derivan. En este capítulo también se desarrollan las distintas sesiones que conforman el Taller de Risoterapia.

El capítulo tercero explica el planteamiento de la investigación, se definen la pregunta de investigación y los objetivos tanto generales como específicos que se pretenden conseguir y que dirigirán el posterior análisis de resultados. Se describe el tipo de estudio, así como los participantes en el mismo, y en último lugar se presentan los resultados de la investigación realizada. En el siguiente apartado se muestra la discusión y las conclusiones obtenidas del estudio.

Por último en el capítulo cuarto se desarrollan las conclusiones del estudio. El documento finaliza con las Referencias Bibliográficas empleadas, y el apartado de Anexos. En este último apartado se incluye gran parte de la documentación utilizada en la investigación (autorizaciones, consentimientos de los participantes, instrumentos, etc.).

1 LA SALUD, LA VEJEZ Y EL HUMOR DESDE UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

1.1 La salud desde la Antropología

Desde la Antropología Médica, todo sistema que busca preservar y restablecer la salud es un sistema cultural que interpreta la enfermedad, sus causas, los procesos que provoca como práctica social y su respuesta terapéutica. En este sentido, cada grupo humano tiene un modo propio de entender la relación salud/enfermedad que se relacionan con su cosmología y organización social; porque se derivan de las diversas interpretaciones que hacen sobre la *vida*, y la relación entre la naturaleza y la cultura (Brown, Barrett, y Padilla, 1998).

Todo sistema médico está compuesto por tres elementos básicos: 1) una teoría etiológica, 2) un sistema de diagnóstico, y 3) unas técnicas de tratamiento apropiadas o terapias.

Así, el sistema biomédico de occidente no es la única manera de aproximarnos a la comprensión de la salud/enfermedad. Sin embargo, en la medida en que la globalización avanza y el capitalismo se consolida como forma de pensamiento mundial, la biomedicina se ha masificado, expandiendo cada vez más sus nociones sobre la etiología de las enfermedades, las responsabilidades del individuo en el cuidado de la salud y los procedimientos de diagnóstico y terapia.

Además de la forma de establecer cada sociedad desde su sistema médico los procesos de salud/enfermedad, cada individuo entiende y vive este proceso condicionado por sus creencias, experiencias y conocimientos. De esta manera, las causas de la enfermedad son leídas desde el sistema médico, pero son representadas por la persona enferma a través de unas señales, signos y síntomas a través de una subjetividad construida por el medio cultural y por una sociedad que responde a las necesidades y a las exigencias del enfermo (Foster, 1998).

En este sentido, siguiendo a Devillard (1990) y a Boixareu (2008), la historia de la interpretación de la enfermedad también es la historia de la cultura y de la sociedad que convive con ella. Así, según sea la lectura y la interpretación que se hace de la vida

y del mundo, la enfermedad tendrá un significado u otro. De esta manera, la enfermedad siempre va a ser una experiencia personal vivida desde distintas dimensiones: desde las relaciones sociales, desde la realidad clínica, desde el itinerario terapéutico y también desde la aceptación o rechazo no sólo del propio individuo, sino también de su entorno.

Para comprender de manera más sencilla lo anterior, la Antropología Médica hace uso de las diferentes nociones de la enfermedad que tienen las lenguas anglosajonas. Así, siguiendo a Boixareu (2008) y a Blázquez (2008) esas tres aproximaciones son:

- **Disease:** Explicación Psicoorgánica que comprende la enfermedad en términos biológicos, como la alteración o debilitamiento de las funciones normales del organismo o del mal funcionamiento de los órganos.

- **Illness:** Es la explicación subjetiva o la perspectiva del enfermo. Es la dimensión cultural que está relacionada con el marco de creencias del individuo, así como con el contexto de normas y significados que le dan sentido a su vida.

- **Sickness:** Es la dimensión social de la enfermedad. Es todo aquello que la sociedad produce y asocia como causa de la enfermedad. Involucra el reconocimiento que la sociedad hace de la persona enferma y de los procesos asistenciales que coloca a su disposición.

Asimismo, las teorías etiológicas o *Explanatory Models*, desde la Antropología médica son dos: *los sistemas naturalistas* y *los sistemas personalistas*. Como se presenta a manera de síntesis en la Tabla 1, los primeros restringen la sintomatología de la enfermedad comprendida como Disease a un solo nivel de causalidad, mientras que los segundos extienden los dominios de la causalidad a las relaciones sociales. Así en los sistemas naturalistas las curas de la enfermedad o sus tratamientos están orientados a la fisiología del cuerpo, mientras que en los sistemas personalistas tratan las causas de la enfermedad comprendida como Illness y las causas sociales subyacentes que la produjeron (Foster, 1998).

Sin embargo, los sistemas médicos no son “limpios” ni “ordenados”. En la vida cotidiana de los individuos las creencias y las prácticas se mezclan, y este es un reto para los profesionales de la salud en occidente, ya que en toda sociedad hay múltiples sistemas médicos operando simultáneamente.

Tabla 1. Síntesis comparativa de modelos explicativos sobre la etiología de las enfermedades

SISTEMA	PERSONALISTA	NATURISTA
Causación	Agente activo externo (Humano, No humano, Sobrenatural)	Pérdida del equilibrio (Balance básico de los elementos del cuerpo)
Illness	Caso especial de desgracia (Intencionalidad)	No relacionado con la desgracia (Accidente o Cambio)
Relación Religión/Magia	Ligado íntimamente al Illness (Modelos explicativos más amplios)	Largamente separado del Illness (Modelos ligados con la enfermedad)
Puesta en común del conocimiento médico	Se guarda celosamente para ganar prestigio	Se produce, enseña, compara y evalúa para ganar prestigio
Casualidad	Múltiples niveles (Causa eficiente – causa instrumental)	Un solo nivel (Colapso)
Papel del curador	Diagnóstico	Terapéutico
Relación curandero/paciente	¿Quién y por qué causó la enfermedad?	¿Cómo enfermé?
Prevención	Acción Positiva	Evitación
Responsabilidad	Más allá del control del paciente. (Víctima)	Está en el paciente. (Responsable)

(Fuente: Elaboración propia basado en Foster (1998))

Bajo esta perspectiva, la biomedicina es una construcción al igual que el saber popular; y puede ser estudiada como los sistemas médicos no occidentales. Esto, permite ver la salud/enfermedad en nuestra sociedad no sólo como “*condiciones del organismo medibles y describibles según parámetros, más o menos objetivos y*

tipológicamente identificables”, además permite ser conscientes de la historia social que nos ha permitido crear nuestra *realidad orgánica* (Devillard, 1990, p. 83).

Henri Pèquinot definió la medicina como el encuentro de una técnica científica y de un cuerpo (en Devillard, 1990, p. 83). De este modo se evidencia que, por importante y dominante que sea la influencia de la ciencia biomédica en la construcción de la salud y de la enfermedad, la práctica médica y el sistema sanitario difícilmente pueden comprenderse sin tener en consideración que constituyen el producto de un encuentro en el que participan el saber especializado, el saber popular y la experiencia del enfermo.

De esta manera, siguiendo los planteamientos del profesor Lisón Tolosana (1979 [2004], p. 97), se debe destacar el hecho de que la enfermedad es fundamentalmente “*polisémica*” y “*contextual*”, lo cual en múltiples ocasiones dificulta la comunicación entre el “*carácter monosémico de la concepción e interpretación médica*” y la experiencia del enfermo.

Lo anterior toma más sentido cuando comprendemos que para las personas sin formación en biomedicina, hablar de la salud es hablar de la vida. En palabras de Devillard (1990):

“Hablar de la salud es hablar del conjunto de las prácticas corporales y sociales. La higiene, la alimentación, la sexualidad, el ocio, el deporte, el hábitat, el trabajo, la educación, la muerte, la concepción de la persona y las relaciones con los demás, etc., constituyen una totalidad que resulta difícil deslindar las unas y las otras” (p. 87).

En la actualidad, como se ha mencionado anteriormente, el sistema biomédico es el modelo de atención sanitaria hegemónico, y es desde donde se regula el qué y el cómo de lo que se hace. A pesar de que ha habido una apertura hacia la integración de otras disciplinas, teorías y métodos como la investigación cualitativa en la salud, la voz dominante continua siendo la del Médico (Blázquez, 2008).

Este sentido, una indagación en nuestro sistema biomédico nos permitiría entenderlo como:

“[...] El conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del S. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e

ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (Blázquez, 2008, p. 83).

Lo anterior permite comprender porque algunos autores como Romaní (2002), señalan como rasgos estructurales de nuestro sistema médico el biologismo, una concepción evolucionista/positivista, ahistoricidad, asocialidad e individualismo, orientación curativa y poco preventiva, eficacia pragmática y práctica terapéutica basada en la eliminación del síntoma. En este mismo sentido, la enfermedad es vista como desviación, la relación médico/paciente es asimétrica y hay una concepción de este último como ignorante, lo que facilita la inducción al consumo de dispositivos y tecnologías médicas, principalmente medicamentos, entre otros.

Asimismo, el desarrollo de la biomedicina, estructuralmente excluyente de otras prácticas y saberes, ha generado además unas culturas profesionales específicas, distintas de las diversas culturas de la población que acude a los dispositivos de atención. El médico actúa a partir de sus criterios técnicos, pero también mediatizado por su práctica profesional y de clase, y el lenguaje que utiliza tiene serias dificultades para conectar con el de muchos de sus pacientes (Romaní, 2002, p. 503). Todo esto dificulta la comprensión holística del proceso salud/enfermedad.

Frente al panorama descrito, muchos de los teóricos de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales, desde las dos últimas décadas del siglo XX, han avanzado en la construcción de nuevos modelos interpretativos para comprender el proceso salud/enfermedad en las sociedades contemporáneas, caracterizadas por la hibridación cultural. De esta manera ha surgido el Pluralismo Médico, también conocido como pluralismo terapéutico o Pluralismo Asistencial (Fernández, 2004; Goldstein, 2004; Perdiguero, 2006).

En este sentido, el Pluralismo Médico permite comprender cómo en la práctica cotidiana de las personas se articulan los elementos del sistema biomédico normalizado y hegemónico, con otros saberes e itinerarios terapéuticos usados por la población para restablecer la salud. Estos otros saberes no hegemónicos son agrupados bajo la categoría de Medicinas Alternativas, Complementarias y Tradicionales – MAC. Si bien esta categoría es problemática por su definición, se abre como una nueva posibilidad para

comprender los procesos de salud/enfermedad en el mundo globalizado, y acerca su entendimiento a un análisis más holístico (Perdiguero, 2006).

Pero, ¿por qué está tomando tanta fuerza este cambio de paradigma?, ¿en qué radica la importancia las MAC? Varios autores (Fernández, 2004; Goldstein, 2004; Perdiguero, 2006) coinciden en afirmar que el fortalecimiento de las MAC, principalmente es un fenómeno de los países industrializados, los cuales cuentan con tres características básicas: 1) cambio de perfil epidemiológico, donde predominan las enfermedades crónicas; 2) rechazo al consumo de productos químicos y de terapias invasivas, y 3) la amplia base social que tiene la idea de la salud como un objeto de consumo.

En el caso de España, el uso e interés por las MAC se encuentra ampliamente documentado (Saz, 2001; López, 2008; Fernández, Dorado, Cabrer, y Barquero, 2013). Dicha documentación se relaciona no sólo con un interés de formación del personal en salud, especialmente en enfermería, sino también con exploraciones vinculadas a las nuevas perspectivas y modelos analíticos que se deben usar para comprender las maneras en que las personas afrontan sus problemas relacionados con la salud, la consecución de mejores niveles de bienestar, y los motivos que fomentan el uso de las MAC.

De estas revisiones documentales se desprende la evidencia de que muchas personas recurren a todos los medios posibles, buscando aquello que la medicina alopática no les ofrece, como sentirse relajados, apoyados, encontrar momentos de bienestar, poder interiorizar y asumir su situación, etc.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la “*medicina alternativa*” y “*medicina complementaria*” responde a una clasificación otorgada en países donde no existe integración entre “*medicina tradicional*” y “*medicina occidental*”, por eso, prefiere hablar en términos de “*medicina tradicional*” (Perdiguero, 2006; Fernández, et al., 2013). Según la OMS, este vocablo debe referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional, así como a las diversas formas de medicina indígena no sistemáticas. Asimismo, define ésta medicina como:

“Prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias

espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.” (OMS, 2002).

En la actualidad, existen varias clasificaciones de las MAC, aunque la más utilizada es la publicada por la *White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy*, y el Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) en el año 2008. En dicha publicación digital se diferencian cinco categorías:

- **Los sistemas médicos alternativos:** son aquellos que se consideran sistemas completos de teoría y práctica, sistemas alternativos a la medicina convencional, y que se han practicado principalmente en China e India desde hace miles de años. Incluyen la medicina tradicional China, la ayurvédica, la naturopatía y la homeopatía.
- **Las terapias con base biológica:** son aquellas que utilizan sustancias naturales, como hierbas dietéticas, alimentos y vitaminas.
- **Las terapias de base energética:** aquellas que se basan en la manipulación de los campos de energía e incluyen a la vez dos subcategorías: *Terapias del biocampo*, que afectan al campo de energía que rodean y penetran en el cuerpo humano, como son el reiki, el tacto terapéutico. *Terapias bioelectromagnéticas*, que implican el uso no convencional de campos electromagnéticos, campos de corriente alterna, etc.
- **Métodos de manipulación del cuerpo:** son aquellos que ponen el énfasis en la manipulación o en el movimiento de una o varias partes del cuerpo. Incluyen quiropráctica, osteopatía, masajes y reflexología.
- **Las intervenciones mente-cuerpo:** incluyen aquellas técnicas o intervenciones que realzan la capacidad de la mente para afectar las funciones y síntomas corporales. Incluye las terapias de apoyo, terapia cognitiva y conductual, la

meditación, la relajación y visualización, terapia del arte, musicoterapia y la risoterapia.

Los motivos que guían el aumento de la demanda de las MAC tienen su origen en el descontento de los consumidores con la medicina convencional y también con el descontento de determinados profesionales con su propia manera de atender. Así, una apuesta por estos modelos es una apuesta por generar perspectivas interculturales y holísticas que más que centrarse en la salud/enfermedad comprendan desde diferentes perspectivas las concepciones sobre la vida y la muerte, centrándose en las personas.

El posicionamiento de los profesionales de la salud ante estas terapias no es unánime. Están los convencidos de ellas y que las utilizan, los que las consideran marginales, los que creen que tienen que formar parte de los recursos de salud y los que consideran que las escuelas deben de iniciar en estas enseñanzas.

1.2 La persona mayor desde la Antropología

Según Carles Feixa (1996, p. 321) la relación entre antropología y edad puede abordarse desde tres perspectivas básicas: La edad en la antropología indaga el papel asignado a las agrupaciones basadas en la edad, el cual es un enfoque relacionado con la comparación intercultural. La antropología de las edades realiza estudios sobre grupos de edad específicos en distintas sociedades, lo que conduce a aproximaciones de tipo etnográfico. Y la antropología de la edad, finalmente, plantea análisis transversales sobre la edad como proceso cultural, lo que conduce principalmente a aproximaciones teóricas. En realidad, las tres perspectivas se entrelazan, razón por la cual se habla más de una antropología del ciclo vital y de las relaciones intergeneracionales en los contextos macro de análisis.

Estas aproximaciones teóricas permiten afirmar que el estudio de la edad no es un territorio nuevo para la investigación antropológica. Desde Frazer y Boas, la edad ha sido considerada, junto con el sexo, como un principio universal de organización social. En la mayor parte de etnografías se presta una elevada atención a las edades, para dar razón del funcionamiento de las sociedades. Es por esta razón que el estudio de los *ritos de paso* cautivó la etnografía clásica.

De manera paralela, en las sociedades occidentales urbanas se cuenta con estudios pioneros sobre *microsociedades* basadas en la edad, como las bandas juveniles y las residencias de ancianos. Ejemplo de estos estudios son: “*Sun City. An Ethnography of a Retirement Community*” publicado en 1974 por Jacobs; y “*La sociedad de las esquinas*” publicado por Whyte en 1943. Pese a estos precedentes, sólo fue en las últimas dos décadas del siglo XX en que la edad se convirtió en un objeto de reflexión central y no periférico para la teoría y para la praxis antropológica (Feixa, 1996). Así, una de las claves de la aproximación antropológica a la edad es su consideración como construcción cultural.

En este contexto, todos los individuos experimentan a lo largo de su vida un desarrollo fisiológico y mental determinado por su naturaleza. Asimismo, todas las culturas fragmentan el curso de la biografía de sus miembros en períodos a los que atribuyen propiedades, lo que sirve para categorizar a los individuos y pautar su comportamiento en cada etapa. Pero las formas en que estos períodos, categorías y pautas se especifican culturalmente son muy variados (San Román, 1989, p.130).

Así, no son universales las fases en que se divide el ciclo vital, que pueden empezar antes o después del nacimiento, y acabar antes o después de la muerte. Tampoco son universales los contenidos culturales que se atribuyen a cada una de esas fases. Esto explica el carácter relativo de la división de las edades, cuya terminología es muy cambiante en el espacio, en el tiempo y en la estructura social (Feixa, 1996).

En este sentido, cuando se habla o se observa el envejecimiento como proceso resulta inevitable ligarlo con el ciclo vital en su conjunto. Asimismo está ligado a las experiencias propias de los individuos, razón por la cual comprender el envejecimiento requiere comprender la trayectoria bibliográfica de los seres humanos según su contexto cultural.

Como señala Osorio (2006, p.1) para la sociedad española, “*la vejez es un estado, pero no deja de ser también un proceso que se extiende cada vez más*”. El progresivo aumento del porcentaje de personas mayores en la sociedad actual lleva a que como grupo adquieran mayor importancia social y demográfica. De la misma manera, se incrementa la valoración positiva de experiencia vital de los mayores como un recurso humano que aporta al resto de la sociedad.

En este contexto, tanto el sector público como el privado se han ajustado paulatinamente a una visión de la vejez cada vez más larga. Esta visión se sostiene sobre la premisa que el sistema biomédico debe aportar a las mejores condiciones de salud de las poblaciones, con el fin de brindar mejores condiciones de vida y bienestar durante la vejez a los individuos. Lo anterior, permite afirmar que el envejecimiento es dinámico y heterogéneo, no sólo por ser una experiencia individual; también lo es, al ser un proceso sociocultural e histórico.

Así, en nuestra sociedad, los cambios traídos por la *modernidad* han implicado transformación en la vida de cada individuo y en sus relaciones con el entorno laboral, social, cotidiano y familiar. Además de profundas transformaciones en la estructura familiar que reconstituyen el marco desde el cual las ciencias sociales aborda el tema de la vejez. Así, ¿Cuál es el papel y el lugar de las abuelas y abuelos en las familias nucleares urbanas modernas? Aunque no es un determinante, la respuesta estaría marcada por el acceso a los recursos económicos y la biomedicina por parte del núcleo familiar.

Como lo señalan diferentes autores (Neugarten, 1999; Osorio, 2006) en las comunidades rurales los ancianos y ancianas ocupan un lugar central, de acuerdo con la tradición, en la familia numerosa y sus conocimientos son altamente valorados. Así los patrones de envejecimiento son culturales, pero a su vez esos patrones corresponden a los modelos de envejecimiento y vejez propios de cada época y momento histórico.

En la medida en que envejecen las sociedades urbanas, sea cual sea el significado que se le da al envejecimiento, toman relevancia las condiciones económicas y de salud con la que los individuos llegan a la edad madura, cómo la viven, el grado de participación social y comunitaria de los mayores y de las instituciones vinculadas a la vejez. Así, *“esos cambios confluirán en nuevos patrones socioculturales, estructurales e institucionales en el interior de las sociedades modernas, sobre las cuales se configurará y sustentará la vejez”* (Osorio, 2006, p.2).

Según Neugarten (1999) en la actualidad, los avances en las ciencias médicas y las mejores condiciones sociales de vida de las personas, hacen de la longevidad uno de los cambios más drásticos en el ciclo vital. Así, el reto de la antropología urbana es trabajar con sociedades envejecidas.

Desde la perspectiva antropológica el estudio del proceso de envejecimiento y el imaginario que va generando esta experiencia en las personas que comparten los mismos códigos culturales, ha comenzado a tomar cada vez más fuerza. Otros temas que toman relevancia son la comprensión del impacto de la vejez en las diferentes generaciones y sobre las instituciones sociales, configurando el fenómeno de envejecimiento poblacional (Neugarten, 1999).

Así, la antropología busca generar una reflexión ligada a los significados y sentidos del ciclo vital y la mayor longevidad más allá de la biología. En este contexto se quiere romper con su aproximación teórica que entiende la vejez como un proceso lineal al interior del ciclo vital, colocando en realce que esta categoría, al igual que las demás categorías etarias son una construcción social. Además, esa construcción es fragmentada, porque en ella confluyen los cambios culturales generacionales y la experiencia vital del individuo.

Es importante señalar que la edad como condición natural no siempre coincide con la edad como condición social. Al respecto Bernardi (1985) realiza varias distinciones pertinentes de señalar:

- **La edad psicológica:** corresponde al desarrollo cronológico de un individuo desde su nacimiento hasta el presente.
- **La edad estructural:** corresponde a la capacidad de un individuo para desarrollar ciertas actividades sociales. También es la base sobre la cual se construyen los grupos etarios (ritos de paso o límites legales como la mayoría de edad o la jubilación).
- **El ciclo vital:** es una construcción social que define las categorías etarias por las cuales han de pasar los miembros de una cultura.

Por último, debe diferenciarse además la edad como *condición social* (que asigna una serie de estatus y de roles desiguales a los sujetos) y la edad como *imagen cultural* (que atribuye un conjunto de valores, estereotipos y significados a los mismos).

Así quienes se han dedicado a los estudios de la vejez y el envejecimiento desde las ciencias sociales, han trabajado en la deconstrucción y ruptura de los estereotipos ligados a la vejez, la jubilación, la menopausia e incluso a la enfermedad, que la conciben en términos de pérdidas y declives muy propio de la posición del sistema biomédico. La base de esas malas interpretaciones según Osorio (2006) es concebir el envejecimiento como una *adaptación*. Así:

“No se puede reducir el proceso de envejecer a un mero ejercicio evolucionista de adaptación. Este [envejecer] es ante todo vivir, crear, construir y dar significado al ciclo vital en su conjunto. El curso vital es un todo dinámico que fluye de acuerdo a las experiencias y significados que las personas dan a sus vidas, a la vez que se ve fuertemente influenciado por cambios sociales, como por ejemplo, los cambios ocurridos en el mercado laboral y en las oportunidades de participación social activa y productiva, a partir del ejercicio de derechos. Por lo tanto, cuando hablamos de desarrollo humano, de ciclo de vida y de proceso de envejecimiento no podemos dejar de hacerlo desde ese diálogo constante entre lo individual y lo social” (Osorio, 2006, p. 6).

Los periodos y divisiones del ciclo vital, han sido principalmente relacionados con la edad cronológica, a pesar de que muchos de ellos definen y encierran una edad social. Según Ruth y Kenyon (1999) en Phillipson (1998), los aportes de la antropología al estudio de la vejez y del envejecimiento se derivan de su preocupación por dar cuenta de la articulación entre aspectos subjetivos de las personas y su ser social en un proceso de construcción histórica. Algunos de esos aportes son:

- La contribución a un mayor conocimiento de la adultez y el proceso de envejecimiento y a la elaboración de teoría del desarrollo del ciclo vital.
- Permitir visualizar el desarrollo de la vida de las personas tanto desde un punto de vista individual, público y comunitario.
- Potenciar mejores condiciones de vida durante la vejez y determinar diferentes formas de calidad de vida a lo largo del envejecimiento.

En este contexto observar al individuo que envejece, observar el entorno en el cual ocurre ese proceso y cómo el primero influye en el segundo y viceversa, aporta a la construcción de las políticas sociales. Así la nueva visión del ciclo vital ligado a la longevidad, genera nuevas actividades y prácticas socioculturales que modifican lo

conocido por generaciones anteriores. Un ejemplo de esto es la educación, marcada por iniciativas como la Universidad para las Personas Mayores y las Aulas de la Experiencia, en España.

Los cambios en el interior de una sociedad que envejece van reconstruyendo los significados de las distintas edades y del concepto *edad*. De esta manera, los significados de la edad son diversos, cambian y a veces son flexibles. Como bien lo señala Neugarten (1999):

“Las diferencias entre los grupos de edad pueden reflejar cambios históricos en los valores y actividades como también cambios que acompañan al aumento de la edad misma [...]. Nuestra cambiante sociedad ha traído consigo modificaciones en los significados sociales de la edad: los límites entre los distintos periodos de la vida han perdido nitidez, han aparecido nuevas definiciones de los grupos de edad, nuevos patrones en las cronologías de los principales acontecimientos de la vida y nuevas inconsistencias en lo que se considera un comportamiento adecuado a cada edad” (pp. 57,75).

Continuando con este autor, la regulación del ciclo vital y el comportamiento de las diferentes edades están cronológicamente dados y socialmente definidos. El ciclo vital biológico y el social interactúan a lo largo de toda la vida de las personas desde su nacimiento hasta su muerte. Es así como los diferentes sistemas sociales y culturas definen determinados comportamientos como más o menos deseables y aceptables de acuerdo a la edad cronológica de mujeres y hombres (Neugarten, 1999).

Estas expectativas en razón de la edad y del género varían de cultura en cultura y de época en época. Los cambios en la sociedad actual están siendo bastante acelerados, promoviendo la gestación de nuevos modelos de comportamiento y de expectativas frente a lo que ser hombre y ser mujer mayor se refiere sobre todo en las nuevas generaciones (Osorio, 2006).

Cambian también, producto de la mayor longevidad, las expectativas de las personas ante su propia vejez y proceso de envejecimiento. Nunca se deja de envejecer, ni siquiera cuando los individuos entran en esos grupos etarios. Así no existe un único estado de vejez, y los seres humanos generan expectativas frente a su vida, dejando esta labor solo al morir.

Como se ha mencionado con anterioridad, gran parte de las sociedades se organizan en torno a la edad, sobre todo en el interior de sus instituciones formales, tales como la familia, la escuela y el trabajo. Pero sin duda, las sociedades urbanas cuentan con un patrón más o menos definido y con base en el cual construyen sus acciones y relaciones sociales.

En la cultura occidental moderna, a pesar que se está configurando un nuevo significado de la vejez, ésta aún es socialmente un tema tabú. Decirle a alguien que es viejo o vieja es un acto de mala educación. Las normas sociales dictan que se debe ser amables con expresiones que ocultan las transformaciones físicas de los individuos que envejecen: “estás igual”, “te ves muy joven”, “te mantienes muy bien”, son sólo algunos ejemplos de ese afán por negar el cambio de categoría etaria.

Asimismo, hablar de la jubilación, asociada a la vejez, es percibirlo como acto de mala educación, ya que de manera generalizada se asocia que el hecho de “estar viejo/ vieja”. De esta manera, tanto la vejez como la jubilación aún son realidades indeseadas, de las cuales no se habla con fluidez. En este contexto, aunque las personas se saben viejas, raramente se reconocen como tal. Así, el no auto-reconocimiento como persona mayor puede responder a varios factores.

Primero, está relacionado con la edad sentida versus la edad cronológica. El punto de partida, la edad sentida es la *realidad subjetiva* de cada individuo; es la definición que la persona hace de sí misma. Así, se configura a partir de cualidades personales y de carácter que manifiestan grados de autoestima, salud, capacidad de adaptarse a los cambios, habilidades sociales así como aspectos relacionados con las características del entorno social y afectivo (Del Valle, 2002, p. 49).

El segundo aspecto, se relaciona con el actual imaginario de vejez en las sociedades occidentales. La modernidad ha configurado la vejez en términos de pérdida y ausencia de roles, funciones, habilidades, capacidades, etc. En este escenario, la vejez se asocia a imágenes de carencias y deterioro, y a una relación directa con la muerte; y es por esta razón que las personas mayores son caracterizadas como dependientes, inactivas, improductivas, enfermizas, intolerantes, como categoría opuesta a la juventud.

En este mismo aspecto, es necesario considerar que el cuerpo adquiere una dimensión simbólica cargada de respuestas y significaciones culturales en torno a sus

cambios, transiciones y transformaciones biológicas. Así, lo corporal no es sólo *natural*, sino que siempre es construido social y culturalmente. De aquí se desprende también, que la edad cronológica de hombres y mujeres mayores no coincida con su edad sentida y con su edad social (Osorio, 2006).

Como se ha mencionado anteriormente, la longevidad es una característica importante en la actualidad. La biomedicina ha permitido mejorar las condiciones de vida durante la vejez. Este aumento en la esperanza de vida, genera un cambio cultural significativo en cuanto a la proyección socio-individual en el futuro. En este contexto, la vejez no es sólo es sinónimo de experiencia pasada, sino de vivencia presente y proyección futura.

Así, Neugarten (1999) afirma que la edad tenderá a ser cada vez menos importante como factor de distinción entre *personas adultas* y *adultas mayores*. Con el alargamiento de la vida, llegará un momento en que la edad cronológica ya no es el mejor referente para determinar los intereses, las actitudes, las capacidades intelectuales y sociales, o incluso la vitalidad y la fortaleza de los seres humanos. Así, la vida misma y la vejez se tornan diferentes, con otros significados; ya que todas las etapas de la vida se han alargado.

Actualmente, la niñez y la juventud duran más. No es coincidencia que las sociedades occidentales alarguen los periodos de aprendizaje y formación de sus habitantes o se retrase la edad en la que socialmente era esperado que los individuos fueran madres y padres. Esto constituye un nuevo imaginario de la vida, sus etapas, y los nuevos roles y las nuevas funciones asociadas a la edad.

Otro aspecto relevante es que la vejez ha sido históricamente vista como asexuada y lo mismo ocurre con las relaciones de género al interior de esta edad. Se generaliza y se pierden las diferencias y particularidades, homogeneizando a las personas mayores en un solo grupo de necesidades y experiencias de vejez. Desde este punto de vista, la dimensión de género del envejecimiento se ha caracterizado por las ausencias. Los estudios se han limitado principalmente al conocimiento de mujeres mayores y a sus condiciones desfavorables en el interior de la sociedad, producto de que el envejecimiento demográfico es una realidad predominantemente femenina (Bernard, 2001).

1.3 El humor desde la Antropología

Algunas de las pistas para comprender el humor desde la antropología se han centrado en distinguir entre el aspecto universal (fisiológico de la risa) y los aspectos específicos de cada cultura (las interpretaciones cognitivas). Así, comprender si ¿el humor es algo universal o algo culturalmente específico?, resulta una verdadera paradoja.

En principio, la risa puede ser comprendida como una emoción humana que se da en respuesta al *humor*. *Humor* entendido como cualquier estímulo a esta emoción.

La risa se compone de un elemento afectivo subjetivo, *la sensación de “hilaridad”*, y de un elemento expresivo observable, *las vocalizaciones y gestos que captamos como “risa”*. A esto deben sumarse los cambios sutiles que se presentan a niveles neuroquímicos y fisiológicos del cuerpo humano.

En este contexto, si la risa es una emoción, los componentes afectivos y expresivos de la risa se desencadenan a partir de la interpretación cognitiva de la realidad. De este modo un mismo estímulo, puede ser interpretado por distintitos individuos como humor o como infortunio. Lo que permite comprender que lo gracioso no está en el estímulo como tal, sino en la interpretación que realizan los diferentes seres humanos.

Así, algunos antropólogos como Weston La Barre (1947) han utilizado la risa como ejemplo de la diversidad cultural:

“La risa es, en un cierto sentido, un variable geográfico. En un mapa del Sudeste del Pacífico, podrían dibujarse fronteras entre las zonas de “hilaridad papuana” y otras en las que reina una severidad cobuana y melanesia. En África, Gorer se fijó que el negro emplea la risa para expresar la sorpresa, el asombro, la vergüenza e incluso la incomodidad; no es necesariamente, o incluso frecuentemente, una señal de diversión. El significado que se le da a la “risa negra” se debe al error de suponer que símbolos similares tienen un significado idéntico. Así es que aunque se presente el mismo comportamiento fisiológico, sus funciones culturales y emocionales pueden ser distintas. De hecho, incluso dentro de la misma cultura, la risa de chicas adolescentes y la

risa de presidentes de una empresa pueden ser cosas funcionalmente distintas”

(en Jáuregui, 2008, p. 48)

Con el tiempo, otros antropólogos han propuesto que las emociones, aparentemente similares, se pueden referir a realidades totalmente distintas de una sociedad a otra. Por esta razón Geertz (1980) llegó a la conclusión que *“las pasiones son tan culturales como los artefactos”* (p. 124).

De esta manera, hasta la década de los años 80 del siglo XX, las investigaciones sociales sobre el humor solo contemplaron que las emociones eran resultado de procesos cognitivos; disociando los procesos biológicos propios de la neurofisiología humana (Tomkins, 1981, 310-312). Con el surgimiento de nuevas investigaciones, se avanzó en la comprensión de que distintas emociones producían patrones específicos de medidas observables y medibles cuantitativamente como la conductividad de la piel, el ritmo cardíaco o la temperatura de la cabeza (Stemmler, 1989).

En este punto, los estudios antropológicos se han preocupado por comprender ¿Qué aspectos de la risa son universales, y cuáles son culturales?. Aún hay más dudas que respuestas, pero el debate resulta de suma utilidad para la Antropología Médica en el campo de la comprensión de las Medicinas Alternativas y Complementarias – MAC, en el contexto de la biomedicina occidental.

La cultura influye sobre la risa de varias maneras. En primer lugar, influye de forma directa sobre el funcionamiento de la emoción de reír, aunque el mecanismo sea universal. Así, aunque las emociones sean idénticas en todo el mundo, la manera de interpretar la realidad que provoca el desencadenamiento de la risa puede variar de un momento a otro y de una persona a otra, y sobre todo de una cultura a otra. Estas reacciones opuestas reflejan divergencias en las actitudes, creencias e interpretaciones propias de cada sociedad, y no en los mecanismos emocionales filogenéticamente dados (Jáuregui, 2008).

Otra manera en la que la cultura influye el humor, es a través del establecimiento de las normas sociales y de la educación emocional que se les da a los individuos en su proceso de socialización. Dicha educación se relaciona con la expresión de las emociones y el manejo del cuerpo. Así, las normas marcan la interpretación que hace el individuo en cada situación.

Por ejemplo, una persona puede considerar si la expresión del humor (la risa) es aceptable o apropiada en cada situación; de la misma manera, puede evaluar si le interesa expresar la emoción sentida. Todo esto es comprensible si tenemos presente nuevamente que lo “normal” es construido y validado socialmente, razón por lo cual puede variar notablemente al interior de los grupos sociales y aún más, de una cultura a otra. Así retomando a Mary Douglas (1971), *“los umbrales de tolerancia de la relajación y el control del cuerpo se establecen socialmente”* (en Jáuregui, 2008, p. 52).

En este contexto, la intensidad y el tipo de expresiones emocionales que se consideran adecuadas de forma general y en contextos específicos, también son fijadas culturalmente.

Un tercer factor que evidencia el impacto de la cultura en la expresión y configuración del humor, se relaciona con las interpretaciones culturales de las emociones ya que al igual que los demás aspectos del entorno, éstas son objeto de clasificación y definición en cada sociedad. Sin embargo, la predisposición a la reacción ante los estímulos que producen las emociones es inherente a la humanidad (Jáuregui, 2008).

En este contexto, también se debe considerar, que es posible observar que el mismo tipo de eventos que en occidente se consideran graciosos, también hacen reír en otras culturas o viceversa. Un ejemplo de esta situación se encuentra en las narraciones de Marshall (1961, p. 233-35) sobre los bosquímanos !Kung:

“Se ríen de las pequeñas desventuras de otras personas, como cuando los leones se comen la carne de otro, y chillan de la risa cuando alguien hace algún comentario sexual especialmente insultante en la relación bromista [...]. Los hombres y las mujeres que tienen una relación bromista se insultan en clave de humor y también resaltan faltas verdaderas o comentan episodios reales que ponen en ridículo al otro. Todos se unen en una gran risotada a costa de la víctima” (Jáuregui, 2008, p.55).

Este mismo tipo de descripciones, con algunos matices, pueden extrapolarse a las conversaciones y relaciones de familiaridad que se establecen en un grupo de amigos occidentales. Esto permite potenciar la comprensión de la risa como un refuerzo positivo de carácter universal, sin embargo como bien lo mencionaba Sully a principios

del siglo XX uno de los principales motivos de la risa es la ruptura de una regla social cristalizada, por ejemplo:

“Los habitantes de la Tierra del Fuego, aunque pasaban gran parte del tiempo en el agua, no tenían el concepto del lavarse; por lo tanto, “cuando los europeos aparecieron por primera vez entre ellos, la vista de un hombre lavando su cara les parecía tan irresistiblemente divertido que explotaban a reír a carcajadas” (Sully, 1902 [1982], p. 238).

Ante estas paradojas del humor, la antropología ha propuesto algunas teorías sobre su causa. Tal vez la que ha tomado más relevancia en los últimos años es la teoría dramaturgica, en la cual el *“estímulo de la risa es la percepción de que otro actor social ha incumplido su rol dentro del teatro de la vida cotidiana, el papel que él mismo se ha creado o que la sociedad le impone”* (Jáuregui, 2008, p. 58). Así, lo que se considera gracioso en una cultura es la relación directa con las expectativas sobre los roles y funciones que considera relevantes dicha sociedad, lo que se considera “normal”.

De esta manera, solo se puede comprender como el lavarse la cara, que para los occidentales es un hábito de buena higiene diaria, para los habitantes de la Tierra del Fuego es una situación absurda.

Otro aspecto del humor, que menciona la teoría dramaturgica (Amparán y López, 2002), es que para que la risa sea posible, se requiere de distancia emocional. Por lo tanto, un fuerte estímulo reducirá o suprimirá otras emociones como la tristeza o la ira. Sin embargo, las sensibilidades distintas de los individuos y sus contextos culturales pueden matizar el grado de disfrute asociado a la risa.

Así, ciertos usos del humor y de la risa pueden institucionalizarse o ser más comunes en una sociedad concreta o en un grupo, bien sea por un accidente histórico o porque se obtiene algún efecto deseable. Por esta razón podemos comprender el uso de la risoterapia, como una estrategia que gana adeptos en occidente, y que busca asociar el ejercicio del buen humor con el incremento o mejora de la salud y de la calidad de vida de las personas que la practican.

2 LAS EMOCIONES POSITIVAS COMO CONDICIONANTES DE LA SALUD

Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) en relación a las características que presentan las personas felices, concluyen que la persona feliz presenta una serie de características destacables: tiene un temperamento positivo, tiende a mirar el lado positivo de las cosas, no rumia excesivamente los acontecimientos negativos que le suceden, vive en una sociedad desarrollada económicamente, tiene confidentes sociales, y posee unos recursos adecuados para poder progresar hacia sus metas establecidas. También se sabe que la gente feliz vive más tiempo (Deeg y van Zonneveld, 1989), que la gente infeliz refiere peor estado de salud y más problemas de salud (Argyle, 1997), y que la felicidad afecta a la salud, evaluada tanto objetiva como subjetivamente (Argyle, 1997; Reig, 2000).

Siguiendo esta misma línea, algunos estudiosos afirman haber observado la relación que existe entre mantener ciertas actitudes positivas y la evolución de la enfermedad. Algunas investigaciones científicas realizadas en el campo de la medicina psicosomática ponen de relieve que se puede "enfermar de preocupación" (Sanz, López, y López, 2002, p.75).

La relación entre el carácter taciturno y la enfermedad física no es nada nuevo. Hace mucho tiempo Galeno averiguó que las mujeres con un temperamento melancólico tenían más probabilidades de padecer tumores de mama que las jocosas.

Está descrita la asociación inversa entre la enfermedad coronaria y el sentido del humor, del mismo modo que la relación que existe entre el humor y la empatía. El carecer de sentido del humor es un factor de riesgo para enfermar.

El optimismo disposicional se ha definido como la tendencia o expectativa generalizada de las personas a esperar resultados positivos y favorables en sus vidas. A pesar de que conceptualmente este término se asemeja bastante con la autoeficacia. Algunos autores consideran que el optimismo es un concepto más amplio que incluye, además de la creencia en la propia capacidad para realizar las acciones necesarias para llevar a cabo determinados objetivos, la expectativa de obtener los resultados deseados de tales acciones, así como de conseguir alcanzar resultados positivos en el futuro.

Al esperar resultados positivos, las personas optimistas persiguen sus metas confiados en que las alcanzarán e insisten cuando se encuentran con dificultades. El optimismo parece favorecer la adaptación ante las situaciones complicadas que acontecen en el ciclo vital, y se asocia de un modo positivo a la salud física y mental de las personas.

El optimismo se encuentra entre las variables disposicionales que han sido analizadas en estudios llevados a cabo en el marco del modelo de estrés y afrontamiento como posibles "amortiguadoras" del impacto de los acontecimientos estresantes en relación a la salud física y mental de las personas que afrontan situaciones de estrés, tanto agudo como crónico.

Concretamente en el ámbito clínico, el optimismo parece mediar y moderar la relación entre el nivel de desesperanza y la ideación suicida de pacientes con depresión.

Jian Wei, investigador de la Universidad de Duke, analizó 1.000 pacientes con insuficiencia cardiaca. Este estudio descubrió algo sorprendente: las personas con depresión tienen un 44% más probabilidades de morir que las personas alegres (Wiseman, 2009).

Algunos estudios realizados hasta la fecha sugieren la posibilidad de que estrategias de afrontamiento eficaces, como la búsqueda o aceptación de apoyo social puedan estar mediando en la relación entre optimismo y depresión, de tal forma que los individuos optimistas presentarían menor depresión porque buscan más y aceptan mejor el apoyo social y, en consecuencia, disfrutan de los efectos saludables de dicho apoyo en mayor medida que los menos optimistas.

2.1 Efectos psicósomáticos del Humor y de la Risa

Según varios autores (Christian, Ramos, Susanibar, Balarezo, 2004) los efectos de la risa que se producen en el organismo son múltiples y se utilizan para superar tanto problemas físicos, como psicológicos y también de carácter social. Entre dichos efectos, se encuentran:

2.1.1 Efectos físicos

Sistema inmunológico: Lee Berk (1989), ha demostrado a través de varios estudios como la experiencia de reír estimula el sistema inmunológico contrarrestando los efectos inmunodepresivos del estrés. Moody (1979), Robinson (1983), López Herrera (1998), Rubinstein (1989), McGhee (1992) o Sullivan y Deane (1988), entre otros, han demostrado que existe una estrecha relación funcional causal entre la salud y el ánimo de las personas, partiendo de la base de que la risa potencia el sistema inmunológico (en Santos, 2012).

Sistema circulatorio: se incrementa la velocidad de la sangre, y aumenta levemente la tensión arterial. Esta circunstancia provoca que las paredes arteriales se limpien de pequeños cúmulos de colesterol. Por su parte el corazón incrementa también su frecuencia y llega a bombear entre 140 y hasta 210 mililitros de sangre cada minuto, cuando la frecuencia normal es 70.

Ejercicio: con cada carcajada se activan alrededor de 400 músculos, entre los que se incluyen algunos de la cara (15), y otros del tórax, abdomen y estómago, que sólo se pueden movilizar con la risa. La risa también ayuda a adelgazar produciendo una activación del sistema linfático. Por la intensidad del ejercicio realizado cada grupo de músculos se estimula de forma parecida a una sesión de gimnasia. De este modo, cinco minutos de risa, equivalen a 45 minutos de actividad aeróbica.

Musculoesquelético: la risa aumenta la flexión muscular y tonifica. Relaja además la tensión muscular en deportistas.

Masaje: en la columna vertebral y cervical donde en ocasiones se acumulan las tensiones, experimentan un estiramiento. El bazo también se estimula y se eliminan toxinas. El diafragma, músculo que separa la cavidad torácica de la abdominal produce un masaje interno que favorece el proceso digestivo dado que hace vibrar el hígado, facilitando la reducción de ácidos grasos y de sustancias tóxicas (García, 1999). También evita el estreñimiento y mejora la eliminación de la bilis.

Prevención del infarto: el masaje interno provocado por los espasmos del diafragma, llega a alcanzar al corazón y a los pulmones, generando un efecto fortalecedor.

Oxigenación: se produce una mejora en la respiración y en la oxigenación porque entra el doble de aire en los pulmones, de los seis litros habituales a doce. Se incrementa la rapidez con la que el aire viciado sale de los pulmones, permitiendo la entrada de aire oxigenado a mayor velocidad. También reduce los ronquidos.

Analgésico: a nivel bioquímico el cerebro segrega varios neurotransmisores. Las endorfinas (también conocidas como las "hormonas de la felicidad"), semejantes a una especie de morfina, con un importante efecto analgésico y por tanto, que mitiga y suprime el dolor. La adrenalina, otro neurotransmisor responsable de potenciar la creatividad y la imaginación. La dopamina, que tiene que ver con el tono vital, la serotonina, con efectos calmantes. De todo lo anterior se deriva que cinco ó seis minutos de risa, tienen un efecto analgésico

Sueño: gracias a las carcajadas, y debido a la fatiga que originan, se elimina el insomnio y también ayudan a reducir los ronquidos.

Calorías: se produce una pérdida de calorías, debido a la liberación de adrenalina.

Limpieza: los ojos se lubrican y limpian con lágrimas. Además la carcajada produce vibraciones en la cabeza, y se despejan los oídos y la nariz. También se llegan a limpiar las paredes de las arterias de pequeños cúmulos de colesterol.

Rejuvenecedor: al estirar y estimular los músculos de la cara. Tiene además un efecto tonificante y antiarrugas, retrasando el envejecimiento cutáneo.

2.1.2 Efectos Psicológicos

Mejora la autoestima y alivia la depresión, predispone a las personas a mostrarse más receptivas y a ver el aspecto positivo de las cosas.

Elimina el estrés, los neurotransmisores mencionados (adrenalina y endorfinas) aumentan el tono vital. Además se reducen los niveles de cortisol en sangre (hormona responsable del estrés).

Además de lo expuesto, podemos finalizar diciendo que el humor mejora la objetividad a la hora de plantear problemas, reduce los pensamientos negativos,

desinhibe, aleja la timidez, elimina el miedo, ayuda a la autocomprensión y la comprensión de los demás.

2.1.3 Efectos Sociales

Evita y reduce el aislamiento social y personal: El humor sirve de vehículo para el calor o las emociones positivas, de manera que las personas desarrollan la complicidad y la permisividad (Vázquez, 1998).

Mejora las relaciones interpersonales: Las personas que sonríen o se ríen juntas, llegan a desarrollar un elevado grado de complicidad que facilita las relaciones sociales, estrechando lazos, incluso en momentos de conflicto o tensión en el grupo. Se sabe que una adecuada integración social es beneficiosa para la salud.

Favorece la comunicación interpersonal: A nivel comunicacional, el humor ayuda a mantener un estado emocional y mental que compensa otras formas de comunicación o incluso fracasos completos en la misma. Se puede decir que el humor actúa como un bálsamo en la comunicación, facilitando y suavizando las relaciones interpersonales (Gavanski, 1986, en Santos, 2012, p. 25).

Facilita el manejo de situaciones socialmente incómodas: Capacita para las relaciones con las demás personas y con el grupo, ejemplo de una situación tensa en una reunión en la que alguien dice algo gracioso que distiende al grupo, y seguidamente todos empiezan a comunicarse. El humor ha roto el hielo y las barreras defensivas (Carbelo, 2006). El humor (el buen humor), y su manifestación física, la risa, facilitan la comunicación entre emisor y receptor, lo que incluye situaciones en las que los temas a tratar son difíciles.

Carácter contagioso: El humor ayuda a relacionarnos con los demás de una manera más distendida y a alejarnos de un excesivo individualismo (Rodríguez, 2007, p. 50).

Bajo este prisma en el que se entremezclan aspectos médicos, psicológicos y sociales se ha diseñado e implementado el TR.

2.2 Qué es un Taller de Risoterapia

Un Taller de la Risa (también se puede denominar Taller de Dinámica de la Risa) es una modalidad terapéutica en el que entre otras cosas permite liberar (catarsis), de una forma lúdica y alegre las tensiones internas de los participantes y llegar a una renovación personal de un modo holístico.

Se trata de un proceso a través del cual un grupo de personas, y utilizando distintas dinámicas y actividades, son conducidas a un estado de desinhibición para intentar llegar a una de las manifestaciones físicas de la risa, la carcajada. Se persiguen varios objetivos: la descarga emocional, desarrollar el sentido del humor, ejercitar nuevas habilidades personales y lograr vivir en armonía física, psíquica y emocional. En conclusión a través de este proceso se busca llegar al bienestar físico y psicológico de los participantes.

Para intentar conseguir estos objetivos se hace necesario desarrollar e implementar una serie de estrategias (resultado de diversas investigaciones y experiencias) que han demostrado ser eficaces en su aplicación

Aunque aparentemente el TR pueda parecer un modo sencillo de intervención, la realidad es que es preciso poseer una serie de conocimientos y habilidades sobre psicología, dinámica de grupos, expresión corporal, musicoterapia, dinamización de juegos y relajación, entre otros (Castellví, 2007).

Un TR se debe de entender, por tanto, como un espacio en el que un grupo de personas siguiendo las indicaciones de un profesional o monitor suficientemente formado y capacitado para desarrollar estos contenidos, realiza una serie de dinámicas y juegos en los que se trata de liberar "al niño interior" que todos llevamos dentro, liberar diversas tensiones, pasar un rato agradable y que cuyo fin último pasa por provocar beneficios saludables (a nivel fisiológico y psicológico) en la salud de los participantes.

Los beneficios del humor y de la risa no se reducen a un ámbito concreto, destacando otras aplicaciones de este campo terapéutico:

Pediatría. Los niños son muy receptivos y el empleo del humor les hace superar con mayor facilidad su proceso de enfermedad.

Educación. El humor agiliza los procesos de aprendizaje y mejora la relación profesor-estudiante. Estas estrategias se aplican a la práctica pedagógica por la gran influencia que la risoterapia tiene a nivel psicopedagógico y logopédico.

Cirugía. Disminuye el dolor o lo elimina. Enfermos de sida, cáncer. Se ha comprobado que tienen mayor resistencia cuando se les atiende con sesiones de risoterapia (Ottawa, Canadá).

Psicoterapia con enfermos terminales. El humor facilita el trabajo del personal sanitario y ayuda al paciente a aceptar los límites, a descubrir su vulnerabilidad de un modo más tolerante. Carbelo et al, nos dicen que el humor, a veces, representa la mayor necesidad para los pacientes en fase terminal. Cabodevilla, psicólogo especialista en unidades de cuidados paliativos, señala que el uso del humor ayuda a una maduración de los pacientes y mejora la calidad de vida en los últimos tramos de la misma, mejorando la despedida de su familia.

2.3 La teoría y la praxis del Taller de Risoterapia

Los TR se llevan a cabo a través de juegos, dinámicas y ejercicios grupales en los que se emplean la expresión corporal, musical y artística. En cada sesión se combinan contenidos teóricos con prácticos.

El principal motivo para complementar ambos contenidos (teoría y práctica), es que los participantes deben conocer cuál es la finalidad de cada ejercicio o dinámica, así como tener información sobre algunos fundamentos teóricos que guardan una estrecha relación con la salud y con la enfermedad, y por tanto, ser conocedores de cuál puede ser la influencia de los contenidos tanto teóricos como prácticos sobre su salud.

En un TR los juegos son una parte fundamental (Castellví, 2010, 15). Jugar es una forma de experimentar. El ser humano se introduce en el juego porque necesita explorar su entorno y descubrirse tanto a sí mismo como a los demás. El juego es una de las mejores herramientas de las disponemos para conocernos, comunicarnos y desarrollarnos (Castellví, 2007).

Para dinamizar un Taller de Dinámica de la Risa podemos utilizar diversas dinámicas y tipos de juegos, que se han clasificado en función de su objetivo.

Se relaciona seguidamente una relación de juegos que en función de cada grupo se han empleado en los TR llevados a cabo.

2.3.1 J.1- Juegos de presentación y conocimiento del grupo

Se trata de juegos sencillos que permiten un primer contacto y acercamiento entre los participantes. Principalmente son juegos orientados a que los integrantes conozcan sus nombres y alguna característica personal.

Son adecuados cuando el grupo no se conoce y se hace necesario relajar los temores iniciales para lograr un clima distendido y agradable.

2.3.2 J.2- Juegos de distensión y desbloqueo

Cualquier juego que se precie lleva implícito un importante componente de distensión. Entre otras cosas a través de los juegos de este grupo se libera energía, se hace reír, estimulan el movimiento. Entre los objetivos de estos juegos se encuentran el servir de "calentamiento" al inicio de una sesión, tomar contacto entre los participantes, romper situaciones de monotonía, conflicto o rigidez, o como punto final de una sesión.

2.3.3 J.3- Juegos de autoafirmación

En este grupo de juegos se prioriza la afirmación de los participantes como personas, y del grupo como tal. Facilitan la expresión de nuestras necesidades, deseos, puntos de vista, sentimientos, sensaciones, etc. y ponen de relieve los mecanismos en los que se basa la seguridad en uno mismo, tanto internos (autoconcepto, emociones, etc.) como externos, (rol en el grupo, exigencias sociales, etc.).

2.3.4 J.4- Juegos de confianza

Resultan muy útiles para probar y estimular la confianza en uno mismo y en el grupo. Fomentan actitudes de apoyo y solidaridad para un trabajo en común y para desarrollar una acción que conlleve riesgos, o una actividad que implique un trabajo creativo. Previamente a trabajar con este tipo de juegos, el grupo tiene que haber interactuado con anterioridad.



Figura 1. Imágenes del desarrollo de la tercera sesión del CD "Salamanca". 11-02-2014.

2.3.5 J.5- Juegos de comunicación y expresión corporal

Buscan estimular y mejorar la comunicación entre los participantes para intentar que la comunicación verbal no sea la única en el grupo desarrollando otras maneras de hacerlo. Por una parte favoreciendo la escucha activa en la comunicación verbal; y por otra, estimulando la comunicación no verbal (expresión gestual, contacto físico, mirada, etc.) para intentar conseguir nuevas posibilidades de comunicación.

2.3.6 J.6- Juegos de cooperación

La clave se centra en la colaboración entre participantes. Ponen en cuestión algunos mecanismos de los juegos competitivos, creando un clima distendido y propicio para la cooperación en grupo en los que todos tienen posibilidades de participar. El grupo en su totalidad funciona como un conjunto el que cada individuo hace su aportación.

3 ESTUDIO EMPÍRICO: LA EXPERIENCIA DE PARTICIPAR EN UN GRUPO DE RISOTERAPIA PARA PERSONAS MAYORES

El envejecimiento en nuestra sociedad conduce, entre otros declives psico-orgánicos, a un deterioro conductual muy marcado, de modo que los individuos de edad avanzada muestran dificultades para afrontar situaciones novedosas de la vida diaria que aunque estas no supongan peligro alguno, ellos perciben como amenazantes y les generan ansiedad.

En muchas ocasiones lo que desde el punto de vista médico enmascara una presunción diagnóstica de un trastorno anímico, no es más que la acuciante necesidad de la PM de ser oída, escuchada y comprendida. En las salas de espera de Atención Primaria, sólo hace falta echar un vistazo, y comprobar cómo gran parte de los pacientes que esperan a ser atendidos por su facultativo son personas de avanzada edad. Estos pacientes manifiestan una determinada dolencia de carácter orgánico o físico, y muchas veces, en el trasfondo de esa situación se detectan los efectos adversos de la soledad, la tristeza u otra circunstancia de similar naturaleza.

La literatura científica gerontológica señala que los eventos estresantes procesados a través del sistema de creencias, propio de cada individuo, pueden generar sentimientos negativos (cólera, rabia, depresión y desesperanza). Estas actitudes y emociones activan mecanismos bioquímicos que llevan a disminuir la respuesta inmunológica del organismo, favoreciendo la aparición de las enfermedades. Si el sistema nervioso central y la mente, que controlan nuestras emociones y actitudes pueden influir tan directamente sobre el sistema inmunológico, debe ser posible entonces influir en ese sistema modificando las emociones negativas. Por tal razón, esta investigación busca valorar la influencia de la risa en un grupo de personas mayores.

3.1 Objetivo General

Valorar cómo influye la risa en el estado de salud de un grupo de personas mayores, mejorando su calidad de vida. (Dimensión calidad de vida).

3.2 Objetivos Específicos

1. Valorar cómo influye la aplicación de un taller de esta naturaleza a nivel fisiológico en un grupo de población mayor a través del registro de la tensión arterial, pautas de actividad física y hábitos de salud (Dimensión fisiológica).
2. Evaluar si la risa reduce los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de población de mayor (Dimensión psicológica).
3. Evaluar la motivación de un grupo de personas mayores tras la aplicación de un taller de dinámica de la risa (Dimensión motivacional).

3.3 Hipótesis

La hipótesis que me planteo con la presente investigación predice que existirán efectos favorables y positivos de la risa y más concretamente, del taller impartido. Así, se espera que la intervención produzca mejoras en la salud de las personas mayores, desde un punto de vista biopsicosocial. Esperamos que incrementen sus niveles de motivación, y la percepción de mejoras en su calidad de vida. En definitiva, esperamos que las tres dimensiones de la enfermedad (illness, sickness y disease), se vean afectadas positivamente tras esta experiencia.

3.4 Método

3.4.1. El método fenomenológico

Dentro de la investigación cualitativa, el método fenomenológico, se orienta al abordaje de la realidad, partiendo del marco de referencia interno del individuo. En este contexto, el método fenomenológico se refiere al mundo subjetivo del ser humano, conformado por todas las experiencias, percepciones y recuerdos a los que un individuo puede tener acceso en un momento dado (Leal, 2000, p. 1).

Para lograr seguir este principio metodológico en la comprensión y presentación de la *realidad*, el investigador ha de desplegar una serie de acciones específicas a través de varias etapas que, según Leal (2000), son las siguientes:

- Etapa previa o de clarificación de los presupuestos de los cuales parte el investigador,
- Etapa descriptiva, en la que se expone una descripción que refleja, lo más fielmente posible, la realidad vivida por el(los) individuo(s), en relación al tema que se investiga,
- Etapa estructural, que implica el estudio y análisis del fenómeno propiamente dicho,
- Y la discusión de los resultados del análisis efectuado, en contraste con lo planteado por otras investigaciones del tema abordado.

Se ha buscado seguir dichas etapas en el desarrollo de la presente investigación.

3.4.2. Diseño del estudio

El diseño seleccionado para el estudio ha sido mixto, es decir, por una parte se utilizan técnicas de tipo cualitativo, y por otra, cuantitativo. Con el primer tipo de enfoque se pretende estudiar una realidad o un fenómeno en toda su complejidad, y que acontece en un entorno natural (Martínez, 2006). El enfoque cuantitativo nos va a permitir medir y cuantificar diversas variables y ponerlas en relación (Pita y Pértegas, 2002).

El diseño de la investigación responde a un estudio de tipo transversal y de medidas repetidas. Este tipo de estudio se caracteriza por medir un fenómeno determinado en una situación y momento concreto. Con las medidas repetidas pre-post se trata de evaluar unos parámetros o variables previamente definidas en dos momentos distintos de la investigación, con el fin de poder detectar si ha habido alguna diferencia entre ambas medidas (pre-post) que se puedan atribuir a la influencia de la intervención.

La investigación se ha estructurado en seis fases o etapas, siguiendo una secuencia lógica de tareas y atendiendo a una programación:

- **Fase 1:** Tramitación y gestión de permisos y autorizaciones. Contacto con directoras de los Centros de día (CD). Selección y preparación de instrumentos.
- **Fase 2:** Difusión del proyecto en los CD y captación de los participantes. Reunión con los profesionales implicados en la implementación del mismo.
- **Fase 3:** Trabajo de campo I. Realización de los talleres en los tres CD.
- **Fase 4:** Trabajo de campo II. Pasación de cuestionarios de satisfacción y realización de entrevistas antropológicas a una muestra de cada uno de los tres grupos de personas mayores (PM).
- **Fase 5:** Análisis de datos a nivel cualitativo y cuantitativo. Elaboración de Tablas y diagramas.
- **Fase 6:** Redacción y elaboración del estudio.

3.4.3. Participantes y selección

La muestra inicial estuvo constituida por 60 participantes con edades comprendidas entre los 60 y los 88 años edad (20 por CD) que vivían en distintos barrios de la capital salmantina, todos ellos socios de los tres Centros de Día para PM pertenecientes a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Salamanca, de la Junta de Castilla y León.

El limitar la muestra por CD a este número de personas se realiza por motivos de operatividad a la hora de llevar a cabo las sesiones, dado que la experiencia con este tipo de Talleres demuestra que un número superior de participantes dificulta y le resta calidad a la actividad.

Los participantes acudieron voluntariamente al Taller de Risoterapia (TR), anunciado con una antelación de 15 días a través de carteles informativos colocados en distintos lugares clave de las dependencias de los CD. Los listados de los participantes fueron gestionados desde cada uno de los 3 CD seleccionados para la intervención.

Para poder tramitar la inscripción por parte de las personas mayores en los TR y posteriormente, participar en los mismos, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión que se presentan seguidamente. Es pertinente aclarar, que la determinación de dichos criterios viene establecida por una parte por la Gerencia Territorial de

Servicios Sociales (a través de los requisitos para poder tener la condición de "socio" a los CD), y por otra, por el autor de la investigación y la importancia de las características que debía de reunir la muestra (los participantes).

En cuanto a los *criterios de inclusión*, se consideraron los siguientes:

- Como norma general cualquier persona mayor de 65 años o pensionista mayor de 55, residente en Castilla y León puede ser socia de alguno de los CD de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Salamanca.
- Personas mayores sin limitaciones sensoriales y/o cognitivas severas que les impidiesen su participación en las sesiones del TR. Cabe señalar que en uno de los casos una de las participantes que asistió a las sesiones, era invidente e iba acompañada de su perro lazarillo. Este aspecto no interfirió en ningún momento en el normal desarrollo de las sesiones, sino al contrario, le aportó otro tipo de identidad particular a las sesiones, al incluir por dichos motivos la presencia de un animal en las mismas.
- También estuvieron incluidas en este grupo todas aquellas PM que presentaron algún tipo de trastorno del estado de ánimo, siempre que la actividad no estuviese contraindicada médicamente.

Por lo que se refiere a los *criterios de exclusión*:

- Personas no socias de cualquiera de los tres CD mencionados.
- PM con cualquier enfermedad de tipo neurológico o de otra naturaleza que impidiera, derivado de sus limitaciones, la participación de la persona mayor.

3.4.4. Análisis de variables sociodemográficas

Edad: En lo que se refiere a la edad media del grupo de participantes es de 72,75 años (desviación estándar de 6,577). Se trata de una media de edad elevada, aunque hay que tener en cuenta que casi el 48% de la muestra presenta edades comprendidas entre los 70 y 79 años de edad.

En la Figura 2 se puede observar el rango de edad de los participantes. De un total de 57 sujetos que finalmente determinaron la muestra del Taller, hasta un 66,70 % superan los 70 años de edad. Dentro de este grupo etario, un 47,34 % se encuentran en el intervalo de edad comprendido entre los 70 y 79 años de edad, es decir casi la mitad de los participantes que integran los tres CD se encuentran en ese intervalo. Tan sólo un 3,60 % de los participantes (dos sujetos) tienen entre 85 y 89 años, y un 12,40 % (siete de los participantes) tienen edades comprendidas entre los 60 y 64 años de edad.

A nivel general, analizando la variable edad, podemos afirmar que casi la mitad de la muestra se encuentra en el estrato de edad que va desde los 70 a 79 años, seguidos de aquellos participantes que tienen entre 60 y 69 años (33,3 %); suponiendo el 19,30 % de la muestra, aquellos otros sujetos que tienen edades comprendidas entre los 80 y los 89 años de edad.

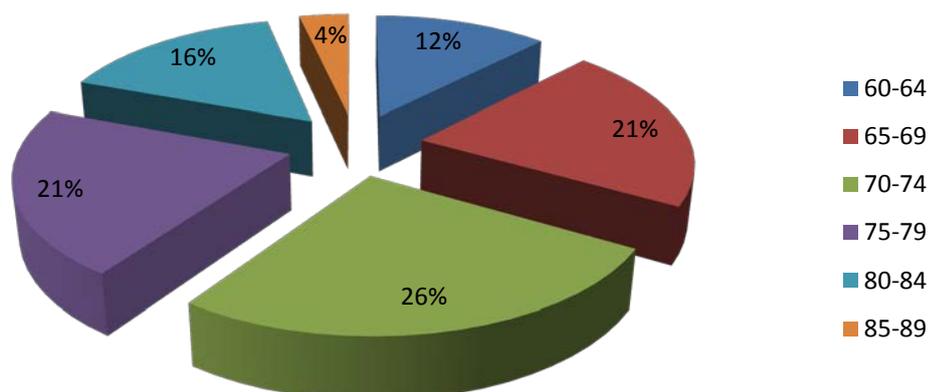


Figura 2. Edades de los participantes

Género: En la Tabla 2 se puede observar la distribución de los participantes por género. En la muestra se refleja que más de la mitad de los participantes en los tres grupos son mujeres (casi un 74 %), frente a un 26,3 % de varones.

Tabla 2. Distribución de los participantes por género

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	15	26,3
Mujer	42	73,7
Total	57	100,0

Nivel de estudios: Como se puede apreciar en la Tabla 3, más de las tres cuartas partes de los participantes tienen estudios primarios (un 77,2%), seguido de aquellos sujetos que poseen estudios secundarios (8,8%). Un 86% de la muestra se sitúa en los citados niveles educativos. En el polo opuesto se sitúa un 5,3% de los individuos que tienen estudios universitarios. Tan sólo un 1,8% de la muestra no ha respondido a esta variable.

Tabla 3. Distribución del nivel de estudios de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Primarios	44	77,2
Secundarios	5	8,8
Preuniversitarios	4	7,0
Universitarios	3	5,3
No respuesta	1	1,8
Total	57	100,0

Estado civil: En lo que se refiere a la variable estado civil, cabe destacar que más de la mitad de los participantes (un 66,7%) están casados/as, seguidos de los viudos/as que suponen un 22,8% de la muestra (véase Figura 3). Un 3,5% están separados o divorciados. Este mismo porcentaje es el que arroja el grupo de los solteros de la muestra del estudio.

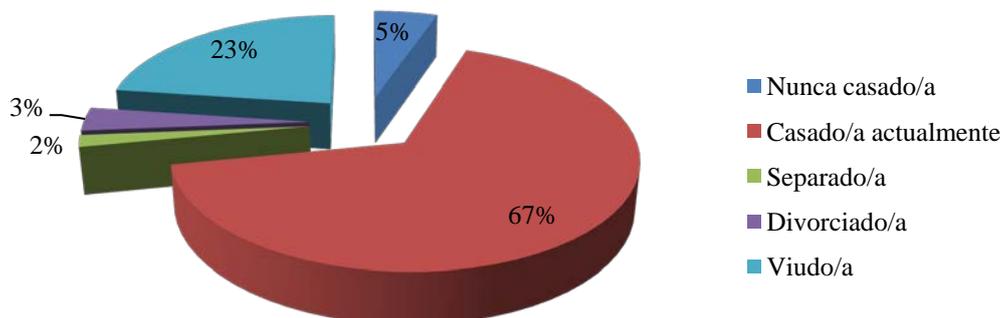


Figura 3. Distribución del estado civil de los sujetos

3.5 Acceso al campo: Escenarios

3.5.1 Las personas mayores: Una mirada desde las cifras oficiales

El envejecimiento a nivel mundial: El envejecimiento de la población es un fenómeno de alcance global. Entre el año 2010 y el 2050 se estima que la población mundial de 65 años y más se multiplicará por tres, pasando de 523 millones a 1.486 millones. De acuerdo con las proyecciones de población de la Organización Mundial de la salud (2012) en su artículo web “10 datos sobre el envejecimiento de la población”, en el año 2050 el 26,2% de la población de los países desarrollados superará los 65 años y el 14,6% en los países en vías de desarrollo.

Sin embargo, no todos los continentes envejecen de la misma manera. En la actualidad, África es el continente con una menor proporción de personas de 65 años y más (3,4%) y una edad media más joven (19,7 años). Le sigue Asia, con un 6,7% de población mayor, y América Latina y el Caribe, con un 6,9%. La proporción de personas de 65 años y más en Oceanía es del 10,8% y en América del Norte del 13,1%. Por encima del 15% de población mayor se sitúa Europa con un 16,3% y una edad media de 40,2 años. España supera la media europea de población mayor. En el año 2010, los mayores de 65 años representaban un 17,2% del total de la población.

En este contexto, mantener y mejorar la calidad de vida de las personas mayores es uno de los principales retos que plantea el proceso de envejecimiento. En los países desarrollados, el aumento de la longevidad de la población ha ido acompañado de una

reducción del número de años vividos en mala salud. Por el contrario, en los países en vías de desarrollo, se presenta la situación contraria (OMS, 2012).

España es el séptimo país con una mayor proporción de población mayor a nivel internacional. Japón encabeza la lista de población mayor (22,6%), seguido de Alemania (20,5%) e Italia (20,4%) (Eurostat 2009, en IMSERSO, 2013, p. 33).

El contexto español: Según la publicación más reciente del IMSERSO (2013), el total de personas mayores en España cada día es más alto. Según los datos oficiales del Padrón Municipal de Habitantes, en el año 2009 había 46.745.807 residentes en el país, de los cuales las personas de 65 años y más representaban el 16,6% (7.782.904 personas). Este fenómeno, se asocia con las condiciones de vida generales de la población; condiciones que desde principios del siglo XX han hecho que el número de españoles aumente de manera significativa.

Desde 1900 hasta el año 2010, la población española se ha multiplicado por 2,5; siendo el grupo de mayor crecimiento la población considerada como adulto mayor, el cual en el mismo periodo se han multiplicado por ocho. En España, según las proyecciones, la población de 65 años y más, para el año 2049 será el doble que en la actualidad, y representarán más de un tercio del total de la población del país (31,9%).

Tabla 4. Evolución de la población mayor, 1991-2010

Años	España			Castilla y León					
	Total	65 y más		Total	65 y más		80 y más		
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	6.940.522	17,9	813.761	11,7	161.676	2,3
2010	47.021.031	7.931.164	16,9	2.559.515	5,4	578.191	22,6	197.944	7,7

(Fuente: IMSERSO, 2013)

Varios autores (Osorio, 2006; OMS, 2012; IMSERSO, 2013) argumentan que el envejecimiento de la población mayor tiene implicaciones que trascienden del ámbito demográfico. Por ejemplo, edad y dependencia están estrechamente relacionadas, ya

que el volumen de personas con limitaciones de su capacidad funcional aumenta en los grupos de edad superiores, sobre todo a partir de los 80 años.

Pero la dependencia en las personas mayores no es un fenómeno nuevo. Este toma relevancia en un contexto marcado por cambios en las formas de organización de la familia y en el papel social de las personas cuidadoras en España. Esta es una de las razones de la explosión de políticas sociales para las personas mayores en las últimas décadas (Osorio, 2006).

A pesar de que el proceso de envejecimiento de la población es un fenómeno de alcance global, existen importantes disparidades regionales. En España se observan diferencias significativas entre comunidades autónomas. Por ejemplo, según los datos oficiales en el año 2009, las comunidades autónomas con mayor crecimiento por nacimientos fueron Madrid (34.362), Andalucía (29.733) y Cataluña (24.842). Las que tuvieron menor crecimiento fueron Galicia (-7.580) y Castilla y León (-6.312).

En el año 1991, Aragón, Castilla-La Mancha y Asturias encabezaban la lista de comunidades autónomas con mayor proporción de población de 65 años y más. En el año 2009, en los primeros puestos de esta clasificación se situaban Castilla y León, Galicia y Asturias (IMSERSO, 2013).

Tradicionalmente, las provincias del interior de España han tenido una población más envejecida que el resto debido a la importancia de la emigración. El desarrollismo de la década de 1960 atrajo una gran cantidad de población rural a las ciudades y a las zonas costeras. La emigración del campo a la ciudad provocó, en primer lugar, el envejecimiento de la población de las áreas rurales como consecuencia de la emigración de los jóvenes y la escasez de niños. En segundo lugar, la persistencia de este modelo ha dado lugar al despoblamiento de muchos municipios del interior de España.

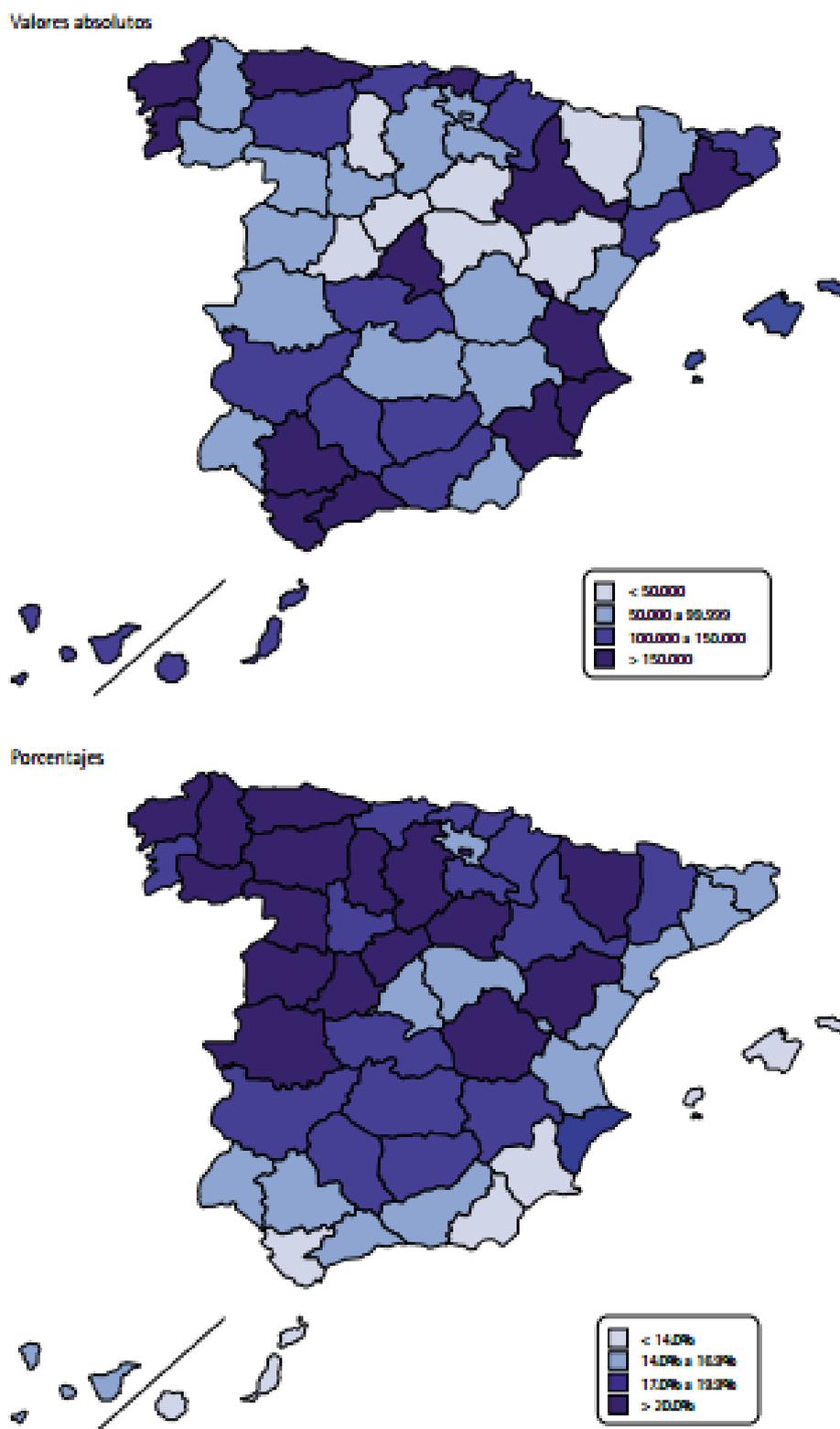


Figura 4. Distribución provincial de las personas de 65 años y más, 2009

(Fuente IMSERSO (2012, p. 51))

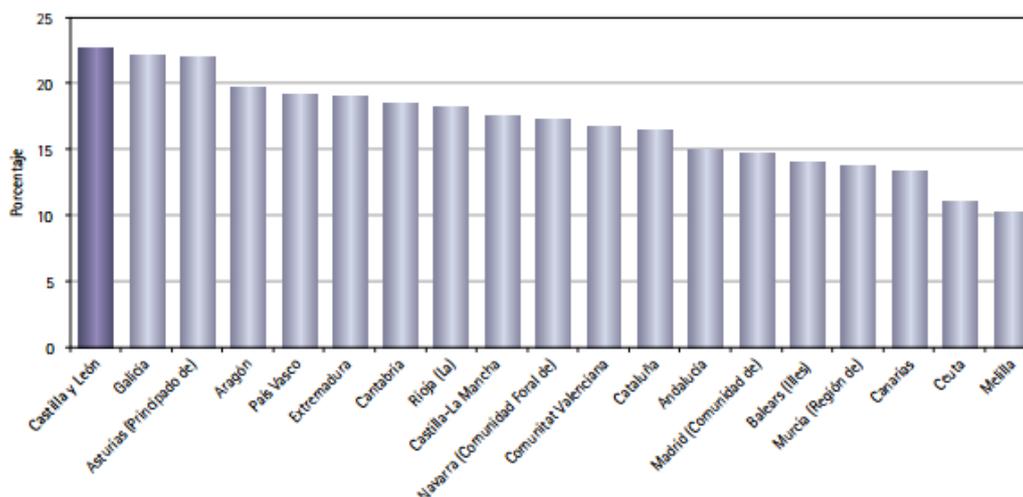


Figura 5. Personas mayores por Comunidades Autónomas, 2010. Porcentajes

(Fuente IMSERSO (2013))

En las áreas rurales se advierte un envejecimiento de la población superior al del resto de España. No obstante, en los núcleos urbanos vive la mayor parte de personas mayores. En el año 2009, el 73,7% de las personas de 65 y más años vivían en municipios urbanos y el 9,9% en rurales. La exclusión social es uno de los problemas que afecta principalmente a las personas de 65 y más años que viven en núcleos rurales.

El proceso de exclusión social viene determinado tanto por la edad, como por factores relacionados con el estado de salud, la condición socioeconómica, la discapacidad e incluso el debilitamiento del ámbito relacional. En algunas áreas se están fomentando acciones cuyo objetivo es paliar la exclusión social de los mayores. Intervenciones como la prevención de la dependencia, la promoción de envejecimiento activo, el apoyo a las familias, la adaptación de viviendas y la creación de alojamientos alternativos y centros polivalentes, tendrían un efecto beneficioso sobre el bienestar y la calidad de vida de estas personas.

Otra de las características del proceso de envejecimiento es la feminización de la población mayor. A principios del siglo XX, el número de mujeres mayores superaba al de varones en un 10,3%. En el año 2009 esta cifra había ascendido hasta el 35,6%. No obstante se prevé que estas diferencias se reduzcan en el futuro. La difusión de hábitos de nocivos entre las mujeres (como el estrés y el consumo de tabaco y alcohol, entre

otros), junto con las características propias del proceso de envejecimiento, discapacidad y enfermedades degenerativas fundamentalmente, harán que las diferencias se acorten.

Según el IMSERSO (2013, p. 39) en la actualidad, la viudez no tiene por qué ser una situación permanente ni implicar soledad. En España el 19,5% de las personas de 65 y más años viven en hogares unipersonales: un 10,8% de los hombres y el 25,9% de las mujeres. Del total de población que vive sola un 47,2% tiene 65 y más años. Sin embargo, cada vez más se está imponiendo entre las personas mayores la elección de la cohabitación como alternativa a la soledad.

Aunque el matrimonio continúa siendo la principal forma de unión entre las personas de 65 y más años, la cohabitación está empezando a extenderse como forma de convivencia no sólo entre los solteros, sino también entre viudos, separados y divorciados. En ese mismo informe, se estima que la mayoría de las personas que nazcan en España ahora celebrarán su 65 cumpleaños; en las condiciones de mortalidad actuales, de cada 100 nacimientos más de 89 alcanzarán la vejez (93 de cada 100 mujeres y 85 en el caso de varones).

Las personas mayores en Castilla y León: Según el informe de Consejo Económico y Social (CES) del año 2009, la Comunidad de Castilla y León tiene una población envejecida, siendo la Comunidad Autónoma con mayor tasa de envejecimiento, y caracterizada por la despoblación (27 habitantes por Km²). Las personas empadronadas en Castilla y León, representan el 5,59% del total de personas residentes en España, según datos del Padrón Municipal de Habitantes de 1 de enero de 2007, mientras que la población que tiene 65 y más años se sitúa en el 7,56%; para el caso de los jóvenes y adultos, los porcentajes son menores que el total, representando el 4,47% y 5,34% respectivamente (CES, 2009, p. 21).

Esto se refleja en la pirámide de población (véase Figura 6), donde hay una relación de casi dos personas mayores de 65 años por cada menor de 15 años. Así, la edad media de las personas mayores castellanas y leonesas es de 76,85 años, mientras que en el ámbito nacional se sitúa en los 75,97 años.

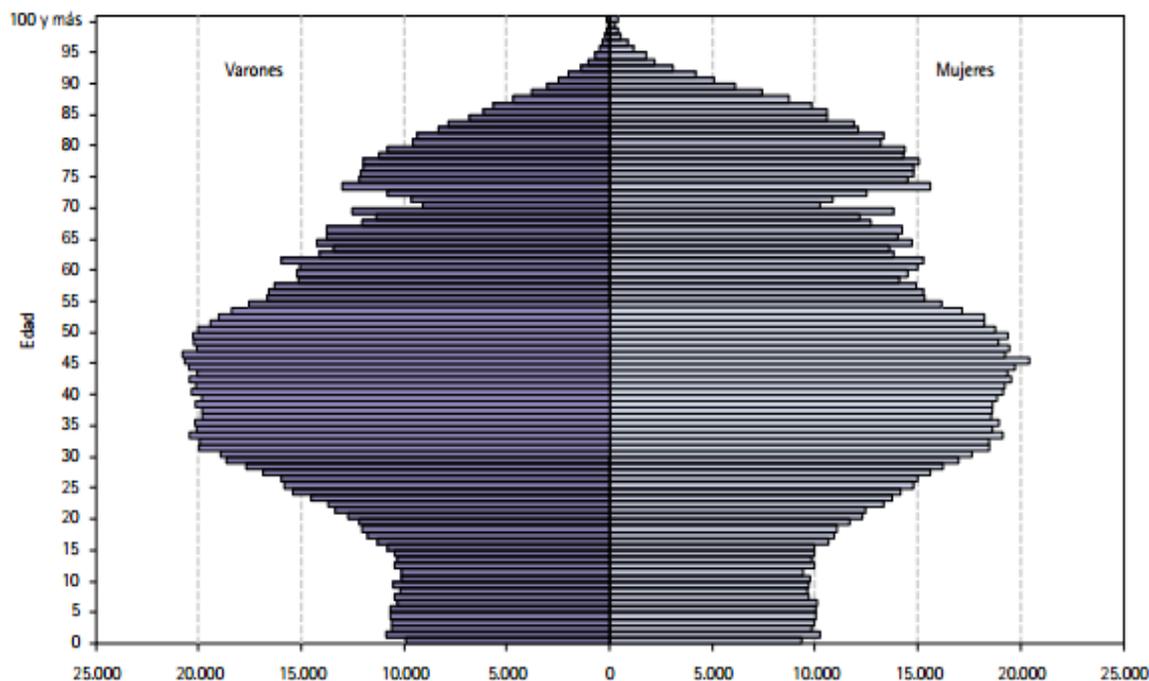


Figura 6. Castilla y León. Población según sexo y edad, 2010

(Fuente IMSERSO (2013))

En Castilla y León el mayor número de personas mayores se concentra, como regla general, en aquellas zonas donde hay más población, aunque este fenómeno no sucede en Valladolid y León, pues aunque la primera es la provincia más poblada, es la segunda la que tiene mayor número de personas mayores de 65 años. En el caso del resto de provincias, según el número de personas mayores de 65 años, cabe destacar que Valladolid, Burgos y Segovia son las provincias en las que reside un porcentaje menor de personas mayores que de habitantes, es decir, son las provincias relativamente más jóvenes. En el extremo contrario se encontraría Ávila, León y Zamora, mientras que en una situación de equilibrio estarían Palencia, Soria y Salamanca; aunque todas se encuentran encima de la media del país (véase Figura 7).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (2006) del INE, las personas encuestadas mayores de 16 años declaran haber padecido, a lo largo de los últimos 12 meses, más de un tipo de problema o enfermedad, en concreto una media de 2,34 en el caso de España, media que se sitúa en el 2,01 para Castilla y León.

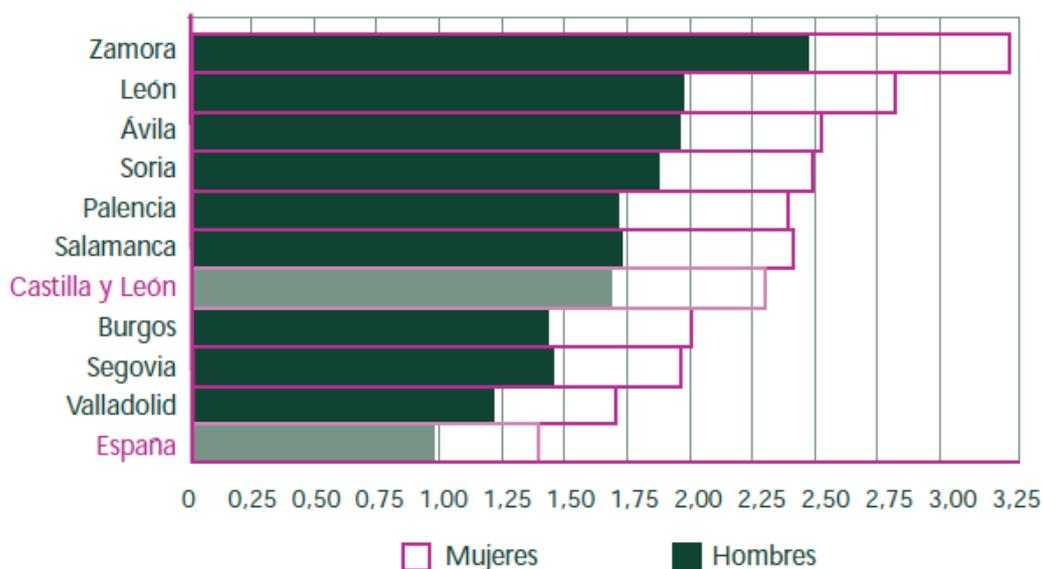


Figura 7. Índice de envejecimiento en Castilla y León por provincias.

(Fuente: CES, 2009)

Las enfermedades o problemas que con mayor frecuencia se presentan en las personas mayores de 65 años son la artrosis, artritis o reumatismo, que afectan a más de la mitad de la población española, seguido de la hipertensión arterial, que afecta casi a la mitad de la población. La hipercolesterolemia, los dolores crónicos de espalda o las varices, afectan a entre un cuarto y un tercio de la población mayor de 65 años, mientras que las cataratas, los trastornos mentales o la diabetes afectan a una de cada cinco personas mayores en España.

En Castilla y León, dado que la estadística no muestra datos desglosados por grupos de edad, cabe destacar que en la población mayor de 16 años las enfermedades de mayor prevalencia son los casos de artrosis, artritis o reumatismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes o cataratas.

3.5.2 Centros de Día para personas mayores

Dentro de la tipología de recursos socio-asistenciales que se ajustan al contexto anteriormente descrito, destacan los Centros de Día para personas mayores. La tipología de este tipo de equipamientos recoge dos tipos, unos para envejecimiento "normal" (como son los CD seleccionados para implementar la intervención); y un segundo tipo

de CD, de envejecimiento patológico (en el que se interviene con Síndromes demenciales tipo Alzheimer y otras demencias afines).

En estos centros existen las Unidades de Atención Social, que son servicios de carácter preventivo y de promoción personal, dirigidos a PM con un buen nivel de autonomía personal y funcional, a través de actividades informativas, socioculturales y de mantenimiento de la capacidad física y psíquica.

Entre los objetivos de estos centros se encuentran: mejorar la calidad de vida de las PM a través de actividades para la promoción del envejecimiento activo y la prevención de la dependencia, promover el desarrollo personal integral y potenciar las relaciones sociales, y favorecer el mayor grado posible de autonomía y de independencia.

El funcionamiento de estos centros permite la participación directa de los socios en la vida diaria del centro y el programa de actividades, a través de la Asamblea General y el Consejo de Centro que funcionan bajo los criterios de participación democrática recogidos en el Estatuto Básico y en los Reglamentos Internos.

En cada centro se ofrecen una amplia gama de actividades ocupacionales y psicosociales (conferencias y actos sobre hábitos de vida saludables, talleres de musicoterapia, memoria, risoterapia, gimnasia, rondallas, etc.) que periódicamente se renuevan en función de las preferencias de los socios.

Además los CD ofrecen otro tipo de servicios como comedor, peluquería, información y biblioteca. El horario de estos centros es de 9,30 h. a 13,30 h. y de 15,30 h. a 20,30 h. de lunes a domingo. En la capital salmantina existen tres Centros de Día de esta naturaleza (existen otros dos más de dependencia municipal), recursos escogidos para realizar el presente estudio por la naturaleza y buena ubicación de los centros, así como por la facilidad para acceder a la muestra poblacional.

Los tres CD para Personas Mayores en los que se ha realizado la investigación son: "Salamanca", ubicado en el Paseo de la Estación, 85; "Prosperidad" sito en el Camino Estrecho de la Aldehuela, 9; y el de "San Juan de Mata", situado en la Avda. de Filiberto Villalobos 116.

3.6 Instrumentos

En el diseño de la presente investigación se ha contemplado la realización de un protocolo de valoración en relación a evaluar tres dimensiones que tienen que ver con el constructo de la salud: la salud física, la salud mental y la motivación (que tiene que ver con el desempeño funcional).

A la vista de nuestro objetivo, y de la conveniencia de mostrar los efectos de la intervención del Taller, se muestran seguidamente la relación de instrumentos empleados.

3.6.1 Entrevistas Antropológicas en profundidad

Dentro de las técnicas de recogida de información he utilizado la entrevista antropológica. Se trata de una entrevista en profundidad semi estructurada, cuyo contenido ha sido diseñado especialmente para conocer el punto de vista de alguno de los participantes (punto de vista emic), ampliar la información que de forma implícita se reflejaba en las sesiones y valorar a través de una batería de nueve preguntas abiertas la opinión de las personas entrevistadas y su nivel de motivación tras la finalización del TR.

Las seis personas a las que se ha entrevistado han sido seleccionadas al azar, teniendo en cuenta a través de la observación participante su comportamiento en cada una de las sesiones del Taller.

Las entrevistas antropológicas fueron realizadas en los respectivos CD a los cuales pertenecían cada uno de las personas entrevistadas en horario de tarde, excepto una, que se realizó en el domicilio de una de ellas por motivos de incompatibilidad de horarios entre la entrevistada y el entrevistador. Todas las entrevistas se realizaron entre febrero y mayo de 2014. En la Tabla 5 se muestra de forma resumida esta información.

Tabla 5. Descripción por orden cronológico de realización de entrevistas en los tres CD con variables socio demográficas de las personas entrevistadas

ENTREVISTA	FECHA	CENTRO DÍA	GÉNERO	EDAD (AÑOS)
1	25/02/14	3	MUJER	65
2	04/03/14	1	MUJER	58
3	11/03/14	1	MUJER	83
4	11/03/14	3	MUJER	65
5	18/03/14	2	VARÓN	72
6	17/05/14	2	VARÓN	75

(Nota: CENTROS DE DÍA: 1- Prosperidad; 2- Salamanca; 3. S. Juan de Mata).

En lo que se refiere al modelo de entrevista, consta de nueve preguntas (véase Anexo 6.1). El tiempo estimado de pasación es de unos 10-12 minutos. En la entrevista se recogen cuestiones como ¿cuál/es ha/n sido la motivación/es que les han llevado a inscribirse en el Taller?, si lo consideran útil para su vida cotidiana, si se han sentido mejor durante el tiempo que ha durado (y en qué aspectos), si han notado algún tipo de cambio favorable o desfavorable en su salud física y/o mental durante o después de participar en el mismo, si han modificado algún hábito en su vida durante o después de su participación y si valora las cosas de la vida igual que antes de participar.

Las tres últimas preguntas del cuestionario pretenden recoger información relativa a si los sujetos entrevistados valoran la risa y el buen humor del mismo modo que antes de participar en el taller, qué es lo que más les ha gustado; y finalmente, si consideran que el número de sesiones ha sido o no el adecuado.

Las entrevistas fueron grabadas en un magnetófono, previo consentimiento de las personas entrevistadas. A cada una de las personas entrevistadas se les explicó en un lenguaje claro y comprensible la finalidad de su testimonio y su importancia en el marco de la investigación. Posteriormente fueron transcritas para su análisis más minucioso. Durante el proceso de transcripción se ha respetado en todo momento el lenguaje

original de la persona entrevistada, así como otro tipo de expresiones que pudieran aparecer (repeticiones monosilábicas, muletillas, etc.).

3.6.2. Cuestionarios

Se han utilizado según la dimensión a evaluar distintos instrumentos. El *Stepwise abreviado*, *Actividad Física y Salud* (en la primera y cuarta sesión) para evaluar aspectos de la dimensión fisiológica.

La versión abreviada y además adaptada al contexto español se deriva del método STEPwise de vigilancia, que consiste en un enfoque simple y estandarizado para reunir, analizar y distribuir información en los países que son miembros de la OMS.

Todos los países pueden utilizar la información de STEPS no sólo para vigilar las tendencias dentro del país, sino también para hacer comparaciones entre países. Todos los países tienen acceso a las mismas preguntas estandarizadas y protocolos de STEPS. Este método alienta la colección de pequeños y útiles fragmentos de información dentro de un recurso regular y continuo.

En actualidad hay dos sistemas principales de vigilancia: el método para la vigilancia de los factores de riesgo y el método para la vigilancia de los accidentes cerebro-vasculares.

La versión abreviada que he utilizado para la investigación se trata de un cuestionario autoadministrado y consta de siete apartados:

Datos sociodemográficos (se recogen variables como la edad, el nivel de estudios y el estado civil); *hábitos de consumo* (hábitos sobre el consumo de tabaco y de alcohol); *hábitos de alimentación y actividad* (frecuencia de consumo de frutas y verduras, tipo de dieta, tipo de ejercicio físico que realiza, etc.); *medidas físicas y bioquímicas* (donde se recoge información relativa a la hipertensión arterial, diabetes, y medidas antropométricas); *tensión arterial*; y el último apartado hace alusión a *medidas bioquímicas* (valores habituales de azúcar en sangre, de triglicéridos y de colesterol).

Los sujetos entrevistados sólo tienen que marcar la opción que más se adecúe a su situación particular entre tres o más opciones, dependiendo del ítem que se trate.

El *Stepwise abreviado, Actividad Física y Salud* (véase Anexo 6.2) se ha utilizado en la primera sesión del Taller en los tres CD para conocer la situación basal con la que los participantes comienzan (medición pre); y en la cuarta y última en la que se les vuelve a pasar para valorar los mismos parámetros y evaluar así, si ha habido alguna modificación en sus respuestas que se pueda atribuir a la aplicación del TR.

Para evaluar la dimensión psicológica se ha empleado el *Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28)* -véase Anexo 6.3- (en primera y cuarta sesión). Se trata de un instrumento que va dirigido a población en general, y es adecuado para valoración de la salud mental. Es un cuestionario autoadministrado de 28 ítems dividido en cuatro subescalas: *A (síntomas somáticos)*, *B (ansiedad e insomnio)*, *C (disfunción social)*, y *D (depresión grave)*.

Está indicado para detectar problemas de nueva aparición y para identificar problemas crónicos (detector de morbilidad psiquiátrica real y como indicador de severidad clínica). La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso). El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/caso).

La selección y utilización de estos instrumentos se basa en la necesidad de recoger datos de naturaleza cuantitativa sobre aspectos biofísicos y psicológicos de los participantes en los talleres de risoterapia que se puedan contrastar con los resultados obtenidos con las herramientas de carácter cualitativo.

Cuestionario de valoración del nivel de satisfacción (véase Anexo 6.4) con los TR. Se trata de un instrumento de elaboración propia y que ha sido diseñado para ser aplicado de un modo rápido y a través del teléfono. El cuestionario de naturaleza cualitativa consta de seis ítems que deben de responder en una escala Likert (que corresponde a los valores, 1= muy en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= normal, 4= de acuerdo, 5= muy de acuerdo). Este instrumento valora: la satisfacción general, si el participante repetiría el TR, la utilidad del mismo, el cumplimiento de sus expectativas, y en relación al docente, han valorado sus conocimientos sobre la materia y la satisfacción con el grado o nivel de transmisión.

Con el fin de evitar los sesgos que se pudieran derivar al realizar la valoración del grado de satisfacción tras la finalización de los TR (por la propia naturaleza de los

mismos es muy previsible que las respuestas sean muy positivas), se ha optado por realizar la valoración de los Talleres a través del teléfono, tres semanas después de haberlos finalizado.

3.6.3 Medidas físicas

Para evaluar la influencia de las cuatro sesiones del Talleres en relación a la dimensión física, se han realizado por parte de una enfermera dos tomas con registro de tensión arterial (TA) al inicio y al final de cada una de las sesiones (también se incluye el registro de la frecuencia cardíaca), con el fin de apreciar si existe alguna variación pre-post que se pueda atribuir a la implementación de los contenidos de cada sesión.

Las tomas y registro de la tensión arterial, sistólica y diastólica, y frecuencia cardíaca (FC) respectivamente se han realizado al inicio de cada sesión, antes de comenzar las dinámicas y juegos del Taller (mediciones pre); y del mismo modo al concluir el mismo, tras finalizar las dinámicas grupales y momentos antes de salir de las sesiones (mediciones post).

Para realizar la toma y registro de dichos parámetros se han utilizado dos aparatos de auto medición en las tres primeras de las cuatro sesiones del Taller. Los modelos de los instrumentos de medición de presión sanguínea empleados en el estudio es "happy life". Se trata de dos aparatos de mesa totalmente automáticos para la medición de la presión arterial en el brazo. En la última sesión (mediciones post y charla sobre "hábitos de vida saludables") no se ha tomado y registrado la tensión.

3.7 Instrumentos de análisis

3.7.1. Metodología de análisis cuantitativo

Para realizar el análisis cuantitativo he utilizado el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22.0. A través de esta aplicación informática se han obtenido los resultados descriptivos de la muestra del estudio. También se han podido presentar las conclusiones estadísticas inferenciales correspondientes.

Del mismo modo también se ha empleado el paquete ofimático Office 2010 (Excel) que ha servido para la recogida y el tratamiento de datos y su posterior análisis.

Con ambos programas se han elaborado las Figuras del estudio.

3.7.2. Metodología de análisis cualitativo

Para el análisis de los datos de naturaleza cualitativa se utilizó el programa informático Atlas.Ti y de modo complementario el programa NVivo. En este contexto, entendemos en esta investigación el análisis de contenido como una técnica de investigación destinada a formular a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que pueden aplicarse a su contexto (Whitehouse, P. J., Gaines, A. D., Lindstrom, H. y Graham, J. E. (2005). Anthropological contributions to the understanding of age-related cognitive impairment. *Lancet Neurology*, 4(5), 320-326. Sin embargo, siempre es responsabilidad del investigador y de su conocimiento del fenómeno investigado, realizar la interpretación sobre la información recopilada en su experiencia de campo.

El programa Atlas.ti, al igual que NVivo, está fundamentado en la *Teoría Fundamentada* [*Grounded Theory*] de Glaser y Strauss (1967). Así que su proceso implica cuatro etapas generales: i) Codificación de la información o de los datos; ii) Categorización de la misma, iii) Estructuración o creación de relaciones, mapas mentales o mapas conceptuales, entre las categorías; y para finalizar la iv) Estructuración de hallazgos.

En este contexto, la creatividad del investigador es el valor agregado del investigador al proceso de análisis rígido de la herramienta.

3.8 Procedimientos y Consideraciones Éticas

3.8.1. Etapas de la Investigación

La investigación se estructura en seis fases. Para llevarla a cabo lo primero que se gestionó fue la autorización de la administración competente, en este caso, con la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Salamanca (Junta de Castilla y León), para poder llevar a cabo el estudio en los CD que están ubicados en la ciudad de Salamanca. Dicha autorización se tramitó mediante una carta (véase Anexo 6.5) redactada

conjuntamente por mi tutora y un servidor, y dirigida a la Sra. Gerente Territorial de Servicios Sociales de Salamanca. Se cursó en diciembre de 2013, resolviendo favorablemente esa Gerencia una semana más tarde (véase Anexo 6.6). Durante el transcurso de la resolución se contactó en dos ocasiones vía telefónica con la Gerencia para realizar un seguimiento de la gestión, y con el fin de que no se demorara en el tiempo, para no dificultar la programación establecida.

En enero de 2014, mantengo una entrevista con las tres directoras de los CD por separado, para informarlas del contenido de la investigación (participantes, instrumentos a utilizar, consentimientos informados, temporalización, recursos humanos y medios técnicos, finalidad del estudio, etc.), así como para conocer las posibles salas en las que se podrían llevar a cabo los Talleres.

Paralelamente a los mencionados trámites, y teniendo en cuenta la finalidad del estudio se seleccionan los instrumentos a utilizar conforme a las dimensiones de la salud a evaluar.

En la segunda fase del estudio, se ha procedido a la difusión del mismo en los CD. Esta tarea se ha llevado a cabo mediante el diseño de carteles informativos -tamaño DIN A-4- (véase Anexo 6.7) que se han distribuido en lugares estratégicos de los tres Centros de Día (zonas de acceso, lugares de paso y áreas de ocio y lúdicas). La difusión se ha realizado durante la segunda semana del mes de enero de 2014.

Para participar en los Talleres era necesario que las personas interesadas se inscribiesen en un listado gestionado desde cada uno de los CD, en el que además de reflejar su nombre y apellidos, también se recogía su fecha de nacimiento y un número de teléfono de contacto. Las inscripciones se realizaron durante la tercera semana de enero.

Por otra parte, y también en esta fase se ha contactado con dos profesionales que han colaborado en distinta medida en la implementación del Taller. Concretamente, un psicólogo y una enfermera han formado parte del mismo.

La tercera etapa de la investigación se ha centrado en la realización del TR (trabajo de campo I). El Taller se divide en cuatro sesiones de tres horas de duración cada una, más una cuarta sesión en la que se realizan las valoraciones post, se desarrolla una ponencia sobre "*hábitos de vida saludables*" y en la que se les entrega un pequeño

dossier con los contenidos desarrollados. Todas las sesiones se han llevado a cabo con una periodicidad semanal, y al mismo tiempo en los tres CD, en horario de 16,30 h. a 19,30 h.

En la cuarta fase del estudio (trabajo de campo II) se ha realizado un mes después de la conclusión del taller, vía telefónica y de forma aleatoria un cuestionario de satisfacción en el que la PM entrevistada a través de este medio debía mostrar su nivel o grado de satisfacción con distintos aspectos relativos al Taller en el que había participado. A estos efectos, y para mejorar la fiabilidad de esta parte del estudio se realizó una extracción aleatoria de la muestra, y se seleccionaron 20 sujetos.

En esta misma fase también se realizaron seis entrevistas antropológicas en profundidad (dos por Centro de Día) a aquellos participantes que por su comportamiento en las sesiones del Taller destacaran a juicio del autor a la hora de profundizar en los temas planteados.

En la quinta fase de la investigación se ha realizado al análisis de los datos tanto a nivel cualitativo (entrevistas antropológicas en profundidad) como cuantitativo (técnicas de estadística descriptiva e inferencial). Además en esta etapa se han realizado Tablas y Figuras.

Por último en la sexta y última etapa de la investigación se ha procedido a la redacción y elaboración de la misma.

En todo momento el desarrollo de las distintas partes del trabajo ha sido supervisado por la tutora académica, la profesora Dra. Cristina Jenaro. El presente documento, en su totalidad ha sido redactado siguiendo las pautas, directrices e indicaciones de la profesora Jenaro en las sesiones del crédito que la docente imparte en el Máster, *Métodos de investigación en Salud y Desarrollo*, siguiendo las recomendaciones de la versión reducida normas APA, 5ª edición.

Cabe destacar que durante todo el período de elaboración del presente estudio se ha procedido a revisar, analizar y seleccionar diversa información procedente tanto de fuentes documentales (artículos, libros, revistas especializadas), como de internet proporcionados por el acceso a las bases de datos de la Universidad de Salamanca (Scopus, Psycinfo, Scielo, CSIC, Google Scholar).

3.8.2. Cuestiones éticas y consentimientos informados

Para la realización del presente estudio y para cada uno de los CD, cada uno de los participantes firmó un consentimiento informado. Previa a la firma, el contenido del mismo fue leído en voz alta y en un lenguaje claro y comprensible, de modo que todos estuvieran informados. Este documento fue avalado por la profesora tutora y por las tres directoras de los correspondientes centros (véase Anexo 6.8). Para la realización de todo el estudio se han seguido los principios deontológicos de investigación en Antropología. El consentimiento también incluye la utilización de todos los contenidos recogidos en el estudio y derivados de la intervención, tales como entrevistas, fotografías, testimonios, etc. para fines estrictamente académicos y de divulgación científica.

3.8.3. Variables de situación en el Taller de Risoterapia

Algunas pautas que se deben de tener, y que se han tenido en cuenta antes de comenzar con los Talleres en los tres CD es el entorno.

Entorno: los lugares donde se han desarrollado los talleres, son espacios amplios (como mínimo, con el espacio físico suficiente para que las 20 PM de cada grupo se pudieran poner de pie en círculo, con una separación entre ellos de unos 15 centímetros). En el caso del CD "Prosperidad" el TR se ha llevado a cabo en una sala de la primera planta, que también utilizan para el coro del centro. Otras variables que también he considerado han sido la accesibilidad al lugar de realización del Taller de Dinámica de la Risa, la ventilación, la iluminación, el mobiliario, y por último que la sala tuviera enchufes para poder conectar los dispositivos electrónicos que he utilizado.

En este CD, la accesibilidad tanto al propio Centro, como a la sala se puede calificar de normal. Para acceder a la sala se puede hacer a través de escaleras o por ascensor. La ventilación es buena, dado que la sala tiene varias ventanas con fácil apertura. En lo que se refiere a la iluminación, también ha sido buena, tanto por las luminarias instaladas en la mencionada sala, como por la luz natural que entraba por las ventanas, retirando las cortinas.

En lo concerniente al mobiliario, y dado que en algunos momentos durante el desarrollo de las sesiones los participantes tienen que estar sentados para escuchar a sus otros compañeros o al dinamizador del TR, disponían de sillas alrededor de la sala.

El lugar también disponía de enchufes para poder conectar el ordenador portátil y los altavoces.

En el segundo CD, "Salamanca", las características señaladas en el punto anterior son aún mejores. El acceso al centro se realiza por una rampa de suave pendiente. El TR se realizó en el salón de actos del Centro de Día. Se trata de un amplio salón, con un pedestal, y con condiciones suficientes de ventilación natural (aunque no se llegaron a abrir las ventanas, porque siempre se conectaba el termostato). Del mismo modo el mobiliario (a diferencia que en el anterior Centro de Día, en este caso las sillas estaban juntas, formando parte de una misma estructura de cuatro unidades) también reunía las características adecuadas para desarrollar las sesiones con la comodidad suficiente.

En el tercer y último CD donde se ha realizado el estudio (Centro de Día para mayores "S. Juan de Mata"), las características señaladas en los apartados anteriores en relación a los otros dos CD son muy similares a las del CD "Prosperidad". En lo que se refiere al acceso a este CD, se realiza directamente desde la acera de la calle, sin escaleras o rampas de acceso. Al igual que los dos CD anteriores, dispone de ascensor. El TR se realizó en una sala grande en la primera planta que habitualmente se emplea por las mañanas para realizar gimnasia de mantenimiento. Las condiciones de ventilación (con ventanas, y por tanto, con ventilación natural), y de luminosidad son buenas. Dispone de mobiliario y de enchufes.

Como característica específica en lo que se refiere al estudio, y común en los tres TR y por la naturaleza de la investigación, en las salas mencionadas de los CD se habilitó un área de la sala con una mesa y dos sillas a ambos lados para que la enfermera pudiera proceder a la toma y registro de la TA y de la FC de los participantes.

El TR consta de cuatro sesiones de tres horas de duración cada una. En la Tabla 6 aparecen descritas las distintas variables de situación de cada uno de los TR desarrollados en los tres CD.

Tabla 6. Descripción de variables de situación (Centros de Día, fechas, horas, lugares de realización y nº de asistentes a los Talleres de Risoterapia)

CENTRO DE DÍA	FECHAS 2014	NÚMERO		
		PARTICIPANTES	HORAS	LUGAR
Prosperidad	31 enero	18		
	7 febrero	14		1ª planta
	14 febrero	15	16,30-19,30	Sala Polivalente
	21 febrero	17		
Salamanca	28 enero	19		
	4 febrero	14		1ª planta
	11 febrero	13	17,00-20,00	Salón de Actos
	18 febrero	16		
San Juan de Mata	30 enero	20		
	6 febrero	19		1ª planta
	13 febrero	20	16,45-19,45	Sala Polivalente
	20 febrero	19		

Cabe matizar que aunque en un principio todos los TR se programaron para tener el mismo horario, de 17,00 h. a 20,00 h. posteriormente se acordó con las directoras de cada CD otro distinto (que en realidad no variaba mucho sobre el inicialmente establecido), por expreso deseo de ellas, y por motivos de ajuste de otras actividades en cada CD.

3.8.4. Valoraciones pre-post

En las sesiones primera y cuarta se le pasa a los participantes el Stepwise Abreviado, -Actividad Física y Salud-; y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) con el fin de conocer en el caso de la primera sesión la situación basal de los participantes en lo que a los parámetros que recoge cada instrumento se refiere (valoración pre). En la cuarta y última sesión no se lleva a cabo la sesión de risoterapia, pero sí una charla sobre "Hábitos de Vida saludable", así como la pasación de los mismos instrumentos aplicados en la primera sesión con el objeto de conocer si podría haber alguna posible variación en las puntuaciones que se pueda atribuir a la realización del TR (evaluación post).

Del mismo modo, en las tres primeras sesiones en las que se aplica el programa de TR, tanto al inicio de cada sesión como a la finalización de las mismas, una enfermera toma y registra las TA y las FC de cada uno de los participantes. Con las medidas de estos parámetros volvemos a tener dos medidas pre y post por sujeto para poder valorar si existe alguna modificación en las puntuaciones registradas.

3.8.5. Estructura de las sesiones del Taller de Risoterapia

Con el fin de conseguir los objetivos del TR se hace necesario seguir una estructura que es común a las tres primeras sesiones. Cabe recordar que la cuarta y última sesión es distinta a las tres primeras (pasación de instrumentos post) aunque esta sesión forme parte igualmente del Taller como una sesión más.

Existen una serie de aspectos comunes a las tres sesiones, que se relacionan a continuación:

- 1- *Bienvenida a los asistentes a la sesión con el acompañamiento de una música de apertura* con el fin de crear un clima de acogida. La finalidad de la audición es también dotar de calidez el ambiente, así como que los participantes identifiquen el inicio de la actividad con la música. Agradecimiento por asistir a la sesión (refuerzo positivo).

- 2- *Reparto de credenciales/ identificación.* El monitor distribuye a cada uno de los participantes un pequeño papel en el que deberán escribir su nombre en letras mayúsculas y ocupando toda la superficie del papel. Posteriormente se les sugiere que se coloquen su nombre en el pecho con un imperdible donde los demás participantes puedan ver su nombre claramente.
- 3- *Breve explicación de los contenidos teóricos y prácticos que se van a desarrollar.* Siempre, si se trata de la segunda sesión y posteriores, si es el caso, el dinamizador invita a los participantes a recordar los contenidos teóricos abordados en la sesión anterior. El objetivo de este repaso es doble. Por un lado, sirve para recordar y actualizar los contenidos anteriores de modo que los puedan relacionar con los de la sesión actual; y por otro lado, resulta de utilidad a aquella persona/s que no hayan asistido a la sesión anterior.
- 4- *"Invitación" a los participantes a que disfruten al máximo de la sesión del TR,* que le saquen el máximo provecho, y recuerdo del enfoque del TR (cada sesión es como una "pastilla de salud") con una frecuencia semanal.
- 5- *Realización de dinámicas de grupo y juegos de los grupos* mencionados a lo largo de estas páginas.
- 6- *Dinámica de grupo y juego de cierre de sesión.*
- 7- *Lectura final.* El dinamizador cierra la sesión con una lectura a los participantes de carácter humorístico que pone el punto final a la sesión.
- 8- *Música de recogida y cierre de sesión.* Agradecimiento por la asistencia.

Una de las características que definen los TR es el dinamismo (aspecto especialmente importante en las PM). En todas las sesiones se combina teoría y práctica, de modo que en algunos momentos los participantes y protagonistas de la experiencia están en sus sillas escuchando las explicaciones del monitor o dinamizador,

y en otros momentos, el responsable de la actividad moviliza al grupo e "invita" a los participantes a levantarse, adoptar una disposición determinada en la sala (en círculo, por parejas cogidos de las manos, etc.).

Otro elemento dinamizador de especial relevancia que no debemos olvidar, y que además añade mayor dinamismo a la propia naturaleza del TR y por ende, al grupo es lo que se denominan las consignas. Las consignas son unas indicaciones u "órdenes" que el monitor lanza al grupo y que cuando ellos la reciben deben de hacer algo. Las consignas forman parte de todas las sesiones (con contenidos del Risoterapia) y se modifican en cada sesión. Por ejemplo si el monitor dice "ya va quedando menos" los participantes deben de cambiarse de silla.

Las consignas se utilizan como técnica dinamizadora y conlleva varias ventajas, que cobran mayor importancia si se trabaja con población gerontológica. Por una parte moviliza al grupo, alienta la motivación de los participantes, eleva el tono vital del grupo (porque deben de hacer algo para lo que han sido previamente informados), los hace estar más receptivos y más despiertos, y les obliga a desarrollar y mantener ciertas capacidades cognitivas como la atención, la memoria a corto plazo, etc. Además ayuda romper la posible monotonía, al ser utilizada por el dinamizador en un momento de la sesión que los protagonistas no se esperan. En los TR llevados a cabo en el presente estudio, se han utilizado dos consignas por sesión en cada uno de los tres grupos.

3.8.6 Desarrollo de las sesiones del Taller de Risoterapia

Desde el momento en el que se programa el Taller de Risoterapia se plantean un conjunto de técnicas y estrategias didácticas que orientarán, de una forma razonable al éxito. Se describe seguidamente el contenido de cada una de las cuatro sesiones (cuyos contenidos han sido los mismos en cada uno de los tres grupos):

Primera sesión:

Objetivos:

- 1- Enmarcar el TR en el ámbito del estudio del que forma parte (*"salud-enfermedad: aplicación y efectos de la risoterapia en la mejora del*

estado de salud de un grupo de población mayor") presentado los contenidos teórico-prácticos de toda la actividad.

- 2- Favorecer el primer contacto y el acercamiento del grupo.
- 3- Favorecer la espontaneidad.

Desarrollo:

En esta primera sesión como dinamizador/monitor presento el TR en su conjunto, solicitando a los participantes compromiso y asistencia por su parte basándome en el carácter gratuito de la actividad (en otras actividades que se llevan a cabo en los CD, los socios tienen que pagar una pequeña parte que oscila entre los 20 y los 45, 50 €, dependiendo de la actividad). Se insiste en la orientación de la aplicación del TR desde el punto de vista de la salud, basándome en el binomio alegría=salud, y tristeza=enfermedad, así como que es lo que el grupo va a poder "llevarse" a través de su participación regular en el Taller (conocimientos, diversión, compartir experiencias agradables...).

Secuencia de la sesión:

- 1- Música de acogida/apertura
- 2- Saludos y Bienvenida al grupo.
- 3- Presentación del monitor.
- 4- Reparto de tarjetas de identificación (credenciales).
- 5- Distribución y pasación de Stepwise Abreviado, -Actividad Física y Salud-; y del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) - Evaluación pre-.
- 6- Toma y registro de la TA y de la FC (medición pre).
- 7- Indicaciones/ pautas para un mejor aprovechamiento del TR.
- 8- Exposición de los contenidos teórico-prácticos de la sesión.
- 9- Dinámica de presentación (grupo A): gesto más nombre.
- 10- Teoría: historia de la Risoterapia I
- 11- Juego de distensión (grupo B): pasar la mueca.
- 12- Teoría: historia de la risoterapia II.

- 13- Dinámica de autoafirmación (grupo C): el espejo
- 14- Teoría, ¿por qué y para qué es buen reírse?. La risa. definición y tipos de risa.
- 15- Juego de comunicación y expresión corporal (grupo E): jirafa-elefante
- 16- Lectura final: "las bragas y las gafas".
- 17- Toma y registro de la TA y de la FC (medición post).
- 18- Música de cierre. Agradecimientos por su atención.

Materiales:

Dossier de contenidos teóricos (documentación de apoyo), lectura final. Ordenador portátil, altavoces. Credenciales, rotuladores de punta gorda para sus identificaciones, impermeables y bolígrafos. Instrumentos de valoración: Stepwise y Goldberg. Dos tensiómetros de autoregistro de TA y FC.

Segunda sesión:

Objetivos:

- 1- Conocer qué es el humor y cómo se puede utilizar.
- 2- Reducir/minimizar el sentido del ridículo.
- 3- Comprender la importancia del humor como protector de la salud
- 4- Ampliar el conocimiento de las demás personas del grupo.

Desarrollo:

Como dinamizador del grupo, "invito" a los participantes a recordar brevemente en grupo qué contenidos se abordaron en la sesión anterior. Facilito las consignas de esta sesión.

Secuencia de la sesión:

- 1- Música de acogida/apertura
- 2- Saludos y Bienvenida al grupo.
- 3- Entrega de credenciales.

- 4- Toma y registro de la TA y de la FC (medición pre).
- 5- Exposición de los contenidos teórico-prácticos de la sesión.
- 6- Juego de distensión (grupo B): cómo no vamos por la calle.
- 7- Teoría: humor I. Introducción y definición.
- 8- Dinámica de distensión (grupo D): el inquilino
- 9- Teoría: humor II. El humor como arma de doble filo
- 10- Juego de comunicación y expresión corporal (grupo E): manifestación de alegría.
- 11- Teoría: humor III. Lectura del relato del hereje.
- 12- Dinámica de comunicación y expresión corporal (grupo E): manifestación de enfado.
- 13- Lectura final: "el padre sustituto".
- 14- Toma y registro de la TA y de la FC (medición post).
- 15- Música de cierre. Agradecimientos por su atención.

Materiales:

Dossier de contenidos teóricos (documentación de apoyo), lectura final. Ordenador portátil, altavoces. Credenciales, imperdibles y bolígrafos. Dos tensiómetros de autoregistro de TA y FC.

Tercera sesión

Objetivos:

- 1- Producir un acercamiento conceptual a la risa, y conocer cuántos tipos de risa hay.
- 2- Desarrollar el ingenio, la improvisación y la creatividad.
- 3- Conocer y valorar los efectos psicósomáticos del Humor y de la Risa.
- 4- Buscar la comunicación y el contacto corporal entre los participantes para contagiar la risa.

Desarrollo:

En la tercera sesión el dinamizador destaca la importancia de los contenidos del TR de hoy, en especial, los que tienen que ver con los efectos físicos y psicológicos que tiene la risa. Se informa al grupo que aunque los contenidos del Taller concluyan, ellos, los verdaderos protagonistas de la experiencia deben de continuar buscando espacios de humor para no dejar de tomar esta "pastilla de salud". No se "llevan" nada físico, tangible, material, pero sí una poderosa y eficaz herramienta que les va a permitir que su día a día sea más agradable: el humor.

Al igual que se realizó al inicio de cada una de las sesiones anteriores se repasan brevemente los contenidos de la sesión anterior, y se le explican al grupo las consignas que se van a llevar a cabo, para que estén atentos. Dado que el eje temático de la sesión tiene que ver con el binomio *salud-enfermedad*, como dato anecdótico, cabe señalar que una de las consignas de la sesión de hoy guarda una estrecha relación con una máxima de Lope de Vega cuyo mensaje viene a decir que si hubiera vivido la vida con más humor, también la hubiera disfrutado con más salud; y que en palabras de este dramaturgo del siglo XVII, dice así "*si humor gastar pudiera, con más salud sospecho que viviera*".

Al finalizar la sesión se recordó que en la cuarta y última sesión, se realizarían las mediciones post, razón por la cual debían llevar las gafas de ver de cerca (si las precisan) y un bolígrafo, para poder completar los mismos test que cumplieron en la primera sesión.

Secuencia de la sesión:

- 1- Música de acogida/apertura
- 2- Saludos y Bienvenida al grupo.
- 3- Entrega de credenciales.
- 4- Toma y registro de la TA y de la FC (medición pre).
- 5- Exposición de los contenidos teórico-prácticos de la sesión.
- 6- Dinámica de distensión I (grupo E): la procesión.
- 7- Teoría: Efectos psicósomáticos del humor y de la risa I: efectos psicológicos.

- 8- Ejercicio grupal de atención selectiva (todos los participantes).
- 9- Teoría: Algunas recomendaciones para desarrollar el humor.
- 10- Juego de distensión II: el calabacín.
- 11- Teoría: Efectos psicósomáticos del humor y de la risa I: efectos físicos.
Contraindicaciones de la risoterapia.
- 12- Dinámica grupal de cooperación (grupo F): la máquina (por grupos)
- 13- Actividad de cierre de Taller: audición del cuento de Jorge Bucay "El Buscador"
- 14- Toma y registro de la TA y de la FC (medición post).
- 15- Música de cierre. Agradecimientos por su atención.

Materiales:

Dossier de contenidos teóricos (documentación de apoyo), lectura del cuento de Jorge Bucay, claves para dinámica (nº. 12, "la máquina"), dos calabacines. Ordenador portátil, altavoces. Credenciales, imperdibles y bolígrafos. Dos tensiómetros de autoregistro de TA y FC.

Cuarta sesión:

Objetivos:

- 1- Realizar las mediciones post del estudio.
- 2- Informar sobre hábitos de vida saludable que tienen que ver con las tres dimensiones de la salud: médica, psicológica y social.
- 3- Incidir en la importancia de que lleven a cabo los hábitos de vida saludable de forma regular.

Desarrollo:

En la última sesión se realiza la medición post de la investigación, utilizando para este fin los mismos instrumentos que en la primera (Stepwise abreviado, - Actividad física y salud-, y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). Seguidamente, y tras completar por parte de los grupos los mencionados test, se sugiere

a los participantes que se relajen y disfruten de la charla sobre "hábitos de vida saludable". La ponencia se divide en tres partes bien diferenciadas, cada una de las cuales aborda una dimensión distinta de los cuidados:

- Dimensión médica
- Dimensión psicológica
- Dimensión social

En virtud de la estructura anterior, y con el fin de enriquecer el desarrollo de la sesión, cada una de las partes es desarrollada en relación a los contenidos por un profesional especializado en esa materia. La misma enfermera que durante las tres primeras sesiones del TR se ha encargado de tomar y registrar la TA y la FC de las PM, expone los contenidos de carácter médico. Dentro de éstos los temas que se tratan tienen que ver con el ejercicio físico, con la alimentación, y con la higiene de las manos.

Por su parte un psicólogo es el responsable de exponer los contenidos relativos a la dimensión psicológica: autoestima positiva, cómo mantener la mente estimulada, y la importancia de una adecuada higiene del sueño.

En la dimensión social, el trabajador social y gerontólogo, aborda los contenidos referentes a cultivar estados de ánimo positivos, la importancia de disfrutar del tiempo libre, y por último algunas pautas básicas para prevenir accidentes tanto en el entorno más inmediato de la PM, su domicilio, como en la calle.

Tras finalizar la intervención de los tres profesionales, además de responder a las dudas, inquietudes y preguntas que les ha suscitado a los participantes los contenidos desarrollados, se les hace entrega de un dossier en el que se recogen los mencionados contenidos. Al tratarse de PM en el diseño del dossier tanto a nivel de contenidos (desarrollados en un lenguaje claro y sencillo), como de formato (estructura sencilla y letra grande "gerontológica" que facilita su lectura) se ha tenido en cuenta en todo momento la población a la que se dirige.

Secuencia de la sesión:

- 1- Saludos y Bienvenida al grupo.
- 3- Entrega de credenciales.
- 4- Exposición de las actividades a desarrollar en la sesión.

- 5- Reparto de instrumentos para medición post.
- 6- Charla sobre "hábitos de vida saludable".
- 7- Intervención de los participantes: dudas y preguntas.
- 8- Entrega de los dosieres con los citados contenidos.
- 9- Despedida y cierre. Agradecimientos por su participación en la actividad.

3.9 Resultados

Se ha obtenido un perfil determinado sobre los aspectos de hábitos de consumo, actividad física y medidas físicas y bioquímicas, así como sobre la Salud Psicosocial de las PM participantes en el TR.

3.9.1 Factores de riesgo para la salud –Hábitos, Actividad Física y Salud-

A continuación se hará alusión al apartado de este instrumento que tiene que ver con los "hábitos de consumo".

Consumo de tabaco: En primer lugar, cabe decir que la gran mayoría de la muestra (hasta un 94,7 %) afirma no fumar. Un 32,2 % de personas manifiestan que han dejado de fumar en un período de tiempo que oscila entre 11 y 50 años.

Tabla 7. Distribución de descriptivos en relación al consumo de tabaco

	Frecuencia	Porcentaje
No	54	94,7
Si	1	1,8
No responde	2	3,5
Total	57	100,0

Consumo de alcohol: Del análisis estadístico se desprende que algo más de un 60% (concretamente un 61,4%) de los participantes que han contestado a esta pregunta, manifiestan que no beben, frente a un 35,1% que sí lo hacen. Cabe señalar, que del

grupo de los que beben, un 29,8% lo hacen menos de una vez al mes, seguidos de los que lo hacen a diario, un 12,3%. En el extremo opuesto se sitúan aquellas PM que beben poco o muy poco, sólo un 3,5% manifiestan beber entre uno y tres días al mes.

Tabla 8. Distribución de descriptivos en relación al consumo de alcohol

	Frecuencia	Porcentaje
No	35	61,4
Sí	20	35,1
No responde	2	3,6
Total	57	100,0

En la dimensión del instrumento que contempla los "hábitos de alimentación y actividad", se muestran a continuación los resultados de la variable "dieta".

Los sujetos de la muestra comen fruta un promedio de casi siete días a la semana (Media = 6,84 días, DT = 0,82). En el caso de la verdura, la comen un promedio de 4 días a la semana (DT= 2,00).

En lo que se refiere al tipo de dieta (Figura 8), según se desprende de los resultados, casi un 70% (concretamente un 68,8%) manifiestan que ésta es equilibrada. Apenas suponen un 8% (un 7,8%) aquellos sujetos de la muestra que la califican con exceso de grasa, con exceso de hidratos de carbono, o demasiado abundante. Tan sólo un 3,1% consideran que su dieta tiene excesos de proteínas.

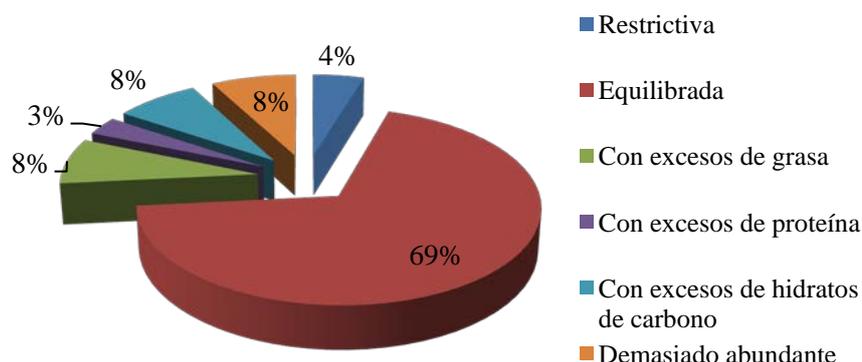


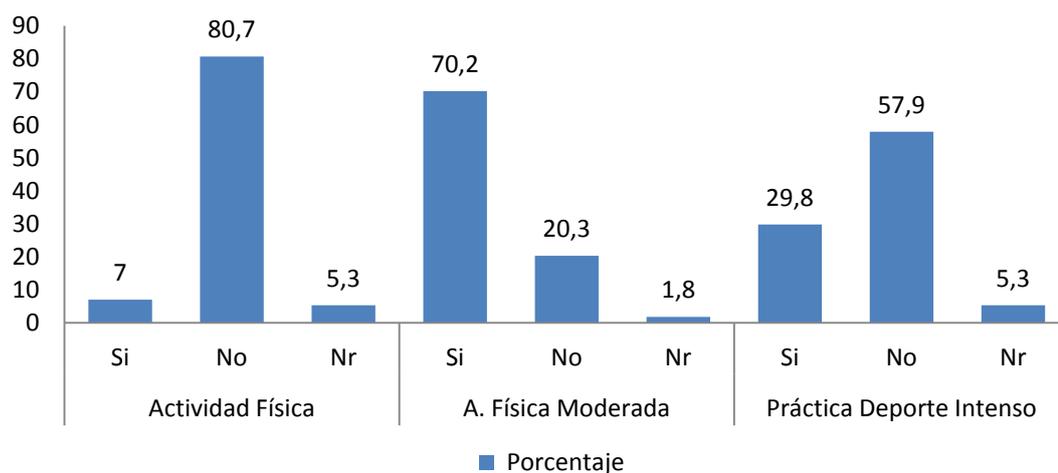
Figura 8. Distribución del tipo de dieta de los sujetos

Actividad Física: En lo que se refiere a la actividad física intensa, un 80,7% de los encuestados (46 sujetos de los 57 que conforman la muestra) han referido no realizar este tipo de actividad, frente a un 7% que han confirmado sí llevar a cabo una actividad física intensa.

En lo que se refiere a la práctica de deporte físico intenso, apenas un 30% de la muestra afirma practicarlo (17 personas), frente a un 57,9% que manifiestan no practicar. Se hacemos alusión a la actividad física moderada, un 70,2% de la muestra realiza actividad física con esta intensidad (40 sujetos), en relación a un 26,3% que no la realiza.

Todas las variables descritas anteriormente aparecen reflejadas en la Figura 9.

En lo que se refiere al tipo de actividad física, los resultados que arroja la muestra del estudio apuntan a que aquellos sujetos que caminan o van en bicicleta para desplazarse, lo hacen durante un tiempo promedio de 47,33 minutos diarios (desviación estándar (DT) de 32,57). Del mismo modo otro grupo de individuos que también practican actividad física moderada, lo hacen durante un promedio de 43,38 minutos/día (30,34 DT).



Nr: No responde

Figura 9. Distribución de variables de Actividad Física

Sobre el grupo de sujetos que practican deporte intenso, cabe señalar que no llega a un día el promedio en el que desarrollan este tipo de actividad física (media de 0,91 y DT de 1,89). Igualmente en lo que se refiere al nº promedio de minutos en el que realizan actividad física intensa, es de 12,83, con una DT de 27,52.

Es importante señalar que en lado opuesto, es decir, el del grupo de sujetos que mantienen una actividad sedentaria, el número promedio de horas es de 6,29 (DT de 11,84). A este dato hay que matizar que la información que se desprende de este parámetro es muy variable, dada la elevada desviación típica.

El tiempo promedio que los sujetos se pasan caminando o yendo en bici es de 47,33 minutos (DT de 32,57).

Otro grupo de sujetos refieren practicar deporte intenso a la semana durante un promedio de casi un día. (media de 0,91 y DT de 1,89). Los sujetos que manifiestan realizar deporte intenso por día lo hacen durante un promedio de 12,83 minutos por día (DT de 27,52). Una media de 5,31 (DT de 8,20) días a la semana otro grupo de individuos de la muestra refiere realizar actividad física moderada a la semana.

En intensidad de tiempo, destaca que un promedio de 43,38 (DT 30,34) minutos al día 47 sujetos de la muestra que han respondido a este ítem ese grupo lo dedica a practicar una actividad física moderada. Por último cabe señalar que 55 sujetos de la muestra dedican una medida de 6,29 horas a estar sentados o recostados en un día típico (DT de 11,84).

Medidas físicas y bioquímicas: Según se desprende de los resultados obtenidos, el 40,98% de la muestra (25 sujetos) han manifestado tener presión alta o hipertensión (HTA), seguidos de un 37,70% que afirman no tener ninguna de las circunstancias que se les plantean en el ítem. Dicho de otro modo, un 37,70% de la muestra afirma no tener hipertensión arterial, niveles elevados de glucosa, y además refieren no realizarse chequeos médicos.

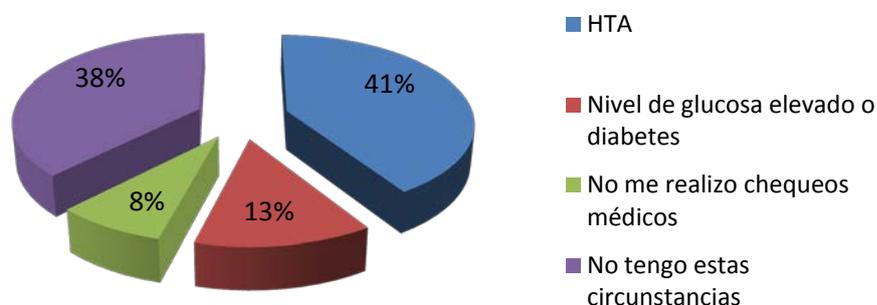


Figura 10. Distribución de circunstancias físicas de los sujetos

En relación a las circunstancias físicas mencionadas en la Figura 10, se desarrolla seguidamente un análisis de cada una de ellas.

Tratamiento de la HTA: De los sujetos que manifiestan sufrir de HTA, casi un 42% (concretamente un 41,94% de ese grupo) refiere encontrarse en el momento de responder al instrumento, tomando medicamentos (26 individuos). Los que refieren haber reducido el consumo de sal, suponen un 37,10% (23 sujetos), seguidos de un 14,52% que manifiestan estar reduciendo peso por dicho motivo. Frente a estos porcentajes destaca un 1,61% de los participantes que reflejan estar siguiendo consejo o tratamiento para dejar de fumar (una persona).

Tabla 9. Descripción de tratamientos para la hipertensión arterial.

	N	%
Medicamentos	26	41,94
Reducción del consumo de sal	23	37,10
Reducción del peso	9	14,52
Consejo o tratamiento para dejar de fumar	1	1,61
Consejo o tratamiento para hacer más ejercicio	3	4,84
Total	62	100,00

Tratamiento hiperglucemia: Un 34,29% (12 sujetos de los 35 que han respondido a esta pregunta) manifiestan haber reducido el consumo de sal, seguido de otro grupo de individuos que suponen un 28,57%, y que refiere estar tomando medicamentos para tratar esta circunstancia física (10 individuos).

Tabla 10. Descripción de tratamientos para la hiperglucemia

	N	%
Insulina	0	0,00
Medicamentos	10	28,57
Reducción del consumo de sal	12	34,29
Reducción del peso	4	11,43
Consejo o tratamiento para dejar de fumar	0	0,00
Consejo o tratamiento para hacer más ejercicio	2	5,71
Otros	7	20,00
Total	35	100,00

Frente a los anteriores porcentajes, y como aparece reflejado en la Tabla 10, destaca que ninguno de los sujetos que refieren tener niveles de azúcar elevados o diabetes tienen pauta de insulina, ni han necesitado o recibido consejo para dejar de fumar.

Índice de masa corporal (IMC): En relación a esta variable cabe destacar que casi un 37% (un 36,9% de los sujetos, 21 participantes) tiene un IMC que está dentro de los parámetros de obesidad, repartiéndose por porcentajes iguales, 12,3% en los tres tipos de obesidad, tipo I, tipo II, y tipo III, respectivamente.

Un 29,8% están dentro de los niveles que se pueden considerar normales (17 sujetos de los 57 que conforman la muestra). A este porcentaje, le sigue otro grupo que tiene sobrepeso (22,8%, 13 individuos), y solamente un 3,6% (dos sujetos) evidencian una delgadez severa en uno de los casos, y el otro, una delgadez aceptable.

Tabla 11. Distribución descriptiva de frecuencias y porcentajes de IMC

	Frecuencia	Porcentaje
Delgadez severa	1	1,8
Delgadez aceptable	1	1,8
Peso normal	17	29,8
Sobrepeso	13	22,8
Obesidad Tipo I	7	12,3
Obesidad Tipo II	7	12,3
Obesidad Tipo III	7	12,3
No responde	4	7,0
Total	57	100,0

Riesgo cardiovascular derivado de posible obesidad: En lo concerniente a esta variable, es importante destacar que aquellos sujetos que tienen un aumento de la grasa abdominal, presentan un incremento importante del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Por ello es importante mantener el peso dentro de unos límites razonables para el normal funcionamiento del corazón, los vasos sanguíneos, el metabolismo, los huesos y otros órganos de nuestro cuerpo.

De la investigación realizada se desprende que una media de 28,1% de los sujetos (lo que supone 16 de los 57 individuos que conforman la muestra) tienen una talla de pantalón 46 (equivalente a una XXL). De igual modo, un 22,8% de los sujetos (13 personas) tienen una talla de pantalón del número 48 o superior (equivalente a una XXXL).

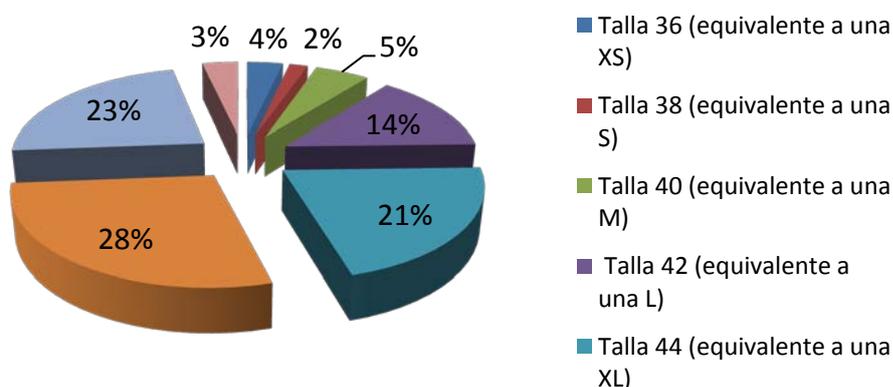


Figura 11. Distribución perímetro de cintura-riesgo cardiovascular

Esas medidas, según recoge la *American Diabetes Association*, y tal como se refleja en la Tabla 12 suponen e implican un importante riesgo cardiovascular.

Tabla 12. Perímetro de cintura-riesgo cardiovascular

Hombres	
< 95 cm.	Normal
95-102 cm.	Riesgo elevado
> 102	Riesgo muy elevado
Mujeres	
< 82	Normal
82-88 cm	Riesgo elevado
> 88 cm	Riesgo muy elevado

(Fuente: American Diabetes Association)

Tensión Arterial: La primera puntualización importante que hay que es preciso hacer es que los resultados que se muestran seguidamente son resultados secundarios (no han sido obtenidos por el investigador de primera mano, sino que son cifras referidas por los propios sujetos, y que por tanto carecen de una validación objetiva).

A la luz de los resultados se puede afirmar que en relación a la TA sistólica referida por los sujetos, esta se sitúa en un promedio de 129,40 (DT de 13,59), la TA diastólica arroja un promedio de 73,21 (con una DT de 7,68). El grupo arroja una FC promedio de 69,38 (DT de 14,24).

TA sistólica subjetiva: De los resultados se desprende que un 52,1% del grupo de sujetos que han contestado a este ítem presentan una TA alta, seguido de aquellos otros (un 47,9%) que su TA es normal.

TA diastólica subjetiva: Del mismo modo que en el caso anterior, en el caso de este tipo de TA, el 91,7% de los individuos tienen una TA normal, frente a un 8,3% que su TA es alta.

FC subjetiva: Los sujetos tienen una FC promedio de 69,38 (con una DT de 14,24).

Medidas bioquímicas: Dentro de este apartado del instrumento se contemplan los valores habituales de glucemia (o azúcar en sangre). En relación a este parámetro un 73,7% de los sujetos de la muestra (de un total de 57) que han respondido a este ítem han referido que sus niveles son normales, frente a 7% que han respondido que sus niveles son controlados con medicación.

Tabla 13. Distribución descriptiva de la variable valores habituales de glucemia

	Frecuencia	Porcentaje
Niveles normales	42	73,7
Niveles altos	2	3,5
Niveles controlados con medicación	4	7,0
No sabe/ No responde	9	15,8
Total	57	100,0

En relación a los valores habituales de triglicéridos, un 61,4% de los sujetos (35 personas) afirman tener niveles normales, seguidos de aquellos otros que manifiestan (un 3,5%) que sus niveles en relación a esta variable bioquímica están controlados con medicación (Véase Tabla 14).

Tabla 14. Distribución descriptiva de la variable valores habituales de triglicéridos

	Frecuencia	Porcentaje
Niveles normales	35	61,4
Niveles altos	8	14,0
Niveles controlados con medicación	2	3,5
No sabe	9	15,8
No respuesta	3	5,3
Total	57	100,0

Referente a los niveles de colesterol, cerca de un 46% de la muestra manifiesta subjetivamente que sus niveles son normales, frente a un 29,8% que refieren que son altos. Un 15,8% afirman tener sus niveles de colesterol controlados con medicación.

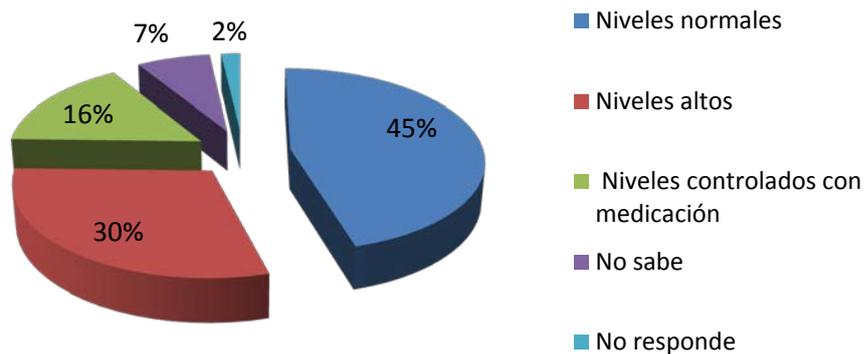


Figura 12. Distribución descriptiva de la variable valores habituales de colesterol

3.9.2 Salud psicosocial

Los datos relativos a la salud psicológica y social se han obtenido a través del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). Como se indicó en el apartado 3.6.2 (Cuestionarios) este instrumento lo conforman cuatro dimensiones. Los resultados de las mediciones pre (intervención) se analizan a continuación.

Síntomas Somáticos: Un 82,5% de los participantes han referido no manifestar sintomatología de naturaleza somática (47 sujetos de los 57), frente a un 15,8% que han referido manifestar este tipo de sintomatología clínica.

Tabla 15. Distribución descriptiva pre-intervención de los Síntomas Somáticos

	Frecuencia	Porcentaje
No clínico	47	82,5
Clínico	9	15,8
No responde	1	1,8
Total	57	100,0

Ansiedad- Insomnio: En esta dimensión cabe señalar que un 57,9% de los sujetos han referido manifestar síntomas no clínicos, frente a un 40,4% que sí están dentro del grupo de participantes que han manifestado sintomatología de ansiedad-insomnio.

Tabla 16. Distribución descriptiva pre intervención de los Síntomas Ansiedad- Insomnio

	Frecuencia	Porcentaje
No clínico	33	57,9
Clínico	23	40,4
No responde	1	1,8
Total	57	100,0

Disfunción Social: En relación a esta dimensión del instrumento destaca que casi la totalidad de los participantes, el 94,7% refieren no manifestar ningún síntoma de disfunción social. Este porcentaje es entendible si tenemos en cuenta que el citado grupo ha participado en el TR y probablemente también participe activamente en otras actividades. En el polo opuesto se sitúa un 1,8% de los sujetos que sí manifiesta sintomatología de disfunción social.

Tabla 17. Distribución descriptiva pre intervención de la Disfunción Social

	Frecuencia	Porcentaje
No clínico	54	94,7
Clínico	1	1,8
No responde	2	3,5
Total	57	100,0

Depresión: Tal y como se desprende de los resultados, un 84,2% de los sujetos de la muestra no presentan síntomas compatibles con un cuadro depresivo. Un 10,5% de los participantes han manifestado síntomas compatibles con un proceso depresivo.

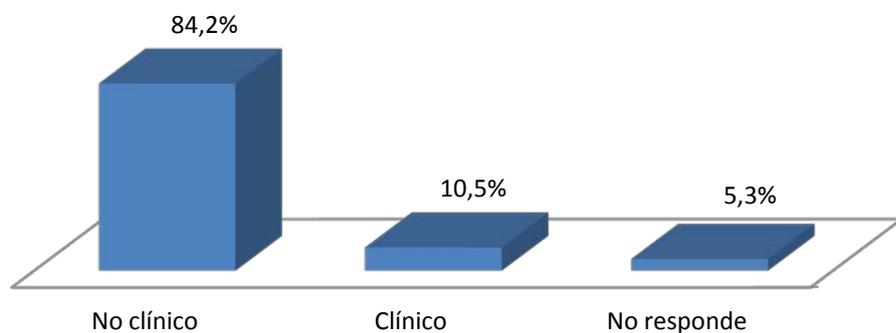


Figura 13. Distribución descriptiva de la variable depresión pre-intervención

Se describen seguidamente los resultados post- intervención relativos a la Salud Psicosocial:

Síntomas Somáticos:

Tabla 18. Distribución descriptiva post-intervención de los Síntomas Somáticos

	Frecuencia	Porcentaje
No clínico	42	73,7
Clínico	6	10,5
No responde	9	15,8
Total	57	100,0

En la Tabla 18 se muestra como un 73,7% de los sujetos no presentan sintomatología clínica, frente al 10,5% de los individuos que sí manifiestan síntomas somáticos.

Ansiedad- Insomnio:

Tabla 19. Distribución descriptiva post intervención de los Síntomas Ansiedad- Insomnio

	Frecuencia	Porcentaje
No clínico	31	54,4
Clínico	17	29,8
No responde	9	15,8
Total	57	100,0

En la Tabla 19 se refleja que la mayor parte de la muestra (un 54,4%) no presenta síntomas clínicos de la dimensión evaluada, y que cerca de un 30% sí presentan síntomas compatibles con ansiedad- insomnio.

Tabla 20. Distribución descriptiva post- intervención de la Disfunción Social

	Frecuencia	Porcentaje
No clínico	48	84,2
No respuesta	9	15,8
Total	57	100,0

En la Tabla 20 se refleja como el 84,2% de la muestra no presenta síntomas clínicos de disfunción social.

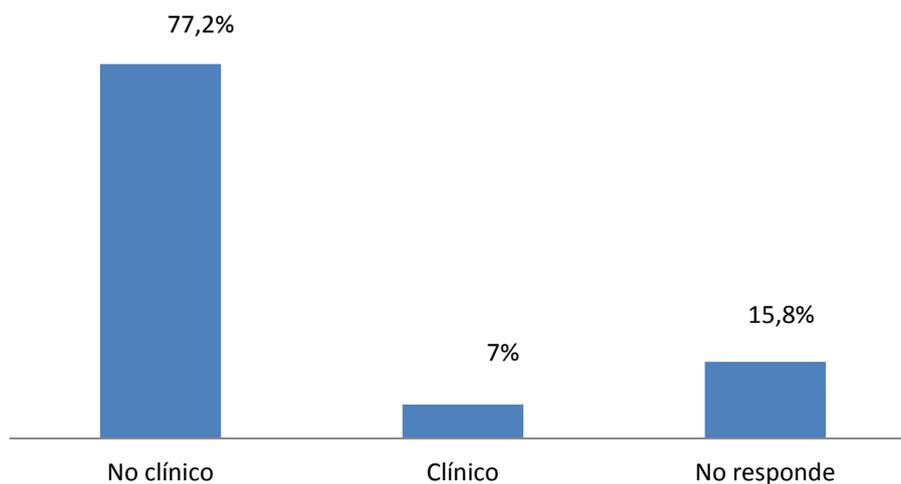


Figura 14. Distribución descriptiva de la variable depresión post-intervención

En la Figura 14 se refleja que un 77,2% de la muestra presenta síntomas no clínicos, y sólo un 7% manifiesta sintomatología clínica compatible con depresión.

3.9.1 Cambios pre - post intervención en salud psicosocial

Tal y como se observa en la Tabla 21, los resultados para cada una de las cuatro dimensiones por pares, evidencian que existen diferencias, pero que éstas no son significativas.

Tabla 21. Cambios pre-post en ajuste psicosocial (prueba T de Student para muestras relacionadas)

		Media	N	Desviación típ.	<i>T</i>	<i>p</i>
Par 1	síntomas somáticos	3,09	47	2,15	0,56	0,58
	síntomas somáticos post	2,94	47	1,95		
Par 2	Ansiedad Insomnio	4,32	47	2,37	0,58	0,56
	Ansiedad Insomnio post	4,13	47	2,18		
Par 3	Disfunción Social	1,24	46	0,95	1,02	0,31
	Disfunción Social post	1,09	46	0,51		
Par 4	Depresión	1,64	45	2,08	0,71	0,48
	Depresión post	1,47	45	2,14		

No obstante, es importante tener en cuenta que la ausencia de significación viene también condicionada por el hecho de que en general la muestra no presenta sintomatología clínica. Sin embargo, si nos centramos en los cambios pre-post en cuanto al porcentaje de casos clínicos hallados en las diferentes dimensiones, podemos apreciar cómo (véase Figura 15) existe una clara disminución en el porcentaje de casos en todas las dimensiones.

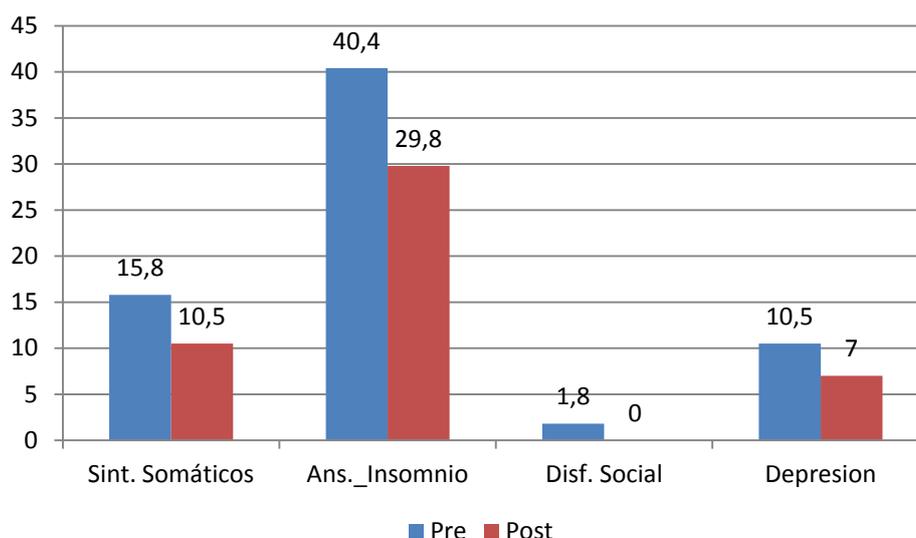


Figura 15. Cambios pre-post en salud psicosocial

3.9.3 Resultados post-test en salud física: Tensión arterial y Frecuencia cardiaca

En la Tabla 22 se muestran las tensiones sistólicas de los participantes en el estudio. Es preciso explicar las referencias que aparecen en las Tablas 22, 23 y 24. La "S" hace alusión a la TA sistólica; y la "D", a la diastólica, la "FC" tiene que ver con la frecuencia cardíaca. La "A" tiene que ver con la medición pre- intervención (previa, por tanto, a la aplicación de la sesión del TR, y el "1" al número de la sesión (tres en total). Del mismo modo, la "B" hace alusión a la medición post- intervención, y los números "2" y "3" a las siguientes sesiones.

Tabla 22. Estadísticos descriptivos de la TA sistólica por sesiones.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
S A1	56	100	196	145,98	21,79
S B1	54	115	220	151,65	25,21
S A2	47	100	190	140,21	21,03
S B2	47	100	200	141,87	24,69
S A3	49	100	196	135,24	18,55
S B3	49	102	210	140,16	23,92

Tabla 23. Estadísticos descriptivos de la TA diastólica por sesiones.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
D A1	56	59	103	81,71	11,002
D B1	54	67	109	84,80	9,250
D A2	47	62	99	81,23	9,109
D B2	47	54	100	80,28	10,591
D A3	49	63	97	77,39	7,354
D B3	49	60	98	79,41	9,190

Tabla 24. Estadísticos descriptivos de la Frecuencia Cardíaca por sesiones.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
FC A1	56	51	96	71,84	10,896
FC B1	54	50	86	68,07	9,838
FC A2	47	54	107	77,30	11,953
FC B2	47	52	91	69,96	9,939
FC A3	49	52	93	73,16	9,700
FC B3	49	53	97	70,47	9,721

Se ha utilizado un análisis de varianza con medidas repetidas con el fin de determinar si existen diferencias significativas en las puntuaciones en la TA diastólica, sistólica y en la FC, en los distintos momentos evaluados.

Como se ha mostrado previamente, contamos por tanto con tres medidas previas de los valores sistólicos (SA1, SA2 y SA3), de los diastólicos (DA1, DA2 y DA3), y de la frecuencia cardíaca (FCA1, FCA2, FCA3), y con tres medidas post de los valores sistólicos (SB1, SB2 y SB3), de los diastólicos (DB1, DB2 y DB3), y de la frecuencia cardíaca (FCB1, FCB2, FCB3). Para realizar el correspondiente análisis conforme a lo anteriormente indicado se han empleado Anovas de un factor (i. e. momento de la evaluación) con medidas repetidas.

Tensión Arterial sistólica Pre- intervención: En primer lugar y por lo que se refiere a la tensión sistólica antes de la intervención, los análisis indicaron la existencia de cambios significativos (Lambda de Wilks=0,774, F(2, 39)=5,690; p=0,007). El análisis de las puntuaciones promedio antes de las intervenciones (véase Tabla 25) y las posteriores comparaciones por pares pusieron de manifiesto que las puntuaciones en el tercer momento (SA3) eran significativamente diferentes a las obtenidas en el primer y

segundo momento (SA1 y SA2). Es decir, la TA sistólica en la tercera medición previa a las sesiones se ha reducido notablemente.

Tabla 25. Estadísticos descriptivos de TA sistólicas. Momento Pre- intervención

	Media	Desv. típ.	N
S A1	146,24	20,848	41
S A2	141,49	21,401	41
S A3	136	19,132	41

Tensión Arterial diastólica Pre- intervención: El mismo procedimiento se ha seguido con la TA diastólica previa a las sesiones. Los estadísticos de contraste indican que existen diferencias significativas en las puntuaciones promedio diastólicas previas a las sesiones (Lambda de Wilks=0,774, $F(2, 39)=5,687$; $p=0,007$). En la Tabla 26 se muestran los estadísticos descriptivos. Las comparaciones por pares pusieron de manifiesto que las puntuaciones en el tercer momento (DA3) eran significativamente diferentes a las obtenidas en el primer y segundo momento (DA1 y DA2). Dicho de otro modo, la TA diastólica en la tercera medición previa a las sesiones se ha reducido de forma significativa.

Tabla 26. Estadísticos descriptivos de TA diastólicas. Momento Pre- intervención

	Media	Desv. típ.	N
D A1	82,39	11,386	41
D A2	81,63	9,265	41
D A3	77,54	7,359	41

Tensión Arterial Sistólicas Post- intervención: Los estadísticos de contraste indican que existen diferencias significativas en las puntuaciones promedio sistólicas posteriores a las sesiones (Lambda de Wilks=0,787, $F(2, 38)=5,149$; $p=0,011$). En la Tabla 27 se reflejan los estadísticos descriptivos. Las comparaciones por pares pusieron de relieve que las puntuaciones en el primer momento (SB1) eran significativamente distintas a las obtenidas en el segundo y tercer momento (SB2 y SB3). Con otras palabras, la TA sistólica en la primera medición posterior a las sesiones se ha reducido sustancialmente.

Tabla 27. Estadísticos descriptivos de TA sistólicas. Momento Post- intervención

	Media	Desv. típ.	N
S B1	151,73	24,712	40
S B2	143,13	25,094	40
S B3	140,85	24,636	40

Tensión Arterial Diastólicas Post- intervención: Los estadísticos de contraste indican que existen diferencias significativas en las puntuaciones promedio diastólicas posteriores a las sesiones (Lambda de Wilks=0,713, $F(2, 38)=7,658$; $p=0,002$). En la Tabla 28 se muestran los estadísticos descriptivos. Las comparaciones por pares pusieron de manifiesto que las puntuaciones en el primer momento (DB1) eran significativamente diferentes a las obtenidas en el segundo y tercer momento (DB2 y DB3). Dicho de otro modo, la TA diastólica en la primera medición posterior a las sesiones se ha reducido significativamente.

Tabla 28. Estadísticos descriptivos de TA diastólicas. Momento Post- intervención

	Media	Desv. típ.	N
D B1	84,98	9,322	40
D B2	81,83	10,275	40
D B3	79,18	9,613	40

Frecuencia Cardíaca Pre- intervención: En lo que se refiere a la FC, los estadísticos de contraste indican que existen diferencias significativas en las puntuaciones promedio previas a las sesiones (Lambda de Wilks=0,701, $F(2, 39)=8,307$; $p=0,001$). En la Tabla 29 se muestran los estadísticos descriptivos. En este caso, y a diferencia de las anteriores puntuaciones que se ajustan a una línea recta (modelo lineal), las puntuaciones se ajustan a una curva (modelo cuadrático). Las comparaciones por pares indicaron que las medidas previas de la segunda sesión (FCA2) fueron significativamente más elevadas que las obtenidas en la primera y tercera sesión (FCA1 y FCA2).

Tabla 29. Estadísticos descriptivos de FC. Momento Pre- intervención

	Media	Desv. típ.	N
FC A1	73,39	10,902	41
FC A2	78,46	11,628	41
FC A3	74,54	9,791	41

Frecuencia Cardíaca Post- intervención: El análisis de posibles cambios en la FC tras las sesiones no mostró diferencias estadísticamente significativas (Lambda de Wilks=0,895, F(2, 38)=2,233; p=0,121).

3.9.4 Satisfacción con el Taller de Risoterapia

De los resultados que se desprenden del Cuestionario de Satisfacción del TR cabe señalar que todas las puntuaciones promedio de los participantes se sitúan entre 4,30 que se corresponde con la puntuación promedio más baja y que tiene que ver con el "cumplimiento de expectativas" (DT de 0,65); y 4,70 la puntuación más alta (DT de 0,57), y que se corresponde con el ítem de la valoración por parte del grupo (un total de 20 personas) que se asocia a la "transmisión por parte del docente". En la Tabla 30 aparecen reflejados los resultados de los cinco ítems que conforman el citado Cuestionario.

Tabla 30. Ítems del Cuestionario de Satisfacción del TR con puntuaciones promedio y desviación típica

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Satisfacción general	20	3	5	4,65	,587
Repetiría	20	3	5	4,60	,598
Utilidad	20	3	5	4,55	,605
Cumplimiento expectativas	20	3	5	4,30	,657
Docente conocimientos	20	3	5	4,60	,598
Docente	20	3	5	4,70	,571

La información visual confirma mis percepciones personales sobre la satisfacción de los participantes tras la intervención. De manera cualitativa el TR promueve elementos sociales (contacto, comunicación, construcción conjunta) que los participantes asocian con mejoras significativas, aunque sean puntuales y de carácter temporal, en su sensación de bienestar. Esta situación podría indicar mejoras en los procesos de salud/enfermedad relacionados con el illness y el sickness de las PM.

Estas ideas se encuentran en concordancia con algunos testimonios de los participantes en los talleres, como es el siguiente ejemplo:

"En cuanto a la valoración de la risa..., eso lo valoro mucho y ahora más porque sé los beneficios que tiene, antes y ahora [la risa] me salía espontánea, pero como sé que tiene beneficios, no me cohíbo de reírme. Yo no sé lo que es una depresión, [...] Me gusta tener actividades porque así me obligo a levantarme"

"En cuanto a la valoración de la risoterapia..., La valoro mucho más ahora, lo que pasa es que ahí está el quid [...] Si, si considero que las personas que ríen, viven"

En la Figura 17 se ofrece el análisis de conglomerados de los códigos (o “nodos”, en terminología del NVivo), empleados en el análisis. Se puede apreciar cómo las motivaciones iniciales para participar en el TR se relacionan con dos ideas muy difundidas: la necesidad de tener mayor contacto social y la necesidad de tomarse un descanso de las actividades y preocupaciones cotidianas.

Estos argumentos toman sentido al compararlos con la información disponible sobre las PM en España, ya que la gran mayoría, en la actualidad son responsables del cuidado de otros miembros de su familia, especialmente si son mujeres, asumiendo a demás el rol de "cuidador" de personas más vulnerables (nietos pequeños, hijos en edad laboral en el paro, compañeros enfermos, etc.), lo que reduce los espacios para el disfrute de actividades de crecimiento personal y de contacto social.

Asimismo, el análisis de los códigos permite establecer la permanente necesidad de reír, referida por los entrevistados, en contextos marcados por la evocación de pasados "difíciles" (carencias afectivas o económicas), y situaciones actuales de tensión (por dificultades económicas, conflictos familiares o la vivencia de alguna

enfermedad/discapacidad). De la misma manera todos los entrevistados relacionaron la participación en los TR como una oportunidad de "aprender" y de crecimiento personal; lo que me permite inferir que al finalizar cada sesión los participantes, con pocas excepciones, estaban motivados para afrontar con una actitud positiva las situaciones que les presentaran en el futuro cercano. En el Anexo 6.9 se presentan todos los códigos (codes) y fragmentos textuales asociados.

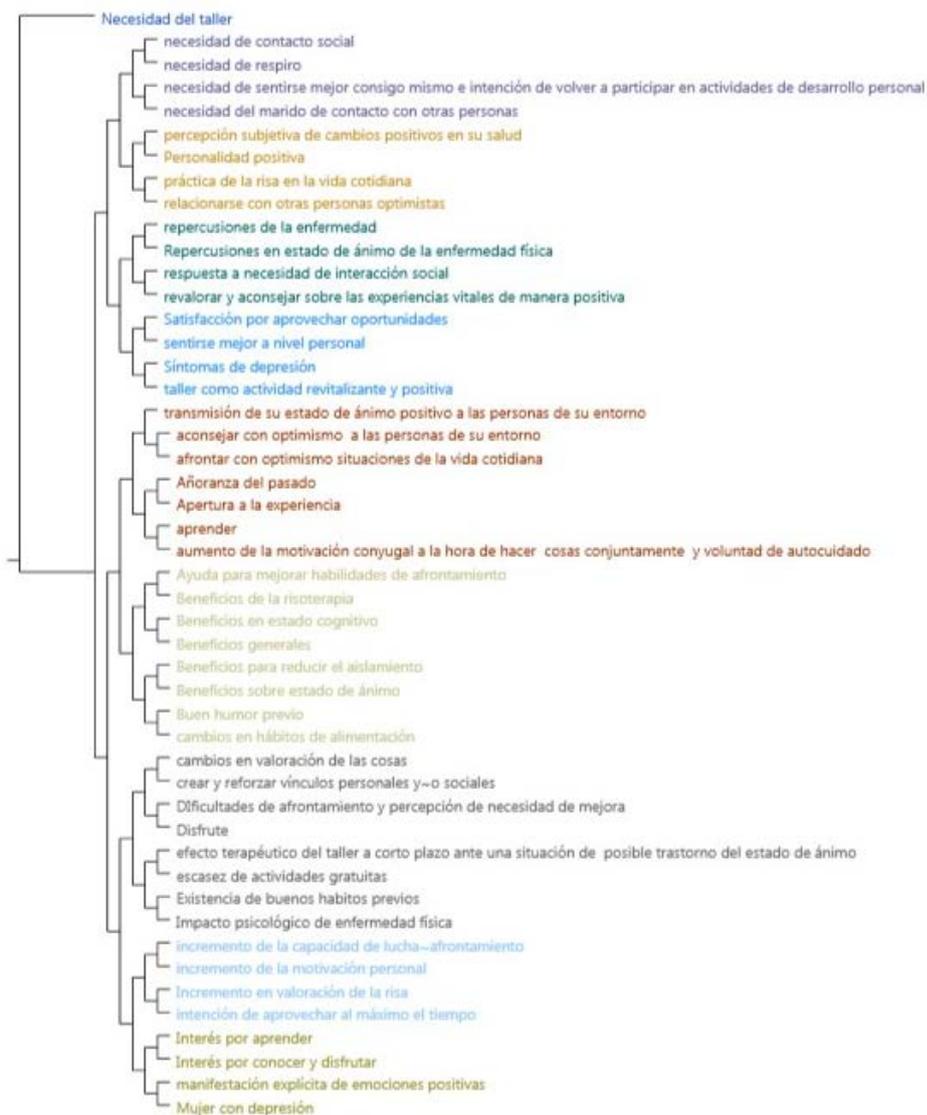


Figura 17. Nodos o códigos conglomerados por su semejanza

Los códigos clasificados relacionados a los beneficios de la risoterapia, se presentan en la Tabla 31.

Tabla 31. Códigos asociados a los beneficios de la risoterapia, e indicación de fragmentos textuales asociados

Beneficios de la risoterapia	Referencias asociadas
Aconsejar con optimismo a las personas de su entorno	1
Afrontar con optimismo situaciones de la vida cotidiana	2
Aumento de la motivación conyugal a la hora de hacer cosas conjuntamente y voluntad de auto-cuidado	1
Beneficios en estado cognitivo	3
Beneficios generales	4
Beneficios para reducir el aislamiento	3
Beneficios sobre estado de ánimo	16
Cambios en hábitos de alimentación	1
Cambios en valoración de las cosas	4
Crear y reforzar vínculos personales y/o sociales	2
Disfrute	1
Efecto terapéutico del taller a corto plazo ante una situación de posible trastorno del estado de ánimo	1
Incremento de la capacidad de lucha/afrontamiento	1
Incremento de la motivación personal	4
Incremento en valoración de la risa	1
Intención de aprovechar al máximo el tiempo	1
Manifestación explícita de emociones positivas	2
Percepción subjetiva de cambios positivos en su salud	1
Práctica de la risa en la vida cotidiana	2
Satisfacción por aprovechar oportunidades	1
Sentirse mejor a nivel personal	2
Taller como actividad revitalizante y positiva	1
Transmisión de su estado de ánimo positivo a las personas de su entorno	2

Otro grupo de manifestaciones han sido codificadas dentro del apartado más amplio denominado “Necesidad del Taller”. Esto es, para un grupo de personas, el taller ha servido para satisfacer o dar respuesta a diferentes necesidades personales, psicológicas o incluso sociales (véase Tabla 31).

Tabla 32. Códigos asociados a la necesidad del taller, e indicación de fragmentos textuales asociados

Necesidad del taller	Referencias asociadas
Añoranza del pasado	1
Ayuda para mejorar habilidades de afrontamiento	1
Dificultades de afrontamiento y percepción de necesidad de mejora	1
Escasez de actividades gratuitas	1
Impacto psicológico de enfermedad física	1
Mujer con depresión	1
Necesidad de contacto social	5
Necesidad de respiro	1
Necesidad de sentirse mejor consigo mismo e intención de volver a	1

participar en actividades de desarrollo personal	
Necesidad del marido de contacto con otras personas	1
Relacionarse con otras personas optimistas	1
Repercusiones de la enfermedad	1
Repercusiones en estado de ánimo de la enfermedad física	3
Respuesta a necesidad de interacción social	1
Revalorar y aconsejar sobre las experiencias vitales de manera positiva	1
Síntomas de depresión	1

Por otro lado, algunos participantes muestran lo que podría denominarse como una “personalidad positiva”. Para estas personas, la ausencia de cambios tras la realización del taller se debe a que partían de buenas condiciones en cuanto a sus hábitos de salud, estado psicológico o social (véase Tabla 33).

Tabla 33. Códigos asociados a la personalidad positiva, e indicación de fragmentos textuales asociados

Personalidad positiva	Referencias asociadas
Apertura a la experiencia	2
Aprender	3
Buen humor previo	2
Existencia de buenos hábitos previos	2
Interés por aprender	2
Interés por conocer y disfrutar	1

En términos generales, y ante la pregunta de cómo valoran el taller, en la Tabla 34 se indican los principales aspectos valorados y que han sido codificados.

Tabla 34. Códigos asociados a la valoración de la satisfacción con el taller, e indicación de fragmentos textuales asociados

Valoración del taller y de su satisfacción	Referencias asociadas
Satisfacción personal por el nivel de identificación del monitor con el grupo	1
Satisfacción personal por los juegos de contacto entre el grupo	2
Satisfacción por relaciones sociales	2
Valoración de la risa y el buen humor	1
Valoración positiva del monitor	1
Valoración positiva del registro de la tensión arterial	1

En la Figura 17 se muestran las familias de códigos con sus correspondientes relaciones, extraídas del análisis de las entrevistas antropológicas a través de este

instrumento. Si bien algunos aspectos ya se han mencionado anteriormente, como introducción al análisis cualitativo, los resultados más destacables se describen a continuación.

Uno de los aspectos significativos es la "ausencia de cambios en los hábitos" de los participantes. Los protagonistas de la experiencia han manifestado que continúan con los mismos hábitos que antes de participar en el TR. Un ejemplo de lo anterior se ve reflejado en el testimonio de una de las personas entrevistadas: *"en cuanto a si he modificado algún hábito... No, no. Yo el hábito que tenía aquí más o menos lo sabía, más o menos yo llevo unas reglas y esas reglas siempre las he cumplido"*.

Otro aspecto importante tiene que ver con la afirmación de que los sujetos entrevistados sí reconocen beneficios en su estado de ánimo. Estos beneficios no solamente los experimentan y manifiestan durante la intervención, sino también después. Como se ha mencionado en el apartado 3.6.2 (Cuestionarios), el cuestionario de satisfacción telefónico se realizó tres semanas tras la conclusión del TR con los resultados favorables a los que se ha hecho referencia. Cabe recordar sobre este particular que la última entrevista antropológica en profundidad se realizó a mediados del mes de mayo a un varón que cuidaba de su mujer dependiente. Si bien la risa y el humor no curan por sí mismos, sí podemos afirmar que tienen que ver con la capacidad de luchar del individuo, *"(...) que pienso digo "coño", ¿cómo no vas a valer?, que a lo mejor vas a llegar allí y no lo vas a... pero en principio aunque cueste lo que cueste, he visto que hay que tirar "pa lante" (...)"*.

Un punto importante dentro del presente análisis lo constituye que varios de los participantes ya tenían una experiencia previa sobre risoterapia. Todos ellos ya tenían una experiencia positiva anterior a su participación sobre estos contenidos. Otro punto que ha llevado a las personas entrevistadas a inscribirse en el TR según refieren es por aprender, hacer una actividad más y pasarlo bien: *"(...) y también es una actividad más. Pues que se pasaba muy bien también, te ríes mucho, siempre aprendes cosas buenas"*. En otros casos han manifestado su curiosidad por conocer en qué consistía la actividad: *"me inscribí en el curso porque... porque quería conocer cómo era eso y pasar un rato bueno..."*.

En otros casos los sujetos entrevistados hacen alusión a una enfermedad, normalmente de etiología orgánica, que describen, pero que tiene sin duda alguna una repercusión psicológica negativa, en algunos casos refiriendo por su parte un ánimo muy decaído. Algún participante ya mostraba en el momento de la entrevista antropológica buenos hábitos previos, además de un estilo de pensamiento y de conducta positivo.

Otro efecto positivo que han manifestado las personas entrevistadas se deriva de su participación no sólo en el TR, sino de su implicación en los juegos y dinámicas grupales. Estas dinámicas contribuyen a facilitar y a reforzar los lazos afectivos con otros individuos del grupo. Además el sentimiento de pertenencia a un grupo le otorga al sujeto una identidad propia desde el momento que comparte con ese grupo distintos aspectos en común: "*Lo que más me ha gustado son los... vamos a decir los juegos o ejercicios que se hacían entre hombres y mujeres, o hombres con hombres, que estabas como si fueras pues uno mismo, y entonces pues bueno, te encontrabas a gusto, no tenías ni las mujeres porque tocaras un brazo o porque no le, no lo hacían porque en realidad, sí, sí, sí, era, lo hacías, dentro de un juego, dentro de un juego, y sin ninguna mala intención, y sin ninguna mala intención ni nada, pero te agradaba porque veías en ellas o en ellos que, que, que sonreían, entonces si te sonreían es que estaban a gusto, y eso es lo que...*".

En este sentido, nos permitimos recordar una idea expresada por la antropología del humor, que amplía el marco de interpretación de testimonio: "*los umbrales de tolerancia de la relajación y el control del cuerpo se establecen socialmente*" (en Jáuregui, 2008, p. 52). Así. la interacción con los demás (especialmente entre hombres y mujeres) se da desligada de las "buenas maneras" que rigen la interacción pública de las PM en nuestra sociedad.

Lo anterior, facilita además el sentirse identificado con el grupo e, incrementa su sentimiento de autoestima y le hace sentir partícipe del mismo. Un ejemplo derivado de un testimonio de una de las personas entrevistadas es el que se cita a continuación: "*Lo que más me ha gustado son los... Pues el compañerismo tan bueno que había, y el rato tan bueno que pasábamos todas, eh, porque todas lo pasamos muy divertido...*".

Relacionado con el punto anterior destaca la necesidad explícita de alguna de las personas entrevistadas de contacto social, *"el taller me ha servido para porque he tratado con más gente, tienes trato con más personas, es bueno conocer a personas nuevas"*. Otro participante vuelve a reforzar su necesidad de contacto social a través de su participación en diversas actividades: *"... actividades para acá, para allá, el banco del tiempo, no sé si lo conoces bien, sí, sí, ahí estoy también muy metido y bueno pues... ahí encuentro bastante satisfacción en el momento que alguien que por lo menos que valora o... y no es por orgullo ni personal ni mucho menos, de qué bien lo haces o que sabes hacer esta cosa. No, sencillamente es por compartir, colaborar, y al mismo tiempo creo que eso puede alimentarme un poquitín más para... para sentirme mejor (...)"*.

Del análisis de esta herramienta también se desprende que las PM han referido en algún momento tener necesidad de un respiro, así como las dificultades económicas que experimentan algunos. Un ejemplo de este punto anterior lo constituye una parte del testimonio de uno de los sujetos entrevistados: *"Estamos acostumbrados a que nos han dado lo que, vamos, a lo mejor lo que nos merecíamos, circunstancias, ahora todo hay que pagarlo, y entonces esto como era gratis y luego... que a mí me gusta"*. Algunos mayores son cuidadores de sus parejas o de otros miembros mayores de sus familias, y esta situación conlleva una serie de consecuencias en sus vidas como mantener el peso y la responsabilidad que se deriva de una relación de ayuda sobre todo, cuando la persona que recibe los cuidados es dependiente.

En otra dimensión del análisis, la que tiene que ver con lo emotivo y cognitivo, según manifiestan los sujetos entrevistados, el TR les ha servido para afrontar con optimismo situaciones de la vida cotidiana: *"ver de otra manera la vida... (...), a mí me ha parecido útil, muy útil para ver las cosas de otra manera"*. Otro de los sujetos entrevistados refiere *"El taller me ha servido para... Pues eso te ayuda a llevar cada día mejor la vida cotidiana y, y tener otro humor y no estar enfadada, como muchas veces hacemos,... o sea que me parece positivo para mantener un estado de ánimo favorable, bastante positivo, sí", "pues a mí me parece que también nos ha venido muy bien", "me ha servido para valorara un poquito más las cosas en general... (...)"*.

También afirman sentirse mejor a nivel personal *"respecto a sí me he sentido mejor tras participar en el taller, si también, también, pues como venir aquí, estar juntos todos, como, pues sí, para hacer... (...)"*. Otro punto común a varias de las personas entrevistadas tiene que ver con no sólo transmitir su estado de ánimo (que reconocen derivado de su participación en el TR), sino con aconsejar de un modo optimista a las personas de su entorno *"a los que tengo a mi alrededor darles más estima", "... y para dar más autoestima a los... a los que yo tengo a mi alrededor"*.

Son patentes los beneficios sobre el estado de ánimo: *"y me ha hecho bastante bien a pesar de que yo tenía un poco baja la moral, no deja de haber estado uno en esas condiciones y esto para mí ha sido pues... (...)", "(...), hombre está, está mejor porque la situación mía, estaba muy bajo, muy bajo de moral (...)"*. Varios coinciden en que afrontan la vida con mayor optimismo, a llevar cada día mejor la vida cotidiana, y que se sienten mejor, afirmando incluso que repetirían de nuevo. El efecto inmediato de las sesiones pasa porque dicen encontrarse más animados, además de que genera cambios en los patrones de pensamiento y en la forma de ver la vida. En algún caso han manifestado estar mucho más alegres.

En lo que se refiere a lo cognitivo, los sujetos entrevistados también confirman los beneficios del TR en esa dimensión, *"beneficio es beneficio para todo en general, sobre todo ya te digo para la mente,..."*.

Otro aspecto que merece una especial atención tiene que ver con la motivación. A este respecto cabe señalar que en varias ocasiones durante las entrevistas antropológicas los informantes ponen de relieve el tema de la motivación *"(...) entonces me sirve para motivarme también (...)"*. El incremento de la motivación trae consigo que los sujetos entrevistados manifiesten explícitamente que tienen ganas de hacer otras cosas, participar en otras actividades. Uno de los participantes lo expresa de un modo metafórico: *"Bueno, puesto esto ha sido como, como dar cuerda a un muñeco, he empezado a moverle... (...)"*. Otra de las personas entrevistadas hace alusión a su mujer, también participante en el TR, y afirma *"está mejor ella... más motivada, más motivada en todo, sí, sí, sí. Además yo creo que le ha venido perfecto"*.

Son evidentes a la luz de los resultados obtenidos la opinión que a los sujetos les merece la risoterapia: *"(...) y he visto que, que es maravillosa porque nos une mucho a*

los mayores, porque coges unas amistades y una, un, un querer a la gente que no las tenías, y una confianza, porque esos juegos hacen que nos queramos y los que estamos necesitados los mayores es de cariño, unión, que es lo que nos queda (...)".

Según manifiestan el TR también les ha sido útil para aprovechar más el día a día: *"quiero decir... que quiero aprovechar más lo que vivo cada día... exactamente, sí, ajá, o sea que el taller ha servido entre otras cosas para eso, para saber aprovechar aún más los momentos de cada día..."*, y para valorar más, en general, las cosas que la vida les ofrece *"(...) lo que pasa que tengo prisa para aprovechar que no se me escape ni... lo mínimo posible de un día"*. En relación con este aspecto destaca que los participantes entrevistados manifiestan haber cambiado su percepción de la vida y de las cosas en general: *"Pues sí porque, lo valoro mej... más porque piensas un poco en todas las cosas que hay en la vida malas, y a ti te hacen ver que no merece la pena estar enfadada, que hay que reírse uno, aunque sea de sí misma"*.

Por último indicar que también existe acuerdo en que a los participantes entrevistados les hubiera gustado que el TR hubiera durado más, aunque si puntualizan que en sesiones más cortas.

4 CONCLUSIONES

En relación a la diversa información recogida en el trabajo de campo con los distintos instrumentos, voy a estructurar el apartado de conclusiones en tres bloques o áreas (Disease, Illness y Sickness), en virtud de las dimensiones que recogen cada uno de los citados instrumentos.

4.1 Dimensión Disease

Esta dimensión de la enfermedad afecta al organismo y a su funcionamiento. Tiene que ver con el abordaje psico-orgánico de la enfermedad. En el estudio, como se ha mencionado con anterioridad, se han empleado tres instrumentos que se pueden catalogar en esta dimensión por su naturaleza y por el carácter de la información que recogen.

Se ha podido observar a través del Stepwise Abreviado, -Actividad Física y Salud- que nos aporta una visión global de los hábitos de salud (consumo, alimentación, actividad física, e índices físicos y bioquímicos) de los participantes.

De modo general se puede concluir en lo que tiene que ver con los hábitos de consumo, que la población estudiada no es fumadora, y los pocos sujetos que fumaban lo dejaron de fumar hace más de 10 años. Algo semejante ocurre con el caso del consumo de alcohol. La PM no beben en general, y cuando lo hacen es en pequeñas cantidades y con una importante dispersión en el tiempo.

En lo relativo a los hábitos de alimentación, las conclusiones que se derivan del estudio resultan bastantes interesantes. Se observa que toda la población estudiada refiere consumir frutas y verduras, en este último caso el consumo es ligeramente menos que el de la fruta, consumida de forma diaria.

Tres cuartas partes de los sujetos han manifestado llevar una dieta equilibrada, en contraste con una cuarta parte de los participantes que califican su dieta en exceso. Lógicamente de estos hábitos alimenticios se derivan, unas consecuencias, que se deben tener en cuenta, no sólo por las repercusiones a nivel de salud que tiene en cada uno de

los individuos, sino también por otros aspectos relativos a consumo de recursos socio-asistenciales y médicos, planificación sanitaria, sin olvidar la calidad de vida.

No resulta tan llamativo que la gran mayoría de los individuos no realizan una actividad física intensa, pero sí moderada. Entre los hábitos de vida saludable que guardan relación con esta dimensión, cabe destacar que la mayoría dedican más de media hora diaria a caminar. En el polo opuesto se sitúa la actividad sedentaria, las PM de nuestro estudio manifiestan practicar esta conducta durante algo más de seis horas diarias. Esta conducta puede resultar contradictoria si tenemos en cuenta que uno de los estereotipos que rodean a la población gerontológica es del sedentarismo. En este caso, cabe recordar que se trata de población mayor que vive en sus domicilios en un ámbito urbano, que interaccionan con un nivel de desempeño funcional muy elevado y con unos niveles de dependencia muy bajos.

En relación a las medidas físicas y bioquímicas que se contemplan dentro de esta dimensión (Disease) es preciso señalar que algo menos de la mitad de los participantes presentan HTA, y han adoptado medidas para tratar esa circunstancia a través de la medicación, la reducción del consumo de sal y de la pérdida de peso corporal. El reducido grupo de mayores que han manifestado sufrir hiperglucemia, también han tomado otra serie de medidas para dar respuesta a este problema, soluciones idénticas a las anteriores, excepto el consumo de medicación. Es llamativo que ninguno de los sujetos de este grupo en el momento de la valoración tenía pautada insulina.

Otra variable importante y que tiene que ver directamente con los parámetros anteriores, es el IMC (Índice de Masa Corporal). Cabe destacar que algo menos de la mitad de las personas que han participado en el estudio están dentro de los parámetros de la obesidad. El riesgo aumenta en aquellos sujetos, algo más de la mitad, que tienen el perímetro abdominal con riesgo cardiovascular (según los parámetros establecidos por la American Diabetes Association). Ambos índices suponen un serio riesgo para las PM que los experimentan, aunque no debemos olvidar que parte del tratamiento para dar respuesta a esas circunstancias pasa por modificar algunos hábitos de vida (prevención primaria).

Estos indicadores anteriores también aportan información relevante en relación a orientar la intervención profesional, en el sentido de planificar talleres encaminados a

reducir, paliar y/o minimizar las consecuencias que se derivan de la práctica de unos malos hábitos que entrañan un serio riesgo para la salud de los mayores.

Se puede afirmar que en relación a la TA manifestada por los participantes en el estudio, las puntuaciones no son muy fiables conforme a la información recogida en el campo. Muchas PM desconocían su TA (y aún más su FC), y otros no estaban seguros que la que reflejaban fuese la verdadera. Por este motivo, desde un punto de vista metodológico, se sugiere tener en cuenta las tomas y registros de las TA y FC medidas con los tensiómetros, que evidencian objetivamente los referidos parámetros fisiológicos.

Sobre los índices bioquímicos manifestados por los sujetos: hiperglucemia, triglicéridos y colesterol, tres cuartas partes de las personas estudiadas manifestaron que sus niveles sobre el primer parámetro eran normales; más de la mitad respondieron tener niveles también normales de triglicéridos, y cerca de la mitad de los participantes reflejaron niveles en la misma línea. A efectos de detectar la población que pueda manifestar índices bioquímicos que impliquen un riesgo en su salud, sería adecuado no tener en cuenta los que afirman tener niveles normales, sino aquellos otros que están fuera de ese grupo.

Según lo anterior se puede afirmar que si bien existe un grupo de PM que a priori, goza de buena salud (si atendemos exclusivamente a los resultados manifestados en el instrumento de referencia), contamos con otro grupo que sí sería objeto de una intervención. En el primer caso se podría llevar a cabo mediante un programa de promoción de la salud en general a nivel de prevención primaria, y en el segundo caso, mediante la implementación de otro programa con un abordaje que se centre en las variables de riesgo que ha manifestado este grupo.

Desde el ámbito de la risoterapia, en consonancia con lo anterior y una vez conocidos los resultados específicos del Stepwise, se puede barajar una intervención a más largo plazo, con mayor número de sesiones. Esta planificación se sustenta en todos los beneficios que tiene un taller de esta naturaleza tanto a nivel físico como psicológico, y más concretamente en la reducción de la tensión arterial (que como se ha comprobado en este estudio se ha reducido significativamente), el mantenimiento y mejora del tono vital de los participantes, y sobre todo, el incremento de la motivación

(resultado favorable confirmado a través de las entrevistas antropológicas), que favorecen actitudes favorables en relación a la salud, y por tanto la mejora de la calidad de vida de las PM.

4.1.1 Salud Psicosocial

Aunque a nivel general no se recogen resultados preocupantes, sí existen algunos sujetos que presentan sintomatología clínica que merecería una valoración más profunda para instaurar una posible intervención. Como cualquier problema clínicamente relevante, estos afectan a un porcentaje reducido de población, no obstante, los elevados casos de ansiedad-insomnio y de depresión concuerdan con numerosa literatura relativa al ajuste psicosocial de personas mayores.

En este sentido se puede concluir que se han producido mejoras en la población estudiada tras la intervención derivada de la implementación del TR. Si bien al analizar el grupo completo los resultados no son significativos, es importante señalar las significativas reducciones de casos clínicos que afectan a todas las dimensiones. De especial relevancia es el hecho de que la ansiedad-insomnio que inicialmente afectaba a un 40,4% de la muestra (N=23), se vio reducida a un 29,8% (N=17). El aislamiento social se redujo a cero. La sintomatología ansiosa pasó de afectar a un 10,5% de la muestra, a hacerlo tan sólo a un 7%. Además, la sintomatología somática pasó de afectar a un 15,8% de la muestra, a hacerlo a un 10,5%.

Estos resultados son muy alentadores y si bien necesitan ser replicados con muestras más amplias, nos animan a seguir trabajando en esta línea.

4.1.2 Medidas fisiológicas de Tensión Arterial

Sobre este parámetro cabe señalar que las tensiones sistólicas Pre- intervención en la tercera sesión del TR han presentado diferencias significativas en relación a las otras dos sesiones.

Dicho con otras palabras, la tensión sistólica ha mejorado en la última sesión respecto a las mediciones anteriores, por tanto este tipo de TA se ha reducido.

Al igual que ha sucedido con la TA sistólica, ocurre con la TA diastólica, es decir se ha observado un descenso significativo también en este tipo de tensión en la tercera y última sesión en la que se ha efectuado la medición de este parámetro.

En lo relativo a las TA sistólicas post- intervención destaca que las tensiones en la primera sesión han reflejado diferencias significativas en relación a las dos sesiones posteriores en las que también se ha registrado esta medida. Es decir, la TA sistólica ha resultado ser menor que en sesiones segunda y tercera.

Esta misma circunstancia se ha observado con la TA diastólica, que también ha resultado ser menor que en las sesiones segunda y tercera.

Relativo a la FC Pre- intervención, se ha recogido que en la segunda sesión existen diferencias significativas en relación a la primera y a la tercera sesión respectivamente. Las mediciones efectuadas han indicado que las FC Pre experimentan un incremento en la segunda sesión.

En las mediciones Post- intervención no se aprecian diferencias significativas.

En relación a los resultados obtenidos, es importante poner de relieve que distintos estudios e investigaciones, evidencian que entre los beneficios a nivel circulatorio que tiene el TR en relación con la tensión arterial está el incremento del retorno venoso e incremento leve de la presión arterial sistémica durante el episodio de risa, seguido de una disminución sostenida después de éste (Sánchez, Gutiérrez, Santacruz, Romero, Ospina, 2009, 106).

En nuestro estudio sí podemos concluir que los resultados obtenidos en la TA se reducen, y que este decremento se produce tanto en las sesiones Pre como Post intervención. En la Pre la reducción de la TA se produce en la tercera sesión; y en la Post en la primera sesión. En el primer caso (reducción de la TA en la 3ª sesión), esto puede ser debido a que el efecto acumulativo de las sesiones anteriores se vea reflejado en ese momento. Esta afirmación se plantea sólo como una hipótesis, dado que sería preciso investigar con mayor profundidad, aunque los datos arrojan esos resultados. En el segundo caso (reducción de la TA en el momento post de la primera sesión). De forma hipotética este resultado podría ser achacarse a la novedad de la actividad, que se traduce en un aumento del efecto del TR.

Nuestros resultados coinciden con los hallazgos encontrados en la literatura que apuntan a que la TA disminuye tras la sesión, pero en nuestro caso esta circunstancia se produce de manera más acusada en la primera sesión. Por otro lado y respecto a la FC, el incremento de la misma en la segunda sesión no coincide con los hallazgos en la literatura al respecto. De nuevo, una muestra más amplia y un mayor control de las

variables que puedan estar afectando a los resultados (p.e. expectativas, emociones positivas o excitación asociada a la realización del taller) a través de una indagación sobre sentimientos, pensamientos y emociones asociadas, puede arrojar luz al respecto.

4.2 Dimensión Illness

Hablar de Illness es hablar de la dimensión social de la enfermedad. En el caso que nos ocupa, esta dimensión viene dada por la lectura personal que hacen los propios protagonistas de la experiencia. Los sujetos narran su vivencia (a partir de los signos que experimenta). Es un relato en primera persona que interpreta y es interpretado.

El aspecto más relevante que cabe destacar de esta dimensión, recogida a través de las entrevistas antropológicas, en las que desde un punto de vista emic, se reflejan qué es lo que han sentido y experimentado desde la primera persona sobre el TR.

Se puede afirmar que según los sujetos entrevistados, sí ha mejorado su motivación, al mismo tiempo que han mostrado una mejoría en su estado de ánimo. También es importante señalar que se ha incrementado su autoestima y nivel de optimismo, y que han valorado muy positivamente el aspecto de relación social con otras PM, derivada de su participación en el TR.

Los resultados obtenidos desde la dimensión Illness de los sujetos entrevistados están en consonancia con el objetivo general del estudio. Al mejorar su motivación, indirectamente, están aumentando las ganas de participar en otras actividades y de hacer cosas, al mismo tiempo, se mejora su autoestima y se produce una mejora a nivel global en su salud mental (y se puede sospechar que también a nivel fisiológico), todo lo cual redundará en su conjunto en una mejora sustancial en su calidad de vida.

En este sentido, Havighurst (1987) sostiene que la actividad es el mejor antídoto contra el envejecimiento. Además se sabe que resulta más barato prevenir la enfermedad que curarla. Las Políticas sociales actuales apuntan hacia un envejecimiento activo. Para la OMS (2001), el envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas.

Como trabajador social, gerontólogo, monitor en Dinámica de la Risa y dinamizador además de tener una dilatada experiencia en el trabajo con personas

mayores, con grupos y con Talleres de esta naturaleza soy ante todo un facilitador de la risa.

Los conocimientos adquiridos en el Máster de Antropología me han permitido reparar de un modo más profundo y desde una dimensión holística en cada uno de los participantes del TR y en cada uno de los tres grupos de PM, cada uno, se puede afirmar con su propia identidad. El conocer la "otredad", el punto de vista de los participantes, el acercarme a los protagonistas de la experiencia, desde dentro, me ha permitido mejorar mi conocimiento sobre cada uno de los tres grupos. Cada individuo, cada sujeto es una realidad, pero también lo es cada uno de los grupo con el que interacciona y del que forma parte. En palabras del Dr. Oriol Romaní (2002) *"el principal bagaje metodológico desde el que se realizan estos análisis es la etnografía, es decir, aquel tipo de estudio cualitativo, intensivo, en profundidad, de cualquier fenómeno, lo que supone estudiar la realidad en sus términos "naturales", tal como ocurre (no experimentalmente) y desde "dentro", aproximándose lo más posible al punto de vista de sus protagonistas. Pero el empeño comparativo de la antropología exige que esta realidad etnográfica, de tipo microsocia, se contemple en el contexto de los distintos niveles cada vez más macrosociales en los que está incluida y que, en consecuencia, las realidades sociales sean contextualizadas dentro del mundo global, para comprender mejor tanto aquellas como éste (...)"* (p. 498)

4.3 Dimensión Sickness

El Sickness representa la dimensión social de la enfermedad, busca ir más allá en las vivencias del individuo, ya que se considera que éstas están condicionadas por la red social. En este contexto se ofertó, en este caso desde tres Centros de Día para Personas Mayores una actividad hasta ahora inexistente. Así, se mejoró la variedad de actividades que se ofrecen al grupo, posibilitando al mismo tiempo una transformación personal y social en el mismo. Cabe señalar que la aplicación de estos Talleres de Risoterapia, tiene dos vertientes que no se deben olvidar, la "académica", que incluye la divulgación científica, y la social. La primera, con el propósito de permitir, diseñar y consolidar un programa con contenidos del ámbito de las MAC, con beneficios a nivel bio-psico-social, y con las importantes consecuencias que de dichos beneficios se derivan. A través de la vertiente social, se podría extrapolar la experiencia y aplicar el

programa en otros ámbitos: asociaciones de mayores, medio rural, residencias para PM, etc. con lo que quedaría manifiesto el impacto de la referida dimensión.

Desde un conocimiento básico y aplicado, y con el fin de que los resultados favorables de la investigación puedan ser difundidos y compartidos con la comunidad científica en general, en el mes de mayo de 2014 se presentó en el "56 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología" (Barcelona) una comunicación en forma de póster con los resultados preliminares del estudio. Dicha presentación la consideré como un aporte desde la Antropología Aplicada a la mejora del estado de salud y de la calidad de las personas mayores en España (véase anexo 6.10).

4.4 Conclusiones finales

Según el estudio, aún con las precauciones y críticas metodológicas, es posible afirmar que la risoterapia tiene un efecto positivo en la salud (física y psicológica) de los participantes.

En relación a la dimensión fisiológica, reflejada en el primer objetivo específico del estudio a través de la medición de la TA, se puede afirmar que se ha reducido significativamente. Con esto se demuestra el efecto positivo que a nivel fisiológico se deriva del taller de risoterapia.

En lo que tiene que ver con la dimensión psicológica, aspecto referenciado en el segundo objetivo, se puede afirmar que se han obtenido mejoras sustanciales en todas las dimensiones y para un porcentaje elevado de participantes..

Acerca de la dimensión que hace alusión a la motivación, valorada a través de la entrevista antropológica, cabe señalar que según los contenidos referidos por los participantes, sí ha mejorado su motivación a participar en otras actividades y para ser más optimistas. También han manifestado experimentar mejor estado de ánimo y además transmitírselo a otras personas de su entorno.

En relación a la hipótesis planteada, sobre si "los efectos favorables y positivos de la risa, mejoran la salud de las personas mayores, incrementando sus niveles de motivación, y por tanto, mejorando su calidad de vida", se puede afirmar que sí se confirma, pero es preciso tener en cuenta todas las precauciones específicas a las que se ha hecho referencia.

No deseamos finalizar este trabajo sin aludir a una serie de aspectos susceptibles de mejora, así como a varias y propuestas de futuro. Así y en primer lugar, no se puede concluir que tras la intervención a través del TR se hayan instaurado unos hábitos de vida en la rutina de los participantes. Quizás esto pueda ser debido a que al tratarse de PM y por la rigidez de pensamientos y de patrones comportamentales que algunos manifiestan, a pesar de darles a conocer otras formas de vivir, de experimentar, de sentir que podrían enriquecerles personalmente y sin duda alguna, mejorar también sus niveles de salud (física y mental), el grupo prefiere o se decanta por seguir realizando los mismos hábitos que ya conocen y practican y con los que se sienten a gusto. Otra posible respuesta a este aspecto, podría pasar por plantearse si las sesiones llevadas a cabo son pocas como para dar por sentado que tras la aplicación del TR se van a modificar algunos hábitos que pudieran resultar nocivos, e incluso instaurar unos nuevos. También hay que tener en cuenta que algunos de los participantes manifestaron no realizar cambios por llevar a cabo ya una vida bastante sana. Estos y otros aspectos requieren ser analizados con mayor profundidad en posteriores estudios.

Otra crítica que se le puede hacer a la investigación es la gran variedad de variables que se contemplan, para evaluarlas se han empleado tanto métodos cualitativos como cuantitativos. Esto nos lleva a que podamos obtener conclusiones con una determinada significación y fiabilidad en el caso de las metodologías cuantitativas, y se pueda aprovechar la información descriptiva que se deriva de la metodología de naturaleza cualitativa.

Una tercera crítica que se plantea tiene que ver con el número de sesiones del TR. A la vista de los resultados, tanto desde un punto de vista objetivo (a través de los resultados del estudio), como subjetivo (los que se derivan de la opinión de los participantes), se considera que haber realizado un TR más largo en el tiempo y con más sesiones, hubiera obtenido un mayor efecto.

Una última crítica, de cara a obtener mayor significación y fiabilidad estadística tiene que ver con aumentar el número de sujetos de la muestra.

Como propuestas del diseño de la investigación, se podría sugerir un diseño longitudinal de medidas repetidas en el que se pudiese comprobar el efecto de la intervención a largo plazo.

Del mismo modo, otra propuesta podría consistir en realizar una comparación inter centros de todas las variables estudiadas, pero incrementando en cada uno de ellos la muestra poblacional. Esto podría utilizarse para conocer a un nivel micro las características de los parámetros de estudio, por zonas o barrios.

En lo que se refiere a los estudios e investigaciones que abordan los contenidos de este campo terapéutico, se puede afirmar que no existe mucha literatura de esta naturaleza que tenga el rigor científico que fuera deseable. Esto puede ser debido a que por una parte no resulta un tema de estudio prioritario para la comunidad científica en general, o de conocimientos básicos. Otro motivo pueden ser las dificultades metodológicas, tanto a la hora de realizar diseños con una significación y fiabilidad adecuadas, o por las características de las metodologías cualitativas.

Para finalizar, quisiéramos destacar lo que consideramos son las dos principales aportaciones del presente trabajo. Una, la necesidad de instaurar de una forma reglada y regular este tipo de Talleres en distintos ámbitos, pero sobre todo en aquellos dispositivos y/o recursos que tienen que ver con la salud. El argumento que sustenta esta afirmación se basa en que las ventajas que ofrece este tipo de MAC, son superiores en relación a las desventajas: efecto terapéutico contrastado empírica y científicamente, bajos costes en relación a los beneficios que genera a la población, buena o incluso óptima aceptación por parte de los participantes, y en suma, incremento de la calidad de vida de la población beneficiaria.

La segunda aportación que merece el estudio tiene que ver con una cuestión de prevención y promoción de la salud. Una vez demostrada la eficacia de este tipo de contenidos terapéuticos, resulta estratégico, por una cuestión de costes, de gestión de recursos y de Políticas Sociales y sanitarias, emplear esta poderosa herramienta, a mi modo de ver infravalorada e infrautilizada. El ejemplo más significativo lo representan las diversas asociaciones y entidades de esta naturaleza que visitan, a los niños hospitalizados en unidades de oncología. Se ha comprobado la mejora en su estado de salud (e indirectamente la de sus familiares), así como la reducción de costes sociales y sanitarios que implica una hospitalización.

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amparán, A., y López A. (2002). El enfoque dramático en Erving Goffman. *Polis. Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial*, 2, 34- 47
- Bennett, M. P., y Lengacher, C. (2009). Humor and laughter may influence health IV. humor and immune function. Evidence-Based. *Complementary and Alternative Medicine*, 6, 159-164.
- Bernard, M (2001). Women Ageing: old lives, new challenges. *Education d Ageing*, 16(3), 333-352.
- Blázquez, M (2008). Una etnografía en la atención sanitaria. En O, Romaní., C. Larrea., y J, Fernández (Eds). *Antropología de la Medicina. Metodologías e interdisciplinariedad: De las teorías a las prácticas académicas y profesionales*, 2, 17-30.
- Boixareu, R. M. (2008). Las dimensiones de la enfermedad: psicoorgánica (disease), subjetiva (illness), social (sickness). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona:Herder. 205-214.
- Brown, P. J., Barrett, R. L., y Padilla, M. B. (1998). Medical Anthropology: an introduction to the fields. *Understanding and applying medical anthropology*-Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company. 10-19.
- Bucay, J. (2004). *Cuentos para pensar*. Barcelona: RBA integral.
- Carbelo, B. (2004). *El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud*. Barcelona: Masson.
- Carbelo, B. (2006). Estudio del sentido del humor: validación de un instrumento para medir el sentido del humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés. Universidad de Alicante. <http://hdl.handle.net/10017/438>. Recuperado el 5 de Julio de 2014.

- Castellví, E. (2007). *El taller de la risa. Guía práctica para organizar un taller de risoterapia*. Madrid: Editorial Alba.
- Castellví, E. (2010). *Taller práctico de risoterapia. Juegos y más juegos para provocar la risa*. Madrid: Editorial Alba.
- Chang, C., Tsai, G., y Hsieh, C. J. (2013). Psychological, immunological and physiological effects of a Laughing Qigong Program (LQP) on adolescents. *Complementary therapies in medicine*, 21, 660-668.
- Consejo Económico y Social – CES. (2009). *Perspectivas del envejecimiento activo en Castilla y León*. Valladolid: Consejo Económico y Social de Castilla y León. http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1276063749988/1/_/_. Recuperado el 16 de Agosto de 2014.
- Del Valle, T. (2002). Contrastes en la Percepción de la Edad, en V, Maquieira (Comp.), *Mujeres mayores en el siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 45-58.
- Devillard, M. J. (1990). La construcción de la salud y de la enfermedad. *Reis*, 79-89.
- Feixa, C. (1996). Antropología de las edades. En: J. Prat & A. Martínez (eds) *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A. 319-335.
- Foster, G. M. (1998). Disease etiologies in non-western medical systems. en P. Brown, R. Barrett., y M, Padilla, (eds) *Understanding and applying medical anthropology*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company. 110-117.
- Fundación Española del Corazón. (2010). *La obesidad*. <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/.html> Recuperado el 7 de agosto de 2014.
- García, D. (1999). *Los efectos terapéuticos del Humor y de la Risa*. Barcelona: Sirio.

- Geertz, C. (1980). *Negara: The Theater State in Nineteenth-Century Bali*. Princeton: Princeton University Press.
- Goldstein, M. S. (2004). The persistence and resurgence of medical pluralism. *Journal of health politics, policy and law*, 29(4), 925-945.
- Havighurst, R. J. (1987). Gerontological society of America. *The Encyclopedia of Aging*. 251-252.
- IMSERSO. (2012). *Informe 2010 las personas mayores en España, Tomo 1*. Bilbao: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- IMSERSO. (2013). *Indicadores Personas Mayores 2010 Castilla y León*
http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/infppm_mcastillayleon.pdf. Recuperado 16 de julio de 2014.
- Jáuregui, E. (2008). Universalidad y variabilidad cultural de la risa y el humor. *Revista de antropología iberoamericana*, 3(1), 46-63.
- Ji, E., y Kim, O. (2014). Effect of the Laughter Therapy Combined with Cognitive Reinforcement Program for the Elderly with Mild Cognitive Impairment. *Korean Journal of Adult Nursing*, 26, 34-45.
- Juárez, G. (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas*. México D.F: Editorial Abya Yala.
- Junta de Castilla y León (S/F). *Centros de Día para personas mayores de la Gerencia de Servicios Sociales, Junta de Castilla y León*.
http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1131977375753/_/_/. Recuperado el 17 de agosto de 2014.
- Leal, N. (2000). *El método fenomenológico: principios, momentos y reducciones*. Ponencia presentada en las Jornadas de Promoción a la Investigación Científica, Humanística y Tecnológica. Caracas: UNA.

<http://revistadip.una.edu.ve/volumen1/epistemologia1/lealnestorepistemologia.pdf>. Recuperado el 5 de agosto de 2014.

López, J. (2008). Integración de las terapias complementarias en el currículo enfermero. *Nursing*, 26(3), 58-63.

NCCAM. (2008). *What is CAM*. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>. Recuperado el 15 de agosto de 2014.

Neugarten, B. 1999. *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2002) *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2014). *Método STEPwise de vigilancia*. <http://www.who.int/chp/steps/es/>. Recuperado el 17 de agosto de 2014.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (2001). *Campaña de la OMS por un envejecimiento activo*. http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf. Recuperado el 17 de agosto de 2014.

Osorio, P. (2006). *Abordaje antropológico del envejecimiento y el alargamiento de la vida*. Observatorio social envejecimiento-vejez. Universidad de Chile. www.observa.uchile.cl/12_oct_alargamiento.pdf [03/03/2012]. Recuperado el 5 de julio 2014.

Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. *Salud e interculturalidad en América latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. 17 - 42.

Phillipson, C. (1998). *Reconstructing Old Age. New Agendas in Social Theory and Practice*. London: Sage.

- Ramón y Cajal, S. (1905). *Fundamentos racionales y condiciones técnicas de la investigación biológica*. Discurso Academia de las Ciencias. <http://www.rac.es/ficheros/doc/00207.pdf> . Recuperado el 7 de agosto de 2014.
- Retolaza, A., Balsategui, A., Díaz, A., Pérez, J., y Markez, I. (1993). Validación del cuestionario de salud general de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 13(46). <http://ww.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15340>. Recuperado el 17 de agosto de 2014
- Rodríguez, C. (2007). *Risoterapia y calidad de vida*. Zaragoza: Mira editores.
- Romaní, O. (2002). La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 9(7), 498-504.
- Sánchez, J., Gutiérrez, J., Santacruz, J., Romero, C., y Ospina, J. (2009). El humor como estrategia terapéutica en niños hospitalizados en unidades pediátricas en Pereira (Colombia). Reporte de una experiencia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (1).
- Santos, P. (2012). *Proyecto de intervención sobre la implementación de un taller de dinámica de la risa en un grupo de personas mayores*. Trabajo de Fin de Grado en Trabajo Social. Universidad de Salamanca. España. gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/.../TG_SantosMarcos_Proyecto.pdf Recuperado 16 de julio de 2014.
- Sanz, J., López, A., y López, C. (2002). El humor y su valor terapéutico. *Medicina Clínica*. 119, 74-87.
- Saz, P. (2001). Situación actual de la medicina naturista. *Médicos Descalzos*. <http://www.medicosdescalzos.es/content/view/773/5/>. Recuperado el 15 de Agosto de 2014.

- Servicio Andaluz de Salud, (2012). *Cuestionario de salud general de goldberg -ghq28-*.
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_salud_de_goldberg.pdf.
Recuperado el 17 de agosto de 2014
- Stemmler, G. (1989). The autonomic differentiation of emotions revisited: Convergent and discriminant validation. *Psychophysiology*, 26, 617-632.
- Sully, J. (1902 [1982]). *Essay On Laughter*, Londres: Longmans, Green and Co.
- Tolosana, C. L. (1979 [2004]). *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*. Madrid: Ediciones Akal.
- Tomkins, S. (1981). The quest for primary motives: Biography and autobiography of an idea. *Personality and Social Psychology*, 41, 306-329.
- Varguillas, C. (2006). El uso de atlas.Ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido upel. *Laurus*, 12, 73-87.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76109905>. Recuperado el 5 de Julio de 2014.
- Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Whitehouse, P. J., Gaines, A. D., Lindstrom, H. y Graham, J. E. (2005). Anthropological contributions to the understanding of age-related cognitive impairment. *Lancet Neurology*, 4(5), 320-326
- Wiseman, R. (2009). Psicología de la risa. *Mente y Cerebro*, 36, 38-43.

ANEXOS

6.1 Modelo de entrevista antropológica

FECHA:

EDAD:

NOMBRE Y APELLIDOS:

1- ¿Qué aspectos le llevaron a inscribirse en el taller, ¿Cuál fue su motivación a este respecto?

2- ¿Cuál le parece que es la utilidad del taller para su vida cotidiana?

3- ¿Se ha sentido mejor consigo mismo durante las semanas que ha durado y ha participado en el taller? ¿En qué aspectos se ha sentido mejor?

4- ¿Ha notado algún tipo de cambio positivo o negativo en su estado de salud tanto física como mental durante o después de participar en el taller?

5- Después de haber participado en el taller, ¿Valora las cosas de la vida igual que antes?

6- ¿Ha modificado algún hábito en su vida durante o después de participar en el taller?

7- ¿Valora la risa y el buen humor del mismo modo que antes de participar en el taller?

8- ¿Qué es lo que más le ha gustado del taller?

9- ¿Considera que el nº de sesiones ha sido adecuado (pocas, muchas...)?

6.2 Stepwise Abreviado. Actividad Física y Salud

STEPWISE ABREVIADO

ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

1- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1- Edad
(Indique por favor su edad en años)

Máximo nivel de estudios cursados

- Estudios primarios
- Estudios s
- Estudios preuniversitarios
- Estudios universitarios
- Estudios de postgrado
- No respuesta

1.2- Estado civil

- Nunca casado/a
- Casado/a actualmente
- Separado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Viviendo con Pareja
- No respuesta

2- HÁBITOS DE CONSUMO

2.1- Consumo de tabaco

2.1.1- ¿Fuma usted actualmente?
(cigarros, puros, pipa...)

- No
- Sí
- No responde

2.1.2- ¿Fuma diariamente?
(cigarros, puros, pipa...)

- No
- Sí
- No responde

1

2.1.3- Indique aproximadamente el número de años que lleva fumando diariamente

2.1.4- Si ha dejado de fumar, indique aproximadamente el número de años que hace que lo dejó

2.2- Consumo de alcohol

2.2.1- ¿Consume alguna bebida alcohólica?
(vino, cerveza, bebidas destiladas...)

- Sí
- No
- No responde

2.2.2- Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas
(al menos una bebida)

- A diario
- 5-6 días a la semana
- 1-4 días a la semana
- Sólo fines de semana
- 1-3 días al mes
- Menos de una vez al mes
- No respuesta

2.2.3- ¿Cuál es su consumo promedio de bebidas alcohólicas de baja graduación -vino o cerveza- en un día normal?
(Indique el número promedio de vasos o de copas que suele tomar)

2.2.4- ¿Cuál es su consumo promedio de bebidas alcohólicas de alta graduación -whisky, vodka...- en un día normal?
(Indique el número promedio de vasos o de copas que suele tomar)

2.2.5- ¿Cuál puede ser su consumo máximo de bebidas alcohólicas de baja graduación en un día que bebe?
(Indique el número máximo de vasos o de copas que se puede llegar a tomar)

2.2.6- ¿Cuál puede ser su consumo máximo de bebidas alcohólicas de alta graduación en un día que bebe?
(Indique el número máximo de vasos o de copas que se puede llegar a tomar)

3- HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD

3.1- Dieta

3.1.1- En una semana típica, ¿Cuántos días come usted frutas?

3.1.2- En una semana típica, ¿Cuántos días come usted verduras?

3.1.3- Por término medio, ¿cuántos desayunos realiza fuera de casa en una semana?

3.1.4- Por término medio, ¿cuántas comidas o almuerzos realiza fuera de casa en una semana?

3.1.5- Por término medio, ¿cuántas cenas realiza fuera de casa en una semana?

3.1.6- ¿Cómo diría que es su dieta?

(señale todas las que procedan)

- Restrictiva (p.e. 1.200 calorías o menos)
- Equilibrada
- Con excesos de grasa (hamburguesas, bollería)
- Con excesos de proteína (carne, huevos..)
- Con excesos de hidratos de carbono (patatas, pasta..)
- Demasiado abundante
- No respuesta

4- ACTIVIDAD FÍSICA

4.1- ¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco?

- Sí
- No
- No respuesta

4.2- En una semana típica, ¿qué intensidad de actividad física requiere su trabajo?

(durante al menos 10 minutos consecutivos)

- Intensa (p.e. cavar, correr)
- Moderada (caminar deprisa, transportar pesos ligeros)
- Baja intensidad

4.3- En un día típico, ¿cuántos minutos pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?

(para ir al trabajo, a la Universidad)

4.4- ¿En su tiempo libre, practica usted deportes/fitness intensos?

(p.e. correr, jugar al fútbol...)

- Sí
- No
- No respuesta

4.5- En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/fitness intensos?

(p.e. correr, jugar al fútbol...)

4.6- En un día típico, ¿cuántos minutos dedica a deportes/fitness intensos?
(p.e. correr, jugar al fútbol...)

4.7- ¿En su tiempo libre, realiza una actividad física moderada?
(p.e. caminar deprisa, jugar al golf...)

- Sí
- No
- No respuesta

4.8- En una semana típica, ¿cuántos días practica usted una actividad física moderada?
caminar rápido...)

4.9- En un día típico, ¿cuántos minutos practica usted una actividad física moderada?
caminar rápido...)

4.10- ¿Cuándo tiempo, en horas, suele pasar sentado o recostado en un día típico?
(actividad sedentaria)

5- MEDIDAS FÍSICAS Y BIOQUÍMICAS

5.1- Señale si tiene alguna de las circunstancias físicas que se indican posteriormente
(señale todas las que procedan)

- Presión alta, o hipertensión
- Nivel de glucosa elevado o diabetes
- No me realizo chequeos médicos
- No tengo estas circunstancias
- No respuesta

5.2- En caso de tener hipertensión, indique si se encuentra actualmente recibiendo cualquiera de los siguientes tratamientos
(señale todos los que procedan)

- Medicamentos
- Reducción del consumo de sal
- Reducción del peso
- Consejo o tratamiento para dejar de fumar
- Consejo o tratamiento para hacer más ejercicio
- Otros

5.3- En caso de tener niveles de azúcar elevados o diabetes, indique si se encuentra actualmente recibiendo cualquiera de los siguientes tratamientos
(señale todos los que procedan)

- Insulina
- Medicamentos
- Reducción del consumo de sal
- Reducción del peso
- Consejo o tratamiento para dejar de fumar
- Consejo o tratamiento para hacer más ejercicio
- Otros

5.4- Indique su estatura aproximada, en centímetros

5.5- Indique su peso aproximado, en kilogramos

(si es mujer y se encuentra embarazada, indique su peso habitual antes del embarazo)

5.6- Indique la talla de pantalón que utiliza habitualmente

(si es mujer y se encuentra embarazada, indique su peso habitual antes del embarazo)

- Talla 32 o inferior (equivalente a una XXXS)
- Talla 34 (equivalente a una XXS)
- Talla 36 (equivalente a una XS)
- Talla 38 (equivalente a una S)
- Talla 40 (equivalente a una M)
- Talla 42 (equivalente a una L)
- Talla 44 (equivalente a una XL)
- Talla 46 (equivalente a una XXL)
- Talla 48 o superior (equivalente a una XXXL)
- No respuesta

6- Tensión arterial

En la mayoría de los casos solemos decir que tenemos una tensión de, por ejemplo, 12 "la alta" y "7" "la baja". En algunos casos se suele decir que tenemos 120 y 70. El primer valor o el valor más alto es la tensión arterial sistólica. El segundo valor o el valor más bajo es la tensión arterial diastólica. Teniendo en cuenta esta información, responda por favor a las siguientes preguntas

6.1- Indique su tensión arterial sistólica habitual (mmHg)

(la que se conoce como "la alta")

6.2- Indique su tensión arterial diastólica habitual (mmHg)

(la que se conoce como "la baja")

6.3- Indique su frecuencia cardíaca habitual

(ritmo cardíaco o latidos por minuto, cuando se encuentra en reposo)

7- MEDIDAS BIOQUÍMICAS

7.1- Respecto a sus valores habituales de glucemia o azúcar en sangre, indique los niveles que suele tener habitualmente

- Niveles normales
- Niveles altos
- Niveles controlados con medicación
- No sé
- No respuesta

7.2- Respecto a sus valores habituales de triglicéridos, indique los niveles que suele tener habitualmente

- Niveles normales
- Niveles altos
- Niveles controlados con medicación
- No sé
- No respuesta

7.3- Respecto a sus valores habituales de colesterol, indique los niveles que suele tener habitualmente

(nos referimos al colesterol conocido como "malo" o LDL)

- Niveles normales
- Niveles altos
- Niveles controlados con medicación
- No sé
- No respuesta

6.3 Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

Subescala Síntomas Somáticos (A):

A1. ¿Se ha sentido bien de salud y en plena forma?

- 0 Mejor de lo habitual
- 0 Igual de lo habitual
- 1 Peor de lo habitual
- 1 Mucho peor de lo habitual

A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual

A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual.

A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual

A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual

A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual.

A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual.

Subescala Ansiedad- Insomnio (B):

B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder el sueño?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual.

B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual.

B3. ¿Se ha sentido agobiado y en tensión?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual.

B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual.

B5. ¿Se ha asustado o a sentido pánico sin motivo?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual

B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual.

B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar"?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual
- 1 Mucho más de lo habitual.

Subescala Disfunción Social (C):

C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- 0 Más activo de lo habitual
- 0 Igual que lo habitual
- 1 Bastante menos de lo habitual
- 1 Mucho menos que lo habitual

C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- 0 Menos tiempo de lo habitual
- 1 Igual que lo habitual
- 1 Más tiempo de lo habitual
- 1 Mucho más tiempo de lo habitual

C3. ¿Ha tenido la impresión de que está haciendo las cosas bien?

- 0 Mejor de lo habitual
- 0 Igual que lo habitual
- 1 Peor de lo habitual
- 1 Mucho peor de lo habitual

C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- 0 Más satisfecho que lo habitual
- 0 Igual que lo habitual
- 1 Menos satisfecho que lo habitual
- 1 Mucho menos satisfecho que lo habitual

C5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- 0 Más de lo habitual
- 0 Igual que lo habitual
- 1 Menos de lo habitual
- 1 Mucho menos de lo habitual

C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- 0 Más de lo habitual
- 0 Igual de lo habitual
- 1 Menos de lo habitual
- 1 Mucho menos de lo habitual

C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- 0 Más que lo habitual
- 0 Igual que lo habitual

- 1 Menos que lo habitual
- 1 Mucho menos que lo habitual

Subescala Depresión (D)

D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más que lo habitual
- 1 Bastante más que lo habitual
- 1 Mucho más que lo habitual

D2. ¿Ha estado viviendo la vida sin esperanza?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más que lo habitual
- 1 Bastante más que lo habitual
- 1 Mucho más que lo habitual

D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que no merece la pena vivir?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más que lo habitual
- 1 Bastante más que lo habitual
- 1 Mucho más que lo habitual

D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más que lo habitual
- 1 Bastante más que lo habitual
- 1 Mucho más que lo habitual

D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque está desquiciado?

- 0 No, en absoluto
- 1 No más de lo habitual
- 1 Bastante más de lo habitual

1 Mucho más de lo habitual

D6. ¿Ha sentido que desea estar muerto y lejos de todo?

0 No, en absoluto

1 No más de lo habitual

1 Bastante más de lo habitual

1 Mucho más de lo habitual

D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

0 Claramente, no

1 Me parece que no

1 Se me ha cruzado por la mente

1 Claramente, lo he pensado

Corrección:

Asignar los valores **0 0 1 1** a los ítems positivos: A1, C1, C3, C4, C5, C6, y C7

Asignar los valores **0 1 1 1** a los ítems negativos: A2, A3, A4, A5, A6, A7, B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7

Se considerará caso clínico cuando la puntuación total en cada escala sea mayor o igual a 6 puntos.

6.4 Cuestionario de valoración del nivel de satisfacción

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN GENERAL CON LOS TALLERES DE RISOTERAPIA

Fecha:

Centro de Día:

N:

Valore en una escala del 1 al 5 su grado de satisfacción con el taller que acaban de finalizar según la siguiente escala:

- 1- Muy en desacuerdo
- 2- De acuerdo
- 3- Normal
- 4- De cuerdo
- 5- Muy de acuerdo

A- Grado de satisfacción general _____

B- Si repetiría la actividad _____

C- Utilidad del Taller _____

D- Cumplimiento de expectativas _____

E- Conocimientos del docente _____

F- Transmisión de conocimientos del docente _____

6.5 Carta de solicitud de autorización para realización del estudio



**UNIVERSIDAD
D SALAMANCA**

Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológicos.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Avda. de la Merced, 109-131, 37005 Salamanca,
Teléfono 923 294 500 Ext. 3301, Fax 923 294 607

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN
DELEGACIÓN T. EN SALAMANCA
GERENCIA T. SERVICIOS SOCIALES

Entrada N.º. 20130870020814
13/12/2013 11:53:50

Gerencia Territorial de Servicios Sociales
Avda. Portugal 83-89
37005
Salamanca

Salamanca 12 de Diciembre de 2013

Sra. Gerente Territorial de Servicios Sociales:

A través de este medio, contacto con usted en calidad de Profesora Titular del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de la USAL, así como de Profesora Tutora del Máster Universitario en "Antropología Social: Salud y Desarrollo Comunitario" impartido por la Universidad de Salamanca. Dicho Master exige que dentro de la carga lectiva, el alumno tenga que realizar un trabajo fin de Máster (TFM) de 15 créditos.

En este ámbito, me encuentro dirigiendo el trabajo titulado: *Salud-enfermedad: aplicación y efectos de la risoterapia en la mejora del estado de salud en un grupo de población mayor*. Si bien nos encontramos elaborando el marco teórico, creemos fundamental garantizar la aplicabilidad del trabajo. Para ello, quisiéramos proponer y sometemos a la valoración de su oportunidad, la impartición de un taller teórico-práctico de carácter totalmente gratuito para los socios de los tres Centros de Día ubicados en la ciudad de Salamanca y dependientes de esa Gerencia Territorial: Prosperidad, Salamanca y S. Juan de Mata (3 grupos de 20 personas, un grupo por Centro de Día).

El taller consiste en la realización de tres sesiones de Dinámica de la Risa de dos horas de duración cada una, y una cuarta sesión para recoger resultados (coincidiendo con una charla sobre "hábitos de vida saludables en la población mayor") durante los meses de enero y febrero de 2014. El taller estaría dirigido por Pablo Santos Marcos, alumno del citado Máster, trabajador social, gerontólogo y monitor en Dinámica de la Risa.

Nuestro propósito es valorar cómo influye la risa en la mejora del estado de salud en población mayor. El diseño de la investigación requiere la toma de datos de la tensión arterial de los participantes, antes y después del curso, así como la aplicación de unos cuestionarios breves que valoran ansiedad, depresión y calidad de vida de los participantes (en la 1ª última y última sesión). Para participar en el estudio es preciso la obtención del consentimiento





**UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA**

Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológicos.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Avda. de la Merced, 109-131, 37005 Salamanca,
Teléfono 923 294 500 Ext. 3301, Fax 923 294 607

informado de los participantes. En dicho consentimiento se les explica los propósitos del curso y de la recogida de datos. También se garantiza la plena confidencialidad y anonimato.

Creemos sinceramente que este pequeño taller puede contribuir a mejorar la satisfacción vital de los participantes, así como incluso su estado de ánimo y de ansiedad.

Por todo lo expuesto, se solicita autorización para realizar el estudio "SALUD-ENFERMEDAD: APLICACIÓN Y EFECTOS DE LA RISOTERAPIA EN LA MEJORA DEL ESTADO DE SALUD EN UN GRUPO DE POBLACIÓN MAYOR".

Finalmente para cualquier aclaración relacionada con este tema puede ponerse en contacto con el responsable del citado estudio en el teléfono 605 16 19 30 (Pablo Santos). A lo largo de estos días trataremos de contactar con Vd. Para realizar aquellas aclaraciones que sean necesarias.

Agradeciéndole de antemano su colaboración y la atención prestada, reciba un cordial saludo:

La Profesora Tutora,

Fdo.: Dra. D^a. Cristina Jenaro Río
Directora del Depto. de Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológicos

El alumno,

Fdo.: Pablo Santos Marcos



6.6 Autorización para la realización del estudio

 **Junta de Castilla y León**
Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades
Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Salamanca

 **Servicios Sociales de Castilla y León**

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN
DELEGACIÓN T. EN SALAMANCA
GERENCIA T. SERVICIOS SOCIALES

Salida Nº. 20135180011318
19/12/2013 09:06:32

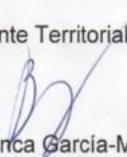
D. Pablo Santos Marcos
Plazuela Robert Shuman, 12, 4º, A
37008 SALAMANCA

En contestación al escrito que nos envía con la titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca, en el que solicita realizar un taller de Dinámica de la Risa en los Centros de Día de Mayores de Salamanca, dependientes de esta Gerencia Territorial, le comunicamos que esta Gerente Territorial autoriza la actividad solicitada, dando las órdenes oportunas a las directoras de nuestros

Para la organización y concreción de dicha actividad, deberá usted ponerse en contacto con las Directoras de los centros, que le facilitarán el trabajo, el cual deberá desarrollarse sin menoscabo de las actividades normales del centro.

Salamanca, 18 de diciembre de 2013

La Gerente Territorial de Servicios Sociales,


Fdo. Blanca García-Miguel Villa



Avda. de Portugal, 83-89 · 37071 Salamanca · Teléfono 923 29 67 04 · Fax 923 21 43 01

6.7 Modelo de cartel de difusión de la actividad en los Centros de Día



**TALLER DE
RISOTERAPIA
(GRATUITO)**

FECHAS: VIERNES 31 DE ENERO, 7, 14 Y 21 DE FEBRERO DE 2014.

HORA: 16,30-19,30 H.

LUGAR: CENTRO DE DÍA PARA MAYORES “PROSPERIDAD”

**IMPARTIDO POR: PABLO SANTOS MARCOS. TRABAJADOR
SOCIAL. GERONTÓLOGO**

6.8 Modelo de consentimiento informado Centro de Día "Salamanca"

Consentimiento informado CENTRO: CENTRO DE DÍA "SALAMANCA"

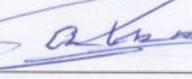
He sido informado de que mi participación en este estudio es voluntaria. He sido informado de que mi participación no implica riesgo para la salud o molestia alguna. He sido informado de que el investigador adquiere el compromiso de responder a cualquier pregunta que se le haga sobre el estudio, una vez concluida la investigación. He sido informado de que soy libre de retirarme de la investigación en cualquier momento sin penalización de ningún tipo.

Doy mi consentimiento informado para participar en el estudio titulado: "Salud – enfermedad: Aplicación y efectos de la risoterapia en la mejora del estado de salud en un grupo de población mayor". Consiento la publicación de los resultados del estudio siempre que la información sea anónima o se muestre de manera agregada de modo que no pueda llevarse a cabo una clara asociación entre mi identidad y los resultados. Entiendo que, aunque se guardará un registro de mi participación en el estudio, el investigador adquiere el compromiso de que todos los datos recogidos de mi participación sólo serán identificados por un número y en ningún caso se mostrarán asociados a mi identidad.

He sido informado de la responsabilidad que asumo con mi participación para el adecuado desarrollo del conocimiento científico. De las implicaciones que este conocimiento puede tener en la formación de otros profesionales, en la aplicación clínica, o de aplicaciones técnicas. Por estas razones, he sido informado de la importancia de comportarme de forma honrada, esforzándome en hacerlo lo mejor posible.

Si han comprendido la finalidad del estudio y están de acuerdo en participar, firmen a continuación el consentimiento. Muchas gracias

Pablo Santos Marcos, en Salamanca a 28 de enero de 2014

Nombre y Apellidos del participante	Firma
1. <i>Ceresa Bozas</i>	
2. <i>Boruardo Hernández</i>	
3. <i>Gabriel Ruano Garcia</i>	
4. <i>M^{ra} Angeles Ruano Garcia</i>	
5. <i>Ana Lucrecia Hernandez</i>	

6.	Maxi Amelchor Martín	Maxi Mulder
7.	M ^a Beresaduego López	M ^a Beresaduego
8.	M ^a Nieves Martín	M ^a Nieves
9.	M ^a del Pilar Gausales Sierra	Pili Gausales
10.	José Alonso Martín	José Alonso
11.	Laura Bonny ^{FERRA}	Laura Bonny
12.	Carmen Marcondé Arriba	Carmen Marcondé
13.	Visitación Hernández	Visitación
14.	Natividad Eriado Hernández	Nati Eriado
15.	Aurora Cabo Lorente	Aurora
16.	Marganta López	Marganta
17.	Ayoqite Sánchez Rodríguez	Ayoqite Sánchez
18.		
19.		
20.		

6.9 Anexo de códigos con citas

Date/Time: 30/06/14 19:53:48

Code: aconsejar con optimismo a las personas de su entorno {1-1}

1:15 [a los que tengo a mi alrededor..] (14:14)

Codes: [aconsejar con optimismo a las personas de su entorno]
a los que tengo a mi alrededor darles más estima,

Code: afrontar con optimismo situaciones de la vida cotidiana {2-0}

1:5 [Ver de otra manera la vida...eee..] (6:6)

Ver de otra manera la vida...eeeh...pues esta mañana me encontré con una chica y me dice pues ya sabes mi marido, digo porque no sé qué le comentamos y digo, ¿sabes dónde encuentras eso que me dijiste el otro día? en tal sitio, y dice ya sabes es que no se preocupa, y digo, bueno tú tranquila, mira, tú relajada, porque a ellos no les da el "yu-yu", luego te da a ti el "yu-yu", y dice, pues sí tienes razón, no sé, ver la vida de otra manera, no sé...todo es bueno aprender, cuando se sale y se está con gente más inteligente que tú con carreras, con gente muy positiva, pues entonces yo creo que todo es bueno...a mí me ha parecido útil, muy útil, para ver las cosas de otra manera,

1:91 [El taller me ha servido para... ..] (95:95)

El taller me ha servido para... Pues eso te ayuda a llevar cada día mejor la vida cotidiana y, y tener otro humor y no estar enfadada, como muchas veces hacemos,... o sea que me parece positivo para mantener un estado de ánimo favorable, bastante positivo, sí.

Code: Añoranza del pasado {1-7}

1:29 [tuvimos que mal vender y medio..] (28:28)

tuvimos que mal vender y medio... pero bueno, en lo que eso hemos sido felices, hemos trabajado mucho y, y nada.

Code: Apertura a la experiencia {2-7}

1:114 [Yo no sé lo que es una depresi..] (131:131)

Yo no sé lo que es una depresión. No estoy como otras que se quejan de todo, que se quejan todo el día, yo salgo mucho de casa, estoy sola en casa, en lugar de estar todo el día limpiando. Me gusta tener actividades porque así me obligo a levantarme.

1:129 [es que a mí dice mi señora que..] (147:147)

es que a mí dice mi señora que yo soy un perro bobo, que en seguida cojo amistades con la gente, que es lo que me dice ella, que soy muy abierto y enton... yo creo que es que coge celos, no, no, porque es verdad, porque yo es que... yo despierto a un muerto hablando, yo si voy ahí y me lío con una tía hablando pues "a mejor" ella está esperando y dirá y este bobo "los cojones" quiere hablar con ella, ¿no entiendes?, que soy una persona abierta, ya, con todo el mundo, muy abierta "pa" todo.

Code: aprender {3-1}

1:6 [todo es bueno aprender, cuando..] (6:6)

todo es bueno aprender, cuando se sale y se está con gente más inteligente que tú con carreras, con gente muy positiva, pues entonces yo creo que todo es bueno

1:105 [... Pues no sabía, como era cos..] (119:119)

.... Pues no sabía, como era cosa de risoterapia, no sabía en concreto lo que era, por hacer una actividad más.

1:107 [y también es una actividad más..] (121:121)

y también es una actividad más. Pues que se pasaba muy bien también, te ríes mucho, siempre aprendes cosas nuevas.

Code: aumento de la motivación conyugal a la hora de hacer cosas conjuntamente y voluntad de autocuidado {1-0}

1:17 [Miguel estaba como más, conmigo..] (16:16)

Miguel estaba como más, conmigo más mejor, más, por ejemplo para... solicitamos estas vacaciones del Imsero, del Club de los 60, y le digo, mira Miguel, podíamos ir a Alemania, a París, bueno pues rellenalo y lo mando, o sea como más, más...compenetrados en las cosas porque otras veces dice, no, porque en el pueblo estamos muy bien, pues no vamos, pues no sé qué, pues como un poco más motivados, más... así como queriendo vivir un poco más la vida por darnos cuenta que si no nos cuidamos pues son 4 días.

Code: Ausencia de cambios {3-1}

1:123 [aparte de reírme en esos días,..] (139:139)

Quotations:

1:124 Respecto a los cambios... aparte de reírme en esos días, no me ha quedado algo No, que yo sepa no.

1:123 aparte de reírme en esos días,.. <continúa>

Respecto a los cambios en la valoración de las cosas Sí, yo siempre las he valorado igual,

1:125 [En cuanto a si he modificado a..] (143:143)

En cuanto a si he modificado algún hábito...No, no.. Yo el hábito que tenía aquí más o menos lo sabía, más o menos yo llevo unas reglas y esas reglas siempre las he cumplido,

Code: Ausencia de cambios en hábitos {1-1}

1:112 [En cuanto a cambios en hábitos..] (129:129)

En cuanto a cambios en hábitos.....Yo creo que no.

Code: Ausencia de conocimientos previos sobre risoterapia {1-0}

1:104 [Me inscribí porque.... Pues no s..] (119:119)

Me inscribí porque.... Pues no sabía, como era cosa de risoterapia, no sabía en concreto lo que era, por hacer una actividad más

Code: Ayuda para mejorar habilidades de afrontamiento {1-1}

1:63 [El taller me ha servido para... ..] (60:60)

El taller me ha servido para... Hacerme pensar, hacerme pensar eh, de una forma más constante el... la necesidad que tengo de centrarme y olvidarme, pasar cosas y pasar páginas.

Code: Beneficios de la risoterapia {3-1}

1:32 [que, y he visto que, que es ma..] (30:30)

que, y he visto que, que es maravillosa porque nos une mucho a los mayores, porque coges unas amistades y una, un, un querer a la gente que no las tenías, y una confianza, porque esos juegos hacen que nos queramos y los que estamos necesitados los mayores es de cariño, de unión, que es lo que nos queda, ...sí, efectivamente, lo desconocido en un momento que luego después me ha gustado mucho y un día que falté pues me costó mucho el dejarlo, pero eran circunstancias de fuerza mayor. Lo demás pues estupidamente.

1:66 [En cuanto a los cambios en el ..] (64:64)

En cuanto a los cambios en el estado de salud físico y mental: ¡iiii!Trato también, eh, trato por todos los medios también de... a ver cómo puedo decirlo, de... eh, valorarme, o sea de, de decir, bueno chico

mi autoconfianza, mi autoestima, todas esas cosas no las quiero abandonar, porque no quiero, porque sino entonces es cuando me, me hundiría del todo, claro, claro, y ahí en esos momento pues me siento satisfecho,

1:73 [Respecto a los cambios en la v..] (72:72)

Respecto a los cambios en la valoración de las cosas....No, sí, no lo valoro lo mismo, lo que pasa que tengo prisa para aprovechar que no se me escape ni... lo mínimo posible de un día.

Code: Beneficios en estado cognitivo {3-9}

1:43 [Yo creo que mentalmente es, es..] (40:40)

Yo creo que mentalmente es, es muy bueno porque si te dejas, si te dejas, si te dejas, y esto pues te hacía abrir un poco estar atento a los movimientos, a las cosas, y eso para mí, pues aahh, lo valoro bastante.

1:45 [beneficio es beneficio para to..] (42:42)

beneficio es beneficio para todo en general, sobre todo ya te digo para la mente,

1:111 [:En cuanto a cambios en la val..] (127:127)

En cuanto a cambios en la valoración de las cosas:... Yo creo que sí, tengo cuidado ahora en lo de los semáforos y eso.

Code: Beneficios generales {4-1}

1:46 [y, bueno, el estado general de..] (42:42)

y, bueno, el estado general de uno porque te da un poco más de valor,

1:117 [El taller me ha servido para... ..] (135:135)

El taller me ha servido para... Para la vida cotidiana... hombre yo más o menos para pasarlo bien

1:118 [yo he sido una persona muy act..] (135:135)

yo he sido una persona muy activa, en deporte y en todo, no he sido de estas personas que... hoy he visto al hombre, a este que vino "pa ahí" y se le ve el hombre que está "acobardaito", se ha venido conmigo casi hasta la avenida de Portugal, que la utilidad para ese hombre ha ido contento, , sí, sí, sí, sí, yo he preguntado "pa ahí" a dos o tres y dicen que los ha venido bien, , sí, sí, sí sí...

1:122 [En cuanto a los cambios en el ..] (139:139)

Codes: [Beneficios generales]

sí, sí, Lo bien que me lo he pasado, lo bien que te lo pasaste, con la gente que venía "paquí", aparte de reírme en esos días, no me ha quedado algo No, que yo sepa no.

Code: Beneficios para reducir el aislamiento {3-2}

1:39 [taller me ha servido para... Est..] (34:34)

taller me ha servido para... Esto es para mantener, ehh... yo como sabes he salido de una enfermedad que he tenido, no lo sabía, neumonía he tenido, neumonía ha tenido, al incorporarte a la vida, porque si te dejas y no vienes a nada y te estás en casa metido y no hablas con nadie, no te... pues llegaría un momento que a la edad nuestra muy malo, sí, sí. Hay que, moverse, relacionarse, y eso es lo que... más que nada me ha llamado la...

1:94 [y también por ver a las compañ..] (99:99)

y también por ver a las compañeras.

1:106 [El taller me ha servido para P..] (121:121)

El taller me ha servido para Porque he tratado con más gente, tienes trato con más personas, es bueno conocer a personas nuevas

Code: Beneficios sobre estado de ánimo {16-3}

1:44 [y me ha hecho bastante bien a ..] (38:38)

y me ha hecho bastante bien a pesar de que yo tenía un poco baja la moral, no deja de haber estado uno en esas condiciones y esto para mí ha sido pues

1:47 [Sobre si valoro más las cosas.....] (44:44)

Sobre si valoro más las cosas....Hombre está, está mejor porque la situación mía, estaba muy bajo, muy bajo de moral,

1:74 [No, sí, no lo valoro lo mismo,..] (72:72)

No, sí, no lo valoro lo mismo, lo que pasa que tengo prisa para aprovechar que no se me escape ni... lo mínimo posible de un día

1:75 [Quiero decir... que quiero apr..] (74:74)

Quiero decir... que quiero aprovechar más lo que vivo cada día... exactamente, sí, ajá, o sea que el taller ha servido entre otras cosas para eso, para saber aprovechar aún más los momentos de cada día... sí, motivarme a, a aprovechar más, a aprovechar más, a conseguir la felicidad, ehh, la felicidad, a través de la risa, a través del baile, a través del compañero, a través de quien sea. En ese sentido, s

1:92 [En cuanto a cómo me he sentido..] (97:97)

En cuanto a cómo me he sentido....Me he sentido mejor y volvería si otra vez pudiera a pasar estos ratos buenos que he estado pasado aquí, allí.

1:93 [El taller me ha servido para... ..] (99:99)

El taller me ha servido para... Respecto a si me he sentido mejor tras participar en el taller, Pues salía bastante más animosa y, por ejemplo cuando me levantaba por la mañana pensaba en que iba a ir esa tarde y me encontraba más animosa, y también por ver a las compañeras.

1:96 [Claro, pues noté que te cambia..] (103:103)

Claro, pues noté que te cambia la, el carácter, la forma de pensar y de ver la vida y sonríes más,.

1:100 [Sobre los cambios que he senti..] (111:111)

Sobre los cambios que he sentido.... Sí, eso es verdad eh, sí, sí. Estoy mucho más alegre..

1:109 [n cuanto a los cambios en el e..] (125:125)

n cuanto a los cambios en el estado de salud físico y mental: Sí para mejor, en ánimo, me encuentro mucho más animada, sales de aquí hablas con la gente. Negativo ninguno. Y con más ilusión de ver a ver de qué era la nueva clase

1:119 [En cuanto a cómo me he sentido..] (137:137)

En cuanto a cómo me he sentido.... Yo me he sentido igual, mi señora muy bien, ,

1:120 [sí la hubiera gustado que hubi..] (137:137)

sí la hubiera gustado que hubiera durado más, y mi mujer también esta mejor Que lo ve más positivo, que lo ve todo, todo más positivo, en la comida y en todo, y el andar, el deporte y todo, está mejor ella... más motivada, más motivada en todo, sí, sí, sí. Además yo creo que le ha venido perfecto.

1:123 [aparte de reírme en esos días,..] (139:139)

aparte de reírme en esos días, no me ha quedado algo No, que yo sepa no.

1:130 [Lo que más me ha gustado son l..] (149:149)

Lo que más me ha gustado son los... Me ha gustado más que la gente salía muy contenta, salía muy contenta, sí, sí, porque iban dos o tres vecinos por ahí y está contenta ahora y te parece que...te has encontrado por ahí con algún participante, no, me he encontrado por lo menos con 6 ó 7, y te han dicho que estaban contentos, sí, sí, han salido contentos que no les hubiera importado que hubiera durado más, ajá, es que cuando íbamos cogiendo el gusto es cuando se ha acabado, ya, ya

1:131 [En cuanto a los cambios en el ..] (151:151)

En cuanto a los cambios en el estado de salud físico y mental: Sí, sí, yo creo que sí, sí, sí, sí... esas personas más apagadas que... sí, sí, sí, no, y que las veo yo, ahí mismo he visto mucha gente deprimida, que le hace falta otra cosa, otro ánimo, sí, yo creo que otra... estos que he estado esta mañana, otro ánimo, la veo yo muy apagada con.

1:135 [obre la valoración del taller.....] (155:155)

obre la valoración del taller... No, pues este hombre que he estado esta mañana dice que le ha "encantao" porque viene aquí, se lo pasa bien, se entera de unos y de otros, y hacen juegos, y oye, que es otra cosa. Me decía a mí, es que es otra clase de eso, me dijo este señor, y está igual, me han dicho que es bueno

1:136 [la mujer mía si hubiera durado..] (155:155)

la mujer mía si hubiera durado 15 días,, hubiera espabilado más, sí, sí, sí, si es que yo lo veía que cada día salían más contentos, salían cada día más contentos

Code: Buen humor previo {2-2}

1:128 [Respecto a mi valoración actua..] (147:147)

Respecto a mi valoración actual de la risa.... Sí, sí, yo lo valoro bien, yo veo que a mucha gente que le viene perfecto, y esto si lo dieran donde voy yo, donde he ido estos días pues eso vendría bien, eso si no me quedan en la Seguridad Social y fuera y que esta mañana hemos estado, yo los he "escojonao" todos a reír, pero si fuera ahí personalmente uno todos los días era beneficioso...

1:132 [Yo soy partidario, sí, de que ..] (151:151)

Yo soy partidario, sí, de que hay gente que sale, como la dije esta mañana a una, dice ¡ay, es que me duele aquí!, y le dije, yo le voy a decir a usted una cosa señora, yo creo que a usted la ha rematado mal su padre, porque le duele todo, digo, usted el problema que tiene yo se lo solucionaba en seguida, me miraba la fisio...dice ¿cómo se lo solucionabas? digo, quitándola cuarenta años. Digo, si es el problema que tiene, digo, tiene los hijos fuera, se ve sola en casa, pues la mujer no sale a pasear ni nada, y yo la veo que está toda triste la mujer. Y esas mujeres las hacía falta salir de paseo y distraerse un poco, "to las" que iban ahí... claro, claro, todas, y yo creo que se apuntan a eso por eso, sí seguro...

Code: cambio rutina {1-1}

1:2 [siempre los viernes nos vamos ..] (2:2)

siempre los viernes nos vamos al pueblo, todos los viernes, y entonces, pues claro, a mí los viernes me venía mal, pero bueno

Code: cambios en hábitos de alimentación {1-0}

1:127 [yo no he modificado ningún hab..] (145:145)

yo no he modificado ningún habito pero, no, mi señora sí, yo creo que, sí, sí, en cuestión de la comida y en cuestión de eso yo creo que ya ha moderado un poco, porque la gusta comer bien y comer más grasas, no es como yo que como todo a la plancha, y yo veo que sí que..

Code: cambios en valoración de las cosas {4-1}

1:14 [Respecto a los cambios en la v..] (12:12)

Respecto a los cambios en la valoración de las cosas....Yo creo que un poco más también, a todo ayuda, a lo mejor luego se nos olvida, pero ahora de momento que lo tenemos tan reciente, pues a mí me parece que también nos ha venido muy bien

1:96 [Claro, pues noté que te cambia..] (103:103)

Claro, pues noté que te cambia la, el carácter, la forma de pensar y de ver la vida y sonríes más,.

1:97 [Pues sí porque, lo valoro mej...] (105:105)

Pues sí porque, lo valoro mej..., más porque piensas un poco en todas las cosas que hay en la vida malas, y a ti te hacen ver que no merece la pena estar enfadada, que hay que reírse uno, aunque sea de sí misma.

1:99 [Respecto a mi valoración actua..] (109:109)

Respecto a mi valoración actual de la risa....Yo soy una persona bastante risueña, pero a veces pues como todo el mundo tienes "bajones", y desde que voy al taller pienso un poco que no merece la pena estar de mal humor y que es mejor reír.

Code: compartir en pareja {1-2}

1:3 [si mi marido se va al pueblo y..] (2:2)

si mi marido se va al pueblo y yo me voy a quedar no... voy a apuntar también a Miguel, por eso fue venir los dos.

Code: Comprensión de la enfermedad de la mujer y dificultades {1-0}

1:25 [y hay temporadas que yo estoy ..] (26:26)

y hay temporadas que yo estoy pidiendo siempre mis Santos, sí, a mi devoción, que me aguante yo no tengo fuerza para poderla soportar, porque a veces cuando más me duele es cuando se mete con la familia, con mi madre, tal y cual, cuando han sido para ella una maravilla, pero bueno, es ahí cuando me hace poner nervioso, sí, y ahí es donde yo digo yo, hay que sujetarse... porque no de ser una enfermedad, claro.

Code: conocimientos previos sobre risoterapia {3-2}

1:4 [Sí porque había tenido otra ex..] (4:4)

Sí porque había tenido otra experiencia en el pueblo que me apuntó mi cuñada, también los viernes, y dice pues como vienes los viernes te apunto, y me gustó muchísimo, lo hicimos en Tordillos, esto hace muchos años cuando había dinero lo hacían los ayuntamientos

1:58 [Me inscribí porque.... Mmmm... t..] (56:56)

Me inscribí porque.... Mmmm... tenía un principio de conocimiento de risoterapia en un momento muy delicado para mí, mentalmente, y no lo continúe porque no me encontraba en condiciones. Esto fue hace un año y pico en Madrid y, bueno, estar aquí y enterarme de... del curso que ibas a impartir, bueno, pues voy, voy a, a ver si me introduzco más y saco beneficios.

1:115 [Me inscribí en el curso porque..] (133:133)

Me inscribí en el curso porque....Porque quiso mi señora, hombre, y por mí también me llama la atención de ver cómo era eso, me habían hablado bien de esto..., me habían hablado bien de la risoterapia,...me lo dijo una ahí afuera, entonces vine yo a...

Code: crear y reforzar vínculos personales y/o sociales {2-1}

1:11 [estar juntos todos, como, pues..] (8:8)

estar juntos todos, como, pues si, para hacer... con la persona que lo estábamos haciendo pues si también le servía a él para algo, o sea, todo es hacer un servicio mutuamente unos a otros, digo yo, todos los que hemos venido aquí hemos creado como una buena amistad, una buena compañía, hemos estado con paz y bien, a mí me ha parecido muy bien...

1:101 [Lo que más me ha gustado son l..] (113:113)

Lo que más me ha gustado son los... Pues el compañerismo tan bueno que había, y el rato tan bueno que pasábamos todas, eh, porque todas lo pasamos muy divertido... y el monitor buenísimo.

Code: creencias previas sobre la risoterapia {1-2}

1:31 [bueno, la verdad es que yo pen..] (30:30)

bueno, la verdad es que yo pensaba que la risoterapia era otra cosa

Code: Dificultades de afrontamiento y percepción de necesidad de mejora {1-2}

1:80 [. Ehh, ¿porqué?, ¿porqué no te..] (80:80)

. Ehh, ¿porqué?, ¿porqué no tengo voluntad suficiente?, ¿porqué no tengo, ehh, porqué me dejo influenciar por las cosas externas que me afectan? pues no lo sé, ahí no lo sé, ahí no lo sé. Soy muy aprehensivo, sinceramente, sí lo reconozco que soy muy aprehensivo y las cosas exteriores me afectan pero bastante. Ehh... olvidarme de ello y decir, bueno pues chico, olvídate que, que esto no dura cien años, sí pero... me cuesta, me cuesta mucho

Code: Dificultades en compatibilizar la asistencia con otras tareas {1-0}

1:34 [y un día que falté pues me cos..] (30:30)
y un día que falté pues me costó mucho el dejarlo, pero eran circunstancias de fuerza mayor.

Code: Dificultades en poner en práctica la risoterapia {1-1}

1:62 [Porque es que yo no sé si es q..] (58:58)
Porque es que yo no sé si es que soy flojo de carácter o flojo de eso que yo me parece que yo tengo que representar lo que siento por dentro. Si yo tengo un dolor de juanete, muy mal voy a bailar,. Muy mal podía bailar y aparte, que no me apetece bailar. Y si yo tengo problema aquí dentro, pues reírme a carcajada limpia en un momento determinado puede que me ría y me ría como el primero, o haga entre comillas, el tonto. No es eso entre comillas nada más, eso

Code: Disfrute {1-1}

1:37 [el rato que hemos estado, o la..] (32:32)
el rato que hemos estado, o las horas o lo que fuere... hemos disfrutado pues estupendamente

Code: efecto terapéutico del taller a corto plazo ante una situación de posible trastorno del estado de ánimo {1-0}

1:60 [un mal momento personal... per..] (58:58)
un mal momento personal... personal, sí, personal, psicológico, personal, psicológico, sí, en el cual todavía, estás, continuo, y ahí hay una, bueno pues... un remolque que no se acaba de ir. Entonces el hecho de venir aquí pues ha sido, ya dice risoterapia, bueno, a ver si con esa terapia de reírme podría por lo menos eludir sacar de la mente esas cosas... cosa que en el curso que hemos hecho sí lo he conseguido mientras que estábamos aquí, pero después cuando me voy de aquí, ya, y me voy a

Code: escasez de actividades gratuitas {1-1}

1:30 [Me inscribí en el curso porque..] (30:30)
Me inscribí en el curso porque... Bueno pues la verdad, sí, es que estamos muy escasos, sí, de... se dice eventos o eventos, sí, sí, sí, de este tipo, porque ni de este tipo ni de ninguno, es que no hay nada de nada, porque yo soy socio de la pesca pero lo tenemos que, nosotros, que pagar, y no hay nada, la gimnasia la tenemos que pagar todo. Estamos acostumbrados a que nos han dado lo que, vamos, a lo mejor lo que nos merecíamos, circunstancias, ahora todo hay pagarlo, y entonces esto como era gratis y luego... que a mí me gusta,

Code: Escucha activa del profesional {1-1}

1:57 [mi mujer cuando oyes que te ha..] (54:54)
mi mujer cuando oyes que te han llamado, que te... cuando, es que ese hombre es educadísimo,? Dice, sé yo que tenía que ser un profesor, ¡, o sea, que ella lo valora, solamente con el habla ya lo capta, porque luego es muy así, bueno.

Code: evaluación muy positiva e intención de repetir el taller {3-0}

1:22 [En cuanto a la valoración del ..] (22:22)
En cuanto a la valoración del taller... Pues yo un 10... un diez

1:23 [y dice ella, ah! pues pregunta..] (24:24)

y dice ella, ah! pues pregúntale, pregúntale, dice, si va a volver a hacer más

1:83 [La confianza entre la gente, e..] (84:84)

La confianza entre la gente, entre las personas, sí, eh, en vuestra confianza, en vuestra saber ponerse a un nivel, mmm, bueno, yo personal, de mi altura, los demás no sé, cada uno sabe el nivel que tiene, y... especialmente esas dos cosas, confianza, eh, y por descontado también, predisposición a que si se repite lo vuelva a hacer.

Code: Existencia de buenos hábitos previos {2-2}

1:126 [, yo ahora mismo por las mañan...] (143:143)

, yo ahora mismo por las mañanas me voy hasta Santa Marta andando, y luego yo todos los años, nado, me voy al médico y le digo que me haga el general, una, una valoración médica, sí, todo en general, y entonces estuve yo ayer o antes de ayer, y dice que tengo todo perfecto, que tengo el colesterol, pero claro yo soy una persona que siempre me he cuidado, me he "cuidao" bien y soy una persona que no soy de estos que como mal, me alimento mal, yo llevo siempre... y el deporte igual, de soltero y de... no he fumado tampoco, ,

1:137 [orque es que yo, yo el problem..] (155:155)

orque es que yo, yo el problema que tengo, que voy al gimnasio, voy a natación, que yo cojo todo que hay cojo. Y yo ahora por las tardes, yo por las mañanas voy a Santa Marta, pero luego por las tardes me bajo por aquí y voy a las Salas Bajas y doy cuatro vueltas

Code: Expectativas positivas de beneficios {1-2}

1:59 [bueno, estar aquí y enterarme ..] (56:56)

bueno, estar aquí y enterarme de... del curso que ibas a impartir, bueno, pues voy, voy a, a ver si me introduzco más y saco beneficios

Code: hijas como cuidadoras {1-1}

1:28 [tengo unas hijas maravillosas,..] (26:26)

tengo unas hijas maravillosas, una es, una que, maestra de educación especial, sí, la que más es la más chiquita, y es la que... la que la sujeta un poco, la sujeta un poco, le habla y tal y cual y esa es la que va con la madre... esta es la vida....

Code: Ideas confusas {2-1}

1:36 [Pues, qué se yo, más de risa, ..] (32:32)

Pues, qué se yo,

1:38 [¿ Pues, qué se yo, más de risa..] (32:32)

¿ Pues, más de risa, más de...

Code: Ideas previas sobre la risoterapia {1-3}

1:35 [Me llamó la atención.....;Qué sé..] (32:32)

Me llamó la atención.....;Qué sé yo! ¿ Pues, qué se yo, más de risa, más de... aunque se ha reído uno a mares, porque no soltaba uno, soltaba otro y que no, bueno, sí, sí, o sea, hemos reído, hemos disfrutado que es lo principal el rato que hemos estado, o las horas o lo que fuere... hemos disfrutado pues estupendamente, bien, bien.

Code: identificación a través del taller con los problemas de otras personas mayores participantes {1-1}

1:65 [Bueno, pues en eso, que si he ..] (62:62)

Bueno, pues en eso, que si he tirado aquí una hora ó dos horas, eh, a la semana, pues, mmmm, la gente veía que tenía problemas como los que tengo yo, o de otro tipo, de otra forma, y... no sé si ellos tenían

más valor para disimular que yo, no lo sé, entonces... sí, me he identificado en el ambiente de la risoterapia con personas mayores, y personas que tienen, pues... otro tipo de problemas que no son los mismos exactamente, pero bueno, al fin y al cabo son problemas sentimentales, son problemas de, eso es, mente, son problemas de cosas de estas.

Code: Impacto psicológico de enfermedad física {1-3}

1:40 [neumonía he tenido, neumonía h..] (34:34)

neumonía he tenido, neumonía ha tenido, al incorporarte a la vida, porque si te dejas y no vienes a nada y te estás en casa metido y no hablas con nadie, no te... pues llegaría un momento que a la edad nuestra muy malo,

Code: incremento de la capacidad de lucha/afrentamiento {1-1}

1:50 [que pienso digo "coño", ¿cómo ..] (46:46)

que pienso digo "coño", ¿cómo no vas a valer?, , que a lo mejor vas a llegar allí y no lo vas a ... pero en principio aunque cueste lo que cueste, he visto que hay que tirar "pa lante". Una cosa que te obligue, una cosa que tires para delante, muy bien.

Code: incremento de la motivación personal {4-1}

1:20 [Entonces me sirve para motivar..] (20:20)

Entonces me sirve para motivarme también...

1:49 [Bueno, pues esto ha sido como,..] (46:46)

Bueno, pues esto ha sido como, como dar cuerda a un muñeco, he empezado a moverle, aunque en casa la mujer pues, lógicamente lo que quiere es que estés allí a su servicio y demás para la pesca, a la natación, la gimnasia, y todo eso lo había "dejao" y he "empezao", y he tenido, por ejemplo he cogido cotos de caza para futuro, para el año que viene, muy bien, que pienso digo "coño", ¿cómo no vas a valer?,

1:76 [En cuanto a si he modificado a..] (76:76)

En cuanto a si he modificado algún hábito No especialmente, vamos a ver, ehh... en cuanto a colaborar en el banco del tiempo estoy más motivado porque estoy participando bastante con gente que intercambiamos, eso sí es verdad

1:121 [está mejor ella... más motivad..] (137:137)

está mejor ella... más motivada, más motivada en todo, sí, sí, sí. Además yo creo que le ha venido perfecto.

Code: Incremento en valoración de la risa {1-0}

1:51 [Respecto a mi valoración actua..] (48:48)

Respecto a mi valoración actual de la risa....Pues ahora se valora más porque antes no veía yo, ahora, a partir de entonces desde que he estado con, con la risoterapia, inclusive cuando me estoy afeitando o aseando, cuando te miras al espejo, sí, sí, sí, haces muecas, bobadas, sí, sí, sí, y yo mismo me hace reír, muy bien, lo cual antes pues no lo hacía, no lo hacía, no lo hacía... y busco la postura de agradar a alguien, digo pues si voy ahí.. pues voy a hacer esta mueca que parece que...

Code: intención de aprovechar al máximo el tiempo {1-0}

1:78 [En cuanto a si hemos modificado..] (78:78)

En cuanto a si hemos modificado algún hábito de la vida. Mmmm, quizá ponerme o sea, poner un poco como decía antes eh, más interés en que no se me vaya el tiempo, que no se me vaya el tiempo, que si puedo aprovechar más intensamente una hora que esté hablando con quien sea, eh, que sea de verdad, ya, no que no sea pasar y, no algo superficial, exactamente, eso sí,

Code: intención de mantener el contacto con los profesionales implicados {1-0}

1:88 [porque si es necesario cuando ..] (90:90)

porque si es necesario cuando sea ya sabes, eh. Me quedé con tu teléfono, sí, eh, en un momento determinado para... bueno, pues tener un contacto y saber si, muy bien, se hace alguna cosa más o... incluso con el psicólogo también, sí, sí, sí, porque a lo mejor también me interesa una charla con el psicólogo, eh, a lo mejor es importante, entonces no quiero desprenderme, muy bien, de... desconectarme de vosotros. Muy bien, pues nada.

Code: Intención de seguir aprendiendo {2-0}

1:84 [predisposición a que si se rep..] (84:84)

predisposición a que si se repite lo vuelva a hacer. Muy bien... para ver si consigo lo que no he conseguido en este tramo, muy bien.

1:86 [Sobre si volvería a participar..] (88:88)

Sobre si volvería a participar en el taller...sí, sí, sí, con una serie de interrogantes que he comentado, eh, pero a ver si se vencen para ver si esos "tropecillos" se vencen, muy bien, en ese sentido no tengo ningún, ninguna, ninguna duda

Code: Interés por afianzar e incrementar las relaciones creadas {1-0}

1:87 [y con la gente, lógicamente de..] (88:88)

y con la gente, lógicamente después pues, ehh, quizás fuese muy bueno este grupo de personas, sí, habernos encontrado algún día más, incluso aunque fuera, es decir, que no fuera risoterapia, que sea un encuentro para recordar lo que... lo que se vivió en estos, en esas cuatro sesiones, sesiones. Quizás eso daría mucha más confianza y haría pues más amistad, en una palabra, me parece, sí, sí, sí. Creo que he hecho un poquitín así también de, sí, ... no en esto, sino en todos los cursos, sí, sí, posteriormente bueno pues oye mira. En el banco del tiempo pongo este ejemplo, en el banco del tiempo ha habido cosas, decir bueno, pues mira... hemos tenido tantas encuentros, tantas charlas, tanto esto y nos vamos a organizar una excursión, senderismo por ahí. En ese senderismo se hace muchísimo bien y se hace muchísima cosa, aparte de pasarlo bien, claro, claro, aparte de pasarlo bien. Pero se inclina más la gente si al final intimidamos más. Muy bien, así es que en ese sentido pues sí. Pero te lo digo en todos, pero también comprendo pues que el tiempo es limitado, sí, y que no, y que no hay más de lo que se puede dar

Code: Interés por aprender {2-2}

1:108 [Respecto a si me he sentido me..] (123:123)

Respecto a si me he sentido mejor tras participar en el taller, Yo creo que en ese aspecto me he sentido igual, siempre he tenido ansias de venir para ver de qué era.

1:110 [Y con más ilusión de ver a ver..] (125:125)

Y con más ilusión de ver a ver de qué era la nueva clase.

Code: Interés por conocer y disfrutar {1-2}

1:89 [Me inscribí en el curso porque..] (92:92)

Me inscribí en el curso porque...Porque quería conocer cómo era eso y pasar un rato bueno...

Code: lazos afectivos {1-1}

1:33 [nos une mucho a los mayores, p..] (30:30)

nos une mucho a los mayores, porque coges unas amistades y una, un, un querer a la gente que no las tenías, y una confianza, porque esos juegos hacen que nos queramos y los que estamos necesitados los mayores es de cariño, de unión,

Code: manifestación explícita de emociones positivas {2-1}

1:13 [pues más alegría, más alegría,..] (10:10)

pues más alegría, más alegría, te van las cosas con mejor, no sé, así con más resignación como diciendo que me ha parecido bien,

1:19 [en cuanto a si he cambiado alg..] (20:20)

en cuanto a si he cambiado algo, creo que sí porque a lo mejor antes estaba como más depresiva con este tiempo tan "angustia", con la lluvia, con no sé qué, y desde que he venido al taller pues yo me veo como más alegre, más animada, más animada sí,

Code: manifestación explícita de emociones positivas y de su motivación por asistir al taller {1-1}

1:71 [Respecto a los cambios en la v..] (70:70)

Respecto a los cambios en la valoración de las cosas....Bueno, ese día, o ese tiempo pues sí venía más, más contento, venía más, motivado, animado, más motivado a pasar ahí esas tres horas, esas dos horas, máximo

Code: manifestación explícita de que los mayores tienen dificultades económicas {1-2}

1:55 [porque los mayores estamos nec..] (52:52)

porque los mayores estamos necesitados, y hombre es una cosa qué... bueno, pues se valora, y eso pues ha sido una de las cosas que ha "estao" bastante bien, que no esperábamos en realidad, pero que ha "estao" bien.

Code: Motivación extrínseca por asistir al curso {1-1}

1:116 [Me inscribí en el curso porque..] (133:133)

Me inscribí en el curso porque....Porque quiso mi señora, hombre,

Code: Mujer con depresión {1-2}

1:24 [Sobre mi situación personal o ..] (26:26)

Sobre mi situación personal o más bien sobre mi mujer... Está enferma de... yo creo que de nacimiento como se suele decir, familiar, de los nervios,

Code: necesidad de contacto social {5-2}

1:1 [que todas las cosas es que tú ..] (2:2)

que todas las cosas es que tú salgas de casa, ya sólo con el salir de casa, salir de casa, ya conoces a gente, ya tomas otras formas de ver la vida, de no estar encerrado, encerrado, encerrado en casa, pues por eso

1:8 [mi marido es una persona muy b..] (6:6)

mi marido es una persona muy buena, muy inteligente, pero necesita abrirse, abrirse a la gente, darse más a la gente, porque su madre los tenía muy encerraos, muy encerraos, muy encerraos en su casa, mis hijos, mis hijos, mis hijos, no. Hay que sacar a la gente.

1:64 [o sea en, no voy a enumerar lo..] (60:60)

o sea en, no voy a enumerar lo que estoy haciendo para no... pero sí que trato de... actividades para acá, para allá, el banco del tiempo, no sé si lo conoces bien, sí, sí, ahí estoy también muy metido y bueno pues... ahí encuentro bastante satisfacción en el momento que alguien que por lo menos que valora o... y no es por orgullo ni personal ni mucho menos de que qué bien lo haces o que sabes hacer esta cosa. No, sencillamente es por compartir, colaborar, y al mismo tiempo creo que eso puede alimentarme un poquitín más para... para sentirme mejor, no sé si decir crecer ooo, dar más de lo que podría dar antes,

1:90 [Conocer también a las personas..] (93:93)

Conocer también a las personas que iban y tener relación con ellas,.

1:133 [, pues la mujer no sale a pase..] (151:151)

, pues la mujer no sale a pasear ni nada, y yo la veo que está toda triste la mujer. Y esas mujeres las hacía falta salir de paseo y distraerse un poco, "to las" que iban ahí... claro, claro, todas, y yo creo que se apuntan a eso por eso, sí seguro...

Code: necesidad de respiro {1-1}

1:26 [Ahora tenemos un viaje que me ..] (26:26)

Ahora tenemos un viaje que me han aconsejado que vaya, como no sale nada, es como una monja de clausura, no sale nada de nada, yo tengo que hacer. Yo es que salgo a cualquier sitio, que ya sabes que no es llegar y ... hay que estar, claro guardar colas, tiempos de espera, lo que sea, claro. Es que has tardado tanto, porque tal y cual, y yo como la conozco pues ya le tengo que poner que he ido a más sitios para compensar ese tiempo porque ya es tanto, pero...

Code: necesidad de sentirse mejor consigo mismo e intención de volver a participar en actividades de desarrollo personal {1-2}

1:69 [Yo quisiera, yo quisiera estar..] (66:66)

Yo quisiera, yo quisiera estar mejor, sencillamente, yo quisiera estar mejor. ¿Cómo lo consigo? ¿cómo lo voy a conseguir? Pues... en todas estas cosas que estoy haciendo. Si sale otro curso de risoterapia, pues posiblemente me, me apunte; que sale otro curso por ahí de crecimiento personal, pues no hay duda que también, etc., etc. O sea que ahí, yo quiero ehh, crecer, crecer y decir bueno pues venga, quítate los velos esos que tienes tupidos en la cabeza, eh, que la vida que queda es muy poquita, y sin ser negativo ver la realidad, y ya está y conseguir bueno, pues... lo que no he conseguido hasta ahora mismo

Code: necesidad del marido de contacto con otras personas {1-4}

1:8 [mi marido es una persona muy b..] (6:6)

mi marido es una persona muy buena, muy inteligente, pero necesita abrirse, abrirse a la gente, darse más a la gente, porque su madre los tenía muy encerraos, muy encerraos, muy encerraos en su casa, mis hijos, mis hijos, mis hijos, no. Hay que sacar a la gente.

Code: percepción subjetiva de cambios positivos en su salud {1-0}

1:12 [En cuanto a los cambios en el ..] (10:10)

En cuanto a los cambios en el estado de salud físico y mental: Negativo nunca, siempre positivo, No sé valorar...no sé valorar cuánto, cuánta cantidad, cuánta cantidad en positivo, siempre positivo, negativo nada, todo ha sido positivo

Code: Personalidad positiva {1-5}

1:113 [En cuanto a la valoración de l..] (131:131)

En cuanto a la valoración de la risa.... Eso lo valoro mucho y ahora más porque sé los beneficios que tiene, antes y ahora me salía espontáneo pero como sé que tiene beneficios no me cohíbo de reírme. Yo no sé lo que es una depresión. No estoy como otras que se quejan de todo, que se quejan todo el día, yo salgo mucho de casa, estoy sola en casa, en lugar de estar todo el día limpiando. Me gusta tener actividades porque así me obligo a levantarme.

Code: práctica de la risa en la vida cotidiana {2-0}

1:52 [inclusive cuando me estoy afei..] (48:48)

inclusive cuando me estoy afeitando o aseando, cuando te miras al espejo, sí, sí, sí, haces muecas, bobadas, sí, sí, sí, y yo mismo me hace reír, muy bien, lo cual antes pues no lo hacía, no lo hacía, no lo hacía... y busco la postura de agradar a alguien,

1:98 [En cuanto a si he modificado a..] (107:107)

En cuanto a si he modificado algún hábito....Pues por ejemplo, la televisión me gusta muy poco, pero cuando veo algo, que... que pasas un buen rato de risa y esto me estoy atenta a ella, sino la televisión la veo poco porque no me gusta, pero, pero si hay algo que me hace reír y me hace pasar un buen rato, pues esto por ejemplo antes no le daba importancia pero ahora sí. Desde que he ido al taller este veo que es muy importante estar alegre, y oír cosas que te hagan reír... Claro, naturalmente, sí, sí.

Code: Propuesta de cambios en duración {4-0}

1:56 [En cuanto a la duración....Sí....] (54:54)

En cuanto a la duración....Sí... yo hubiera preferido pues alguna más, "a mejor" si llega el caso un poquito más cortas, si llega el caso, sí, no es como el primer día que fue un poco... más largo, sí, a algunas personas se oía "ahhh, si es que se tarda mucho", que no sé qué, qué no sé cuantos, y algunas no vinieron porque tenían otros, otros, pero bien. "Pa" mí como si estábamos "to" el día..... exactamente, una hora o hora y cuarto por ejemplo, efectivamente, todas ellas pues valoradas, y yo creo que "cuanti" más hicieras, más mejor, más a gusto estábamos..

1:85 [Sobre el número de sesiones y ..] (86:86)

Sobre el número de sesiones y si creo que es adecuado...No bueno, de hora y media, más o menos, quizá en vez de tres horas, pues dos horas pero más tiempo, más tiempo, más tiempo. En vez de cuatro sesiones, pues cinco... no sé cuántas fueron, ¿cuatro ó cinco? fueron tres, tres, fueron tres y en la última la de... de risoterapia tres, pues cinco por ejemplo de dos horas, cinco de dos horas, bien aprovechadas, muy bien

1:103 [En cuanto a la duración.... Pues..] (117:117)

En cuanto a la duración.... Pues... tres sesiones... yo creo que fue... no sé si hubiera habido alguna más pues no pasaba nada, pero vamos esos días pues me parece a mí de momento suficiente, pero si hay más, ahí estoy, apuntándome la primera.

1:134 [En cuanto a la duración.... Yo p..] (153:153)

En cuanto a la duración.... Yo por lo que he oído la gente ha dicho que son pocas, que lo mínimo tendría que haber sido una semana, 8 ó 10 días, 8 ó 10 sesiones, sí, sí, 8 ó 10 sesiones, sí.

Code: Reconocimiento de beneficios de la risoterapia {1-1}

1:81 [En cuanto a la valoración de ..] (80:80)

:En cuanto a la valoración de la risoterapia... Lo valoro mucho más ahora, mucho más ahora, lo que pasa, lo que pasa que ahí está el "quid" de la esa, ¿cómo llego, cómo llego yo a sentirme ahí, íntegro, feliz, en, en esa risoterapia, en esa risa? Sí, sí, considero que la persona que ríe y que está eso,

Code: relacionarse con otras personas optimistas {1-1}

1:7 [se está con gente más inteligente..] (6:6)

se está con gente más inteligente que tú con carreras, con gente muy positiva

Code: repercusiones de la enfermedad {1-3}

1:27 [ahora que teníamos un viaje a ..] (26:26)

ahora que teníamos un viaje a Benidorm por eso del IMSERSO, si, que vamos a ir 10 días, ahora el 27 de este mes, se van el 27 de este mes, no tenía otra... alternativa, alternativa, no me refiero que no había más opciones, opciones, más destinos, no me refiero que no había opciones para más largo, para mayo, junio, tal ahí se acaba, se conoce que... pero bueno, ya llevaba casi un año cogido de que avisaron, si, eh, y lo hacían más económico, un buen hotel, tal, ella no quiere ni para las porras,

Code: Repercusiones en estado de ánimo de la enfermedad física {3-2}

1:48 [sí, porque pensabas que ya se ..] (44:44)

sí, porque pensabas que ya se había acabado todo, que ya no, vamos que me ha afectado bastante a las piernas. Porque yo, gracias a Dios, me encontraba bastante bien "pa" la edad que tengo, sí señor, pero se han juntado unas cuantas de cosas y esto pues... me ha venido bien, Y eso es la cosa...

1:70 [No, no, vamos a ver, eh... fí..] (68:68)

No, no, vamos a ver, eh... física o mental. Física ya le contaba el problema que he tenido que me ha cogido de mucha, con mucha sorpresa porque yo me encuentro ahora muy decaído, totalmente decaído... tuve una subida de tensión altísima, eh, hubo un tiempo ahí en que se trataba de equilibrar, no se consiguió, después se consiguió, ahora queda... y después una fiebre de infección urinaria que llegó a

cuarenta también, y eso, me ha deshecho, me ha... afectado, me ha afectado muchísimo. Ehh, no puedo decir que sea ni antes, ni por antes, ni por después; sencillamente en el proceso este que ha surgido, y sí, efectivamente en el aspecto salud, estoy en un proceso ahora mismo que no es, que no se arregla, de aquí me voy al médico, de aquí me voy al médico... a ver qué me hace, si me da algún reconstituyente o eso, porque estoy muy decaído, ya, muy decaído. Sin fuerza física, o sea no es psicológicamente, ahora sin fuerza física.

1:77 [en cuanto a la, en cuanto a la..] (76:76)

en cuanto a la, en cuanto a la salud en sí, he tenido este, este, este bajón, este bajón, que yo no lo atribuyo absolutamente para nada ni a, ni a la risoterapia, ni a falta de risoterapia, sencillamente a un proceso natural, pues yo qué sé... pues cogí una infección, ehh, bueno pues no sé porqué, pero las consecuencias sí que las he tenido, eso sí que lo sé fijo, y además... fuerte, de verdad que sí, me quedo, decaído, decaído, muy decaído, sí, sí. Es que decaído precisamente, no quiero decir que me sienta... no, no, es que caminar ahora mismo, que yo camino mucho, caminaba mucho, camino... espero que no se termine ahí, me cuesta bastante ahora mismo caminar... .

Code: respuesta a necesidad de interacción social {1-1}

1:21 [porque yo soy una persona que ..] (20:20)

Codes: [respuesta a necesidad de interacción social]

porque yo soy una persona que necesito, necesito...mi hermana me lo dice también, vete a esto, vete a lo otro, porque necesitamos hablar con la gente, salir de casa y salir de casa, no estar "encerrás"

Code: revalorar y aconsejar sobre las experiencias vitales de manera positiva {1-2}

1:9 [si la vida te los va a dar, pe..] (6:6)

si la vida te los va a dar, pero si tú estás desde joven ya espabilada pues vas cogiendo esa experiencia, la otra experiencia, pero claro si te has metido en una burbuja pues cuando sales al mundo pues te dan de todos los lados, y la burbuja estalla y cada persona somos un mundo y te toca vivir con esas personas. Cada uno es de una manera y te toca luchar, pero claro si tú has salido de chico...si la burbuja te explota cuando eres pequeño pues...pero a mí me explotó ya muy joven porque me tocó mucho, era la mayor de 5, me tocó salir, salir al mundo y salir,

Code: satisfacción personal por el nivel de identificación del monitor con el grupo {1-1}

1:72 [vosotros pues habéis hecho muy..] (70:70)

vosotros pues habéis hecho muy, muy bien y os habéis bajado a nuestra, , o por lo menos a mí, , no, no bueno, quiero decir que me he sentido muy a gusto porque habéis llegado a, habéis conseguido llegar a identificaros con nosotros, en plural no, mejor conmigo, yo sólo

Code: satisfacción personal por los juegos de contacto entre el grupo {2-0}

1:53 [. vamos a decir los juegos o e..] (50:50)

. vamos a decir los juegos o ejercicios que se hacían entre hombres y mujeres, o hombres con hombres, que estabas como si fueras pues uno mismo, y entonces pues bueno, te encontrabas a gusto, no tenías ni las mujeres porque tocaras un brazo o porque no le, no lo hacían porque en realidad, sí, sí, sí, era, lo hacías, dentro de un juego, dentro de un juego, y sin ninguna mala intención, y sin ninguna mala intención ni nada, pero te agradaba porque veías en ellas o en ellos que, que, que sonreían, entonces si te sonreían es que estaban a gusto, y eso es lo que... ajá.

1:102 [Lo que más me ha gustado son l..] (115:115)

Lo que más me ha gustado son los... Los juegos fueron todos muy simpáticos. Yo me reí mucho e hice algunas veces el tonto, porque no sabía seguir cómo iba la cosa, y, y nos reíamos mucho todos.

Code: Satisfacción por aprovechar oportunidades {1-0}

1:68 [¿Cómo te vas a dormir? pues si..] (64:64)

¿Cómo te vas a dormir? pues sinceramente más satisfecho, menos satisfecho, podía haberlo hecho mejor, podía haberlo hecho bastante mejor, y no lo he hecho porque bueno pues... a lo mejor no he tenido... las luces suficientes para, para hacerlo

Code: satisfacción por relaciones sociales {2-1}

1:42 [Respecto a si me he sentido me..] (38:38)

Respecto a si me he sentido mejor tras participar en el taller, No, ha habido una satisfacción de, de, de, de hablar con la gente, de hacer unos grupos y unas, que me ha agradado, la verdad es que me ha agradado y me ha hecho bastante bien a pesar de que yo tenía un poco baja la moral, no deja de haber estado uno en esas condiciones y esto para mí ha sido pues... bien.

1:61 [en lo que he estado aquí sí he..] (58:58)

en lo que he estado aquí sí he desconectado, sí, sí, en ese tiempo de, de participación mutua entre los compañeros y eso,

Code: sentirse mejor a nivel personal {2-1}

1:10 [Respecto a si me he sentido me..] (8:8)

Respecto a si me he sentido mejor tras participar en el taller, Sí también, también, pues como venir aquí, estar juntos todos, como, pues si, para hacer... con la persona que lo estábamos haciendo pues si también le servía a él para algo, o sea, todo es hacer un servicio mutuamente unos a otros, digo yo, todos los que hemos venido aquí hemos creado como una buena amistad, una buena compañía, hemos estado con paz y bien, a mí me ha parecido muy bien...

1:67 [Trato también, eh, trato por..] (64:64)

Trato también, eh, trato por todos los medios también de... a ver cómo puedo decirlo, de... eh, valorarme, o sea de, de decir, bueno chico mi autoconfianza, mi autoestima, todas esas cosas no las quiero abandonar, porque no quiero, porque sino entonces es cuando me, me hundiría del todo

Code: Síntomas de depresión {1-2}

1:79 [En cuanto a la valoración de l..] (80:80)

En cuanto a la valoración de la risoterapia... Lo valoro mucho más ahora, mucho más ahora, lo que pasa, lo que pasa que ahí está el "quid" de la esa, ¿cómo llego, cómo llego yo a sentirme ahí, íntegro, feliz, en, en esa risoterapia, en esa risa? Sí, sí, considero que la persona que ríe y que está eso, vive... mmm, vive, vive, y a mí esas cosas algunas veces me fallan, me fallan.

Code: taller como actividad revitalizante y positiva {1-0}

1:41 [El taller me ha servido para...E..] (36:36)

El taller me ha servido para...Exactamente, para darme vida.

Code: transmisión de su estado de ánimo positivo a las personas de su entorno {2-0}

1:16 [estar más, estar más contentos..] (14:14)

estar más, estar más contentos con... yo explicándoles a ellos, a mi marido, a mi sobrino, pues tú tranquilo que te va a salir trabajo, al este que tengo en casa que anda queriendo tocar la guitarra paí, si me dan un trabajillo tía, digo, tú ya verás que sí, que sí ya verás, ves, le ha salido dos, ves, pues hay que tener fe, hay que tener tranquilidad, tú no te preocupes, o sea, darle como más ánimos a él, o sea que...de los que yo he recibido yo los expresaba dándoselos a él, de lo que yo había recibido en el taller,

1:18 [me ha servido para valorar un ..] (18:18)

me ha servido para valorar un poquito más las cosas en general... sí, sí, sí...y para dar más autoestima a los... a los que yo tengo a mi alrededor,

Code: Valoración de la risa y el buen humor {1-0}

1:82 [En cuanto a si valoro más, la ..] (82:82)

Codes: [Valoración de la risa y el buen humor]

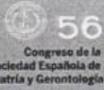
En cuanto a si valoro más, la risa y el buen humor, sí, sí, sí, ahora sí, sí, por todo lo que hemos dicho, sí, sí, sí, ¿sí lo valoras? Por descontado que sí.

Code: valoración positiva del registro de la tensión arterial {1-0}

1:54 [lo que está también bien que l..] (52:52)

lo que está también bien que la gente de momento valora mucho es lo de la tensión, y parece una bobada, antes, qué sé yo, es un aliciente más, es como un caramelo, aunque no le damos imp., "coño",

6.10 Comunicación-Poster Congreso Sociedad Española de Geriatria y Gerontología





SALUD-ENFERMEDAD: APLICACIÓN Y EFECTOS DE LA RISOTERAPIA EN LA MEJORA DEL ESTADO DE SALUD EN UN GRUPO DE POBLACIÓN MAYOR.

P. Santos Marcos (1) (psantos@usal.es), C. Jenaro Rio (2), J. A. Sánchez Martín (3),
 R. M. Díez Fernández (4)

(1) UNIVERSIDAD DE SALAMANCA, (2) UNIVERSIDAD DE SALAMANCA, (3) INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE CASTILLA Y LEÓN,
 (4) IFES- UGT

INTRODUCCIÓN

La salud es un constructo complejo condicionado por múltiples variables que requiere un abordaje holístico en las dimensiones, biológica, psicológica y social. A nivel intervencionista es posible entelececar y mejorar los cambios involutivos del ser humano. La risa se conforma como una poderosa herramienta con efectos positivos en la salud.

OBJETIVOS

Valorar cómo influye la aplicación de un taller de dinámica de la risa en diversas dimensiones que tienen que ver con la salud fisiológica y psicológica de un grupo de población mayor.

PROCEDIMIENTO

Se han utilizado según la dimensión a evaluar distintos instrumentos. El Stepwise abreviado (en la primera y cuarta sesión) para evaluar aspectos de la dimensión fisiológica, así como el registro de la tensión arterial (en las 3 primeras sesiones, mediciones pre y post).
 Para la dimensión psicológica se ha empleado el GHQ-28 Cuestionario de Salud general de Goldberg (en primera y cuarta sesión).
 Por último, mediante la aplicación de una entrevista antropológica de una muestra de los participantes se valora su motivación.
 El Taller se estructura en 3 sesiones de dos horas y cuarto cada una que se llevan a cabo una vez a la semana durante tres semanas consecutivas, más una cuarta sesión en la que se recogen resultados y con una charla sobre "hábitos de vida saludables".
 La muestra se compone de 50 personas mayores con edades comprendidas entre 60 y 88 años de edad, de ambos géneros y socios de los Centros de Día de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Salamanca, Junta de Castilla y León.

RESULTADOS

Se ha obtenido un perfil determinado sobre los aspectos de hábitos de consumo, actividad física y medidas físicas y bioquímicas. Relativo a las medidas de tensión arterial, se observa un aumento descriptivo de esta variable. En el caso del Goldberg, se aprecia un mantenimiento y mejora en aspectos anímicos como la depresión y la ansiedad.

FORMIDORA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje sobre
No	54	84,7	88,3
Si	1	1,8	1,8
Total	55	86,2	100,0

ACTIVIDAD FISICA INTERNA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje sobre
No	46	83,7	82,8
Si	4	7,3	8,0
Total	50	87,7	100,0

CONSUMO DE ALCOHOL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje sobre
No	50	81,4	88,3
Si	20	31,1	34,4
Total	50	80,3	100,0

FRECUENCIA CONSUMO ALCOHOL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje consumo
Menos de una vez al mes	17	29,3	49,9
1-3 días al mes	2	3,5	5,4
1-4 días a la semana	3	5,3	8,1
1-4 días a la semana	3	5,3	7,9
1-4 días a la semana	3	5,3	8,1
A diario	7	12,3	18,9
Total	37	64,9	100,0

TIPO DIETA	N	%
Restricción	3	4,7
Equilibrada	44	84,8
Con exceso de grasas	6	7,8
Con exceso de proteínas	3	3,1
Con exceso de hidratos de carbono	1	1,8
Demasiado abundante	1	1,8
Total	64	100,0

TIPO DEPORTE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje sobre
Baja intensidad	15	28,3	28,8
Modesta intensidad	37	64,9	71,2
Intensidad moderada	5	9,3	10,0
Total	57	81,3	100,0

TIPO DEPORTE DE DEPORTE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje sobre
No	33	57,9	68,9
Si	17	29,8	34,8
Total	50	87,7	100,0

BIENESTAR PSICOLOGICO PRE - POST (GHQ28)	Media	N	Desv. ttp.	Error ttp. de la media
Par 1	3,06	47	2,15	,31
Par 2	4,32	47	2,37	,35
Par 3	1,24	46	,95	,14
Par 4	1,64	45	2,08	,31

PERFIL DE LOS PARTICIPANTES	hombre	%	
GENERO	15	26,5	
mujer	42	73,7	
EDAD	Min. 60	Max. 88	
Med. 72,76	Desv. ttp. 6,577		
ESTUDIOS	Primarios	44	77,2
Secundarios	5	8,9	
Preuniversitarios	4	7,0	
Universitarios	3	5,3	
No responde	1	1,8	
NINGUNO	3	5,3	
ESTADO CIVIL	Casado	38	66,7
actualmente	1	1,8	
Separado/a	1	1,8	
Divorciado/a	2	3,5	
Viudo/a	13	22,8	
Total	57	100,0	

CIRCUNSTANCIAS MEDICAS	N	%
Punto de vista a hipertensión	20	40,8
Nivel de glucosa elevado a diabetes	5	10,1
No se sabe diagnosticada médica	6	12,0
No tengo estas circunstancias	23	37,0
Total	54	100,0

IMC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje a 100%
Delgado severo	1	1,8	1,8
Delgado normal	1	1,8	1,8
Normal	17	29,8	32,1
Sobrepeso	13	22,8	24,5
Obesidad Tipo I	7	12,3	13,2
Obesidad Tipo II	7	12,3	13,2
Obesidad Tipo III	7	12,3	13,2
Total	53	83,0	100,0

MEDIDA DE PRESION ARTERIAL	N	Mínimo	Máximo	Medio	Desv. ttp.
TENDI ART SIST	48	116	176	129,40	13,091
TENDI ART DIAST	48	50	90	72,25	7,080
PREC CARD	13	50	100	66,26	14,240

ANILIS GLUCOSA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje a 100%
México	42	73,7	84,4

ANÁLISIS DE CONTRASTES MULTIVARIADOS EN MEDIDAS DE PRESIÓN ARTERIAL PRE - POST SESIÓN

Los estadísticos de contraste indican que existen **diferencias significativas en las puntuaciones promedio sistólicas y diastólicas previas a las sesiones**. Además, las comparaciones por pares pusieron de manifiesto que las puntuaciones en el tercer momento (DA3) eran significativamente diferentes a las obtenidas en el primer y segundo momento. Dicho de otro modo, **la presión diastólica en la tercera medición previa a las sesiones se ha reducido sustancialmente**. Por otro lado los estadísticos de contraste indican que **existen diferencias significativas en las puntuaciones promedio sistólicas y diastólicas posteriores a las sesiones**. Además, las comparaciones por pares pusieron de manifiesto que las puntuaciones en el primer momento (SB1) y (DB1) eran significativamente diferentes a las obtenidas en el segundo y tercer momento. Dicho de otro modo, **la presión sistólica y diastólica en la primera medición posterior a las sesiones se ha reducido sustancialmente**. En cuanto a la frecuencia cardíaca, Los estadísticos de contraste indican que existen diferencias significativas en las puntuaciones promedio previas a las sesiones. En este caso y a diferencia de las anteriores puntuaciones que se ajustan a una línea recta (modelo lineal), en este caso las puntuaciones se ajustan a una curva (modelo cuadrático). Las comparaciones por pares indicaron que las **medidas previas de la tercera sesión fueron significativamente más elevadas que las obtenidas en la primera y segunda sesión**. El análisis de posibles cambios en frecuencia cardíaca tras las sesiones no mostró diferencias significativas

CONCLUSIONES

En la muestra de edad definida se reflejan una serie de factores de salud determinantes: dieta, ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco y la práctica de deporte. También se recogen medidas del IMC y tipos de patologías, así como niveles bioquímicos importantes para la salud. Con estos determinantes, y tras las sesiones de risoterapia, se evidencian cambios en el bienestar psicológico, aunque no han sido estadísticamente significativos. Cabe destacar como medida física objetiva, que se han obtenido cambios en la tensión arterial y en la frecuencia cardíaca, en los momentos pre y post sesión.

En resumen, según el estudio, aún con las precauciones y críticas metodológicas, es posible afirmar que la risoterapia tiene un efecto positivo en las dimensiones física y psicológica de la salud de los participantes.



Máster Universitario
 Antropología aplicada, salud
 y desarrollo comunitario



Comparando con los pacientes atendidos en el APQC el destino era: CSS 65% (15% LLE, 70% convalencia y 15% paliativos), exitus: 5%, y el 30% alta a domicilio. Los pacientes que marcharon a domicilio recibieron orientación social al alta.

Conclusiones: Los pacientes incluidos APQC a pesar de tener mayor riesgo quirúrgico no han presentado mayor mortalidad en el período estudiado. De los pacientes incluidos en el APQC un 15% fue derivado a LLE frente un 6% del total de pacientes, indica requirieron de un mayor período de atención socio-sanitaria postquirúrgica los pacientes del APQC. El APQC intenta optimizar las condiciones del paciente durante el pre y post quirúrgico. T. Social realiza detección proactiva consistente en la coordinación con los recursos socio-sanitarios y asesoramiento al paciente y/o familia en el retorno a domicilio facilitando la continuidad asistencial.

PS-023. LA CIUDADANÍA DIGITAL: ¿PARA TODAS LAS EDADES? EXCLUSIÓN DIGITAL Y ESTRATEGIAS DE INCLUSIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

E. Alfama, M. Cruells, J.M. Salcedo y M. Sánchez
Institut de Govern i Polítiques Públiques, Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y especialmente Internet se han extendido rápidamente a todos los campos y actualmente desempeñan un rol crucial en la cotidianidad, aunque no todos los sectores sociales están igualmente familiarizados con su uso. Las personas mayores son el colectivo con mayor grado de exclusión digital: si la media de uso de Internet de la población (2012) era de un 64%, en este grupo el porcentaje baja hasta el 14%.

Objetivos: Profundizar en las razones y características de esta exclusión y analizar los procesos de inclusión y aprendizaje digital, en el marco del Proyecto Envejecimiento activo, ciudadanía y participación (Proyectos Cero 2011 en Envejecimiento).

Métodos: Se han revisado las principales fuentes estadísticas, se realizaron 49 entrevistas a mayores durante 2013, se llevó a cabo una encuesta *on line* al alumnado de un programa universitario de formación para mayores de 50 años y se han realizado 4 entrevistas colectivas con mayores con un uso medio o intensivo de TIC.

Resultados: Entre los resultados principales, destacamos que la exclusión digital es cada vez más compleja. Mientras la exclusión absoluta de las TIC (uso vs no uso) disminuye rápidamente a medida que envejecen nuevas generaciones -sólo persiste en los más mayores y en los sectores menos formados-, cobra mayor relevancia la adquisición de competencias digitales más sofisticadas (*digital literacy*). Con la emergencia de algunos colectivos de mayores con patrones de uso equiparables a la media social a medio plazo crece la desigualdad interna en este grupo. Así, será necesario combinar las iniciativas de alfabetización digital básica -actualmente predominantes- con iniciativas innovadoras de desarrollo de competencias digitales más avanzadas. La jubilación supone un punto de inflexión en el aprendizaje digital, aunque aparecen críticas significativas al tipo de programas existentes de promoción de TIC en mayores. Las principales barreras identificadas son motivacionales (percepción de falta de utilidad, miedo...), funcionales y económicas, y para muchos de estos obstáculos se mencionan estrategias diversas de superación. Finalmente, los mayores consideran que las TIC favorecen la creación de dinámicas intergeneracionales y les proporcionan autonomía y calidad de vida.

PS-024. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

A. Porta Ferré y J.L. Sánchez Rodríguez
Hospital Comarcal Amposta.

Objetivos: Describir el perfil social de pacientes clasificados como crónicos-complejos (PCC) ingresados durante un año en una unidad

de subagudos (US) de un hospital comarcal, los recursos activados, y el destino al alta.

Métodos: Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Subagudos con intervención por la Trabajadora Social (TS). La extracción de datos se realizó de la revisión de las historias clínicas de los pacientes, incluyendo: sexo, edad, escala de Gijón, motivo de la intervención, recursos gestionados y destino del paciente al alta hospitalaria.

Resultados: n = 203 pacientes ingresados en la US en 2013, 84 pacientes (41,38%) con intervención por TS. De estos 51,19% mujeres, edad media: 83,69 años. Motivo de intervención: cuidador inadecuado (1,19%), valoración para planificación de recursos (82,14%), problemática derivada de enfermedad mental (1,19%), soporte insuficiente (5,95%), autocuidado insuficiente (3,57%), riesgo del cuidador (2,38%), recursos insuficientes (1,19%), relaciones de convivencia inadecuadas (2,38%). Escala de Gijón: situación social aceptable (11,9%), situación de riesgo social (69,05%), situación de problemática social (10,71%). En 8,34% no se aplicó. Destino al alta hospitalaria: 65,48% domicilio habitual, 30,95% hospital sociosanitario, 1,19% Nuevo servicio, 2,38% exitus. Recursos gestionados: (total 212) coordinación con servicios sociales de referencia (72,62%), coordinación con socio-sanitario (33,34%), información y trámites Ley de Dependencia (25%), información general de recursos (64,28%). Otros recursos: Banco de Ayudas Técnicas, Servicio de Atención a Domicilio público o privado, Residencia pública o privada, teleasistencia, Centro de Día público o privado, Hospital de Día, grado de discapacidad, proceso incapacidad, etc.

Conclusiones: La intervención de TS en los equipos interdisciplinares de unidades hospitalarias centradas en la atención a la cronicidad, favorece una mejor coordinación con los equipos de servicios sociales de referencia y la puesta en marcha de los recursos más adecuados a los pacientes y su entorno social. En nuestra experiencia, esto ha permitido en gran medida la vuelta de los mismos a su entorno habitual con el soporte necesario para atenuar la carga sobre los cuidadores, garantizando así el bienestar del paciente.

PS-025. SALUD-ENFERMEDAD: APLICACIÓN Y EFECTOS DE LA RISOTERAPIA EN LA MEJORA DEL ESTADO DE SALUD EN UN GRUPO DE POBLACIÓN MAYOR

P. Santos Marcos¹, C. Jemaro Río², J.A. Sánchez Martín² y R.M. Díez Fernández³

¹Universidad de Salamanca. ²Instituto de Neurociencias de Castilla y León, Universidad de Salamanca. ³WES-UGT, Salamanca.

Introducción: La salud es un constructo complejo condicionado por múltiples variables que requiere un abordaje holístico en las dimensiones, biológica, psicológica y social. A nivel intervencionista es posible entretener y mejorar los cambios involutivos del ser humano. La risa se conforma como una poderosa herramienta con efectos positivos en la salud.

Objetivos: Valorar cómo influye la aplicación de un taller de dinámica de la risa en diversas dimensiones que tienen que ver con la salud fisiológica y psicológica de un grupo de población mayor.

Métodos: Se han utilizado según la dimensión a evaluar distintos instrumentos. El *Stepwise abreviado* (en la primera y cuarta sesión) para evaluar aspectos de la dimensión fisiológica, así como el registro de la tensión arterial (en las 3 primeras sesiones, mediciones pre y post). Para la dimensión psicológica se ha empleado el Cuestionario de Salud General de Goldberg, GHQ-28 (en primera y cuarta sesión). Por último, mediante la aplicación de una entrevista antropológica de una muestra de los participantes se valora su motivación. El Taller se estructura en 3 sesiones de dos horas y cuarto cada una que se llevan a cabo una vez a la semana durante tres semanas consecutivas, más una cuarta sesión en la que se recogen resultados y con una charla sobre "hábitos de vida saludables". La muestra se compone de 50

personas mayores con edades comprendidas entre 62 y 88 años de edad, de ambos géneros y socios de los Centros de Día de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Salamanca, Junta de Castilla y León.

Resultados: Se ha obtenido un perfil determinado sobre los aspectos de hábitos de consumo, actividad física y medidas físicas y bioquímicas. Relativo a las medidas de tensión arterial, se observa un aumento descriptivo de esta variable. En el caso del Goldberg, se aprecia un mantenimiento y mejora en aspectos anímicos como la depresión y la ansiedad.

Conclusiones: Según el estudio, aún con las precauciones y críticas metodológicas, es posible afirmar que la risoterapia tiene un efecto positivo en la salud (física y psicológica) de los participantes.

PS-026. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN UN EQUIPO DE SOPORTE HOSPITALARIO

M. Merino Alainez

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Analizar resultados de intervención social desde la implantación del programa de atención psicosocial, para pacientes con enfermedad avanzada, en un Equipo de Soporte Hospitalario.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo recogido en base de datos. Perfil de pacientes ≥ 65 años atendidos en un Equipo de Soporte Hospitalario de primer nivel, que han requerido de valoración e intervención social. Datos del primer año del programa, desde inicio de la actividad asistencial 19-03-2013 al 28-02-2014.

Resultados: Muestra ≥ 65 años: 117 pacientes (80,1% del total). Mujeres (43,58%), hombres (56,41%). Edad media 81,11. Estado civil: casados (50,42%), viudos (36,75%), solteros (9,40%), otros (3,41%). Cuidador principal: hijos (57,26%), cónyuge (25,64%), otros (17,09%). Al ingreso proceden de: domicilio 107 (91,45%), residencia 10 (8,54%). Al alta hospitalaria: UCP 30 (25,6%), domicilio 14 (11,9%), domicilio con gestión y seguimiento de ESAD 36 (30,7%), residencia 7 (5,9%), otros 2 (1,7%). Éxitus 28 (23,9%). Con instrucciones previas registradas un 3%. Motivo de intervención: organización y planificación de cuidados (49,57%), falta de cobertura de apoyo (16,23%), sobrecarga de cuidados (11,11%), dificultad en la comunicación (6,83%), situación de conflicto (5,12%), intervención en crisis (4,27%), vulnerabilidad social (4,27%) y claudicación familiar (2,56%). Se intervino en diferentes servicios de hospitalización: Urgencias (35,04%), Medicina Interna (35,89%), Oncología (11,11%), Digestivo (5,98%), Otros (11,96%). Representan diagnósticos clínicos: oncológicos el 64,10% de los cuales (digestivos 23,07%, pulmón 7,69%, próstata 7,69%, ORL 5,12%, hematológicos 4,27%, ginecológicos 4,27%, otros 11,96%); no oncológicos el 35,89% de los cuales (demencia 8,54%, EPOC 8,54%, ICC 5,98%, IHI 5,12%, pluriopatología geriátrica 3,41%, ELA 2,56%, otros 1,70%).

Conclusiones: 1. El principal volumen de pacientes atendidos en ESH con intervención social son ≥ 65 años. 2. Requiere de una valoración integral y una intervención específica. 3. El motivo de intervención con más demanda es la organización y planificación de cuidados. 4. El 64,10% de los pacientes valorados son oncológicos y el 35,89% no oncológicos. 5. Durante el primer año de actividad el volumen de derivación del ESH al EAPS es cada vez mayor.

PS-027. EL SEXO ES EL ÚNICO FACTOR POBLACIONAL QUE INFLUYE EN LA INCIDENCIA DE LOS SPCD EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE DEMENCIAS

A.M. Sanz Casalengua, M.L. Arias Muñana, L.C. Arranz Santamaría y M.J. Gayoso Orol

Hospital Virgen de la Poveda, Villa del Prado, Madrid.

Objetivos: Profundizar en el conocimiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) en pacientes ingresados en

la unidad de demencias de un hospital de media estancia. Hemos registrado el número y tipo de SPCD presentes en los pacientes. Hemos estudiado la asociación estadística con características demográficas y clínicas, tales como edad, sexo y tipo de demencia. Como objetivo posterior, queremos introducir mejoras en la supervisión de los pacientes y en los tratamientos no farmacológicos.

Métodos: Estudio observacional, de carácter descriptivo y exploratorio. La población estuvo formada por pacientes con demencia atendidos por el departamento de terapia ocupacional de la unidad, durante un periodo de tres años (N = 222). Se han extraído datos demográficos y clínicos, entre ellos el sexo, la edad y el tipo de demencia, así como 15 SPCD. Para el estudio del índice global de SPCD se ha usado un análisis ANOVA factorial, y para el análisis de cada síntoma individual se han empleado el test Chi-square y el test exacto de Fisher.

Resultados: Edad media: 82,7 años. Sexo: 56,3% mujeres. Incidencia SPCD: 86,5%, uno o más síntomas. Tipo de demencia: 43,6% Alzheimer, 27,9% mixta. Estado: 57,6% moderado, 31% moderadamente grave, SPCD más frecuentes: inquietud, insomnio, agresividad física y depresión. Únicamente el sexo muestra una asociación significativa con el índice global de SPCD. Los hombres padecen en promedio un síntoma más que las mujeres. En cuanto a los síntomas individuales, destaca significativamente la mayor presencia de agresividad física en los hombres. Con menor claridad, el análisis sugiere otros síntomas con una posible asociación con el sexo masculino: inquietud, agitación verbal y delirios.

Conclusiones: El sexo se muestra con claridad como un factor que está asociado a la aparición de SPCD, especialmente en relación con la agresividad física. Otros SPCD podrían estar también asociados al sexo, pero los resultados no ofrecen significatividad estadística suficiente. Estos resultados sugieren la necesidad de una supervisión especial de los pacientes varones que presenten algunos de los síntomas identificados. Asimismo, parece recomendable introducir mejoras en la intervención no farmacológica en esos casos, en especial a través de terapias ambientales.

PS-028. CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DEMENCIA. LOS PLANES DE VIDA ESENCIAL

L. Piñol Vilamitjana, M. Alsina Almirantes, J.P. Agudo Pérez,

M. Enríques Salazar y P. Álvarez Guixé

Residència Lala, Mataró.

Objetivos: Mejorar el estado de ánimo de los residentes de la unidad de demencias. Aumentar el potencial de implicación positiva (conductas de alto potencial), mejorar la calidad de las interacciones del personal con los residentes.

Métodos: Mediante la técnica del Dementia Care Mapping se registran las conductas, estados de ánimo de los residentes con demencia y las interacciones del personal con dichos residentes. Se diseñan reuniones periódicas con el personal en el que se trabajan los mapas obtenidos, la biografía del residente y las apreciaciones del personal. Se diseñan los "planes de vida esencial" para cada uno de los residentes poniendo énfasis en la percepción positiva de la persona con demencia. Se vuelve a registrar con el Dementia Care Mapping para observar los resultados.

Resultados: Respecto al estado de ánimo positivo, en la primera mapación es del 67% de los periodos observados, mientras que en la segunda mapación pasa al 84%. En cuanto al potencial de implicación positiva, en la primera mapación es del 37% pasando al 56% en la segunda mapación. Referido a la calidad de las interacciones observamos en la primera mapación 18 detractores y 45 potenciadores, pasando a 1 detractor y 65 potenciadores en la segunda mapación.

Conclusiones: La metodología de trabajo de la atención centrada en la persona mediante "los planes de vida esencial" mejora el estado de ánimo, el potencial de implicación positiva de los residentes con



CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES

Por la presente certificamos que

P. Santos Marcos, C. Jenaro Rio, J.A. Sánchez Martín, R.M. Díez Fernández

Han presentado la comunicación tipo **PÓSTER**:

SALUD-ENFERMEDAD: APLICACIÓN Y EFECTOS DE LA RISOTERAPIA EN LA MEJORA DEL ESTADO DE SALUD EN UN GRUPO DE POBLACIÓN MAYOR.

durante el 56 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y 20 Congrés de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia celebrado en Barcelona del 21 al 23 de mayo de 2014

Y para que así conste a todos los efectos, firmamos la presente
CERTIFICACIÓN

Barcelona, 23 de mayo de 2014

**José Augusto
García Navarro**

**Ramón
Cristófol Allué**

**José Antonio
López Trigo**

Presidentes del Comité Organizador