



Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria
i Fisioteràpia

Universitat de Lleida

***Efectos de la risoterapia en pacientes geriátricos
institucionalizados con sintomatología depresiva***

***Laughter Therapy effects in elderly institutionalized
patients with depression symptoms***

Por: Sheila Artasona Vegas

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

Grado en Enfermería

Trabajo presentado a: Dr. Miguel Ángel Escobar Bravo

Trabajo Final de Grado

Curso 2015-2016

13 de Mayo del 2016

A mis padres y a mi hermana Cristina porque sin ellos no sería lo que soy ni estaría donde estoy, a Dani por su apoyo, a mis amigos soportar mis ausencias, y a mis abuelos porque están y estarán siempre.

Índice

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
1. Introducción	9
2. Marco teórico	10
2.1 Envejecimiento poblacional	10
2.1.1 Factores relacionados con el envejecimiento	10
2.2.2 Causas de muerte	12
2.2 Enfermería geriátrica	12
2.1.1 Ejes principales de la geriatría	13
2.3 Tipología de pacientes geriátricos	14
2.4 Síndromes geriátricos	16
2.4.1 La depresión	17
2.5 ¿Qué es la risa?	21
2.5.1 Definición	21
2.5.2 Tipos de risa	21
2.5.3. Localización neurofísica	21
2.6 Risoterapia	22
2.6.1 Definición	22
2.6.2 Características de la Risoterapia	22
2.6.3. Intervenciones de Risoterapia	23
3. Justificación	27
4. Hipótesis	27
5. Objetivo	28
6. Metodología	28
6.1 Población diana	28
6.2 Profesional al que va dirigido	28
6.3 Pregunta	29
6.4 Metodología de búsqueda	29
6.4.1 Periodo de búsqueda	29
6.4.2 Bases de datos consultadas	29
6.4.3 Palabras clave	29
6.4.4 Criterios de inclusión de los estudios	29
6.4.5 Síntesis de evidencia encontrada	29

7. Intervención	34
7.1 Formación de los líderes	34
7.1.1 <i>Objetivos de la formación a los líderes:</i>	35
7.1.2 <i>Descripción de las principales prácticas</i>	36
7.2 Realización de la intervención	37
8. Consideraciones éticas	46
9. Evaluación de la intervención	48
10. Discusión	49
11. Conclusión	50
12. Bibliografía	51
13. Anexos.	57
Anexo I. Sesiones risoterapia I	57
Anexo II. Sesiones risoterapia II	59
Anexo III. Sesiones risoterapia III	60
Anexo IV. Consentimiento informado	62
Anexo V: Documentación escrita	63
Anexo VI: Escala Yesavage	64

Lista de tablas

Tabla 1. Resultados sintomatología en los diferentes estudios	26
Tabla 2. Síntesis de evidencia encontrada	30
Tabla 3. Sesiones según “Empirical study of the influence of a Laughing Qigong Program on long-term care residents”	56
Tabla 4. Sesiones según “Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly”	58
Tabla 5. Sesiones según “Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: a feasibility study for older people patients with depression”	59

Índice de siglas

SMILE: The Sydney Multi-site Intervention of LaughterBoss and ElderClowns

AP: Atención Primaria

OMS: Organización Mundial de la Salud

UE: Unión Europea

VGI: Valoración Geriátrica Integral

SNS: Sistema Nacional de Salud

ABDV: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AIDV: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

TAC: Tomografía Axial Computarizada

CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia

LQP: Laughing Qigong Program

MMSE: Mini-Mental State Examination

FS: Faces Scale

GDS: Geriatric Depression Scale

GHQ-28: General Health Questionnaire

BDI: Beck's Depression Inventory

STCI: State-Trait-Cheerfulness Inventory

RS: Resilience Scale

SF-36: Short-Form Health Survey-36

ISI: Insomnia Severity Index

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index

RESUMEN

Antecedentes:

La depresión es uno de los Síndromes Geriátricos de más prevalencia presente en las instituciones geriátricas. Es de gran importancia su detección y su posterior diagnóstico para poder tratarlas con el fin de evitar todas las complicaciones que conlleva como por ejemplo, la sensación de abandono que se crea al ingresar en una institución. Tras la revisión de la literatura científica se ha demostrado la efectividad de otras terapias complementarias al tratamiento farmacológico con el fin de disminuir la sintomatología depresiva en pacientes institucionalizados.

Objetivos:

Disminuir un 10% la sintomatología depresiva a través de la risoterapia en pacientes geriátricos institucionalizados diagnosticados de depresión.

Métodos:

Se llevará a cabo una intervención que tendrá como estructura el proyecto *SMILE* y que se complementará con las pautas de la entidad *Salud Creativa*. Será llevada a cabo por los ElderClowns y los LaughterBoss. Diferentes profesionales como auxiliares de enfermería, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos y facultativos serán formados para asumir este rol. Incluirá actividades como son, diferentes juegos (de atención, comunicación, expresión, contacto etc...) para lograr una confianza y cohesión de grupo. Además, se trabajará la Terapia de Gestalt o la gestión de emociones. Estará evaluada a través de la Escala de Yesavage que se realizará en la semana 0 pre intervención y en las semanas 13 y 26 post intervención.

Palabras clave: Depression, elderly, older adults, institution, Residential Aged Care, Nursing Homes, laughter therapy, humor therapy, humor, laughter

ABSTRACT

Background:

Depression is one of the most prevalent Geriatric Syndroms present in geriatric institutions. Its detection and later diagnosis is extremely important in order to treat them to avoid the complications involved, such as the sensation of neglect that appears when entering an institution. The review of the scientific literature has proven the effectivity of other complementary therapies to pharmacological treatment in order to reduce the depressive symptoms in institutionalized patients.

Goals:

Reduce depressive symptoms by 10% through laughter therapy in elderly institutionalized patients diagnosed with depression.

Methods:

The Project *SMILE* will be the structure of an intervention which will be complemented with the guidelines of *Salud Creativa* entity. Said intervention will be carried out by the ElderClowns and the LaughterBoss. Different professionals like infirmery assistants, nurses, physiotherapists, occupational therapists, social workers, psychologists and doctors will be trained to take on this role. It will include activities such as different games (care, communication, expression, contact, etc.) to achieve trust and group cohesion. Gestalt Therapy or emotions management will also be worked on. It will be evaluated through the Scale Yesavage, and will be done on week 0 pre-intervention and on weeks 13 and 26 post-intervention.

Keywords: Depression, elderly, older adults, institution, Residential Aged Care, Nursing Homes, laughter therapy, humor therapy, humor, laughter.

1. Introducción

La depresión forma parte de los Síndromes Geriátricos. Su prevalencia es variable, siendo mayor en instituciones geriátricas (34%), que en el medio hospitalario o en Atención Primaria (AP) (1,2). Pese a este porcentaje, se evidencia también dificultad para su diagnóstico. Se cree que un 20% de las depresiones no se detectan o no se tratan ya que, esta población tiene tendencia al enmascaramiento de síntomas y puede dar confusión con situaciones frecuentes asociadas a la edad, como puede ser duelo o pérdida de las capacidades físicas de la persona, entre otras (3,4).

Se ha demostrado la efectividad de las terapias complementarias al tratamiento farmacológico para disminuir la sintomatología depresiva en pacientes geriátricos residentes en instituciones (5).

Tras la revisión de la literatura científica, concretamente la risoterapia, muestra numerosos beneficios en pacientes diagnosticados de depresión, como son mejorías en la concentración, precisión o relajación de la musculatura y estimulación de la circulación sanguínea (3,4).

2. Marco teórico

Uno de los cambios más significativos en las sociedades desarrolladas que ha tenido lugar durante la segunda mitad del siglo XX ha sido el creciente envejecimiento de la población. España, junto con Francia e Italia, es de los países que han experimentado mayor cambio referente al envejecimiento (6,7).

2.1 Envejecimiento poblacional

España está sufriendo un crecimiento del envejecimiento demográfico más rápido que el resto de países de la Unión Europea (UE). Se entiende por envejecimiento de una población el aumento de personas de edad avanzada con respecto al total de los individuos (personas mayores de 65 años/total población). En la actualidad, en España, 8.442.427 personas representan la población mayor de 65 años y un porcentaje de 5,7% del total, corresponde a personas mayores de 80 años. Por otro lado, el sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 34% más de mujeres (4.828.972) que de hombres (3.613.455). Se calcula que para el año 2050, España será el tercer país (situándose detrás de Japón e Italia) más longevo del mundo, con un 31,1% de la población mayor (6–10).

2.1.1 Factores relacionados con el envejecimiento

Los factores relacionados con el envejecimiento demográfico en España se derivan de una serie de variables principales:

- Los flujos migratorios e inmigratorios: afectan a la estructura de la población. Entre los residentes extranjeros particularmente en Alemania y Reino Unido, son dos de los países donde llegan inmigrantes más mayores. Por otra parte, las principales nacionalidades de los inmigrantes más jóvenes son en Rumania, Marruecos y algunos países de América del Sur. Otro factor que influye al envejecimiento demográfico es que, en los últimos años ha disminuido el número de trabajadores en España, ya que emigran a otros países en busca de trabajo debido a la crisis socioeconómica. Todas las comunidades autónomas están experimentando un envejecimiento de la población pero la que más, el País Vasco (6,7,10–12).

- Aumento de la esperanza de vida: Debido principalmente, a las mejoras en la sanidad. Actualmente la esperanza de vida para las mujeres en España se encuentra entorno a unos 85,4 años (de las cifras más altas en la Unión Europea junto con Francia) mientras que para hombres esta cifra desciende hasta los 78,7 años. Además, se estima que la esperanza de vida aumentará progresivamente hasta llegar en el año 2063 a 91 años para los hombres y 94,7 años en mujeres. En España, la sanidad es llevada a cabo por el Sistema Nacional de Salud (SNS). Los servicios de AP y los Hospitales están localizados dentro de cada comunidad de forma gratuita, aunque también se puede encontrar centros privados. Estos se encargan de proporcionar aquellos servicios diagnósticos, terapéuticos y de prevención, en base de las necesidades de cada paciente. Otro factor que ha colaborado a que aumente la esperanza de vida, son las pensiones. En total hay 9,2 millones de pensiones en el Sistema de la Seguridad Social. Prácticamente la totalidad de las personas mayores recibe alguna ayuda económica, generalmente con una media en torno a 874,40 euros al mes. Esta cifra ha experimentado un aumento de más del 30% respecto a años anteriores. La mayor parte de estos ingresos se destina al hogar y a su mantenimiento (agua, electricidad y otros gastos), mientras que la compra diaria de comida es el segundo mayor gasto seguido de la compra de otros bienes y servicios. A su vez, la dieta y sus determinantes (legislación y políticas, acceso y disponibilidad de alimentos, normas sociales y culturales) constituyen otra causa de la salud en la población que ha influido al aumento de la esperanza de vida. Según el Observatorio de la Dieta Mediterránea, hay indicios de que en los países mediterráneos se han alejado de la dieta basada en grasas de animales en los últimos 20 años. Por ello, se tienen que seguir conservando los hábitos de alimentación de los españoles, para que así se produzcan beneficios para la salud de las personas (6,7,10–12).
- Relaciones familiares y sociales: se ha demostrado que existen numerosos beneficios de las redes sociales comunitarias y sociales (en especial el contacto con los hijos y el mantenimiento del rol prenatal) en la longevidad, la función cognitiva, las discapacidades y la salud mental. Pese a que han cambiado las

formas de convivencia, se ha reducido el núcleo familiar y aumentado la proporción de personas mayores que viven solas, las familias continúan siendo la principal fuente de contacto social y de ayuda. España es uno de los países de la UE que dedica menos financiación pública a la ayuda de las familias. Si esto fuese posible, tendría numerosos beneficios para los cuidadores y para los cuidados (6,7,10–12).

- **Actividad física:** la práctica deportiva en la población mayor es minoritaria. Pero se ha demostrado que, la marcha está teniendo un impacto en la salud. En concreto los países del Mediterráneo, se está integrado en la vida diaria de las personas. Por ejemplo, en Barcelona, las personas mayores de 50 años un 47% refieren que caminan más de 7 horas por semana y un 23% entre 3 y 7 horas semanales. Por otro lado, en Andalucía el 48% de los hombres y el 28% de las mujeres mayores de 55 años declaran hacer alguna actividad, incluyendo caminar. Este hábito tiene numerosos beneficios para la salud como son, proporcionar un mínimo de actividad física, promueve la interacción social (puesto que con frecuencia el destino de paseo es compartir con la familia o vecinos) y por último permite recibir radiaciones solares que mantienen la producción de vitamina D, necesaria para salud ósea (6,7,10–12).

2.2.2 Causas de muerte

La principal causa de muerte en ancianos son las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio (111.704 fallecidos). En segundo lugar, se encuentra el cáncer con 83.115 fallecidos. En tercer lugar, a distancia, se encuentran las enfermedades respiratorias y a su vez, se destaca el aumento de mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas (10).

2.2 Enfermería geriátrica

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Castanedo C y cols. (13) la enfermería geriátrica es *“la especialidad que contempla los aspectos patológicos del anciano, encaminados a conseguir una adecuada asistencia de enfermería y su rehabilitación”*. Comprende todas aquellas personas mayores de 60 años que presentan diversas patologías que tienden a la cronicidad o invalidez y, cuya evolución está

condicionada por factores físicos, psíquicos o sociales (8,14).

Para afrontarlo, se hace necesaria la participación de un equipo multidisciplinar debido a la complejidad de tratamiento en estos pacientes. La utilización de un enfoque biopsicosocial dentro de este equipo, garantiza la seguridad y el bienestar de los ancianos (15,16).

2.1.1 Ejes principales de la geriatría

La geriatría está formada por tres ejes principales (8,9):

- La valoración geriátrica integral (VGI): es un proceso multidimensional e interdisciplinar dirigido a identificar y cuantificar problemas de salud, evaluar la función física, mental y social, elaboración de tratamientos y la óptima utilización de los recursos asistenciales. Se utilizan instrumentos de valoración estandarizados para ayudar a una cuantificación más exacta. Algunos de los beneficios de la VGI son: mejor exactitud en el diagnóstico clínico, mejora de la funcionalidad y estado cognitivo, menor estancia media hospitalaria, reducción de la mortalidad en un año, ahorro en costes sanitarios, mejora de estado emocional y bienestar o mejora del tratamiento.
- La interdisciplinariedad del equipo: modelo de acción conjunto entre distintos profesionales con un objetivo común.
- La utilización de los distintos niveles asistenciales: en función de las necesidades, tanto sanitarias como sociales, que requiera el paciente. Estos dependerán de la fase evolutiva de su enfermedad en la que se encuentre.

2.3 Tipología de pacientes geriátricos

El proceso de envejecimiento es complejo, además se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social, entre otros pero no todos los pacientes geriátricos son iguales. Es por ello, que se diferencian distintos tipos de perfiles de anciano: el anciano sano, anciano enfermo, anciano frágil y paciente geriátrico:

- Anciano sano: individuo de edad avanzada (mayor de 65 años) con características físicas, funcionales, mentales y sociales de acuerdo a su edad cronológica. Esta tipología de anciano no presenta ninguna enfermedad crónica ni problemas sociales derivados de su estado de salud. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e igualmente, independiente para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Tiene baja tendencia a la dependencia y una probabilidad baja de desarrollar síndromes geriátricos (8,9).
- Anciano enfermo: es aquella persona mayor de 65 años pero que presenta (en diferente grado de gravedad) alguna afectación aguda o crónica. Habitualmente no es invalidante y no cumple los criterios de paciente geriátrico (8,9).
- Anciano frágil: es aquella persona mayor de 80 años o que estando entre los 65-80, cumple alguna de las siguientes condiciones: vive solo, viudedad reciente (menos de un año), cambio de domicilio reciente (menos de un año), enfermedad terminal, necesidad de atención domiciliaria 1 vez al mes o patología crónica invalidante. A su vez, presenta incapacidad para las AIVD, toma tres o más fármacos, presenta deterioro cognitivo, depresión, situación económica o ausencia de soporte familiar. Presenta alta tendencia a la dependencia y a su vez, probabilidad alta de desarrollar síndromes geriátricos (8,9).
- Paciente geriátrico: es aquel el que cumple tres o más de los siguientes requisitos: edad superior a 75 años, pluripatología relevante, enfermedad o proceso principal con carácter incapacitante, patología mental o problemática social debido a su estado de salud. Debido a esto es dependiente para una o más de las AIVD y ABVD. Este último grupo supone el 30-35% de los ingresos hospitalarios. Tiene mayor tendencia a la progresión de la dependencia y una probabilidad muy alta

para desarrollar síndromes geriátricos (8,9).

Cabe destacar, que la población diana está formada por los ancianos frágiles y los pacientes geriátricos. Ambos grupos son los que más beneficios obtienen de la atención en recursos asistenciales específicos de geriatría (9).

Junto con el envejecimiento, tienen lugar cambios fisiológicos en todo el organismo. Estos, determinan una disminución de la reserva funcional limitando la capacidad de respuesta ante un aumento de la demanda o estrés y a su vez, conlleva un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas del individuo. En consecuencia, tiene lugar la presentación de patologías atípicas que en los ancianos tienden a manifestar signos y síntomas diferentes y no el cuadro típico de enfermedad concreta, lo que dificulta su diagnóstico (17,18).

Debido a esto, esta población supone un 42,5% de las altas hospitalarias y presentan las estancias medias más altas que los demás grupos de población. Más de la mitad de todas las estancias hospitalarias corresponden a la población mayor. De estas, un 22,2% son pacientes con problemas cardiocirculatorios, 14,7% pacientes con patología respiratoria, un 12,3% con patología digestiva y un 11,6% con neoplasias. Le siguen las enfermedades genitourinarias y del sistema musculoesquelético. Los hombres presentan mayores tasas de morbilidad hospitalaria en casi todos los diagnósticos, especialmente neoplásicos, respiratorios y genitourinarios. Mientras que, las mujeres tienen mayores tasas que los hombres en lesiones y problema del sistema osteomuscular. Las tasas de morbilidad hospitalaria aumentan con la edad en relación a peores estados de salud y también son más elevadas en hombres que en mujeres, excepto en edades comprendidas entre los 15 y 44 años (a consecuencia del embarazo y parto). A su vez, precisan de AP tres veces más que la media de la población, con un consumo entre 1,5 y 2 veces más de fármacos (10,17).

En concreto, la forma de presentación de patologías en ancianos es responsable de los denominados "Síndromes Geriátricos". Estos síndromes no deben ser considerados como manifestaciones atípicas de la enfermedad, sino que deben considerarse en algunos casos como entidades nosológicas específicas, siendo incluidos dentro de las

estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento. A Pueden generar mayor morbilidad y consecuencias en ocasiones más graves que la propia enfermedad que produce (17).

2.4 Síndromes geriátricos

Los Síndromes Geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en ancianos. Originan incapacidad funcional o social en la población. Son manifestación de muchas enfermedades, pero también son el comienzo de otros problemas que se deben tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos. La pluripatología que presenta esta tipología de pacientes no sólo dificulta el diagnóstico, sino que a veces el tratamiento de una empeora el curso de la otra o también puede suceder que una situación enmascare o atenúe otra patología (17).

Senn N y cols. (18) utilizan cinco criterios de inclusión para seleccionar los síndromes geriátricos. El primero la prevalencia en la población de edad avanzada, la relación entre el síndrome y la disminución de la calidad de vida, si el síndrome tiene impacto en la morbilidad/mortalidad, si es explorable en la práctica diaria y por último, las posibilidades para mejorar el declive existente para el síndrome. Cada uno de los síndromes entonces, fue calificado por los investigadores en la escala Likert¹ para describir su relevancia.

Finalmente se enumeraron ocho síndromes geriátricos: deterioro cognitivo (con una prevalencia entre el 3 y 4% en personas entre 70-74 años y más del 10% en personas mayores de 80 años), incontinencia urinaria (30% de las personas mayores), desnutrición (14% de las mujeres y un 4% en hombres), deterioro de la marcha y equilibrio/caídas (35-45% de la población mayor de 65 años sufre una caída una vez al año), osteoporosis (14% de la población mayor de 50 años), pérdida de audición (25% de las personas entre 65-75 años), discapacidad visual y depresión (un 8-15% en los mayores de 65 años) (18).

¹ Escala psicométrica más utilizada en cuestionarios y encuestas de investigación. En ella se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración

2.4.1 La depresión

La depresión es una de las principales causas de incapacidad en el mundo (19–21).

2.4.1.1 Prevalencia de depresión

La prevalencia de la depresión en ancianos, es variable según los artículos encontrados. Esta variabilidad, en Escobar MA y cols. (3), señalan que pueden deberse a causas geográfico-culturales, ya que las prevalencias más bajas se dan en países del norte de Europa y EEUU y más altas en el sur de Europa. En cambio, según Kronfly y cols. (1) la causa de esta heterogeneidad es debida a la variedad de estudios y los diferentes métodos utilizados en la realización de los mismos. Ambos argumentos son apoyados por Sarró M y cols (4).

Sin embargo, un amplio estudio europeo sobre depresión geriátrica, EURODEP del 2015 (22), mostró una prevalencia global del entre el 12,3 y el 16%. Además según Kronfly E y cols. (1), la prevalencia varía según el nivel asistencial que se trate: AP entre un 20 y 24%, medio hospitalario entre un 24 y 26% y en institución geriátrica un 34%. A su vez, Portilla F y Gregorio P. (5) Sales A y cols. (2) apoyan que la incidencia de la depresión es mayor en instituciones geriátricas.

En cuanto a la prevalencia respecto al sexo, Kronfly E y cols (1), Escobar MÁ y cols (3), Galván P y cols (23) y Luppá M y cols (24) coinciden que la depresión es más frecuente en mujeres. Mientras que, Sarró M y cols (4) y Conde A y cols (25) coinciden de que no existen diferencias entre ambos sexos.

2.4.1.2 Etiopatogenia

La etiopatogenia de la enfermedad, se considera de origen multifactorial, es decir, en la que se ven implicados: factores moduladores internos, factores externos, factores genéticos, factores ambientales y aspectos psicológicos (26).

Desde el modelo biopsicosocial, la depresión aparece como una respuesta a una interacción entre los sucesos vitales concretos, con los recursos personales y sociales de la persona. A partir de aquí, se evalúa los factores implicados en la predisposición (factores emocionales, genéticos y biológicos), en la precipitación (acontecimientos estresantes) y mantenimiento del cuadro depresivo (26).

2.4.1.3 Factores de riesgo

Se relaciona la depresión con haber tenido un diagnóstico de cáncer, presentar déficit visual y la polifarmacia. También se encontró una relación entre tener riesgo de malnutrición y la depresión (1).

Factores como tener 80 años o más, falta de actividad física, falta de red social de soporte y la falta de actividades de ocio influyen a la hora de padecer depresión (1,24). Otro factor asociado a la depresión es la viudedad (1,4,25).

Las personas que se encuentran en una institución geriátrica también tienen más probabilidades, debido a la inactividad en dichos centros, la pérdida de autonomía, "sensación de abandono" y la asociación a la idea de final de vida con la institución (1,2,5,27)

2.4.1.4 Consecuencias

Las tres de las principales consecuencias de la depresión en pacientes geriátricos son: la disminución de la calidad de vida (28,29), un aumento del coste sanitario (4,23,24,28) y por último, la mortalidad (20,24).

2.4.1.5 Tipos de depresión

Portilla ME (5) clasifica los diferentes tipos de depresión de la siguiente manera:

1. Depresión mayor: con un periodo mínimo de dos semanas de evolución. Este tipo de depresión tiene tendencia a la cronicidad, con un riesgo de recurrencia entre un 30 y 90%, así como minusvalía y muerte. A su vez, estos pacientes desarrollan un deterioro cognitivo con mayor riesgo de demencia irreversible.

1.1 *Depresión psicótica*, es un subtipo de depresión mayor de extrema gravedad que presenta con características psicóticas (delirios o alucinaciones).

2. Distimia, con factor crónico de al menos, dos años de evolución con síntomas depresivos leves. Se ha relacionado con una mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular y su persistencia incrementa el riesgo de depresión mayor.

3. Depresión menor, es aquella que no cumple los criterios de depresión mayor ni de

distimia, por presentar menor sintomatología o ser de menor duración. Produce también un deterioro funcional con empeoramiento de la salud e incremento de los costes del tratamiento. Estos pacientes tienen alto riesgo de desarrollar depresión mayor e ideación suicida.

4. Depresión vascular, se ha asociado a un incremento de la vulnerabilidad, deterioro cognitivo y desarrollo de depresión. Aparecen con disfunción ejecutiva, mayor apatía, menor conciencia de sí mismos y enlentecimiento psicomotriz. Se suele desarrollar en pacientes con cambios isquémicos crónicos cerebrales o ictus.

5. Depresión en pacientes con enfermedad de Alzheimer, pueden presentar un empeoramiento del déficit cognitivo.

2.4.1.6 Valoración sintomatología depresiva

En cuanto al diagnóstico de la depresión, se basa en una historia clínica detallada (fármacos utilizados, antecedentes personales y familiares...), exploración psicopatológica y las pruebas complementarias pertinentes (valoración cognitiva, analítica y Tomografía Axial Computarizada (TAC)) (5,21).

Por otro lado, existe la Escala de Hamilton para la Depresión y Escala Autoaplicada de Zung (21). La primera de ellas, es una escala para la evaluación de la depresión. Está diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido (30). Por otro lado la escala Autoaplicada de Zung que evalúa el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con alguna sintomatología depresiva (31).

Existe una escala que se ajusta más a la población geriátrica y por tanto, es la más óptima para valorar la sintomatología depresiva en esta tipología de pacientes. Esta, es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (5,21). Es una escala que se utiliza en el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Tiene dos versiones, la de 15 o la de 5 ítems. Aunque se suele utilizar la versión de los 15 ítems para lograr unos resultados más precisos. En cuanto a los resultados se tendrá en cuenta que una puntuación de 0 a 5 es normal, de 6-10 es depresión moderada y más de 10 es considerado depresión severa (32).

Pese a la variedad de métodos existentes para el diagnóstico de la depresión, diversos autores refieren dificultad para el mismo. Un 20% de las depresiones no se detectan o no se tratan (3) y que los motivos de difícil detección son: mayor somatización, enmascaramiento de síntomas y confusión con situaciones frecuentes de la vida a esta edad (duelo, cambios de domicilio, pérdida de las capacidades físicas y mentales) (4).

2.4.1.7 Tratamiento

La primera elección será la monoterapia, para minimizar los efectos secundarios y las interacciones farmacológicas. En caso de respuesta insuficiente o ausencia de respuesta al tratamiento, se deberá de aumentar las dosis (teniendo en cuenta que la causa más frecuente de ineficacia son dosis insuficientes). Todos los artículos coinciden que los fármacos que han demostrado mayor beneficio son los inhibidores de la recaptación de serotonina debido a su menor cardiotoxicidad y mayor seguridad con la sobredosis. Asimismo, se han demostrado efectos adversos, como los gastrointestinales. Algunos de los fármacos son: sertralina, citalopram, escitalopram, paroxetina, fluoxetina o fluvoxamina. En el caso de que la monoterapia no sea suficiente, se podrá asociar otro antidepresivo o cambiar a otro. Se tiene que informar al paciente que el efecto clínico puede tardar en aparecer hasta cuatro semanas y se recomienda, que la retirada de antidepresivos se debe realizar de forma lenta y progresiva para evitar el “efecto rebote” (5,21,26,28).

Además, se muestran otros tratamientos complementarios al farmacológico, como la terapia electroconvulsiva o con la psicoterapia. A su vez, se ha demostrado que el ejercicio físico como tratamiento de segunda elección mejora el estado depresivo (5,26).

Existe evidencia de la utilización de otra terapia complementaria, menos estudiada pero más novedosa, como la *laughter therapy*, en castellano, terapia de la risa.

2.5 ¿Qué es la risa?

2.5.1 Definición

Según Arias M (33), la risa “es un fenómeno biológico que produce cambios transitorios en la expresión facial, propiciados por la contracción de determinados músculos, como el cigomático mayor y el orbicular de los párpados, que se acompañan de emisión de sonidos particulares y variaciones en los movimientos de la respiración, producidos por la activación de otros músculos faciales, laríngeos y respiratorios”. En los humanos se observan indicios de sonrisa a las 5 semanas de vida extrauterina y de risa a los 4 meses.

2.5.2 Tipos de risa

Existen cinco tipos diferentes de risa (34):

1. Genuina o risa espontánea: surge de manera natural como expresión innegable de las diferentes emociones humanas.

2. Risa simulada: se logra mediante su práctica a voluntad mediante una razón inespecífica.

3. Risa estimulada: es consecuencia de la acción física o refleja de determinados estímulos externos.

4. Risa inducida: es el producto de los efectos de ciertos fármacos o sustancias psicótropas (alcohol, cafeína, anfetaminas o cannabis).

5. Risa patológica: es secundaria y específica de lesiones del sistema nervioso central, causado por enfermedades neurológicas. También se puede encontrar en determinadas enfermedades como demencias o esquizofrenias. Tiene lugar mediante estímulos no específicos. Además, no está conectado con cambios emocionales, no tiene control voluntario de su duración, intensidad o expresión facial y algunas veces tiene lugar con el llanto patológico.

2.5.3. Localización neurofísica

Un centro coordinador de la risa situado en la parte dorsal de la unión del mesencéfalo con la protuberancia (en el seno de la sustancia gris periacueductal y la formación

reticular) mantiene conexiones con el cerebelo, hipotálamo, tálamo, ganglios basales, y lóbulos temporal y frontal. Este centro gelástico mesencefalopontino activará sincrónicamente los núcleos de los pares craneales que inervarán los músculos implicados y los que determinan los fenómenos vegetativos asociados (35).

2.6 Risoterapia

Desde la antigüedad, se ha observado que el efecto de la risa puede tener efectos sobre la salud humana, pero no se ha estudiado hasta hace dos décadas. Finalmente, se puede decir que la risoterapia forma parte del grupo de tratamiento no farmacológico en geriatría para tratar la depresión (36–39).

2.6.1 Definición

La risoterapia se define como (39) *“any intervention that promotes health and wellness by stimulating a playful discovery, expression or appreciation of the absurdity or incongruity of life’s situations [which] may enhance health or be used as a complementary treatment of illness to facilitate healing or coping, whether physical, emotional, cognitive, social or spiritual”*.

2.6.2 Características de la Risoterapia

Los ancianos no comprenden el humor de la misma manera que las personas más jóvenes debido principalmente, a la disminución del estado cognitivo. A pesar de esto, los pacientes geriátricos presentan niveles parecidos de diversión cuando encuentran algo gracioso ya que, la habilidad de general humor, persiste incluso con algunas enfermedades neurológicas (39).

La mayoría de los artículos encontrados coinciden acerca de los efectos positivos de la risoterapia en pacientes ancianos depresivos ya que, se crean emociones y actitudes positivas. Hace ser más receptivos, mejorando tanto las relaciones personales como las interpersonales. Se crea más energía, precisión y concentración, entre otros factores, que disminuyen la sintomatología depresiva (35,37,40–44).

La risoterapia afecta directamente sobre la salud: ejercitando y relajando los músculos, mejorando la respiración, estimulando la circulación, disminuyendo el estrés, ansiedad y

tensión, ejercitando la memoria, incrementa defensas del sistema inmune. A su vez, eleva el umbral del dolor y la tolerancia y mejora el funcionamiento mental (34).

Este tratamiento tiene una relación coste-efectivo, ya que no se necesita realizar en ningún espacio en concreto ni se necesita formación especializada para realizar la intervención (38,40,42,45).

Por último, se ha demostrado que el tratamiento con el humor afecta directamente a la vida de las personas, aumentando su calidad de vida (34,38,42,45–48).

2.6.3. Intervenciones de Risoterapia

En primer lugar, existen dos estudios llamados “*Psychological, immunological and physiological effects of a Laughing Qigong program (LQP) on adolescents*” (41) y el “*Empirical study of the influence of a Laughing Qigong Program on a long-term care residents*” (38) del 2013 y 2014 respectivamente, en los que se estudia la técnica del LQP. Se refleja que es una técnica basada en tres principios (41):

1. La medicina china, como la teoría *yin/yang* o la del *qi*.
2. Qigong, es decir la relajación, la fuerza y la respiración profunda.
3. La psicología positiva, es decir, la decisión personal de cómo reaccionar ante determinadas situaciones o acontecimientos.

A su vez, el LQP se compone de cuatro etapas: *Warm-up stage* o fase de calentamiento, *Ren-Mai* o etapa *Dumai*, *Transformation stage* o etapa de transformación y *Cool-down stage* o fase de enfriamiento. En cada etapa está compuesta por ejercicios como la transformación de la energía negativa en positiva o el masaje *tai-chi*. En Anexo I se muestra el detalle de las sesiones (38).

En segundo lugar, se encuentra el artículo “*The Effects of Laughter Therapy on General Health of Elderly People Referring to Jahandidegan Community Center in Shiraz, Iran, 2014; A Randomized Controlled Trial*” (40).

Consta de una sesión semanal de 90 minutos, durante 6 semanas. Las sesiones consisten en enseñar a los pacientes a realizar respiraciones correctas, ejercicios para

ejercitar la mente y el aprendizaje de técnicas de risoterapia (cómo hacer frente de forma positiva y con humor los diferentes acontecimientos de la vida) (40).

Otro estudio *“Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: a feasibility study for older people patients with depression”* (46).

Se divide en ocho sesiones. En ellas se explica qué es el humor, la risa, pensamientos positivos, cómo manejar las situaciones de humor y numerosos ejercicios para provocar la risa, entre otros. En Anexo II se muestran los detalles del estudio.

Respecto al estudio *“Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly”* (45), es llevado a cabo por una enfermera. Es ella quien planea los programas de risoterapia y es quien lleva a cabo las sesiones con los participantes.

Se propone una sesión de risoterapia a la semana durante cuatro semanas. En ellas se trabajará los efectos positivos para el afrontamiento de la vida de forma positiva o se enseñará a expresar las diferentes formas de reír como la risa locuaces o risa de león. En Anexo III se muestra el detalle de las sesiones.

Además de todas estas intervenciones ya nombradas con anterioridad, se encontraron varios estudios (39,44,48,49) acerca del llamado *“The Sydney Multi-Site Intervention of Laughter Bosses and Elder Clowns (SMILE)”*.

Este estudio tiene lugar en Sídney, Australia y es el mayor estudio de humor terapia que existe en el mundo hasta la fecha. 406 residentes de 36 residencias de ancianos de Sídney están envueltas en este estudio. Se aplica a ancianos institucionalizados diagnosticados de demencia.

Esta intervención es llevada a cabo por los llamados ElderClowns y LaughterBoss. Son personas que se encargan de usar el humor en el ámbito de la salud y para ello realizan un curso de formación previo. Para llevar a cabo las sesiones será necesario personal que se dedique al ámbito de la salud como auxiliar de enfermería, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, facultativos o psicólogos. Por otra banda, los LaughterBoss trabajan informando previamente a los

ElderClowns sobre la historia personal de cada residente, la personalidad, sus aficiones...etc. Además informa sobre la dinámica del centro, las actividades que se realizan y que agradan, las que no... De esta manera los ElderClowns, preparan estrategias para abordar de forma individual a cada residente, interactuando con los pacientes proporcionando a cada uno, su enfoque personal. Se realizan conversaciones con cada uno de los residentes, juegos y canciones. Se realizarán dichas intervenciones o en áreas comunes o individualmente, si precisan, en las habitaciones (39,44,48–50).

En todos los estudios acerca *del SMILE* (39,44,48,49) se realizan sesiones de dos horas semanales durante 9 a 12 semanas. En estas sesiones se intenta involucrar tanto al residente como a los trabajadores en un ámbito de humor mediante música, mimo y otras técnicas. Para empatizar con esta tipología de paciente se suele usar canciones antiguas, juegos físicos como el uso de una pelota de tenis, marionetas, sombreros y otros accesorios.

Para más información sobre los estudios consultar Tabla 2.

En todos estos artículos (excepto en Low LF y cols. (49)) ha sido estudiada la sintomatología depresiva. A continuación en la Tabla 1 se exponen los resultados de los mismos.

Tabla 1. Resultados sintomatología en los diferentes estudios	
Estudios	Resultados sintomatología depresiva
Hsieh C y cols. (38)	Diferencias entre ambos grupos ($p < 0,001$): - <u>Grupo control</u> : Pre-test 5,69; Post-Test 6,37. - <u>Grupo experimental</u> : Pre-test 4,91; Post-Test 3,39.
Ghodsbin F y cols. (40)	La relación no es estadísticamente significativa en ambos grupos ($p < 0,07$). Se cree que es debido a la brevedad del estudio. Añaden, que si se continuase con el estudio sería probable observar cambios en el estado depresivo.
Konradt B. (46)	Disminución en ambos grupos ($p < 0,001$): - <u>Grupo control</u> : Pre-test 8,56; Post-test 6,12. - <u>Grupo experimental</u> : Pre-test 8,73; Post-test 5,39.
Ko HJ. (45)	Diferencias entre ambos grupos ($p < 0,011$) - <u>Grupo control</u> : Pre-test 8,08; Post-test 8,43. - <u>Grupo experimental</u> : Pre-test 7,98; Post-test 6,94.
Brodaty H y cols. (48)	En el grupo experimental disminuye de 8,46 a 6,94.
Low L-F y cols. (44)	No hay diferencias significativas entre ambos grupos ($p < 0,69$): - <u>Grupo control</u> : Pre-test 7,8; Post-test 6,5. - <u>Grupo experimental</u> : Pre-test: 8,5; Post-test 6,9.

3. Justificación

Se ha demostrado en diferentes estudios (1,2,5) que la prevalencia de depresión en pacientes geriátricos, es mayor en instituciones que en el resto de ámbitos de la salud, concretamente un 34%. Está asociada a numerosos factores como por ejemplo, la sensación de abandono que manifiestan sentir los pacientes por parte de los familiares al institucionalizarlos o bien, a la asociación de institución con final de la vida (1,2,5,27). Además existe una serie de factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir depresión, siendo estos tener 80 años o más, la falta de actividad física, falta de red social de soporte, y falta de actividades de ocio (1,24). Otro factor es la viudedad (1,4,25).

Surge la necesidad de llevar a cabo un proyecto de risoterapia basado en la evidencia científica. Ya que se ha demostrado que la risoterapia, crea actitudes y emociones positivas, mejora las relaciones interpersonales y además disminuye el estrés, la ansiedad y al tensión en la persona, entre otras (35,37,40,42–45).

Para la realización de la intervención se sigue el esquema de elaboración del proyecto *SMILE*. Pero, para el diseño de las sesiones se basará en la entidad *Salud Creativa*.

Tendrá una duración de 3 meses, dos horas a la semana. Ya que, se ha demostrado que intervenciones con una duración de un mes o menos, los resultados no son positivos (40).

4. Hipótesis

La risoterapia, como terapia complementaria al tratamiento farmacológico, disminuye la sintomatología depresiva en pacientes geriátricos institucionalizados diagnosticados de depresión.

5. Objetivo

Disminuir la sintomatología depresiva en pacientes geriátricos institucionalizados diagnosticados de depresión en la provincia de Lleida a través de la risoterapia.

6. Metodología

6.1 Población diana

La población a la que va dirigido este estudio son personas institucionalizadas en la Residencia Parc del Segre de Lleida.

-Criterios de inclusión: tener 80 años o más (ya que, se ha constatado que la edad media de los residentes de instituciones geriátricas es de 81 años (51)), residentes en la institución desde hace al menos 12 semanas, que estén diagnosticadas de depresión y que entiendan el catalán y/o el castellano.

-Criterios de exclusión: suponer un riesgo para la realización del estudio (como por ejemplo, agresiones), tener obstáculos a la hora de comunicarse (pacientes en estado vegetativo o situación final de vida) y pacientes que tengan miedo a los payasos/extraños.

6.2 Profesional al que va dirigido

Esta intervención va dirigida a todos los profesionales sanitarios tanto médicos como enfermeros, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales o terapeutas ocupacionales que trabajen en la institución Parc del Segre, en la ciudad de Lleida.

Tanto en la primera sesión como en la última será necesario la participación de todos. En la segunda, tercera, cuarta, quinta, sexta, séptima y octava sesión los profesionales encargados serán enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y médicos. Por último, para la novena, décima y undécima sesión serán los psicólogos los encargados, ya que se necesita a profesional cualificado y formado para llevarlas a cabo.

6.3 Pregunta

¿La risoterapia disminuye la sintomatología depresiva en pacientes geriátricos institucionalizados diagnosticados de depresión?

6.4 Metodología de búsqueda

6.4.1 Periodo de búsqueda

El periodo de búsqueda de evidencia científica para la realización ha sido desde el mes de abril del 2015 hasta el mes de mayo del 2016, con el fin de encontrar la evidencia más reciente posible.

6.4.2 Bases de datos consultadas

Las bases de datos consultadas han sido: Google Scholar, PubMed, Cochrane, Cuiden y Cinhal.

6.4.3 Palabras clave

Depression, elderly, older adults, institution, Residential Aged Care, Nursing Homes, laughter therapy, humor therapy, humor, laughter.

6.4.4 Criterios de inclusión de los estudios

Los criterios de inclusión de los estudios han sido desde el 2010 hasta la actualidad.

6.4.5 Síntesis de evidencia encontrada

Se han encontrado diversas intervenciones para disminuir la sintomatología depresiva de pacientes geriátricos institucionalizados. En la tabla 2 se muestra un resumen de los mismos.

Tabla 2. Síntesis de evidencia encontrada						
Autores	Población y muestra	Diseño	Intervención	Instrumentos	Variables dependientes	Resultados
Hsieh C y cols. 2014 (38)	66 participantes (33 grupo experimental y 33 grupo control) Instituciones geriátricas al norte de Taiwán Sobre 65 años >6 meses viviendo en la residencia	Estudio cuasi experimental	Sesiones de LQP para el grupo experimental 50-60 minutos, una vez a la semana durante 4 semanas. Grupo control, actividades diarias	-Índice de Barthel -Mini-Mental State Examination (MMSE) -Faces Scale (FS) -Geriatric Depression Scale (GDS) -Niveles de cortisol salivares	Estado cognitivo Estado mental Depresión Niveles cortisol	LQP es efectivo para mejorar la actividad mental, estados de ánimo y pacientes depresivos de los adultos mayores institucionalizados.
Ghodsbin F y cols. 2015 (40)	72 participantes (36 grupo experimental y 33 en el grupo control) en instituciones en Shirazen los meses de enero y febrero del 2014.	Ensayo controlado aleatorio	Sesiones de risoterapia de 90 minutos, una vez a la semana, durante 6 semanas. Grupo control, actividades diarias	-Geneal Health Questionnaire (GHQ-28) antes de realizar la intervención y después.	Síntomas somáticos Ansiedad e insomnio Disfunción social Depresión Salud general	No hay cambios en el estado depresivo de los pacientes después de la intervención Es posible que sea debido a la corta duración del estudio.

Autores	Población y muestra	Diseño	Intervención	Instrumentos	Variables dependientes	Resultados
Konradt B. 2013 (46)	90 participantes (52 grupo experimental y 48 en el grupo control) Tengan más de 5 puntos en la GDS	Semi-aleatorio	Ocho sesiones de risoterapia	-GDS -Nurses Global Assessment of Suicide Risk. -Beck's Depression Inventory (BDI) -Short Form Health Survey - State Trait Cheerfulness Inventory (STCI) -Satisfaction with Life Scale -Resilience Scale (RS)	Depresión	Se mejora el estado depresivo de los pacientes ancianos depresivos así como otros aspectos como la resiliencia o la satisfacción con la vida.
Ko HJ. 2011 (45)	109 participantes sobre 65 años, de una residencia de Korea (48 grupo experimental y 61 grupo control)	Diseño controlado de dos grupos aleatorios.	4 sesiones de risoterapia en un mes	-GDS -MMSE -Short-Form Health Survey-36 (SF-36) -Insomnia Severity Index (ISI) -Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	Depresión Insomnio Calidad del sueño	La risoterapia es efectiva en ancianos depresivos, con insomnio y la calidad del sueño.

Autores	Población y muestra	Diseño	Intervención	Instrumentos	Variables dependientes	Resultados
<p>Brodaty H y cols. 2013 (48)</p>	<p>35 residencias geriátricas 398 residentes en instituciones geriátricas de Sídney (209 en el grupo control y 189 grupo experimental)</p>	<p>Diseño controlado de dos grupos aleatorios</p>	<p>Dos horas semanales de risoterapia en un total de 9-12 semanas</p>	<p>- CSDD -Cohen-Mansfield Agitation Inventory -Neuropsychiatric Inventory -Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects -Proxy-rated quality of life in dementia population scale</p>	<p>Depresión Agitación</p>	<p>Disminuye el estado depresivo, los niveles de agitación y los niveles psiquiátricos de los pacientes diagnosticados con demencia.</p>
<p>Low LF y cols. 2015 (44)</p>	<p>36 residencias geriátricas 398 residentes en instituciones geriátricas en Sídney (209 grupo control y 189 grupo experimental). De julio del 2009 a mayo del 2011.</p>	<p>Diseño controlado de dos grupos aleatorios</p>	<p>Dos horas semanales con un total de 9-12 semanas.</p>	<p>-Cornell Scale for (CSDD) -Cohen-Mansfield Agitation Inventory -Neuropsychiatric Inventory -Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects -Indice de Barthel</p>	<p>Agitación Depresión Demencia</p>	<p>No existe una reducción significativa de la depresión en pacientes geriátricos con demencia pero sí de agitación.</p>

Autores	Población y muestra	Diseño	Intervención	Instrumentos	Variables dependientes	Resultados
Low LF y cols. 2014 (49)	35 residencias geriátricas 398 residentes (209 grupo control y 189 en el grupo experimental)	Diseño controlado de dos grupos aleatorios	Dos horas semanales con un total de 9 a 12 semanas.	-The Behavior Engagement Affect Measure -Observación	Agitación	En pacientes diagnosticados de demencia disminuye la agitación y se incrementa su nivel de felicidad

7. Intervención

Se trata de un proyecto que tiene como estructura de intervención, el programa llamado *SMILE* pero se complementa con las sesiones de risoterapia de la entidad *Salud Creativa*.

Se aplica para la lograr reducción de la sintomatología depresiva en pacientes geriátricos que se encuentren en la institución geriátrica de Lleida, Parc del Segre de Lleida durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2017. Además, lo que se pretende es fomentar a los profesionales que trabajan en la institución para que proporcionen unos cuidados en los que la base sea el humor.

7.1 Formación de los líderes

En primer lugar, se seleccionarán a los profesionales voluntarios para que formen parte tanto del grupo *LaughterBoss* y *ElderClowns*.

En cuanto al primer grupo, tendrá que estar informado acerca de la situación personal de cada residente, biografía, sus gustos, aficiones...etc. y a su vez, tendrá que conocer el funcionamiento del centro. Es por ello, que para agilizar el proceso y para un mayor conocimiento sobre el funcionamiento de la institución, sería conveniente que los trabajadores de la institución formaran parte de este grupo. Estos a su vez, podrán en común todos los puntos nombrados con anterioridad con los *ElderClowns*, que serán los que llevarán a cabo las diferentes sesiones.

Además, los *ElderClowns*, realizarán un curso de formación previo. Este curso se llevará a cabo por una entidad llamada *Salud Creativa* situada en Tordera, Barcelona.

Los participantes recibirán una formación que tendrá una duración total de 60 horas distribuidas en dos semanas (de lunes a viernes) del mes de mayo del 2017. El horario de cada día será de 8:00 a 14:00h y se les proporcionará permiso desde los diferentes lugares de trabajo de cada participante (52).

El curso consta de una introducción teórica de los conceptos que se desarrollan de forma especialmente práctica y vivencial. Así, se constituye un grupo de participantes y un espacio para exponer, explorar y experimentar en un ambiente de respeto, y con el seguimiento cercano del equipo formador. Esta formación está basada en un modelo más amplio y completo que la risoterapia básica (52).

Además de la dinámica y los ejercicios propios de la corriente que forma el núcleo del curso, se aborda también otros recursos tanto para la gestión del facilitador con cada participante a modo individual y/o grupal como para completar e enriquecer las prácticas en los talleres (52).

En el campo de la auto-gestión del facilitador se tratan elementos básicos de comunicación, como estar frente a un grupo, nociones básicas del auto-conocimiento, gestión emocional, psicología del Eneagrama (52).

En el grupo de otras herramientas, se desarrollan propuestas de planteamiento de pautas cognitivas y de aplicación de humor blanco, yoga de la risa y lo genuino del Clown (52).

De esta forma, el aprendizaje ofrece una línea de trabajo bidireccional del interior del individuo a la globalidad del grupo como preparación para atender tanto el desarrollo de una sesión de Risoterapia como las necesidades de grupo y las específicas de sus participantes (52).

7.1.1 Objetivos de la formación a los líderes:

Los objetivos de la formación son (52):

-Obtener recursos y herramientas necesarios para dirigir una sesión completa de risoterapia desde el inicio hasta el cierre de la misma con un perfil de usuarios con sintomatología depresiva que se encuentren institucionalizados.

-Integración de modelos para un cambio en el patrón mental y las pautas cognitivas generando actitudes emocionales sanas.

-Saber guiar una relajación psico-física simple.

-Gestionar de forma eficaz un grupo de personas frente a su demanda y sus necesidades.

-Conocer, identificar y gestionar las emociones básicas en uno mismo para poder acompañar a otros.

-Conocer, identificar y explorar las relaciones con los demás desde cada tipo de personalidad.

-Integración de conceptos gestálticos básicos para la auto-gestión y de las interrelaciones y del grupo.

7.1.2 Descripción de las principales prácticas

- Risoterapia: influyendo en procesos fisiológicos, activación de la memoria y retentiva de datos, centrar la atención en el momento presente (aquí y ahora), dar perspectiva sobre las situaciones y asuntos pendientes, generar ambientes positivos y constructivos y favorecer la comunicación entre miembros de un grupo o equipo. Además incide en la complicidad y su repercusión en el vínculo entre los participantes, fomenta la espontaneidad, la creatividad, comunicación y la interrelación con los demás. Fomenta el bien estar psico-emocional, genera un profundo grado de distensión y relajación (52).

-Risoterapia integrativa: es un camino de conciencia, asimilación de experiencias, desarrollo de recursos y habilidades en una dirección “Celebrar la Vida” en sus grandes momentos y pequeños gestos, durante las sesiones grupales y en el ciclo cotidiano de manera individual. Es un modelo de integración de la parte relacionada con quehaceres, responsabilidades, normas, pautas, y la parte donde brota curiosidad, espontaneidad, creatividad y libertad (52).

-Dinámicas de grupo: son medios, métodos o herramientas que tienen el poder de activar los impulsos y las motivaciones individuales. Son técnicas que pretenden lograr que los integrantes del grupo adquieran conceptos, conocimientos y en particular, nuevos comportamientos (52).

-Escucha activa: Se refiere a la habilidad de escuchar no sólo a la persona que está expresando directamente sino, también a los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que está diciendo (52).

-Enfoque gestáltico: encuadra en el movimiento de la Psicología Humanista, la Terapia Gestalt comparte con dicho movimiento la visión esperanzada del ser humano que tiende a su autorrealización (52).

-Eneagrama: su propósito principal es descubrir el tipo al que pertenecemos cada uno, descubriendo así nuestra compulsión y aprender a trabajar sobre ella, a fin de lograr en definitiva nuestra libertad y sanación (52).

-Gestión emocional: hay que saber aprender a gestionar nuestras emociones, a escucharlas y a manifestarlas en la medida de lo posible (52).

-Clown: en cada individuo hay un espíritu benigno llamado Clown. Se desarrolla con especial importancia el trabajo con polaridades, donde surgen aspectos de la personalidad sorprendentes tanto para el propio Clown como para el público en general (52).

Tras recibir la información, serán informados por los LaughterBoss acerca de la situación personal de cada individuo para así, poder elaborar de forma previa el abordaje para cada individuo (52).

7.2 Realización de la intervención

Los días previos a la realización de la intervención, se proporcionará a los asistentes en consentimiento informado (Anexo IV), así como información verbal y escrita sobre el proyecto (Anexo V).

Posteriormente, y también antes del inicio de la intervención, se realizará a cada participante la Escala de Yesavage para poder valorar la sintomatología depresiva de forma individualizada.

La intervención tendrá lugar cada jueves de 17 a 19h, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2017. Está distribuida en cinco bloques, según la temática a realizar.

En cuanto al **Bloque I**, está distribuido en tres sesiones. Los profesionales encargados serán auxiliares de enfermería, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y facultativos.

-La primera sesión: Durante la primera sesión, se reunirá a todos los participantes en una sala polivalente de la Residencia Parc del Segre. Los ElderClowns harán una presentación de forma general y personal sobre quiénes son, qué van a hacer, cuándo va a tener lugar, durante cuánto tiempo, cómo lo van a hacer y con qué finalidad. A su vez, se explicará qué es la risoterapia y sus beneficios. Al acabar, cada los ElderClowns, realizará escucha activa de forma individualizada, con el fin de conocer a cada participante y compartir gustos, aficiones o sentimientos.

-Segunda sesión: Risoterapia de forma individual y grupal.

Se colocarán en un círculo. Los ElderClowns comenzarán de nuevo a presentarse diciendo su nombre y además, sus gustos, aficiones, comida y canción favorita y contarán algún momento gracioso que hayan vivido a lo largo de su vida. Posteriormente cada participante repetirá la dinámica. Con esta actividad lo que se pretende es crear cohesión grupal mediante un ambiente de confianza entre los participantes y con los ElderClowns. A continuación, se colocarán por parejas y pondrán en contacto una parte de su cuerpo y cuando se toquen, se tendrán que reír. Se pueden explorar diversos tipos de risa con diversos sonidos conforme se cambie de parte del cuerpo. Otro ejercicio consistirá, también por parejas, intentar comunicarse entre sí a través de sonrisas, risas, suspiros o gestos... todo excepto hablar. Se harán cambios de pareja y posteriormente se realizará en grupo.

-Tercera sesión: En esta sesión tendrá lugar Yoga de la Risa.

Es una disciplina cuerpo-mente en la que se utilizan ejercicios de respiración, distensión muscular y ejercicio propios de la risa. Tiene como finalidad estimular y ejercitar una risa natural y profunda que no necesita el humor, chistes o comedia para su expresión como desencadenante de la salud.

Esta sesión comenzará con aplausos. Posteriormente se unirá a ellos exhalaciones fuertes “jo jo jo ja ja ja” que provienen desde el abdomen para estimular la respiración diafragmática. Se mantendrá en todo momento el contacto visual con cada persona del grupo. Se practicará ejercicios de respiración profunda de la risa con el fin de estimular la respiración profunda: se inhalará durante cuatro segundos y se exhalará por la nariz durante otros 4 segundos. Al exhalar se soltarán dos carcajadas, se repetirá el proceso. Posteriormente, se procederá a hablar en borucas (palabras sin significado) para expresar sus emociones incluyendo alegría, coraje o tristeza, entre otras, con el fin de provocar soltura por parte de los participantes. A continuación, se procederá a realizar ejercicios yóguicos de la risa (están basados en la respiración profunda e incluyen la risa de león). Se realizarán ejercicios juguetones de risa (risa de un metro, risa de la malteada, risa del teléfono y risa de sopa caliente son las más populares) y ejercicios de risa basados en ningún valor (risa de la tarjeta Visa, risa de la Aprecio, risa del saludo y risa del perdón son las más conocidas).

Por otro lado, en cuanto al **Bloque II**, o “Dinámicas de grupo I” está dividido en 4 sesiones. En cada una de ellas se aborda dos tipologías de juegos de la risa. Los profesionales encargados serán auxiliares de enfermería, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y facultativos.

-Cuarta sesión: Durante la cuarta sesión se llevarán a cabo *juegos de expresión y juegos de desinhibición*.

En primer lugar, en cuanto al primer tipo, se hincharán globos de helio y se les proporcionará uno a cada participante. A continuación, se saldrá a un patio exterior y se colocarán en círculo. Cada uno tendrá que exponer algún sentimiento negativo,

algo de lo que le gustaría deshacerse y el motivo. Acto seguido dejarán ir el globo de helio. Lo que se pretende es simbolizar el acto de “desprenderse” del sentimiento negativo. A continuación, también se realizarán juegos de desinhibición los cuales consistirán en juegos de cartas, juego de la petanca o contar historias divertidas. Todo esto con el objetivo de favorecer un clima de confianza entre todos los participantes.

-Quinta sesión: Se realizarán *juegos de atención*.

El primero, consistirá en que a cada participante, se le asignará una vocal, empezando desde la *a* hasta la *u*. Hasta que cada uno tenga atribuido una vocal. Por ejemplo, pueden empezar a hablar explicando que ha desayuna/do cada uno o que hicieron el día de antes por la tarde. A continuación, se le asignará a cada uno una consonante, y se realizará el mismo procedimiento. También se realizará el juego de la palabra asociada, también para aumentar su atención. Este juego consiste en ir pasándose una pelota mientras dicen palabras relacionadas entre sí. A su vez, se realizará el juego de la canción. Es decir, colocados también en círculo y pasándose una pelota, empezarán cantando una canción y por turnos, tendrán que seguirla. Otra actividad será la de pasarse balones evitando que caigan al suelo. Por último, harán un ejercicio para recordar elementos visuales, auditivos y cinestésicos. En primer lugar, tendrán que fijarse en lo que hay en la sala, lo que llevan puesto sus compañeros etc. Al dar la señal, los participantes cerrarán los ojos. Se preguntará a alguno de ellos sobre alguien o algo como por ejemplo qué color es la camiseta de alguien o cuántas personas llevan gafas, qué forma tienen las luces o qué forma tiene un determinado objeto. En segundo lugar, se trabajará la atención de sonidos, indicando a los participantes que reproduzcan repetidamente el sonido de un animal. Al dar la señal, se le preguntará a algunos de ellos sobre qué animales había en la sala. Por último, se trabajará la atención con el tacto, indicando que exploren con las manos las diferentes texturas que se encuentran en el sitio, la ropa de los compañeros. Al dar la señal, se les preguntará sobre qué textura era más rugosa, más fría o más cálida.

-Sexta sesión: *Juegos de comunicación y cohesión.*

En primer lugar, respecto a los juegos de comunicación, se colocarán en parejas y comenzarán a explicar algo que saben hacer muy bien, algo que saben hacer muy mal, el sueño de su vida, sus manías, algo que nunca haría o algo prohibido que le gustaría hacer. A su vez, se colocarán en círculo y uno de ellos empezará a contar un cuento o historia mientras tiene un ovillo de lana entre sus manos. Esta persona pasará el ovillo de lana quedándose con la punta a alguien que se encuentre en frente. Así, se irá formando la historia mientras se pasan el ovillo de lana. En cuanto a los juegos de cohesión, se colocarán por parejas y se empezará diciendo uno a otro la forma que tienen que hacer. Por ejemplo, formas de elefante, dromedario, fuente, rascacielos o ventiladores. Al acabar, se colocarán entorno a unas mesas, por grupos. Se les repartirá folios y a uno de ellos se le tapaná los ojos. Esta persona tendrá que dibujar aquello que los demás compañeros decidan. Así hasta que hayan dibujado cada uno de ellos.

-Séptima sesión: *Juegos de contacto y de confianza.*

Por un lado, por parejas, se colocará una en frente de la otra y una de ellas se tapaná los ojos. La persona que tiene los ojos descubiertos empezará a darle toques con las yemas de los dedos en la cara pudiendo realizar formas circulares, presiones o cualquier ritmo. Por otro lado, en cuanto a los juegos de confianza se realizará el juego de viaje por los sentidos. Los participantes se colocarán sentados alrededor de mesas sentados de forma cómoda. Se repartirán pañuelos para que se venden los ojos. A continuación, se les indicará que lleven la atención al sentido del oído, escuchando sonidos del lugar, del interior y del exterior, la propia inspiración, la respiración de los demás compañeros. Se reproducirá una grabación con sonidos especiales como el sonido del mar. También se reproducirán canciones antiguas. Después, se indicará que centren su atención al sentido del gusto. Se prepararán para recibir un nuevo sabor en la boca como por ejemplo diferentes tipos de fruta, plátano, fresa, kiwi...etc. Acto seguido, pasarán al sentido del tacto, se les indicará que se toquen los diferentes materiales que componen su ropa. También pueden tocar diferentes objetos que se encuentren previamente colocados en la mesa,

como un balón o un libro. Tienen que explorar, identificar qué es y qué forma tiene. Para finalizar, se descubrirán los ojos y se pondrá en común las diferentes sensaciones vividas.

Bloque III, o “Dinámicas de grupo II” consiste en una serie de tres sesiones cada una. La primera consistirá en enseñar pautas para conseguir una relajación psicofísica simple a través de la respiración, los encargados de llevarla a cabo serán auxiliares de enfermería, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y facultativos. Por otro lado, en cuanto a las dos sesiones siguientes consistirá en la Terapia de Gestalt que para llevarla a cabo se contará con la colaboración de psicólogos.

La Terapia de Gestalt ayuda a cada persona a conocer sus emociones, a comprenderlas, a regularlas, a expresarlas, al ver su relación con los pensamientos. Los tres pilares de dicha terapia son: “el darse cuenta” (que se llevará a cabo en la segunda de estas tres sesiones), el “aquí y ahora” (que se llevará a cabo en la última sesión) y por otro lado encontramos el tercer pilar, la responsabilidad (53). Como es una Terapia a nivel personal, se realizará de forma individualizada con cada residente.

-Octava sesión: En primer lugar, se tendrá como objetivo la *relajación de todos los músculos del cuerpo*.

Se extenderán hacia la parte delantera del cuerpo para así, llegar a tocar sus tobillos. A continuación, con las manos cruzadas, lentamente se estirará hacia arriba (volviendo a la posición inicial), se bostezará y descansará. Se harán respiraciones profundas y los pacientes se extenderán hacia delante introduciendo la barbilla hacia el pecho. Posteriormente se colocarán de nuevo hacia adelante, empujando el abdomen. A continuación, el objetivo será el movimiento físico, el ejercicio del cuerpo y la transformación de la energía negativa en energía positiva. Se comienza con una sensación de “frio” en el cuerpo. Posteriormente se realizan afirmaciones como “tengo frío”, “estoy enfadado” o “tengo miedo”. Los pacientes simulan un enfado mediante pisotones, escalofríos y gritos. Posteriormente se ríen. Durante

esta etapa, se les pide a los pacientes transformar su estado de ánimo y sensaciones negativas a una manera positiva. De este modo, se les ofrece un medio positivo para hacer frente a las emociones como la ira, frustración, ansiedad o miedo. Incluso en determinadas ocasiones los pacientes gritan “Estoy cansado de todo” o “No soporto más esta situación”. Al proporcionar la forma de descargar todos los sentimientos negativos de forma controlada y apoyada, son capaces de mostrar sus emociones y darse cuenta que todo es pasajero, que lo mejor que pueden hacer es reírse. Una vez acabada la etapa los pacientes se ríen de forma continua. Después, se terminan con respiraciones profundas.

-Novena sesión: Práctica del concepto “*darse cuenta*”, externo o interno (corporal/emocional/pensamientos). Como ya se ha nombrado con anterioridad, esta sesión se hará de forma individual con cada paciente.

En primer lugar, cuando se habla del darse cuenta, se refiere a ser conscientes de lo que se siente, interna y externamente y de lo que se piensa. Identificando estas formas diferentes de “darse cuenta” ayuda de manera didáctica en el proceso de “conocerse uno mismo”. El objetivo de esta sesión es que la persona, de manera individual, conozca lo que le sucede internamente, las sensaciones corporales, los sentimientos que le afloran y lo que le sucede mediante una escucha activa. Por otro lado, otro objetivo es el “darse cuenta externo”, que es el darse cuenta lo que sucede en el mundo, poder verlo y darse cuenta de él. Esto permite reconocer lo que se siente al poder reconocerlo. Por último, el otro objetivo de esta sesión es el “darse cuenta de la zona intermedia”, es decir, no darse cuenta de lo que se siente ni de lo que se ve porque se está centrado en pensamientos individuales. Como seres humanos es difícil que se deje de pensar, es decir, dejar la zona intermedia, los pensamientos, siempre van a estar con uno mismo. El problema aparece cuando estos pensamientos interfieren en el “darnos cuenta externo e interno” personal.

-Décima sesión: Práctica del concepto “*aquí y ahora*”.

En esta sesión también se trabajará de forma individualizada con cada uno de los pacientes. Consiste en valorar el aquí y el ahora, es decir, la actualidad, el presente

lo que a la persona le está ocurriendo en este momento de su vida. En el momento que se contacta con “el aquí y ahora”, se pierde el control intelectual y la experiencia adquiere protagonismo, ya sea un recuerdo, sentimiento o una sensación. En la Teoría de Gestalt, los recuerdos o expectativas se traen al presente, se exploran y se elaboran para que la persona se dé cuenta de cómo está repercutiendo en su presente.

Bloque IV, este bloque está compuesto por una sola sesión. Esta sesión también será llevada a cabo por psicólogos.

Al trabajar con una muestra de población geriátrica y diagnosticada de depresión es muy importante trabajar la gestión de las emociones. Lloyd y cols. (54) estudiaron en qué medida la inteligencia emocional podría predecir la depresión. Aplicaron la Escala de Yesavage y el Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On y los resultados fueron que por cada punto positivo en el último inventario, el riesgo de depresión disminuía en un 6%. Por tanto, una mejora de la inteligencia emocional, podría tener un efecto beneficioso sobre la evolución de la sintomatología depresiva.

-Undécima sesión: *Gestión de emociones, ejercicios y dinámicas de exploración y autoconocimiento de las emociones básicas.*

Para la gestión de emociones, esta sesión se basará el Programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para personas mayores (55). Se trata de un programa de intervención que combina técnicas de estimulación cognitiva con recursos para el entrenamiento de habilidades propias de la inteligencia emocional en personas mayores. El objetivo es trabajar, por un lado la conservación y mejora del rendimiento de personas mayores, en tareas que requieren la puesta en marcha de las funciones ejecutivas y, por el otro, la mejora y el aprovechamiento de las estrategias en el manejo de las emociones. Tendrá lugar de forma individualizada para cada tipo de paciente ya que se adaptará a la necesidad de cada persona. En cada una de las actividades, el sujeto tiene que responder, mediante el uso de una Tablet, a la tarea que se le representa, manipulando cubos en la forma que le corresponda según el caso. Algunas de las actividades que integran el programa:

“Ordenar viñetas”, “Reconocimiento de emociones”, “Intensidad emocional” o “Familia de imágenes”.

Bloque V, es el último bloque del proyecto. Constará de una sesión que para llevarla a cabo será necesario la colaboración de todos los profesionales que hayan participado en el proyecto.

-Duodécima sesión: En la última sesión se expondrá de forma individual la opinión de cada uno de los participantes a cerca del programa, que expliquen los aspectos positivos del mismo, el ejercicio que más ha gustado, los aspectos negativos, aspectos que mejorarían o cambiarían.

Posteriormente en la semana 13 y 26 post intervención, se volverá a realizar la Escala de Yesavage y se compararán los resultados.

8. Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas más importantes son (56):

El respeto a las personas que participan en el estudio, dentro de este grupo se incluye tanto a los profesionales como a los pacientes que participen en la intervención.

Justamente se proporcionará a cada persona lo que le corresponde moralmente, como las cargas y los beneficios de participar en la intervención. Los beneficios serán por un lado, para los residentes en la institución que participen en la intervención, una disminución de la sintomatología depresiva. Por otro lado, para los profesionales, ya que, si se logra proporcionar unos cuidados en los que la base sea el humor, se mejorará el ambiente de trabajo.

Antes de que comience la intervención se procederá a proporcionar información verbal y escrita sobre el programa y se proporcionará a cada residente que participe el consentimiento informado. Se tendrá en cuenta la confidencialidad de los usuarios así como indica, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre.

También existen una serie de principios generales en el ámbito de la ética biomédica y que deben ser respetados cuando se plantean conflictos éticos en la investigación o en la práctica clínica. El primero de estos es el respeto a la autonomía, proviene del griego y significa “autogobierno”. El individuo autónomo es el que “actúa libremente de acuerdo con un plan escogido”. Está relacionado con dos condiciones esenciales: la libertad (entendida como la independencia de influencias que controlen) y la agencia (la capacidad para la acción intencional). Una acción es autónoma cuando el que actúa lo hace: intencionadamente, con comprensión y sin influencias controladoras que determinen su acción. La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones (57).

Otro de los principios es la no maleficencia. Este concepto hace referencia a la obligación de no causar daño intencionadamente. Se entiende como “los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses”. En particular enfatizan las acciones que causan o que permiten la muerte o el riesgo de muerte (57).

La beneficencia es otro de los principios de la bioética. Consiste en prevenir el daño, eliminarlo o hacer el bien a otros, incluye siempre la acción. Existen dos tipos de beneficencia: la positiva y la utilidad. La primera requiere la provisión de los beneficios mientras que, la segunda requiere un balance entre los beneficios y los daños. La beneficencia hace referencia a actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad. Puede entenderse, de manera más general, como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de los otros (57).

El último principio es el de justicia. Las desigualdades al cuidado de la salud y el incremento de los costes de estos cuidados han ocasionado en el ámbito de la sanidad el debate sobre la justicia social. La justicia es “dar a cada uno lo suyo” de modo que se entiende como justicia como el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se le distribuyen las cargas equitativamente (57).

9. Evaluación de la intervención

Como se nombró con anterioridad, antes de realizar la intervención se realizará un cuestionario a todos los participantes que estuvieran involucrados en el proyecto para poder valorar la sintomatología depresiva de cada uno de ellos.

Los participantes cumplimentarán la Escala de Yesavage en la semana 0 antes de la intervención y se les realizarán el mismo test a la semana 13 post intervención y la semana 26 post intervención.

Lo que se pretende es disminuir de forma individual un 10% de la sintomatología depresiva. Para ello se aplicará las siguientes fórmulas:

$$\left(\frac{\text{Puntuación Escala Yesavage semana 13} - \text{Puntuación Escala Yesavage semana 0}}{\text{Puntuación Escala Yesavage semana 0}} \right) \times 100.$$

$$\left(\frac{\text{Puntuación Escala Yesavage semana 26} - \text{Puntuación Escala Yesavage semana 0}}{\text{Puntuación Escala Yesavage semana 0}} \right) \times 100.$$

Así se obtendrán los resultados en porcentaje de cada semana y al final, se valorará si la efectividad de la intervención.

10. Discusión

Como se ha desarrollado a lo largo del trabajo, la depresión es un síndrome geriátrico con elevada prevalencia en instituciones geriátricas.

Tras la revisión bibliográfica, se ha demostrado, que las terapias complementarias al tratamiento farmacológico influyen en la disminución de la sintomatología depresiva en esta tipología de pacientes.

Es por todo esto, que se decide diseñar una intervención basada de la evidencia científica para llevar a cabo en instituciones geriátricas con pacientes diagnosticados de depresión.

Una de las dificultades que pueden surgir es en la valoración de la sintomatología depresiva en esta tipología de pacientes, porque tenga lugar el solapamiento con otros síndromes geriátricos. Por ello, sería conveniente incluir en el estudio aquellas personas únicamente diagnosticadas de depresión, pero, debido al deterioro cognitivo que sufren frecuentemente esta tipología de paciente sería poco factible.

Otra de las limitaciones que puedan aparecer son o el no encontrar a profesionales sanitarios que de forma voluntaria hagan la intervención o en el caso de encontrarlos, la claudicación de los mismos. Ya que, la formación consta de 60 horas distribuidas en dos semanas y la realización de las sesiones son un total de 24 horas. Por lo tanto, se buscará financiación para este proyecto y se destinará una parte de la misma para la remuneración a cada uno de los profesionales participantes.

Otra de las limitaciones es, que al ser una situación hipotética en la cual no existen resultados, no se puede basar en unas cifras que demuestren que finalmente se han cumplido los objetivos de la intervención.

11. Conclusión

En un primer momento, cuando me planteé la elección del tema de trabajo final de grado pensé en hacer algo de materno-infantil, ya que desde siempre me ha encantado ese ámbito.

Posteriormente, realicé las prácticas de tercer curso en la Unidad Socio Sanitaria que se encuentra ubicada en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova descubriendo una población (geriátrica) a la que no estaba acostumbrada y que me hicieron sentir cosas que no había sentido hasta ese momento. Posteriormente, en cuarto curso, realicé el periodo de prácticas en la *Residencia Geriátrica Parc del Segre de Lleida* donde volvieron a surgir esos sentimientos. Finalmente, a raíz de estas experiencias, decidí realizar el trabajo final de grado sobre los pacientes geriátricos.

Me di cuenta en la institución que algunos de ellos tenían diagnosticados depresión y fue por eso por lo que finalmente decidí hacer una intervención, complementaria al tratamiento farmacológico, que pudiese ayudar a disminuir la sintomatología depresiva.

Tras la búsqueda bibliográfica, encontré varios estudios con intervenciones que resultaron efectivas a la hora de disminuir la sintomatología depresiva pero finalmente, escogí la estructura del estudio de humor terapia más grande que existe hasta la fecha, *SMILE* para completarlo con las sesiones de risoterapia destinadas a disminuir la sintomatología depresiva de la entidad *Salud Creativa*. Finalmente se ha diseñado un plan de intervención, con el que se pretende valorar si tras la aplicación de una serie de intervenciones, los pacientes disminuyen de forma individual un 10% de su sintomatología depresiva.

***“You don’t stop laughing because you grow old;
you grow old because you stop laughing”***

Michael Pritchard.

12. Bibliografía

1. Kronfly E, Rivilla D, Ortega I, Villanueva M, Beltrán E, Comellas M, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Aten Primaria*;2015.
2. Sales A, Pardo A, Mayordomo T, Satorres-Pons E, Meléndez JC. Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica*. 2015;20(2):165–72.
3. Escobar M, Botigué T, Jürschik P, Nuin C, Blanco J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(2):59–64.
4. Sarró M, Ferrer A, Rando Y, Formiga F, Rojas S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen*. 2013;39(7):354–60.
5. Portilla ME, Gregorio P. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. *Medicine*. 2014;11(62):3714–9.
6. Porcel MA, Valpuesta ER. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*. 2012;23(4):151–5.
7. Serrano JP, Latorre JM, Gatz M. Spain: Promoting the Welfare of Older Adults in the Context of Population Aging. *Gerontologist*. 2014;1–8.
8. Robles M, Miralles R, Llorach I, Cervera A. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. In: *Tratado de Geriatria para Residentes*. 2006: 25–32.
9. Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos*. 2013;24(1):8–13.
10. Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España 2015. Indicadores estadísticos básicos. *Envejec en red* nº 10. 2015;27.
11. Zunzunegui MV, Béland F. Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010;24(1):68–73.

12. Salud: Mujeres y hombres en España. 2015;1–13.
13. Castanedo C, Sarabia M. Enfermería en el Envejecimiento. Univ Cantab. :1–3.
14. Consumo M de S y. Ministerio de Sanidad y Consumo. Minist Sanid y Consum. 2008;
15. Hernández Z, Muños M. Propuesta de un modelo de atención geriátrica. Psicol y Salud. 2003;13(2):1–6.
16. Horning SM, Wilkins SS, Dhanani S, Henriques D. A Case of Elder Abuse and Undue Influence: Assessment and Treatment From a Geriatric Interdisciplinary Team. Clin Case Stud. 2013;12(5):373–87.
17. Márquez CL, Martínez LM, González M. JN, Rizos LR. Justificación, Concepto e Importancia de los Síndromes Geriátricos. In: Tratado de Geriatria para Residentes. 2003: 143–50.
18. Senn N, Monod S. Development of a Comprehensive Approach for the Early Diagnosis of Geriatric Syndromes in General Practice. Front Med. 2015;2(78):1–10.
19. Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, Ward PB, Richards J, Soundy A, et al. Dropout from exercise randomized controlled trials among people with depression: A meta-analysis and meta regression. J Affect Disord. 2016;190:457–66.
20. Markkula N, Härkänen T, Nieminen T, Peña S, Mattila AK, Koskinen S, et al. Prognosis of depressive disorders in the general population- results from the longitudinal Finnish Health 2011 Study. J Affect Disord. 2016;190:687–96.
21. Antón M, Gálvez N, Esteban R. Depresión y ansiedad. In: Tratado de Geriatria para Residentes. 2006: 243–9.
22. Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2014;1.

23. Galván P, Fernández E, Fonseca J. Síntomas residuales en el anciano con depresión. *Semergen*. 2012;38(5):285–91.
24. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012;136(3):212–21.
25. Conde A, Hemmersbach M, Anía BJ, Sujanani N, SerranosM. Implicaciones de los síntomas depresivos en los ancianos hospitalizados por afección médica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(5):224–7.
26. Martínez XG, Cabeza MM, Pascuale MS, Bedia IM. Trastornos del humor: trastornos depresivos. *Medicine*. 2015;11(85):5064–74.
27. Thomas P, Cyril H. Dépression de la personne âgée en institution. 2013;207–16.
28. Hortonedá E. Síndromes geriátricos. 2006.
29. Margrain T, Gallindo F. Stepped care for depression and anxiety in visually impaired older adults: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2015.
30. Purriños MJ. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) :1–4.
31. Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12:63–70.
32. Escala de depresión geriátrica. Test de yesavage. FUDEN.
33. Arias M. Neurología de la risa y del humor: risa y llanto patológicos. *Rev Neurol*. 2011;53(7):415–21.
34. Mora R. Potential health benefits of simulated laughter: a narrative review of the literature and recommendations for future research. *Complement Ther Med*. 2011;19(3):170–7.
35. Médicas A. La risoterapia como complemento a otras terapias médicas. *Rev Enfermería CyL*. 2015;7(1):73–9.
36. Toda M, Ichikawa H. Effect of laughter on salivary flow rates and levels of chromogranin A in young adults and elderly people. *Environ Health Prev Med*.

2012;17(6):494–9.

37. Navarro J, Del Moral R, Alonso MF, Loste P, Garcia-Campayo J, Lahoz-Beltra R, et al. Validation of laughter for diagnosis and evaluation of depression. *J Affect Disord*. 2014;160:43–9.
38. Hsieh C, Chang C, Tsai G, Wu H. Empirical study of the influence of a Laughing Qigong Program on long-term care residents. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;15(2):1–9.
39. Goodenough B, Low L-F, Casey A-N, Chenoweth L, Fleming R, Spitzer P, et al. Study protocol for a randomized controlled trial of humor therapy in residential care: the Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and ElderClowns (SMILE). *Int Psychogeriatrics*. 2012;24(12):2037–44.
40. Ghodsbin F, Ahmadi ZS, Jahanbin I, Sharif F. The Effects of Laughter Therapy on General Health of Elderly People Referring to Jahandidegan Community Center in Shiraz. *IJCBNM*. 2015;3(1):31–8.
41. Chang C, Tsai G, Hsieh C-J. Psychological, immunological and physiological effects of a Laughing Qigong Program (LQP) on adolescents. *Complement Ther Med*. 2013;21(6):660–8.
42. Gelkopf M. The use of humor in serious mental illness: a review. *eCAM*. 2011;8.
43. Monahan K. The Use of Humor With Older Adults Aging in Place. *Soc Work Ment Health*. 2015;13(1):61–9.
44. Low L-F, Brodaty H, Goodenough B, Spitzer P, Bell J-P, Fleming R, et al. The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and ElderClowns (SMILE) study: cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes. *BMJ Open*. 2013;3(1):1–8.
45. Ko HJ, Youn CH. Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Int*. 2011;11(3):267–74.
46. Konradt B, Hirsch RD, Jonitz MF, Junglas K. Evaluation of a standardized

- humor group in a clinical setting: a feasibility study for older patients with depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(8):850–7.
47. Ruch W, Proyer RT, Weber M. Humor as a character strength among the elderly: empirical findings on age-related changes and its contribution to satisfaction with life. *Z Gerontol Geriatr*. 2010;43(1):13–8.
 48. Brodaty H, Low LF, Liu Z, Fletcher J, Roast J, Goodenough B, et al. Successful Ingredients in the SMILE Study: Resident, Staff, and Management Factors Influence the Effects of Humor Therapy in Residential Aged Care. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;22(12):1427–37.
 49. Low LF, Goodenough B, Fletcher J, Xu K, Casey AN, Chenoweth L, et al. The effects of humor therapy on nursing home residents measured using observational methods: The SMILE cluster randomized trial. *JAMDA*. 2014;15(8):564–9.
 50. Australian Journal of Dementia. *Aust J Dement Care*. 2012;1(1):1–5.
 51. Sociales G de EM de SS. Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. 2014;1–74.
 52. Parés M, Torres M. Salud Creativa- Escuela de Risoterapia y Terapias Humanistas.
 53. Fuertes A. Yo me emociono , ¿ y tú ? *Aula Secund*. 2016;(16):10–4.
 54. Lloyd SJ, Malek-ahmadi M, Barclay K, Fernandez MR, Stanley M. Emotional intelligence (EI) as a predictor of depression status in older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(3):570–3.
 55. Peci-pm E, Pérez-fuentes MC, Molero M, José J, Soler FJ. Estimulación de la Inteligencia Emocional en mayores : *Eur J investig Heal psychol Educ*. 2014;4(3):329–39.
 56. Rubio A V. La ética de la investigación enfermera. *Rev Enfermería CyL*. 2010;2(2):3–14.

57. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veitas*. 2010;22:121–57.

13. Anexos.

Anexo I. Sesiones risoterapia I

Tabla 3. Sesiones según “Empirical study of the influence of a Laughing Qigong Program on long-term care residents” (38)	
Sesiones	Contenido
Sesión 1	<i>Warm-up stage</i> o fase de calentamiento. Tiene una duración entre 2 y 3 minutos. Su objetivo es la relajación de todos los músculos del cuerpo y la preparación mental para la realización de los futuros ejercicios de risoterapia. De esta manera, los pacientes comenzarán a tener pensamientos “claros y limpios”. Se extenderán hacia la parte delantera del cuerpo para así, llegar a tocar sus tobillos. A continuación, con las manos cruzadas, lentamente se estirará hacia arriba (volviendo a la posición inicial), se bostezará y descansará.
Sesión 2	<i>Ren- Mai o etapa Dumai.</i> Tiene una duración entre 3 y 4 minutos. El objetivo de esta etapa es generar el calor corporal. Se basa en los meridianos chinos conocidos como <i>Ren conception vessel</i> y <i>Du governing vessel</i> . Se harán respiraciones profundas y los pacientes se extenderán hacia delante introduciendo la barbilla hacia el pecho. Posteriormente se colocarán de nuevo hacia adelante, empujando el abdomen. Mientras se extiende hacia arriba se comienza a reír o se comienza con la emisión de sonidos “Yi” “Wu” “Ou” “Ah” y “E”. La medicina china cree que las enfermedades son causadas por los bloqueos de energía que crean desarmonía y desequilibrio en el cuerpo. Al emitir sonidos se emite una “energía” que contribuye a la curación de los meridianos bloqueados.

Sesión 3	<p><i>Transformation stage</i> o etapa de la transformación. Tiene una duración de 10 minutos y su objetivo es el movimiento físico, el ejercicio del cuerpo y la transformación de la energía negativa en energía positiva. Se comienza con una sensación de “frio” en el cuerpo. Posteriormente se realizan afirmaciones como “tengo frío”, “estoy enfadado” o “tengo miedo”. Los pacientes simulan un enfado mediante pisotones, escalofríos y gritos. Posteriormente se ríen. Durante esta etapa, se les pide a los pacientes transformar su estado de ánimo a una manera positiva. De este modo, se les ofrece un medio positivo para hacer frente a las emociones como la ira, frustración, ansiedad o miedo. Incluso en determinadas ocasiones los pacientes gritan “Estoy cansado de todo” o “No soporto más esta situación”. Al proporcionar la forma de descargar todos los sentimientos negativos de forma controlada y apoyada, son capaces de mostrar sus emociones y darse cuenta que todo es pasajero, que lo mejor que pueden hacer es reírse. Una vez acabada la etapa los pacientes se ríen durante 2-3 minutos de forma continua. Después, se terminan con respiraciones profundas.</p>
Sesión 4	<p><i>Cool-down stage</i> o fase de enfriamiento. Tiene una duración de 5 minutos. El objetivo de esta etapa es enfriar el cuerpo y la mente mediante un <i>auto-masaje tai-chi</i> (abriendo las manos en los brazos y las piernas y la simulación de lavar la cara) o la meditación. Además esta etapa acaba con todos los pacientes dando vueltas agradeciendo a los demás participantes con un “ha” mientras se aplaude. No es únicamente, una manera formal de cerrar la sesión, sino que ofrece una oportunidad para que cada uno de los pacientes sienta que forman parte de un grupo social.</p>

Anexo II. Sesiones risoterapia II

Tabla 4. Sesiones según “Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly” (45)	
Sesiones	Contenido
Sesión 1	Se explicará los efectos de la risoterapia y se reproducirá un video sobre la práctica de la risoterapia. De esta manera, los pacientes podrán entender el funcionamiento de la intervención de manera clara. A continuación, se llevará a cabo una serie de ejercicios. En primer lugar se relajarán los músculos faciales, se juntarán las manos, se dirá “hola” a los demás compañeros y se reirán mientras aplauden.
Sesión 2	Tendrá lugar una semana más tarde: Para comenzar se hará que los participantes se rían mientras bailan y cantan. Después, el moderador les enseñará ejercicios para entrenar el suelo pélvico a través de los ejercicios de Kegel. A su vez, se visualizará de nuevo el vídeo de la risoterapia mientras se ríen y aplauden. La segunda sesión termina cantando y bailando una canción.
Sesión 3	Comenzará cantando una canción. Se les enseñará los efectos positivos para el afrontamiento de la vida de manera positiva; repetirán palabras como: bueno, feliz, delicioso, agradable y así sucesivamente. Se volverá a reproducir el video de la risoterapia mientras se ríen y aplauden.
Sesión 4	Comenzará cantando y bailando una canción. Pronunciarán “Ah, E, I, Oh, Woo” mientras bostezan. Se les enseñará a expresar las diferentes formas de reír, risas locuaces, risas mientras aplauden, risa de león, reír como un globo, reír como una fina dama etc. Finalmente por parejas, se masajearán los hombros y se dirán “Te quiero”. Acabará la sesión cantando y bailando con la música en tono muy alto, mientras se ríen.

Anexo III. Sesiones risoterapia III

Tabla 5. Sesiones según “Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: a feasibility study for older people patients with depression” (46)	
Sesiones	Contenido
Sesión 1	-¿Por qué un grupo de humor? La psicoeducación sobre los efectos de la risa. -“Humor” en contraste con la “broma”: reírse juntos sin reírse de alguien. -Ejercicio de reír: riendo intencionadamente ¿qué ocurre?
Sesión 2	-Recordar la primera situación divertida de tu vida -Ejercicio: andar por la habitación y recibir/hacer cumplidos a los demás compañeros. ¿Qué se siente siendo el receptor o el donante?
Sesión 3	-¿Cuál fue el primer pensamiento del día? ¿Cuál era su parte divertida? -¿Qué son los pensamientos “felicidad”? -¿Cuál fue el último pensamiento del día? ¿Cuál era su parte divertida?
Sesión 4	-Ejercicio: controlarse a sí mismo cuando se produce algún contratiempo/desgracia. ¿Cómo reaccionas? -¿Cómo se puede manejar este tipo de situaciones con humor?
Sesión 5	-Jugar con materiales divertidos: una bolsa llena de artículos de broma (narices de payaso, burbujas, trompetas...). Cada persona coge algo y se lo coloca. -Tarea: recuerdos, sensaciones que les producen los diferentes artículos.
Sesión 6	-“Espejo deformante”: todo el mundo se ve en el espejo haciendo muecas. -Los “juegos irracionales”, por ejemplo todo el mundo juega imitando a un animal, político...etc.

Sesión 7	-Descripción de la rutina diaria y los roles. -Reproducir, promulgar, leer, contar chistes y anécdotas.
Sesión 8	-Biografía personal: como el primer beso, tu profesor favorito, moda extraña cuando tenía 20 años...
En cada sesión	-Música y baile, cantar juntos -Contar experiencias personales divertidas -Al final de la sesión contar chistes
Tareas	En todas las sesiones los pacientes son motivados a: - contar chistes, historias o anécdotas de periódicos, revistar o su vida cotidiana. - compartir todos estos aspectos con el grupo - Saber llevar todas las situaciones de la vida con humor

Anexo IV. Consentimiento informado



Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria
i Fisioteràpia

Fecha_____

Yo_____ con documento de identidad_____, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que el estudiante de 4º Grado de Enfermería de la Universitat de Lleida _____ me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a éste procedimiento de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetará la buena fe, confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Firma estudiante de Enfermería.

Firma paciente.

DNI:

DNI:

Anexo V: Documentación escrita

-The Sydney Multi-site Intervention of LaughterBosses- and ElderClowns (SMILE)

Hoy en día, este proyecto tiene lugar en Sidney y es el mayor estudio de humor terapia que existe hasta la fecha.

-Salud Creativa

Escuela de risoterapia.

Taller de RISOTERAPIA




Universitat de Lleida. Facultat de Enfermeria y Fisioterapia
Sheila Artasona Vegas

Información del Proyecto

Se basará en la estructura del Proyecto **SMILE** y se complementará con las sesiones diseñadas por Salud Creativa.



→ **¿En qué consiste?**

El proyecto constará de 12 sesiones, con una duración de dos horas cada una. Estarán distribuidas todos los jueves durante los meses de septiembre, octubre, y noviembre del 2017.

Están repartidas en cinco bloques, según la temática a realizar. En ellos, se realizarán Yoga de la risa, gestión de emociones o juegos varios, entre otras cosas.

→ **¿Quién lo va a llevar a cabo?**

Los encargados del proyecto serán los **LaughterBoss** y los **ElderClowns**.

Los **ElderClowns**, realizarán los talleres con la previa formación de 60 horas.

Y...

¿Todo esto para qué?



→ **Beneficios de la risa**

- ⇒ Aumenta la receptividad
- ⇒ Aumenta la concentración
- ⇒ Ejercita músculos
- ⇒ Mejora la respiración
- ⇒ Estimula la circulación
- ⇒ Mejora el estrés y ansiedad
- ⇒ Ejercita la memoria
- ⇒ Eleva el umbral del dolor

Anexo VI: Escala Yesavage

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Población diana: Población general mayor de 65 años. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los puntos de corte son:

0 - 5 :	Normal
6 - 10 :	Depresión moderada
+ 10 :	Depresión severa

- **Versión de 5 ítems:** Población diana: Población varón mayor de 65 años. Los ítems incluidos en esta versión son el 1, 4, 8, 9 y 12. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 4, 8, 9 y 12, y la negativa en el ítem 1. Cada respuesta errónea puntúa 1.

Un número de respuestas erróneas superior a 4 se considera depresión.

1- <i>¿Está básicamente satisfecho con su vida?</i>	SÍ NO
2- <i>¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?</i>	SÍ NO
3- <i>¿Siente que su vida está vacía?</i>	SÍ NO
4- <i>¿Se siente a menudo aburrido?</i>	SÍ NO
5- <i>¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?</i>	SÍ NO
6- <i>¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?</i>	SÍ NO
7- <i>¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?</i>	SÍ NO
8- <i>¿Se siente a menudo sin esperanza?</i>	SÍ NO
9- <i>¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?</i>	SÍ NO
10- <i>¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?</i>	SÍ NO
11- <i>¿Cree que es maravilloso estar vivo?</i>	SÍ NO
12- <i>¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?</i>	SÍ NO
13- <i>¿Piensa que su situación es desesperada?</i>	SÍ NO
14- <i>¿Se siente lleno de energía?</i>	SÍ NO
15- <i>¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?</i>	SÍ NO