

ARTÍCULO ORIGINAL

## Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados

Ángela Quintero, María Eucaris Henao, María Mercedes Villamil, Jairo León

Grupo de Investigación en Salud del Adulto Mayor, Corporación Universitaria Remington, Medellín, Colombia

**Introducción.** La vejez es una etapa que está enmarcada por una serie de fenómenos que inciden de forma negativa en la vida de las personas, entre otros, el sentimiento de soledad y la depresión.

**Objetivo.** Evaluar el impacto de la terapia de la risa sobre el grado de depresión y el sentimiento de soledad, en un grupo de adultos mayores internados en centros gerontológicos.

**Materiales y métodos.** Se hizo una investigación exploratoria con diseño cuasiexperimental, en la cual se aplicaron la escala de depresión de Yesavage y la escala ESTE de medición del sentimiento de soledad, ambas validadas para Colombia. La población objeto estuvo conformada por 49 adultos, entre hombres y mujeres de 59 años o más que viven en el hogar gerontológico Colonia de Belencito en el municipio de Medellín, Antioquia, en quienes se aplicó la terapia de la risa entre abril y julio de 2013. Se llevaron a cabo ocho sesiones semanales de terapia de la risa a cargo del grupo "Payasos Hospitalarios" de la Fundación Medicaun de Medellín.

**Resultados.** Se registró un descenso significativo en el grado de depresión, especialmente en aquellos con depresión inicial establecida ( $p < 0,032$ ). Las personas más receptivas fueron los adultos mayores internados sin pareja, con edades entre 65 y 75 años, pertenecientes al estrato dos y que recibían visitas. No se registraron cambios significativos en el sentimiento de soledad.

**Conclusión.** Se resalta la importancia que tiene la terapia de la risa en la disminución del grado de depresión en adultos mayores. Los resultados concuerdan con la afirmación de que el constructo de soledad es independiente del de depresión.

**Palabras clave:** depresión, soledad, anciano, risaterapia, hogares para ancianos, geriatría.

doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2316>

### Changes in depression and loneliness after laughter therapy in institutionalized elders

**Introduction:** Old age is a stage characterized by a number of factors, such as loneliness and depression, that have a negative effect on people's lives.

**Objective:** To evaluate the impact of laughter therapy on the level of depression and loneliness in a group of institutionalized elders.

**Materials and methods:** Exploratory research with quasi-experimental design applying Yesavage depression scale and the ESTE scale of loneliness, both validated for Colombia. The target population consisted of 49 men and women who were 59 years old or over, and lived in the Gerontological Home "Colonia de Belencito" in the city of Medellín (Antioquia); they were contacted between April and July 2013, and they received eight sessions of laughter therapy performed by the group "Hospital Clowns" of the Medicaun Foundation from Medellín.

**Results:** There was a significant decrease in the level of depression especially in those with initial depression established ( $p < 0,032$ ). The most receptive were institutionalized elders who did not have a couple, they were between 65 and 75 years of age, and they belonged to socioeconomic level 2 and did not receive visits. No significant changes in the level of loneliness were recorded.

**Conclusion:** The importance of laughter therapy in reducing the level of depression in elders is highlighted. These results agree with the statement indicating that the construct of loneliness is independent from depression.

**Key words:** Depression, loneliness, aged, laughter therapy, homes for the aged, geriatrics.

doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2316>

#### Contribución de los autores:

Ángela Quintero: supervisión de la calidad en la aplicación de la terapia y en la recolección de la información en el Hogar Colonia de Belencito; construcción de figuras y base de datos, selección y registro de asistencia de los adultos a la terapia  
María Eucaris Henao: supervisión de la aplicación de la terapia en el Hogar Belencito y de los estudiantes encuestadores  
María Mercedes Villamil: supervisión de la calidad de las encuestas, elaboración de la base de datos e interpretación de los resultados  
Jairo León Cardona: depuración y análisis de la base de datos, construcción de tablas y figuras e interpretación de resultados  
Todos los investigadores participaron en la revisión bibliográfica, el diseño metodológico, el análisis de la información y la preparación del manuscrito.

En la vejez aumenta el riesgo de las limitaciones impuestas por la pérdida de la salud y la disminución de contactos sociales debida a la viudez y la muerte de los amigos; los más viejos tienen una relativa desventaja con respecto a los más jóvenes, ya que tienen menos educación, bajos ingresos y, por ende, niveles más bajos de bienestar subjetivo (1).

Debido a esta vulnerabilidad el grado de dependencia se acentúa, lo que conduce al incremento de las internaciones geriátricas (2); además, los cambios socio-familiares actuales, como son las familias y viviendas más pequeñas y el ingreso de la mujer al mercado laboral (siendo ella la que generalmente se dedica al cuidado y la atención de los mayores), aumentan la internación geriátrica (3), la cual conlleva deficiencias en las relaciones interpersonales y limita la independencia e individualidad del adulto mayor, generando su desarraigo, pues deja de tener el reconocimiento de sus vecinos, familiares y amigos, así como el sentimiento de inutilidad y de haberse convertido en una carga, el aislamiento con respecto al medio y el maltrato, entre otros (4).

La *American Psychiatric Association* describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades” (5). La depresión es una de las enfermedades más comunes en la atención primaria y es la primera causa de atención psiquiátrica y de discapacidad derivada de problemas mentales (6); además, es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitantes (7-9), el cual, en muchas ocasiones, no se descubre y, por consiguiente, no se trata. Entre las causas que dificultan su detección están los prejuicios negativos relacionados con la vejez y el envejecimiento, los cuales presuponen que envejecer es sinónimo de depresión, deterioro, desnutrición, aislamiento e inmovilidad (7).

Las variables sociodemográficas de edad, sexo, estado civil, escolaridad e ingreso, están relacionadas con la depresión. Con respecto al sexo, esta se presenta más en la mujer (7,10), con una frecuencia que casi dobla la del varón. En cuanto a

la edad, según los estudios realizados en Colombia, las personas de 60 a 65 años presentaron una prevalencia anual de depresión mayor del 7,1 %, frente al 2,4 % de los demás grupos de población. Igualmente, la depresión aumenta según el estado civil, ya que se presenta más en personas separadas y viudas que en las casadas (Menchón JM, Crespo JM, Antón JJ. Depresión del anciano. Curso de Formación Continuada en Geriátrica. 2001). Asimismo, el grado de depresión es mayor en las personas con un nivel educativo inferior, es decir, aquellos que no tienen estudios o solamente cursaron estudios primarios, y es menor entre quienes tienen estudios universitarios (11). Sucede igual con el nivel de ingresos: cuanto menores sean, mayor es la presencia de depresión (12). De igual manera, una pérdida económica o de estatus social y prestigio y una situación económica precaria, son factores que inciden en la depresión. Por último, el grado de apoyo social está inversamente relacionado con la depresión senil (7).

Algunas investigaciones especializadas revelan que entre 10 y 15 % de la población anciana de una comunidad padece algún grado de depresión, proporción que se acrecienta cuando el adulto mayor es internado en una institución geriátrica (13). Con la internación, se precipitan estados depresivos relacionados con múltiples pérdidas, como la de la independencia, la familia, el rol social y el trabajo, así como con el desarraigo de los bienes; además, el trato por parte del personal asistencial y los tratamientos que reciben, generan en el adulto mayor sentimientos de desamparo e impotencia (4).

Se ha reportado que en los adultos mayores que viven en residencias geriátricas, las condiciones de vida y la falta de contacto social, están asociadas con síntomas depresivos (14), es decir que la institucionalización en sí misma genera depresión (4). Asimismo, las condiciones dignificantes para el adulto mayor internado dependen de que reciba buen trato por parte de familiares y cuidadores, así como del sentimiento de acompañamiento y la realización de actividades lúdicas en las instituciones de atención o centros de protección social (15). De igual manera, la participación de los ancianos en grupos de actividades lúdicas y para el tiempo de ocio, proporciona apoyo físico y emocional que actúa como un factor protector y constituye una alternativa en medicina preventiva (16).

La escala de depresión geriátrica de Yesavage, de la cual existe una versión completa de 30 ítems y una reducida de 15 ítems, es una de la más utilizadas

Correspondencia:

Jairo León Cardona, Grupo de Investigación en Salud del Adulto Mayor, Corporación Universitaria Remington, Calle 51 N° 51-27, Edificio Coltabaco, torre 1, Medellín, Colombia  
Teléfono: (574) 511 1000, extensión 3002  
jairo.cardona@uniremington.edu.co

Recibido: 04/03/14; aceptado: 14/11/14

para evaluar la depresión de los ancianos (17). La escala reducida ha sido validada en Colombia en dos ocasiones (18,19), y se encontró que es muy confiable y predice razonablemente el constructo de depresión.

Otra problemática importante en la vejez es el sentimiento de soledad. La soledad se considera un problema de salud pública directamente relacionado con la salud humana y el bienestar (20). Para Rubio, *et al.*, (21) la soledad que padecen los individuos puede ser objetiva, si se refiere a la vivencia real de estar solo, o subjetiva, si se orienta al sentirse solo, lo que para los autores constituye la verdadera soledad. Por lo tanto, se percibe que el sentimiento de soledad es un estado que comúnmente aflige al ser humano, que se agudiza en la etapa final de la vida debido a las pérdidas que se experimentan y afectan la calidad de vida (22).

El sentimiento de soledad se ha relacionado con variables sociodemográficas como el sexo, el estado civil, la edad, el estatus socioeconómico (23-25) y el nivel educativo (24-26). El estado civil tiene una fuerte relación con la soledad; las personas que no están casadas son más propensas a sentirse solas, y los viudos, separados y divorciados expresan un mayor sentimiento de soledad que los casados (27). También, la edad está asociada con la soledad: a mayor edad, mayor es el sentimiento de soledad (24,25), y los adultos mayores de 80 años son los más vulnerables a la soledad (27).

La soledad en la vejez puede ser un factor de riesgo de serios problemas de salud mental como la depresión (28). Existen algunos estudios que han encontrado asociaciones significativas entre la soledad y la depresión (29,30); sin embargo, autores como Theeke (23), consideran que la soledad es un constructo psicológico separado de la depresión. En una investigación con jubilados se halló que no todos los que se sienten solos se deprimen, y que la soledad no es un componente necesario de la depresión, pero sí se puede concluir que la soledad es un factor potencial de riesgo para la depresión (28). Paúl, *et al.* (31), encontraron que los adultos mayores con enfermedades depresivas presentaban mayor número de enfermedades físicas que los mentalmente sanos, pero no es claro si la enfermedad física era la causa o la consecuencia de los trastornos mentales y que quienes reportaban mayores niveles de soledad fueran quienes no tenían pareja, lo que sugiere que sólo una estrecha relación íntima puede amortiguar la soledad y la depresión. Cacioppo, *et al.* (29), afirman que la

soledad y la sintomatología depresiva pueden tener un efecto sinérgico en la disminución del bienestar en los adultos de mediana edad y mayores.

En síntesis, la vejez es una etapa que está enmarcada por una serie de fenómenos que inciden de forma negativa en la vida de las personas, como el sentimiento de soledad y la depresión, lo que genera vulnerabilidad frente a las enfermedades psicosomáticas, e incluso la muerte, y si a estos procesos se les suma la internación, puede preverse el riesgo al que se enfrentan los adultos mayores.

Hay varias escalas establecidas para medir el sentimiento de soledad, tales como la UCLA, la SELSA, la ESLI y la escala de satisfacción vital de Filadelfia; a partir de ellas, Rubio y Aleixandre desarrollaron la escala ESTE de medición de la soledad (32), la cual fue validada en Colombia en el 2010 por Cardona, *et al.* (33), y se compone de cuatro factores: la soledad familiar, ligada con las relaciones familiares; la soledad conyugal, que tiene que ver con la relación de pareja; la soledad social, que hace referencia al contacto con el otro, y la crisis de adaptación, referida a la percepción del individuo frente a sí mismo, además de la forma de enfrentar situaciones externas como el envejecimiento.

Por otra parte, para contrarrestar algunas enfermedades, han surgido terapias alternativas como la de la risa, también conocida como 'risoterapia' o 'geloterapia', a manera de tratamiento complementario para mantener el bienestar físico y mental (34). Los efectos de la risa sirven para superar problemas físicos, psicológicos y sociales (35). Al eliminar el estrés y aliviar la depresión, contribuye en los procesos de regresión (retroceso a un nivel mental o emocional anterior, como mecanismo para aliviar una realidad que se percibe como dolorosa o negativa), y de exteriorización de emociones y sentimientos; además, mejora la autoestima y las relaciones interpersonales, facilita las situaciones socialmente incómodas y la comunicación, y es la mejor forma de romper el hielo (36).

La terapia del humor se ha aplicado con resultados favorables en diferentes campos, como la pediatría, la educación, la cirugía, y el manejo de los enfermos con sida y cáncer y los terminales, así como en la psicoterapia (37).

En algunos estudios se han observado cambios en la depresión con la terapia de la risa: en uno se midió el efecto del humor en el mejoramiento de la calidad de vida y se encontró que las puntuaciones mejoraron en los pacientes depresivos, pero no así

en aquellos con enfermedad de Alzheimer (38). En un estudio se puntualiza que el grupo mostró mejoría significativa del estado de ánimo, más alegría y un aumento importante en la satisfacción con la vida (39), y en otro, se afirma que la terapia de la risa contribuyó a disminuir la depresión y el insomnio y mejoró el sueño (40).

Según Berk (41), los beneficios de la risa se traducen en la reducción de la ansiedad, el estrés, la depresión, la tensión y la soledad, y en el aumento de la autoestima y la esperanza; igualmente, favorecen aspectos fisiológicos, especialmente del sistema inmunitario.

Fry afirma que el humor tiene un efecto positivo sobre la calidad de vida y los resultados médicos (36). También refiere que la risa es un mecanismo interno que estimula todos los sistemas fisiológicos; además, es una forma saludable de reducir el estrés y proporcionar un sentido de control (42).

En un estudio realizado en Colombia, con mujeres adultas mayores internadas, se halló que la risa favorecía la adopción de una visión más positiva, una mejor aceptación de su realidad, la disminución de los recuerdos tristes del pasado, una mayor confianza y satisfacción, y un mayor agrado en los encuentros con la familia (43).

Los avances de la medicina que inciden en la prolongación de la vida deben ir de la mano con estrategias que permitan el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor. En ese contexto, la terapia de la risa surge como una alternativa. Dada la relación entre la soledad y la depresión, en este estudio se pretendió revisar los cambios experimentados con la terapia de la risa en cuanto a la depresión y el sentimiento de soledad, de acuerdo con las variables sociodemográficas, en un grupo de adultos mayores internados en el Centro Gerontológico "Colonia de Belencito", en Medellín, Colombia.

### **Materiales y métodos**

Se llevó a cabo una investigación exploratoria con diseño cuasiexperimental, en la cual se compararon los valores obtenidos antes de iniciar la terapia de la risa (concebidos como control) y aquellos obtenidos al finalizar las sesiones de terapia (asumidos como experimentales) (44). Los instrumentos utilizados fueron la escala de depresión de Yesavage (19) y la escala ESTE de medición del sentimiento de soledad, ambas validadas para Colombia (33). Dichos instrumentos fueron aplicados por los investigadores del grupo GISAM

y por estudiantes de enfermería de la Corporación Universitaria Remington, antes y después de la terapia de la risa, la cual se desarrolló con el acompañamiento de la Fundación Medicaun de Payasos Hospitalarios de Medellín.

Los criterios de inclusión fueron: edad mayor de 55 años, capacidad para responder la entrevista, asistencia a cinco de las ocho sesiones de terapia de la risa, aceptación libre de participar en ellas y residencia en el centro gerontológico Colonia de Belencito en el municipio de Medellín (Antioquia). Las personas fueron contactadas entre abril y julio de 2013.

### **Variables**

Las variables sociodemográficas consideradas fueron el sexo, la edad, el estrato socioeconómico, el nivel educativo y el estado civil. La otra variable considerada fue si la persona recibía visitas.

### **Población y muestra**

La población objeto estuvo conformada por 49 adultos, hombres y mujeres de 59 años o más, residentes en el hogar gerontológico Colonia de Belencito en el municipio de Medellín (Antioquia) que cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizaron ocho sesiones semanales de terapia de la risa a cargo del grupo "Payasos Hospitalarios" de la Fundación Medicaun de Medellín. Según un estudio llevado a cabo en Colombia, la prevalencia de depresión en los adultos internados estaba entre el 15 y el 35 % (19), lo que le dio a dicho estudio, con hipótesis de una sola cola, una potencia estadística de 0,85 y una seguridad del 90 %.

### **Análisis estadístico**

El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS®, versión 21 para Windows. Para el análisis univariado se emplearon frecuencias absolutas y proporciones. Dada la distribución normal de los datos de la escala de depresión de Yesavage (prueba de Shapiro-Wilk), se utilizaron pruebas paramétricas para la comparación de los dos momentos; se empleó la prueba de diferencias de medias con el indicador t de Student para variables cuantitativas y la prueba de ji al cuadrado para las variables nominales. El nivel de significancia se fijó en  $p \leq 0,05$ .

En la escala ESTE de medición del sentimiento de soledad no hubo una distribución normal, por lo que se utilizó un análisis no paramétrico y la prueba de rangos de Wilcoxon en las variables cuantitativas. El nivel de significancia se fijó en  $p \leq 0,05$ .

### Descripción y estandarización de la terapia de la risa

Cada sesión tuvo una duración mínima de 10 minutos y máxima de 15, dependiendo de la aceptación y participación de los sujetos. La terapia estuvo a cargo de cuatro integrantes de los Payasos Hospitalarios del grupo Medicaun Medellín con una amplia experiencia en su aplicación en ambientes hospitalarios. Al ingresar a los pasillos de la institución gerontológica donde se encontraban los participantes, los payasos juegan entre ellos, pero observan a los sujetos y cuando estos dan la oportunidad, los incorporan en sus escenas de alegría, utilizando instrumentos musicales y juguetes (dulzainas, muñecos, guitarras, etc.), e induciéndolos a participar mediante preguntas obvias o absurdas y la música y el canto, entre otras manifestaciones; ya en plena escena, los participantes entran en el juego con los payasos y comparten un momento de alegría.

### Aspectos éticos

En el proceso de recolección de la información cada uno de los participantes firmó un consentimiento informado, en el que se especificaba el manejo confidencial y anónimo de sus datos y se daba autorización para realizar la entrevista (45).

### Resultados

Los resultados permitieron analizar los cambios en la depresión y en el sentimiento de soledad, después de la aplicación de la terapia de la risa.

La población objeto de intervención estuvo conformada en 59,2 % por mujeres. En cuanto al rango de edad, 24,5 % de la población era menor de 65 años, 55,1 % tenía entre 65 y 75 años y el resto eran mayores de 75 años. Con respecto al estrato socioeconómico, el 30,6 % de los participantes pertenecía al estrato uno, el 46,9 % al dos, el 4,1 % al tres y el 2 % al cuatro. El 20,4 % no había cursado ningún estudio, el 51 % había completado la primaria o tenía algún grado académico, el 26,5 % había cursado la secundaria completa o parcialmente y el 2 % tenía estudios técnicos. El 12,2 % de los participantes afirmó contar con pareja, el 8,2 % estaba separado, el 59,2 %, soltero y el 20,4 %, viudo. La población que recibía visitas correspondía al 55,1 % (cuadro 1).

Mediante la aplicación de la escala de depresión de Yesavage, se percibió mejoría en 11 de los 15 ítems después de la terapia de la risa y fue más apreciable en los ítems de “vida vacía”, “anhedonia”,

**Cuadro 1.** Variables sociodemográficas de los adultos residentes en el hogar gerontológico Colonia de Belencito, Medellín, Antioquia

Variable sociodemográfica	n	%
Sexo		
Femenino	29	59,2
Masculino	20	40,8
Edad (años)		
Promedio	70,4	
<65	12	24,5
65-75	27	55,1
>75	10	20,4
Estrato socioeconómico de origen		
Uno	15	30,6
Dos	23	46,9
Tres	2	4,1
Cuatro	1	2,0
Nivel educativo		
Ninguno	10	20,4
Primaria completa e incompleta	35	51,0
Secundaria completa e incompleta	13	26,5
Técnico	1	2,0
Estado civil		
Con pareja	6	12,2
Separado	4	8,2
Soltero	29	59,2
Viudo	10	20,4
Recibían visitas		
Sí	27	55,1
No	22	44,9

“pesimismo”, “apatía”, “aburrimiento” y “felicidad” (cuadro 2). Al indagar sobre el ítem de “estado de ánimo”, en la segunda medición desmejoraron tres adultos, en cuanto al de “satisfacción por la vida”, un adulto, y en lo relacionado con el de “desamparo”, un adulto. Ningún participante presentó cambios en el ítem “ideas de minusvalía” (cuadro 2).

Al inicio del estudio, 26 participantes se clasificaron como normales, 12 con depresión leve, y 11 con depresión grave; después de la aplicación de la terapia de la risa, 30 se evaluaron como normales, 12 con depresión leve y siete con depresión grave. Los cambios en la clasificación de la depresión fueron significativos ( $p < 0,000$ ) (cuadro 3): de los 26 participantes evaluados como normales, 23 continuaron en la misma clasificación inicial y tres pasaron a clasificarse con depresión leve; de los 12 con depresión inicial leve, cinco pasaron a la clasificación de normal; cinco permanecieron en la clasificación de depresión leve y dos pasaron a depresión grave; de los 11 con depresión grave inicial, dos pasaron a ser clasificados como normales, cuatro fueron clasificados con depresión leve y cinco permanecieron en la clasificación de depresión grave (cuadro 3).

**Cuadro 2.** Cambios en el puntaje de la depresión después de la terapia de la risa

Ítem	Respuesta	Antes	Después	Cambios por ítem	No. de personas que cambiaron respuesta
1. Satisfacción por la vida	No	5	6	Desmejoró	1
2. Anhedonia	Sí	45	36	Mejoró	-9
3. Vida vacía	Sí	32	22	Mejoró	-10
4. Aburrimiento	Sí	21	16	Mejoró	-5
5. Estado de ánimo	No	8	11	Desmejoró	3
6. Preocupación	Sí	17	13	Mejoró	-4
7. Felicidad	No	10	5	Mejoró	-5
8. Desamparo	Sí	21	22	Desmejoró	1
9. Apatía	Sí	22	17	Mejoró	-5
10. Problemas de memoria	Sí	18	14	Mejoró	-4
11. Agradable vivir	No	6	4	Mejoró	-2
12. Ideas de minusvalía	Sí	20	20	Igual	0
13. Nivel de energía	No	13	12	Mejoró	-1
14. Desesperanza	Sí	19	17	Mejoró	-2
15. Pesimismo	Sí	29	23	Mejoró	-6
Total		286	238	Diferencia	48
Promedio		5,8	4,9		

t=3,361; grados de libertad=14; p=0,005; IC<sub>95%</sub>; diferencia de medias: 1,158; 5,242

**Cuadro 3.** Número de adultos según grado de depresión antes y después de la terapia de la risa

Clasificación de la depresión antes de la terapia	Clasificación de la depresión después de la terapia							
	Normal		Leve		Grave		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Normal	23	46,9	3	6,1	0	0	26	53,1
Leve	5	10,2	5	10,2	2	4,1	12	24,5
Grave	2	4,1	4	8,2	5	10,2	11	22,4
Total	30	61,2	12	24,5	7	14,3	49	100

Ji al cuadrado de Pearson: 22,331; grados de libertad=4; p<0,000

Los puntajes iniciales y finales registrados con la escala de Yesavage mostraron diferencias significativas, con disminuciones en el promedio y la mediana, especialmente en adultos internos con depresión grave, después de la aplicación de la terapia de la risa; en los adultos con depresión inicial leve, estas medidas descendieron poco, al igual que el puntaje en los inicialmente clasificados como normales. Se destaca la disminución del puntaje en todos los grados de depresión después de la aplicación de la terapia de la risa (figura 1).

Se observó una mejoría del grado de depresión en todas las variables sociodemográficas estudiadas, aunque se destacan con diferencias significativas el de los participantes con edades entre 65 y 75 años, el de aquellos procedentes del estrato socioeconómico dos, el de quienes no tenían pareja y el de aquellos que recibían visitas. Cabe destacar que los hombres mejoraron más que las mujeres, así como aquellos de menor nivel educativo, pero las diferencias no fueron significativas (cuadro 4).

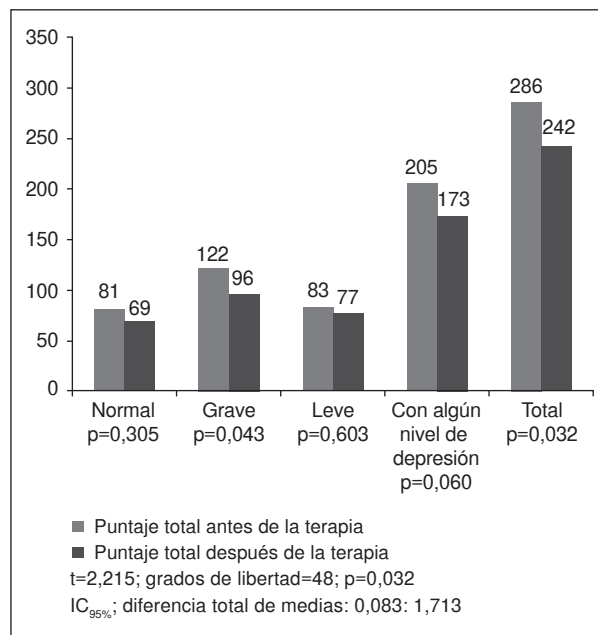
Los grupos de participantes más jóvenes (<65 años) y los de mayor edad (>75 años) no reportaron mejoría apreciable, al igual que los adultos procedentes del estrato socioeconómico uno y aquellos con nivel escolar de secundaria (cuadro 4).

No se hallaron diferencias significativas en el grado del sentimiento de soledad antes y después de la aplicación de la terapia de la risa según el grado de depresión (figura 2), como tampoco con respecto a las variables sociodemográficas (cuadro 5).

## Discusión

En el análisis de la información se compararon los dos momentos, se revisaron los ítems que variaron y se relacionaron con las variables sociodemográficas.

Los adultos mayores residentes en la colonia de Belencito proceden en su mayoría de los estratos socioeconómicos uno y dos (77,5 %), algunos de ellos han sido habitantes de calle y otros fueron



**Figura 1.** Cambios en el puntaje de depresión de los adultos según la clasificación de la escala de Yesavage, después de la aplicación de la terapia de la risa

abandonados por sus familias o estas no cuentan con los recursos para su sostenimiento, por lo que debe considerarse lo que afirman algunos autores en torno a que la falta de recursos económicos

puede ser factor desencadenante de la depresión (7,12). Al considerar el sexo, la mayoría de los residentes en este hogar son mujeres, aspecto que también está relacionado con la depresión (7,10). En general, si se examinan las otras variables socio-demográficas, como el estado civil y la escolaridad, puede inferirse que dicha población presenta un alto grado de vulnerabilidad.

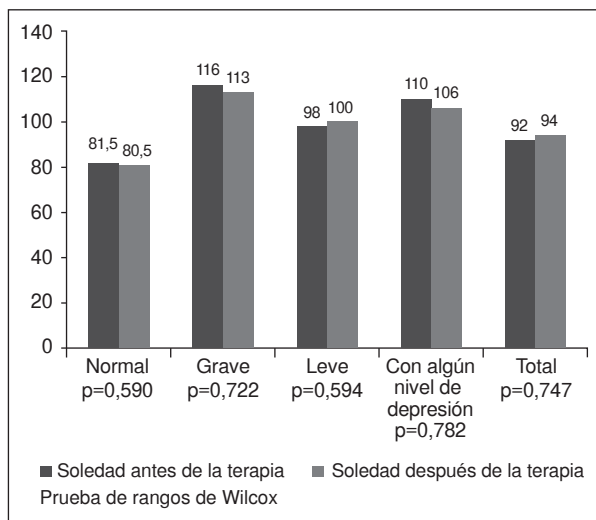
El sólo hecho de la internación genera en el adulto mayor sentimientos de abandono, puesto que, entre muchas de las pérdidas a que se ve sujeto, está la del contacto social (4). La entidad donde se hizo el estudio es estatal, lo que implica que la familia de la persona internada no tiene los recursos para asumir el cuidado o está distante y por ello casi la mitad de los residentes (44,9 %) no recibe visitas; por lo tanto, su red social es débil, aspecto que enfatiza un peor pronóstico de la depresión (7,8,14).

Al analizar la mejoría por ítems, el más representativo fue el de “vida vacía”, que se presentó en diez adultos mayores, seguido por la “anhedonia”, es decir, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades, la cual se dio en nueve de ellos. Se puede ver, entonces, que la terapia de la risa es una buena alternativa para disminuir los grados de depresión, resultados que concuerdan con lo hallado por otros autores (39-42).

**Cuadro 4.** Diferencias en las medidas de la escala de Yesavage según las variables sociodemográficas, antes y después de la terapia de la risa

Variable	Prueba antes de la terapia			Prueba después de la terapia			*Significancia (bilateral)	IC <sub>95%</sub>
	n	Promedio	Puntaje inicial	Promedio	Puntaje final	Diferencia		
Sexo								
Femenino	29	6,0	174	5,4	156	18	0,213	-0,378; 1,619
Masculino	20	5,6	112	4,3	86	26	0,080	-0,173; 2,773
Edad (años)								
<65	12	5,3	63	5,3	63	0	1,00	-1,181; 1,181
65-75	27	6,0	161	4,4	118	43	0,013	0,360; 2,825
>75	10	6,2	62	6,1	61	1	0,911	-2,112; 2,334
Estrato de origen								
Uno	15	6,5	97	6,3	94	3	0,683	-0,830; 1,230
Dos	23	4,8	111	3,5	81	30	0,034	0,106; 2,502
Ninguno	10	7,4	74	6,2	62	12	0,211	-0,818; 3,218
Escolaridad								
Primaria	25	5,0	125	4,2	106	19	0,147	-0,288; 1,808
Secundaria	13	5,7	74	5,4	70	4	0,691	-1,336; 1,951
Estado civil								
Con pareja	6	5,8	35	5,2	31	4	0,670	-3,127; 4,460
Sin pareja	43	5,8	251	4,9	211	40	0,033	0,080; 1,781
Recibía visitas								
Sí	27	5,2	140	4,2	112	28	0,048	0,011; 2,063
No	22	6,6	146	5,9	130	16	0,293	-0,676; 2,131

\*t para diferencias relacionadas



**Figura 2.** Medianas en el sentimiento de soledad, antes y después de la terapia de la risa

Igualmente, los puntajes de la escala de Yesavage muestran tres ítems en los que los adultos mayores desmejoraron: la “satisfacción por la vida”, el “estado de ánimo” y el “sentimiento de desamparo”. Estar satisfecho con la vida es un sentimiento interno que se relaciona con los logros alcanzados por el adulto y con el disfrute de la cotidianidad, lo que, al parecer, no se logró en esta población (7). Por otra parte, es frecuente que el estado de

ánimo en la población adulta mayor sea variable por los constantes cambios a los que están sujetas las personas en este ciclo vital. El sentimiento de desamparo se relaciona con las condiciones que originaron la internación geriátrica, puesto que el anciano se ve abocado a múltiples pérdidas y a afrontar nuevas situaciones que generan en él este sentimiento, además de impotencia (4).

Por otra parte, se observó que las personas que más se beneficiaron de la terapia fueron las personas en un rango de edad entre los 65 y 75 años; quizá los menores de 65 años apenas comienzan a adaptarse a este nuevo ciclo, lo que puede impedir que sean más receptivos frente a la terapia, en tanto que, según los reportes, los adultos mayores de 75 años o más son más vulnerables, debido a su estado de salud y grado de dependencia (Menchón JM, Crespo JM, Antón JJ. Depresión del anciano. Curso de Formación Continuada en Geriátrica. 2001;3:4-12).

Se resalta, igualmente, que los beneficios de la terapia de la risa influyeron especialmente en quienes no tenían pareja, es decir que, al parecer, estas personas se mostraron más dispuestas y con mayor apertura. Por su parte, quienes recibían visitas también obtuvieron mayor beneficio, lo que puede significar que el acompañamiento externo favorece igualmente los efectos de la terapia.

**Cuadro 5.** Diferencias en la medición del sentimiento de soledad según variables sociodemográficas, antes y después de la terapia de la risa

Variables	Prueba antes de la terapia				Prueba después de la terapia				
	n	Promedio	Mediana	Puntaje	Promedio	Mediana	Puntaje	Diferencia	Prueba de Wilcoxon
Sexo									
Femenino	29	94,2	91,0	2733	91,8	94,0	2661	72	0,480
Masculino	20	93,0	95,0	1859	93,0	95,5	1860	-1	0,717
Edad (años)									
<65	12	96,7	98,0	1160	96,7	96,5	1160	0	0,875
65-75	27	90,0	86,0	2429	89,2	91,0	2409	20	0,712
>75	10	100,3	99,5	1003	95,2	101,5	952	51	0,859
Estrato de origen									
Uno	15	95,8	104,0	1437	94,0	99,0	1410	27	0,865
Dos	23	89,9	83,0	2068	82,7	81,0	1903	165	0,115
Ninguna	10	102,0	106,0	1020	92,6	104,5	926	94	0,343
Escolaridad									
Primaria	25	92,5	91,0	2312	88,9	91,0	2222	90	0,423
Secundaria	13	87,6	79,0	1139	98,0	97,0	1274	-135	0,046
Estado civil									
Con pareja	6	85,3	83,5	512	90,2	93,5	541	-29	0,463
Sin pareja	43	94,9	92,0	4080	92,6	94,0	3980	100	0,396
Recibía visitas									
Sí	27	86,1	82,0	2324	79,3	86,0	2141	183	0,206
No	22	103,1	107,0	2268	108,2	112,5	2380	-112	0,291



Además, no se presentaron cambios en el grado del sentimiento de soledad entre los dos momentos, aunque, algunos autores relacionan la soledad y la depresión (29,30). Paúl (31), no obstante, afirma que, en general, los factores determinantes de la depresión no son los mismos que los del sentimiento de soledad, y según Theeke, el sentimiento de soledad es un constructo independiente de la depresión (23), lo que concuerda con los resultados de este trabajo.

Sin embargo, se cuestiona que dos problemas que tienen una gran relación, como lo son la depresión y el sentimiento de soledad, presenten resultados diferentes frente a la aplicación de la terapia de la risa.

La ausencia de cambios en el sentimiento de soledad podría explicar, en parte, lo que experimentan los adultos mayores. Por un lado, la internación implica un rompimiento, pues se cortan muchos vínculos: con la familia, los amigos, los lugares, e incluso con los bienes materiales (7); por el otro lado, se induce al adulto a que se acomode a un espacio nuevo, a personas extrañas y a otros hábitos. La vejez como ciclo evolutivo complejo implica, igualmente, muchísimos cambios, los que, sumados a la internación, pueden favorecer sin lugar a dudas que el sentimiento de soledad permanezca.

En resumen, teniendo en cuenta este contexto, se pudo apreciar que la terapia de la risa aplicada a los adultos mayores internados contribuyó a disminuir el grado de depresión. Dado que este se trató de un estudio exploratorio cuasi-experimental de 49 casos, se sugiere realizar otros estudios con una muestra más amplia y en los que se controlen otros sesgos, para verificar los resultados preliminares.

Puede decirse, asimismo, que las personas más receptivas a la terapia de la risa, cuyo grado de depresión disminuyó, fueron los adultos mayores internados con edades entre los 65 y los 75 años, sin pareja, pertenecientes al estrato dos y que recibían visitas, clasificados inicialmente como casos de depresión grave.

Los resultados concuerdan con la afirmación de que el constructo del sentimiento de soledad es independiente de la depresión. La terapia de la risa no produjo cambios en el sentimiento de soledad de los adultos internados en la entidad estatal bajo estudio, por lo que sería conveniente probarla en contextos diferentes.

## Agradecimientos

A Martha Elena Arrieta, coordinadora general de la Colonia Belencito; al gerontólogo Juan Pablo Triana y a la psicóloga Luz Garda Martínez, así como a los estudiantes de enfermería Jennifer Cortés, Zoraida Nieto y Cindy Juliana Higueta, y a los estudiantes de medicina Juan Camilo Ortiz, Julieth Franco, Flor Vanessa Correa y Luisa Fernanda Arboleda. Agradecemos, igualmente, a las directivas de la Corporación Universitaria Remington, a la Dirección de Investigaciones, a la Facultad de Ciencias de la Salud y, especialmente, a los adultos mayores residentes en la Colonia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ninguno conflicto de intereses.

## Financiación

El presente artículo es producto de la investigación "Efectos de la terapia de la risa en adultos mayores internados en Medellín, Antioquia, Colombia, 2013", financiada por la Corporación Universitaria Remington.

## Referencias

1. **Pinquart M, Sörensen S.** Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic Appl Soc Psych.* 2001;23:245-66. [http://dx.doi.org/10.1207/S15324834BASP2304\\_2](http://dx.doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2)
2. **Rodríguez Feijóo N.** Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. *Psicología y Psicopedagogía.* 2007;VI:1-8.
3. **Marín PP, Guzmán JM, Araya A.** Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿cómo saber cuántos son?. *Rev Med Chile.* 2004;132:832-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000700007>
4. **Cerquera AM.** Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica.* 2008;7:271-81.
5. **American Psychiatric Association.** Major depressive disorder. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (Text Revision).* 4<sup>th</sup> edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000. p. 349-56.
6. **Miranda-Bastidas CA, Gutiérrez-Segura JC, Bernal-Buitrago F, Escobar CA.** Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2000;29:251-60.
7. **Ayuso JL.** La depresión en la tercera edad. *Psiquiatr Biol.* 2008;9:76-104.
8. **Aguilar S, Ávila JA.** La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx.* 2007;1:141-6.
9. **Serrano P.** Depresión. Guía de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 2001;1:10-11.

10. **Fundación FES Social.** Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. Documento de revisión. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.
11. **Martínez PC, Flórez-Lozano JA, Ancizu I, Valdés CA, Adeva-Cádenas J.** Repercusiones psicológicas y sociales de la pre jubilación. *Psicothema.* 2003;15:49-53.
12. **Hernández ZE, Vásquez JM, Ramo A.** Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención del psicólogo. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad.* 2012;3:1-27.
13. **Oquendo ME, Soublet O.** ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor? *Revista Cubana de Enfermería.* 2003;19:1-7.
14. **Santos SS, Tier CG, Silva BT, Barlem EL, Felicianni AM, Valcarenghi FV.** Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). Fecha de consulta: 27 de febrero de 2015. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695).
15. **Congreso de la República Colombia.** Ley 1315 de 2009, por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2009.
16. **Tuesta MR, Fierro HN, Molinares SA, Oviedo MF, Polo AY, Polo CJ, et al.** Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. *Rev Esp Salud Pública.* 2003;77:595-604.
17. **López JA.** La depresión en la tercera edad. Fecha de consulta: 20 de agosto de 2013. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD013.pdf>.
18. **Bacca AM, González A, Uribe AF.** Validación la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico.* 2005; 1:53-63.
19. **Campo A, Urruchurtu Y, Solano T, Vergara A, Cogollo Z.** Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15) en Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte.* 2008;24:1-9.
20. **Cacioppo JT, Hawkley LC, Berntson GG, Ernst JM, Gibbs AC, Stickgold R, et al.** Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychol Sci.* 2002;13:385-8. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9280.00469>
21. **Rubio R, Rico A.** Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Rev Mult Gerontol.* 2001;11:23-8.
22. **Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero A.** El afrontamiento de la soledad en la población adulta. *Medicina UPB.* 2011;30:150-62.
23. **Theeke LA.** Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Arch Psychiatr Nurs.* 2009;23:387-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2008.11.002>
24. **Pinquart M, Sörensen, S.** Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic Appl Soc Psych.* 2001;23:245-66. [http://dx.doi.org/10.1207/S15324834BASP2304\\_2](http://dx.doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2)
25. **Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero Á.** El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB.* 2013; 32:9-19.
26. **Bishop AJ, Martin P.** The indirect influence of educational attainment on loneliness among unmarried older adults. *Educational Gerontology.* 2007;33:897-917. <http://dx.doi.org/10.1080/03601270701569275>
27. **Demakakos P, Nunn S, Nazroo J.** Loneliness, relative deprivation and life satisfaction. In: Banks J, Breeze E, Lessoff C, Nazroo J, editors. *Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English Longitudinal Study of Ageing.* London: Institute for Fiscal Studies; 2006.
28. **Adams KB, Sanders S, Auth EA.** Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging Ment Health.* 2004;8:475-85. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860410001725054>
29. **Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA.** Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms in older adults: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging.* 2006;21:140-51. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
30. **Pirkko R, Niina S, Reij T, Timo S, Kaisu P.** Social contacts and their relationship to loneliness among aged people - A population-based study. *Gerontology.* 2006;52:181-7. <http://dx.doi.org/10.1159/000091828>
31. **Paúl C, Hayes S, Ebrahim S.** Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Gerontology.* 2006;11:221-32. <http://dx.doi.org/10.1080/13548500500262945>
32. **Rubio R, Rico A.** La Escala ESTE, un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriatrka.* 1999;15:26-35.
33. **Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero A.** Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. *Invest Educ Enferm.* 2010;28:416-27.
34. **Ruiz C, Rojo C, Ferrer A, Jiménez L, Ballesteros M.** Terapias complementarias en los cuidados. Humor y risoterapia. *Index Enferm.* 2005;14:48-9. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000100008>
35. **Christian R, Ramos J, Susanibar C, Balarezo G.** Laugh therapy: A new field for healthcare professionals. *Rev Soc Per Med Inter.* 2004;17:57-64.
36. **Godfrey JR.** Conversation with the experts. Toward optimal health: The experts discuss therapeutic humor. *J Womens Health (Larchmt).* 2004;13:474-9. <http://dx.doi.org/10.1089/1540999041280972>
37. **McGhee P.** Rx: Laughter. *RN.* 1998;61:50-3.
38. **Walter M, Hanni B, Haug M, Amrhein I, Krebs-Roubicek E, Muller-Spahn F, et al.** Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: A pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22:77-83. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1658>
39. **Hirsch RD, Junglas K, Konradt B, Jonitz MF.** Humortherapie bei alten Menschen mit einer Depression. *Z Gerontol Geriat.* 2010;43:42-52. <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-009-0086-9>

40. **Ko H, Youn CH.** Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Int.* 2011;11:267-74. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0594.2010.00680.x>
41. **Berk RA.** The active ingredients in humor: Psychophysiological benefits and risks for older adults. *Educational Gerontology.* 2001;27:323-39. <http://dx.doi.org/10.1080/036012701750195021>
42. **Fry WF Jr.** The physiologic effects of humor, mirth, and laughter. *JAMA.* 1992;267:1857-8.
43. **Villamil MM, Quintero A, Henao E, Cardona JL.** Terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2013;31:202-8.
44. **Hernández M, Garrido F, López S.** Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública Mex.* 2000;42:144-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342000000200010>
45. **Ministerio de Salud.** Resolución número 8430 de octubre 4 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.