

**UNIVERSIDAD METROPOLITANA
CENTRO UNIVERSITARIO DE BAYAMÓN
ESCUELA DE CIENCIAS DE SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**EFFECTO DE LA RISA EN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD EN LOS
PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO**

DANIEL OTERO FLORES

NOVIEMBRE, 2014

ABSTRACTO

Estudio cuasi-experimental compuesto de 10 pacientes admitidos en la unidad de intensivo de un hospital ubicado en la zona metropolitana de San Juan. Hubo un grupo experimental (5 sujetos), aquellos que recibieron la terapia de la risa, y el grupo control (5 sujetos), que no recibieron la terapia. El propósito del estudio era determinar el efecto de la risa en el mejoramiento de la salud en los pacientes en una unidad de cuidado crítico. La variable efectividad se midió a través de un cuestionario desarrollado por el investigador. El 100% del grupo experimental eran masculinos, mientras que en el grupo control, el 60% eran féminas. La edad promedio de ambos grupos fue de 62 años. Los participantes que recibieron la risoterapia tienen un alto grado de aceptación de la misma (93%). Luego de 3 días consecutivos de terapias el grupo experimental se sintieron Mucho Mejor (80%). La prueba t revela que el grupo experimental difiere significativamente del grupo control ($t = 3,41$, $p < 0,001$). Igualmente, los datos descriptivos demuestran que el 94% de los pacientes del grupo experimental expresaron que se sintieron Mucho Mejor y Mejor luego de recibir la terapia. 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 presión 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 cuidado crítico.

DEDICATORIA

Primero que todo a Dios todo poderoso que puso en mi corazón la vocación de amar, servir y ayudar al prójimo, seres que dependen de nosotros como profesionales de la salud que aun con sus vicisitudes y defectos nos brindan una sonrisa.

A mi amada esposa Altagracia Santiago que no solo creyó en mí si no que fue mi pilar en toda esta trayectoria y a quien tuve que dejar a cargo del hogar durante mi ausencia, ya no más trabajos de madrugada. Gracias sobre todo por no decirme no en esta mi gran meta. Sin ti no lo hubiera logrado.

A mi traviesa hija Danaliz Rachel que siempre me preguntaba ¿Papá estudias hoy?, gracias por ser tan comprensiva a tu corta edad. Te amo.

A mi milagrito Kamila Sophia que aunque llegaste antes de tiempo viniste a hacer la compañía que tanto necesitaba tú hermana. Te amo. Ambas son la luz que hacen mi vida y mi camino más claro.

Por último y no menos importante mis padres Ángel L. Otero e Isabelita Flores gracias por siempre confiar en mí y por su apoyo incondicional, por sus valores inculcados soy quien soy hoy día. Los amo y nunca los defraudaré.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar mi mayor agradecimiento es a Dios que me dio la fuerza para terminar, a mi familia por todo su apoyo y aliento para seguir adelante por todos los sacrificios hechos para ayudarme a continuar, a mi amiga Joyce Nieves por su incalculable ayuda. Un agradecimiento en especial a quien fue mi mentor el Dr. Josué Pacheco por su orientación, apoyo y corrección durante el desarrollo de mi tesis, que sobrepaso todas las expectativas que deposite en él. A la Dra. Lourdes Maldonado por su colaboración en este gran proyecto y por último al hospital de veteranos por darme la oportunidad de realizar mi gran meta en lo que me llena como profesional y como ser humano, poner una sonrisa en cada persona.

Gracias, gracias, gracias a todos.....Reír alegra el alma.

Daniel Otero Flores

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Experiencia de los participantes con la risoterapia: grupo experimental y grupo control.

Tabla 2. Efectividad de la risoterapia: Grupo Experimental y Grupo Control.

Tabla 3. Grado de aceptación y evaluación realizada por los participantes que recibieron la risoterapia.

Tabla 4. Beneficios del uso de la risoterapia en pacientes de la unidad de intensivo.

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de los participantes por género: grupo experimental y grupo control.

Gráfica 2. Distribución de los participantes por edad: grupo experimental y grupo control.

Gráfica 3. Distribución de los participantes si han tenido hospitalizaciones previas en intensivo: grupo experimental y grupo control.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama grupo experimental.

Figura 2. Diagrama del estudio propuesto.

Figura 3. Estado de bienestar de los participantes del estudio.

TABLA DE CONTENIDO

Abstracto.....	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.....	5
Índice de tablas.....	6
Índice de gráficas.....	7
Índice de figuras.....	8
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	12
Antecedentes del problema.....	12
Planteamiento del problema.....	15
Justificación del problema de investigación.....	18
Modelo Conceptual.....	21
Aplicación de la Teoría.....	23
Propósito del estudio.....	25
Pregunta de Investigación.....	25
Objetivos.....	25
Definiciones de las Variables.....	25
Resumen.....	27
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LITERATURA.....	28
Introducción.....	28
Artículos Investigativos.....	29
Artículos Informativos.....	31

Resumen.....	39
CAPÍTULO III: METODOLOGIA.....	40
Introducción.....	40
Diseño.....	40
Población.....	45
Criterios para la selección de muestra.....	46
Criterios de exclusión.....	47
Instrumento.....	47
Validez y Confiabilidad del instrumento.....	49
Procedimientos.....	50
Protección de derechos Humanos.....	55
Análisis estadístico.....	62
Resumen.....	62
CAPÍTULO IV - Hallazgos	
Introducción.....	64
Presentación de datos socio-demográficos.....	64
Presentación de datos a base de la pregunta y objetivos del estudio.....	73
Resumen.....	77
CAPÍTULO V -Análisis y Discusión de los Resultados	
Introducción.....	80
Análisis de los Hallazgos.....	80

Análisis a base del Marco Conceptual.....	84
Conclusiones.....	85
Implicaciones para enfermería.....	86
Limitaciones del estudio.....	87
Recomendaciones.....	88
REFERENCIAS.....	92
ANEJOS.....	97
Cuestionario.....	
Consentimiento.....	

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Antecedentes del problema

La risa como medio para tratar el estrés o el mejoramiento de la salud se inicia en la antigüedad. La risoterapia no es una técnica nueva, y ya fueron muchos los filósofos y escritores que desde la antigüedad han publicado las ventajas de la risa. Hay datos de que ya en la Edad Media había médicos que "recetaban la risa" a sus pacientes. El famoso cirujano francés Henri de Mondeville, en el siglo XIV, dijo *"que el cirujano debe ocuparse de regular todo el régimen de vida de su paciente de modo que esté dirigido a la alegría y a la felicidad"* En tiempos más cercanos a nosotros, hace 100 años, Sigmund Freud atribuyó a las carcajadas el poder de liberar al organismo de energía negativa, algo que pudo ser demostrado posteriormente científicamente. También Sigmund Freud expone que la risa es tan sana que tan solo cinco minutos de carcajadas equivalen a 45 minutos de ejercicios (Abecasis, 2010).

Aunque con la base milenaria ya expuesta, la popularidad definitiva de la risoterapia llegó en los años '70, gracias a Norman Cousins, editor y periodista americano, quien sufría graves dolores sin solución, y a quien sus doctores le recomendaron la risa (mediante películas de los hermanos Marx, el gordo y el flaco). Una vez

comprobado que realmente la risa le hacía desaparecer el dolor durante horas, decidió publicar su experiencia y la dio a conocer a la comunidad médica, publicándola en 1976 en la prestigiosa revista *New England Journal of Medicine*, y más tarde en un libro, y a través de su propia fundación (Ko & Youn, 2011).

Posteriormente, otro nombre que hizo historia haciendo uso de la risoterapia fue Hunter "Patch" Adam, quien en los años 80, se vestía de payaso para visitar a los hospitales, y aplicó la alegría y el buen humor como apoyo en la recuperación y tratamiento de enfermedades, obteniendo beneficiosos resultados. A partir de entonces se comenzó a utilizar la técnica de la risoterapia en los hospitales (Pettit, 2008). Se desarrollaron algunos cursos de humor, y se definió la risoterapia como una terapia complementaria, para darle carácter y estandarización a la misma, pero aún no se ha logrado del todo. Por ejemplo, Salabert (2013) señala que la risoterapia o terapia de la risa consiste en crear situaciones que ayuden a liberar las tensiones físicas y emocionales, para conseguir reír de manera natural al enfermo.

Enfermería comenzó a utilizar esta terapia a mediados de los años 1980, de manera más sistematizada para ciertas poblaciones, especialmente a pacientes pediátricos en los Estados Unidos, luego fueron incorporándose a pacientes adultos, pero no ha sido reconocida como parte de las intervenciones estándares de los profesionales de

enfermería. Aquellos profesionales que la han usado coinciden que cuando la enfermera desarrolla su capacidad para la empatía, facilita la comprensión y opta por actitudes positivas y optimistas, los pacientes tienden a estar más confiados y relajados. El uso del humor facilita la relación de ayuda entre las enfermeras y el paciente o familia (Ruiz Gómez, Rojo Pascual, Ferrer Pascual, Jiménez Navascués, & Ballesteros García Montserrat, 2005).

La risoterapia ha sido aplicada en varios campos de la salud con resultados positivos. En Pediatría, los niños son muy receptivos y el empleo del humor les hace superar con mayor facilidad su proceso de enfermedad. En Educación, el humor agiliza los procesos de aprendizaje y mejora la relación profesor-estudiante. Estas estrategias se aplican a la práctica pedagógica por la gran influencia que la risoterapia tiene a nivel psicopedagógico y logopédico. En Cirugía, disminuye el dolor o lo elimina. En enfermos de SIDA, o cáncer, se ha comprobado que tienen mayor resistencia cuando se les atiende con sesiones de risoterapia. En enfermos terminales, humor facilita el trabajo del personal y mejora la calidad de vida en los últimos tramos de la misma, mejorando la despedida de su familia (Ruiz Gómez, Rojo Pascual, Ferrer Pascual, Jiménez Navascués, Ballesteros García & Montserrat, 2005).

A pesar de los beneficios de esta terapia entre los profesionales de enfermería no existe un acuerdo unánime para denominar la misma, ni se ha utilizado como una ayuda terapéutica para todos los pacientes, especialmente si este se encuentra críticamente enfermo (Greenberg, 2003). Es decir, que aún quedan muchos campos por investigar para indagar las intervenciones del humor como una estrategia efectiva, entre otros aspectos.

Planteamiento del problema

El problema a investigar es el efecto de la risa en el mejoramiento de la salud en los pacientes en una unidad de cuidado crítico. A pesar de todos los artículos encontrados acerca de los beneficios que tiene la risoterapia en los pacientes, no encontramos evidencia de estadísticas de que se utilice esta terapia en la mayoría de los hospitales. La risoterapia ha sido utilizada mayormente en pacientes pediátricos, y poco estudiada en adultos, lo que supone una carencia de conocimiento sobre el tema y la efectividad de la misma en el mejoramiento de la salud del paciente adulto críticamente enfermo (Ruiz Gómez, Rojo Pascual, Ferrer Pascual, Jiménez Navascués, & Ballesteros García Montserrat, 2005).

La risoterapia como estrategia terapéutica de cuidado, con el uso de estímulos auditivos, visuales, táctiles, para alcanzar el establecimiento de asociaciones significativas, al proporcionar objetos

de exploración y manipulación interactivos, para generar el buen humor con carcajadas, estimulando la producción y generación de endorfinas, así mismo de este modo, en un instante se ejercitan diferentes músculos para incrementar el bienestar físico- emocional, disminuyendo el dolor, la tensión y el stress. En el enfoque de cambio de perspectiva, al acoger la intervención de enfermería holística (Simental Castillo, 2012). Es importante saber lo que abarca este método y que tan beneficioso puede ser para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y su entorno.

Las diferentes unidades de cuidado intensivo tienen características particulares a diferencia de otros servicios hospitalarios. Es así como su distribución puede variar de unas a otras unidades, estas son encerradas, con uso de equipo sofisticado; sumadas a la restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen de la permanencia en la unidades de cuidado crítico una experiencia poco placentera, además que está cargada de incertidumbre afectando la condición del paciente (Baena Zapata, 2009).

El 90% de los pacientes adultos también ha evidenciado discomfort en el área debido a que están adheridas a la piel las líneas de infusiones intravenosas, o maquinaria, las cuales limitan la

autonomía, la movilidad y el bienestar del paciente. El paciente se aísla temporalmente de su grupo familiar para ser observado individualmente, quedando al cuidado de un personal desconocido para él, sumado al estrés que produce la gravedad de su condición de salud. Lo anterior, desencadena en estos los pacientes temor en este ambiente, que tiene efectos negativos en su bienestar, ya que las alteraciones tanto físicas como psicológicas que produce y que a su vez pueden interferir positiva o negativamente en su proceso de recuperación. Por ser la unidad de cuidado crítico una unidad que produce incomodidad y miedo en los pacientes adultos que puede repercutir en su estado de salud, se hace necesario que el personal de enfermería utilice estrategias o intervenciones como la risoterapia para minimizar el impacto mencionado (Baena Zapata, 2009). Solo entre un 5% a un 10% de los pacientes adultos admitidos a los hospitales ha sido impactado por esta terapia en los Estados Unidos, ya que se han enfocado en poblaciones pediátricas (Ruiz Gómez, Rojo Pascual, Ferrer Pascual, Jiménez Navascués, & Ballesteros García Montserrat, 2005; Garduño, Carmona & Vidaurri, 2011; Chiang & Chun, 2009). El beneficio de la terapia no ha sido probado en adultos en Puerto Rico, no hay datos sobre ello, cuando se ha validado lo beneficiosa que es la misma para el paciente en las unidades de cuidado crítico, siendo esto un problema a investigar.

Justificación del problema de investigación

La justificación del estudio se crea teniendo en cuenta los criterios para evaluar los beneficios de esta investigación, su conveniencia, su alcance, el valor teórico y social de la aportación metodológica, según establecen Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio (2003). También es el fin de la investigación, determinar y conocer la importancia de la risa como terapia complementaria. Es importante identificar que con solo reírnos mejoraremos el estado de salud y que esto sería una gran aportación para la salud de nuestros pacientes.

Respecto a la conveniencia de la investigación, los resultados del estudio fomentaran la creación de talleres educativos que faciliten el entendimiento y los beneficios de esta técnica para el mejoramiento de nuestros pacientes en la unidad de cuidado crítico. Según Payne & Lengacher (2006), el estrés es y seguirá siendo el mayor problema en las unidades de cuidado crítico ya que solo con mencionar la palabra *intensivo* el paciente aumenta su nivel de ansiedad. También se podrá implementar el instrumento de la risa como algo realmente conveniente en todo momento durante la hospitalización en cualquier unidad.

Respecto al alcance del estudio espero ser pionero de un taller de risoterapia para el profesional de enfermería y así poder presenciar

sus beneficios en los pacientes críticamente enfermos. El que se desarrolle un protocolo para aplicar la risoterapia en pacientes críticamente enfermos ha de ser una contribución que se ha de fundamentar en los resultados de este estudio. Se estima que de las 25 unidades de intensivos de adultos que existen en el país (Departamento de Salud, 2012), más del 90% de los pacientes adultos carecen de terapias alternativas como la risoterapia que le ayuden a lidiar con su dolor, su estado de ánimo, miedo, disconfort y el estrés que le produce estar en estas unidades (Baena Zapata, 2009).

Además, es nuestra meta dar a conocer en Puerto Rico los resultados de este estudio para que sirvan de base para proponer la implementación de esta terapia complementaria con el fin de beneficiar al paciente. Otros autores como Fonzi, Matteucci & Bersani (2010), han señalado los beneficios de estas terapias alternativas, que son poco costosas, y no tienen efectos adversos en el paciente.

Respecto al valor teórico de esta investigación es poder entender la estrategia utilizada para el mejoramiento de la salud a través de la risoterapia. Se pudiera implementar como instrumento desde que el paciente arribe a sala de emergencia hasta que llegue a la unidad de cuidado intensivo. Se aplicaría tomando en cuenta el nivel de estrés, de dolor y ansiedad del paciente con el fin de su pronta mejoría. Esto debido a que se ha comprobado que la risoterapia es una alternativa

terapéutica de apoyo al paciente. Esta técnica que proporciona numerosos beneficios en el organismo, disminuye el dolor, no tiene efectos adversos y es de bajo costo (Contreras, Garduño Rivera, Carmona Arriaga & Vidaurri, 2011).

Respecto a la aportación metodológica de este estudio consiste en desarrollar un instrumento validado según todas las recomendaciones de nuestros antecesores como Sigmund Freud, Patch Adams y sin dejar atrás a nuestra teorizante Betty Newman con su teoría centrada en el estrés y la reducción del mismo. Este instrumento a mí entender podría ser un cuestionario titulado: *Instrumento para medir las estrategias utilizadas por los enfermeros para fomentar la risa en el mejoramiento de la salud*. El mismo desarrollarlo basado en la revisión de literatura relacionada con el tema de forma que se componga de tres partes: la primera relacionada a la definición de risoterapia, la segunda las estrategias utilizadas para fomentar la risoterapia y la tercera los datos demográficos.

Otro aspecto y no menos importante que hace necesario este estudio, es la falta de investigaciones sobre este tema en Puerto Rico. La necesidad de probar nuevas alternativas de tratamiento "no tradicionales" puede ser una estrategia positiva. Las investigaciones existentes se enfocan más al paciente pediátrico, sin embargo, igual

que pasa con los niños, el paciente adulto críticamente enfermo se puede beneficiar de la risa como terapia siendo el líder de este proceso el profesional de enfermería (Baena Zapata, 2009).

Modelo Conceptual

Las teorías o modelos conceptuales son el mecanismo para organizar los hallazgos. En el siguiente estudio se estará mencionando el modelo conceptual de Betty Newman para sustentar la importancia de mi estudio como una intervención efectiva en la disminución del estrés en nuestros pacientes de cuidado crítico sustituyendo este por la risa como terapia complementaria en el mejoramiento de la salud (Marriner, & Raile, 2011).

La intervención de enfermería tiene por objeto reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían afectar el funcionamiento óptimo en la situación determinada de un paciente. La intervención de enfermería se lleva a cabo mediante la prevención primaria que se realiza antes de que la persona entre en contacto con un productor de tensión. La meta es evitar que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción reduciendo la posibilidad de hacer frente al productor de tensión, debilitando su fuerza. La prevención secundaria es conveniente después de que el productor de tensión penetra la línea normal de defensa (Marriner, & Raile, 2011).

Los cuatro componentes de la teoría de Neuman, según los plantea Marriner, & Raile (2011) son:

1. Enfermería: Neuman cree que la enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad, que es una profesión única que debe ocuparse de todas las variables que afectan al individuo frente al estrés. La percepción enfermera influye en el cuidado que se suministra.
2. Persona: El modelo de sistemas de Neuman presenta el concepto persona como un cliente/sistema cliente que puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o un problema social. El sistema cliente es un compuesto dinámico de interrelaciones entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Se considera que el cliente cambia o se mueve constantemente y se observa como un sistema abierto que interacciona recíprocamente con el entorno.
3. Salud: Para Neuman, la salud es un movimiento continuo del bienestar a la enfermedad, dinámico y sujeto a un cambio constante. Capacidad de flexibilidad para mantener el equilibrio contra cualquier estresor.
4. Entorno: El entorno y la persona son los fenómenos básicos del modelo de sistemas de Neuman. Estos dos elementos mantienen

una relación recíproca. El entorno se define como los factores internos y externos que rodean o interaccionan con la persona o el cliente. Los elementos estresantes (intrapersonal, interpersonal y extrapersonal) son importantes para el concepto de entorno y se describen como fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden alterarla.

Aplicación de la Teoría al problema del estudio

El uso de este modelo de Betty Neuman facilita a los profesionales de la enfermería la elaboración de planteamientos totales, unificados y dirigidos a un objetivo para el cuidado del cliente, aunque también resulta apropiado para un uso multidisciplinario que evite la fragmentación del cuidado del cliente. El modelo delimita un sistema del cliente y una clasificación de los elementos estresantes que todos los miembros del equipo de salud puedan entender y utilizar (Marriner, & Raile, 2011).

El modelo de Neuman, se ocupa primordialmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión, en el desarrollo y mantenimiento de la salud que es lo que se intenta promover a través de la risoterapia para promover los beneficios que tiene y que ya han sido demostrados en el mejoramiento de la salud. La persona se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y

externo. Muchas veces pensamos que el estresor lo causa una enfermedad pero también debemos pensar que nuestros pacientes también tienen situaciones externas que los siguen acompañando una vez que están hospitalizados y que la presión de la enfermedad y la hospitalización sobre todo en una unidad de cuidado crítico detonan unos niveles de ansiedad que muchas veces no tratamos y que interfieren con el mejoramiento del paciente.

Es ahí donde entra el método de la risoterapia como alternativa complementaria para ayudar a nuestros pacientes en el mejoramiento de la salud. Ya ha sido científicamente comprobado que el córtex cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír. En los últimos 30 años se ha avanzado mucho en la aplicación de la risa como terapia. Los beneficios de la risa reconocidos por Freud (además de pasar un buen rato) eliminan el estrés, relaja las tensiones acumuladas, combate el insomnio, fortalece el sistema inmunológico, mejora el sistema cardiovascular, incrementa la producción de endorfinas, mejora la motivación y la creatividad, relaja los músculos y oxigena los pulmones, ya que permite que ingrese el doble de aire (Ruiz Gómez, Rojo Pascual, Ferrer Pascual, Jiménez Navascués, & Ballesteros García Montserrat, 2005). Todo esto juega un papel importante en el mejoramiento de la salud de nuestros pacientes en la unidad de cuidado crítico.

Propósito del estudio

El propósito del estudio es determinar el efecto de la risa en el mejoramiento de la salud en los pacientes en una unidad de cuidado crítico. Los resultados han de servir de base para el desarrollo de protocolos de risoterapias en las unidades de intensivos de adultos, con miras a establecer este tratamiento de medicina alternativa de manera sistematizada en dichas unidades.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los efectos de la risa en el mejoramiento de la salud de un paciente en una unidad de cuidado crítico?

Objetivos

1. Identificar la efectividad de la Risoterapia en el mejoramiento de la salud para los pacientes en la unidad de cuidado crítico.
2. Describir los beneficios del uso de la Risoterapia en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado crítico.

Definiciones de las Variables

1. Efecto - La palabra efecto (del latín *effectus*) tiene varios significados. Consecuencia lógica, Consecuencia jurídica o Respuesta a un estímulo (Cyclopedia.net, 2013). Dicha variable se medirá haciendo uso de un cuestionario desarrollado por el investigador. En el caso de este estudio significa aquellas

consecuencias que le ocurren al paciente cuando se expone a la terapia de la risa en la unidad de intensivo.

2. Mejoramiento de la Salud – acción de mejorar, restablecimiento (Frank & Nelson, 2013). Para efectos de este estudio el mejoramiento de la salud es el estado de bienestar que expresa el paciente cuando es sometido a la terapia de la risa, y lo expresa mediante un cuestionario desarrollado por el investigador.
3. Risoterapia: De acuerdo a Innatia (2013) como su nombre lo indica es una técnica terapéutica que fundamenta su efectividad en los beneficios de la risa sobre la salud y el buen estado general. En este estudio, la risoterapia utilizada por un profesional de enfermería se encarga de producir risa en los pacientes con ciertas estrategias que le ayuden a sentir esta emoción. El proceso se llevará a cabo durante 5 a 10 minutos, en cada turno, de manera sistematizada por 3 días. Según algunos estudios, 5 minutos de risoterapia, aportan los mismos beneficios al organismo, que 45 minutos de actividad física intensa (Contreras, Garduño Rivera, Carmona Arriaga & Vidaurri, 2011; Ruiz Gómez, Rojo Pascual, Ferrer Pascual, Jiménez Navascués, & Ballesteros García Montserrat, 2005; Baena

Zapata, 2009). Dicha variable será medida por medio de un cuestionario desarrollado por el investigador.

Resumen

En este capítulo se presentaron los antecedentes y planteamiento del problema, la justificación del mismo y el propósito del estudio. El mismo consiste en utilizar la risa como método de acercamiento al paciente para lograr un ambiente de alegría y apoyo que facilite la recuperación psicológica del paciente e incluyendo las ventajas fisiológicas que también posee. Como mencioné al principio citando nuevamente a Sigmund Freud donde expone que la risa es tan sana que tan solo cinco minutos de carcajadas equivalen a 45 minutos de ejercicios me hace cuestionarme sobre que alternativa utilizamos actualmente que podamos comparar con esto. No solo se basa en mejorar la salud del paciente, a mi entender mejoraríamos la calidad de vida del paciente y su entorno.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

Introducción

A continuación se presenta la revisión de literatura relacionada con el tema el cual es la risoterapia. Hay que destacar que la risa aquí presentada en los estudios e información revisada se aplica de manera sistemática, pero hay que tener en cuenta que la risa es un aspecto de aplicación diaria en nuestra vida, el cual nos relaja y nos nutre como seres humanos. Es un síntoma de buen humor y nos hace por un momento olvidar nuestros problemas y el estrés que este produce. Es decir, que el estrés es una de las áreas en que más útil puede resultar el humor, debido a esto algunos investigadores han descubierto que encontrar humor en las circunstancias que rodean a los propios problemas puede ser una de las estrategias para vencerlo. La risa hace que nos sintamos mejor, en todos los aspectos, y una de las mejores formas de tratar de mantener la capacidad de "vivir bien" es mantener el buen humor (Contreras, Garduño Rivera, Carmona Arriaga & Vidaurri, 2011; Ruiz Gómez, Rojo Pascual, Ferrer Pascual, Jiménez Navascués, & Ballesteros García Montserrat, 2005; Baena Zapata, 2009).

Artículos Investigativos

Chiang-Hanisko, Adamle & Chiang (2009) descubren que el humor ha sido reconocido por los investigadores y los profesionales de enfermería como una intervención terapéutica constructiva y ha mostrado resultados positivos psicológicos y fisiológicos para la atención al paciente. Debido a que la investigación transcultural sobre el humor es escasa, este estudio preliminar investiga cómo los miembros de la facultad de enfermería enfoque pedagógico humor terapéutico en el aula y la enseñanza clínica en los diferentes países. A través de una investigación de aula (didáctica) la educación y la práctica clínica con la atención directa al paciente, el estudio podría aclarar la relación entre la teoría y la práctica, así como el número de miembros de la facultad de enfermería ver humor terapéutico en general. La investigación de las prácticas de enseñanza de la facultad de enfermería y puntos de vista de humor terapéutico puede ayudar a revelar las diferencias culturales en el uso del humor en los centros asistenciales.

Este estudio transcultural incluye 40 profesores de enfermería de tres programas de enfermería: dos en Estados Unidos y uno en Taiwán. Un enfoque cualitativo se utilizó para realizar el análisis de contenido de las respuestas a los cuestionarios abiertos. Resultados de la investigación revelaron diferencias culturales entre las facultades de

los dos países. Miembros de la facultad de Taiwán indicaron que enseñar más la teoría y los conceptos relacionados con el humor terapéutico en el aula que tienen los miembros de la facultad de enfermería de los Estados Unidos. Sin embargo, los miembros de la facultad de enfermería de Taiwán informaron que ellos observan y practican menos humor terapéutico en la práctica clínica por respeto a los valores culturales de la "veneración de la enfermedad" que operan en la sociedad taiwanesa. Humor terapéutico estaba centrado en la familia y en las relaciones interdependientes, funciones, deberes y responsabilidades de los miembros de la familia. Por el contrario, los miembros de la facultad de Estados Unidos declararon que enseñar menos teoría y conceptos relacionados con el humor terapéutico en el aula, sino observar y practicar más humor en entornos clínicos. Facultad de los Estados Unidos se acercó a la enseñanza de humor terapéutico en el aula de manera informal porque el tema no formaba parte de los planes de estudio de enfermería requerido. En el ámbito clínico, humor terapéutico fue centrada en el paciente y espontánea en la naturaleza (Chiang-Hanisko, Adamle & Chiang, 2009).

Contreras Mauricio, Garduño Rivera, Carmona Arriaga & Vidaurri Sánchez (2011), plantean en modo de introducción que la risoterapia es una alternativa terapéutica de apoyo al paciente oncopediátrico; esta técnica, que proporciona numerosos beneficios en el organismo,

disminuye el dolor, no tiene efectos adversos y es de bajo costo. En este caso el objetivo fue analizar si los efectos de la risoterapia ayudan a controlar el dolor en niños cuando se les aplica la quimioterapia. Se realizó un estudio experimental en un grupo abierto. Como método, se empleó una cédula de recolección de datos en donde se incluyó la escala análoga visual (EVA) para la valoración del dolor y un apartado para el registro de las cuatro sesiones de risoterapia. Participaron 35 niños con tratamiento de quimioterapia en el Servicio de Hemato-Oncología. Se capacitó a los padres para realizar la valoración del dolor pre y post aplicación de quimioterapia; las investigadoras aplicaron la técnica de risoterapia. Los resultados arrojados fueron los siguientes: De los 35 pacientes, 17 fueron niños y 18 niñas. El rango de edad fue de tres a quince años; el diagnóstico más frecuente: leucemia linfoblástica aguda. Los resultados obtenidos en la escala análoga visual de Wong-Baker demostraron disminución del dolor en todos los pacientes después de las sesiones de risoterapia en un promedio de tres puntos. Los autores concluyeron que la risoterapia es una técnica que consideramos útil en la disminución del dolor en niños con cáncer por su efectividad.

Artículos Informativos

De Querétaro (2002), planteó que la risa es un tema de aplicación diaria en nuestras vidas, alguna vez nos hemos preguntado

cuantas veces al día nos reímos? y más allá de eso, nos trae beneficios médicos la risa?, pues es en esta tesis en la que daremos respuesta a este tipo de preguntas, después de un trabajo de investigación, resulta que si nos trae beneficios la risa y que a medida que aumenta la edad, la risa disminuye, un fenómeno curioso y triste además. Muchos autores se han dedicado a hablar acerca del fenómeno de la alegría, el humor, pero son realmente pocos los que se dedican a hablar de este importante fenómeno que es la risa. Y es curioso que pase esto, pues la risa es desde un punto de vista muy personal la máxima expresión de la felicidad. En todo el mundo, la risa es conocida como un síntoma de buen humor, aunque en algunas partes del mundo se da más o menos risa, como es el ejemplo de nuestro país, sin duda alguna un país con un alto índice de gente con buen humor, con risas. Quizás es este efecto de la risa el que hace a países como el nuestro sobrevivir a problemas tanto económicos como políticos que le afectan. Hay quienes dicen también que la risa y el sentido del humor dependen mucho del clima, por ejemplo en Inglaterra ríe menos la gente que en países con climas cálidos. Mucho depende también de la cultura y del significado de las palabras, por ejemplo algunos chistes pueden ser muy graciosos para nosotros y sin embargo a una persona de otro país parecerle el chiste más torpe que ha oído en su vida.

Por su parte, Ruiz Gómez, Rojo Pascual, Ferrer Pascual, Jiménez Navascués, & Ballesteros García (2005), plantearon que dentro de las terapias complementarias, la utilización de la risoterapia aporta beneficios tanto en la salud como en las situaciones de enfermedad, siendo un "instrumento de cuidados" barato y sin efectos secundarios. La tendencia actual hacia todo lo natural, las corrientes sobre cuidados de salud de las distintas culturas, unidas a las recomendaciones de la OMS a los enfermeros sobre la necesidad de utilizar los "métodos tradicionales y complementarios" para conseguir mejorar la salud de la población, hacen que la risoterapia sea una alternativa como instrumento opcional de cuidados. Planteamos una revisión bibliográfica con el objetivo de conocer la aplicación de la risoterapia en la salud y más concretamente en los cuidados enfermeros. Del análisis de los resultados podemos concretar que la risa se trabaja en diferentes ámbitos profesionales, no sólo en el sanitario. Es en el campo de la comunicación donde más se divulga esta terapia. Hemos encontrado pocas publicaciones de enfermería, pero muy valiosas ya que trabajan en el terreno de la investigación y de la docencia. Sería interesante que los profesionales de enfermería utilizaran esta terapia que mejora la calidad de los cuidados y ofrece un campo independiente propicio para la investigación.

Mientras que Payne Bennett, & Lengacher (2006) plantearon que tanto en la literatura laica como la profesional han ensalzado las virtudes de humor, muchos dando la impresión de que los beneficios de salud de humor están bien documentados por la comunidad científica y médica. El concepto de que el humor o la risa pueden ser terapéuticos se remonta a los tiempos bíblicos y tiene esta creencia recibido diversos niveles de apoyo de la comunidad científica en diferentes puntos de su historia. Las investigaciones actuales indican que el uso del humor es bien aceptado por el público y se utiliza con frecuencia como un mecanismo de afrontamiento. Sin embargo, la evidencia científica de los beneficios de usar el humor en la salud de diversos resultados relacionados aún deja muchas preguntas sin respuesta.

Ripoll Mora & García Roderia (2008) señalan que el objetivo de esta revisión es identificar, evaluar críticamente y resumir la literatura risa a través de una serie de campos relacionados con la medicina y el cuidado de la salud para evaluar en qué medida las risas de salud relacionados con los beneficios están actualmente soportadas por la evidencia empírica. Es necesario distinguir entre el humor y la risa para evaluar los resultados relacionados con la salud provocada por la risa solamente. El análisis temático se aplicó a resumir risas relacionadas con la salud, las relaciones, los resultados y la solidez

general. En conclusión la risa ha demostrado beneficios fisiológicos, psicológicos, sociales, espirituales y de calidad de vida. Los efectos adversos son muy limitados, la risa es prácticamente carente de contraindicaciones. La eficacia terapéutica de la risa se deriva principalmente de la risa espontánea (provocada por estímulos externos o emociones positivas) y auto-inducido risa (activado por uno mismo a voluntad), ambos ocurren con o sin humor. El cerebro no es capaz de distinguir entre estos tipos, por lo tanto, se supone que el beneficio similar puede conseguirse con uno o el otro. Aunque no hay datos suficientes para demostrar que la risa es un agente curativo all-around, esta revisión se concluye que no existe evidencia suficiente para sugerir que la risa tiene efectos positivos y cuantificables sobre ciertos aspectos de la salud. En esta era de la medicina basada en la evidencia, sería apropiado para la risa para ser utilizado como una medicina complementaria / alternativa en la prevención y tratamiento de enfermedades, aunque la investigación adicional de buen diseño se justifica.

Wilkins & Eisenbraun (2009) estudian 3 principales teorías usadas para explicar las funciones del humor: (1) el alivio teoría, (2) la teoría de la incongruencia, y (3) la teoría de superioridad. A pesar de estos teorías se centran en el papel específico que juega el humor de las personas en situaciones tales como tratar con la desgracia, dar

sentido a violaciones de reglas, y la unión con los demás, proponemos que subyace en cada una de estas teorías son la beneficios fisiológicos de la risa. Nos basamos en los resultados de estudios empíricos sobre risa para demostrar que estos beneficios fisiológicos se producen independientemente de la teoría que se utiliza para explicar la función de humor.

Fonzi, Matteucci & Bersani (2010) deducen que la risa es una conducta muy común en la vida cotidiana, no obstante científicamente la literatura carece de estudios que examinan de cerca su naturaleza. El estudio tiene como objetivo: resumir el conocimiento actual sobre la risa y su relación con depresión y hacer hipótesis sobre su función terapéutica posible. En la primera parte de la revisión de los principales datos existentes acerca de las estructuras encefálicas implicados en la risa, que muestran la participación de cortical y regiones subcorticales, publicados son los efectos de la risa en el organismo; equilibrio fisiológico, particularmente en los sistemas neuroendocrino e inmune, se describen. En la segunda parte, la evidencia científica sobre la influencia de depresión en la capacidad de reír sugiere que la reducción de frecuencia de la risa es un síntoma de la enfermedad y que su incremento se puede utilizar como un marcador de la mejoría clínica. Por último, las principales hipótesis apoyo a la hipótesis de la acción terapéutica de la risa en la depresión

se examinan: primero que todo, se ha demostrado que la risa es capaz de mejorar el estado de ánimo directamente y moderar las consecuencias negativas de los eventos estresantes en bienestar psicológico, además, es posible que la estimulación de determinadas regiones cerebrales implicadas en la patogénesis, la depresión, y la normalización de las disfunciones hipotalámicas, pituitaria y sistema adrenocortical, ambos mediados por la risa, puede contrarrestar eficazmente los síntomas depresivos; por último, los efectos favorables de la risa en las relaciones sociales y físicas puede tener un papel para influir en la capacidad del paciente deprimido a encarar la enfermedad.

Ripoll & Casado (2010) promueven que la exploración de las posibles estrategias centradas en las emociones positivas es una sugerencia para investigar y probablemente útil para aumentar la eficiencia de las intervenciones terapéuticas. La risa y el humor han sido clasificados como parte de las 24 fortalezas personales y son considerados como una de las actividades que fomenten el bienestar personal, saboreando, y la promoción de los estados de flujo. La risa terapia, clasificado dentro de las terapias alternativas o complementarias de la medicina, incluye un conjunto de técnicas e intervenciones terapéuticas dirigidas a lograr la risa experiencias que se traducen en resultados relacionados con la salud, tanto fisiológicos como psicológico. Advenimiento reciente de la psicología positiva ha

desarrollado un gran interés y las expectativas de los beneficios de añadir técnicas positivas a la risa terapia (y en otras terapias mente-cuerpo). Consecuentemente con esta moderna terapia de enfoque positivo la risa nació como complemento a la risa convencional terapia y la psicología positiva, con sus aportaciones y limitaciones. Salud profesionales pueden ejercer un papel importante a fin de difundir global beneficios de las "terapias positivas", dándoles aplicación en el mundo real clínico ajustes, tanto para los pacientes como para ellos mismos.

Jaimes, Claro, Perea & Jaimes (2011) plantean la risa como un componente esencial en la comunicación y expresión de las emociones del ser humano, ha sido elemento de interés en estudios que buscan interpretar los beneficios que tiene la misma en la salud; por lo cual, se realiza una revisión del tema con el objetivo de analizar los diferentes efectos que tiene la terapia de la risa en la salud y su importancia en la implementación como terapia coadyuvante en el ambiente intrahospitalario, siendo un componente esencial en la recuperación del individuo tanto en la salud como en el aspecto psicosocial, disminuyendo el estrés generado por el ambiente intrahospitalario no sólo en la población pediátrica sino también en la adulta.

Resumen

Los temas de la risoterapia que se han traído en los artículos anteriores abarcan diferentes efectos de la risa y que muestran que la risoterapia es un tema alegre y ofrece muchos efectos positivos para el individuo, tanto físicamente como psicológicamente. Además, es un tema muy interesante, ya que la risa no solo es una expresión de la felicidad, sino que es también una de las mejores medicinas, un fenómeno sociológico y un gran liberador del estrés. Durante años los médicos han sabido que aquellos pacientes capaces de disfrutar de un buen sentido del humor presentaban importantes ventajas en cuanto a su recuperación y a sus respuestas a los tratamientos. A pesar de esto, lamentablemente, se ignoró los efectos benéficos de la risa como parte de los tratamientos, aunque sus beneficios estaban documentados en artículos investigativos e informativos según la evidencia presentada anteriormente. Aparentemente, se le consideraba algo poco serio. Pero hoy en día, y después de que muchas investigaciones más antiguas fueron tristemente ignoradas, el humor está empezando a ser encontrado como una interesante forma de terapia, ya que en ella encontramos múltiples beneficios para el organismo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Introducción

A continuación se presenta la metodología que se llevó a cabo en este estudio. En el mismo se describe entre otros temas: el diseño, población, instrumento, procedimiento y como se han de proteger los derechos humanos de los participantes. El título del estudio es: *Efecto de la risa en el mejoramiento de la salud en los pacientes en una unidad de cuidado crítico*. El estudio que se llevó a cabo es de tipo cuasi experimental y sigue las recomendaciones establecidas por Polit & Hungler (2000) para este tipo de investigación.

Diseño

El diseño de este estudio responde a uno de naturaleza positivista, es cuantitativo de tipo descriptivo. El diseño tipo cuasi experimental son estudios donde el experimentador prueba algún tipo de tratamiento y manipula la variable independiente para obtener un resultado determinado. Aunque en estos tipos de estudios no puede hacerse una asignación al azar de los sujetos a los grupos experimentales y de control, si puede controlar cuándo lleva acabo las observaciones, cuándo aplica la variable independiente o tratamiento y cuál de los grupos recibirá el tratamiento (López Ruiz, 2012).

En este caso, el diseño fue, de acuerdo a Hernández Mendo (2002) un diseño de grupo no equivalentes sin pretest. Este tipo de diseños cuentan con dos grupos, uno experimental y otro control no equivalente. La asignación es no aleatoria, significa que el investigador no ha podido cumplir el requisito de la aleatorización y garantizar con ello la equivalencia de ambos grupos. Como su nombre indica, ninguno de los grupos ha tenido una medición previa a la introducción de la variable independiente. El diagrama sería (ver figura 1 y 2):

Grupos	Asignación	Secuencia de registro		
		Pretest	Tratamiento	Posttest
Experimental (GE)	NA		x	Y ₁
Control (GC)	NA		--	Y ₂

Figura 1. Diagrama grupo experimental.

Grupos	Asignación	Secuencia de registro		
		Pretest	Tratamiento	Posttest
Experimental (GE)	NA	NA	X (se aplica la risoterapia con una duración de 5 a 10 minutos por turno)	Y ₁ (índice de bienestar del paciente)
Control (GC)	NA	NA	--	Y ₂ (índice de bienestar del paciente)

Figura 2. Diagrama del estudio propuesto.

El diagrama representa cómo el investigador llevó a cabo el estudio. En el mismo se escogió un grupo de pacientes a los cuales se

la aplicaría la risoterapia y al otro grupo no se le ha de aplicar. Los grupos no se expusieron a una pre-prueba ni a medición de su estado previo, solo experimentarán el tratamiento y luego se midió el resultado (al grupo experimental, para ser comparado con el grupo control).

Se considera el diseño cuasi experimental uno apropiado para este tipo de investigación ya que ha sido utilizado por otros autores relacionados con este tema como lo son Patch Adams (1980-presente) y Newman (1972) para probar la efectividad de sus terapias. Las variables identificadas en esta tesis son efecto y mejoramiento de la salud. La variable efecto (dependiente) según Polit & Hungler (2000) se define como variable resultante que interesa; variable que, en función de la hipótesis, depende de otra o es causada por ésta. La variable mejoramiento de la salud (independiente) se define como variable que supuestamente causa la variable dependiente o influye en ella; en la variable investigación experimental es la variable que se manipula (el tratamiento). En este caso la variable experimental (independiente) es el tratamiento de risoterapia.

Tipo de terapia a la que se ha de exponer el paciente

La risoterapia se llevó a cabo por el investigador, quien es enfermero profesional y ha leído sobre el tema y se ha expuesto a este tipo de terapias anteriormente. La terapia se llevó a cabo por fases.

Esto ocurrió durante los primeros 3 días de hospitalización del paciente, ya que la estadía promedio de un paciente es de 5 días en las unidades de intensivo. Es decir, el proceso se llevó a cabo durante 5 a 10 minutos, en cada turno, de manera sistematizada por 3 días, siguiendo las fases que se detallan a continuación:

Fase 1. Inducción: es la introducción que hizo el terapeuta, el cual ha de explicar de manera breve el tipo de terapia, los beneficios de la risa sobre el cuerpo y la mente y los últimos hallazgos científicos de su aplicación para el tratamiento de diferentes desórdenes psicofísicos.

Fase 2. Relajamiento: es la fase donde se le permitió al paciente relajarse a través del movimiento de sus manos, pies y mente, especialmente cerrando los ojos. Estos ejercicios se realizan encamado y se centran en pulmones, espalda y estómago, para que el paciente pueda reír mejor y más fácilmente. También incluyó ejercicios de comunicación verbal y no verbal que tiene como objetivo que puedas desinhibirte y establecer complicidad entre el enfermero y el paciente. Gestos como sonrisa, palabras suaves al paciente y actitud de atención a las necesidades del paciente y mirada comprensiva ayudan a que el paciente se relaje y adquiera confianza durante el proceso antes de la terapia de risa.

Fase 3. Técnicas de risa: en esta instancia, en la que se pusieron en práctica diferentes técnicas con el fin de provocar la risa espontánea y

alcanzar la mejor y más efectiva de todas que es la carcajada. Esto se logra a partir de un repertorio variable de juegos y ejercicios. Se expuso al paciente a anécdotas, chistes, y gestos, trillas cómicas, dramatizaciones de parte del enfermero que estimularan la risa del paciente. La sección tuvo una duración de 5 a 10 minutos por día. El paciente se expuso a tres días de terapias, estos días son consecutivos, las terapias fueron aplicadas una por día, y que no pasó más de 24 horas de una terapia a otra.

Fase 4. Cierre: Es la despedida del paciente, el terapeuta se retira y le ofrece apoyo y disponibilidad y concluye la sección escuchando inquietudes u observaciones del paciente. Se le dan las gracias al paciente por su participación.

Las cuatro etapas antes mencionadas se llevaron a cabo de forma individual en los horarios que el paciente disponía, asegurándose que no interfiriera con el tratamiento del paciente.

Observaciones del grupo control

El grupo control no recibió la risoterapia de parte del investigador, ya que estos fueron de acuerdo al proceso de selección establecido (por medio de un sorteo en una góndola). Los primeros 5 códigos que salieron de góndola fueron los del grupo experimental y los que quedaron fueron el grupo control. El mismo día que los 5

pacientes experimentales recibían la risoterapia, el investigador visitaba a los pacientes del grupo control. Esto lo hizo durante 3 días consecutivos acordados con los pacientes de ambos grupos y la administración del hospital. A los pacientes del grupo control el investigador llegaba a cada cubico y se limitaba a saludarlos y a explorar cómo habían estado en durante el día, entre otras cosas, sin mediar intervenciones. No se anotaban los comentarios de los pacientes, pues esto no era parte del estudio, simplemente estas visitas programadas de 5 minutos eran parte del proceso de contactar a los pacientes del grupo control sin intervenir con ellos, como fue aprobado por el IRB y como fue discutido y establecido con el equipo de salud. Con ello el investigador se aseguraba la presencia de los participantes del grupo control para cuando fuera a medir el estado de bienestar de estos, y compararlo con el del grupo experimental. Por lo tanto, era el equipo de salud asignado al paciente quien le proveía los tratamientos, educación y la aplicación de protocolos de manejo a los pacientes del grupo control según el diagnóstico. El investigador solo lo hacía visitas sin intervención alguna.

Población

La población estuvo compuesta de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado crítico con un censo diario de 10 pacientes. De acuerdo con el censo mensual del Hospital donde se ha de llevar a

cabo el estudio aparecen admitidos unos 150 pacientes a la unidad de cuidado crítico. Para este estudio se tomó una muestra de 10 pacientes en la unidad de cuidado crítico. Esta muestra representa el 10% de la población en general. Dicha muestra fue tomada por disponibilidad de los sujetos. Según Polit & Hungler (2000), las muestras por disponibilidad son donde el investigador debe considerar si se dispondrá de sujetos con las características deseadas y dispuestos a colaborar, esta muestra es de tipo no aleatoria. Los diez pacientes serán divididos en dos grupos, cinco de los pacientes fueron sometidos a la terapia de la risa y cinco pacientes que se le ha de ofrecer el tratamiento tradicional del hospital. El recibir la terapia de la risa no les causó daño alguno al paciente y la realizó el propio profesional de enfermería, ya que las técnicas de hacer reír al paciente son sencillas y fáciles de usar. El no proveer la terapia de la risa a los demás pacientes que recibieron su tratamiento tradicional no les afectó porque se siguieron los criterios médicos ordenados y recibieron el trato de parte de enfermería como de costumbre.

Criterios para la selección de la muestra

1. Mayores de 21 años
2. Pacientes alertas y orientados hospitalizados en unidad de cuidado crítico

3. De ambos géneros

Criterios de exclusión

1. Pacientes desorientados o con delirio
2. Pacientes conectados a ventilación mecánica y sedados
3. Menores de 21 años

Se excluyó a pacientes desorientados o con delirio ya que puede afectar el resultado de este estudio puesto que estos pacientes no podían responder correctamente a la terapia.

Instrumento

Se desarrolló un cuestionario titulado: *Instrumento para medir el nivel de bienestar percibido por el paciente en área de Cuidado Crítico luego de aplicar de la risoterapia*. El mismo fue desarrollado basado en la revisión de literatura relacionada con el tema. Está compuesto de tres partes: la primera relacionada a los datos sociodemográficos de la muestra, la misma se componen de tres preguntas, género, edad, y si ha estado el paciente previamente hospitalizado en un intensivo. La segunda parte está relacionada con la experiencia del paciente con la risoterapia. En esta sección de 4 preguntas al paciente tiene que contestar utilizando una escala tipo Likert desde Totalmente de acuerdo hasta Totalmente en desacuerdo. La tercera parte mide la efectividad de la risoterapia, esta se compone de 13 preguntas donde

el paciente contesta usando una escala de 5, para expresar como se siente ante el uso de la risoterapia desde Mucho Mejor hasta Mucho Peor. El autor cree que el instrumento es el más adecuado porque de acuerdo con Polit & Hungler (2000) un cuestionario facilita la recolección de los datos y determina si los sujetos potenciales de un estudio satisfacen todos los criterios de elegibilidad. Además, los instrumentos para este tipo de variable y población fueron aplicados en otras investigaciones tales como Contreras, Garduño, Carmona & Vidaurri (2011) y Chiang & Chun (2009), comprobando ser un método efectivo. El investigador utiliza el mismo instrumento para ambos grupos para poder comparar los resultados de nivel de bienestar de los pacientes, tanto para aquellos que recibieron la terapia como aquellos que no la recibieron. El grado de bienestar se iba a medir en los dos grupos, igual que los datos sociodemográficos. Sin embargo, el cuestionario tenía una sección que medía la efectividad de la risoterapia que solamente aplicaba a los pacientes que se les ofreció dicha terapia y que así mismo consta en las instrucciones del cuestionario aprobado por el IRB y según discutido con la administración del hospital, quien no permitía otro tipo de intervención o aplicación de cuestionarios distintos al desarrollado por el investigador.

Validez y confiabilidad del instrumento

Una pregunta es válida si estimula información exacta y relevante. La selección y la redacción influyen en la validez de la pregunta. Algunas preguntas que son válidas para un grupo de personas, pueden no serlo para otro grupo. Entre menos tenga que reflexionar el sujeto, más válida será la respuesta. La validez implica congruencia en la manera de plantear las preguntas. La validez puede ser: 1) De contenido, 2) De criterio y 3) De constructo. En este caso se ha de utilizar una validez de contenido. Para decir que un instrumento tiene validez de contenido el diseñador del cuestionario debe asegurarse que la medición representa el concepto medido. Por ejemplo, si el instrumento es para medir el efecto de la risoterapia a través del bienestar percibido por el paciente, debe medir eso y no sus emociones. Para ello, se usó la prueba de Lawshe que consiste en validar el cuestionario a través de un panel de expertos, donde indique si las premisas desarrolladas en el cuestionario son esenciales o no esenciales para medir la variable. Se procedió a obtener el índice de validez de contenido (IVC) para cada reactivo:

$$IVC = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

donde n_e es el número de panelistas que indicaron el reactivo como "esencial" y N es el total de panelistas. Los jueces de este cuestionario

fueron cinco, dos médicos de área de neuropatía, una enfermera nurse practitioner experta en risoterapia, y un psicólogo. Los jueces una vez evaluaron el cuestionario solo hicieron señalamientos al mismo de índole gramatical y ortografía. No hubo señalamientos de contenido, ni se alteró el número original de premisas. Así que una vez aplicada la fórmula, el cuestionario alcanzó un 0.99 en la escala, lo que significa que el mismo es uno válido para medir la variable de estudio. Este fue el cuestionario (validado) que fue sometido al IRB del SUAGM.

Procedimiento

Para la realización de este procedimiento se siguieron las recomendaciones hechas por Polit & Hungler (2000) y la Junta para la Protección de Seres Humanos en la investigación (IRB) Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM), el cual es utilizado en este tipo de investigaciones. Para este estudio se sometió la propuesta del mismo al IRB del SUAGM para su aprobación. También se solicitó autorización por escrito a la administración de la institución hospitalaria donde se llevó a cabo el estudio. A esta se le presentó el propósito del estudio y la necesidad de realizar el mismo como parte de un proyecto académico. Una vez recibida la autorización el investigador procedió a reunirse con la supervisora y el director médico de la unidad para presentar el proyecto a realizarse y en qué consistía el mismo.

Una vez coordinado el proyecto, se procedió al reclutamiento de los posibles participantes. Se le explicó de manera individual a cada uno de los pacientes (visita en el cubículo del paciente y reclutamiento cara a cara) donde se le indicó el propósito del estudio, en qué consistía la terapia de la risa y quienes podían participar del mismo. Además, se le explicó que la participación en la investigación era voluntaria y que su participación o no en el estudio para nada afectaría el tratamiento que estaba ordenado, y que la aplicación de la risoterapia no alteraría su tratamiento. Se les explicó a los pacientes que una vez seleccionada la muestra de 10 pacientes, no a todos se les aplicará el protocolo. Se escogieron sólo 10 pacientes, de estos había un primer grupo de 5 pacientes a los cuales se les aplicó la risoterapia que se conoció como el grupo experimental y al segundo grupo de 5 pacientes no se le aplicó la risoterapia y se conoció como el grupo control. A este grupo control se le aplicó el tratamiento convencional (tradicional) que se le ofrece al paciente de una unidad de intensivo o de cuidado crítico.

Se les informó a los pacientes que la selección para la aplicación de la risoterapia fue al azar por medio de un sorteo en una pequeña góndola donde se colocarán los códigos y no los nombres de los pacientes participantes. Este código lo conocía solamente el investigador y éste sabía a qué paciente le pertenecía el mismo. Los

primeros 5 códigos que salieron de góndola fueron los del grupo experimental y los que quedaron fueron el grupo control. Los códigos de los pacientes fueron del 1 al 10 y solo el paciente y el investigador conocía su código, el código fue asignado en la visita que hizo el investigador a los cubículos de la unidad de intensivo al momento de reclutar los 10 pacientes.

La asignación de los códigos se hizo según el orden en que los pacientes aceptaron participar en el estudio. Por ejemplo, si el investigador entró al primer cubículo y ese paciente deseó participar a este se le asignaba el código numérico #1 y así en lo sucesivo. Este procedimiento de codificación y selección al azar de los casos a los cuales se les ha de aplicar el tratamiento ya fue probado en otro estudio cuasi-experimental realizado por Peña (2010).

Aquellos que estuvieron de acuerdo y consintieron en participar voluntariamente se le hizo entrega de una hoja informativa donde contiene los datos generales del estudio y los procedimientos que se estuvieron realizando durante el mismo. Este proceso se llevó a cabo en estricta confidencialidad y privacidad, respetando la decisión del sujeto en formar parte o no del estudio. En caso de que uno de los sujetos no deseara participar una vez reclutado, o que se retire del estudio por no completar los ciclos de la risoterapia (entiéndase porque fue trasladado, dado de alta, o por muerte del paciente) se

procedería a reclutar otro paciente siguiendo el mismo procedimiento explicado anteriormente, y se le reasignaría un nuevo código numérico. En este estudio ningún paciente fue sustituido por otro, todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio permanecieron en el mismo hasta su culminación.

Luego del reclutamiento de los participantes, el investigador procedió a programar los días, el horario de la aplicación de la risoterapia. Previo a comenzar la aplicación de las terapias de risa a los pacientes, se le notificó que el personal médico e interdisciplinario que labora en la unidad de cuidado crítico que el investigador estaría llevando a cabo un estudio con 10 pacientes de la unidad. También se les explicó en qué consistía el estudio y los horarios y días en que se iba a llevar a cabo el mismo. Esto fue llevado a cabo en la reunión mensual del personal de la unidad en el salón conferencia ubicado en dicha unidad, donde está presente todo el personal interdisciplinario del hospital. Se clarificó que el tipo de terapia de la risa que se iba a ofrecer al paciente por el investigador, en nada interferiría con el tratamiento convencional del paciente, y que se daría fuera de los horarios de visitas médicas y de administración de medicamentos, higiene, alimentación o estudios (pruebas de cernimiento del paciente). Igualmente se le indicó al personal de la unidad, de que en caso de que no se pudiera ofrecer a la terapia en el tiempo acordado

se movería a un horario conveniente ese día para el paciente, todo el personal y el investigador.

Una vez concluido el ciclo de las terapias de la risa. El investigador procedió a administrar los cuestionarios a ambos grupos, tanto al experimental como al grupo control. Este cuestionario según la metodología hace el efecto de una post-prueba, así que el cuestionario es la post-prueba hacer administrada una vez o no expuesto el paciente seleccionado en ambos grupos (control y experimental) a la risoterapia. Durante el proceso de administración de los cuestionarios (post-prueba) el investigador estuvo disponible para aclarar dudas a los participantes. El no estuvo junto al paciente, pero si disponible en la estación de enfermería, para no coaccionar al paciente en sus respuestas. Además se le hizo entrega de un sobre para que cuando el paciente culmine de contestar el cuestionario lo eche y selle el mismo. El paciente solo colocó el código numérico asignado, para que el mismo no pudiese ser identificado por terceras personas ajenas al estudio. Una vez contestado el instrumento por los participantes este le fue entregado al investigador haciendo una llamada por el "nursing call" o timbre de enfermería ubicado en la estación de enfermería, para su tabulación y análisis.

Protección de derechos humanos

El investigador para apoyar y formar parte de un proceso ético y correcto durante su estudio de investigación tomó las certificaciones del IRB e RCR, HIPAA relacionados con las leyes federales de confidencialidad y protección de los derechos humanos. Para garantizar la protección de los sujetos, se observaron los principios de confidencialidad, protección de la identidad. Por la particularidad de este estudio, que es uno cuasi-experimental con una post-prueba (cuestionario), el investigador seleccionó a 10 participantes voluntarios (5 para el grupo control y 5 para el grupo experimental).

Se le explicó que la participación en la investigación era voluntaria y que el riesgo de participar en las terapias de risa o no, era mínimo (en caso de ser seleccionado como parte del grupo control o grupo experimental), ya que expuesto o no a la terapia los grupos de pacientes seleccionados deberían completar el instrumento (post-prueba) donde el riesgo se consideró mínimo. En aquel momento en que se llevó a cabo el estudio el potencial a riesgo real físico, psicológico, social, legal o de otra índole era mínimo incluyendo el del investigador. El único riesgo potencial de los participantes era sentirse levemente cansados, aburridos, o levemente ansiosos al completar el instrumento. No se esperaban reacciones adversas con la risoterapia, pero podrían los pacientes sentirse incómodos al observar una

caricatura, al escuchar un chiste o alguna dramatización de parte del investigador.

En ese caso, el investigador procedería a detener la terapia y a tener una sección de ventilación de sentimientos del paciente, en caso de ser necesario se llamaría a la enfermera profesional a cargo del paciente para intervenir y si es conveniente se notificaría al médico del paciente para cualquier intervención mayor. Se esperaba que esto no ocurriera pues donde se ha aplicado la terapia nunca sean reportado efectos adversos ni reacciones negativas de parte de los pacientes que la recibieron (Contreras, Garduño Rivera, Carmona Arriaga & Vidaurri, 2011; Ruiz Gómez, Rojo Pascual, Ferrer Pascual, Jiménez Navascués, Ballesteros García Montserrat, 2005; Baena Zapata, 2009). De hecho, al concluir este estudio ninguno de los pacientes que participó del mismo presentó quejas o reacciones adversas a la terapia, tampoco de aquellos que no participaron de la misma.

El investigador durante el reclutamiento proveyó a los participantes la información necesaria para garantizar la participación voluntaria, por conveniencia y la cuota determinada de los participantes. El investigador por para minimizar la coacción de los participantes, para disminuir el sesgo en las respuestas dado a que estuvieron en contacto directo y con una intervención de risoterapia

que podría producir un sesgo el investigador tomó las siguientes provisiones:

1. Se solicitó un "waiver" o relevo del consentimiento informado de los participantes. El uso de un consentimiento sería una desventaja significativa en el estudio, ya que los posibles participantes son compañeros de trabajo del investigador y resultaría en un posible sesgo en las respuestas de los participantes, lo que implicaría un estudio con resultados poco confiables, en estudios donde se aplica el principio dado en la regla 45 CFR 46.116 (d) ya que la investigación no podría llevarse a cabo sin el relevo o alteración a este asunto procesal
2. En sustitución del relevo del consentimiento a los participantes se le dio una hoja informativa que contiene una descripción breve del estudio, de la confidencialidad, posibles daños, y describe el procedimiento de estudio
3. El investigador durante la administración de la post-prueba (cuestionario) a los dos grupos, estuvo disponible para aclarar dudas a los participantes. El no estuvo junto al paciente, pero si disponible en la estación de enfermería, para no coaccionar al paciente en sus respuestas y minimizar el posible sesgo en las respuestas. Además se le hizo entrega de un sobre para que cuando el paciente culminara de contestar el cuestionario lo eche

y selle el mismo. El paciente solo colocaba el código numérico asignado, para que el mismo no pudiera ser identificado por terceras personas ajenas al estudio. Una vez contestado el instrumento por los participantes este le fue entregado al investigador haciendo una llamada por el "nursing call" o timbre de enfermería ubicado en la estación de enfermería

La hoja informativa describe el propósito del estudio, el tipo de terapia a la que estuvo expuesto el grupo experimental y el grupo control, cuan largo era el instrumento y el tipo de preguntas que se realizaría. La aprobación del estudio lo hizo la Junta para la Protección de Seres Humanos en la investigación (IRB) Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM) y se esperó por la autorización de parte del hospital donde se llevó a cabo el estudio para la administración del cuestionario. El participante podía retirarse del estudio en el momento que este lo deseara, sin ser cohesionado por el investigador. En caso, que uno de los participantes una vez reclutado, deseara retirarse del mismo, se procedería a sustituir el mismo por otro, y se haría el reclutamiento como el que fue explicado en la sección del procedimiento.

En este caso, no fue necesario ya que los participantes reclutados permanecieron hasta culminar el estudio. Se le explicó de antemano el beneficio potencial de formar parte de la investigación y

la importancia de la misma, ya que los participantes no recibieron compensación económica. El beneficio de este estudio era probar como medicina alternativa la risoterapia para pacientes adultos admitidos en una unidad de cuidado crítico. El mismo consiste en un grupo de acciones validadas con base científica que al realizarse de forma agrupada impactan positivamente los resultados clínicos del paciente. Previo a la terapia, hubo unos minutos dedicados a la relajación, luego la aplicación de la terapia. Entre las terapias de risa que se estuvieron probando con los pacientes fueron: chistes, anécdotas, tirillas cómicas, dramatizaciones, dibujos, y colocación de una nariz roja, colocación de una gorra de parte del investigador para captar la atención del paciente en uno de los días asignados para la terapia de la risa. Una vez culminada la terapia, se daba el cierre de la sección.

El investigador estuvo disponible en todo momento para contestar preguntas o dudas sobre el estudio, durante las visitas a los cubículos de los pacientes y durante la aplicación del cuestionario una vez concluidas las secciones programadas de risoterapia. Luego de tres días de terapia, los pacientes contestaron el cuestionario (post-prueba) para determinar la efectividad de la terapia de la risa en los pacientes. De recibir algún daño los participantes serían atendidos sin costo alguno en las mismas facilidades del hospital donde estaban siendo atendidos. De hecho, el riesgo de participar en esta investigación era

mínimo, consistía en llenar un cuestionario en el cual una vez los participantes del grupo experimental se expongan a tres días de terapias de la risa con una duración de 5 a 10 minutos, durante tres días consecutivos. Al exponerse a estas terapias algunos participantes podrían expresar incomodidad. También los participantes de ambos grupos de pacientes (control y experimental) contestaron un pre-test y estos podrían expresar cansancio, aburridos, o levemente ansiosos al completar el instrumento durante el proceso de cumplimentar el mismo.

No se esperaba que el paciente sufriera algún otro riesgo, pero de ocurrir algún percance, donde se requiriera asistencia el personal de salud, este ya fue alertado y el investigador oprimiría un botón rojo que existe en ese salón, para que vengan a brindar ayuda. Cabe destacar que en el cubículo donde se encuentra el paciente en el momento de completar el cuestionario o en el momento de recibir la terapia de la risa, también cuenta con este tipo de equipo (botón rojo) para alertar al personal de salud de la unidad. Para este estudio los mismos no fueron necesarios, ya que no hubo reporte de eventos adversos.

Además, de entender los participantes, que le han sido violados sus derechos se le proveyó el número de teléfono de la Junta para la Protección de Seres Humanos en la investigación (IRB) Sistema

Universitario Ana G. Méndez (SUAGM) para que se comunicaran cuando estos lo desearan. El investigador proveyó su número de teléfono para cualquier duda o pregunta que surgiera de parte de algún participante, luego de haber formado parte del estudio y concluido el proceso de recolección de datos en el hospital bajo estudio. Al momento del cierre de este estudio ningún participante se ha comunicado con el investigador para estos fines mencionados.

Una vez recolectados los cuestionarios, fueron custodiados por el investigador. Los instrumentos tienen un código numérico para garantizar la objetividad y pureza del proceso. Esto con la idea de que la información provista por los participantes en el cuestionario no se conecte de alguna manera con el sujeto durante y después de la investigación o pueda ser identificado el paciente por terceros. Los cuestionarios fueron guardados bajo llave en un lugar seguro hasta el tiempo máximo determinado por el IRB. En este caso, se guardaron en un armario con llave en la residencia principal del investigador por espacio de cinco años. Una vez concluido este periodo el investigador procederá a destruir los cuestionarios, haciendo uso de una trituradora de papel. El estudio está garantizado por lo que se les asegura a los participantes por adelantado, la revisión periódica de las medidas apropiadas para proteger sus derechos, bienestar y dignidad como seres humanos que participan en un estudio de investigación.

Análisis estadístico

El análisis estadístico utilizado en este estudio de campo fue la estadística descriptiva y de tendencia central como lo es el por ciento, frecuencia y promedio. En caso de los datos sociodemográficos los mismos se analizaron mediante estadísticas descriptivas de por ciento, y promedio. Para los objetivos de investigación 1, y 2 se utilizó la frecuencia, el promedio y el por ciento. El análisis descriptivo según Polit y Hungler (2000) este tipo de análisis es adecuado para este tipo de investigación ya que otras investigaciones relacionadas con el tema lo utilizaron exitosamente (Tuli Tuli, 2003; Bueno, 2000). Para determinar la efectividad del tratamiento y comparar a ambos grupos (control y experimental) el nivel de bienestar, se estuvo utilizando la prueba t de estudiante. La prueba t-Student (o simplemente prueba t) es una de las pruebas estadísticas más sencillas y útiles. Típicamente esta prueba se usa cuando se desea determinar si existe diferencia significativa entre dos medias de grupos distintos que han sido expuesto o no a un fenómeno, independientemente de la forma en que hayan sido obtenidas las dos medias (Polit y Hungler, 2000).

Resumen

A modo de resumen generar, una de las partes más importantes de una investigación es una metodología que cumpla con todos los requisitos de la Junta para la Protección de Seres Humanos en la

Investigación (IRB) del Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM). Tomando en cuenta que la población a utilizar estuvo y fue protegida en todo momento, el instrumento está redactado de forma clara, explicativa y medible. Al aplicarlo, a través del análisis estadístico se tomaron en cuenta la evidencia y la efectividad de la investigación, la cual quedó demostrada en esta metodología y en los resultados y la discusión de los mismos, los cuales se presentan en los subsiguientes capítulos.

CAPÍTULO IV

HALLAZGOS

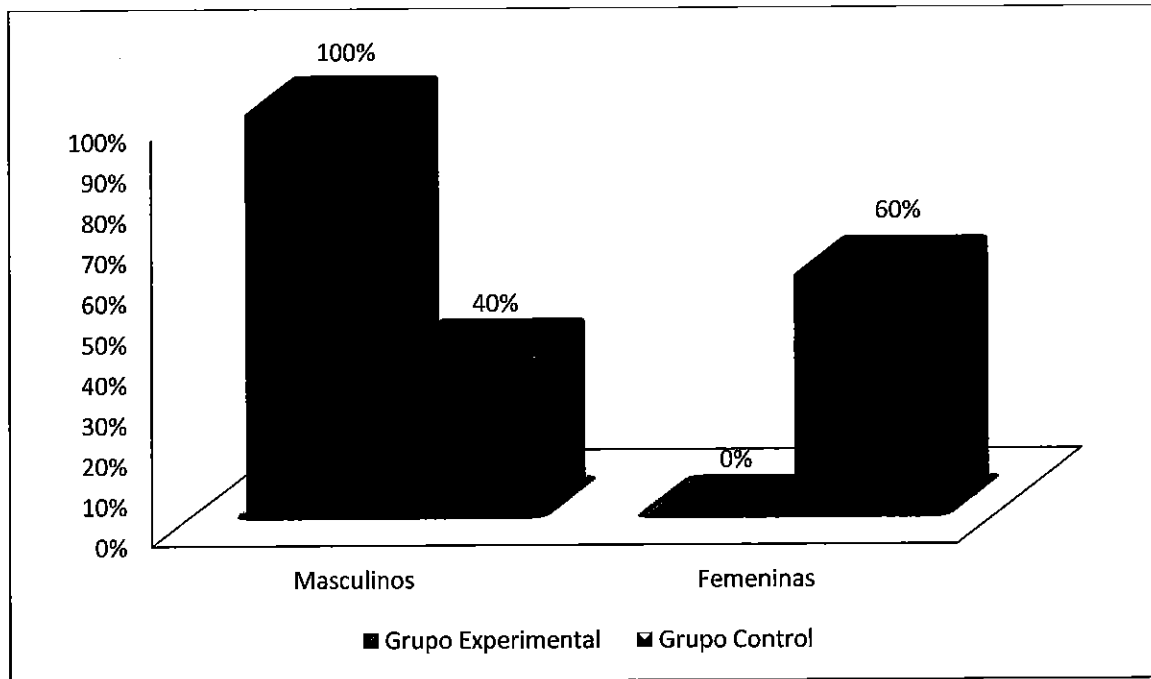
Introducción

En este capítulo se presentan los datos encontrados en el estudio después de haber sometido a la risoterapia a 5 pacientes de una unidad de intensivo para comprobar su efectividad en comparación con otros 5 pacientes de la misma unidad, los cuales no recibieron dicha terapia. El capítulo se divide en varias secciones según lo recomienda Polit y Hungler (2000). Las secciones de este capítulo son: los datos sociodemográficos de la muestra, Experiencia con la risoterapia, Efectividad de la risoterapia, Evaluación de la risoterapia (grado de aceptación de la terapia de la risa) y Presentación de datos a base de la pregunta y objetivos del estudio. Finalmente, el capítulo termina con un resumen de los hallazgos.

Presentación de datos socio-demográficos

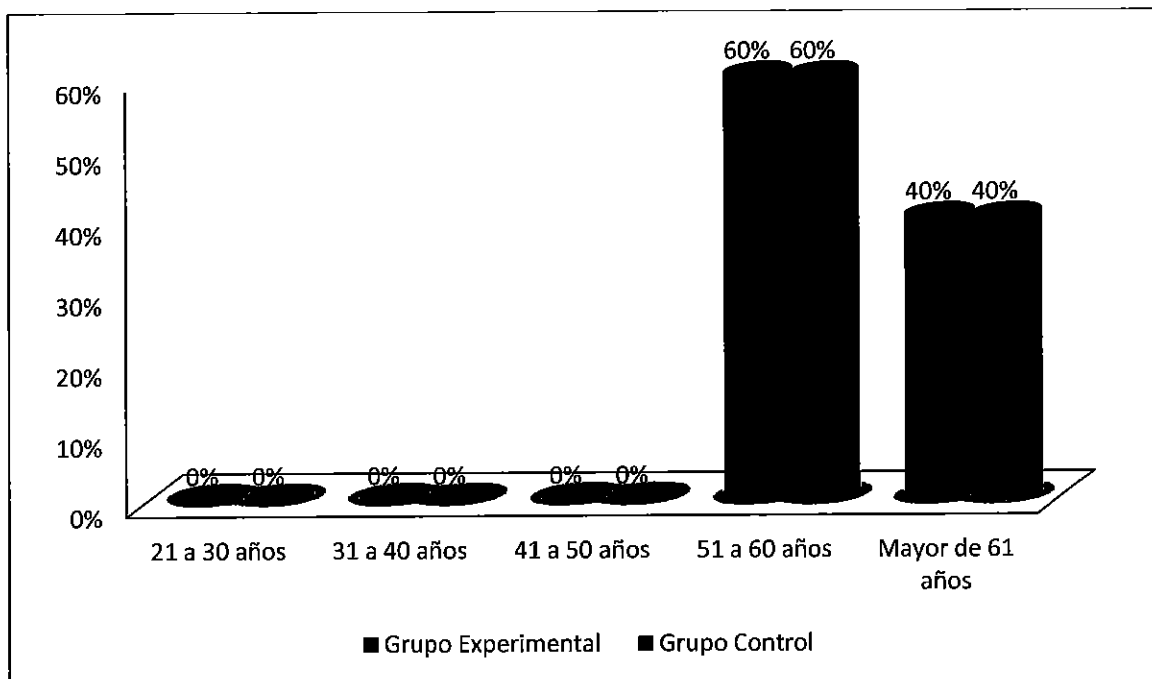
A continuación se presentan los datos sociodemográficos de una muestra de 10 pacientes admitidos en la unidad de intensivo de un hospital ubicado en la zona metropolitana de San Juan, Puerto Rico. Los datos se dividen en dos grupos: grupo experimental (5 sujetos), aquellos que recibieron la terapia de la risa por tres días consecutivos,

y el grupo control (5 sujetos), aquellos que no recibieron la risoterapia.



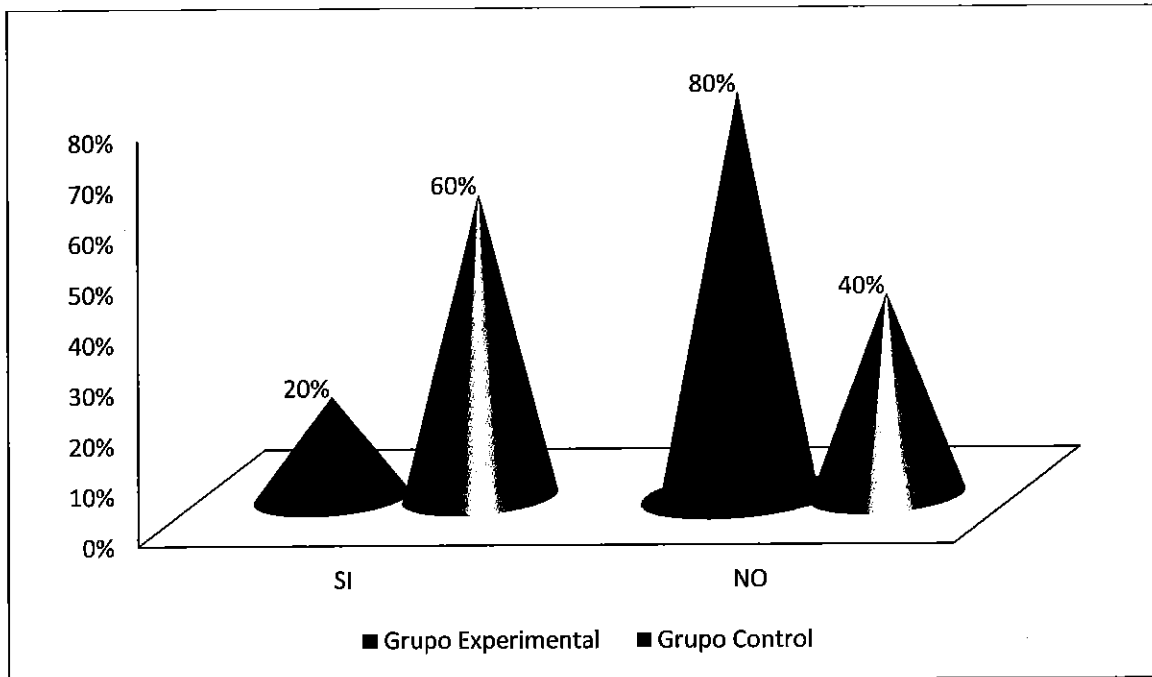
Gráfica 1. Distribución de los participantes por género: grupo experimental y grupo control.

De acuerdo a los datos que se presentan en la gráfica 1, el 100% del grupo experimental eran del género masculino. Mientras que en el grupo control, el 60% eran féminas seguidos de un 40% que eran masculinos.



Gráfica 2. Distribución de los participantes por edad: grupo experimental y grupo control.

En la gráfica 2 se evidencia la distribución de los participantes por edad. De acuerdo a los datos recopilados tanto en el grupo control como en el grupo experimental poseen la mayoría de los sujetos una edad entre 51 a 60 años para un 60%. Mientras que hubo un 40% que posee más de 61 años de edad, tanto para el grupo control como para el grupo experimental. La edad promediada de ambos grupos fue de 62 años.



Gráfica 3. Distribución de los participantes si han tenido hospitalizaciones previas en intensivo: grupo experimental y grupo control.

De acuerdo a los datos de la gráfica 3, se muestra la distribución de los participantes que han estado hospitalizados previamente en una unidad de intensivo. Según se evidencia en el grupo experimental, la mayoría no ha tenido hospitalizaciones previas con un 80%, contrario al grupo control donde la mayoría de estos (60%) si cuenta con experiencia previa siendo admitido a una unidad de intensivo.

Presentación de datos relacionados con la experiencia de los participantes con la risoterapia.

A continuación se presentan los datos sobre la experiencia que han tenido, si alguna, los participantes del estudio con la risoterapia. En esta sección los participantes deberían contestar unas 4 premisas relacionadas con el tema a través de una escala de 4, desde NO hasta Mucho. Los datos recopilados se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Experiencia de los participantes con la risoterapia: grupo experimental y grupo control.

Premisas	NO		Poco		Indeciso		Bastante		Mucho	
	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC
Usted ha escuchado hablar de la risoterapia.	100%	60%	--	--	--	20%	--	20%	--	--
Usted conoce en que consiste la terapia de humor o risoterapia como medicina complementaria.	60%	100%	40%	--	--	--	--	--	--	--
Recibió usted risoterapia en otras hospitalizaciones.	100%	100%	--	--	--	--	--	--	--	--
Esta de acuerdo con la risoterapia como medicina alternativa	--	--	--	--	100%	100%	--	--	--	--
TOTAL PROMEDIADO	65%	65%	15%	--	25%	30%	--	5%	--	--

Leyenda: GE= Grupo Experimental

GC= Grupo Control

Según los datos que se revelan en la tabla 1, al promediar los resultados del grupo experimental y del grupo control el 65% de los

participantes de ambos grupos no conocen apropiadamente la risoterapia en la escala NO. En relación con las premisas individuales y sus resultados demuestran que el 100% del grupo experimental no ha escuchado hablar de la risoterapia, ni ha recibido la risoterapia en otras hospitalizaciones. En la premisa que señala si están de acuerdo con la risoterapia como medicina alternativa el 100% del grupo experimental está indeciso. Mientras que el grupo control en los resultados donde el 100% señala alguna experiencia como la risoterapia se evidencia lo siguiente: Usted conoce en que consiste la terapia de humor o risoterapia como medicina complementaria, Recibió usted risoterapia en otras hospitalizaciones, en la respuesta NO. Mientras el 100% del grupo control está indeciso con la risoterapia como medicina alternativa.

Presentación de datos de la efectividad de la risoterapia

En esta sección se presentan los datos de la efectividad de la risoterapia. Una vez el grupo experimental estuvo expuesto a 3 días consecutivos de terapia de la risa, y el grupo control recibía tratamientos tradicionales de la unidad de intensivo, expresaron su opinión de cómo se sintieron en relación a la risoterapia, sus respuestas eran a base de una escala de 4, desde Mucho Mejor hasta Mucho Peor, de 13 premisas presentadas. Los resultados de la opinión de los pacientes se encuentran en la Tabla 2.

Tabla 2. Efectividad de la risoterapia: Grupo Experimental.

Tipo de efectividad	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho peor
En la disminución de la percepción del dolor (en el alivio de su dolor)	100%	--	--	--	--
En la disminución de su estrés o ansiedad	100%	--	--	--	--
En la disminución del insomnio (podido dormir mejor)	40%	40%	20%	--	--
En el alivio de su preocupaciones	80%	20%	--	--	--
En el alivio de sus miedos	40%	40%	20%	--	--
En el alivio de la ansiedad provocada por los procedimientos que se le realizan en el hospital	40%	60%	--	--	--
En mejorar su respiración	40%	60%	--	--	--
En mejorar su estado de ánimo (menos tristeza o soledad)	100%	--	--	--	--
En mejorar su estado estomacal (menos acides, menos malestar estomacal, estreñimiento)	--	60%	40%	--	--
En el aumento de su relajación	100%	--	--	--	--
En la reducción de uso de medicamentos	60%	40%	--	--	--
En mejorar su presión arterial	100%	--	--	--	--
En mejorar su relación con el equipo de salud	60%	40%	--	--	--
TOTAL PROMEDIADO	66%	28%	6%	--	--

De acuerdo a los resultados que se desprenden de la tabla 2, al promediar los datos, 66% de los pacientes que recibieron la risoterapia (grupo experimental) se sintieron Mucho Mejor, un 28% de estos se sintió Mejor, y un 6% indicó sentirse Igual. En los datos específicos del tipo de efectividad, la risoterapia fue efectiva en el grupo experimental para la disminución en la percepción del dolor (100%), la disminución del estrés y la ansiedad (100%), en mejorar el estado de ánimo, menos tristeza y soledad (100%), en el aumento de su relajación (100%), y en mejorar la presión arterial (100%).

Presentación de datos de la evaluación realizada de los participantes a la risoterapia

A continuación se presentan los datos de la evaluación que realizaron los participantes del grupo experimental, quienes recibieron la risoterapia. En esta sección, solo contestaron los participantes del grupo experimental, quienes debían contestar 8 premisas dirigidas a evaluar la terapia de la risa.

Estos contestarían haciendo uso de una escala tipo Likert (5 escala) que iba desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. En la escala deberían seleccionar aquella que más se ajustara a su realidad al momento de completar el cuestionario y al haber estado expuesto por tres días consecutivos a la terapia de la risa. Los

resultados de la evaluación realizada se evidencian en la tabla 3, la cual se presenta a continuación.

Tabla 3. Grado de aceptación y evaluación realizada por los participantes que recibieron la risoterapia.

Premisas de Evaluación	Totalmente en Desacuerdo		En Desacuerdo		Indeciso		De Acuerdo		Totalmente de Acuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Fue beneficiosa para su estado general de salud.	--	--	--	--	--	--	--	--	5	100
Según su diagnóstico médico, usted considera que la risoterapia es beneficiosa como parte de su tratamiento.	--	--	--	--	--	--	1	20	4	80
Considera que sintió alivio de algún síntoma.	--	--	--	--	--	--	--	--	5	100
La Risoterapia es apropiada en el escenario de salud que usted se encuentra.	--	--	1	20	--	--	--	--	4	80
Recomendaría la Risoterapia a algún familiar.	--	--	--	--	--	--	--	--	5	100
Usted cree que su estadía en el área de Intensivo se afecta positivamente con el uso de la risoterapia.	--	--	--	--	--	--	--	--	5	100
De usted ser hospitalizado nuevamente, le gustaría que la Risoterapia fuera parte de su tratamiento.	--	--	--	--	--	--	1	20	4	80
Al ser dado de alta continuará recibiendo Risoterapia como medicina Alternativa en el mejoramiento de su salud.	--	--	--	--	1	20	2	40	2	40
TOTAL PROMEDIADO	--	--	--	3	--	3	--	9	--	85

De acuerdo a los datos que se desprenden de la tabla 3, y al promediar las respuestas de los participantes del grupo experimental,

el 85% evaluaron en la categoría Completamente de Acuerdo la risoterapia como algo positivo para el tratamiento de pacientes hospitalizados. Seguido de un 9% que señala que está de Acuerdo al evaluar positivamente la risoterapia recibida. Esto significa que los pacientes que recibieron la risoterapia tienen un alto grado de aceptación de la misma para un 93% (si se suman las columnas De acuerdo y Completamente de Acuerdo).

En la evaluación de la risoterapia específica por premisas hecha por el grupo experimental, se observa que el 100% está Totalmente de Acuerdo en que fue beneficiosa para su estado general de salud, que considera que sintió alivio de algún síntoma, que recomendaría la risoterapia a algún familiar y que ésta afecta positivamente la estadía de los pacientes en el área de intensivo.

Presentación de datos a base de la pregunta y objetivos del estudio

A continuación se presentan los datos del estudio a base de la pregunta y objetivos de investigación. La pregunta del estudio fue la siguiente: ¿Cuáles son los efectos de la risa en el mejoramiento de la salud de un paciente en una unidad de cuidado crítico? Mientras que los objetivos fueron los siguientes: 1) Identificar la efectividad de la Risoterapia en el mejoramiento de la salud para los pacientes en la unidad de cuidado crítico. 2) Describir los beneficios del uso de la

Risoterapia en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado crítico.

Primero se ha de presentar los resultados relacionados con la pregunta del estudio que iba dirigida a medir los efectos de la risa en el mejoramiento de la salud de un paciente en una unidad de cuidado crítico. Para medir el efecto en el bienestar general de los participantes esto se hizo al finalizar los tres días de observación y risoterapia (RT). Al final de la risoterapia se evaluó el estado general de los pacientes del grupo experimental recibieron RT y grupo control no recibiendo RT. Los participantes deberían marcar o circular en una escala del 0 al 10 en la que el 10 significa Mucho Mejor (ese extremo) y en que el 0 significa Mucho Peor (en el otro extremo), el número que más se acercara a describir su estado de bienestar. Los resultados se muestran en la figura 3.

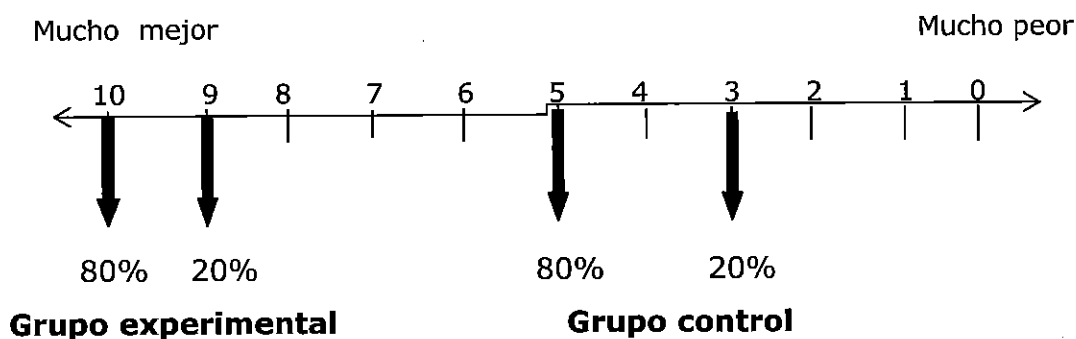


Figura 3. Estado de bienestar de los participantes del estudio.

De acuerdo a los datos que se muestran en la figura 3, los participantes que estuvieron recibiendo la risoterapia (grupo experimental) durante 3 días consecutivos señalaron que se sintieron Mucho Mejor, un 80% seleccionó el número máximo en la escala (10) y un 20% seleccionó el número 9. Mientras que el grupo control, que no disfrutó de la risoterapia contrasta al seleccionar el 80% de estos el número 5, queriendo decir que ni bien o mal, neutral o igual, mientras que un 20% marcó el número 3 cercano a la escala de Mucho Peor.

Mientras el primer objetivo iba dirigido a determinar la efectividad del tratamiento y comparar a ambos grupos (control y experimental) el nivel de bienestar. Este aspecto se obtuvo utilizando la prueba t de estudiante. Al aplicar el cuestionario para medir la efectividad de la risoterapia como post-test al grupo que tomaron la misma (experimental) y al grupo control que no participó de la terapia, estos difieren significativamente, al aplicar la prueba t ($t = 3,41$, $p < 0,001$). Al comparar el grupo experimental y el grupo control los datos descriptivos demuestran una diferencia significativa en la efectividad de la terapia de la risa. Los datos revelan que un 94% de los pacientes del grupo experimental expresaron que se sintieron Mucho Mejor y Mejor luego de recibir la terapia, en comparación del grupo control donde solo un 30% indicaron sentirse Mucho Mejor y Mejor, para una diferencia de 64% de diferencia entre ambos grupos.

El segundo objetivo del estudio iba dirigido a describir los beneficios del uso de la Risoterapia en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado crítico. Los datos se evidencian en la tabla 4. Solo se seleccionaron aquellos aspectos que fueron beneficiosos a la totalidad de los pacientes del grupo experimental al hacer uso del tratamiento de la risoterapia.

Tabla 4. Beneficios del uso de la risoterapia en pacientes de la unidad de intensivo.

Beneficios de la Risoterapia	Porcentaje de pacientes beneficiados
En la disminución de la percepción del dolor (en el alivio de su dolor)	100%
En la disminución de su estrés o ansiedad	100%
En mejorar su estado de ánimo (menos tristeza o soledad)	100%
En el aumento de su relajación	100%
En mejorar su presión arterial	100%

De acuerdo a los datos de la tabla 4, los beneficios de la risoterapia para los pacientes admitidos en las unidades de intensivo, ya que mejora los siguientes aspectos son: disminución en la percepción del dolor, disminución en el estrés y ansiedad, mejora el estado de ánimo, aumenta la relajación y mejora la presión arterial de los pacientes. Estos datos fueron proporcionados por el paciente, el

investigador no tenía acceso a los record ni hacer otro tipo de intervenciones.

Resumen

Estudio cuasi-experimental compuesto de 10 pacientes admitidos en la unidad de intensivo de un hospital ubicado en la zona metropolitana de San Juan, Puerto Rico, grupo experimental (5 sujetos), aquellos que recibieron la terapia de la risa por tres días consecutivos, y el grupo control (5 sujetos), aquellos que no recibieron la risoterapia. El 100% del grupo experimental eran del género masculino, mientras que en el grupo control, el 60% eran féminas. La edad promediada de ambos grupos fue de 62 años. Según se evidencia en el grupo experimental, la mayoría no ha tenido hospitalizaciones previas con un 80%, contrario al grupo control donde la mayoría de estos (60%) si cuenta con experiencia previa siendo admitido a una unidad de intensivo. Por su parte, los datos que se revelan que al promediar los resultados del grupo experimental y del grupo control el 65% de los participantes de ambos grupos no conocen apropiadamente la risoterapia en la escala NO. Cuando se promediaron los datos para conocer la efectividad de la risoterapia encontramos que el 66% de los pacientes que recibieron la risoterapia (grupo experimental) se sintieron Mucho Mejor, un 28% de estos se sintió

Mejor. Además, los resultados del estudio demostraron al promediar las respuestas de los participantes del grupo experimental, el 85% evaluaron en la categoría Completamente de Acuerdo la risoterapia como algo positivo para el tratamiento de pacientes hospitalizados. Esto significa que los pacientes que recibieron la risoterapia tienen un alto grado de aceptación de la misma para un 93% (si se suman las columnas De acuerdo y Completamente de Acuerdo).

Al presentar los datos a base de la pregunta y objetivos del estudio se encuentra que los participantes que estuvieron recibiendo la risoterapia (grupo experimental) durante 3 días consecutivos señalaron que se sintieron Mucho Mejor, un 80% seleccionó el número máximo en la escala (10). Mientras que el grupo control, que no disfrutó de la risoterapia contrasta al seleccionar el 80% de estos el número 5, queriendo decir que ni bien o mal, neutral o igual. Al aplicar el cuestionario para medir la efectividad de la risoterapia como post-test al grupo que tomaron la misma (experimental) y al grupo control que no participó de la terapia, estos difieren significativamente, al aplicar la prueba t ($t = 3,41$, $p < 0,001$). Igualmente, al comparar el grupo experimental y el grupo control los datos descriptivos demuestran una diferencia significativa en la efectividad de la terapia de la risa. Los datos revelan que un 94% de los pacientes del grupo experimental expresaron que se sintieron Mucho Mejor y Mejor luego

de recibir la terapia, en comparación del grupo control donde solo un 30% indicaron sentirse Mucho Mejor y Mejor, para una diferencia de 64% de diferencia entre ambos grupos. El estudio revela que 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 presión arterial de los pacientes.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Introducción

A continuación se presenta el análisis y discusión de los resultados más relevantes del estudio. El análisis de los datos está basado en la pregunta y objetivos del estudio. Estos resultados se compararon con otras investigaciones y literatura más reciente relacionada con el tema de la risoterapia, terapia de la risa o el uso del humor en pacientes hospitalizados, especialmente en las unidades de intensivo.

Análisis de los Hallazgos

La mayoría de los pacientes que se beneficiaron de la risoterapia durante tres días consecutivos se sintieron Mucho Mejor (80%), en comparación con la mayoría del grupo control indicaron haberse sentirse igual o neutral (80%). Estos datos coinciden con un estudio hecho por Farías (2014) en el cual señala que a un grupo de pacientes admitidos a terapia intensiva se le dieron secciones de terapias de humor resultando en mejorar el bienestar general de los pacientes. Igualmente lo afirma, McCreddie & Wiggins (2007) en su estudio donde señala que los pacientes expuestos a terapias de humor, risa o risoterapia están más positivos al tratamiento y se recuperan más

pronto que aquellos que no han disfrutado de este beneficio. Sobre este particular, afirman Astudillo Alarcón, & Mendinueta Aguirre, (2009), que el humor y la risa son útiles a la hora de establecer la relación entre cuidadores, pacientes y familiares y ayudan a romper el hielo en situaciones tensas, a la vez que sirven para fomentar la confianza y reducir el temor. Una vez establecida la relación terapéutica, puede llegar a ser un agente curativo poderoso. El humor es un mecanismo positivo para algunos individuos que actúa como equilibrador de la inquietud ante la muerte, ayuda a engendrar la esperanza, crea un sentido de perspectiva y ayuda a establecer la comprensión de la persona consigo misma y con los demás.

Al comparar el grupo experimental y el grupo control estos difieren significativamente, al aplicar la prueba t ($t = 3,41$, $p < 0,001$). Igualmente, los datos descriptivos demuestran una diferencia significativa en la efectividad de la terapia de la risa. Estos evidencian que un 94% de los pacientes del grupo experimental expresaron que se sintieron Mucho Mejor y Mejor luego de recibir la terapia, en comparación del grupo control donde solo un 30% indicaron sentirse Mucho Mejor y Mejor, para una diferencia de 64% de diferencia entre ambos grupos. Estos resultados los confirman estudios realizados por Dean & Major (2008) y Riezu (2009) sobre la aplicación del humor en pacientes hospitalizados en unidades de intensivos que resultaron ser

positivos en disminuir su estrés, manejar el dolor y mejorar su estado de descanso. Por tal razón, señalan Astudillo Alarcón, & Mendinueta Aguirre (2009) que actualmente se está enmarcando al humor como una herramienta excelente, accesible, efectiva, no invasiva y barata en la atención paliativa para el bienestar tanto físico como anímico del enfermo y de sus familiares. Aduce Leñero Cirujano (2014) sobre el tema que el humor, como toda intervención enfermería, requiere de una valoración, planificación y evaluación continua que debe estar integrado dentro de los planes de cuidados, por lo tanto no debe considerarse como una intervención aislada. De hecho, se tiene que adaptar siempre a las necesidades y características de cada paciente, evaluando su receptividad y su reacción al humor, es decir, debe tratarse de un tratamiento individualizado. De igual manera, se tiene que valorar cual es el momento idóneo para su empleo, ya que dependiendo de la persona, las circunstancias o de la habilidad que posee el personal para ejecutar la intervención para que la misma sea considerada idónea o por el contrario, inoportuna. Hay que tener en cuenta que para que el humor sea considerado como una intervención terapéutica nunca deberá tener contenido agresivo, excluyente, racial ni sexista.

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 presión arterial de los pacientes. Los resultados demuestran que los pacientes que recibieron la risoterapia tienen un alto grado de aceptación de la misma. Estudios citados por Old (2012) así lo demuestran, y añade que estos pacientes además de sentirse mejor en su estado de salud, alcanzan a entender mejor su condición, se relacionan mejor con el personal y el tratamiento es aceptado de manera constructiva. Por eso, afirman Astudillo Alarcón, & Mendinueta Aguirre (2009) que el humor es una forma de combatir el estrés y la tensión y puede auxiliar inesperadamente en una situación difícil. Puede ayudar a romper el hielo en situaciones, difíciles, a fomentar la confianza y a reducir el temor o la inquietud hacia la muerte. La capacidad para la risa proporciona una liberación momentánea de la intensidad de lo que, de otro modo, sería sobrecogedor. Por lo tanto, según asevera Leñero Cirujano (2014), para que el humor tenga el éxito que se espera de él, se hace necesaria y fundamental una buena formación del profesional de enfermería en este ámbito para poder determinar cuándo es oportuna la intervención del humor, cómo utilizarla y qué recursos emplear cada vez son más los profesionales que emplean el humor en sus intervenciones consiguiendo resultados exitosos, sin embargo, otros

temen que el humor se interprete con frivolidad, lo que hace que se limite su uso como arma terapéutica. De hecho, siempre se ha considerado que la credibilidad del profesional está asociada más a la seriedad que al buen humor.

Análisis a base del Marco Conceptual

El uso de este modelo de Betty Neuman facilita a los profesionales de la enfermería la elaboración de planteamientos totales, unificados y dirigidos a un objetivo para el cuidado del cliente. El modelo ayuda a delinear los trabajos que realiza un profesional de enfermería que labora en una unidad de intensivo, el cual es muy estresante para los pacientes (Marriner, & Raile, 2011). El modelo de Neuman, se ocupa primordialmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión, en el desarrollo y mantenimiento de la salud cuando el paciente se encuentra hospitalizado. Se ha podido probar a través de este estudio que el uso de la risoterapia es una excelente herramienta que puede a bien combinarse con el Modelo de Neuman para ayudar al bienestar general del paciente durante su estadía en intensivo. Además, que ayuda a disminuir su dolor, la ansiedad, y otras percepciones que están relacionadas a la unidad de intensivo y que demostraron haber disminuido con la aplicación de la risoterapia. Se pudo comprobar en este estudio que el método de la risoterapia es

una excelente alternativa complementaria para ayudar a nuestros pacientes en el mejoramiento de la salud, redujo el estrés, relaja las tensiones acumuladas, especialmente para estos pacientes. Los profesionales de enfermería que hacen uso del Modelo de Neuman y lo aplican con la risoterapia tienen más éxito en tratar los pacientes de las unidades de intensivo de adulto. Por lo que se hace necesario seguir fomentando su uso a través de otras unidades hospitalarias y aumentar el número de pacientes impactados con esta terapia tan positiva.

Conclusiones

Estudio cuasi experimental donde se probó la efectividad de la risoterapia en un grupo experimental de 5 pacientes admitidos en una unidad de intensivo y se comparó con un grupo control de otros 5 pacientes admitidos en la misma unidad. Los participantes del grupo experimental recibieron la terapia de la risa por tres días consecutivos mientras los demás pacientes del grupo control recibían en cuidado tradicional de la unidad. Una vez concluido los tres días de risoterapia los participantes del grupo experimental se sintieron Mucho Mejor (80%), en comparación con el grupo control donde el 80% indicaron no sentir ningún cambio en su condición de salud.

La prueba de correlación t de estudiante, evidencian que existen diferencias entre el grupo experimental y grupo control ($t = 3,41$, $p < 0,001$). Igualmente, los datos revelan la mayoría de los participantes del grupo experimental expresaron que se sintieron Mucho Mejor y Mejor luego de recibir la terapia, en comparación del grupo control sentirse, para una diferencia de 64% de diferencia entre ambos grupos. El estudio revela que 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 presión 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 cuidado crítico.

Implicaciones para enfermería

Con los resultados de este estudio es importante que los profesionales de enfermería que trabajan en las unidades de intensivo conozcan el impacto positivo que tiene la Risoterapia en los pacientes adultos admitidos a dicha unidad. En la actualidad, existen muchos estudios científicos sobre los efectos que tiene la aplicación el humor y la risoterapia, sin embargo su aplicación en la práctica de la enfermería es escaso su uso. Se cree que podría ser por el miedo de

los profesionales de enfermería a introducir herramientas que se salen de los conceptos tradicionales en el cuidado de enfermería. Las intervenciones no farmacológicas o medicina alternativa aún no han sido sistemáticamente desarrolladas en los hospitales, porque no se les ha dado mucho valor. Los profesionales de la enfermería posiblemente consideran que la profesión debe conducirse con excesiva seriedad y que protocolos que induzcan a la risa a los pacientes en ocasiones puede verse como un acercamiento poco terapéutico o inadecuado. A pesar de esto, los textos de enfermería y algunos programas de enseñanza en esa profesión han comenzado a introducir temas de terapias complementarias. A tales efectos, sería interesante que los profesionales de la enfermería fueran utilizando estas terapias en los cuidados, por sus múltiples beneficios, bajo costo y carecer de efectos secundarios. Se comprobó en este estudio que la terapia de la risa su efecto positivo, por lo que educar a un grupo de profesionales de la enfermería en esta materia en Puerto Rico sería de mucho beneficio para los pacientes y para la profesión.

Limitaciones del estudio

1. El estudio solo se limitó a 5 pacientes a aplicarle la risoterapia, lo que se considera una desventaja, ya que no pueden generalizarse los datos a otros pacientes que estuviesen en condiciones parecidas.

2. El estudio se limitó aplicar la risoterapia a pacientes de unidades de intensivo y no se cubrieron otras áreas de hospitalización para comparar su efecto en ambos grupos.
3. No se consideró si las variables, edad, experiencias previas de hospitalización en intensivo, diagnóstico del paciente, género, o conocimiento previo de los pacientes sobre la terapia de la risa afectan la efectividad de la risoterapia.
4. Tampoco se midió en el estudio cuál de las técnicas utilizadas en las terapias es la más efectiva o más aceptada por los pacientes: entre chistes, caricaturas, disfraces, rol play, entre otras.

Recomendaciones

1. Que los profesionales de enfermería como parte de sus cuidados incluyan la risoterapia para disminuir el estrés, la ansiedad, soledad, depresión entre otros en pacientes hospitalizados incorporando la risoterapia en el proceso de enfermería.
2. Que todo el personal del equipo de salud se involucre en la aplicación de la técnica de risoterapia, para favorecer el control y la disminución del dolor, ansiedad, soledad, depresión, entre otros para comprobar su efectividad en la aplicación sistemática de la misma. Donde se logre incorporar la risoterapia en las intervenciones mediante las actividades de grupo de pacientes, terapia sonriente, técnicas vocales y el uso creativo de

intervenciones humorísticas dirigidas a los pacientes de las unidades de intensivo.

3. Desarrollar un programa educativo sobre la Risoterapia para el personal de Enfermería. este programa puede ayudar a la formación de los profesionales de la enfermería que están ofreciendo el servicio a los pacientes de las unidades de intensivo a través de talleres, educaciones continuas o certificaciones profesionales en risoterapia.
4. Educar al equipo de salud sobre los beneficios de la risa en el ambiente hospitalario.
5. Incorporar a la risa como medicina alternativa en los currículos de enfermería para fomentar su uso en los futuros profesionales de la enfermería.
6. Hacer un plan piloto para aplicar la risoterapia en las unidades de pacientes agudos y documentar y discutir con el personal de enfermería las cualidades y experiencias positivas del paciente que recibe la Risoterapia.
7. Favorecer el buen trato al paciente y su familia y fomentar el uso de la risa y el sonreír como parte de la relación terapéutica del enfermo.

8. Educar al paciente y familia sobre los beneficios de la risa y la risoterapia y el tener un estado de ánimo positivo para su proceso de recuperación.
9. Desarrollar intervenciones con terapeutas especialistas en risoterapia y desarrollar grupos de apoyo en las instituciones de salud.
10. Desarrollar una posición de enfermera(o) especialista en risoterapia que sirva de guía para el establecimiento de esta técnica o estrategia de manejo no farmacológica a los pacientes de las unidades de intensivo.
11. Aplicar la risoterapia al personal de apoyo e inclusive a los mismos profesionales de la enfermería que ofrecen sus cuidados en las unidades de intensivo para mejorar el ambiente de trabajo de los mismos.
12. Desarrollar un número mayor de estudios sobre la risoterapia y su aplicación en el cuidado de enfermería
13. Profundizar estudios para la aplicación de la risoterapia en pacientes de unidades generales y comparar los resultados de efectividad contra los pacientes de unidades de intensivos.
14. Promover una línea de investigación de Risoterapia en las Escuelas o Programas de Enfermería

15. Desarrollar una asociación de enfermería en risoterapia para que ayude a fomentar el uso de la misma a través de los hospitales de todo Puerto Rico.
16. Desarrollar un estudio sobre el conocimiento de la risoterapia que posee el profesional de enfermería y su grado de aceptación para ser aplicada la misma a los pacientes en sus unidades de empleo.
17. Desarrollar un estudio sobre el conocimiento que poseen los pacientes sobre la risoterapia y su grado de aceptación de esta terapia para ser aplicada a éstos durante su hospitalización.
18. Desarrollar un estudio correlacional donde se mida la relación existente entre las variables, edad, experiencias previas de hospitalización en intensivo, diagnóstico del paciente, género, o conocimiento previo de los pacientes sobre la terapia de la risa y la efectividad de la risoterapia.
19. Desarrollar un estudio cuasi experimental donde se pueda evidenciar cuales técnicas utilizadas en las terapias de la risa son las más efectivas o más aceptadas por los pacientes: entre chistes, caricaturas, disfraces, marionetas, trillas cómicas, rol play, videos cortos, entre otras.

REFERENCIAS

- Abecasis, I. (2010). Vidas paralelas: Baruch Spinoza y Sigmund Freud. (spanish). *Revista médica de rosario*, 76(1), 34-39.
- Astudillo Alarcón, W. & Mendinueta Aguirre, C. (2009). El efecto terapéutico del buen humor en los cuidados paliativos: a propósito de *Patch Adams* (1998) y *Planta 4ª* (2003). *Revista de Medicina y Cine*, 5 (1),
http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_5/5.1/esp.5.1.html/humor.htm
- Baena Zapata, V.A. (2009). *Unidades de cuidado intensivo*. Recuperado de,
http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/42/3/03_Contenido.pdf
- Chiang-Hanisko, L., Adamle, K., & Chiang, L.C. (2009). Diferencias Culturales en el Humor Terapéutico en la Educación de Enfermería. *Nurs Res*, 17(1), 52-61. doi: 10.1097/JNR.0b013e3181999da3.
- Contreras Mauricio, H., Garduño Rivera, J., Carmona Arriaga, C. & Vidaurri Sánchez, G. (2011). La risoterapia como intervención de enfermería, para el control del dolor en niños en la aplicación de Quimioterapia. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, III (3), 128-131. Recuperado de,

<http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2011/imi113e.pdf>

De Querétaro, S. (2002). La Risa. *Querétaro de Arteaga*, 6, 10-11.

Dean, R.A.K, & Major, J.E. (2008). From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *J Clin Nurs*, 17, 1088-1095.

Greenberg, M. (2003). Therapeutic play: developing humor in the nurse-patient relationship. *JNY State Nurses Assoc*, 34(1), 25-31.

Farías, A. (2014). *Los Payamédicos visitaron Ceres*. Recuperado de, http://www.ellitoral.com/accesorios/imprimir.php?id_um=22171

Fonzi, L., Matteucci, G., Bersani, G. (2010). Risas y depresión: hipótesis de patógenos y correlación terapéutico. *Revista Psiquiátrica*, 45 (1) ,1-6.

Frank, S., & Nelson, T. (2013). Experts: Hospitals can improve care, Save health care dollars by cracking down on unnecessary blood transfusions. *ED Management*, 25(1), 8-11.

Hernández Mendo, A. (2002). Investigando con la realidad en Psicología del deporte: el uso de diseños cuasi-experimentales. *Revista Digital - Buenos Aires*, 8 (46).

Recuperado de, <http://www.efdeportes.com/efd46/invest.htm>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, Pilar. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

- Jaimes, J., Claro, A., Perea, S., & Jaimes, E. (2011) La Risa, Un Complemento Esencial en la Recuperación del Paciente. *MÉD.UIS*, 24(1), 95-100.
- Ko, H., & Youn, C. (2011). Effects of laughter therapy on depression, Cognition and sleep among the community-dwellingelderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 11(3), 267-274.
doi:10.1111/j.1447-0594.2010.00680.x
- Leñero Cirujano, M. (2014). La aplicación del humor como intervención enfermera en el manejo de una enfermedad oncológica terminal: a propósito de un caso. *Reduca*, 6 (3), 328-380.
- López Ruiz, A.R. (2012). *Investigación cuasi-experimental*. Recuperado de,
<http://www.scribd.com/doc/95972181/Investigacion-Cuasi-Experimental>
- Marriner, A. & Raile, M. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. 7ma ed. Barcelona: Mosby.
- McCreaddie, M., & Wiggins, S. (2007). The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *J Adv Nurs*, 61(6), 584-595.
- Moore, K. (2008). Is laughter the best medicine? Research into the therapeutic use of humour and laughter in nursing practice. *Whitireia Nursing Journal*, 15, 33-37.

- Old, N. (2012). Survival of the funniest. Using therapeutic humour in nursing. *Nurs N Z*, 18(8), 17-19.
- Payne Bennett, M., & Lengacher, C. (2006). El humor y la risa pueden influir en la salud. *Advance Access Publication eCAM*, 3(1), 61-63. doi:10.1093/ecam/nek015.
- Peña, M. (2010). *El uso de los atados de ventilador por el equipo Multidisciplinario para reducir las neumonías asociadas a ventilador en la unidad de intensivo de trauma*. Tesis de Maestría sin publicar. San Juan: Universidad Metropolitana.
- Pettit, M. (2008). An analysis of the doctor-patient relationship using Patch Adams. *Journal of School Health*, 78(4), 234-238. doi:10.1111/j.1746-1561.2008.00292.x
- Polit, H. & Hungler, P. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. Sexta edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Riezu, M.I. (2009). Humor terapéutico. El Humor Risa y Sonrisa (HRS) y su aplicación en las urgencias, emergencias y cuidados críticos. *Revista Páginas enferurg.com*, 1(4), 11-16.
- Ripoll Mora, R., & García Ródera, M. (2008). El valor terapéutico de la risa en la medicina. *Publicado en Med Clin.*, 131, 694-81.
- Ripoll, R., & Casado, I. (2010). Risa y terapias positivas: enfoque moderno y el uso práctico de la medicina. *Revista Psiquiatría*, 3(1), 27-34. doi:10.1016/S1888-9891(10)70006-9.

- Ruiz Gómez, M.C., Rojo Pascual, C., Ferrer Pascual, M. A., Jiménez Navascués, L., & Ballesteros García, M. (2005). Terapias complementarias en los cuidados: Humor y risoterapia. *Index Enferm*, 14(48-49), 37-41. Recuperado de, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000100008>
- Simental Castillo, Y, (2012). *Cuidado de enfermería al niño Hospitalizado basado en risoterapia*. Recuperado de, <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4740/1/Cuidado-de-enfermeria-al-nino-hospitalizado-basado-en-risoterapia.html>
- Wilkins, J., & Eisenbraun, A.J. (2009). Humor teorías y los beneficios fisiológicos de la risa. *Adv Med Body Mind*, 24 (2), 8-12.

Anejos