



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TESIS

**“EFECTIVIDAD DE LA RISOTERAPIA EN LA DISMINUCION DEL
DOLOR EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN
RESIDENCIAL SAN VICENTE DE PAUL -2016”**

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

BACHILLER:

RIVERA CHARA LOURDES MARIA Y.

ASESORA:

Mg. IDALIA MARÍA CONDOR CRISOSTOMO

LIMA –PERÚ 2018

**“EFECTIVIDAD DE LA RISOTERAPIA EN LA DISMINUCION DEL
DOLOR EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN
RESIDENCIAL SAN VICENTE DE PAUL -2016”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la efectividad de la risoterapia en la disminución del dolor en el Adulto mayor en el Centro de Atención Residencial San Vicente de Paul –Lima-Perú 2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de (n=191 adultos mayores), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,871); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de ($\alpha=0,965$).

CONCLUSIONES:

La efectividad de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el Centro de Atención Residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú 2016, encontrando que existe una diferencia significativa entre ambos momentos de la aplicación de la risoterapia, comprobado estadísticamente mediante la T-student, con un valor de 8,739, con 190 grados de libertad y con un nivel de significancia de valor $p<0,05$.

PALABRAS CLAVES: *Risoterapia, efectividad, adulto mayor.*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the effectiveness of laughter therapy in the reduction of pain in the elderly in the Residential Care Center San Vicente de Paul -Lima-Peru 2016. It is a cross-sectional descriptive investigation, we worked with a sample of (n = 191 older adults), a Likert-type questionnaire was used to collect the information, the validity of the instrument was performed by means of the expert judgment concordance test, obtaining a value of (0,871); Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of ($\alpha = 0.965$).

CONCLUSIONS:

The effectiveness of laughter therapy in the reduction of pain in the elderly at the Residential Care Center San Vicente de Paul - Lima-Peru 2016, finding that there is a significant difference between both moments of the application of laughter therapy, statistically proven by the T-student, with a value of 8.739, with 190 degrees of freedom and with a level of significance of value $p < 0.05$.

KEYWORDS: *Laughter therapy, effectiveness, older adult.*

INDICE

	Pág.
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitación del Estudio	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	7
2.3. Definición de términos	31
2.4. Hipótesis	32
2.5. Variables	
2.5.1. Definición conceptual de la variable	32
2.5.2. Definición operacional de la variable	33
2.5.3. Operacionalización de la variable	33

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	34
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	35
3.3. Población y muestra	35
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	36
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	39
CAPÍTULO V: DISCUSION	42
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	46
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

Se conoce como risoterapia a una estrategia otécnica psicoterapéutica tendente a producir beneficios mentales y emocionales por medio de la risa. No puede considerarse una terapia, ya que no cura por sí misma enfermedades, pero en ciertos casos logra sinergias positivas con las curas practicadas. Se trata, en general, de que las sesiones de risoterapia se practiquen en grupo, aprovechando el contagio de persona a persona, ya que reír en grupo no es lo mismo que hacerlo solos. De esta forma, el *efecto grupal* estimula a las personas que, normalmente, no reirían. La UNICEF la utiliza para animar a niños que han sobrevivido a un desastre natural.

El proyecto de investigación está enmarcado en 3 capítulos.

El Capítulo I: El problema, consta de: La determinación del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación y las limitaciones y alcances de la investigación.

El Capítulo II: marco teórico consta de: Los antecedentes del estudio, la base teórica del estudio y el marco conceptual.

El Capítulo III: Material y método, se considera: El tipo de estudio y método, la descripción del ámbito de la investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, la validez y confiabilidad de los instrumentos y el plan de recolección y procesamiento de datos.

Seguido están los aspectos administrativos:

El cronograma de actividades, los recursos a utilizar en la investigación y el presupuesto. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes donde se consigna la matriz de consistencia y el instrumento que se utilizará.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señala que actualmente existen en el Perú, dos millones 807 mil 354 habitantes mayores de 60 años, lo cual representa aproximadamente el 9,21% de la población total, estimándose que un millón 311 mil 027 son varones y un millón 496 mil 327 son mujeres.¹

Según la clasificación de la OMS (Organización Mundial de la salud) la persona mayor o adulto mayor comprende la edad de los 60 años.² El Ministerio de Salud en el año 2004 realizó un total de 23 347 619 atenciones por consulta externa, de las cuales 1 286 936 de atenciones correspondieron a personas adultas mayores, que representa el 5,5% del total de atenciones.

Las principales causas de morbilidad del adulto mayor en el año 2003, según diagnósticos son las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores las enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades hipertensivas, poliartropatías, crónicas de vías respiratorias inferiores, artrosis, diabetes mellitus) ocupan un lugar importante en este grupo poblacional.³

El dolor es una experiencia sensorial y emocional (subjetiva), desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso central.⁴

Las enfermedades dolorosas son de mayor interés en los mayores que en los jóvenes, pues aquéllos pueden tener condiciones que llevan a dolor de ambos tipos: crónico y agudo.⁵

Actualmente existen técnicas alternativas que se aplican para el control del dolor, entre ellos la risoterapia, que consiste no solo en hacer reír a las personas, sino que incluyen técnicas como: la expresión corporal, ejercicios de respiración, masajes; los cuales permitan reír de manera sana y natural.⁶

Con la terapia de la risa se estimulan y estiran los músculos de la cara, al poner en movimiento el diafragma, origina un masaje interno que facilita la digestión, estimula el bazo, y de esta forma se eliminan toxinas del organismo, actúa sobre la respiración, dilata los bronquios y aumenta la capacidad respiratoria. Así se oxigena mejor el cuerpo y se revitaliza, reduce la hiperreactividad bronquial en pacientes asmáticos, es un estimulante cardiovascular, disminuye la tensión arterial y produce activación de la frecuencia cardíaca, es bueno para combatir problemas cardiovasculares, tiene un efecto neuroquímico, la risa libera a nivel cerebral endorfinas, neurotransmisores que actúan contra el dolor y generan sensación de placer.⁷

El dolor es una queja común en los ancianos que a menudo es tratada inadecuadamente. El dolor no es una parte normal del envejecimiento, y puede ser un signo de que algo está mal.

La percepción y experiencia del dolor se afectan por muchos factores que incluyen sus causas y las bases culturales del individuo, así como las experiencias y emociones previas; por tanto, su umbral y su tolerancia son variables en las diversas personas y aun en el mismo individuo en circunstancias diferentes.⁸

Con la Aplicación de la risoterapia se pretende contribuir nuevas perspectivas sobre su realidad, control de manejo de dolor y calidad de vida en base al desarrollo de un adecuado estado de ánimo, proceso bioquímico, fisiológico e inmunológico, que puede conllevar a un estado de salud óptimo.⁹

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la efectividad de la risoterapia en el adulto mayor con dolor, en el centro de atención Residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad de la risoterapia en la disminución del dolor en el Adulto mayor en el Centro de Atención Residencial San Vicente de Paul –Lima-Perú 2016.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de dolor antes de aplicar el programa de intervención Risoterapia en el adulto mayor atendido en la Residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú 2016.
- Identificar el nivel de dolor después de aplicar el programa de intervención Risoterapia en el adulto mayor atendido en la Residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú 2016, según: tipos y evolución del dolor.

1.4 JUSTIFICACION

El propósito de la presente investigación es demostrar que la risa y el buen humor pueden contribuir en el alivio del dolor en los adultos mayores .Además pretende que los profesionales encargados del cuidado de los adultos mayores del Centro de atención Residencial San Vicente de Paul tengan información oportuna sobre los beneficios de la risoterapia en la mejora de calidad de vida de estos.

1.5 LIMITACIONES

El proyecto de investigación está limitado porque:

- La selección será solamente de adultos mayores que tengan dolor.
- Se necesitara las ganas y voluntad de los adultos mayores de participar en los Talleres de risoterapia.
- Se necesitara un área para elaborar el taller con los adultos mayores.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

La investigación sobre risoterapia y disminución del dolor registra pocos antecedentes nacional e internacional, sin embargo algunos estudios relacionados en otros países y en lo nuestro son las siguientes:

2.1.1 Antecedentes internacionales

- **Bámaca Álvarez, Ingri Carolina** "La Risoterapia Como Técnica Psicoterapéutica En Pacientes Con Enfermedades Hematológicas" 2011 Guatemala, se realizó con adultos en el encamamiento por disponer de más tiempo para tratarlos, los instrumentos utilizados fueron la entrevista dirigida, la observación, la escala factorial para medir la felicidad y el cuestionario de creatividad. Se utilizó como instrumento para indagar La Escala de Bienestar Psicológico de RYFF que contiene 39 ítems divididos en 4 factores de bienestar psicológico siendo estos: Factor de auto aceptación, Factor de relaciones interpersonales, Factor de autonomía y el Factor de satisfacción con la vida en conclusión:

“Dentro del estudio la mitad de la población mostró una actitud positiva al tratamiento y los efectos que este con lleva, las mujeres se mostraron más positivas ante la enfermedad, la convivencia entre las pacientes es más participativa, el apoyo emocional entre ellas es más fuerte, lo contrario de los hombres que lo ven con desagrado se muestran desesperados y molestos con tener que lidiar con la enfermedad”¹⁰

- **Otero** Flores, Daniel "Efecto de la Risa en el mejoramiento de la salud en los pacientes en una unidad de cuidado crítico “Puerto Rico -2014,tipo de investigación cuasi-experimental compuesto de 10 pacientes admitidos en unidad en la cual hubo un grupo experimental(5 sujetos) ,aquellos que recibieron la terapia de risa ,y grupo control (5 sujetos) que no recibieron la terapia el instrumento que se uso es el cuestionario titulado : instrumento para medir el nivel de bienestar percibido por el paciente en el área de cuidado critico luego de aplicar la risoterapia. El estudio revela los beneficios de la risoterapia para los pacientes admitidos en las unidades de intensivo, ya que mejora los siguientes aspectos: disminución en la percepción del dolor, disminución en el estrés y ansiedad, mejora el estado de ánimo, aumenta la relajación y mejora la presiona arterial de los pacientes. Se concluye que :

“Existe un efecto positivo de la Risoterapia en el mejoramiento de la salud de los pacientes adultos admitidos en una unidad de cuidados críticos”¹¹

2.2.2 Antecedentes nacionales

- **Valentine** Arévalo, José Eduardo "Efectividad de la risoterapia en la autoestima del adulto mayor, en el centro del adulto mayor de la red asistencial de Es Salud" 2012 Tarapoto-Perú, el estudio es cuantitativo, prospectivo, cuasi-experimental la muestra estuvo

conformada por 50 adultos mayores (25 grupo control y 25 grupo experimental). La técnica de recolección de datos utilizada fue una encuesta, guía de observación y como instrumento el cuestionario. En el grupo control, en el pre-test aplicado para determinar la autoestima del adulto mayor, se encontró que la Autoestima Alta representó un 32% y Autoestima Baja un 68%, no evidenciándose variabilidad en el post test (32% autoestima alta); mientras que en el grupo experimental se observa que el número de Adultos Mayores con autoestima Alta se incrementa de 24% a 100% luego de la aplicación de la Risoterapia. De igual forma ésta técnica es más efectiva en el aspecto psicológico (100%) que en el aspecto social (88%) Llegando a la conclusión:

“Se demostró que la Risoterapia resultó ser efectiva en un 100% en la autoestima del Adulto Mayor ($p < 0,05$)”¹²

- **Ramos S., Susanibar J.** “Risoterapia un nuevo campo para los profesionales de la salud.” Lima-Perú 2004, Tipo de investigación explicativo analítico Además, esta terapia al no tener ningún costo sería accesible a todas las personas. Por lo tanto se opta en aplicar la técnica de la risoterapia en el adulto mayor hospitalizado lo cual dio como resultado una evolución favorable de su salud, de tal manera que hoy en día los profesionales de salud deberían de optar por la aplicación de la técnica de la risoterapia dentro de su jornada y centro laboral concluyendo:

“Se debe de Incluir la risa como complemento de las terapias convencionales y pueden ayudar al profesional de la salud en la recuperación del paciente y en la mejora del ambiente de trabajo”¹³

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 ADULTO MAYOR

Adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas

pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).

Nuestra esperanza de vida es de 73.76 años; así como también nuestra tasa de natalidad no escapa de las realidades mundiales porque en el año 2000 presentábamos 24.48 nacimientos durante un 28 año por cada 1000 habitantes a diferencia de la tasa actual que desciende a 19.41 nacimientos durante un año por cada 1000 habitantes; estas cifras señalan que nuestra pirámide poblacional va obteniendo una base más reducida y un ensanchamiento de los centros más progresivo, así mismo se observa mayor proporción de población adulta mayor que indica el inicio del proceso de envejecimiento.¹⁴

Según el filósofo romano Séneca describía al adulto mayor como la edad avanzada llena de satisfacciones, señalando que la verdadera vejez no se relaciona con los años y sí con la sabiduría.

Ortiz en el 2003 menciona que el adulto mayor es un concepto ambiguo, que es el último estadio en el proceso vital de un individuo, este concepto define a un grupo de edad o generación que comprende a un segmento de los individuos más viejos de una población.

Según Galeno, la edad adulto mayor era de naturaleza intrínseca y se encontraba en el mismo proceso generativo, vinculando así el desarrollo y la decadencia de la persona humana.¹⁶

Cumming y Henry en 1961 propusieron la teoría del compromiso o de la disociación, la cual advierte que es el mismo adulto mayor quien comienza a disminuir sus funciones sociales, lo que origina rechazo y aislamiento entre él y la sociedad. Esa teoría señala que la vejez puede ser una etapa altamente satisfactoria cuando

la persona mayor acepta la disminución de sus interacciones y se vuelca en sí misma.

Erasmus, en el siglo XVI, concebía la persona adulta mayor como una carga, considerando que la locura era el único remedio contra la vejez.

Siendo el Perú, un país en vías de desarrollo, no estamos absueltos de enfrentar en mayor o menor medida, el proceso de envejecimiento de nuestra población en las siguientes décadas. Actualmente nuestra población adulto mayor es de 9 por ciento de la población total mientras que en el año 2004 éste ascendía a 8 por ciento de la población total.¹⁷

2.2.1.1 PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DEL ADULTO MAYOR

Con el pasar de los años, el organismo sufre diversas alteraciones en cuanto a la anatomía general, disfunciones o pérdida en los órganos de los sentidos y diversos cambios en los sistemas, que pueden ocasionar en los adultos mayores enfermedades crónico-degenerativas.

Entre esos cambios podemos mencionar los siguientes:

En consideración con la anatomía en manera general del adulto mayor, el ser humano entre los 30 y 40 años se llega al máximo de altura, disminuyendo 5mm por año a partir de los 50; ese cambio es más acentuado en las mujeres. Se explica por cambios posturales (mayor flexión de cadera y rodillas), disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales. El peso alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye. El compartimento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego disminuir a aproximadamente un 20 % promedio.

La piel es otro órgano susceptible de recibir daño ambiental a través de los años en especial por la acción de la luz solar. Con el tiempo se hace más delgada, más seca, más transparente y se

vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento. La epidermis sufre depresiones irregulares por pérdida de la polaridad de los queratinocitos, hay disminución de los melanocitos y existe tendencia a la displasia celular. La dermis pierde parte de su contenido colágeno produciéndose arrugas, la pérdida de la elastina e incremento de los glicosaminoglicanos inducen la formación de pseudo elastina que da el color amarillento a la piel. La hipodermis se ve adelgazada por la disminución del tejido graso. Los folículos pilosos se atrofian y disminuyen su densidad, se pierde la producción de pigmentos por el decremento de los melanocitos. Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras por aumento proporcional de la queratina, llegando a presentar onicogrifosis.¹⁸

El tejido conectivo disminuye su contenido colágeno y los fibroblastos reducen su recambio. Por pérdida del soporte elástico los traumatismos pueden provocar la ruptura de vasos capilares apareciendo y existe traspasación de sangre con menor degradación. A los 90 años el 70% de los adultos mayores presentan el llamado púrpura senil.

El sistema musculo esquelético también sufre cambios; entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. Las enzimas glicolíticas reducen su actividad más que las oxidantes. La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular. La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta. Los cambios óseos son de particular importancia por las implicancias clínico epidemiológico que pueden tener. Hay disminución en la actividad osteo blástica, decremento de la masa ósea, reducción del grosor de la cortical. En los hombres la masa

ósea es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibitor de éstos sobre los osteoclastos. Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D.¹⁹

El sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20% produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo. Existe pérdida de neuronas no generalizada. La circunvolución temporal superior pierde la mitad de su masa neuronal, mientras que la inferior sólo un 10%. Las mayores pérdidas son de los grupos de neuronas largas como los haces piramidales, células de Purkinje, haces extrapiramidales; por el contrario los grupos de núcleos del tronco, neuronas pontinas e hipotalámicas tienen pérdidas reducidas. La mielina disminuye al igual que la densidad de conexiones dendríticas enlenteciendo al sistema. Aparecen inclusiones de lipofucsina en el hipocampo y la corteza frontal. Hay disminución de la síntesis de catecolaminas, VIP y sustancia P. Los receptores de catecolaminas, serotonina y opioides se reducen. Estos cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de cambios lo que provoca dichas variaciones. Los reflejos osteotendíneos disminuyen en intensidad de respuesta.

La arquitectura del sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo. En el oído externo se produce acumulación de

cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad así como disminución de la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos; estos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades baja.²⁰

La órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. La laxitud de los párpados puede provocar entropión o ectropión. La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el “arco senil”. La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente. A nivel de retina se reduce la fagocitosis de pigmentos produciéndose acumulación de ellos, hay marcada reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años.

El sistema endocrino también sufre cambios en ella tenemos: Pituitaria en ella Sólo hay tendencia a la formación de adenomas, la ADH se encuentra más activa frente a fenómenos de alteración osmótica mientras que la renina disminuye y la aldosterona aumenta. La hormona del crecimiento (GH) disminuye su actividad, la prolactina no sufre mayores cambios. Glucosa e Insulina : No hay disminución de la secreción pancreática de insulina ; pero se observa mayor resistencia de los tejidos periféricos a su acción, el ciclo de Krebs se encuentra preservado mientras que la vía de glicolisis anaeróbica se ve mucho menos activa. La secreción y efecto del glucagón están conservados. Con los años el tiroides se vuelve más fibroso y nodular. Disminuye la secreción de T4 pero su depuración también disminuye hasta un 50%, los niveles de TBG se mantienen constantes, la conversión de T4 a T3 se ve reducida mientras que la conversión reversa está incrementada. Con los años aumenta

la tendencia a presentar nódulos tiroideos así como la incidencia de fenómenos autoinmunes contra el tiroides. El nivel de hormona paratiroidea se encuentra incrementado para mantener los niveles de calcio, por otro lado la calcitonina aunque disminuye su concentración mantiene su actividad.

Las glándulas suprarrenales con el pasar del tiempo hacen que se produzca un incremento en la proporción de tejido conectivo y lipofucsina, apareciendo pérdida del contenido de esteroides en la zona fasciculata y disminución de la secreción de hormonas esteroidales, las que se mantienen en el plasma por decremento de su metabolización. Se pierde la capacidad de tolerar el estrés por disminución de la secreción de glucocorticoides.²¹

El sistema inmunológico del anciano presenta cambios que se traducirán en efectos clínicos mediados por su respuesta frente a los agentes infecciosos. El timo se transforma en un órgano vestigial y puede presentar a edades avanzadas algunos nódulos funcionales, pero en general no hay cambios en los órganos linfoides. A nivel celular el stem-cell no evidencia reducción de su función pero pierde capacidad para reparar efectos deletéreos de radiaciones ionizantes. Los macrófagos no presentan alteraciones pero debido a la reducción de los linfocitos t y a la reducción de la respuesta humoral, su función se ve deprimida. Estos cambios se traducen en un aumento de la tasa de infecciones, alteraciones autoinmunes diversas e incapacidad de ejercer control adecuado de clones celulares malignos. Los riñones sufren importantes cambios con el envejecimiento, los cuales no se hacen notorios dada la gran reserva funcional de estos órganos; sin embargo situaciones de estrés para la actividad excretora de este sistema, tales como hipoperfusión, uso de nefrotóxicos o patologías que afecten directamente a l riñón pueden provocar la aparición de insuficiencia renal. Cerca de un 50% de los nefrones desaparecen entre los 30 a 70 años y la tasa de filtración glomerular decae en 8 ml min. Cada 10 años. Es probable que la disminución normal del

flujo renal que equivale a un 10% por década en los adultos, la mayor permeabilidad de la membrana glomerular, la menor superficie disponible de filtración y el aumento de uso de nefrotóxicos con la edad sean los factores que expliquen la disminución de la función renal. En cuanto a las vías urinarias estas se ven afectadas por una mayor tendencia a la producción de cálculos, la presencia de obstrucción prostática por crecimiento normal de la glándula en los hombres y los cambios producidos por la caída de los estrógenos en mujeres.²²

Aunque la anemia se asocia al envejecimiento una adecuada nutrición y la ausencia de patologías que conlleven a esta condición debería evitar la aparición de recuentos disminuidos de glóbulos rojos por el momento es controvertido que la edad per se esté ligada al aumento de la ferritina o a la disminución de la hemoglobina. El tiempo de protrombina y el TTPK no cambian con la edad. Pero el fibrinógeno aumenta sustancialmente, así como los factores VII, VIII y el dímero D que se encuentran en valores que alcanzan el doble de los hallados en jóvenes. La VHS puede incrementarse con la edad sin traducir patología.³¹

A nivel del sistema cardiovascular es sumamente difícil discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas patologías que se manifiestan a través de los años. Por otra parte estos cambios afectan de manera variable otros órganos que dependen estrechamente del sistema cardiovascular para su funcionamiento.

El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando alrededor de los 70 años aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica elevada del adulto mayor. Este cambio, generado por hipertrofia de los miocitos puede producir disminución de la distensibilidad miocárdica y un tiempo mayor de fase de relajación. Posteriormente se produce una disminución de la cantidad de miocitos por fenómenos aún no

bien aclarados dentro de los cuales se ha postulado a la apoptosis como mediador.²³

A nivel miocárdico se deposita lipofucsina, hay degeneración celular con infiltración grasa que puede comprometer al sistema eléctrico conductor. Puede aparecer infiltración amiloide, incremento de los depósitos de colágeno que provoca fibrosis y por ende rigidez ventricular. El endocardio se adelgaza difusamente, las válvulas presentan calcificaciones. El tejido excito-conductor tiene pérdida progresiva de su actividad marcapasos, por ejemplo, a los 75 años sólo hay un 10 a 15% del número de células Marcapaso del nodo sinoauricular que normalmente tiene una persona de 20 años, por lo tanto es mucho más frecuente la aparición de arritmias en el adulto mayor. Aparece una mayor activación intracardíaca de angiotensina lo que derivaría en cambios estructurales con mayor fibrosis cardíaca. El corazón del anciano es en términos generales capaz de mantener adecuadamente un gasto cardíaco suficiente para suplir las necesidades del paciente, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años. El consumo de O₂ máximo disminuye así como las frecuencias máximas en ejercicio. Hay disminución de la respuesta de los receptores beta-adrenérgicos a lo cual contribuye la reducción de la actividad de la enzima adenilato ciclasa del músculo cardíaco. Las arterias se comprometen por depósitos de lípidos lo que derivará en cambios aterotrombóticos y riesgo de cardiopatía coronaria y eventos embólicos. El incremento de las presiones sistólicas y diastólicas con la edad es un hecho cuestionable, este fenómeno se observa en varios estudios de poblaciones de países desarrollados y se atribuye a una disminución de la elasticidad arterial.

Junto al envejecimiento aparecen alteraciones anatómicas y funcionales del sistema respiratorio. Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada con aumento del diámetro antero-posterior del tórax, por

cuanto la distensibilidad de la pared muscular disminuye. Disminuye la elastina de la pared bronquial así como el colágeno. Hay aumento de la secreción mucosa con un aumento relativo de las células caliciformes. La capacidad vital y el VEF disminuyen hasta un 30% a los 80 años.

El esfuerzo respiratorio independiente de la voluntad disminuye por pérdida de elasticidad del árbol bronquial, el esfuerzo espiratorio dependiente de la ventilación disminuye en la medida que se pierde fuerza muscular de los músculos respiratorios. Todos estos cambios repercuten en una disminución de la PaO₂.

Se produce a nivel del gusto una disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados. Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental por mala perfusión y consecuente reducción de la inervación. Hay una disminución fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales. La meta de la OMS para la salud de un adulto mayor es la conservación de 20 a 22 dientes en esta etapa de la vida. A nivel de todo el tubo digestivo se produce una tendencia a la aparición de dilataciones saculares o divertículos, esto es especialmente frecuente en el colon de personas que sufren de constipación. Un 10% de los octogenarios pierde por alteraciones de los plexos entéricos la coordinación de los músculos esofágicos. El debilitamiento del diafragma hace más frecuente la existencia de hernias hiatales. La reducción de elasticidad de la pared del recto y la disminución de la motilidad general del intestino puede conducir a la presencia de constipación y génesis de fecalomas. A nivel de esfínter anal hay disminución de la elasticidad de las fibras lo cual puede derivar en incontinencia fecal. La presencia de enfermedad ateromatosa es causa de isquemias mesentéricas o de colon.²⁴

A nivel gástrico la incidencia de *Helicobacter pylori* aumenta lo que sumado a una reducción de los mecanismos de defensa de la

mucosa hace más frecuentes la existencia de úlceras. La capacidad de metabolización hepática es menor provocando cambios en la farmacocinética de muchas drogas. Como puede ser visto, a través de este resumen de cambios asociados a la envejecimiento y sus implicancias, es muy difícil en algunas situaciones desligar dichos cambios a la aparición de enfermedades; sin embargo es necesario intentar reconocer cuales son las diferencias que se producen con el paso de los años para poder actuar a través de este conocimiento en la resolución de los problemas que la disminución de la reserva funcional trae aparejados.²⁵

2.2.2 RISOTERAPIA

Históricamente, hace más de 4 000 años en el imperio chino, existían templos donde las personas se reunían para reír con la finalidad de equilibrar la salud. La filosofía china del tao aconseja que para estar sano y mantenerse en forma hay que reír 30 veces al día. En la India existían templos sagrados donde se podía practicar la risa; además algunos libros hindúes hablan sobre la meditación con risa porque el hecho de reír es una técnica de meditación en sí misma y es un medio para conocerse interiormente que ayuda a estar en armonía con el mundo. Además, hay una creencia hindú que asegura que una hora de risa tiene efectos más beneficiosos en el cuerpo que cuatro horas de yoga.²⁶

En algunas culturas ancestrales existía la figura del «doctor payaso» o «payaso sagrado»; era un hechicero vestido y maquillado que ejecutaba el poder terapéutico de la risa para curar a los soldados enfermos.

En la Biblia, el libro de Proverbios del Antiguo Testamento menciona que «Un corazón alegre es como una buena medicina pero un espíritu deprimido seca los huesos». En la antigua Grecia, Aristóteles sostenía que el bebé no es persona hasta que ríe;

hasta que eso ocurra, el recién nacido es un ser no muy distinto a cualquier otro cachorro mamífero.²⁷

En la Edad Media, el profesor de Cirugía Henri De Mondeville señalaba que la alegría era una herramienta definitiva para ayudar a recuperar a los pacientes, cuyas vidas debían dirigirse hacia la felicidad. Para llegar a tan ambiciosa meta, De Mondeville tenía claro: «Hay que permitir que sus parientes y amigos lo alegren y que alguien le cuente chistes... Mantener el espíritu del paciente con música de violas y salterios de diez cuerdas». Pero el verdadero pionero de la risoterapia fue Rabelais, el primer médico que en el siglo XVI y de forma seria, aplicó la risa como terapia.

El médico inglés William Battie propuso por primera vez el tratamiento de la risa en los enfermos mentales durante el reinado de Jorge III (1760-1820): «Se ha dicho que tuvo un paciente con anginas que amenazaban con ahogarle. Battie había intentado todos los remedios y tuvo que recurrir a las locuras; se colocó mal la peluca, deformó su rostro e interpretó una locura tan deliciosa que su paciente, tras mirarle rompió a reír de tal modo que se abrió el impóstumo y salvó al paciente de una muerte inminente».²⁸

En 1844 Horacio Wells, un dentista de Boston (EEUU), descubrió las propiedades anestésicas del óxido nitroso (gas de la risa). Pero sería otro dentista de la misma ciudad, William Morton quien dos años después se llevaría la gloria efectuando la primera cirugía indolora con óxido nitroso frente a un grupo de connotados médicos.

Freud atribuyó a las carcajadas el poder de liberar al organismo de energía negativa: científicamente se ha descubierto que el córtex cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír. También mencionaba que la risa es la mejor vacuna contra la soberbia, la opresión y la intolerancia; propuso la teoría que se refiere al chiste como ese momento

capaz de proporcionar satisfacción en nuestro mecanismo de inteligencia.

En 1964, Normand Cousins, ejecutivo de Nueva York (EEUU), fue diagnosticado con espondilitis anquilosante, una especie de artritis espinal sumamente dolorosa que lo dejó lisiado. Por si fuera poco, los médicos no conocían la cura para esta enfermedad y Cousins cayó en un estado de depresión lo que hacía que su dolor se hiciera más intenso. Ante ello, los médicos le aconsejaron probar reírse; así pidió varias películas de Stan Laurel y Oliver Hardy «El Gordo y el Flaco» y de los hermanos Marx. Apenas empezó a ver estas películas y reírse a carcajadas comenzó a sentirse mejor; descubrió que por diez minutos de risa lograba eliminar el dolor por dos horas. Combinando su terapia de risa con medicación y siguiendo las indicaciones de los médicos, logró curarse por completo de su enfermedad para luego escribir el libro «Anatomía de la Risa» y fundó el Humor Research Task Force.²⁹

En la década de los 70s, el Dr. Lee Berk de la Universidad de Loma Linda en California (EEUU), tomó un análisis de sangre a personas mientras observaban una película cómica y descubrió que reír de forma hilarante reducía los niveles de estrés y que la risa tiene un efecto sobre el sistema inmunitario: la actividad de los linfocitos T y de las inmunoglobulinas (anticuerpos) aumentaba y continuaba hasta 12 horas después del episodio de risa. A partir de esta experiencia, se comenzó a utilizar la técnica de la terapia de la risa en hospitales de EEUU, Suiza, Alemania y Francia. En 1972, el médico Patch Adams fundó el Instituto Gesundheit como una respuesta al cuidado de la salud en los Estados Unidos. La misión de Adams era llevar diversión, amistad y felicidad del servicio a la práctica médica. Para ello, integró más a los médicos en la vida de los pacientes, no sólo desde el punto de vista de la atención en salud, sino en conocer más acerca de la vida de ellos.

Durante la década de los 80s, en hospitales de Ottawa (Canadá), la risa como terapia fue utilizada en pacientes con cáncer y sida, cumpliendo una función psicológica, anestésica e inmunológica. Estudios científicos en pacientes con tumores indicaron que el buen estado de ánimo incrementó el conteo de células T, así como la generación de «células asesinas» naturales que combaten enfermedades.³⁰

Virginia Henderson en su definición de enfermería refiere que “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”, incide en la equiparación de salud con independencia, correspondiéndose con el objetivo primordial del envejecimiento activo de “mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece”.³¹

Actualmente, existen grupos de Clown que hacen de la risoterapia una forma de vida en países como España, Colombia, Brasil, Argentina, Chile, Holanda, Alemania, Austria, Uruguay, México, Canadá, EEUU y Suiza, siendo estos tres últimos países los que están a la cabeza en el aprovechamiento de la risa como terapia.

32

2.2.2.1 TECNICA DE RISOTERAPIA

En una sesión de risoterapia se ponen en práctica diferentes técnicas, que a partir de la realización de determinados ejercicios, provocan tanta risa que es inevitable no reír. Entre ellas tenemos algunas que son las siguientes:

LOS BEBÉS: Los participantes deberán imitar los sonidos de los bebés, los cuales suelen tanto reír mucho como también provocar la risa en la gente. Hay que perder la vergüenza e intentar parecer

lo más niño pequeño posible, lo que incluye no solo los sonidos si no también la expresión corporal.

CANTANDO RISAS: Se debe mezclar cantos y carcajadas al mismo tiempo, o intentar cantar alguna melodía solo con risas como tarareo especial. Cuanto más raro y original sea el canto, mejor para la risa de todos.

DUELO DE RISAS: Seguramente es el juego más clásico y famoso en relación a la risa. Existen dos versiones:

Por parejas se miraran fijamente e intentarán permanecer ambos serios el mayor tiempo posible. La risa se ve llegar hasta en la mirada, y brota de manera natural.

Por parejas, uno de ellos debe permanecer serio y el otro debe hacerle reír solo con contacto visual, pero puede reírse o gesticular lo que desee.

ME GUSTARÍA... En este juego se cumplirán pequeños deseos. Cada participante dirá lo que el resto del grupo desea que le hagan, como por ejemplo que le digan piropos, que lo manteen, que le aplaudan, o que lo alaben. Todos deberán ver cumplido su pequeño deseo aumentando así su felicidad.

PROVOCAR RISA: moviéndose todos los participantes por el lugar, al cruzarse con alguien ambas personas a la vez se provocan la risa con gestos, sonidos, movimientos. Seguir desplazándose e ir cambiando de persona de manera dinámica.

RUEDA DE MUECAS Y RISAS: dar un globo a cada participante para que lo hinche y ate y repartir también marcadores permanentes, con el fin de que dibujen una cara sobre el globo. Luego, en rueda -de pie o sentados, empezar una persona haciendo la misma cara que ha dibujado en su globo y pasarlo para que cada uno la imite. Esperar a que el globo vuelva a su dueño para que salga el siguiente globo a imitar. Si son muchos

participantes, se pueden sacar dos globos a la vez, uno que pase hacia la derecha y uno hacia la izquierda.

HACER UN DIBUJO EN PAREJAS: El facilitador traza una o varias líneas en un tablero o las proyecta en una pantalla, combinando líneas curvas y rectas en distintas direcciones; se pide a los asistentes que se junten en parejas; cada pareja dispone de papel y lápiz; se les pide que dejen volar la imaginación para dibujar conjuntamente algo, partiendo de las rayas sugeridas por el facilitador. A medida que cada pareja termina su dibujo lo pega en alguna parte del salón; cuando todos los dibujos estén pegados, todos los asistentes empiezan un recorrido para observarlos; en este recorrido se van oyendo bastantes risas.

COMPLETAR REFRANES: El facilitador elige y pone por escrito refranes diferentes graciosos en pequeñas tiras de papel; corta las tiras de papel de manera que cada refrán quede dividido en dos partes; entrega a la audiencia al azar las mitades y luego pide a los asistentes que busquen a su respectiva pareja para completar el refrán.

FAMILIAS DE: Vamos a hacer fotos de familia, divididos por grupos, van adoptando las poses necesarias para “hacer la foto” (mafiosos, políticos, ladrones, leones, monstruos, policías, gatos, gimnastas, detectives, boxeadores, modelos, piratas, enanos, etc.)

MARIONETAS: Por parejas uno maneja al otro, mientras se plantea al grupo distintas situaciones (que paseen la marioneta, que la hagan bailar, que coma, salte, etc.)

ORDEN DEL ASCENSOR: Se divide al grupo en subgrupos de 5 o 6 personas para que no sea muy difícil, en el suelo dibujamos un rectángulo de manera que solo entren los pies y haya poco movimiento, les explicamos que tienen que ponerse en orden, por ejemplo por altura, para ello tienen que ponerse de acuerdo y

ayudarse para conseguirlo de manera que no se salgan fuera del rectángulo.

COSQUILLAS: La risa causada por cosquillas, es la forma de risa más primitiva. Las zonas más cosquillosas, axilas, flancos, cuello, cuando reciben cosquillas, envían a través de las terminaciones nerviosas de la piel, impulsos eléctricos al sistema nervioso central, lo que desata una reacción en la región cerebral. Por tal motivo, muy pocas personas pueden resistir a esta técnica infalible para reír.³³

2.2.3 RISOTERAPIA EN EL ADULTO MAYOR

2.2.3.1 RISOTERAPIA EN LA DIMENSIÓN SENSORIAL

Las personas Adultas mayores están limitadas en sus capacidades físicas y cognitivas, para lo cual necesitan participar en actividades que proporcionen estimulación multisensorial, ya que podrían no ser capaces de acceder a este tipo de estimulación por sí mismos. El nivel adecuado de estimulación sensorial ayuda a aliviar el estrés y el aburrimiento.

La risoterapia es una de las terapias que ayuda a mejorar la parte sensorial de la persona. Hoy en día se utiliza este tipo de terapia en adultos mayores que padecen de algún tipo de molestio o dolor y aquellos que se encuentran recluidos en centros asistenciales.³⁴

Las salas sensoriales o Entornos Multi-Sensoriales (MSE, por sus siglas en inglés), son espacios para disfrutar de una variedad de experiencias y donde la estimulación suave de los sentidos (vista, oído, tacto, gusto y olfato, junto con el movimiento) se puede experimentar de manera controlada. La estimulación puede ser aumentada o disminuida para que coincida con los intereses y necesidades terapéuticas. Tales espacios ofrecen una gama de actividades que pueden ser usadas, ya sea como estimulación sensorial o como terapia de relajación.

Un error común frente a la idea de estimulación multisensorial es que suele centrarse principalmente en la estimulación visual. Sin embargo, todos los sentidos deben ser abordados. Esto incluye además de la vista, el tacto, el oído, el olfato y el gusto, conjuntamente con el movimiento. El sentido de la vista es a menudo sobrevalorado, mientras que la atención dedicada a los estímulos táctiles es limitada, ya que no hay suficiente variedad de materiales y objetos para tocar y explorar. Del mismo modo, muchas veces no es suficiente la estimulación dedicada a los sentidos del oído, el olfato y el gusto. La estimulación de la propiocepción (la orientación y el equilibrio) y el sentido kinestésico (posición y movimiento de brazos y piernas) son mayoritariamente los más descuidados.³⁵

Los instrumentos musicales o cojines perfumados hechos de diversos materiales que ofrecerán al adulto mayor una oportunidad más amplia para explorar estimulaciones visuales, táctiles, auditivas y olfativas y provocar el movimiento.

La luz, imágenes, el color, los materiales de diversas cualidades ópticas (por ejemplo, brillante, reflectante, transparente) son utilizados para estimular el sentido de la vista. Materiales y objetos que ofrecen diversas superficies, la textura y la sensación, la temperatura, el viento, la vibración son elementos que sirven para estimular el sentido del tacto. Para la estimulación auditiva se utiliza la música, el sonido, temas ambientales (canto de los pájaros, las olas del mar), instrumentos, objetos de uso cotidiano (cubiertos, tejidos). Las esencias de aromaterapia, bolsas de lavanda, flores y olores de animales estimulan el sentido del olfato. La estimulación sensorial también puede facilitarse a través de una amplia gama de acciones y actividades. El olfato puede ser estimulado activamente a través de preparación de alimentos con olores característicos: ollas llenas de especias como clavo o canela, o hierbas, tales como hojas de menta, jugo de limón o ralladura, etc. Además, los alimentos pueden a la vez estimular el

sentido del gusto al ser consumidos. Las bebidas (frías o calientes), alimentos con textura (por ejemplo, las palomitas y la jalea real), frutas, pasteles con colores son ejemplos de alimentos multisensoriales que no sólo servirán para degustar, sino también por su textura y color, estimularán otros sentidos. En la estimulación sensorial es muy importante saber acerca de las preferencias individuales de los sujetos y las experiencias pasadas para adaptar cada sesión de trabajo.

Continuando con el sentido del gusto, éste es a menudo infrutilizado como componente en una experiencia multisensorial. Sin embargo, es una poderosa manera de entender lo que está sucediendo a nuestro alrededor. El sabor puede provocar recuerdos, así como emociones. El sabor también es muy personal por lo que se debe garantizar que el personal evaluador tenga una clara información de los gustos y “disgustos” de la persona.³⁶

La textura de los alimentos es también un elemento que provoca respuestas. Por ejemplo, texturas cremosas suaves pueden ser calmantes (chupar el chocolate). Los residentes también pueden tener fuertes respuestas a ciertas texturas así, una vez más, se debe tener en cuenta el gusto personal. Estimular el sentido del gusto conduce a los individuos a responder y recordar sensaciones que tenían respecto a su alimentación, contribuyendo a un mejor estado nutricional que conlleve a un mejor estado de salud. Una sesión sensorial se puede utilizar para alentar a los participantes a ingerir más líquido dentro de ese tiempo, a tener una mejor deglución (en caso de problemas de disfagia) y también a tener más independencia y evitar el rechazo de los alimentos en cada comida.³⁷

2.2.3.2 RISOTERAPIA EN LA DIMENSIÓN AFECTIVA

Los Adultos Mayores tienen una serie de preconcepciones, como el de relacionar a la persona mayor con el niño reduciéndole

autonomía y sabiduría acumulada por su experiencia; creer que no tienen vida productiva; que no tienen experiencias sexuales; considerarlos como personas “inútiles” o que se convierten en personas dependientes de cuidado y supervisión, todas ellas conduciendo a nuestro ser querido a la depresión, tristeza.

La Risa elimina el estrés porque se producen ciertas hormonas (endorfinas y adrenalina) que elevan el tono vital y nos hace sentir más despierto al contrarrestar las migrañas, enfermedades cutáneas, hipertensión arterial, depresión, problemas del corazón, cáncer, úlceras, alopecia, reumatismos, anorexia, bulimia y diarreas.³⁸

Alivia la depresión porque se es más receptivo y se ve el lado positivo de las cosas.

Produce un proceso de regresión es decir, un retroceso a un nivel anterior de funcionamiento mental o emocional, generalmente como un mecanismo para aliviar una realidad que se percibe como dolorosa o negativa.

Ayuda que el Adulto Mayor se Exteriorice ya que a través de la risa las personas exteriorizan emociones y sentimientos. A veces es percibida como una energía que urge por ser liberada, sobre todo cuando necesitamos reír y la situación social no lo permite.³⁹

2.2.4 ADULTO MAYOR CON DOLOR

El dolor es una de las mayores causas de consulta en pacientes adultos mayores .De hecho, los pacientes a menudo esperan que el dolor sea severo o intolerable para consultar al profesional. Puede ser un síntoma o una consecuencia de una lesión, enfermedad o cirugía. Una de sus definiciones es la percepción de una sensación desagradable y la experiencia emocional asociada con un daño tisular real o posible

La percepción y experiencia del dolor se afectan por muchos factores que incluyen sus causas y las bases culturales del individuo, así como las experiencias y emociones previas; por tanto, su umbral y su tolerancia son variables en las diversas personas y aun en el mismo individuo en circunstancias diferentes. Las enfermedades dolorosas son de mayor interés en los mayores que en los jóvenes, pues aquéllos pueden tener condiciones que llevan a dolor de ambos tipos: crónico y agudo.⁴⁰ Los procedimientos quirúrgicos se realizan con más frecuencia en los sujetos mayores pues ellos están más predispuestos a tener enfermedades de larga evolución asociadas con dolor significativo como osteoartritis, osteoporosis con fracturas vertebrales, diabetes con neuropatía periférica, cáncer, enfermedad vascular periférica y neuropatía postherpética. Por otro lado, la defectuosa forma física, la incapacidad e inmovilidad son una causa frecuente de discapacidad y contribuyen al aumento del dolor.⁴¹

2.2.4.1 CLASIFICACION DE DOLOR

DOLOR AGUDO

Aquel causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. También puede deberse a una función anormal de músculos o vísceras que no necesariamente produce daño tisular efectivo, aun cuando su prolongación podría hacerlo. Si bien los factores psicológicos tienen una importantísima influencia en la manera en que se experimenta el dolor agudo, con raras excepciones éste no obedece a causas psicopatológicas o ambientales.⁴²

Esto contrasta con el dolor crónico, en el que estos factores juegan un papel principal. El dolor agudo asociado a una enfermedad previene al individuo de que algo anda mal. En algunos casos, el dolor limita la actividad, previniendo un daño mayor o ayudando a la curación. Sin embargo, el dolor agudo

persistente e intenso puede ser deletéreo en sí mismo, con efectos potencialmente dañinos que se manifiestan con una respuesta neuroendocrina generalizada y a nivel de diversos sistemas.⁴³

DOLOR CRÓNICO

La persistencia del estímulo, de la enfermedad, o de ciertas condiciones fisiopatológicas, puede conducir al establecimiento de un dolor crónico. Bonica lo define como aquel dolor que persiste por más de un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo razonable para que sane una herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente. El dolor crónico tiene efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales sobre el paciente y su familia, además de un costo social enorme. Podría decirse que mientras el dolor agudo es un síntoma de una enfermedad o traumatismo, el dolor crónico constituye una enfermedad en sí mismo.⁴⁴ La mayoría de los pacientes con dolor crónico no manifiestan las respuestas autonómicas y el patrón neuroendocrino característicos del dolor agudo, a menos que existan exacerbaciones. Cuando el dolor es continuo o casi continuo, la respuesta se extingue, apareciendo diversos cambios, muchos de ellos desencadenados por la inactividad que se observa frecuentemente en los pacientes con dolor crónico. Hay pérdida de masa y de coordinación muscular, osteoporosis, fibrosis y rigidez articular. La menor fuerza muscular puede llevar a una alteración respiratoria restrictiva. Hay un aumento de la frecuencia cardíaca basal y una disminución de la reserva cardíaca. En el sistema digestivo se observa una disminución de motilidad y secreción, constipación y desnutrición. Con frecuencia se observa retención urinaria e infección. También suele haber depresión, confusión, alteraciones del sueño y disfunción sexual. La respuesta inmunitaria está alterada por el estrés y la desnutrición. Estas consecuencias físicas y psicológicas,

frecuentemente devastadoras, pueden observarse en prácticamente todos los pacientes con dolor crónico. Es obvio entonces que no se puede hablar de dolor crónico benigno, en contra posición al dolor asociado a cáncer, sino que es preferible referirse a dolor crónico no oncológico y dolor crónico oncológico. El dolor puede ser primariamente somático, neuropático y/o psicogénico.⁴⁵

2.2.5 RISOTERAPIA Y SU RELACION CON EL DOLOR

2.2.5.1 RISA Y DOLOR

La risa relaja la tensión muscular y elimina el estrés del sistema nervioso simpático. Otro aspecto importante en el control del dolor es la respiración. Al hacer más profunda ésta, gracias a la risa, se reduce la sensación de dolor. La acción de reír libera:

Catecolaminas, que, junto con la adrenalina y la noradrenalina, potencian el flujo sanguíneo, reducen la inflamación y aceleran el proceso curativo.

Endorfinas y encefalinas, es decir, agentes supresores del dolor. La risa produce la activación de los sistemas que producen neurohormonas como las endorfinas segregadas por el hipotálamo y que son las encargadas de mantener el equilibrio entre el tono vital y la depresión, serotonina que es un tipo de endorfinas que tiene un efecto calmante y regulador de los sentimientos, la dopamina que favorece la comunicación entre neuronas, y la adrenalina que nos hace estar más despiertos y activos.⁴⁶ Los huesos de la columna vertebral se estiran hasta tres centímetros, al igual que las cervicales, donde se guardan todas las tensiones. La vista y el olfato salen favorecidas puesto que los ojos se llenan de lágrimas y ese baño lubricante agudiza la vista y ayuda a distinguir mejor los colores. La vibración que produce la risa en la cara nos limpia y despeja la nariz y los oídos mejorando el olfato y la audición. El aire que entra en los

pulmones mejora nuestra capacidad pulmonar expulsando las toxinas del organismo y haciendo trabajar el corazón.⁴⁷

2.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

2.3.1 Modelo de Hildegart Peplau

El ser humano es un organismo que vive en un equilibrio inestable, con capacidad para aprender y desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por sus necesidades. La salud implica el avance de la personalidad y demás procesos humanos que hacen sentirse útil.⁽⁴⁸⁾

La enfermera, a través de su personalidad, guía los resultados de aprendizaje durante el período en que se prestan los cuidados. Este proceso interpersonal es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a madurar y que se propone facilitar una vida en toda su plenitud.

Estas relaciones se establecen durante las fases que atraviesa la persona en el proceso de su enfermedad o necesidad de ayuda. Estas fases son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución; en cada una de ellas la persona y la enfermería actúan de manera coordinada.

- **Fase de orientación:** El paciente intenta clarificar sus dificultades y la amplitud de las necesidades de ayuda. La enfermera valora la situación de la persona.
- **Fase de identificación:** El paciente clarifica su situación, identifica la necesidad de ayuda y responde a las personas que le ofrecen ayuda. La enfermera hace el diagnóstico de la situación y formula el plan de cuidados.
- **Fase de aprovechamiento:** El paciente hace uso de los servicios de enfermería y obtiene el máximo provecho de ellos. La enfermera aplica el plan de cuidados, con lo que la ayuda a la persona y a sí misma a crecer hacia la madurez.
- **Fase de resolución.** El paciente reasume su independencia. La enfermera evalúa el crecimiento que se ha producido entre ambos.

Las Funciones de enfermería en el modelo de Haldeare Peplau consisten en ayudar al ser humano a madurar personalmente facilitándole una vida creativa, constructiva y productiva. El objetivo de

este modelo es que el ser humano alcance el máximo grado de desarrollo personal.⁽⁴⁸⁾

2.3.2. Modelo de Callista Roy

El ser humano es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno. Esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que, para Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida:

1. **Área fisiológica.** Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
2. **Área de autoimagen.** La imagen que uno tiene de sí mismo.
3. **Área de dominio del rol.** Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.
4. **Área de independencia.** Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles.

La salud es un estado y un proceso de ser y llega a ser integrado y global. Esta se puede ver modificada por los estímulos del medio, que para Callista son:

Estímulos focales. Cambios precipitados a los que se ha de hacer frente. Por ejemplo, un proceso gripal.

Estímulos contextuales. Todos aquellos que están presentes en el proceso. Por ejemplo, temperatura ambiente.

Estímulos residuales. Son los valores y creencias procedentes de experiencias pasadas, que pueden tener influencia en la situación presente. Por ejemplo, abrigo, tratamientos caseros

Funciones de enfermería para Callista Roy son promover las acciones que hagan posible la adaptación del ser humano en las 4 esferas, tanto en la salud como en la enfermedad, a través del cuerpo de los conocimientos científicos de la enfermería. El objetivo es que el individuo alcance su máximo nivel de adaptación.⁽⁴⁸⁾

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

ADULTO MAYOR: Personas que tienen más de 65 años de edad.⁴⁸

RISOTERAPIA: Acción terapéutica que se basa en la risa para generar un incremento del bienestar emocional y psicológico.⁴⁹

EFFECTIVIDAD: La efectividad es la capacidad de lograr un efecto deseado, de la risoterapia en la disminución del dolor del adulto mayor.⁵⁰

DOLOR: Es una sensación desencadenada por el sistema nervioso.

El dolor puede ser agudo o sordo. Puede ser intermitente o ser constante.

Puede sentir dolor en algún lugar del cuerpo, como la espalda, el abdomen o el pecho o sentir dolor generalizado, como los dolores musculares durante una gripe.⁵¹

2.4 HIPOTESIS

La Risoterapia es efectiva para disminuir el dolor en el adulto mayor.

2.5 VARIABLES

2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Risoterapia

2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Disminución del Dolor

2.5.3 Operacionalización de variable

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
RISOTERAPIA	SENSORIAL	<ul style="list-style-type: none"> • TEMPORAL I • TERMICA • PRESION CONSTRUCTIVA • PRESION PUNTIFORME/INCISIVA • PRESION DE TRACCION GRAVATIVA • ESPACIAL • VIVEZA 	<ul style="list-style-type: none"> • NOMINAL • NOMINAL • NOMINAL • NOMINAL • NOMINAL • NOMINAL • NOMINAL
	AFECTIVA	<ul style="list-style-type: none"> • TEMOR • AUTONOMICA/VEGETA TIVA • CASTIGO • TENSION/CANSANCIO • COLERA/DISGUSTO • PENA /ANSIEDAD 	<ul style="list-style-type: none"> • NOMINAL • NOMINAL • NOMINAL • NOMINAL • NOMINAL
DISMINUCION DEL DOLOR	TIPOS	<ul style="list-style-type: none"> • AGUDO • CRONICO 	<ul style="list-style-type: none"> • NOMINAL • NOMINAL
	EVOLUCION	<ul style="list-style-type: none"> • TEMPORAL II • INTENSIDAD 	<ul style="list-style-type: none"> • NOMINAL • NOMINAL

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACION	AUTOR
ENFOQUE: Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none">Sampieri 2007, establece que se utiliza secundariamente la recolección de datos fundamentada en la medición, posteriormente se lleva a cabo el análisis de los datos y se contestan las preguntas de investigación, de ésta manera probamos las hipótesis establecidas previamente, confiando en la medición numérica, el conteo, y en el uso de la estadística para intentar establecer con exactitud patrones en una población. Por ejemplo, un censo es un enfoque cuantitativo del estudio demográfico de la población de un país. <p>De igual manera, Sampieri establece que durante el proceso se busca el máximo control para evitar posibles explicaciones distintas a la propuesta de estudio (hipótesis), y que en caso de ir surgiendo estas puedan ser desechadas, se excluya la incertidumbre y minimice el error.⁵²</p>
NIVEL: Aplicada	<ul style="list-style-type: none">Murillo (2008), refiere que la investigación aplicada recibe el nombre de “investigación práctica o empírica”, que se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación. El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad.⁵³
DISEÑO: Cuasi-experimental,	<ul style="list-style-type: none">Cook y Campbell (1986) afirman que los cuasi-experimentos son como experimentos de asignación aleatoria en todos los aspectos excepto en que no se puede presumir que los diversos grupos de tratamiento sean inicialmente equivalentes dentro de los límites del error

Prospectivo,	<p>muestral.⁵⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ben Martin (1995), describe la prospectiva como “El proceso de investigación que requiere mirar sistemáticamente el futuro de largo plazo en ciencia, tecnología, economía y sociedad, con el objetivo de identificar las áreas de investigación estratégicas y las tecnologías genéricas emergentes que generarán los mayores beneficios económicos y sociales” .⁵⁵ • (Hernández 1998). En este tipo de investigación se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.⁵⁶
Transversal	

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio de Investigación se llevara a cabo en el Centro de Atención Residencial San Vicente de Paul que está dedicado a brindar cuidado integral a personas que han sido víctimas de abandono o que se encuentran en riesgo por su situación económica y social

La labor en este centro está destinada a lograr el bienestar físico mental y social de los albergados para mejorar su calidad de vida dentro de una mirada actual sobre el envejecimiento que promueve la vida activa de los adultos mayores.

La atención en San Vicente de Paul está a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales y técnicos en las áreas de medicina, enfermería, psicología, trabajo social, rehabilitación física, terapia ocupacional y nutrición.⁵⁷

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Actualmente Centro de Atención Residencial San Vicente de Paul alberga a 379 adultos mayores, 198 hombres y 181 mujeres. Para ello se requiere una muestra del total de adultos mayores:

Calculando Muestra:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N-1) + z^2(pq)}$$

Hallando:

Población de 379 Adultos

Mayores

$$n = \frac{1.96 \times 0.5 \times 0.5 \times 379}{(0.05 \times 379) + (1.96 \times 0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{363.84}{0.95 + 0.96}$$

$$n = 191$$

Donde:

N: Población

Z: Desviación estándar (para un intervalo de confianza de 95,55 es 1,96)

p: Probabilidad de ocurrencia 0.5

q: Probabilidad de no ocurrencia 0.5

E: Error sistemático 0.05

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que acepten voluntariamente participar en el estudio.
- Adultos mayores con dolor

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Adultos mayores que no acepten participar de la Intervención Risoterapia.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica seleccionada fue la entrevista y los instrumentos que se utilizaron: un cuestionario del Pre y Post Taller de Risoterapia .La hoja de registro contiene la edad del adulto mayor, sexo. El instrumento MPQ

incluye 15 palabras o frases que describen la dimensión sensorial y afectiva del dolor, una escala visual análoga y un índice de dolor actual. Este instrumento ha sido ampliamente aplicado para estudiar la experiencia de dolor en diferentes tipos de pacientes. Se ha utilizado para evaluar pacientes con dolor crónico de origen oncológico y lumbar, personas con úlceras varicosas, tetraplejía, fibromialgia, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y dolor de parto. También ha aplicado en la evaluación de la eficacia de variados regímenes de tratamiento y, más recientemente, en pruebas experimentales.⁵⁸

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El Instrumento de McGill que mide el dolor tiene una validez de 0.88 por juicio de expertos y una confiabilidad que oscila entre 66-80%.

3.6 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Previo a la recolección de datos se solicitara la carta de presentación, dirigida a la directora de la escuela de enfermería, la Dr. Fernanda Gallegos de Bernaola para poder realizarle la aplicación del instrumento de estudio en la institución de salud .Posterior a la respuesta que emita la institución de salud, se coordinara con la persona responsable para iniciar la recolección de datos a través de la aplicación del instrumento.

Para la recolección de los datos se aplicara el cuestionario a los Adultos Mayores. El instrumento será entregado pre y post risoterapia con un tiempo de 20 minutos.

Para el procesamiento de los datos el programa Excel y el paquete estadístico SPSS en su versión 22.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1
EFFECTIVIDAD DE LA RISOTERAPIA EN LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR
EN EL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL
SAN VICENTE DE PAUL –LIMA-PERÚ 2016.

Nivel de dolor	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
POCO	38	20%	118	62%
MODERADO	46	24%	38	20%
SEVERO	107	56%	35	18%
TOTAL	191	100%	191	100%
Promedio	11,0		16,8	
Diferencia		(-5,8)		

FUENTE: *Elaboración propia*

COMENTARIO DE LA TABLA 1:

Antes de la aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el centro de atención residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú, el nivel del dolor fue Severo en un 56% (107), seguido del nivel Moderado en un 24% (46) y finalmente del nivel Poco en un 20% (38), con un promedio de 11,0. Después de la aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el centro de atención residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú, el nivel del dolor fue Poco en un 62% (118), seguido del nivel Moderado en un 20% (38) y finalmente el nivel Severo en un 18% (35), con un promedio de 16,8; haciendo una diferencia de (-5,8). Existiendo una diferencia significativa por la aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor.

TABLA 2

NIVEL DE DOLOR ANTES DE APLICAR EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN RISOTERAPIA EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN LA RESIDENCIAL SAN VICENTE DE PAUL – LIMA-PERÚ 2016.

NIVELES DE DOLOR ANTES	N°	Porcentaje
POCO	38	20%
MODERADO	46	24%
SEVERO	107	56%
TOTAL	191	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

COMENTARIO DE LA TABLA 2:

Antes de la aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el centro de atención residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú, el nivel del dolor fue Severo en un 56% (107), seguido del nivel Moderado en un 24% (46) y finalmente del nivel Poco en un 20% (38).

TABLA 3
NIVEL DE DOLOR DESPUÉS DE APLICAR EL PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN RISOTERAPIA EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN LA
RESIDENCIAL SAN VICENTE DE PAUL – LIMA-PERÚ 2016, SEGÚN: TIPOS
Y EVOLUCIÓN DEL DOLOR.

NIVELES DE DOLOR DESPUES	N°	Porcentaje
POCO	118	62%
MODERADO	38	20%
SEVERO	35	18%
TOTAL	191	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

COMENTARIO DE LA TABLA 3:

Después de la aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el centro de atención residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú, el nivel del dolor fue Poco en un 62% (118), seguido del nivel Moderado en un 20% (38) y finalmente el nivel Severo en un 18% (35).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

H1: La aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el Centro de Atención Residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú 2016, es efectiva.

Ho: La aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el Centro de Atención Residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú 2016, no es efectiva.

H1 ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 4: Prueba de Hipótesis mediante la t-Student

	Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de				
				confianza para la diferencia				
Inferior	Superior							
Antes – Después	-5,80	4,234	2,050	4,912	9,437	8,739	190	,000

COMENTARIO DE LA TABLA 4:

Aplicando la técnica del software SPSS v.21, se obtuvo el valor de la t-Student Calculada (t_C) de 8,739; siendo además el valor de la t-Student de Tabla (t_T) de 5,623. Como el valor de la T-Calculada es mayor que la T-de tabla ($t_T < t_C$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H_a), con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

Siendo cierto: La aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el Centro de Atención Residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú 2016, es efectiva.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

En relación al Objetivo General, se buscó determinar la efectividad de la risoterapia en la disminución del dolor en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial San Vicente de Paul, encontrando que Antes de la aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el centro de atención residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú, el nivel del dolor fue Severo en un 56% (107), seguido del nivel Moderado en un 24% (46) y finalmente del nivel Poco en un 20% (38), con un promedio de 11,0. Después de la aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el centro de atención residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú, el nivel del dolor fue Poco en un 62% (118), seguido del nivel Moderado en un 20% (38) y finalmente el nivel Severo en un 18% (35), con un promedio de 16,8; haciendo una diferencia de (-5,8). Existiendo una diferencia significativa por la aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor. Coincidiendo con Bámaca Álvarez, Ingri Carolina, (2011), en conclusión: “Dentro del estudio la mitad de la población mostró una actitud positiva al tratamiento y los efectos que este con lleva, las mujeres se mostraron más positivas ante la enfermedad, la convivencia entre las pacientes es más participativa, el apoyo emocional entre ellas es más fuerte, lo contrario de los hombres que lo ven con desagrado se muestran desesperados y molestos con tener que lidiar con la enfermedad”.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

En relación al Objetivo específico uno, se buscó determinar Antes de la aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el centro de atención residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú, el nivel del dolor fue Severo en un 56% (107), seguido del nivel Moderado en un 24% (46) y finalmente del nivel Poco en un 20% (38). Coincidiendo con Otero Flores, Daniel, (2014), Se concluye que :“Existe un efecto positivo de la Risoterapia en el mejoramiento de la salud de los pacientes adultos admitidos en una unidad de cuidados críticos”. Coincidiendo además con Valentine Arévalo, José Eduardo, (2012), Llegando a la conclusión: “Se demostró que la Risoterapia resultó ser efectiva en un 100% en la autoestima del Adulto Mayor ($p < 0,05$)”

OBJETIVO ESPECIFICO 2

En relación al Objetivo específico dos, se buscó determinar Después de la aplicación de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el centro de atención residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú, el nivel del dolor fue Poco en un 62% (118), seguido del nivel Moderado en un 20% (38) y finalmente el nivel Severo en un 18% (35). Coincidiendo con Ramos S., Susanibar J.”Risoterapia, (2004), concluyendo: “Se debe de Incluir la risa como complemento de las terapias convencionales y pueden ayudar al profesional de la salud en la recuperación del paciente y en la mejora del ambiente de trabajo”.

CONCLUSIONES

PRIMERO

La presente investigación tiene como título: La efectividad de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor en el Centro de Atención Residencial San Vicente de Paul – Lima-Perú 2016, encontrando que existe una diferencia significativa entre ambos momentos de la aplicación de la risoterapia, comprobado estadísticamente mediante la T-student, con un valor de 8,739, con 190 grados de libertad y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

Con respecto a la dimensión Antes de la aplicación de la risoterapia se encontró que el mayor porcentaje es en el nivel Severo.

TERCERO

Con respecto a la dimensión Después de la aplicación de la risoterapia se encontró que el mayor porcentaje es en el nivel Poco.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Realizar seminario de capacitación continua a las enfermeras que tienen a su cargo el cuidado de adultos mayores para disminuir el dolor, mediante programas como la risoterapia que permita una disminución significativa del dolor.

SEGUNDO

Promover actividades que permita a los pacientes adultos mayores en la disminución del dolor mediante su autocuidado y prácticas que estimulen una vida saludable sin dolor.

TERCERO

Gestionar alianzas estratégicas con la municipalidad, ONGs, Centro de atención de la mujer, Universidades e Institutos para realizar programas como la risoterapia que estimulen a los adultos mayores una calidad de vida donde disminuya significativamente el dolor.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: "Efectividad de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor del centro de atención residencial San Vicente de Paul -2016"

Problema	Objetivos	Base Teorica	Diseño Metodológico					
			Tipo de Investigación	Población y Muestra	Operacionalización			Instrumento
¿Cuál es la efectividad de la risoterapia del dolor en el adulto mayor de centro de atención residencial San Vicente de Paul - Lima-Perú 2016?	Objetivo General: Determinar la efectividad de la risoterapia en la disminución del dolor en el adulto mayor del centro de atención residencial San Vicente de Paul-Lima-Perú 2016. Objetivo Específicos: <ul style="list-style-type: none"> Identificar el nivel de dolor antes de aplicar el programa de intervención Risoterapia en 	2.2.1 Adulto Mayor 2.2.2.1 Proceso de Envejecimiento del Adulto Mayor. 2.2.2 Risoterapia 2.2.2.1 Técnicas de la Risoterapia 2.2.3 Risoterapia en el Adulto Mayor 2.2.3.1 Risoterapia en la dimensión Sensorial 2.2.3.2 Risoterapia en la dimensión afectiva 2.2.4 Adulto mayor con dolor	Enfoque: Cuantitativa Nivel: Aplicada Diseño: cuasi-experimental Prospectivo, Transversal	San Vicente de Paul alberga a 190 adultos mayores mujeres N:127 Adultos Mayores	Variable Efectividad de la risoterapia	Dimensión Sensorial	Indicadores <ul style="list-style-type: none"> Temporal I Térmica Presión constrictiva Presión puntiforme/in cisiva Presión de tracción gravativa Espacial Viveza Temor 	Esta escala fue propuesta y desarrollada por Melzack y Torgerson tras sus investigaciones sobre medición del dolor. El objetivo era proporcionar una valoración del dolor desde una triple perspectiva: a) sensorial, descripción del dolor en términos temporo-espaciales; b) afectivo-motivacional,

ANEXO 2

INSTRUMENTO

ENCUESTA

Buenas tardes señores miembros del centro de atención Residencial San Vicente de Paul. A continuación se le presenta una serie de enunciados con el objetivo de obtener información sobre la descripción de su dolor que presenta actualmente. La información que se obtenga es de carácter anónimo y confidencial. Muchas gracias por participar.

I.COMPLETE:

Edad:.....

INSTRUCCIONES:

- 1.-Se le dará una hoja para indicar sus sentimientos y sensaciones actuales.
- 2.-Marque claramente con una (x) o un (o) en el casillero que corresponda
- 3.-Luego pasara a una escala para que seleccione del 1 al 10 de acuerdo al grado de dolor que presenta:

0: Sin dolor

2: Dolor leve

4: Dolor moderado

6: Dolor Severo

8: Dolor muy severo

10: Dolor Máximo

CUESTIONARIO DE DOLOR DE MCGILL

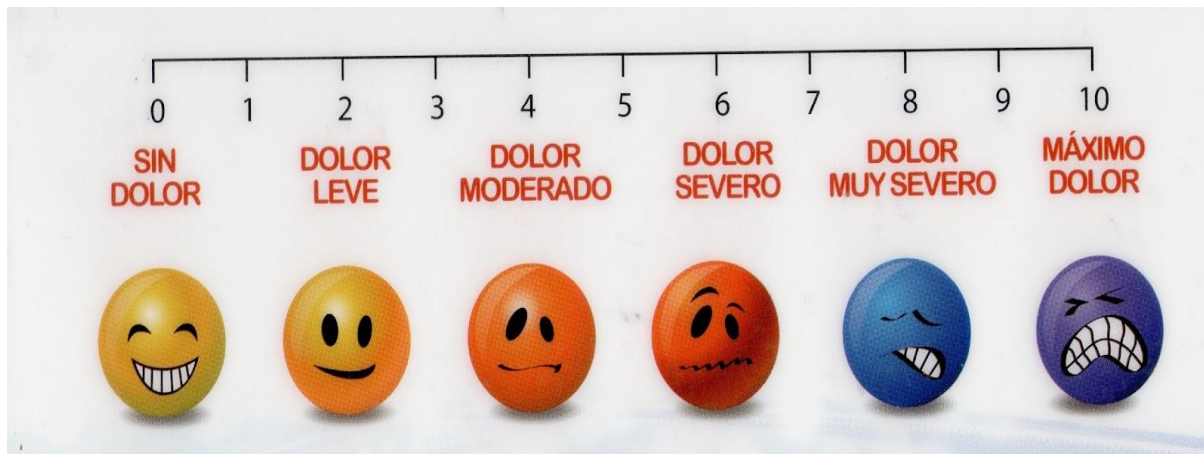
A.DESCRIBA SU DOLOR DURANTE LA ULTIMA SEMANA

(Marque una casilla por cada línea)

	NO	LEVE	MODERADO	SEVERO
1.COMO PULSACIONES				
2.COMO UNA SACUDIDA				
3.COMO UN LATIGAZO				
4.PINCHAZO				
5. CALAMBRE				
6.RETORTIJONES				
7.ARDOROSO				
8.ADORMECIMIENTO				
9.INSOPORTABLE				
10.ESCOZOR				
11.COMO UN DESGARRO				
12.QUE MAREA				
13.TERRIBLE				
14.QUE ATORMENTA				

B. VALORE SU DOLOR DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA:

(LA SIGUIENTE IMAGEN REPRESENTA EL DOLOR ,CON UNA INTENSIDAD QUE VA AUMENTANDO DESDE “SIN DOLOR “ HASTA “MAXIMO DOLOR” .MARQUE CON UNA (X) EN LA IMAGEN DONDE MEJOR DESCRIBE SU DOLOR DURANTE LA ULTIMA SEMANA)



C. MARQUE CON UNA (X) LA CATEGORIA QUE MEJOR DESCRIBA LA INTENSIDAD DE SU DOLOR:

SIN DOLOR	0
LEVE	1
MOLESTO	2
FUERTE	3
INTENSO	4
INSOPORTABLE	5

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

ANEXO 3

Fotografías



