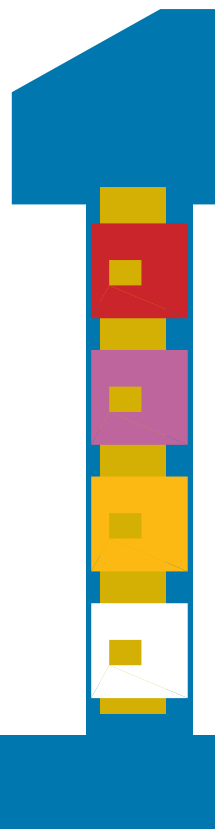


GUÍAS DE IMPLANTACIÓN

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

RISOTERAPIA APLICADA A CUIDADORES DE
PERSONAS CON DEMENCIA



Risoterapia aplicada a cuidadores de personas con demencia





PROMOTORES:

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca (Imsero).

EDITA:

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca (Imsero).

AUTORES:

María Fraile Alonso

Edición: 2018

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero).

NIPO: 686180016



I.	OBJETO DE LA GUÍA	7
II.	INTRODUCCIÓN	7
III.	DEFINICIÓN DE LA TERAPIA	10
	♦ DEFINICIÓN Y TEORÍAS DE LA RISA	10
	♦ DEFINICIÓN DE LA TERAPIA DE LA RISA	12
	♦ BENEFICIOS DE LA RISOTERAPIA	13
	♦ OBJETIVOS DE LA TERAPIA PARA CUIDADORES	15
IV.	ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA TERAPIA	16
	♦ ESPACIOS FÍSICOS	16
	♦ MATERIALES	17
	♦ RECURSOS HUMANOS	18

V.	METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN	19
♦	USUARIOS A LOS QUE SE DIRIGE	19
♦	TEMPORALIZACIÓN	19
♦	DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA SESIÓN	20
♦	EJEMPLO DE GUIÓN BÁSICO DE UNA SESIÓN	22
♦	CONSEJOS PARA UNA MEJOR INTERVENCIÓN	28
VI.	IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN	30
VII.	INVESTIGACIÓN SOBRE LOS EFECTOS DE LA RISOTERAPIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES.....	31
♦	INTRODUCCIÓN	31
♦	MÉTODO	31
♦	RESULTADOS	32
♦	DISCUSIÓN	35
VIII.	CONCLUSIONES	36
IX.	REFERENCIAS	37



OBJETO DE LA GUÍA

El objetivo de la presente guía es dar a conocer las técnicas de risoterapia y los beneficios de su utilización e implantación como herramienta de trabajo para favorecer la calidad de vida de cuidadores principales de personas con enfermedad de Alzheimer (E.A.) y otras demencias en centros que atiendan a este colectivo.

INTRODUCCIÓN

La relación entre risa y salud ha sido objeto de estudio, observación y debate desde el comienzo de los tiempos. Hay indicios de que en la antigua China e India ya existían templos en los que las personas se reunían para reír y, así, encontrar bienestar físico, mental y emocional.

Grandes pensadores de la historia tales como Platón, Aristóteles, Schopenhauer o Freud han virado su mirada hacia el estudio del humor y la risa en algún momento de su trayectoria vital. Y es que la risa forma parte de la experiencia universal humana ya que se da en todas las culturas y en la práctica totalidad de las personas.



A pesar del pronto interés por la risa y sus efectos, no ha sido hasta hace unas pocas décadas cuando se ha comenzado estudiar científicamente y a poner en práctica la risa como método de terapia o técnica complementaria a terapias más convencionales.

Si hay que poner un punto de partida a lo que hoy conocemos como terapia de la risa nos tendremos que remontar a la década de los años 70 en Estados Unidos. Por aquel entonces, Norman Cousins y Hunter “Patch” Adams mostraron al mundo y a la comunidad médica sus experiencias con el humor, la risa y la salud.

Hunter Doherty “Patch” Adams fundó en 1971 el Instituto Gesundheit bajo la premisa de que “curar puede ser un intercambio de amor y no una transacción económica”. Patch Adams considera que la medicina debe estar basada en la generosidad, el afecto, el amor y **la risa**. Uno de sus proyectos más conocidos es la inclusión de la risa en la atención a los pacientes a través de la intervención de payasos.

A su vez, Norman Cousins publicó en 1976 *“Anatomía de una enfermedad”* donde narraba cómo había minimizado los efectos dolorosos de su espondilitis anquilosante a base de la visualización de películas de Charles Chaplin o los Hermanos Marx. Probablemente en su mejoría no sólo contribuyó la risa, pero sí fue un factor fundamental ya que su calidad de vida mejoró cuando descubrió que 10 minutos de risa intensa tenía un efecto anestésico y le permitía dormir al menos dos horas sin dolor.

Desde entonces, los estudios, artículos y referencias sobre los beneficios de la risa para la salud han proliferado abundantemente y, aunque no siempre el rigor científico y la envergadura de los proyectos hayan sido suficientes, el uso de la risa como terapia alternativa es, hoy por hoy, un hecho.



Por otra parte, existe evidencia contrastada de que cuidar a una persona con E.A. supone, con frecuencia, una notable fuente de estrés que puede llegar a afectar de manera importante a la vida del cuidador. Además de ver mermado su tiempo libre y las actividades de ocio, restringida su vida social y de tener dificultades en la vida familiar y laboral, ven alterada su propia salud. Los cuidadores presentan problemas de salud tanto físicos como emocionales o psicológicos.

La situación de cuidado genera profundas reacciones afectivas y emocionales: tensión, ira, tristeza, culpabilidad. Empieza por el desgaste emocional, físico y económico, hasta el punto de que el cuidador presenta una gran incidencia de trastornos psicológicos: estrés, ansiedad, depresión, etc.

Con el fin de tratar la demencia desde un punto holístico e integral, es habitual trabajar con los cuidadores a través de diferentes programas psicoeducativos. La terapia de la risa es una posible forma de intervenir sobre la sintomatología psiquiátrica de los cuidadores o sobre su prevención y mejorar así su calidad de vida.



DEFINICIÓN Y TEORÍAS DE LA RISA

Antes de comenzar a definir lo que es o lo que no es la terapia de la risa, merece la pena hacer una parada para aclarar qué es la risa.

Según la Real Academia de la Lengua Española la risa es:

- ♦ Movimiento de la boca y otras partes del rostro, que demuestra alegría.
- ♦ Voz o sonido que acompaña a la **risa**.
- ♦ Lo que mueve a reír.

La risa es una reacción psicofisiológica que, externamente, se caracteriza por las contracciones rítmicas, habitualmente audibles, del diafragma y de otras partes del sistema respiratorio y fonador.

Suele ser una respuesta a estímulos externos o internos, **puede estar relacionada o no con el humor** y suele expresar estados emocionales positivos o ser una forma de descarga de estados emocionales menos agradables. La risa es un fenómeno social que aporta a la persona el nexo de unión con sus congéneres.

En la risa influye la edad, el género, la educación, el idioma y la cultura.



Existen diversas teorías que explican el porqué de la risa:

- ♦ **Teoría de la descarga (Arousal Theory):** ante situaciones estresantes la risa produce una liberación de tensión que genera alivio y disminuye el estrés. La teoría intenta mostrar la complicada interrelación de mente y cuerpo con emoción y cognición.
- ♦ **Teoría de la incongruencia (Discrepancy Theory):** las personas ríen cuando se dan cuenta de que hay una discrepancia entre su situación actual y lo que sería “lo normal”. La risa es capaz de integrar los pensamientos, sentimientos o emociones contrapuestas y reencontrar el equilibrio.
- ♦ **Teoría de la superioridad (Superiority Theory):** la risa aparece cuando alguien se siente superior al otro o a sí mismo, es decir, que es capaz de reírse de sí mismo también.

Por otro lado podemos diferenciar cinco tipos de risa:

- ♦ **Risa genuina o espontánea:** es la risa natural que surge ante estímulos externos y que se relaciona con emociones positivas.
- ♦ **Risa simulada o ensayada:** es la risa voluntaria y sin motivo alguno y no depende del humor, la diversión, estímulos externos o de emociones positivas.



- ♦ **Risa estimulada:** “consecuencia de la acción física o refleja de determinados estímulos directos externos sobre musculatura facial u otros puntos de la anatomía corporal con determinada sensibilidad neurológica, que permiten desencadenar salvas de risas, en ocasiones muy intensas”.
- ♦ **Risa inducia:** surge como efectos de drogas y sustancias específicas.
- ♦ **Risa patológica:** consecuencia de enfermedades del sistema nervioso central (Ejemplo: epilepsia gelástica).

DEFINICIÓN DE LA TERAPIA DE LA RISA

La terapia de la risa es “el conjunto de técnicas e intervenciones terapéuticas (aplicables a una persona o grupo) que conducen a un estado/sentimiento controlado de desinhibición para conseguir experimentar risa que se traduzca en determinados beneficios para la salud”.

“Es una secuencia sistemática de intervenciones planeadas, dirigidas y organizadas que llevan a cambios en el paciente o participante”.

La terapia de la risa no se basa en una sesión de chistes, un monólogo, un conjunto de dinámicas sin programación alguna con el que las personas se divierten, no se basa sólo en la realización de cualquier acción que produzca la risa, sino que, como toda terapia, seguirá la secuencia de valoración, intervención y evaluación y tendrá unos objetivos terapéuticos.



Las técnicas de risoterapia se basan, principalmente, en la “Teoría de la Descarga” y la “Teoría de la Incongruencia” de la risa y promueven encontrar la risa espontánea y genuina, aunque para ello partan en muchas ocasiones de la risa simulada o ensayada. Son prácticas externas encaminadas a un cambio interno.

En ella se utilizan técnicas activas que ayudan a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la risa y a la carcajada, entre las que se encuentran: la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, masajes, dinámicas de experimentación con la risa simulada,...

Si bien, algunas de las técnicas que se utilizan en risoterapia se pueden realizar de forma individual, practicarlas en grupo acarrea mayores beneficios.

BENEFICIOS DE LA RISOTERAPIA

La terapia de la risa se basa en los estudios que demuestran que la risa, ya sea natural-espontánea o artificial-ensayada, provoca efectos beneficiosos en el organismo. Por lo que los beneficios de la risoterapia serán los mismos que los de la risa.

- ♦ **Beneficios a nivel físico:** La risa tiene numerosos efectos en el sistema músculo-esquelético, cardiovascular, respiratorio, endocrino, inmunológico y en el sistema nervioso central. Ejercita y relaja los músculos, mejora la respiración y la digestión, estimula la circulación, reduce las hormonas del estrés, incrementa las defensas, eleva los niveles de tolerancia del dolor y mejora las funciones mentales.



- ♦ **Beneficios a nivel psicológico:** La risa puede mitigar los efectos del estrés disminuyendo los niveles de cortisona y epinefrina e incrementa la función inmunológica.

De acuerdo con algunos estudios, la reducción en la secreción de neurotransmisores como la dopamina y la serotonina, es una de las muchas causas de la depresión. Una reducción de las mismas traerá desórdenes en el control del estado de ánimo y se desarrollará una depresión. Sin embargo una actitud positiva e, incluso, una risa forzada pueden ayudar a mantener la actividad de la dopamina. La risoterapia es capaz de aumentar los niveles de serotonina (hormona opuesta a la depresión) en personas con grandes depresiones y disminuirla así.

Además, la risa aumenta los niveles de endorfinas que pueden ayudar a las personas con ansiedad gracias a su efecto sedante y relajante.

Endorfinas, serotonina y dopamina son las llamadas hormonas de la felicidad y de la autoestima, por lo que la risa está ligada no sólo emocionalmente sino fisiológicamente a la felicidad, el bienestar y la autoestima.

Además, la risa ayuda a descargar emociones y pensamientos negativos y a poner distancia con las situaciones vitales más complejas ya que provoca un bloqueo de la actividad mental. Durante la risa pensar se hace prácticamente imposible, por lo que hay un descanso de la mente.



- ♦ **Beneficios a nivel social:** la risa es un fenómeno social que ayuda a mejorar la conexión con otras personas, crea y fortalece vínculos y estimula la comunicación reduciendo las tensiones y enfrentamientos.

OBJETIVOS DE LA TERAPIA PARA CUIDADORES

♦ **Objetivos generales:**

- ♦ Mejorar la calidad de vida de familiares y cuidadores directos de personas con demencia.
- ♦ Proporcionar recursos para recuperar la sonrisa, la risa y la carcajada sincera y sus beneficios.

♦ **Objetivos específicos:**

- ♦ Disminuir la sobrecarga emocional.
- ♦ Aumentar la autoestima.
- ♦ Disminuir los niveles de depresión.
- ♦ Crear vínculos de apoyo y ayuda entre cuidadores.
- ♦ Promover espacios de descarga física y emocional.



ESPACIOS FÍSICOS

La sala de trabajo es el lugar donde se realizarán todas las actividades, lugar de encuentro, de movimiento, de experimentación y de descarga emocional. Es por ese motivo que debe ser un lugar agradable, seguro y acogedor.

- ♦ Aconsejamos que el aula cuente con un **suelo cálido y uniforme** ya que las sesiones se suelen realizar descalzos o en calcetines y algunas dinámicas pueden ser realizadas a nivel del suelo.
- ♦ El espacio debe de estar libre de obstáculos para facilitar el movimiento. Conviene tener sillas en los extremos por si algún participante la requiere.
- ♦ El tamaño de la sala se debe adaptar al grupo. No debe ser ni tan grande que los participantes tengan sensación de “grano de arena en el desierto” ni tan pequeño que tengan sensación de “lata de sardinas”. Deben tener libertad de movimiento por lo que sería necesario dos o tres metros cuadrados por persona aproximadamente.
- ♦ Una buena temperatura ayudará a que los participantes estén más cómodos tanto a la hora de entrar en movimiento como a la hora de las relajaciones. La temperatura propicia sería de unos 22°C.
- ♦ La iluminación influye en la mayor o menor activación del grupo por lo que es importante a la hora de realizar las sesiones. Un sistema regulador de la intensidad facilita el trabajo del dinamizador aunque no es indispensable.



- ♦ Las sesiones se realizarán preferiblemente en una sala sin espejos ya que son objeto de distracciones y de bloqueos.



MATERIALES

Es posible hacer una sesión de risoterapia sin material alguno, pero utilizarlo facilita la conducción de la misma. A veces, el material será sólo un mero acompañante dentro de la actividad y otras veces será el eje fundamental de la misma.

Aconsejamos tener una maleta con todo lo necesario para realizar las actividades programadas, pero también debe haber material de reserva que nos permita improvisar actividades con el fin de adaptarnos a las necesidades del grupo.

A continuación nombraremos algunos objetos que podrían ser útiles (no imprescindibles) en las sesiones, aunque todo dependerá de las actividades proyectadas para cada sesión.

- ♦ Equipo de sonido
- ♦ Globos de colores normales
- ♦ Globos alargados de colores (8 X 60 cm)



- ♦ Papel continuo blanco
- ♦ Cojines
- ♦ Pelotas de diferentes tamaños
- ♦ Tijeras
- ♦ Bolígrafos
- ♦ Ceras de colores
- ♦ Narices de payaso
- ♦ Periódicos
- ♦ Papel higiénico
- ♦ Pegatinas adhesivas blancas
- ♦ Pegatinas de emoticonos
- ♦ Telas de colores
- ♦ Celofán

Es importante hacer una mención especial a la **selección musical** ya que nos acompañará a lo largo de toda la sesión y ayudará a conducir al grupo hacia una mayor o menor activación.

RECURSOS HUMANOS

La intervención requiere personal cualificado, con formación en técnicas de risoterapia, desarrollo personal, relajación y expresión corporal. Con experiencia en dinamización grupal y en los fundamentos del pensamiento positivo y en la problemática que engloba la E.A.



USUARIOS A LOS QUE SE DIRIGE

Esta guía persigue mejorar la calidad de vida de cuidadores de personas con E.A. y otras demencias por lo que, aunque las técnicas de risoterapia pueden ser utilizadas para el beneficio de distintas poblaciones, nos centraremos en los cuidadores.

Tendremos especialmente en cuenta a aquellas personas a las que su situación de cuidado continuo les esté provocando grave estrés, carga mental, depresión, alto malestar emocional o necesiten ayuda para descargar emocionalmente y afrontar la situación. Pero no nos olvidaremos de la función preventiva que puede tener este tipo de terapia.

Los participantes deberán estar en unas condiciones físicas adecuadas. Es preferible que no existan graves problemas de corazón o de movilidad que puedan dificultar la participación en las dinámicas propuestas, pero es responsabilidad de un buen profesional la adaptación de las actividades a las características tanto individuales como grupales y el cuidado y la atención todas las necesidades que vayan apareciendo.

TEMPORALIZACIÓN

El tiempo de una intervención de risoterapia con cuidadores de E.A. y otras demencias dependerá, en gran medida, de si los beneficios que queremos obtener son a corto, medio o largo plazo.

Así, para una **sesión puntual** en la que los beneficios que queremos obtener son a corto plazo se recomienda una duración de entre 2 y 3 horas.



Para alcanzar beneficios a corto- medio plazo es interesante la opción de **talleres intensivos** de fin de semana de entre 9 y 16 horas.

Pero, para lograr que los beneficios de la risa no sólo sean puntuales sino que se alarguen a lo largo del tiempo provocando cambios sustanciales en la salud física y emocional de la persona se aconseja la implementación de un **programa de intervención** en el que se imparta una sesión de risoterapia de, aproximadamente, una hora y media o dos horas a la semana a lo largo de dos o tres meses consecutivos como mínimo.

La opción del programa de risoterapia es la más aconsejable para una mejor atención y seguimiento de los cuidadores principales.

DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA SESIÓN

Para el diseño de una sesión de risoterapia es imprescindible tener claro qué objetivos específicos queremos alcanzar con la misma.

Además, tendremos en cuenta las siguientes variables:

- ♦ Número de participantes.
- ♦ Edad de los participantes
- ♦ Capacidad de movilidad de los participantes.
- ♦ El espacio y los recursos.
- ♦ Condiciones de seguridad para el desarrollo de las dinámicas.
- ♦ Dinámicas anteriormente realizadas.

Finalmente, se realizará **un guion** con los siguientes datos: dinámicas, material, consigna, tiempo, músicas...



GUIÓN BÁSICO DE UNA SESIÓN DE RISOTERAPIA

Fecha:

Duración:

Lugar:

Nº Personas:

Objetivos:

INTRODUCCIÓN: círculo de bienvenida, introducción verbal de lo que va a acontecer o recogida de lo más importante de la sesión anterior y dinámicas de presentación, calentamiento y desbloqueo.

Dinámicas	Material	Consigna	Tiempo	Música

CUERPO DE LA SESIÓN: dinámicas de distensión y descarga emocional, cohesión grupal, motivación y autoestima, autoconocimiento y confianza y dinámicas específicas de ensayo, juego y experimentación con la propia risa.

Dinámicas	Material	Consigna	Tiempo	Música

CIERRE: dinámica de relajación, círculo de despedida y cierre.

Dinámicas	Material	Consigna	Tiempo	Música



EJEMPLO DE GUION BÁSICO DE UNA SESIÓN

Fecha: 18/10/2017

Duración: 2H

Lugar: CRE- Alzheimer

Nº Personas: 16

Objetivos: Descarga emocional, cohesión grupal y aumento de confianza.

INTRODUCCIÓN:

Dinámica	Material	Consigna	Tiempo	Música
Bienvenida		Trabajamos la honestidad emocional. ¿Cómo estás? No se puede responder con un bien, mal o regular.	10´	Alegría (Cirque du Soleil)
Cuento	Cuento "Lucha de lobos"	Leemos y dejamos reposar el cuento a lo largo de la sesión	5´	Sin música
Calentamiento: Golpes energéticos		Nos damos golpecitos con los puños y nos masajeamos todo el cuerpo	10´	Ser feliz es gratis (Rosana)
Calentamiento: abrazo por aproximación		Por parejas, levantamos el brazo derecho y el izquierdo lo dejamos abajo. Una frente a la otra nos vamos acercando hasta tener el cuerpo pegado. Entonces bajamos el brazo derecho para encontrarnos en un abrazo. Caminamos por toda la sala haciendo lo mismo con el resto de los compañeros.		



EJEMPLO GUION BÁSICO DE UNA SESIÓN DE RISOTERAPIA

Dinámica	Material	Consigna	Tiempo	Música
Calentamiento: respiración de la risa		Tomamos aire y lo soltamos vocalizando AAAAA. Cogemos aire y soltamos sacando la lengua y vocalizando la AAAAA. Tomamos aire y soltamos sacando la lengua agitando los brazos y diciendo AAAAAA. Tomamos aire y los sacamos sacando la lengua, agitando los brazos, mirando a los ojos de los compañeros y diciendo AAAAAA. Al tomar el aire se "coge también con las manos".	5'	Sonríe (Rosana)
Me llamo y me pica		En círculo cada uno va diciendo "me llamo Pepito y me pica aquí" mientras se rasca en una parte de su cuerpo. La siguiente persona tiene que presentarse y decir dónde le pica y después decir el nombre del compañero anterior y dónde le pica a él. Así continuamente hasta que la última persona tenga que decir el nombre de todos y rascarse en el lugar donde le pica a todos.	10'	Sin música

CUERPO DE LA SESIÓN:

Dinámica	Material	Consigna	Tiempo	Música
Caminares		Se camina por la sala evitando caminar en círculo. El risoterapeuta propone diferentes formas de caminar: saludar de distinta forma, danzar en parejas o en grupos de un número determinado de personas, caminar a diferentes velocidades,	10'	Ja sei namorar (Tribalistas) Dame la vida (Huecco)



EJEMPLO GUIÓN BÁSICO DE UNA SESIÓN DE RISOTERAPIA

Dinámica	Material	Consigna	Tiempo	Música
Me quejo de...	Un cojín por persona	Cada persona coge un cojín por las esquinas en diagonal formando una pequeña cesta. Se les invita a los participantes a caminar y a ir metiendo todas las quejas posibles en esa pequeña cesta diciendo en alto "me quejo de...". Las quejas pueden ser de cualquier tipo, no hay que trabas a esas quejas. Después colocados todos en círculo se les invita a que, una por una, cada persona de forma individual elijan una queja y la griten golpeando el cojín contra el suelo. Cuando ya han descargado todos se comienza un juego de lucha de cojines para distender. Se les invita a que expresen necesidades, quejas, que descarguen de una forma sana emociones negativas.	15'	Chop Suey (System of a down)
Robo de calcetines	Calcetines	Todas las personas en el suelo descalzos con calcetines. A la orden del risoterapeuta deben robar el máximo posible de calcetines sin levantarse del suelo.	15'	Ilari Larie (Xuxa)
Las vocales de la risa		Reírse con la ja, je, ji, jo y ju como si estuviese prohibido reírse pero no se pueda remediar., reír muy bajito, reír tímidamente, reír normal y reír como si se estuviese pasando el mejor momento del mundo.	10'	Sin música
Imitación de risas	Grabaciones con risas enlatadas	Escuchar risas enlatas e intentar imitarlas	5'	Sin música



EJEMPLO GUION BÁSICO DE UNA SESIÓN DE RISOTERAPIA

CIERRE:

Dinámica	Material	Consigna	Tiempo	Música
Visualización: cae, cae...	Colchonetas o sillas y mantas.	El grupo se tumba en el suelo con ojos cerrados y se le invita a respirar profundamente.	10´	Guru Ram Das
Círculo de despedida y cierre		Se invita a los participantes a que expresen verbalmente una evaluación de la sesión o	15´	La vida es bella (Noa y Miguel Bosé)



Una sesión de risoterapia se puede dividir en tres grandes fases: introducción, cuerpo y cierre.

A continuación podremos ver en qué consiste cada fase y algunos consejos para implementarlas.

Fase 1: Introducción

En esta primera fase se tiene la oportunidad de “tomar el pulso” al grupo, es decir, de observar y recabar información de cómo se encuentran las personas participantes: estado de ánimo, expectativas, miedos, tensiones o lesiones corporales, etc.

La observación del lenguaje no verbal nos dará las mejores pistas para saber cómo dirigir o acompañar a los participantes desde el inicio y a lo largo de toda la sesión.

Es interesante conocer de una forma verbal o visual cuál es el estado anímico con el que llegan los participantes a la sesión y poder compararlo con el estado anímico con el que la terminan con el fin de valorar la efectividad inmediata de la sesión. Para ello, nos ayudará la utilización de la cumplimentación de la **Smiley-Face Assessment Scale**, uso de pegatinas con emoticonos que se puedan poner en el pecho o preguntar directamente.

Usuario:		Fecha:		
Observaciones:				
				
Muy triste	Algo triste	Neutral	Algo contento	Muy contento



En esta primera fase nos encontraremos con las siguientes partes:

- ♦ Círculo de bienvenida.
- ♦ Introducción verbal de lo que va a acontecer o recogida de lo más importante de la sesión anterior.
- ♦ Dinámicas de presentación, exploración del espacio, calentamiento y desbloqueo.

Fase 2: Cuerpo de la sesión

Tras la primera toma de contacto llega el momento de realizar las actividades, dinámicas y juegos más específicos relacionados con los objetivos marcados para la sesión.

El profesional debe estar atento a las necesidades del grupo en relación a la duración de actividades, comprensión de las consignas dadas, los tiempos de descanso-actividad, lectura de emociones presentes...

La segunda fase se divide en las siguientes partes:

- ♦ Dinámicas de distensión y descarga emocional, cohesión grupal, motivación y autoestima, autoconocimiento y confianza...
- ♦ Dinámicas específicas de ensayo, juego y experimentación con la propia risa.

Fase 3: Cierre

La tercera fase es la fase final en la que el nivel de activación del grupo suele estar muy alto por lo que se recomienda bajarlo con el fin de integrar y cerrar la sesión de una forma equilibrada. La mejor opción es el uso de dinámicas de relajación: visualización, reciclajes, masajes...



A continuación, se propone la realización de un círculo de despedida y cierre en donde se da la oportunidad a los asistentes de valorar ya sea verbalmente, por escrito o a través de la expresión plástica, lo ocurrido a lo largo de la sesión. Toda la información que nos den los participantes en relación a lo que han vivido en la sesión nos ayudará a evaluar el trabajo con la risoterapia y los resultados inmediatos de la misma. Además, nos ayudará a conocer los gustos del grupo y sus necesidades y, por lo tanto, a mejorar nuestro trabajo.

Se propone un cierre de la sesión alegre, armónico y afectivo.

La tercera fase se divide en las siguientes partes:

- ♦ Dinámicas de relajación.
- ♦ Círculo de despedida y cierre.

CONSEJOS PARA UNA MEJOR INTERVENCIÓN

Habilidades del risoterapeuta:

Ser capaz de atraer la atención y la confianza, para el grupo esté dispuesto a seguirlo.

- ♦ Coordinar y estructurar la marcha y el funcionamiento del grupo.
- ♦ Ayudar al grupo a vencer los miedos y las resistencias frente a la vergüenza y la falta de recursos personales o al “no saber hacer”.
- ♦ Facilitar la relación personal entre los miembros del grupo.
- ♦ Explicar con claridad los objetivos y las actividades a desarrollar, con lenguaje claro y adaptado a todos los participantes.



- ♦ Tener capacidad para escuchar y observar, más allá de lo evidente, con una actitud empática y, sobre todo, con altas dosis de paciencia y comprensión.
- ♦ Poseer una actitud alegre y con sentido del humor, que sea mentalmente flexible y creativo.
- ♦ Tener grandes dosis de energía y dinamismo, para saber contagiar la alegría y las ganas de reír.
- ♦ Mostrar una actitud de sencillez, frescura y desparpajo, que le haga ser percibido como alguien próximo y amable, pero con seguridad en sí mismo.

Consejos para dinamizar la sesión:

- ♦ Trabajar en círculo ayuda a la cohesión grupal.
- ♦ Si los grupos son grandes habrá que dividir en grupos más pequeños para realizar determinadas dinámicas.
- ♦ Tener claras las reglas o los pasos de la dinámica a realizar, explicarla, dar una consigna y, si es necesario, mostrarla.
- ♦ Una sola dinámica puede servir para alcanzar diversos objetivos. Todo depende de la consigna que se dé.
- ♦ Invitar a todas las personas a participar en todas las dinámicas, que vayan más allá de sus vergüenzas y miedos, pero al mismo tiempo que se respeten a sí mismos.
- ♦ Tantear el estado emocional de los participantes al inicio, mitad y final de las sesiones.



La terapia de la risa necesita de técnicas de medición y control de resultados que evalúen su eficacia para poder mejorar nuestro trabajo y asentar su uso como terapia no farmacológica o complemento de otras terapias basándonos en evidencias científicas.

En el caso de la risoterapia aplicada a cuidadores principales de personas con demencia realizaremos las valoraciones y evaluaciones en función de los objetivos específicos marcados.

Así, se recomienda la utilización de las siguientes escalas antes y después de la implementación del programa de intervención en risoterapia con el fin de hacer una comparativa de los resultados:

- ♦ Escala de sobrecarga del cuidador: Caregiver Burden Interview, CBI.
- ♦ Escala de autoestima: Rosenberg, 1965.
- ♦ Escalas de depresión: para mayores de 65 años la Geriatric Depression Scale, GDS-15 y para personas menores de 65 años la Beck Depression Inventory, BDI-II.

Como método de evaluación inmediata del estado de ánimo en las sesiones de risoterapia se propone la Smiley-Face Assessment Scale, anteriormente citada.

Junto con las escalas estandarizadas se recomienda el uso de cuestionarios subjetivos acerca de sus expectativas previas y sus posteriores experiencias.

Existen otras formas más creativas y abiertas de evaluar lo que ocurre en las sesiones como puede la libre expresión plástica, corporal, verbal o escrita.





INTRODUCCIÓN

El estudio piloto “Efectos de las técnicas de risoterapia en la calidad de vida de los cuidadores de personas con demencia” buscó probar la efectividad de la terapia de la risa para cuidar al cuidador, disminuir la sobrecarga emocional, aumentar la autoestima y reducir los niveles de depresión.

El estudio utilizó un diseño de medidas repetidas sin grupo control ni asignación aleatoria.

MÉTODO

La intervención consistió en 8 sesiones grupales de 90 minutos de duración a razón de una por semana. En las sesiones, eminentemente prácticas y participativas, se realizaron técnicas específicas de risoterapia, expresión corporal, pensamiento positivo y relajación.

El grupo estuvo integrado por un mínimo de 13 personas y un máximo de 16 personas por sesión.



Cada participante fue evaluado antes y después de la intervención con las siguientes herramientas:

- ♦ Escala de Sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview, CBI) .
- ♦ Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965).
- ♦ Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS-15).

Además, cada participante fue valorado antes y después de cada sesión práctica con la siguiente herramienta:

- ♦ Escala de medición del estado de ánimo Smiley-Face Assessment Scale.

RESULTADOS

La muestra final de la investigación estuvo formada por 16 familiares (7 cónyuges, 8 hijos y un hermano) de usuarios del centro de día ($n = 7$) y de las unidades de convivencia ($n = 9$) del CREA, 13 mujeres y 3 hombres, con una edad media de 66.19 años (rango 48-86). Los participantes asistieron a una media de 7.25 sesiones de risoterapia (rango 6-8).

Depresión (GDS-15)

Tras la intervención mediante risoterapia se redujeron significativamente los síntomas depresivos medidos a través del GDS-15.

Es destacable la significación clínica del cambio en síntomas depresivos ya que la media pasó de una puntuación indicativa de depresión leve a una puntuación que no indica depresión.



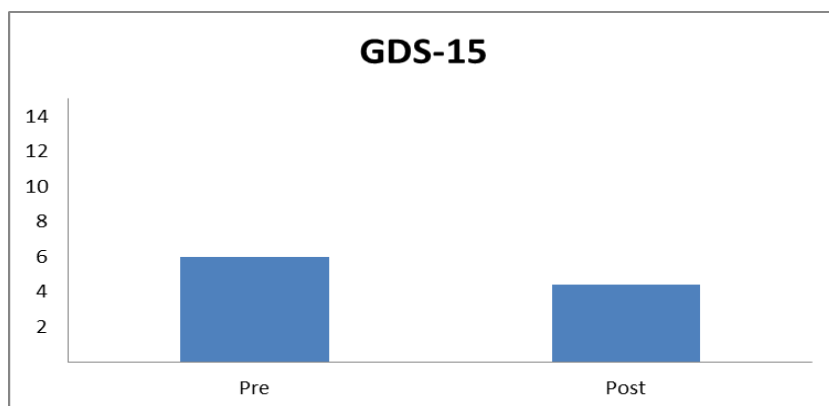


Figura 1. Media de las valoraciones pre y post-intervenciones del GDS-15

Autoestima (Escala de autoestima de Rosenberg)

La puntuación en el test de autoestima de Rosenberg aumentó levemente, sin embargo no se encontraron diferencias significativas.

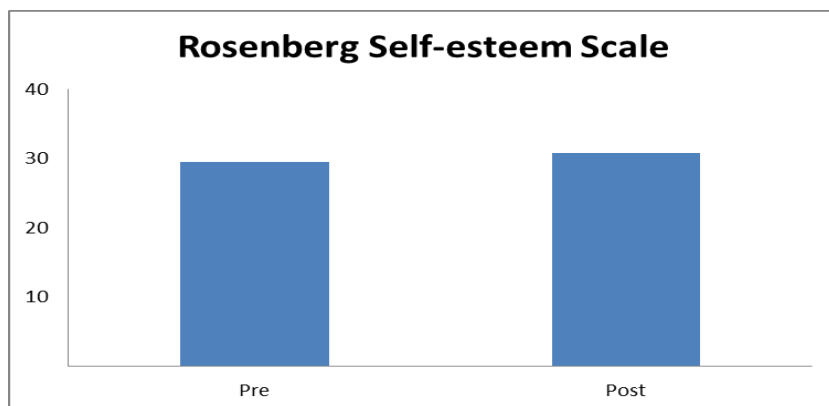


Figura 2. Media de las valoraciones pre y post-intervenciones de la escala de autoestima de Rosenberg



Sobrecarga (CBI – Caregiver Burden Inventory)

Se encontró una reducción significativa de la sobrecarga tras la intervención con Risoterapia.

Es destacable la significación clínica del cambio en síntomas de sobrecarga ya que la media pasó de una puntuación indicativa de sobrecarga intensa a una puntuación que podría ser indicativa de sobrecarga leve.

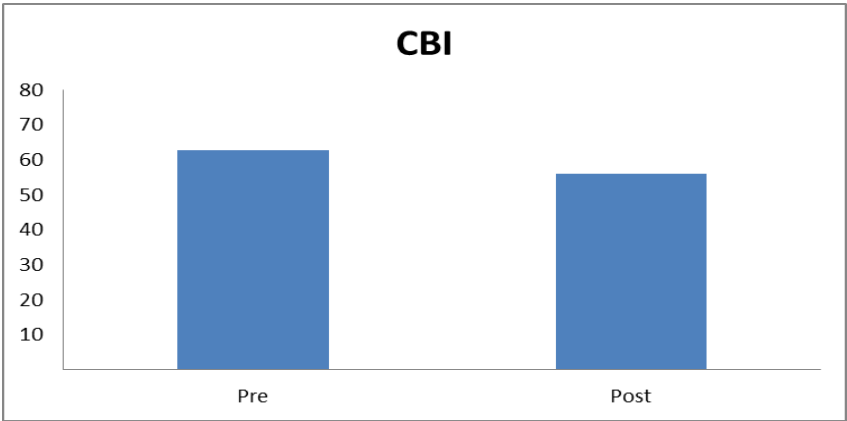


Figura 3. Media de las valoraciones pre y post-sesión del CBI

Estado de ánimo (Smiley-Face Assessment Scale)

Se promediaron para cada participante los registros pre y post de cada sesión para llevar a cabo una prueba t para muestras relacionadas.

Las sesiones de terapia de la risa tuvieron un efecto muy positivo sobre el estado de ánimo ya que éste se incrementó considerablemente tras las sesiones de intervención.



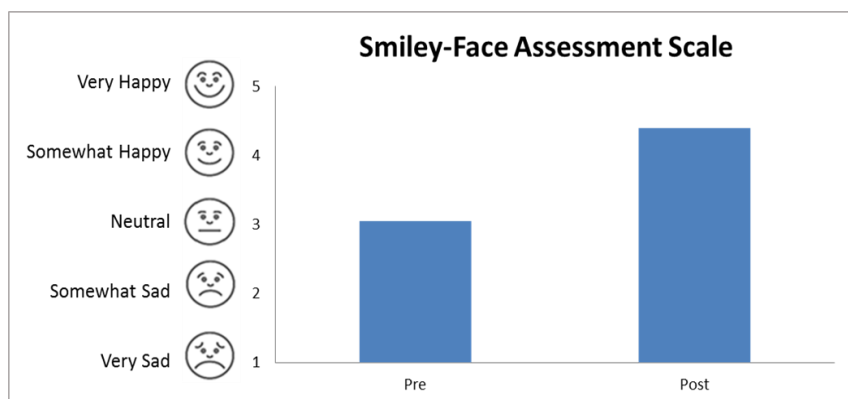


Figura 5. Media de las valoraciones pre y post-sesión del estado de ánimo (Smiley-Face Assessment Scale).

DISCUSIÓN

Las técnicas de risoterapia aplicadas a cuidadores de personas con demencia provocan una disminución de los niveles de depresión y de sobrecarga del cuidador de una forma clínicamente significativa, mantienen los niveles de autoestima y estimula grandes cambios positivos en el estado de ánimo de forma inmediata.

Los cuestionarios subjetivos sobre expectativas previas y sus posteriores experiencias indicaron un alto grado de satisfacción y la superación de sus aspiraciones iniciales. Mencionaron la aparición de emociones positivas, la superación de miedos y el aumento de relación y de cohesión grupal.

Los resultados de este estudio piloto son alentadores y deberían llevar a nuevas investigaciones sobre las técnicas de risoterapia que solucionen las limitaciones metodológicas de este estudio y permitan confirmar los efectos encontrados. Aun así, se puede considerar a la risoterapia como una intervención efectiva, factible y fácilmente aplicable en el cuidado del cuidador.



Si bien la utilización de la risa como método para mejorar la salud no es algo novedoso, su uso en la atención integral de las demencias y, más concretamente, en el cuidado de los cuidadores principales se vislumbra como algo innovador, necesario y altamente positivo.

Ya sea como complemento a otras intervenciones con cuidadores principales o como una terapia con entidad propia la aplicación de la terapia de la risa busca mejorar su calidad de vida, disminuir los efectos emocionales y psicoafectivos más negativos provocados por el cuidado continuo de una persona dependiente y favorecer la aparición de todos los efectos beneficiosos que tiene la risa sobre la salud.

Por lo tanto, llevar a cabo programas de intervención de risoterapia en instituciones o centros especializados en demencias buscando la consecución de unos objetivos, las buenas prácticas y la evaluación continuada es realmente recomendable y favorable.



Ashby, F. G., & Isen, A. M. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological review*, 106(3), 529-550.

Bennett, M. P., Zeller, J. M., Rosenberg, L., & McCann, J. (2003). The effect of mirthful laughter on stress and natural killer cell activity. *Alternative therapies in health and medicine*, 9(2), 38-44.

Betés de Toro, M. (2011). El humor como actitud ante la vida. *Haser*, (2), 67-93.

Brown, A. S., & Gershon, S. (1993). Dopamine and depression. *Journal of Neural Transmission/General Section JNT*, 91(2-3), 75-109.

Castellví, E. (2016). *Taller práctico de risoterapia: juegos y más juegos para provocar la risa*. Barcelona: Alba Editorial.

Cha, M. Y., & Hong, H. S. (2015). Effect and Path Analysis of Laughter Therapy on Serotonin, Depression and Quality of Life in Middle-aged Women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(2). 221-230

Lebowitz, K. R. (2002). *The effects of humor on cardiopulmonary functioning, psychological well-being, and health status among older adults with chronic obstructive pulmonary disease* (Doctoral dissertation, The Ohio State University).

Lefcourt, H. M., & Martin, R. A. (2012). *Humor and life stress: Antidote to adversity*. Berlin: Springer Science & Business Media.

López, M. C., & Martínez, J. L. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes: cuidarse para cuidar*. Madrid: Ediciones Pirámide.



Martín, M., Salvado, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., y Taussig, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6 (4), 338-346.

Martínez de la Iglesia, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Aguado, C., Albert, C., y M.C., A. (2005). Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Atención Primaria*, 35 (1), 14-21.

Mittelman, M., & Epstein, C. (2009). Research results. In F. Rosenberg, A. Parsa, L. Humble & C. McGee (Eds.), *The MoMA Alzheimer's project: Making art accessible to people with dementia*. New York, NY: The Museum of Modern Art.

Mora Ripoll, R. (2010). *Medicina y terapia de la risa*. Bilbao: Editorial Descle de Brouwer.

Mora, R. R., & García, R. M. (2008). Therapeutical value of laughter in medicine. *Medicina clínica*, 131(18), 694-698.

Peinado Portero, A. I. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología*, 14(1), 83-92.

Rosenberg, N. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Sahakian, A., & Frishman, W. H. (2007). Humor and the cardiovascular system. *Alternative therapies in health and medicine*, 13(4), 56-58.



Yesavage, J. A., Brinck, R. L., & Rose, T. L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

YIM, J. (2016). Therapeutic Benefits of Laughter in Mental Health: A Theoretical Review. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 239(3), 243-249.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.



