

Risoterapia para disminución de ansiedad en un grupo experimental

Laughter therapy to reduce anxiety in an experimental group

Berenice Martínez Cartagena¹
Mtro. Andrés Villa Soto²

Resumen

La risoterapia es utilizada como una medida auxiliar en la terapéutica física, psicológica, emocional y social de los pacientes al procurar un bienestar psicológico y fisiológico que derive en una disminución del estrés y la ansiedad. En adicciones, un factor de ansiedad es la abstinencia. Este trabajo describe los efectos de la risoterapia en la disminución de la ansiedad en un grupo experimental frente a un grupo control de entre los usuarios de la Fundación Silvia Olvera Escobedo para el tratamiento de adicciones. Fueron reclutados 12 participantes de entre los usuarios de la fundación: 6 usuarios formaron el grupo experimental y 6 más, el grupo control. Ambos grupos completaron la Escala IDARE para medición de la ansiedad al inicio y al final de la intervención con risoterapia. Se realizaron 5 sesiones en el mes de agosto de 2017 con el grupo experimental, el cual completó autorregistros pretest y postest con el Inventario IDARE, al igual que el grupo control. Los resultados mostraron que la ansiedad medida en el pretest fue superior a los promedios del postest, tanto en ansiedad-rasgo como en ansiedad-estado,

registradas en el IDARE en el grupo experimental, en comparación con el grupo control. La risoterapia fue efectiva en la disminución de ansiedad en el grupo experimental, demostrado a través de la prueba t de Student.

Palabras clave: risoterapia, risa, adicción, ansiedad, emoción positiva

Abstract

Laughter therapy is used as an auxiliary measure in the physical, psychological, emotional and social treatment of patients in order to achieve a psychological and physiological well-being that results in a reduction of stress and anxiety. In addictions an anxiety factor is due to abstinence. This work describes the effects of Laughter therapy in the reduction of anxiety in an experimental group compared to a control group among users of the Silvia Olvera Escobedo Foundation for the treatment of addictions. Twelve participants were recruited from among the users of the Foundation: 6 users formed the experimental group and 6 the control group. Both groups completed the IDARE Scale for measuring anxiety at the beginning and ending of the intervention with Laughter Therapy. Five sessions were held in August 2017 to the experimental group, which completed pretest and post-test self-registers with the IDARE Inventory as well as the control group. The results showed that the anxiety measured in the pretest was higher than the averages of the post-test, both in the IDARE in the Anxiety Trait and Anxiety State in the experimental group compared to the control group. Laughter therapy was effective in reducing anxiety in the experimental group, demonstrated through the student's t-test.

Keywords: laughter-therapy, laughter, addiction, anxiety, positive emotion

Introducción

La ansiedad producida por la abstinencia en el tratamiento de adicciones es una de las problemáticas que pueden ser paliadas a través de la risoterapia. Esta se define como el uso terapéutico de técnicas o intervenciones aplicables que conducen a un estado controlado de desinhibición para experimentar risa que resulte en beneficios para la salud (Holden, 1999).

La risa es una reacción psicofisiológica al estímulo que conduce a la producción de contracciones

¹Estudiante de la Licenciatura en Psicología, Universidad del Valle de México

berenice.martinezc@my.uvm.edu.mx

²Asesor, Universidad del Valle de México:

Fecha de recepción:
12 de agosto de 2018

Fecha de aceptación:
30 de octubre

musculares, expresiones faciales y otros procesos neurofisiológicos. Se caracteriza externamente por vocalizaciones repetitivas, una expresión facial fácilmente reconocible, movimientos corporales característicos y una serie de procesos neurofisiológicos concretos (cambios respiratorios y circulatorios, activación del sistema dopaminérgico y otros circuitos neuroquímicos); internamente, se trata de una sensación subjetiva reconocible (hilaridad) y de carácter placentero en mayor o menor medida. La risa puede considerarse una emoción positiva o, por lo menos, la causa o el reflejo externo de una emoción positiva. El goce que proporciona activa el sistema de recompensas mesolímbico dopaminérgico, asociado con diversos placeres hedónicos (Reiss, Mobbs, Greicius, Eiman y Menon, 2003; citados por Carbelo y Jáuregui, 2006, p.19).

Existen cinco grupos principales en los que se clasifican los tipos de risa: 1) risa espontánea o genuina; 2) risa ensayada o incondicional; 3) risa estimulada; 4) risa inducida y 5) risa patológica (Rodríguez y Rojas, 2017). En la risoterapia, se trabaja con la risa espontánea y la risa ensayada, mediante el uso de herramientas lúdicas y actividades dinámicas. La primera surge de forma natural como expresión genuina de las distintas emociones humanas y la risa ensayada se consigue mediante su práctica a voluntad y sin motivo alguno que la justifique (incondicional), por lo que no está asociada directamente al humor o a otras emociones humanas positivas (Mora y García, 2008).

Los ejercicios y las técnicas llevan a la persona o el grupo a un estado desinhibido, para que se produzca el binomio risa ensayada/risa espontánea. De acuerdo con Mora (2010), el cerebro no distingue la risa ensayada de la espontánea, por lo que ambos tipos se asocian indistintamente a similares beneficios de salud.

La diferencia entre la risa y el humor es que este último es un constructo, mientras que la risa es una actividad fisiológica. El humor tiene efectos cognitivos, y la risa, efectos físicos y fisiológicos. El humor es un estímulo y la risa es la respuesta a ese estímulo. El humor puede cursar sin risa y la risa sin humor; así, se concluye que la risa no se origina exclusivamente en el humor para conseguir un beneficio terapéutico. Aunque las personas con mal humor puedan sentir como si no tuvieran razones para

reírse, la risa no tiene que ser genuina para obtener efectos positivos (Lancheros, Tovar y Rojas, 2011).

Mora (2010) concluyó que los beneficios fisiológicos de la risa incluyen una mejor respiración, relajación general del músculo y un mejor funcionamiento mental. Los cambios fisiológicos fueron acompañados por los beneficios psicológicos, incluyendo el humor positivo creciente y la tensión disminuida. Bains, Berk, Daher, Lohman, Petrofsky, Schwab y Deshpande (2014) descubrieron que reír de forma hilarante reduce los niveles de estrés porque disminuye la hormona cortisol, cuyo exceso puede dañar las neuronas del hipocampo, lo que conduce a un deterioro del aprendizaje y la memoria. Cousins (2012) explica que 10 minutos de risa franca confieren un efecto analgésico que proporcionan 2 horas de sueño sin dolor.

Valera, Coletas, Ramírez, Gracia, Valera y Marín (2016) mencionan que la risoterapia como técnica de relajación disminuye la percepción del dolor; reduce el nivel del cortisol al combatir el estrés y el insomnio; mejora la función pulmonar; aumenta las inmunoglobulinas y los linfocitos; libera endorfinas y neurohormonas; reduce la ansiedad; contribuye a un descanso profundo; conduce a la generación de pensamientos y creencias positivas y mejora las estrategias de afrontamiento incrementando la sensación de seguridad y autoconfianza, al ser una técnica alternativa de relajación tan eficaz como las tradicionales, que además aporta mayor unión entre los miembros del grupo. Rodríguez y Rojas (2017) mencionan que la práctica de la risoterapia mejora el estado anímico y, por consecuencia, desarrolla competencias sociales; se incrementa las catecolaminas aumentando la memoria, la creatividad y la respuesta interpersonal; aumenta la dopamina y serotonina con efectos antidepresivos y ansiolíticos. Se consideran, por lo tanto, los efectos positivos de la risoterapia a nivel psicológico y fisiológico.

La risa se ha investigado en torno a su capacidad para disminuir las emociones negativas, tales como ansiedad, estrés y depresión (Houston, McKee, Carroll y Marsh, 1998; Mora y García, 2008). Kuiper y Martín (1998) descubrieron, en su estudio *Laughter and stress in daily life*, que los individuos que informaron menos efectos negativos durante el estrés fueron quienes reían más frecuentemente y se relacionaron estos resultados con la hipótesis de amortiguación del estrés bajo los efectos del sentido del humor. Encontraron

que la risa tiene un efecto moderador en los niveles de emociones negativas.

Ghafouri (2016) encontró que la risa reduce el dolor agudo y crónico, disminuye la hormona del estrés y la depresión, estimula la autoestima, aumenta la encefalina y las endorfinas, disminuye la presión sanguínea a través del aumento del óxido nítrico, disminuye la catecolamina y regula la función de la pared vascular, aumenta el gasto cardíaco, mejora la ventilación pulmonar y previene la nefropatía diabética. El aumento de catecolaminas, producido por la risa, aumenta a su vez la respuesta interpersonal, la alerta, la creatividad y la memoria, así como los neurotransmisores serotonina y dopamina, lo que tiene un efecto antidepressivo y ansiolítico. Velázquez (2015) menciona que la risa libera endorfinas que se comportan como opioide endógeno y que producen un efecto calmante, anti-dolorífico, euforizante e inmunoestimulante.

Rojo (2016) menciona que la risa reduce los síntomas de patologías como la ansiedad, estrés, depresión y demencias, gracias a la liberación de hormonas como la serotonina y la dopamina, que activan a la persona y le hacen sentir mejor consigo misma. Después de una sesión de risoterapia, la persona tiene un sentimiento agradable, con mayor ánimo para afrontar la vida y los problemas de manera positiva.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), la adicción es considerada una enfermedad con entidad propia, un trastorno que debilita, con raíz en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. Para poder hablar de dependencia física y psicológica, las personas deben presentar tres o más de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses: *a*) fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción); *b*) dificultades para controlar dicho consumo; *c*) síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo; *d*) tolerancia; *e*) abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia (inversión de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia); *f*) persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

La ansiedad es una emoción negativa o desagradable, caracterizada por malestar subjetivo, alta activación fisiológica e inquietud motora; a su vez, está ligada a diferencias individuales en ciertas áreas situacionales (rasgos específicos) y surge porque el sujeto percibe que una determinada situación representa una amenaza para él (valoración de la situación), sin que pueda remediarlo por escasez de recursos (afrontamiento). Es importante comprender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones, que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes; así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica y provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto el plano físico como el psicológico y conductual (Vindel-Cano, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994).

La ansiedad-rasgo es una característica de la personalidad relativamente estable (a lo largo del tiempo y en situaciones distintas) y se refiere a la tendencia del individuo a reaccionar de forma ansiosa ante cualquier situación. La ansiedad-estado hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

El estrés es una fuerte demanda al individuo ante situaciones o elementos externos y las reacciones, biológicas o psicológicas, que el individuo desarrolla ante ellas como respuesta. La reacción de estrés, desde un punto de vista psicológico, es similar a la de ansiedad. Por ello, los términos *ansiedad* y *estrés* se utilizan a veces como sinónimos, si bien existen líneas de investigación distintas para cada campo. Actualmente, el acercamiento entre las teorías sobre el estrés y la ansiedad es aún mayor, ya que, en ambos casos, se hace especial hincapié en el estudio de las variables cognitivas (valoración y afrontamiento) que están implicadas en la interpretación de la situación (ansiógena o estresante) y que dan lugar a una reacción del organismo que puede ser observada en los tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor (Lazarus y Folkman, 1986, citados por Vindel Cano, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994, p. 146).

En algunas personas, conductas consumatorias como comer, ingerir bebidas alcohólicas, fumar, tomar tranquilizantes u otras sustancias pueden disminuir el malestar y reducir la activación fisiológica, producidos por la ansiedad (Becoña y Cortés, 2010). Sin embargo, estos consumos pueden hacerse cada vez más necesarios para aliviar los síntomas de ansiedad o, incluso, para evitar el síndrome de abstinencia, un cuadro clínico con intensas respuestas de ansiedad. La posibilidad de no poder seguir consumiendo se interpreta como una amenaza que produce más ansiedad afrontada mediante el consumo. Se produce así un círculo vicioso, tanto de la necesidad de consumir como de la ansiedad que se intenta evitar. En el tratamiento de adicciones, la ansiedad es un fenómeno importante a tratar. El objetivo será reducir las manifestaciones de ansiedad sin consumir las drogas.

La adicción cambia el placer y la recompensa, el aprendizaje, la motivación y los centros de memoria del cerebro. El cerebro adicto está conectado para asegurar la repetición de actividades asociadas con el placer y la recompensa; en última instancia, busca la liberación de sustancias químicas cerebrales que otorguen satisfacción. El efecto de una recompensa tan poderosa motiva fuertemente a la gente a usar esas sustancias una y otra vez; así, el circuito de recompensa es una vía común de reforzadores tanto naturales como artificiales (Verdejo-García y Bechara, 2010). El consumo de sustancias, ya sea de manera directa o indirecta, supone un incremento del neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina, por lo que el efecto hedónico aparece amplificado. Esta sensación placentera es la que hace que el sujeto tienda a volver a consumir (Landa, Fernández-Montalvo y Tirapu, 2004). El consumo agudo de sustancias supone un incremento de la liberación de dopamina y, por tanto, de su actividad, que conlleva una intensificación en la sensación de placer. No obstante, el consumo crónico no produce mayor liberación de dopamina, sino alteraciones a nivel de los receptores del neurotransmisor. Clínicamente, esto se manifiesta en la tolerancia, es decir, en la necesidad de un mayor consumo de sustancia para lograr un mismo efecto. La disminución de la dopamina y los cambios neuroadaptativos consiguientes hacen que el sujeto potencie el consumo de la sustancia como manera de mantener constante el grado de estimulación (Bardo, Neisewander y Kelly, 2013). Sin embargo, la dopamina no es el único neurotransmisor

implicado en el circuito de recompensa; otros neurotransmisores están involucrados. Así, la serotonina actúa regulando este circuito a través de su acción sobre el hipotálamo (Becoña y Cortés, 2010). Tanto la cocaína como la risa producen dopamina, de manera similar, en una parte del cerebro llamada núcleo accumbens. El aumento de catecolaminas, producido por la risa, afectaría algunas funciones mentales, como el aumento de la respuesta interpersonal, la alerta, la creatividad y la memoria, así como el aumento de otros neurotransmisores (serotonina, dopamina), con un efecto antidepressivo y ansiolítico. Se descubrió que las personas, al reaccionar a dibujos animados divertidos, producen una risa que ilumina el mismo circuito de recompensa cerebral que la cocaína (Mobbs, Greicius, Abdel-Azim, Menon y Reiss, 2003).

De acuerdo con Fernández, Heras, Cepa y Bastida (2017), el humor y la risa se utilizan como estrategias conductuales para reducir el estrés, el miedo y la ansiedad. La risoterapia, en esta investigación, tiene como objetivo principal ser una terapéutica auxiliar para la disminución de la ansiedad en un grupo experimental durante el tratamiento en la rehabilitación por adicciones. El internamiento para el tratamiento en adicciones es asociado por los usuarios como sinónimo de enfermedad; así, pues, los usuarios afrontan múltiples situaciones que les generan ansiedad, como la abstinencia a su consumo habitual, incluidos los síntomas físicos derivados de ello, procedimientos del tratamiento de rehabilitación, miedo a la muerte, preocupación por su salud y el cambio en sus actividades cotidianas. Arancegui (2015) considera que el humor permite liberar tensiones, aclarar preocupaciones, distenderse y relajarse, pues la risa que provoca el buen humor aporta más energía, vitalidad, incrementa la actividad cerebral, permite ejercitarse y favorece la mejora en las relaciones interpersonales, lo que incide en una mejor calidad de vida.

Una parte importante en el tratamiento en adicciones es que los usuarios deben asumir que parte de la responsabilidad del cambio está en ellos mismos, por lo que deben ser conscientes de que tienen una capacidad inherente y potencial para cambiar. Velasquez, Maurer, Crouch y DiClemente (2001) proponen técnicas terapéuticas para ayudar a los pacientes a entender y participar en los procesos de cambio. Las técnicas son: 1) psicoeducación; 2)

clarificación de valores; 3) solución de problemas; 4) establecimiento de metas; 5) planificación en la prevención de recaídas; 6) técnicas de relajación; 7) entrenamiento en asertividad; 8) juego de roles; 9) técnicas cognitivas; 10) reestructuración ambiental; 11) clarificación del rol; 12) reforzamiento; 13) habilidades sociales y mejora de las habilidades de comunicación; 14) clarificación de necesidades; 15) evaluación y retroalimentación. De acuerdo con esto, la risoterapia permite al usuario múltiples beneficios en la salud y prevención del consumo al disminuir la ansiedad; consigue que se establezca metas y planifique la prevención de recaídas al sustituir situaciones de consumo con la terapia de risa. Ayuda a la relajación al sustituir la ansiedad por la liberación de emociones. En el juego de roles, se adopta la risa como conducta alternativa saludable, pues, al establecer un ambiente emocionalmente más alegre, hay una reestructuración ambiental. Le permite mejorar sus habilidades sociales y de comunicación, ya que, trabajando en grupo y perdiendo la inhibición a la risa con las técnicas lúdicas, aumentan las relaciones de ayuda entre los participantes, lo que contribuiría a mejorar el ambiente entre ellos y formar una red de apoyo al interior de la fundación.

De acuerdo con Mora (2010), una intervención con risoterapia se puede enfocar en aspectos físicos, emocionales, mentales, conductuales, sociales o espirituales de la experiencia del participante. Una sesión típica está constituida por un mínimo de tres etapas: 1) apertura y calentamiento: ubicación en el contexto, exploración de los materiales y recursos a utilizar, presentación, preparación (física y mental) y desbloqueo para la risa; 2) dinámica y desarrollo: realización de las intervenciones organizadas por el terapeuta con base en los objetivos planteados y en los datos recopilados sobre los participantes (es la fase de experiencia de la risa); 3) recuperación, cierre y evaluación: regreso a la normalidad, pero conservando los beneficios de la fase anterior, y turno o rueda de opiniones para comentar con el terapeuta lo ocurrido en la sesión. Cada sesión individual de terapia de la risa tendría que asegurar que, a solas o en grupo, se pueda experimentar “risa intensa a carcajadas”, apoyada con prensa abdominal y adecuada impostación, durante un mínimo acumulado por sesión de 3 minutos. Con esta finalidad, la duración mínima de una sesión individual es de unos 20 minutos (hasta un máximo recomendable de 2 horas) y se debería

realizar un mínimo de dos sesiones por semana (Mora y Quintana, 2010).

Hipótesis

Hay diferencias en los resultados de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en los grupos experimental y de control después de la intervención con risoterapia en el grupo experimental.

Método

Tipo, nivel y método de estudio: corresponde a una investigación aplicada, con enfoque cuantitativo con método cuasiexperimental con dos grupos: experimental y de control. Es un estudio pretest-postest.

Participantes: dos muestras de seis participantes cada una fueron elegidas aleatoriamente dentro de la Fundación Silvia Olvera Escobedo. En el grupo experimental, los participantes fueron todos varones en rango de edad de 21-64 años, con una media de edad de 37.6 años (desviación estándar: 19.35). En el grupo control, los participantes fueron todos varones en rango de edad de 21-50 años, con una media de edad de 28.1 años (desviación estándar: 14.57).

Sede de estudio: esta investigación se llevó a cabo en la Fundación Silvia Olvera Escobedo para el tratamiento en adicciones.

Variables medidas: ansiedad-rasgo y ansiedad-estado.

Instrumento de recolección de datos: los participantes de ambos grupos completaron el Inventario de ansiedad: rasgo-estado (IDARE) (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), antes de la intervención con las sesiones de risoterapia y al final de estas. El inventario IDARE fue aplicado para describir los niveles de ansiedad-estado-rasgo; consta de 40 afirmaciones: 20 evalúan la ansiedad-rasgo, y las otras 20, la ansiedad-estado. El evaluado debe responder una de cuatro opciones: casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre, para la escala ansiedad-rasgo. Para la escala ansiedad-estado tiene las siguientes opciones: no, poco, regular y mucho. Las respuestas se califican con 1, 2, 3 y 4 en los reactivos positivos: a mayor puntuación, mayor ansiedad; en los reactivos negativos, las respuestas se califican con 4, 3, 2, y 1 (a mayor puntuación, menor ansiedad). La escala es la misma para los dos instrumentos, clasifica a los pacientes según el puntaje en: muy bajo 20-31, bajo 32-43,

(ambas categorías sin ansiedad); medio 44-55, alto 56-67, muy alto 68-80, (estas tres categorías con ansiedad). En cuanto a los resultados de validez y confiabilidad del instrumento, las investigaciones han arrojado resultados adecuados respecto al análisis psicométrico del inventario. Se encontraron coeficientes de confiabilidad para ansiedad-rasgo mayores a 0.75, y para la ansiedad-estado, mayores a 0.81 (Arias, 1990).

Procedimiento: se realizó una medición previa a la implementación de la risoterapia el 18 de agosto de 2017, del 18 al 22 se desarrolló el plan de sesiones de risoterapia a razón de una sesión diaria de las 12:00 a las 13:15 horas y, al finalizar el día 22 de agosto, se les realizó nuevamente la medición con el instrumento ya citado. Se les entregó a los participantes, al inicio de la segunda sesión, una nariz de payaso, con el propósito de crear un ambiente divertido propicio para la risa. La intervención en risoterapia se basó en este plan de desarrollo: 1) apertura y calentamiento, 2) dinámica y desarrollo y 3) recuperación y cierre. Al finalizar el plan de sesiones, se les otorgó un reconocimiento por su participación como agradecimiento.

Procesamiento de datos: se vaciaron los datos numéricos a un archivo con el programa SPSS, versión 20. Se utilizó la prueba t de Student con un nivel de significancia de $p < 0.05$ para comprobar la hipótesis. Se analizaron los datos utilizando gráficos de columnas donde se describen los resultados pretest y postest en las variables ansiedad-rasgo y ansiedad-estado de los grupos experimental y de control.

Aspectos éticos: tanto los participantes como el representante de la fundación fueron informados del objetivo, los alcances, beneficios y posibles riesgos de la investigación, y se solicitó su consentimiento por escrito para poder hacer uso de los datos obtenidos; se mantuvo y garantizó la confidencialidad y el anonimato, así como también el derecho de negarse a participar, de retirarse de la investigación y hacer todas las preguntas que consideraran necesarias al respecto, para que les fueren respondidas.

Resultados y discusión

Se observa una disminución de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado con respecto de la aplicación del pretest y postest, luego de las cinco sesiones de risoterapia. El grupo experimental disminuyó su

percepción de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado de acuerdo con el IDARE, en contraste con el grupo control, que se mantuvo consistente en su percepción de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado.

Se pueden ver los puntajes pretest de cada participante de ambos grupos para la ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en las figuras 1 y 2, donde se nota que no hay una uniformidad en los puntajes y destaca la individualidad de los resultados, que independientemente muestran niveles medios de ansiedad-rasgo como ansiedad-estado, de acuerdo con el rango 44-55 en puntaje, clasificándolo en nivel medio conforme al inventario IDARE.

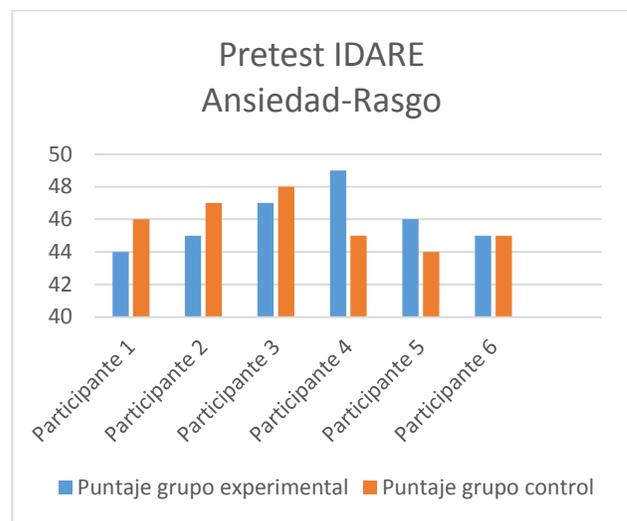


Figura 1. Puntajes obtenidos en el pretest (inventario IDARE) para ansiedad-rasgo en los grupos experimental y de control.

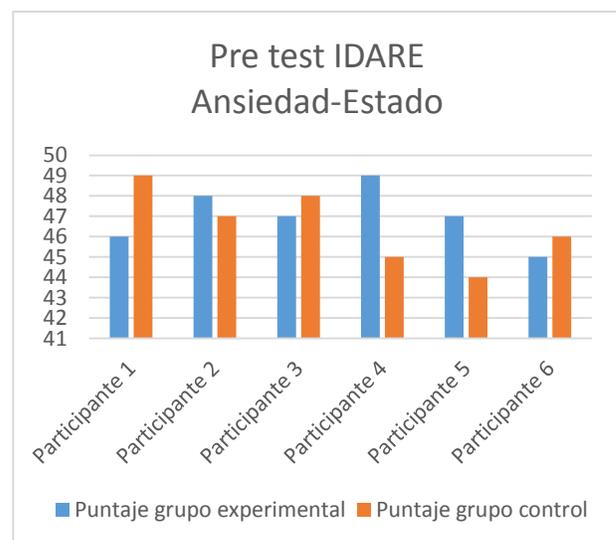


Figura 2. Puntajes obtenidos en el pretest (inventario IDARE) para ansiedad-estado en los grupos experimental y de control.

Los puntajes del postest de cada participante de los grupos experimental y de control en el inventario IDARE (ansiedad-rasgo y ansiedad-estado) se pueden observar en las figuras 3 y 4, respectivamente. Se destaca que el grupo experimental tiene una puntuación que clasifica en nivel bajo tanto en ansiedad-rasgo como en ansiedad-estado, no así en el grupo control, que puntuó en un nivel medio en ansiedad-rasgo como en ansiedad-estado.

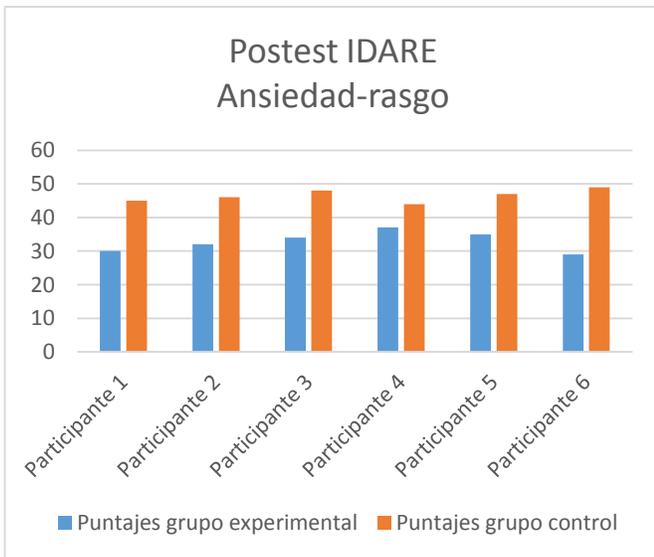


Figura 3. Puntajes obtenidos en el postest (inventario IDARE) para ansiedad-rasgo en los grupos experimental y de control.

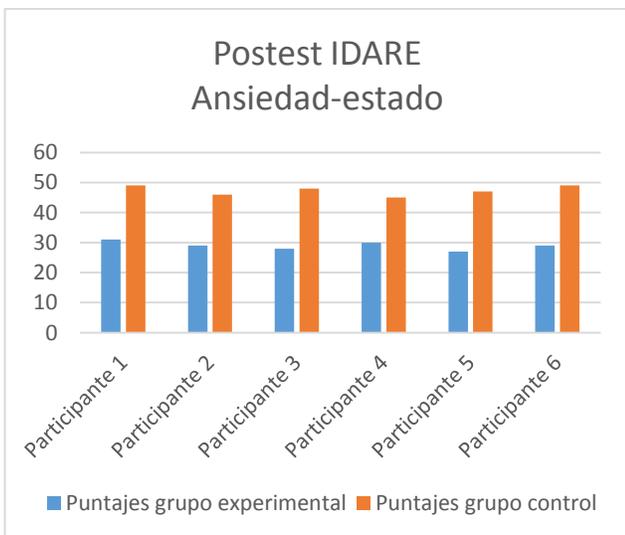


Figura 4. Puntajes obtenidos en el postest (inventario IDARE) para ansiedad-estado en los grupos experimental y de control.

Se puede ver la comparación de los promedios de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en las figuras 5 y 6. En ansiedad-rasgo, ambos grupos promedian en el pretest arriba de los 45 puntos, que clasifica en un nivel medio de ansiedad. En el postest, el grupo experimental puntuó 32.83, que clasifica en nivel bajo de ansiedad, no así en el grupo control, que aumenta de 45.83 a 46.5, con lo que se mantiene en un nivel medio de ansiedad-rasgo de acuerdo al IDARE.

En ansiedad-estado, ambos grupos promedian en un nivel medio de ansiedad con 46 puntos para el grupo experimental y 46.5 con el grupo control en el pretest. Para el postest, el grupo experimental puntuó 29 para ubicarse en un nivel muy bajo, de acuerdo con el IDARE; en cambio, el grupo control aumentó de 46.5 en el pretest a 47.3 en el post test, con lo que se mantuvo en un nivel medio de ansiedad-estado.

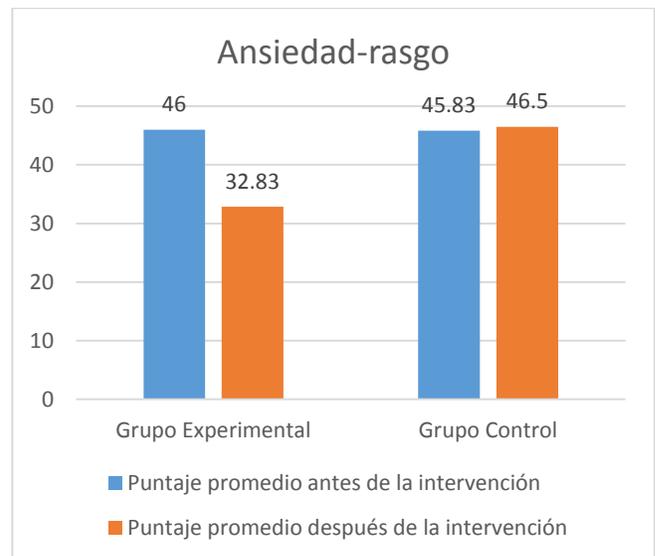


Figura 5. Comparación promedio de puntajes obtenidos del pretest y postest con el inventario IDARE para ansiedad-rasgo en los grupos experimental y de control.

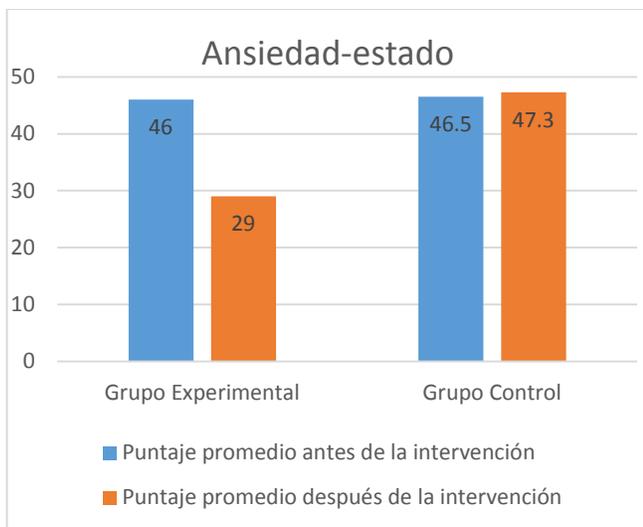


Figura 6. Comparación promedio de puntajes obtenidos del pretest y postest con el inventario IDARE para ansiedad-estado en los grupos experimental y de control.

Como vemos, se comprueba la hipótesis de estudio y se afirma que hay diferencias en los resultados de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en los grupos experimental y de control después de la intervención con risoterapia en el grupo experimental.

Conclusiones y recomendaciones

Los resultados obtenidos concuerdan con los encontrados en otras investigaciones donde se demuestra la eficacia de la risoterapia en la disminución de la ansiedad (Houston, McKee, Carroll y Marsh, 1998; Mora y García, 2008) y su efecto moderador en las emociones negativas que inciden en el estrés y la ansiedad (Kuiper y Martin, 1998).

Martos (2018) menciona dos estilos de humor positivo, el de afiliación y el de autoafirmación, que mejoran las relaciones interpersonales y la autoestima, y dos estilos de humor negativo, el agresivo y el autodestructivo, que generan menos y peores relaciones interpersonales, así como mayor probabilidad de experimentar soledad y sufrir ansiedad, depresión y enfermedades psicológicas. Carbelo (2005) considera que el humor provoca la risa y este reflejo humano representa la alegría, pero también descarga el estrés acumulado, neutraliza la ansiedad y ayuda a superar situaciones. Es por eso que la risoterapia puede ser muy útil como herramienta terapéutica complementaria en la disminución de la ansiedad y el estrés basada en un humor positivo.

Carmona y González (2015) mencionan que la utilización de la risa puede ser de carácter preventivo, como una opción terapéutica complementaria o alterna a otras estrategias terapéuticas ya establecidas, pues ayuda a mejorar el pronóstico de ciertas patologías. La implementación de la risa como terapia permite, al ser una capacidad presente en casi todos los ámbitos humanos, múltiples beneficios a nivel individual y social, así como la facilidad para realizarla con escasos costes y por no tener contraindicaciones de importancia (García, 2018). Castellví (2016) propone que, para este tipo de actividad, hay que tener en cuenta el número, la edad y la capacidad de movilidad de los participantes, así como también el lugar, los recursos, las condiciones de seguridad y el estar bien preparado.

Es importante considerar que, en la aplicación de la risoterapia, se contemple la utilización de un tipo de humor ético y positivo para que se obtengan resultados efectivos y sea una terapia eficaz y saludable (Siurana, 2013; García, 2018). Es por eso que se recomienda que la risa terapéutica esté basada en ejercicios que estimulen la risa ensayada que deriven en risa espontánea, como lo sugieren Mora y García (2008). Siurana (2013) menciona que la risa practicada desde el humor ético contribuye al equilibrio del ser humano consigo mismo y los demás, lo cual fomenta una actitud respetuosa con uno mismo y con el otro.

Aunque los resultados de la presente investigación han sido positivos, hay que ser cautos respecto de su generalización, pues la muestra de la investigación fue pequeña. Además, es necesario confirmar la permanencia mediante la realización de medidas de seguimiento, que confirmen si las mejoras en los niveles de ansiedad obtenidas en el grupo experimental se mantienen a lo largo del tiempo. También es posible que los efectos en la disminución de la ansiedad en el grupo experimental sean debido a la risa como distractor y no tanto por los beneficios propios de la risa tal como menciona Gijón (2018).

Se recomienda la implementación de la risoterapia como herramienta terapéutica coadyuvante para disminuir la ansiedad en los usuarios de la Fundación Silvia Olvera Escobedo para el tratamiento en adicciones, así como la realización de estudios de investigación aplicando la risoterapia a una población mayor, a fin de ampliar la muestra para poder obtener resultados generalizables y de corte longitudinal, así

como para medir los cambios en la ansiedad y su persistencia en el tiempo.

Agradecimientos

Se agradece a la Fundación Silvia Olvera Escobedo, a los participantes y a su representante Daniel Sánchez, por su apoyo y disposición en esta investigación; a los estudiantes de la licenciatura en Psicología de la Universidad del Valle de México, Ángel Cervantes Salas, Alan David Vázquez Martínez y Omar Ramos Cortés, por su colaboración, y al maestro Andrés Villa Soto, por el asesoramiento para la realización de esta investigación.

Referencias bibliográficas

- Arancegui C (2015). *Emociones positivas y sentido del humor para una calidad de vida saludable*. (Trabajo de grado). Montevideo, Uruguay. Universidad de la República.
- Arias F (1990). Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 3 (1-2), 49-85.
- Bains G, Berk L, Daher N, Lohman E, Petrofsky J, Schwab E y Deshpande P (2014). Effectiveness of humor on short-term memory function and cortisol levels in age matched elderly and diabetic subjects vs. control group. *The FASEB Journal*, 28(1), supplement 684.4. doi: 10.1096/fasebj.28.1_supplement.684.4.
- Bardo MT, Neisewander JL y Kelly TH (2013). Individual differences and social influences on the neurobehavioral pharmacology of abused drugs. *Pharmacological Reviews* 65(1), 255-290. doi: 10.1124/pr.111.005124.
- Becoña E y Cortés M (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Sociodrogalcohol.
- Carbelo B (2005). *El humor en la relación con el paciente: una guía práctica para los profesionales de la salud*. Barcelona. Elsevier Masson.
- Carbelo B y Jáuregui E (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 18-30.
- Carmona MP y González LM (2015). La risoterapia como complemento a otras terapias médicas. *Revista Enfermería C y L*, 7(1), 73-79.
- Castellví E (2016). *Taller práctico de risoterapia: juegos y más juegos para provocar la risa*. Barcelona. Alba Editorial.
- Cousins N (2012). *Anatomía de una enfermedad o la voluntad de vivir* (4ª ed.). Barcelona. Kairós.
- Fernández M, Heras D, Cepa A y Bastida J. (2017). Uso del humor como método de intervención terapéutica en menores afectados por procesos oncológicos. *Aula*, 23, 91-105.
- García M (2018). Ética de la risoterapia: una formación necesaria en terapias complementarias para profesionales de enfermería. En *Juicio Moral y Democracia: retos de la ética y la filosofía política* (pp. 730-744). Granada: Comares.
- Ghafouri R (2016). Humor as a complementary therapy: a narrative review. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research*, 7(5), 1375-1380.
- Gijón M (2018). *Reír es un asunto serio: La risoterapia en el manejo del dolor y el malestar psicológico* (trabajo de grado). Vizcaya. Universidad del País Vasco.
- Holden R (1999). *La risa, la mejor medicina*. Barcelona. Ediciones Oniro.
- Houston DM, McKee KJ, Carroll L y Marsh H (1998). Using humour to promote psychological wellbeing in residential homes for older people. *Aging and Mental Health*, 2(4), 328-332.
- Kuiper NA y Martin RA (1998). Laughter and stress in daily life: relation to positive and negative affect. *Motivation and Emotion* 22, 133-153.
- Lancheros EA, Tovar JM y Rojas CA (2011). Risa y salud: abordajes terapéuticos. *Med UNAB*, 14(1), 69-75.
- Landa N, Fernández-Montalvo J y Tirapu J (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. *Adicciones* 16, 41-52.
- Martos FJ (2018). *Revisión teórica sobre el efecto del sentido del humor y la risa en el estrés, la ansiedad y la depresión* (trabajo de máster). Andalucía. Universidad de Jaén.
- Mobbs D, Greicius MD, Abdel-Azim E, Menon V y Reiss AL (2003). Humor modulates the mesolimbic reward centers. *Neuron* 40, 1041-1048.
- Mora R y García M (2008). El valor terapéutico de la risa en medicina. *Medicina Clínica* 131(18), 694-698.
- Mora R (2010). *Medicina y terapia de la risa*. Bilbao. Desclee de Brouwer.
- Mora R (2010). The therapeutic value of laughter in medicine. *Alternative Therapies in Health & Medicine* 16, 56-64.
- Mora R y Quintana I (2010). Risa y terapias positivas: moderno enfoque y aplicaciones prácticas en medicina. *Revista de Psiquiatría Salud Mental* 3 (1), 27-34.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rodríguez F y Rojas EP (2017). Risa y Risoterapia en el campo de la salud y sus beneficios en algunos contextos: una breve revisión. *Killkana Salud y Bienestar*, 1(3), 19-22.
- Rojo S (2016). *Risoterapia y Bienestar* (trabajo de grado). Andalucía. Universidad de Jaén.
- Siurana JC (2013). Los rasgos de la ética del humor: una propuesta a partir de autores contemporáneos. *Veritas*, (29), 9-31.
- Spielberger CD y Díaz-Guerrero R (1975). IDARE: Inventario de ansiedad: rasgo-estado. Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Valera M, Coletas J, Ramírez MA, Gracia A, Valera AB y Marín MJ (2016). Trastornos del sueño y trastornos de la conducta alimentaria. Relajación con risoterapia. Estudio piloto. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, (3), 5-12.
- Velasquez MM, Maurer GG, Crouch C y DiClemente CC (2001). *Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual*. Nueva York. Guilford Press.
- Velázquez L (2015). El poder terapéutico de la risa. *Bioethics Update*, 1(2), 130-142.
- Verdejo-García A y Bechara A (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema* 22(2), 227-235.
- Vindel-Cano A, Miguel-Tobal JJM, González H e Iruarizaga I (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología* 10(2), 145-156.