



**PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DEL ECUADOR  
SEDE AMBATO**  
SERÉIS MIS TESTIGOS

## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA.**

### **Tema:**

“LA TÉCNICA DE LA RISOTERAPIA Y SU EFECTO EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE AMBATO, EN EL PERÍODO JULIO-OCTUBRE DEL 2011”.

**Disertación de grado previo a la obtención del título de Psicólogo  
Clínico.**

### **Línea de investigación:**

Psicoestadística, medición y evaluación psicológica. Psicopatología de la salud.

### **Autor:**

GABRIELA PATRICIA MOREJÓN URBINA.

### **Director:**

Ps. CI. VÍCTOR MANUEL CUADRADO.

**Ambato – Ecuador.**

**Octubre 2012.**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE  
AMBATO.**

**HOJA DE APROBACIÓN.**

**Tema:**

“LA TÉCNICA DE LA RISOTERAPIA Y SU EFECTO EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE AMBATO, EN EL PERÍODO JULIO-OCTUBRE DEL 2011”.

**Línea de investigación:**

Psicoestadística, medición y evaluación psicológica. Psicología y salud mental. Psicopatología de la salud.

**Autor:**

GABRIELA PATRICIA MOREJÓN URBINA.

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez. Ps. Cl. f. ....  
**DIRECTOR DE DISERTACIÓN.**

Ana del Rocío Martínez Yacelga. Dra. f. ....

**CALIFICADOR.**

Liliana Alejandra Naranjo Guevara. Ps. Cl. f. ....

**CALIFICADOR.**

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez. Ps. Cl. f. ....

**DIRECTOR UNIDAD ACADÉMICA.**

Hugo Altamirano Villarruel. Dr. f. ....

**SECRETARIO GENERAL DE LA PUCESA.**

**Ambato – Ecuador.  
Octubre 2012.**

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD.**

Yo, Gabriela Patricia Morejón Urbina, portadora de la cédula de ciudadanía No. 180367124-5, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de PSICÓLOGO CLÍNICO son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprendan del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

.....  
Gabriela Patricia Morejón Urbina.  
C.I. 180367124-5

## **DEDICATORIA.**

Desde que tenemos uso de razón y durante todo nuestro crecimiento nos insisten en que seamos “responsables”, en el jardín, en la escuela, en el colegio, en la universidad, en el trabajo, y más aún cuando se asumen compromisos como la elaboración de un trabajo para obtener el tan anhelado título.

“Determinación”, para realizar las cosas que están a nuestro alcance y cuando no lo están, perseverar en el logro de la meta, investigar, solicitar para que las cosas se den.

“Confianza”, en saber que todos los obstáculos vamos a superarlos.

“Fe”, en pensar que vamos a lograr lo que nos proponemos.

Por todo esto dedico este trabajo, a ti, papá, a ti, mamá; por haber aprendido de ustedes el trabajo con responsabilidad.

## **AGRADECIMIENTO.**

A todas aquellas personas maravillosas, a mi familia; a maestros de la PUCESA, quienes me motivaron a continuar capacitándome; que con sus conocimientos, felicitaciones y aplausos me hicieron entender la gran importancia de la estimulación ejercida en la conducta humana para llegar a la excelencia.

De manera especial a mi gran maestro y tutor Ps. Cl. Víctor Manuel Cuadrado, que creyó en mí, permitiéndome de esta manera cambiar el concepto de conformismo y mediocridad hacia la calidad total en el factor humano.

Por esto, soy una estudiante realizada, feliz, orgullosa de ser lo que es; agradezco a Dios principalmente por ser el gestor de esta maravilla.

A mi tiempo, porque solo la capacitación me ha permitido comprender que hay un solo momento para ser feliz y ese tiempo es ¡ahora!

## RESUMEN.

La risa se está utilizando como medicina alternativa, al reír o simplemente sonreír el cuerpo produce ciertas hormonas como la dopamina, serotonina, endorfina, adrenalina llamadas las hormonas de la felicidad, interactuando de manera biológica y haciendo que el individuo mejore su estado de ánimo incluso el estado físico, produciendo efectos positivos en todo el cuerpo. El chiste es sin duda un excelente medio de extraer placer de los procedimientos psíquicos. La angustia, según S. Freud, procede de la lucha del individuo entre el rigor del **súper yo** y de los instintos prohibidos, **ello**, donde desencadenarían un estado de ansiedad, *por otro lado Melanie Klein en el desarrollo personal* refiere a la superación de etapas tempranas de la niñez que se han obtenido por medio de logros y fracasos, que pueden volver a surgir en la vida adulta, la superación de los conflictos conllevan a la ansiedad. La Risoterapia es una técnica que puede ser aplicada a distintas personas en situaciones diferentes, para empezar las sesiones debemos realizar ejercicios que ayudarán a tener nuestro cuerpo y mente completamente relajados, dejando todos nuestros conflictos a un lado, enfocándonos en lo que somos y lo que tenemos, sumergiéndonos y entregándonos plenamente en la medicina de la risa. Para poder medir el nivel de ansiedad de los niños con el que entraron a la unidad médica a cada uno de ellos se les aplicó el test CAS, como resultado nos dieron un porcentaje de ansiedad en donde se demostrará como bajan sus niveles de ansiedad. Se propone aplicar la técnica de la Risoterapia para equilibrar nuestros problemas y mantener un estilo de vida aceptable.

## **ABSTRACT.**

Laughter is being used as alternative medicine, to laugh or smile the body simply produces certain hormones such as dopamine, serotonin, endorphin, adrenaline known as the happiness hormones, which interact in a biological way making the person improve his mood even physical condition, producing positive effects throughout the body. The joke is without a doubt an excellent mean of finding pleasure on the psychic procedures. The anxiety according to S. Freud. It comes from the individual's fight among the rigor of the super self and of the forbidden instincts, it, where they would unchain a state of anxiety. On the other hand, Melanie Klein, in the personal development refers to the overcoming of early stages of the childhood that have been obtained by means of achievements and failures that arise in the mature life again, the overcoming of the conflicts that lead to anxiety. Laughter therapy is a technique that can be applied to different people in different situations. To begin the session we do exercises that will help us to relax our body and mind completely, leaving all our conflicts aside, focusing on what we are and what we have, giving and fully immersing ourselves in the medicine of laughter. To be able to measure the level of anxiety with which children entered to the medical unit, we applied on them the CAS test. As a result, we got a percentage of anxiety that will demonstrate how they lower their levels of anxiety. We propose to implement the technique of humor to balance our problems and maintain an acceptable lifestyle.

## TABLA DE CONTENIDOS.

	<b>Pág.</b>
Portada. ....	i
Hoja de Aprobación. ....	ii
Declaración de autenticidad y declaración. ....	ii
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iv
Resumen. ....	ivi
Abstract.....	iviii
Tabla de contenidos.....	iv
Tabla de gráficos .....	viii
Indice de tablas.....	<b>vi</b>
Introducción.....	1
<b>CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
1.1. Ciencia de la risa. ....	3
1.2. Humor terapéutico. ....	4
1.3. Risoterapia.....	6
1.3.1. Concepto.....	6
1.3.2. Precursores de la Risoterapia.....	8
1.3.3. Principio básicos de la Risoterapia. ....	12
1.3.4. Efectos de la Risoterapia. ....	12
1.3.5. Beneficios de la Risoterapia.....	14

1.3.6. Introducción del sistema. ....	14
1.3.7. El terapeuta de la risa. ....	16
1.4. La Risa. ....	18
1.4.1. Concepto. ....	18
1.4.2. Origen de la práctica de la risa. ....	19
1.4.3. Fundamentación biológica. ....	20
1.4.4. Beneficios de la risa. ....	24
1.4.5. Formas de la risa. ....	26
1.4.6. Cualidades del ser humano sobre la risa. ....	27
1.4.7. Teoría de la Risa. ....	28
1.4.8. La técnica del chiste según Sigmund Freud. ....	29
1.4.9. Dinámica del chiste tendencioso. ....	34
1.4.10 Las intensiones del chiste. ....	36
1.4.11. Parte sintética. ....	36
1.4.12. El chiste según Th, Lipps. ....	37
1.4.13. El chiste como fenómeno social. ....	38
1.4.14. El Chiste en los niños. ....	42
1.5. Infancia. ....	43
1.5.1. Desarrollo emocional del niño. ....	43
1.5.2. Miedos y temores en la infancia. ....	44
1.5.3. Ansiedad en los niños. ....	45
1.6. La ansiedad. ....	46
1.6.1. Conceptos básicos. ....	46
1.6.2. Epistemología de la ansiedad. ....	46

1.6.3. Teoría de la ansiedad según S. Freud.....	47
1.6.4. Tipos de ansiedad según S. Freud. ....	47
1.6.5. Teoría de Melanie Klein sobre la ansiedad.....	48
1.6.6. Ansiedad infantil.....	50
1.6.7. Causas de ansiedad en los niños/as. ....	52
1.6.8. Síntomas de ansiedad en los niños. ....	54
1.6.9. Manifestación del trastorno de ansiedad.....	55
1.6.10. Características del trastorno de ansiedad.....	56
1.6.11. Tipos y características de los trastornos de ansiedad según el DSM IV-TR. ....	58
1.6.12. Evaluación de la ansiedad. ....	75
1.6.13. Tratamiento de la Ansiedad infantil.....	75
<b>CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA. ....</b>	<b>77</b>
2.1. Antecedentes del problema. ....	77
2.2. Significado del problema.....	80
2.3. Definición del problema. ....	80
2.4. Planteamiento del tema. ....	81
2.5. Delimitación del problema.....	81
2.5.1. Contenido.....	81
2.5.2. Espacial. ....	81
2.5.3. Temporal.....	81
2.6. Hipótesis. ....	82
2.7. Variables e indicadores.....	82
2.7.2. Variable Dependiente: ....	82

2.7.3. Término de relación .....	83
2.8. Objetivos.....	83
2.8.1. Objetivo general.....	83
2.8.2. Objetivos específicos. ....	83
2.9. Metodología del trabajo.....	83
2.9.1. Enfoque de la Investigación.....	83
2.9.2. Modalidad básica de investigación. ....	84
2.9.3. Nivel y tipo de investigación.....	85
2.9.4. Asociación de variables .....	85
2.9.5. Población y muestra.....	85
2.10. Métodos.....	86
2.11. Técnicas.....	86
2.11.1. Observación Científica .....	86
2.11.2. Entrevista .....	87
2.12. Instrumentos.....	87
2.12.1. Fichas Clínicas Psicológicas.....	87
2.12.2. Test CAS.....	87
2.12.3. Hoja de seguimiento .....	87
2.13. Plan de recolección de información. ....	88
<b>CAPÍTULO 3: RESULTADOS.....</b>	<b>92</b>
3.1. Resultados.....	92
<b>CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>145</b>
<b>CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>147</b>
5.1. Conclusiones.....	147

5.2. Recomendaciones.....	148
6.1. Bibliografía.....	150
6.2. Linkografías.....	151
6.3. Glosario.....	152
6.4. Anexos.....	154
Anexo 1.....	154
Anexos 2.....	163

### **TABLA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Grafo del sujeto y su primer lenguaje.....	27
Gráfico 2: Dinámica del chiste tendencioso.....	35
Gráfico 3: Dinámica de los objetos como fenómeno social.....	39
Gráfico 4: Dinámica sujeto, objeto y descarga.....	40
Gráfico 6: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica. ..	98
Gráfico 7: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.	102
Gráfico 8: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.	106
Gráfico 9: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.	110
Gráfico 10: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica. .....	114
Gráfico 11: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica. .....	118
Gráfico 12: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica. .....	122
Gráfico 13: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica. .....	127

Gráfico 14: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica. .....	132
Gráfico 15: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica. .....	136
Gráfico 16: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica. .....	140

### **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1: Perfil del Líder Clown. ....	17
Tabla 2: Tipos de receptores Dopamina. ....	21
Tabla 3: Recolección de Información. ....	89
Tabla 4: Plan de intervención. ....	90
Tabla 5: Caso A-1. ....	93
Tabla 6: Ficha Psicológica. ....	95
Tabla 7: Hoja de Seguimiento. ....	96
Tabla 8. Caso A-2. ....	97
Tabla 9: Ficha Psicológica. ....	99
Tabla 10: Hoja de Seguimiento. ....	100
Tabla 11. Caso A-3. ....	101
Tabla 12: Ficha Psicológica. ....	103
Tabla 13: Hoja de Seguimiento. ....	104
Tabla 14. Caso A-4. ....	105
Tabla 15: Ficha Psicológica. ....	107
Tabla 16: Hoja de Seguimiento. ....	108
Tabla 17. Caso A-5. ....	109
Tabla 18: Ficha Psicológica. ....	111

Tabla 19: Hoja de Seguimiento.....	112
Tabla 20. Caso A-6. ....	113
Tabla 21: Ficha Psicológica. ....	115
Tabla 22: Hoja de Seguimiento.....	116
Tabla 23. Caso A-7. ....	117
Tabla 24: Ficha Psicológica. ....	119
Tabla 25: Hoja de Seguimiento.....	120
Tabla 26. Caso A-8. ....	121
Tabla 27: Ficha Psicológica. ....	123
Tabla 28: Hoja de Seguimiento.....	124
Tabla 29. Caso A-9. ....	126
Tabla 30: Ficha Psicológica. ....	128
Tabla 31: Hoja de Seguimiento.....	129
Tabla 32. Caso A-10. ....	131
Tabla 33: Ficha Psicológica. ....	133
Tabla 34: Hoja de Seguimiento.....	134
Tabla 35. Caso A-11. ....	135
Tabla 36: Ficha Psicológica. ....	137
Tabla 37: Hoja de Seguimiento.....	138
Tabla 38. Caso A-12. ....	139
Tabla 39: Ficha Psicológica. ....	141
Tabla 40: Hoja de Seguimiento.....	142
Tabla 41: Tabla de valoración de Disminución de los niveles de Ansiedad	143

## **INTRODUCCIÓN.**

La Risoterapia es una técnica que ayuda a la persona a tener un sentimiento de bienestar, mejora el estado de ánimo, ayuda en mirar la vida de una manera positiva, esta técnica puede ser aplicada en las personas adultas como en los niños.

Como base de esta investigación se toma en cuenta la aplicación de la Risoterapia como técnica de disminución de ansiedad en personas que se encuentran padeciendo dolencia en situaciones de vulnerabilidad, es así que se enfocará la técnica desde un aspecto analítico-subjetivo, basada en el cambio emocional que se obtiene mediante la técnica aplicada a los niños.

En los capítulos siguientes se analizará el papel de la risa, sus beneficios y efectos para una posterior conjunción con los trastornos de ansiedad presentes en los infantes, relacionándolos con la teoría analítica Freudiana, en la aplicación de la Risoterapia, y la constancia de disminución de ansiedad en cada uno de los sujetos que son sometidos a esta técnica. Una vez que los aspectos teóricos son enunciados y relacionados, se procederá a demostrar en cuadros estadísticos, el progreso en cada uno de los niños en los que se aplicó la técnica, para una posterior validación entre lo cualitativo de la técnica y el cambio subjetivo emocional en el paciente.

La validación de los resultados será tomada desde una perspectiva vivencial experimental, la cual será fortalecida con los indicadores medibles en el test de CAS, que se aplicará a cada uno de los niños en su ingreso al área de Pediatría del Hospital Municipal, una vez aplicada la técnica de la risa, se deberán a datos específicos que nos indicarán los niveles de ansiedad de los pacientes los cuales buscan ser modificados a través de la aplicación de

la Risoterapia. Se ha visto conveniente que el material de referencia utilizable para esta técnica debe tener un corte analítico Freudiano, basado en su libro El chiste y su relación con el inconsciente, (1905), extrayendo de aquí las pautas subjetivas en la aplicación de la técnica, además, en el mismo corte se hará hincapié en la teoría de Melanie Klein y sus apuntes sobre la ansiedad, de esta manera se relacionará los aspectos físicos basados en el manual diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM IV-TR, su desarrollo y su concluyente evaluación.

Una vez que el trabajo de investigación ha finalizado se dará un aporte a la psicología emitiendo las conclusiones y recomendaciones de la investigación, resaltando la importancia de la técnica y su aplicación, la misma que tendrá validez psicológica en el área pediátrica.

# **CAPÍTULO 1.**

## **MARCO TEÓRICO.**

### **1.1. Ciencia de la risa.**

Charles Douglass en los años 50 comprobó que basta con ver o escuchar a alguien reírse a carcajadas para que en nosotros se dibuje una sonrisa en la cara y estemos predispuestos a tener contacto con la sociedad; se le ocurrió grabar unas risas y ponerlas en los programas de humor y en las comedias de televisión que se filmaban sin público. Al poco, se percataron de que los espectadores en sus casas tendían a reír más y a encontrar la serie más graciosa cuando oían a otras personas partirse.

Todos nos reímos, hombres y mujeres, personas de todas las culturas y de todas las edades. Los bebés brindan sus primeras sonrisas a los cuatro meses y a pesar de las distintas lenguas que hay en el mundo, la risa es universal, es el lenguaje que todos compartimos y que aprendemos incluso antes de pronunciar nuestras primeras palabras. Y como tantas otras cosas buenas de la vida, como los besos o los sueños, la ciencia desconoce por qué nos reímos, aunque lo hacemos en la mayoría de momentos más importantes de nuestra vida.

Desde hace algunas décadas, neuro-científicos han emprendido estudios para intentar comprender el porqué de esta característica que compartimos con nuestros parientes cercanos. Han visto, mediante técnicas de neuro-imagen, que el sistema límbico tiene mucho que ver. Es la parte primitiva del cerebro, involucrada en las emociones y que nos ayuda en las funciones

básicas que garantizan nuestra supervivencia. Otras dos estructuras tienen también un papel fundamental, la amígdala, una región en forma de almendra situada en el interior del cerebro, y el hipocampo. Al parecer ambas regiones se conectan y entran en acción en la mediación y el control de actividades como la amistad, el amor, el afecto y la expresión del humor.

## **1.2. Humor terapéutico.**

El humor terapéutico "sirve como una válvula interna de seguridad que nos permite liberar tensiones, disipar las preocupaciones, relajarnos y olvidarnos de todo", (Berk, 1989), al encontrar humor las personas expulsamos toda esa carga negativa que hace que no nos sintamos tranquilos y tal vez con mucho estrés.

En una serie de estudios realizados en diciembre de 1989 se examinó las muestras de sangre de sujetos antes y después de que vieran vídeos cómicos, y las comparó con las de un grupo que no vio los vídeos. Berk descubrió importantes reducciones en las concentraciones de hormonas de la tensión y un incremento en la respuesta inmune de quienes vieron los vídeos.

El humor y la risa son fenómenos propiamente humanos que caracterizan la vida de relación. Si bien ambos se encuentran relacionados, podemos conceptualizar al humor como un estado amplio, interno y externo que puede manifestarse conductualmente a través de la risa.

Existen diferentes tipos de humor, podríamos generalizando pensar en un humor saludable y un humor hiriente; el primero genera un bienestar, logra un nivel de acercamiento e intimidad con los otros, estimula las funciones fisiológicas y permite descargar tensiones. En cambio el humor hiriente, que

puede tomar la forma de la ironía o el sarcasmo, genera resentimientos, distancia y puede causar dolor.

Los tres elementos: la risa, alegría e ingenio, son los componentes que podemos englobar bajo el nombre de humor.

- Risa (aspecto conductual)
- Alegría (aspecto emocional)
- Ingenio (aspecto intelectual)

El humor terapéutico como una intervención que promueve la salud y el bienestar mediante la estimulación, el descubrimiento, la expresión y la apreciación de las incongruencias y situaciones absurdas de la vida. Estas intervenciones pueden ser utilizadas para mejorar la salud o ser usadas como un tratamiento complementario de las enfermedades ya sea para curar o enfrentar dificultades físicas, psíquicas, emocionales, sociales o espirituales.

El humor es considerado una habilidad, por lo tanto se lo puede entrenar mediante la utilización. Como cualquier otra habilidad para su dominio es necesaria su ejercitación y práctica.

## **1.3. Risoterapia.**

### **1.3.1. Concepto.**

Risoterapia es una técnica que es aplicada en personas vulnerables que padecen diferentes enfermedades, tiene el poder de hacer que la persona mejore su estado de ánimo, tenga una pronta mejora o simplemente que vea la vida de una manera positiva, todo esto se verá reflejado tanto en el aspecto físico como psicológico “Reírse es una función biológica y emocionalmente necesaria para mantener un equilibrio, buscando el bienestar físico y mental de la persona” (Baugher, 2003), integrando todos los aspectos positivos, debido a que es una forma excelente para lograr la relajación, eliminando el estrés, brindando hacia las personas que nos rodean la capacidad de sentir y amar.

La Risoterapia no se basa en una simple sonrisa, ni siquiera en carcajadas normales, todo va mucho más allá de un pequeño gesto; es el ser conscientes de lo que está pasando en nuestro organismo. El reír con todo el cuerpo ayuda a activar todos los músculos y liberar tensiones musculares, dándonos un masaje interno obteniendo como resultados un cambio de visión hacia el concepto de vida que hemos establecido.

Para empezar las sesiones de Risoterapia se debe realizar ejercicios específicos que ayudarán a tener nuestro cuerpo y mente completamente relajados, dejando todos nuestros conflictos a un lado, enfocándonos en lo que somos y lo que tenemos, sumergiéndonos y entregándonos plenamente en la medicina de la risa. Uno de los procedimientos más seguros para despejar el cuerpo y la mente es la danza lo que nos ayudará a sentirnos más libres y sin complejos, en otro tipo de personas utilizaremos algunos ejercicios de yoga; Lo importante de estos ejercicios previos a la aplicación de la técnica de la Risoterapia es la respiración, si la persona sabe manejar

su respiración fluirá y se dejará llevar eliminando lo dañino que en ese momento posee.

Una de las formas importantes para motivar la risa es hacer muecas, haciendo movimientos extraños con la cara, produciendo sonidos raros con la boca, buscando que la persona sonría, se puede compartir una película o un programa cómico, para que pueda brotar la risa. Después de una sesión de Risoterapia, la persona tiene un sentimiento agradable, mimoso, sensible, sentimental, contento, vital, con mucho ánimo para afrontar la vida y los problemas de una manera positiva.

Con la risa comunicamos emociones todas de carácter positivo que muchas veces no tienen un origen gracioso, obteniendo como efecto un gran placer. Este sentimiento de bienestar para muchas personas puede terminar pronto, por lo que es de mucha importancia saber manejar personalmente la técnica y utilizarla como herramienta para combatir cualquier sentimiento negativo o situaciones conflictivas que se nos presenta. Las personas toleramos estrés diario y muchas situaciones negativas en donde encontramos ansiedad y la insatisfacción sobre la vida.

Los seres humanos necesitamos volver a encontrar el humor positivo de las cosas y de las situaciones para de esta manera enfrentar los problemas más relajados y desde otro punto de vista, el humor que vamos a utilizar no es malicioso, es el humor sano que poseemos todas las personas, el humor con amistad y amor que viene innato es nosotros como esencia. La Risoterapia es el encontrar el niño que llevamos dentro, lo que hemos olvidado que éramos y que nos gustaba, lo que nos hacía especiales, hallamos también ciertas actividades que de niños nos llenaban de amor, felicidad, encontrando un equilibrio interno y óptimo para poder proyectar esa carga positiva hacia los demás.

Se utiliza la risa como una terapia alternativa para cualquier enfermedad con el fin de despejar conflictos y situaciones dolorosas que bloquean la vida del

ser humano. Mediante la risa se crea un espacio para estar con uno mismo, vivir el aquí y ahora, estar en el presente, ya que cuando reímos es imposible pensar en nuestros problemas, por un minuto de felicidad dejamos a un lado toda esa carga que nos está haciendo daño y nos enfocamos en lo positivo que la vida nos está brindando, somos conscientes de todos los dones y beneficios que tenemos y la satisfacción de tan solo pensar que tenemos una familia la cual nos llena de felicidad.

### **1.3.2. Precursores de la Risoterapia.**

Varias personas han contribuido a la historia moderna con la risa terapéutica.

#### **a) Dr. Willian F. Fry psiquiatra Universidad de Stanford, California en 1954.**

Él comenzó a examinar los efectos fisiológicos de la Risa a finales de 1960 y es considerado el padre de la gelotología (la ciencia de la risa), demostró que la mayoría de los sistemas fisiológicos del cuerpo humano resultan estimulados por la risa alegre. En uno de sus estudios, confirmó que 20 segundos de risa intensa, incluso fingida, pueden duplicar la frecuencia cardiaca a lo largo de tres a cinco minutos. El Dr. Fry comprobó que la risa alegre provee un buen ejercicio físico y puede disminuir las posibilidades de infecciones respiratorias, él mostró que la risa causa en nuestro propio cuerpo la producción de endorfinas (analgésicos naturales).

#### **b) Dr. Hunter (Patch) Adams, MD.**

El médico estadounidense Hunter "Patch" Adams nació en Washington el 29 de diciembre de 1943. En 1971 fundó el Instituto Gesudheit una comunidad holística que ha provisto de cuidados médicos, en donde promueve medios alternativos de sanación para enfermos; uno de ellos es la Terapia de la

Risa. Patch es también activista social, diplomático, payaso profesional y actor. Su vida fue la base en la que se inspiró la película que lleva su nombre, con el actor Robin Williams devolviendo la diversión y la risa al mundo de los hospitales y puso en práctica la idea de que la curación debe ser un intercambio humano amoroso, y no únicamente una transacción de negocios.

Adams fue uno de los introductores de la Risoterapia con fines médicos y terapéuticos en la medicina moderna, y en los últimos años ha llevado esperanza, junto a un grupo de payasos, hasta hospitales de países como Perú, Ecuador, Uruguay, Argentina y Chile. Como médico reconoció que su labor con los pacientes no consiste en "llegar y hacerles felices", sino que su interés es que el enfermo se proponga vivir un día feliz, pues "la ciencia dice que es bueno ser feliz".

Patch Adams es el catalizador en el entrenamiento de formación de miles de payasos que proveen cuidados terapéuticos alrededor del mundo, demostró que la risa aumenta la secreción de las sustancias que actúan contra el dolor y el ánimo del paciente. Además, fortalece el sistema inmunológico e incrementa la oxigenación de la sangre, lo que permite asimilar mejor los medicamentos. Adams creó la Risoterapia porque le preocupaba que en los hospitales a los enfermos les conocieran más por su enfermedad que por el nombre.

El médico y payaso estadounidense "Patch" Adams, conocido internacionalmente como "El médico de la risa", aseveró en Bogotá (Colombia) que la depresión "nunca es una enfermedad, sino el diagnóstico de una compañía farmacéutica". La soledad es "la peor experiencia" para el comportamiento humano, pues, según aseguró, "nada es más doloroso para el hombre que no sentirse querido, no correspondido o no conectado a alguien".

**c) Robert R. Provine psicólogo.**

Profesor de Psicología (1971-1974) y Director Adjunto del Programa de Neurociencias de la Universidad de Maryland en Baltimore. Es autor de más de 50 trabajos de investigación sobre la neurociencia del desarrollo y los mecanismos neurales de la conducta, la realización de estudios en más de 30 especies, utilizando técnicas que van desde la cultura de electrofisiología y el tejido de los estudios de campo.

Provine quiso investigar el por qué las personas se ríen, menciona que hay que distinguir entre la risa y las carcajadas de la risa con disimulo, habiendo toda una escala entre una y otra, pudiendo ser distintas también las motivaciones en cada caso.

**d) Norman Cousins célebre escritor.**

En 1979 escribió el libro Anatomía de la Enfermedad en el que escribe una enfermedad irreversible que él contrajo en 1964 y sus descubrimientos acerca del humor y otras emociones positivas para combatirla. Él descubrió que diez minutos de risa alegre le daban dos horas de sueño sin dolor. Su historia dejó perpleja a la comunidad científica e inspiró algunos proyectos de investigación.

**e) Dr. Lee Berk PhD, Centro Médico de la Universidad Loma Linda en 1996.**

Inspirado por Norman Cousins. El Dr Berk y su equipo de investigadores en la rama de psico-neuro-inmunología en 1981 estudiaron el efecto que tiene la risa a nivel fisiológico. En uno de los estudios se formaron dos grupos de pacientes con padecimientos cardiacos. Mientras que uno de ellos fue tratado con procedimientos médicos tradicionales, el otro grupo vio videos

humorísticos a lo largo de treinta minutos diariamente. Después de un año, el grupo que vio humor presentó menores arritmias, menores casos de presión alta, menor nivel de hormonas de estrés y necesitaron menores dosis de medicamentos. El grupo que no se pudo encontrar un buen estado de ánimo presentó dos y media veces más ataques cardíacos recurrentes que el grupo que pudo observar videos de humor (50% vs 20%).

**f) Dr. Madan Kataria, MD.**

En marzo de 1995, este médico general de Mumbai, India se encontraba escribiendo un artículo que se llamaba, Risa la mejor medicina, para una publicación médica. En su investigación reveló varios de los estudios que describían la vasta lista de beneficios comprobados de los efectos de la risa en el cuerpo y la mente del ser humano.

Profundamente inspirado y siendo un hombre de acción, el Dr. Kataria decidió probar inmediatamente el impacto de la risa en una investigación de campo. Los resultados fueron asombrosos. Para algunos la risa actuada se convirtió muy pronto en risa natural era muy contagiosa y muy pronto los demás fueron infectados. El grupo entero se ría como nunca antes. La risa alegre siguió por lo menos diez minutos más. De aquí nace el Yoga de la Risa.

Al darse cuenta que había maneras alternativas al humor para estimular la risa, (Kataria, 1995) desarrolló una serie de ejercicios de risa que incluyen elementos de interpretación teatral y algunas otras técnicas que aprendió en sus días de actor dramático amateur. Al entender la importancia de jugar como niño, él desarrolló más técnicas para estimular la risa en el grupo, junto a su esposa Madhuri Kataria introdujeron técnicas de respiración profunda que en la actualidad se utiliza para tener más impacto en la técnica de la risa.

En la actualidad se utilizan bastantes ejercicios de Yoga que ayudan a que las personas e incluso niños puedan sentirse relajados y tranquilos, teniendo una vida sana y sin complicaciones, utilizando la técnica de la Risoterapia para obtener un resultado positivo en la persona.

### **1.3.3. Principio básicos de la Risoterapia.**

El principio básico de la Risoterapia se basa en la estimulación de la producción de las hormonas de felicidad que son las endorfinas, dopamina y serotonina que son generadas en el interior de nuestro propio organismo, combatiendo contra la mala energía, los pensamientos negativos, baja autoestima.

### **1.3.4. Efectos de la Risoterapia.**

Es importante mencionar que cuando una persona ríe, puede producir algunos beneficios para su vida, incluso un bienestar para los que le rodean, por lo que estos sujetos son menos propensos a enfermedades de cualquier tipo sean físicas o psicológicas; cabe recalcar que los pacientes que utilizan como medicina alternativa la Risoterapia pueden acelerar el proceso de mejoría, utilizando la medicina tradicional a la par. Fisiológicamente la risa, provoca que el cerebro produzca morfina natural que produce nuestro organismo utilizando como medicina interna, la persona se relaja, combate la depresión, tranquiliza, disminuyen el dolor de cualquier parte del cuerpo y hace que la persona se sienta feliz.

Mediante la risa en el interior de la persona se disminuyen los niveles de estrés y el cerebro incrementa la producción de endorfinas que ayuda en el sentimiento de bienestar, es la medicina más barata, de mejor calidad y rápida que todos los seres humanos poseemos, de tal manera es importante que las personas que se encuentran ligados al sector público

haga mención de la técnica y sus efectos positivos para que la población tenga conocimiento y pueda utilizarla como medicina alternativa por lo que eleva el umbral de tolerancia al dolor.

Se ha descubierto en Estados Unidos (Derks, 2002) mediante experiencia con pacientes en la Universidad de Loma Linda en California que el humor afecta de manera positiva en la totalidad del cerebro y por ello la risa cumple el papel de equilibrar la actividad de los hemisferios cerebrales, lo cual lo convierte en una especie de gimnasia mental insuperable.

En la década de los 60, Cousins Norman redactó *Anatomy of an illness*, donde redacta cómo se recuperó de la grave enfermedad de los tejidos conjuntivos que ningún doctor le daba muchos años de vida lo que convierte a una enfermedad irreversible, optó por ver todos los días películas las cuales le causaban mucha risa, con fe y con constancia Cousin se recuperó y puede transmitir a las demás personas su experiencia que para los demás puede ser imposible.

Antes de realizar la terapia de la risa debemos tener en cuentas las características de ciertos pacientes y ser muy cuidadosos, ya que nos pueden traer consecuencias graves. La risa en sí, especialmente cuando se trata de una risa muy intensa puede provocar problemas a corto plazo. Para una mujer que haya sufrido un parto por cesárea o algún sujeto con fractura en las costillas, la risa puede ser la peor de las pesadillas.

Diversos estudios han identificado posibles efectos nocivos de la risa, especialmente en relación a otros problemas de salud. Puede provocar, en ciertas condiciones, ataques de asma, síncope y micciones involuntarias.

Los efectos terapéuticos de la Risoterapia en niños son sorprendentes, las emociones son espontáneas y puras, por eso no se nos hace extraño verlos

reír a carcajadas ante pequeñas cosas. Las ganas de interactuar en cualquier actividad, la vitalidad que llevan como esencia hacen que puedan tener una rápida mejora y capten todo lo que se les trasmite.

En el caso de los niños hospitalizados, el uso de la Risoterapia se hace necesario, ya que los niños sufren múltiples cambios radicales: exámenes, tratamientos, rupturas con sus vínculos familiares, con sus pertenencias, con sus amigos, lo cual genera en los niños angustias y ansiedad, ayudándoles a sobrellevar con una simple sonrisa que nazca de su corazón, devolviendo al niño su derecho a jugar y hacer que su estancia en el Hospital sea más tolerable y menos frustrante.

### **1.3.5. Beneficios de la Risoterapia.**

Lograr canalizar los beneficios de la risa hacia un fin con un alivio sintomático.

### **1.3.6. Introducción del sistema.**

Es el proceso de atención psicológica orientado a los niños en condiciones de hospitalización que constituye un referente para la aplicación de la técnica, comprende el siguiente proceso:

- Evaluación Psicológica.
- Intervención psicológica, las cuales se presentaran a continuación:

## **Fase 1. Evaluación Psicológica.**

### **1. Contacto inicial.**

Mediante el diálogo vamos buscando en el paciente seguridad y confianza estableciendo rapport.

### **2. Recolección de información.**

Se realiza mediante una entrevista libre estableciendo un diálogo con la persona que se encuentra a cargo del paciente, la aplicación de instrumentos de evaluación hacia el niño ayudan a conocer cómo se encuentra el paciente.

### **3. Resultados.**

Se debe analizar el caso con el objetivo de plantear el tratamiento para poder obtener mejores resultados.

## **Fase 2. Intervención psicológica.**

### **Paso 1.**

Se inicia con la realización de ejercicios de respiración para que el niño se sienta relajado, tranquilo, y sus mecanismos de defensa bajan estableciendo el Rapport de una manera eficaz y rápida, cuando logramos un vínculo terapéutico se empieza a utilizar el humor. Buscando el lado gracioso o cómico de cualquier situación incluso podemos reírnos de nuestras propias conductas y creencias.

### **Paso 2.**

Se empieza a trabajar con la técnica de la Risoterapia utilizando el recurso necesario para poder obtener resultados positivos como la danza, cuentos,

chistes, títeres, globoflexia, buscando que el niño sonría con mayor facilidad, usado el humor siempre para facilitar los procesos de curación o mejoría y nunca para interrumpirlos.

### **Paso 3.**

Para finalizar con la técnica de la Risoterapia, se realiza diferentes preguntas al niño sobre cómo se siente al haber experimentado la técnica, como vivió la experiencia, que aprendió y que fue lo que más le gusto del proceso, de esta manera el paciente se quedará tranquilo con mucha felicidad.

Es importante finalizar con una canción en la que el paciente también interactúe dejándolo con una sonrisa dibujada en su rostro observando físicamente el cambio que se logró.

#### **1.3.7. El terapeuta de la risa.**

Ser el terapeuta de la risa no significa ponerse una nariz de payaso y tratar de hacer reír a las personas que se encuentran alrededor, ser terapeuta va mas allá, el terapeuta está velando por la mejoría del paciente (niño) para que se encuentre en un estado de ánimo estable, cuidando su aspecto emocional y físico, el Terapeuta de la Risa es el Clown Hospitalario o llamado también el Payaso Hospitalario, persona que va de cama en cama teniendo un contacto directo con el niño aplicando la técnica de la Risoterapia, utilizando todos los materiales necesarios hacia esa persona que se encuentra triste, adolorida, con mal genio dentro de un hospital, cuidando siempre su integridad y bienestar, buscando su pronta mejora. Por esta razón se ha visto importante realizar el perfil del líder Clown graficado en la tabla 1 tomado puntos de relevancia tanto en el comportamiento, preparación intelectual y suspicacia para la persona que desea ser un Clown o Payaso hospitalario elaborando los siguientes ítems:

**Tabla 1: Perfil del Líder Clown.**

<b>Perfil del Líder Clown.</b>
- Formación académica en Psicología Clínica.
- Manejo de herramientas psicoterapéuticas.
- Tener conocimientos sobre desarrollo y evolución infantil, patologías, diagnóstico, tratamiento y contra indicaciones de las mismas.
- Formación y preparación artística.
- Manejo de higiene hospitalaria.
- Alto nivel de adaptación y socialización.
- Generar relaciones empáticas con personas en situaciones de vulnerabilidad.
- Espíritu altruista.

**Fuente: Experiencia de campo.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

Los ítems presentados en el cuadro anterior están dirigidos para los líderes Clown, quienes se encargarán del manejo del grupo, el mismo que tendrá resultados positivos si esta persona resuelve primero los conflictos que presenta en su vida, evitando la transferencia hacia los entes en situación de vulnerabilidad.

Una vez especificado que el líder Clown tiene que cumplir con los ítems ya mencionados se establece que las personas que colaboran con este grupo ya sean voluntarios o por afinidad, no necesitan ningún perfil específico, sino el deseo de ayuda.

## **1.4. La Risa.**

### **1.4.1. Concepto.**

(Freud, 1905) resalta que el poder de las carcajadas en la liberación de energía negativa, demostrándose científicamente que “la corteza cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír”, por lo tanto el reír ayuda a eliminar esa carga que nos pesa, lo que nos genera un malestar e incomodidad incluso con nosotros mismos.

La risa es una expresión emocional producida por el organismo como contestación a diversos estímulos externos, obteniendo diferentes resultados, como sentimiento de bienestar, relajación del cuerpo, un cambio positivo en la forma de pensar de la persona hacia la vida y una nueva percepción ante los problemas que está atravesando en ese momento, tomando en cuenta que al estar de buen ánimo la resolución de los conflictos y problemas es positiva, porque se obtiene una tranquilidad para el escogitamiento de alternativas en la búsqueda de enmiendas.

Se ha considerado que la risa nace básicamente como una respuesta a momentos o situaciones de humor, como expresión externa de diversión, y relacionada con la alegría y la felicidad. Si la persona está pasando por un momento triste o difícil en su vida y no encuentra motivos de felicidad puede simular una sonrisa, la cual hará que la persona se sienta más tranquila y con confianza dejando a un lado todos los problemas de forma momentánea, estableciéndose así como método paliativo.

La risa es un regalo que nos brindamos, el cual se puede encontrar en nuestro interior sin tener que hacer mayor esfuerzo, la morfina que encontramos en nuestro interior es un material positivo que podemos producirla y utilizarla siendo este el que opaca las adversidades. Todas las personas tenemos algo especial y encantador escondido en nuestro interior,

lo importante es encontrarlo, saberlo expresarlo y darlo a los demás, de forma altruista, expresando así de esta manera un bienestar y exteriorizarlo a los demás.

El humor y la risa son dos elementos importantes que están conectados entre sí, pueden ser utilizados terapéuticamente de manera positiva. El humor sirve como una válvula interna que nos permite liberar tensiones, disipar las preocupaciones, relajarnos y olvidarnos de todo, la risa es una descarga de energía negativa que hemos acumulado permitiéndonos sentirnos más vivos y activos para realizar cualquier actividad.

#### **1.4.2. Origen de la práctica de la risa.**

La risa es una de las diferencias entre el hombre y los animales aunque hay investigaciones realizadas para saber si los animales se pueden reír, salen a la luz resultados sobre los orangutanes y chimpancés las mismas nos indican que son capaces de reírse, con lo cual la risa tendría una historia estableciéndose desde el principio de la creación, basándose en la evolución del ser humano, llegando a tener un valor genético que se ha transmitido por miles de años y que no ha sido afectado por las evoluciones.

“Las carcajadas tienen el poder de liberar del organismo energía negativa,” (Freud 1905, pág. 162), ponemos a trabajar todos los músculos del cuerpo, se limpian nuestros pulmones ya que la respiración es diferente, eliminamos toxinas, el cerebro libera impulsos eléctricos y metafóricamente todo lo negativo que tenemos expulsamos generando un sentimiento de bienestar.

En los últimos 30 años en las investigaciones realizadas en California la aplicación de la risa como una herramienta para que las personas sientan un bienestar positivo, ha avanzado mucho y cada vez lo utilizan más personas con un fin terapéutico y como medicina alternativa, en la actualidad ya existen hospitales en donde la técnica de la Risoterapia va de la mano con la

medicina tradicional aplicando la alegría y el buen humor como apoyo en la recuperación y tratamiento de enfermedades, obteniendo beneficiosos resultados tanto psicológicas como físicas.

### **1.4.3. Fundamentación biológica.**

Cuando la persona ríe se producen reacciones emocionales, y activa ciertas partes del cuerpo como:

En el sistema receptivo como la piel y órganos de los sentidos como la vista y el oído son activados al encontrarse en una situación que a la persona le genere humor, el sistema nervioso es activado por la acción fisiológica emocional y el sistema nervioso central realiza las más altas funciones, ya que atiende y satisface las necesidades vitales y da respuesta a los estímulos que se encuentran en el exterior, ejecutando tres acciones esenciales, que son la detección de estímulos, la transmisión de informaciones y la coordinación general y el sistema nervioso periférico y sistema músculo esquelético que posibilita que la emoción se transforme en risa-humor teniendo el movimiento necesario para poder expresar el placer que siente en ese momento la persona.

Un estímulo cuando adquiere significado emocional incita a reaccionar de determinada manera, en cuyo proceso los síntomas están interrelacionados. Las enfermedades son una tentativa de auto-curación ya que la mayoría de ellas son psicosomáticas lo que hace que sean una reacción biológica de supervivencia frente a un acontecimiento emocionalmente incontrolable o realmente frustrante para la persona, de manera que cualquier órgano dañado corresponde a un sentimiento preciso y tiene una relación directa con las emociones y los pensamientos.

“La risa favorece la producción y liberación de sustancias bioquímicas como la dopamina la cual cumple funciones de neurotransmisor en el sistema

nervioso central el cual juega un importante rol en la presión arterial, estado anímico y sistema nervioso” (Lasa 2011, pág. 43) graficado en la tabla 2. Su deficiencia produce una baja de la presión arterial, palidez, fenómenos depresivos y retención hídrica, la dopamina activa los cinco tipos de receptores de dopamina que a continuación se expondrá en cuadro.

**Tabla 2: Tipos de receptores Dopamina.**

<b>Tipos de receptores Dopamina.</b>	
D1	Relacionado con un efecto activador
D2	Relacionado con un efecto inhibidor
D3,D4.D5	Variantes

**Fuente: Diccionario Médico Dr. Alberto Martín Lasa (2011).**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

La dopamina es producida en muchas partes del sistema nervioso, especialmente en la sustancia negra, es también una neuro-hormona liberada por el hipotálamo. Biológicamente su función principal, es inhibir la liberación de prolactina del lóbulo anterior de la hipófisis, la dopamina tiene numerosas funciones en el cerebro, incluyendo papeles importantes en el comportamiento y la cognición, la actividad motora, la motivación y regulación de la producción de leche, el sueño, el humor, la atención, y el aprendizaje.

“La serotonina en el sistema nervioso central representa un papel importante como neurotransmisor interviene como mediador químico, es transportada por las plaquetas sanguíneas”, (Lasa 2011, pág. 49).

La serotonina actúa como inhibidor en los siguientes casos:

- Ira.

- Agresión.
- Temperatura corporal.
- Humor.
- Sueño.
- Vómito.
- Sexualidad.
- Apetito.

Todas las inhibiciones mencionadas anteriormente están relacionadas directamente con síntomas de depresión, particularmente, los antidepresivos se ocupan de modificar los niveles de serotonina en el individuo, que actúa como calmante y analgésico para estabilizar a la persona.

La adrenalina o epinefrina es una hormona vaso activa secretada por las glándulas suprarrenales bajo situaciones de alerta o emergencia, la adrenalina actúa principalmente sobre el músculo, el tejido adiposo y el hígado, comienza a secretarse en cuestión de segundos, pero su punto más alto se produce al llegar al minuto de producción. Su efectividad se extiende entre uno y tres minutos y tiene la capacidad de aumentar el metabolismo normal del cuerpo hasta en un cien por ciento, ante las situaciones de riesgo, las glándulas suprarrenales secretan la adrenalina, que relaja la musculatura de las vías respiratorias para permitir que ingrese más aire a los pulmones, estimula al corazón y lo hace latir más rápido y con más fuerza, las pupilas se dilatan para aumentar la capacidad de observar, la velocidad de la respiración aumenta y el sistema digestivo se retarda, de manera que entra más sangre a los músculos, los cuales se tensionan e incrementan la presión arterial favoreciendo la vigilia y recepción, proporcionando mayor creatividad, es el mediador químico de los nervios adrenérgicos: estimula los receptores alfa y beta. Acelera el corazón, aumenta la fuerza y la amplitud de los latidos cardiacos, contrae los vasos sanguíneos (pero dilata las arterias coronarias y las de los músculos esqueléticos), eleva la tensión arterial y la glucemia, inhibe las musculaturas bronquial e intestinal, aumenta

las secreciones y provoca midriasis, la adrenalina ayuda a que la persona se siente mejor, más despierta, con ganas de realizar cualquier actividad y que mejor que ayude a su salud.

Cuando una persona se ríe de verdad libera endorfinas que aumentan la alegría, eliminan el dolor, aumentan la felicidad, las ganas de vivir. Las endorfinas tienen un papel esencial en el equilibrio entre una actitud vital y la depresión, ya que su segregación provoca un estado de euforia y una sensación de felicidad. Cuando la endorfina comienza a proporcionar dosis extras se reduce el dolor físico y aumenta el amor por la vida, y a medida que en el cuerpo circula más cantidad de endorfina de lo habitual, las cosas insignificantes producen una enorme alegría. También intervienen en uno de los efectos terapéuticos de la risa más conocidos: su utilidad para combatir el estrés.

Reír disminuye los niveles sanguíneos de cortisol (hormona encargada de subir la tensión sanguínea y la frecuencia cardíaca) y aumenta la actividad de los linfocitos (células del sistema inmunitario que combaten virus y bacterias). En otras palabras, modula la respuesta hormonal al estrés y refuerza el sistema inmunitario debilitado por éste.

Si bien son muchos los factores psicológicos que influyen en el estado de ánimo, “La endorfina cumple un papel importante en el equilibrio en situaciones angustiosas externas y la vida cotidiana” (A.P.E.N.B. 2011). Como todas las hormonas, la endorfina es una sustancia bioquímica que en este caso actúa como analgésico y euforizante natural, es considerada la verdadera droga de la felicidad.

#### 1.4.4. Beneficios de la risa.

Los beneficios de la risa en el caso de pacientes hospitalizados que presentan estrés que genera la misma enfermedad, la estancia hospitalaria y el contacto con el personal de salud, generando resultados favorables con la aplicación de la técnica, no sólo en el área pediátrica sino también en los adultos.

“La Risoterapia es una técnica de curación reciente, genera una sustancia benéfica para su organismo, permitiéndonos gozar de la risa como un privilegio que tiene el ser humano” (Castellvi 2010, pág. 41), mediante la cual se consigue generar estados anímicos que influyen en nuestro cuerpo y nuestra mente concibiendo un fabuloso bienestar a la persona, una visión positiva y tranquila de las cosas, haciéndonos sentir más humanos, y hermanados.

La risa tiene como ventajas (Castellvi, 2010):

- Inmuniza contra la depresión y angustia.
- Al reír, el cerebro hace que nuestro cuerpo produzca sedantes naturales similares a la morfina, utilizadas en premedicación, anestesia, analgesia, como tratamiento del dolor, esas segregaciones actúan como drogas naturales que circulan por el organismo, resultan cientos de veces más fuertes que la heroína y la morfina, esos cinco o seis minutos de risa continua actúan como un analgésico gratuito que no tienen efectos secundarios. Además al reírnos estamos haciendo ejercicio, con cada carcajada se ponen en marcha cerca de 400 músculos, incluidos algunos del estómago que sólo se pueden ejercitar con la risa, actuando así como masaje en la columna vertebral y cervicales que es donde se acumulan las tensiones y el estrés, de esta forma se generan distensión columnar provocando alivio corporal, se estimula el bazo y se eliminan las toxinas. Con este

movimiento el diafragma origina un masaje interno que facilita la digestión y ayuda a reducir los ácidos grasos y las sustancias tóxicas.

- Se lubrica y limpian los ojos con lágrimas. La carcajada hace vibrar la cabeza y se despeja la nariz y el oído.
- Cuando reímos entra el doble de aire en los pulmones, de ahí la piel se oxigena más. En concreto, los pulmones mueven 12 litros de aire en vez de los 6 habituales, lo que mejora la respiración y aumenta la oxigenación, con esto se desmiente la idea de que la risa provoca arrugas en el rostro, al contrario lo tonifica.
- La risa nos da felicidad, además de favorecer en la producción de endorfinas, también hay más encefalinas en el cerebro, ambos neurotransmisores que se encuentran sobretodo en el sistema límbico y cuya función es combatir el dolor.
- Mejora la oxigenación el cerebro y del cuerpo en general.
- Regulariza el pulso cardíaco.
- Disminuye la presión arterial de la sangre.
- Se fortalecen los lazos afectivos entre los individuos al brindar una sonrisa.
- Se genera una mayor respuesta del sistema inmunológico ante la enfermedad y por lo mismo podemos ver una mejora pronta del paciente.
- Sirve para descargar tensiones, potencia la creatividad y la imaginación.
- Incrementa la autoestima y la confianza en uno mismo.
- Es una fórmula eficaz para eliminar pensamientos y emociones negativas.
- Alivia el insomnio al producir una sana fatiga que el sueño repara con facilidad.
- Disminuye los niveles de ansiedad en los niños.

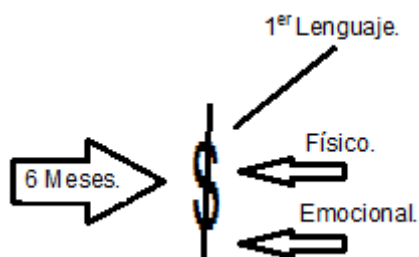
#### 1.4.5. Formas de la risa.

“En función de la fuerza con que se produce, la risa puede variar tanto en su duración como en su tono y características” (Freud 1905, pág. 93), así, usamos distintas palabras para describir lo que consideramos diferentes tipos de risa:

- **Chasquido:** Endebles innata de la síntesis psíquica por una alteración emocional que genera una defensa exterior por medio de la risa.
- **Carcajada:** Habilidades que nos ayudan a liberar tensiones del cuerpo como como una reacción psico-fisiológica, y mecanismo de defensa histérico.
- **Risotada:** Risa evocada por el inconsciente como inhibición histérica hacia un terror presentado.
- **Risa despectiva:** La risa burlona es utilizada como sentimiento emocional alterno hacia una ofensa no provocada, haciendo alusión personal y desmerecimiento.
- **Risa nerviosa:** Mecanismo de euforia sobre un estímulo exterior, generando mecanismos de defensa no controlados, generando perturbaciones reales.

De entre las señales emocionales, la sonrisa es la más contagiosa de todas, y el hecho de sonreír alienta los sentimientos positivos. Al igual que la risa propiamente dicha, la sonrisa es innata, y los niños sordos y los ciegos lenguaje del ser humano, inicialmente es un comportamiento físico, y paulatinamente va evolucionando hasta convertirse en una conducta emocional expuesta en el Gráfico 1. La autoinducción del gesto de sonreír puede mejorar nuestro estado de ánimo.

**Gráfico 1: Grafo del sujeto y su primer lenguaje.**



**Fuente: “El Chiste y su Relación con el Inconsciente” (1905).**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

Se ha demostrado que la risa varía en función del género: las mujeres tienden a reírse de una forma más cantarina, mientras que los hombres tienden a reírse bufando o gruñendo.

#### **1.4.6. Cualidades del ser humano sobre la risa.**

El hombre y la mujer son los únicos animales racionales que pueden demostrar sus sentimientos tal y cual lo sienten, incluida la risa o la carcajada. Es un sentimiento humano y al mismo tiempo irracional que es provocado por estímulos externos, nos reímos de lo que vemos, de lo que oímos, por imágenes mentales, por el placer de un hecho, por gesticulaciones cómicas, ocurrencias de nuestros amigos o compañeros de trabajo, algo necio o soez, por preguntas y frases absurdas, por ironías inteligentes y divertidas, en investigaciones realizadas no se ha comprobado todavía porqué hay personas que se ríen más que otras.

(Freud, 1905) aduce que el chiste lo puede realizar cualquier persona, incluso inconscientemente utilizamos técnicas que ayudan a que la persona pueda encontrar chiste de lo que la otra persona está contando en ese momento.

### **1.4.7. Teoría de la Risa.**

#### **Thomas Hobbes.**

La risa es una forma de gozarse, de creerse superior a otros, se trata de un acto de poder. En la risa se experimenta el gozoso disfrute de nuestra superioridad: una presunción de preeminencia.

El insolente de la risa, de la parodia, de la sátira, impugna las costumbres, rompe lo que es habitual, se burla de aquello que es tenido como venerable. Por eso temía tanto Hobbes al insolente de la carcajada: ahí está el desafío primario al poder y lo sagrado. Por eso la burla es la chispa que aviva el laicismo.

#### **Schopenhauer.**

Nos habla Schopenhauer que los chistes no se trata de un objeto intuitivo o real, sino de un concepto específico subordinado a otro superior o genérico, y sin embargo, se produce la risa porque la imaginación lo realiza, es decir, los sustituye con una representación visible, surgiendo entonces la divergencia entre el concepto y la intuición.

#### **Sigmund Freud.**

La técnica del chiste opera mediante incongruencias, absurdos, juegos de palabras, exageraciones, dobles sentidos, y es la misma que la de los sueños. El humor y el chiste constituyen una suerte de regresión a modos infantiles de actuar y pensar, una forma de escapar de la realidad y sus exigencias; lo mismo que las neurosis y las psicosis, pero no una forma patológica, como éstas, sino gratificante. Por una parte el chiste nos proporciona placer mediante procesos mentales que permiten liberarnos de la necesidad de ser lógicos, morales, realistas, y por otra nos libera también de deseos e impulsos prohibidos de carácter inconsciente, que el chiste

disfrazas, aliviando así la ansiedad asociada a la manifestación de tales deseos e impulsos. En un chiste, al menos por un momento, la agresividad, la obscenidad o el absurdo nos están permitidos, para Freud la risa sería un mecanismo de defensa que el Yo utiliza para protegerse de la ansiedad y la frustración.

#### **1.4.8. La técnica del chiste según Sigmund Freud.**

(Freud, 1905) nos indica que existen diferentes técnicas en las que un chiste puede ser contado hacia las demás personas causando carcajadas o risas. Debemos saber manejar la destreza de una manera adecuada y así podremos diferenciar la técnica que se está utilizando a continuación se mencionan diferentes destrezas con las que podemos causar chiste.

##### **1.4.8.1. La condensación del chiste.**

La Técnica de la condensación dentro del chiste actúa sobre las palabras, cambiando letras que al contar causa chiste, en los nombres propios esta técnica es la más utilizada, causa más gracia, se puede mezclar letras de un párrafo cualquiera que combine, las carcajadas no esperan. Se puede hacer en cualquier idioma, funciona de la misma manera, palabras completas también se pueden unir y obtener una nueva palabra donde surge un buen chiste.

El resultado de la condensación que se puede observar, por un lado la abreviación de palabras, y por otro, es una infiltración de los elementos constitutivos de ambos componentes, el chiste sonará mejor mientras más pequeño sea la modificación sustitutiva.

Hay que tomar en cuenta que el chiste solo depende de la expresión verbal que es el resultante de la condensación, no en todos los chistes aparecerán

como técnica la condensación, hay muchas clases más de técnicas que servirán para que se pueda formar un chiste incluso incluyendo dos técnicas al mismo tiempo.

#### **1.4.8.2. Empleo múltiple de un mismo material.**

Las palabras pueden ser utilizadas de muchas maneras, y darles el significado que el sujeto crea necesario, en el caso de los chistes podemos dar doble sentido a ciertas palabras al narrar una simple historia o un chiste en sí, de esta manera nos damos cuenta que la palabra es maleable, de acuerdo a determinado contexto la palabra va cambiando su significado, despojándola de su primitiva significación, en otra clase de contextos la palabra no cambia su significado.

El chiste y como llega a causar efecto en la persona depende bastante del tipo de personalidad del sujeto, muchas veces también del estado de ánimo y en qué momento de su vida está pasando, son ciertas cualidades que ayudarán a que sea un buen chiste y a los oyentes les cause gracia, el tono de voz influye al contar la historia, podemos encontrar individuos chistosos que cualquier chiste que cuente por mas pésimo que sea la audiencia se llenará de carcajadas, esta clase de personas saben cómo hacerlo, en qué momento y que instrumentos utilizará. El múltiple empleo de las mismas palabras en la narración del chiste constituyen un ahorro, este ahorro refiere a la expresión verbal y automáticamente este ahorro genera el chiste.

#### **1.4.8.3. El doble sentido.**

El doble sentido no contiene al chiste más que a una palabra susceptible de una múltiple interpretación, que permite al oyente hallar el paso de un pensamiento a otro, paso que puede hacerse equivaler a cualquier desplazamiento. Mas en el chiste, si utilizamos la técnica de desplazamiento

el chiste contiene un mismo proceso mental en el que aquél se ha llevado a cabo.

Todos los casos utilizados en múltiple empleo pueden ser vistos como doble sentido, que pueden reunirse para formar este tercer grupo y tomarla como una técnica más, razón por lo cual vamos a ver subdivisiones.

- Los casos de doble sentido de un nombre propio.
- El doble sentido de la significación objetiva y metafórica de una palabra.
- El doble sentido propiamente dicho, o juego de palabras.

Todas estas subdivisiones nacen de un manejo adecuado de palabras, situaciones y momentos que ayudan a que el chiste se dé, se necesita manejar bien esta técnica, que por cierto no se las realiza de manera consciente sino mas bien inconsciente, por esta razón al principio se mencionaba que el chiste envuelve una realidad que en ese momento nos está afectando.

“Mediante la técnica del chiste el sujeto ahorra palabras que hubieran acudido sin esfuerzo alguno”, (Freud, 1905), al contrario de ahorrarse decir menos palabras la persona tiene que tomarse el trabajo de descubrir aquella única palabra que cubra ambas ideas, haciéndola revestir una forma poco corriente que facilite la unión con la segunda. Hubiera sido más sencillo, fácil y hasta económico expresar ambas ideas, pero aquí viene el esfuerzo que el individuo hace por buscar esa palabra que no llego fácilmente pero a cambio genera placer y el chiste se da.

El proceso del chiste no es igual al juego de palabras, pues no juega con ellas, sino únicamente utiliza los sonidos de las palabras, por lo que pasa desde el sonido de palabras a la palabra misma. Hay técnicas del chiste que residen solamente en el desplazamiento del acento en la palabra expresión verbal.

Vamos a encontrar que el narrador utilice diferentes técnicas, por ahí introduce palabras sin sentido o palabras desatinadas a algo simple, cuyo sentido es la revelación de otro desatino o simpleza, en los oyentes esto causará gracia, para otra expresión chistosa. Existen chistes de superación, en ellos se sustituye el si, que aparecería en la reducción, por un no; pero este no equivale por su contenido a una enérgica ratificación, el mismo mecanismo puede tener lugar a la inversa. La contradicción aparece sustituyendo a una confirmación superada.

La alusión es quizá el más corriente y manejable de todos los medios del chiste y constituye el fundamento de la mayoría de los chiste de corta vida que acostumbramos a introducir e nuestra conversación, los cuales no pueden subsistir por sí mismos. La alusión tampoco es chistosa en sí, existen alusiones de correcta elaboración que no pueden pretender tal carácter. Sólo la alusión chistosa lo posee.

#### **1.4.8.4. Chistes “Representación Antinómica”.**

Se usa el material primero afirmándolo y luego negándolo, hemos podido ver mucha variedad de técnicas, pero estas técnicas se pueden dividir en solo dos, las demás serían variaciones de ellas mismas, las dos grandes técnicas serian la condensación y el desplazamiento.

De esta forma se puede mostrar como en realidad sólo utilizamos dos técnicas en la elaboración del chiste que son las mismas utilizadas en los sueños.

#### 1.4.8.5. Desplazamiento.

El desplazamiento es la desviación del proceso mental, es decir el desplazamiento del acento psíquico sobre un tema distinto del iniciado, existe una relación entre el doble sentido y el desplazamiento, pero en cierto modo son independientes en cuanto a valorarlos como técnicas del chiste.

En el doble sentido solo hay una palabra la cual el oyente la puede interpretar a su manera, tendría que ver poco con la elaboración del chiste. En el doble sentido hay varias interpretaciones. Y en el desplazamiento esta interpretación depende del conocimiento sobre el que se realiza el chiste.

#### 1.4.8.6. Múltiple empleo del mismo material.

El múltiple empleo de las mismas palabras constituye un “ahorro”. No todo el ahorro en los chistes suele ser chistoso, Freud nos indica alguna variedad de palabras con las que podemos ahorrar palabras como:

- **La total o fragmentada.-** Indica que la repetición de varias veces una idea o palabra. Puede quedar dividido también en sílabas entonces le da un aspecto diferente.
- **Variación del orden.-** Es una variación del orden de la frase. Es decir primero se dice de una forma y luego se realiza una alteración. Tiene la intención de que parezca que se han dicho cosas distintas. En el chiste podemos ver expresada una misma idea pero la segunda vez que aparece la idea su variación hace que sea chistosa.
- **Ligera modificación.-** La palabra o frase o idea se vuelve a ver repetida pero con una ligera modificación.

- **La misma palabras con o sin sentido.-** Es la repetición de la misma palabra aunque no tengan sentido. El pensamiento expresado en la frase carece de todo valor, no constituyendo más que una muy insignificante definición de los celos. No hay constatación de representaciones, tampoco hay contracción sino más bien tiene un efecto de ampulosidad.

#### **1.4.8.7. Retruécano o chiste por simili decadencia.**

Los chistes llamados retruécanos se caracterizan por pertenecer a la clase más ínfima del chiste verbal, por ser los que con mayor facilidad y menor gasto de ingenio se producen. Tiene un parecido con el juego de palabras pero se diferencia en que el juego de palabras tiene una misma palabra doble significación, mientras que el retruécano hay una palabra con una significación pero este recuerda a otra palabra análoga, estos chistes se pueden llamar también chistes por similitud. Esta clase de chistes se modifica con mucha frecuencia una de las vocales de la palabra. La similitud se puede definir de la siguiente forma:

Figura que consiste en emplear al fin de dos o más cláusulas, o miembros del período, nombres en el mismo caso de la declinación, verbos en igual modo o tiempo y persona, o palabras de sonido semejante.

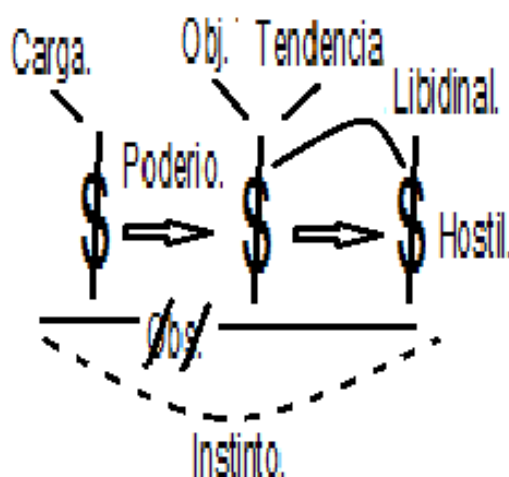
#### **1.4.9. Dinámica del chiste tendencioso.**

El chiste tendencioso está formado en general de tres personas, una es la persona que dice el chiste, la segunda a la que se toma por objeto de la agresión hostil y sexual, y la tercera persona en la que se cumple la intención creadora de placer del chiste.

Este proceso dentro de la narración del chiste se da como el impulso libidinoso de la primera persona, al encontrar detenida su satisfacción por la resistencia de la mujer, una tendencia hostil hacia esta segunda persona y llama en su auxilio, como aliado contra ella el tercer sujeto, que en la situación primitiva hubiera simplemente servido de estorbo.

Por lo que en resumen el chiste lleva a la satisfacción de un instinto (libidinoso y hostil) en contra de un obstáculo que se le opone y extrae de este modo placer de una fuente a la que tal obstáculo impide el acceso. De esta manera la persona que cuenta el chiste se sienta satisfecha porque ya descargo y pudo pasar el obstáculo que apareció Gráfico 2.

**Gráfico 2: Dinámica del chiste tendencioso.**



**Fuente: "El Chiste y su relación con el Inconsciente" (1905).**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

El objetivo del chiste tendencioso está en contra de lo digno y poderoso, que se halla protegido por obstáculos interiores o circunstancias externas contra todo rebajamiento directo, nos fuerza a una especial idea de determinados grupos de chistes que están dirigidos a personas que valen menos e indefensas, que en el momento de la agresión no se pueda defender.

Dentro de estos chiste ofensivos encontramos la técnica de contrasentido, es con frecuencia una sustitución de la burla o la crítica existentes en los pensamientos que tras del chiste se esconden, cosa en la que la elaboración del chiste actúa en forma idéntica a la de los sueños.

#### **1.4.10 Las intensiones del chiste.**

Según (Freud, 1905) el chiste se va a dividir en verbal e intelectual, de un lado, y el chiste abstracto y tendencioso, del otro, las dos divisiones son totalmente independientes una de la otra. Los chiste inocentes son generalmente verbales, utilizan el juego de palabras y la semejanza, hay otros, no menos abstractos e inofensivos, que se toman de todos los medios del chiste intelectual, por lo general lo realizan personas que no tienen conocimiento sobre algo, en este caso se da más por los niños, que asumen ciertas cosas y con solo hablar, son inofensivos, la persona no sabe porque se ríen los demás, además poseen un rico contenido y expresa algo muy valioso.

Ciertas cualidades nos harán ver qué tipo de chiste tiene valor psíquico por lo que en algunos expresamos pensamientos que deseamos extraerlos, estos se encuentra en nuestro interior, lo cual hace que se convierta en un material muy importante, pero tenemos también los chistes inocentes de palabras y los faltos de contenido que nos presentarán el problema de chiste en su más puro aspecto, pues en ellos no corremos el peligro alguno de que la tendencia nos confunda o engañe nuestro juicio el acierto del pensamiento expresado.

#### **1.4.11. Parte sintética.**

El chiste queda ya reconocido como un factor de poder psíquico. Los grandes instintos y tendencias de la vida anímica lo toman a su servicio para

alcanzar sus fines, el chiste primitivamente libre de tendencias y que comenzó como un juego, entra inmediato en relación con estilos a las que definitivamente nada de lo que constituye la vida anímica puede escapar.

#### **1.4.12. El chiste según Th, Lipps.**

Según (Lipps, 1905), tomado por Freud en la obra citada, refiere, “El chiste es la forma de la persona o cosa de hacer reír de forma subjetiva, no es voluntario del sujeto” (Freud 1905, pág.102), eliminando la forma subjetiva del individuo basándose solo en el deseo innato de comunicación corporal sentimental, K. Fisher en la misma obra nos dice “El chiste es un juicio juguetón, esto consiste de una observación juguetona de las cosas, podemos observar un objeto de la forma que todas las personas las observan, por lo que no demandamos nada de él para encontrar el chiste, sino mas bien nos contentamos con el goce que nos proporciona su contemplación” (Freud 1905, pág.104), sabiendo que el goce de cada uno de los sujetos es diferente, el chiste forma parte fundamental en la función del mismo en pronunciados.

La conducta estética (Fisher, 1905) es lo contrario al trabajo, es un juego, la libertad del juego surge de un juicio que tenemos las personas por naturaleza, por esta razón para algunas personas hay chistes que no les causa gracia, porque están yendo contra su juicio pero para otras personas es un buen chiste y lo disfrutan. Tenemos que tomar en cuenta que la libertad produce el chiste, sin olvidarnos que el chiste es un juego de ideas. Se ha tomado el concepto del chiste como una habilidad de hallar analogías entre lo disparate, esto nos indica que las personas expresamos un pensamiento disfrazado hacia la otra persona, proyectándolo como chistoso, pero con verdad.

(Fisher, 1905) ha encontrado dentro de los juicios del juego diferencias, mas no analogías y lo importante hacer surgir lo oculto de lo escondido, por el

contrario, Lipps en la misma obra hace resaltar a su vez, que todas estas definiciones ya mencionadas están basadas en la cualidad del sujeto chistoso, mas no al chiste en sí, aclara también que el chiste dice lo que tiene que decir, no necesariamente en pocas palabras sino en menos de las necesarias pero siempre son entendibles y con lógica.

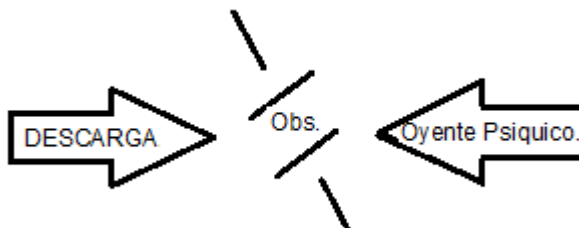
Si nos ponemos a clasificar al chiste, encontramos el chiste basado en medios técnicos y el empleo del chiste en el discurso oral (chiste por efecto de sonido, juego de palabras, chiste caracterizante, satisfacción chistosa).

#### **1.4.13. El chiste como fenómeno social.**

La elaboración del chiste es sin duda un excelente medio de extraer placer de los procedimientos psíquicos, mas no todos los hombres se hallan igualmente capacitados para servirse de este método, otras personas extraerán de distintas maneras por ejemplo de los sueños, material también muy importante dentro de la vida del ser humano donde podemos encontrar cosas relevantes. Tenemos que tomar en cuenta que el chiste se relaciona con la persona directamente y será expuesto de acuerdo al momento que el sujeto está pasando, hay chistes que son similares a las condiciones personales.

El proceso psíquico de la formación del chiste no parece terminar simplemente con el acto de ocurrírsenos, queda aún algo que tiende a cerrar con la comunicación de la ocurrencia, el desconocido mecanismo de la producción. Cuando lo cómico surge ante nosotros, lo primero que hacemos es reír de lo que nos contaron, sin ocuparnos de hacer participar a alguien de nuestra risa, aunque no toda la risa pero la que es producida por el chiste, es un signo de placer Gráfico 3.

**Gráfico 3: Dinámica de los objetos como fenómeno social.**



**Fuente: “El Chiste y su relación con el Inconsciente” (1905).**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

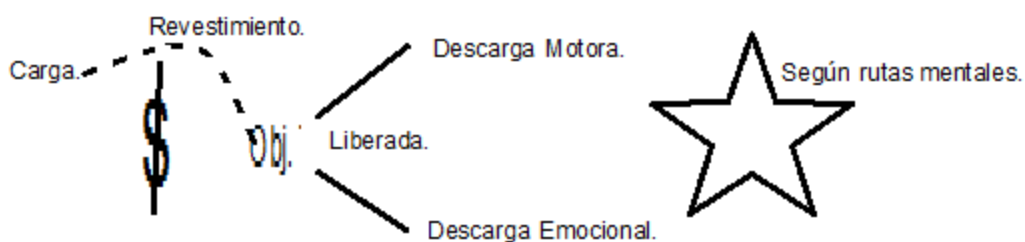
Cuando vemos a la otra persona reír sobre el chiste narrado y en cambio el autor del chiste no, tenemos que pensar que en el primero es removido y derivado un gasto de revestimiento, mientras que en la elaboración del chiste nos encontramos obstáculos que se oponen a la descarga. Hay que resaltar que el proceso se verifica en el oyente (tercera persona), de él mismo se proporciona, con poquísimos gastos de su parte, el placer del chiste, se diría que este placer es regalado. Resulta pues que el oyente se ahorra el gasto psíquico, tras el conocimiento del mecanismo de la risa, diremos más bien que la energía de revestimiento dedicada a la retención, ha venido disminuyendo, a causa del establecimiento de la representación prohibida, logrado por medio de la percepción auditiva, repentinamente superflua, quedando removida y dispuesta a descargarse en la risa, razón por la cual el oyente del chiste ríe por la magnitud de energía psíquica que ha quedado en libertad por la eliminación de la carga de retención como se demuestra en el gráfico número cuatro.

Si la tercera persona libera una magnitud de energía de revestimiento capaz de descargar, habrá de cumplir varias condiciones, o por lo menos será su cumplimiento muy favorable las condiciones son las siguientes:

1. Ha de quedar asegurado que la tercera persona lleva a cabo realmente este gasto de revestimiento.

2. Debe evitarse que el revestimiento, una vez libre, halle un empleo distinto en lugar de ofrecerse a la descarga motora.
3. Será en extremo ventajoso que el revestimiento sea intensificado previamente en la tercera persona.

**Gráfico 4: Dinámica sujeto, objeto y descarga**



**Fuente: “El Chiste y su Relación con el Inconsciente” (1905).**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

El primer punto de las condiciones señaladas fija una de las cualidades del tercer sujeto como oyente del chiste. Tiene éste que coincidir psíquicamente con la primera persona lo bastante para disponer de las mismas retenciones internas que la elaboración del chiste ha vencido en la misma. El individuo acostumbrado a dichos chistes “verdes”, no podrá extraer placer alguno, las personas acostumbradas a los insultos no se verán agredidos por los chistes que son elaborados con palabras vulgares y groseras. Por lo tanto, cada chiste exige un público especial, y el reír de los mismos chistes prueba una amplia coincidencia psíquica.

La segunda condición es considerada como la más importante. Hallamos la explicación teórica de la inseguridad del efecto del chiste cuando en el oyente son despertadas representaciones fuertemente excitantes por los pensamientos expresados en el mismo; circunstancias en la que de la coincidencia o contradicción entre las tendencias del chiste y la serie de pensamientos que domina al oyente depende que se conceda o niegue

atención al proceso chistoso. Pero todavía presenta mucho interés teórico una serie de técnicas auxiliares del chiste, que se hallan evidentemente al servicio de la intención de apartar la atención del oyente del proceso del chiste y dejar que el mismo se realice automáticamente. Decimos con toda intención automáticamente y no inconscientemente, porque este último calificativo pudiera inducirnos en error. Trátese aquí tan solo de mantener alejada la sobrecarga de la atención del proceso psíquico, incitado por la audición del chiste, y la utilidad de estas técnicas auxiliares nos hace sospechar que precisamente el revestimiento de atención toma gran parte en la vigilia y nuevo empleo de la energía de revestimiento que queda libertada.

El chiste se sirve de los medios siguientes: en primer lugar, tiende a una expresión la más breve posible, para ofrecer a la atención un mínimo de superficie que puede ser atacable, en segundo, cumple la condición antes indicada, de ser fácilmente comprensible, pues en cuanto exigiera una labor intelectual, una selección entre diversas rutas mentales, peligraría su efecto, no solo por lo inevitable gasto intelectual, sino también por el despertar de la atención.

El tercer punto tiene que ver con los medios auxiliares aparecen en la mayoría de los casos, la atención dirigida hacia el chiste, pero al mismo tiempo, anulan su posible influencia, encadenándola y estorbando su movilidad. En estos dos sentidos actúa todo aquello que despierta interés y produce desconcierto, ante todo el disparate, la contradicción y aquel contraste de representaciones de que los investigadores quieren hacer el carácter esencial del chiste y en el que no existe un medio de intensificar el efecto del mismo. Todo lo desconcertante provoca en el oyente aquel estado de la distribución de energía que Lipps ha calificado de estancamiento psíquico deduciendo luego muy justificativamente que la descarga, será tanto más fuerte, cuanto más elevado sea el estancamiento.

#### **1.4.14. El Chiste en los niños.**

Toda la clasificación que hace Freud sobre los chistes en su libro se han cumplido con la mayoría de niños, es importante conocer que aunque el estado de ánimo del paciente se encuentra bajo el niño tiene capacidad de encontrar esa fuerza interna, esas ganas de jugar, cantar y hablar con la persona que se encuentra frente a él.

Lo principal es establecer confianza en el niño ese rapport que nos ayudará a que empiece a contar anécdotas que le ha pasado refiriéndose a la misma enfermedad o a cualquier otra situación, inconscientemente el niño utiliza cualquier técnica de chiste, provocando sonrisas y hasta carcajadas, en ocasiones los niños cuentan chistes que han escuchados en su escuela contados por cualquier amigo o algún miembro de la familia en su casa, generando recuerdos y concluyendo en muchas risas; En ese momento los niveles de ansiedad bajan y podemos observar físicamente como la persona mejoró, no necesitamos mucho tiempo, es cuestión de minutos para poder ver los resultados positivos que hay tanto para el paciente como para el familiar que se encuentra en ese momento acompañando.

#### **1.4.15. Efecto del chiste en los niños.**

Los chistes estimulan el buen humor de los niños, fomentan la risa, desarrollan su vocabulario, y los divierten, provocan buenas y grandes sonrisas en las personas que cuentan y que escuchan. Normalmente cuando los niños ingresan en el curso de Primaria, a partir de los 6 años de edad, suelen aprender algunos chistes a través de los libros y de intercambios con sus compañeros de colegio causando mucha alegría al reproducir el chiste sintiéndose feliz.

## 1.5. Infancia.

Se considera importante en este punto abordar el tema de la infancia con sus características para identificar sus principales emociones, alegrías, tristezas, miedos y temores, con el fin de identificar la influencia de la Risoterapia sobre dichas emociones y sobre todo la ansiedad donde se dirige el punto esencial de la presente investigación.

La infancia es un período comprendido entre el momento del nacimiento y los doce años, aproximadamente. Esta primera etapa de la vida es fundamental en el desarrollo, pues de ella va a depender la evolución posterior, y sus características primordiales serían las físicas, motrices, capacidades lingüísticas y socio afectivas, es importante enseñarle al niño a sonreír los humanos tenemos la características de ser un espejo ante las demás personas, en especial en la etapa de la infancia, si le enseñamos a sonreír ese niño aprenderá a sonreír ante las diferentes dificultades que se le presentan más adelante tomando lo positivo de la vida sin amargarse, mucho menos ahogarnos en un vaso de agua, por esta razón la risa puede decir que es la expresión de movimientos y sonidos congénitos, hasta espasmódicos del rostro, que generalmente son acompañados por el resto del cuerpo y son generados o desencadenan un estado de ánimo alegre.

### 1.5.1. Desarrollo emocional del niño.

Según (Cantero, 2000) “Los estilos afectivos sintetizan un conjunto de rasgos emocionales que poseen cierta estabilidad como respuesta a una situación determinada”. Estos rasgos se perfilan en la infancia y acompañan al sujeto a lo largo de su trayectoria vital. Se pueden diferenciar cuatro estilos afectivos:

- **El apegado seguro.-** Su comportamiento afectivo se caracteriza por mostrar curiosidad por lo que le rodea y tener confianza en si mismo y

en los demás. Es sociable, autónomo y posee un elevado nivel de autocontrol. Muestra una buena capacidad de adaptación a las diferentes situaciones y circunstancias.

- **El apegado ambivalente.-** Manifiesta inseguridad en su comportamiento, se queja habitualmente del comportamiento de los demás, es dependiente y posee una escasa habilidad de autocontrol. Tiene dificultades para explorar y afrontar las situaciones novedosas y posee un autoconcepto más negativo.
- **El apegado alejado.-** Rehúye las relaciones interpersonales, es exageradamente autosuficiente, frío y distante, se excede en el autocontrol.
- **El apegado temeroso.-** Necesita relacionarse con los demás, pero teme hacerlo y se aísla. Posee un bajo autoconcepto.

### **1.5.2. Miedos y temores en la infancia.**

El miedo incapacita al niño, genera problemas de autoestima, les produce angustia y ansiedad, y no les deja disfrutar de momentos bonitos en los que otros compañeros pasan sus mejores ratos. “El niño miedoso no suele entender qué le pasa, ve que sus amigos se divierten y él se siente incapaz tan siquiera de relajarse” (Hurlock, 1988).

Es importante, detectar el grado de malestar que les generan los miedos para poder actuar y también pedir ayuda profesional psicológica si lo consideran necesario. Un niño con miedo se tiene que sentir comprendido, ver que puede contar lo que le está pasando porque alguien le entiende y además le tiene en cuenta, muchos de los niños no saben comunicar lo que le sucede sintiendo ansiedad apareciendo los miedos hacia al específico.

### **1.5.3. Ansiedad en los niños.**

Son un grupo de entidades nosológicas psiquiátricas que pueden presentarse en todas las etapas del desarrollo (niño, adolescente, adulto), pero que adquieren una importancia fundamental en la niñez. Los niños portadores de algún tipo de trastorno de ansiedad tienden a tener un tipo de pensamiento particular que se caracteriza por ser exagerado, irracional, negativo.

## **1.6. La ansiedad.**

### **1.6.1. Conceptos básicos.**

La ansiedad es una sensación más mental de alarma y malestar que en ese momento la persona atraviesa sin saber la razón, aparece con un pensamiento temiendo que cualquier cosa negativa pueda ocurrir, sintiéndose continuamente en tensión y con falta de aire.

La angustia hace referencia a una sensación más corporal, asfixiante, escalofriante, en donde llega a encoger el pecho o el estómago asimilando un sentimiento incómodo, haciendo consciente este malestar apareciendo como un temor a morir o enloquecer lentamente existe elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, suele estar acompañado por un intenso malestar psicológico, pensamientos negativos llega a la mente de la persona.

La ansiedad es difícil diferenciarla conceptualmente de la angustia, las dos comparten ciertas características como el no saber porque la persona siente ese malestar ya sea corporal o mental, casi es difícil diferenciarlas, y las personas que atraviesan por estos trastornos pueden indicar que no es agradable y causa mucha desesperación esperando siempre lo peor. La ansiedad para hablar del aspecto psíquico y angustia cuando refiere el aspecto somático.

### **1.6.2. Epistemología de la ansiedad**

La ansiedad está presente en los niños en todos los grados y formas, la ansiedad infantil es poco ha sido poco explorada," las ansiedades fisiológicas como fenómenos dependientes de la maduración deben ser diferenciados de los síndromes típicos de la edad" (Lozano y Sánchez 1995, pág. 9). Tales como la ansiedad por separación, fobias escolares, síndromes

de ansiedad por timidez, que se producen cuando uno quiere salir de su caparazón en la adolescencia.

### 1.6.3. Teoría de la ansiedad según S. Freud.

“Inhibición, síntoma y angustia” (Freud, 1926), enfoca la ansiedad desde el punto de vista del YO, abandonando el enfoque biológico de la ansiedad para pasar a una concepción de carácter más psicológico, la respuesta de un organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual -libido- para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma”. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos, ello, donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad, por *lo* tanto, es ese sexto sentido de amenaza o de peligro a la propia supervivencia.

### 1.6.4. Tipos de ansiedad según S. Freud.

Freud diferenció tres tipos de ansiedad:

- **Ansiedad de la realidad.-** Cuando uno se siente como en un pozo lleno de serpientes venenosas, siente **miedo**, y el miedo es real.
- **Ansiedad moral.-** Proviene no del mundo exterior o social, sino del mundo interiorizado por el **Súper Yo lo que genera la culpa, vergüenza y el miedo al castigo.**
- **Ansiedad neurótica o nerviosa.-** Se origina de otro miedo, movido por el sentimiento de sentirse abrumado por los impulsos del Ello. Es decir, cuando uno se siente abrumado, con tendencia a perder el control, del raciocinio y de la mente.

La ansiedad moral y la neurótica o nerviosa, proviene de otro miedo, movido por el sentimiento de sentirse abrumado por los impulsos del Ello. Es decir, cuando uno se siente abrumado, con tendencia a perder el control, del raciocinio y de la mente.

Ante la ansiedad el individuo crea un mecanismo de defensa, del inconsciente para olvidar y borrar de la mente un hecho o visión demasiado fuerte para ser aceptada.

#### **1.6.5. Teoría de Melanie Klein sobre la ansiedad.**

El desarrollo personal se concibe como enriquecimiento de la personalidad que se refiere a la superación de etapas tempranas de la niñez que se han obtenido por medio de logros y fracasos, que pueden volver a surgir en la vida adulta siendo desatadas por un suceso que cause crisis en la persona, la superación de los conflictos que estas etapas conllevan, como la ansiedad, culpa, envidia y logro de la gratitud, alcanzar el equilibrio con el mundo psíquico interno y el mundo externo, y desarrollar la capacidad de disfrutar de las cosas y llevar relaciones gratificantes de amor con los otros.

La ansiedad desde la perspectiva psicoanalítica de Melanie Klein nos dice que en un sentido “la posición esquizoparanoide y la posición depresiva son fases del desarrollo, se podrían considerar subdivisiones de la etapa oral ocupando la posición esquizoparanoide los tres o cuatro primeros meses” (Klein, 1919).

La posición esquizoparanoide se caracteriza por el hecho de que no reconoce a las personas, sino se relaciona solamente con objetos parciales y por la gran influencia de la ansiedad paranoide y el proceso de escisión. Cuando ya se da el reconocimiento de la madre como objeto total empieza la

posición depresiva, la cual se relaciona por los objetos totales y por la integración, ambivalencia y ansiedad depresiva y la culpa. Melanie Klein utilizó posición no por ser una fase o una etapa transitoria sino más bien implica una configuración específica de relaciones objetas, ansiedades y defensas que persisten a través de la vida de la persona.

La posición depresiva nunca llega a remplazar por completo la posición esquizoparanoide, la integración lograda nunca es total y las defensas contra el conflicto depresivo producen regresión a fenómeno esquizoparanoide, de modo que la persona puede oscilar siempre entre ambas posiciones. La forma de integración de las relaciones objétales durante la posición depresiva queda como base la estructura de la personalidad, lo que sucede en el desarrollo posterior es que las ansiedades depresivas se modifican y alivian gradualmente. Ciertas ansiedades paranoides y depresivas siguen siempre activas en la personalidad, pero cuando el yo está suficientemente integrado y durante la elaboración de posición depresiva ha establecido una relación relativamente firme con la realidad, los mecanismos neuróticos van sustituyendo poco a poco los psicóticos por lo cual según Melanie Klein la neurosis infantil es una defensa contra las ansiedades paranoides y depresivas, es una forma de ligarlas y elaborarlas, a medida que empieza el proceso de integración durante la posición depresiva, disminuye la ansiedad y la reparación, la sublimación y la creatividad remplazan en gran parte a los mecanismos de defensa tanto psicóticos como neuróticos.

Melanie Klein en sus escritos menciona que la ansiedad aparece cuando en la vida adulta vivimos situaciones que nos hacen recordar momentos que marcaron nuestra infancia, los sentimientos y emociones evidentes que en un momento de crisis salen a la luz y la ansiedad se apodera de nosotros. La ansiedad brota cuando emergen los primeros indicios del cambio, por ejemplo el empezar la vida estudiantil, cambio de lugar en donde viven, conflictos intrafamiliares, separaciones, todas estas situaciones frustrantes

hacen que la ansiedad aparezca y volvamos a sentir de una manera clara ese malestar incomodo.

#### **1.6.6. Ansiedad infantil.**

La ansiedad es inherente al desarrollo normal del sujeto. Su aparición pone de manifiesto el conflicto adaptativo y la falta de recursos para conseguir una respuesta adecuada a las tensiones internas (necesidades del niño) y externas (ambiente que le rodea). Es un estado emocional en el que el niño se puede sentir inquieto, temeroso, con desasosiego ante situaciones variadas y muchas de las veces no lo pueden explicar.

“La ansiedad está compuesta por emociones que se sienten en la infancia” (Lozano y Sánchez, 1995), como consecuencia de la gran cantidad de contextos novedosos a las que lo niños tienen que hacer frente, y buscar la resolución de problemas estableciendo así una formación del carácter decisivo. Cuando estos temores no son fáciles de controlar pueden aparecer en los niños quejas físicas y anímicas, que reflejan desde su interior el malestar, los mismos que interfieren en su desarrollo normal, apareciendo síntomas de ansiedad.

Las niñas son las que presenta mayor frecuencia de padecer características de ansiedad o ansiedad que los varones. La ansiedad es la sensación que padecemos, en forma de activación física, acelerándose nuestro corazón, con una respiración entrecortada, mareos, opresión en el pecho o un nudo en el estómago. Esta sensación, es una reacción natural de nuestro organismo, que nos prepara para enfrentarnos a situaciones novedosas, difíciles, exigentes, de una forma exitosa.

Los niños y niñas, en su desarrollo evolutivo, son los primeros que tienen que enfrentar un gran número de situaciones novedosas, situaciones que por presentarse por primera vez no pueden controlar, situaciones tales como

empezar el colegio, separarse de su entorno más cercano, exámenes, actividades, deberes, relaciones sociales, pueden ser evaluadas, en ocasiones, como negativas, no alcanzables y al enfrentarse a ellas sentirse poco capaces, poco seguros, generándose en ellos todo tipo de sensaciones físicas que les hacen sentir un malestar. En la etapa evolutiva a lo largo de la infancia aparecen miedos denominados evolutivos, es decir propios del desarrollo normal del niño o la niña.

Siguiendo la escala evolutiva a lo largo de los 8 meses aparece el miedo a los extraños, miedo que se refleja en el llanto ante caras desconocidas y personas no familiares, en esta edad el niño se siente reconfortado por la presencia de sus padres y sólo la presencia de una figura conocida puede calmar al niño.

“Entre los 6 y 18 meses comienzan los temores a la oscuridad y a lo desconocido, siendo así el miedo natural del desarrollo que en la segunda infancia de 24 a 84 meses la naturaleza de los miedos es muy amplia, aparecen temores a los animales, a los monstruos, los fantasmas, a la soledad” (Lozano y Sánchez, 1995), generalmente se establecen en objetos desconocidos provistos de una cargada libidinal no satisfactoria momentáneamente o por su falta de vinculación, lo que genera en el niño un temor al no saber que sucede si lo adopto o no, y se reflejan temores acerca del rendimiento escolar y deportivo, temores de tipo existencial y el miedo a la muerte, estos disminuyen o desaparecen cuando el niño evoluciona de modo normal, es decir va teniendo contacto con los mismos y aprende a revolucionar sus conflictos, si fuera de manera negativa, es probable que nos encontremos frente a un Trastorno de Ansiedad.

“Es importante considerar que el niño no vive su angustia y ansiedad igual que una persona adulta” (Lozano y Sánchez, 1995 pág. 19), si hablamos del niño no es suficientemente considerar que la ansiedad no se refiere a ningún

acontecimiento real, siendo inespecífica y no teniendo ningún punto de referencia.

#### **1.6.7. Causas de ansiedad en los niños/as.**

“Las experiencias traumáticas, parecen ser una de las principales causas de ansiedad en el niño a lo largo de todo su desarrollo” (Lozano y Sánchez, 1995 pág. 27); esto es debido a que los acontecimientos perturbadores repentinos, no dan al niño tiempo para prepararse o adaptarse a ellos mediante alguna forma de previsión, lo que genera gran cantidad de ansiedad.

El momento del nacimiento es la primera experiencia traumática en donde el niño siente por primera vez ansiedad, por lo que “las investigaciones realizadas coinciden en señalar al trauma de la separación de la madre como una de las principales causas productoras de ansiedad en los niños” (Lozano y Sánchez, 1995 pág. 28), se da en la edad de los ocho meses a cinco años, surgiendo un incremento de esta vulnerabilidad entre los dos y tres años. El concepto de separación ansiosa se refiere a la reacción de angustia que el niño pequeño experimenta ante la separación del adulto familiar que le suministra cuidados.

“La ansiedad traumática es producida por una situación de miedo no esperada, que desborda las defensas del niño; y va a depender del carácter inesperado del estímulo o situación que la produzca, de la intensidad del mismo y del significado que éste tenga para el sujeto” (Lozano y Sánchez, 1995 pág. 34). Una vez que la ansiedad aparezca podrá ser activada por cualquier estímulo ya sea interno o externo que estén relacionados con el episodio traumático.

Otra causa de la ansiedad de la infancia es el contagio emocional que es la activación de un efecto en el niño debido a la expresión de ese efecto en

otra persona próxima al mismo, suele estar comunicada por cualquier adulto que padezca de ansiedad con el que el niño esté estrechamente relacionado ya sea de forma verbal o no verbal.

El Hospital es potencialmente traumático para el niño. Las vivencias de un niño que enfrenta a un hospital van a ser diferentes.” El potencial traumático de estas experiencias es muy variado, sin seguir unas vías y unos mecanismos simples que se cumplen en todos los casos” (Lozano y Sánchez, 1995 pág. 13). La regla es la adversidad en el sentir de los problemas y en sus consecuencias a corto y a largo plazo.

Cuando la enfermedad conlleva la hospitalización la ansiedad aumenta considerablemente, ya que el hospital es un agente estresante que conlleva a su gran cantidad de situaciones complicadas para el niño, procedimientos dolorosos, traumas por separación con la madre, ambiente desconocido, o bien cuando el estado del enfermo requiere cuidados que no pueden darse en el domicilio, el paciente siente ansiedad ante su ingreso y tiene miedo a sufrir malestar, muerte, etc. “La ansiedad que surge en el hospital es adaptativa, es así que el hospital es por un lado un sitio desagradable donde nuestro cuerpo está sometido a intervenciones dolorosas y por otro un lugar donde debe proporcionar alivio y curación” (Lozano y Sánchez, 1995 pág. 16).

En el caso de la hospitalización infantil, el niño no acude solo al hospital, siempre estará acompañado de una persona adulta, o por los padres, que ni siquiera les avisan previamente a donde los llevan.

Son muchas cosas que a los niños no les gusta de los hospitales, es evidente que la hospitalización de un niño sólo debe realizarse cuando sea estrictamente necesaria, ya que es una experiencia vincular con consecuencias sociales y psicológicas, tanto para el niño como para sus

padres, pudiendo incluso llegar a ser mas debilitante que la enfermedad en sí misma.

### **1.6.8. Síntomas de ansiedad en los niños.**

Los síntomas generales de la ansiedad infantil son:

- **Trastornos afectivos:** Que se van marcado sentimiento de inferioridad, la afectividad es un tema difícil en ellos, suelen ser tímidos.
- **Trastornos intelectuales y dificultades escolar:** Que se presentan por déficit de atención, memoria, rendimiento general.
- **Trastornos motores:** Pueden presentar tartamudez, sonambulismo, succión del pulgar.
- **Trastornos somáticos:** Insomnio, enuresis, asma bronquial, anorexia, cefaleas, vómitos.

#### **1.6.8.1. Síntomas fisiológicos del estado de ansiedad en los niños.**

Menciona (Lozano y Sánchez, 1995) que los síntomas fisiológicos del estado de ansiedad son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano:

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.

- Síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores hormigueo, dolor de cabeza, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo y lipotimia.

#### **1.6.8.2. Síntomas observables o motores del estado de ansiedad en los niños.**

Se refieren a comportamientos observables consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica (Lozano y Sánchez, 1995):

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos repetitivos.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

En un principio la ansiedad es una emoción adaptativa, nos ayuda a adaptarnos al medio. Si los síntomas de ansiedad se mantienen en el tiempo, pasarían a ser trastornos y ya no haría una conducta adaptativa. Y si el estímulo no es amenazante también sería un trastorno (fobias).

#### **1.6.9. Manifestación del trastorno de ansiedad.**

Cuando el niño manifieste ansiedad ante un acontecimiento determinado, de forma muy intensa, de una duración mayor de lo esperable teniendo en cuenta su edad, e interfiera en su ritmo de vida normal, aparecen síntomas

de ansiedad, que en la infancia son similares a los del adulto, y los manifestará de igual forma:

- Dolores de cabeza y estómago.
- Mareos.
- Ganas de vomitar.
- Tensión.
- Ganas de llorar.
- Llanto.
- Opresión en el pecho.
- Dificultades para respirar.

Un niño tiene ansiedad cuando presenta una excesiva activación, lo que genera nervios y síntomas ansiosos y en muchas ocasiones de la vida del niño pueden aparecer diferentes tipos de problemas y si no saben solucionarlos, se verán agobiados pudiendo llegar a desarrollar un estado ansioso, en estos casos se le darán al niño mecanismos de defensa para poder resolver los problemas antes de que llegue a esa situación tan desagradable y problemática, tomando en cuenta que dichos mecanismos el niño tienen que saber manejarlos de lo contrario se generaría un trauma. Una de las mejores formas para prevenir la ansiedad en el niño es que cuando se presente alguno de los síntomas de la ansiedad, deberemos prevenir el desarrollo de los mismos, es decir, no dejar que evolucionen a más.

#### **1.6.10. Características del trastorno de ansiedad.**

Los niños con trastornos de ansiedad suelen experimentar un miedo intenso, preocupación o inquietud que puede durar largos períodos de tiempo y afectar significativamente sus vidas. La ansiedad y preocupación se asocian a 3 o más de los siguientes efectos, los cuales se obtienen del análisis clínico y resultado de reactivos aplicados:

- Repetidas ausencias a clase o una incapacidad para terminar el período de escolaridad.
- Deterioro en las relaciones con iguales.
- Baja autoestima.
- Nerviosismo, inquietud o impaciencia.
- Fatigabilidad (cansancio) fácil.
- Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco
- Irritabilidad.
- Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse.
- Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar, mantener el sueño o sensación al despertarse de no haber descansado bien (sueño no reparador).
- Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto).

La ansiedad es considerada una respuesta emocional que abarca:

- Aspectos subjetivos
- Cognitivos de carácter displacentero
- Aspectos corporales
- Fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico
- Aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos

La función importante de la ansiedad está relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad, en la actualidad se estima

que un 20.5% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente en la niñez y sin saberlo.

### **1.6.11. Tipos y características de los trastornos de ansiedad según el DSM IV-TR.**

#### **1.6.11.1. Criterios para el diagnóstico de crisis de pánico o crisis de angustia.**

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Des-realización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormiguelo).
13. Escalofríos o sofocaciones.

### **1.6.11.2. Fobia específica.**

**A.** Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

**B.** La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

**C.** La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

**D.** La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

**E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

**F.** En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

**G.** La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno

obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

#### **1.6.11.2.1. Tipos de fobia:**

**Tipo animal.**

**Tipo ambiental** (p. ej., alturas, tormentas, agua).

**Tipo sangre-inyecciones-daño.**

**Tipo situacional** (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados).

**Otros tipos** (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

#### **1.6.11.2.2. Fobia social.**

**A.** Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

**B.** La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

**C.** El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

**D.** Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

**E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

**F.** En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

**G.** El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

**H.** Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es

debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

**Especificar si:**

**Generalizada:** Si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

**1.6.11.3. Trastorno por estrés postraumático.**

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

**B.** El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

**2.** Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

**3.** El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico.

**4.** Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

**5.** Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

**C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

**1.** Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

**D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

**E.** Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Especificar si:**

**Agudo:** Si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

**Especificar si:**

**De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

**1.6.11.4. Trastorno por estrés agudo.**

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

**B.** Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).
3. Desrealización.
4. Despersonalización.

**5.** Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

**C.** El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

**D.** Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

**E.** Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

**G.** Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

**H.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

#### **1.6.11.5. Trastorno de ansiedad generalizada.**

**A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

**B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

**C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia.
2. Fatigabilidad fácil.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

**D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

**E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

#### **1.6.11.6. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.**

**A.** La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

**B.** A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

**C.** Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

El hospital es un agente estresante en los niños, les afecta emocionalmente lo que hace que la enfermedad que presenta tenga un proceso lento de recuperación, o en el peor de los casos la enfermedad se agrava y pueden aparecer más síntomas, por esta razón es importante mantener al niño tranquilo, con sus niveles de ansiedad bajo para poder tener resultados positivos.

**D.** Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**E.** Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Especificar si:**

**Con ansiedad generalizada:** Cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

**Con crisis de angustia:** Cuando predominan las crisis de angustia.

**Con síntomas obsesivo-compulsivos:** Cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje.

**1.6.11.7. Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias.**

**A.** La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

**B.** A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:

1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.
2. El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.

**C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

**D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**E.** La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

#### **1.6.11.7.1. Código para el trastorno de ansiedad inducido por (sustancia específica).**

- Alcohol.
- Alucinógenos.
- Anfetamina (o sustancias similares).
- Cafeína.
- Cannabis.
- Cocaína.
- Fenciclidina (o derivados).
- Inhalantes.
- Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Otras sustancias (o desconocidas).

#### **Especificar si:**

**Con ansiedad generalizada:** Si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades  
**Con crisis de angustia:** si predominan las crisis de angustia.

**Con síntomas obsesivo-compulsivos:** Si predominan las obsesiones o las compulsiones.

**Con síntomas fóbicos:** Si predominan síntomas de carácter fóbico.

#### **Especificar si:**

**De inicio durante la intoxicación:** Si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

**De inicio durante la abstinencia:** Si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.

#### **1.6.11.8. Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo.**

**A.** Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún

acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

**B.** En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

**C.** Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

**D.** Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

**E.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

**Especificar si:**

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

### **1.6.11.9. Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad de separación**

**A.** Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado).
4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.
6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.
7. Pesadillas repetidas con temática de separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

**B.** La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

**C.** El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

**D.** La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**E.** La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

**Especificar si:**

Inicio temprano: si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad.

**1.6.12. Evaluación de la ansiedad.**

Para evaluar la ansiedad será necesario utilizar tres métodos que deberán ser empleados de una manera adecuada, tomando en cuenta la edad, la situación que enfrenta la persona y los factores externos.

- Registro psico-fisiológicos: Respuestas fisiológicas.
- Medidas de auto-informe: Respuestas cognitivas.
- Observación conductual: Respuesta motora.
- Evaluación psicotécnica. Aplicación de reactivos.

**1.6.13. Tratamiento de la Ansiedad infantil.**

El mejor tratamiento que se puede dar a un niño que presenta ansiedad es el de la prevención, ante situaciones ansiosas debemos enseñarle una serie de estrategias de enfrentamiento. Otras vías de tratamiento son de tipo farmacológico dependiendo de los estudios realizados por el personal médico, siendo tratamientos individualizados, por parte de los médicos tratantes. Las técnicas cognitivas basadas en la auto-instrucción de tipo

racional y emotiva, resultan muy positivas para estos casos. La relajación es una técnica para que el niño se sienta tranquilos cuando padecen un trastorno de ansiedad.

Todas las técnicas de tratamiento mencionadas anteriormente más la aplicación de la Risoterapia podremos obtener resultados positivos, con una pronta mejoría si el niño se encuentra hospitalizado, o simplemente brindando al niño una especie de respiro y felicidad, haciendo que se sienta especial y seguro, sacando todos los miedos que lleva en su interior.

## **CAPÍTULO 2.**

### **METODOLOGÍA.**

#### **2.1. Antecedentes del problema.**

Hug-Hellmuth primer terapeuta en tratar con niños a través de charlas y juegos en 1920, fue la primera en plantearse la práctica analítica con niños, limitándose a tratar niños mayores de 7 años y modificando aspectos del encuadre y de las reglas técnicas, como por ejemplo no emplear el diván ni las asociaciones libres, reducir el número de sesiones, permitir el uso del juego (ludoterapia), contar con la colaboración de la familia, etc. Lo que le hizo poder tener una buena relación con los niños aportando material importante a la psicología infantil para los demás autores.

Para Melanie Klein los hallazgos del psicoanálisis que Freud planteó mediante las etapas de desarrollo la han conducido a la creación de una nueva psicología del niño. Nos han enseñado que los niños, aun en los primeros años, no sólo experimentan impulsos sexuales y ansiedad, sino que sufren también grandes desilusiones. Ha desaparecido la creencia en el paraíso de la infancia, y la creencia en la asexualidad del niño. Los análisis de adultos y observaciones realizadas directamente en niños nos han conducido a estas conclusiones, que se han confirmado y ampliado mediante el análisis de niños de corta edad. Aplicando Klein también la ludoterapia como técnica para poder interactuar con los niños, obteniendo resultados visibles.

Para Anna Freud no era primordial una teoría. Sus intereses eran más prácticos y mucho de su esfuerzo fue dirigido hacia el análisis de niños y adolescentes, aplicando la técnica del juego, introduciendo en sus principios psicoanalíticos al tratamiento de los niños con trastornos, con ella formuló un método para incluir al niño en la actuación terapéutica para mejorar los trastornos con los que llegaban a consulta.

Concluyendo que la relación del niño con el terapeuta es distinta. Los padres constituyen una gran parte de la vida de él; una parte que el terapeuta no puede usurpar. El terapeuta no puede convertirse en otro niño. Sigue siendo una figura de autoridad para el paciente, lo que en terapia estableció que cada persona cumple su papel, aunque el terapeuta hará veces de cuidador para el niño.

Para Anna un niño se desarrolla y crece relacionándose con sus progenitores a través de sus comportamientos alimentarios, higiene personal, estilos de juego, relaciones con otros niños y así sucesivamente, todos estos comportamientos son considerados como sanos.

Los Mecanismos de defensa de los que Anna Freud nos habla están relacionados frente a situaciones displacenteras que vienen del mundo exterior, para poder cuidarse y no ser afectado por estas.

La hospitalización en los niños produce ansiedad, muchos de ellos tienen miedo a cómo van a ser tratados, el no conocimiento de su enfermedad hace que se alteren y produzcan llanto, malestar, iras, mal genio. Los doctores han sido mal vistos por la mayoría de las personas, la mala fama de hacer doler hace que el niño sienta displacer y proyecte ese malestar tanto físico como psicológico.

Después de todas las investigaciones teóricas realizadas según el psicoanálisis sobre el juego y su relación con los niños, por esto Johns Hopkins empieza con las investigaciones acerca de la Risoterapia como técnica terapéutica aplicada en niños con trastornos emocionales, aplicada en el año de 1930, donde se inauguró un servicio de psiquiatría infantil en el departamento de pediatría en el Hospital Johns Hopkins, en las décadas siguientes se crearon centros de formación y cátedras en las principales Universidades, sociedades nacionales e internacionales, dispensarios y unidades residenciales para niños publicaron sobre su teoría en periódicos especializados.

En los años 1970 Patch Adams revoluciona los hospitales de Estados Unidos al encontrar una manera muy especial de tratar con los pacientes que se encontraban internos en el hospital de Virginia Occidental, es así como estudia medicina y crea el centro Gesundheit donde practica la Terapia de la Risa y cuestionaba el hecho de que a un ser humano se le llamara por el nombre de la enfermedad y no por el nombre con el que lo habían bautizado.

El Dr. Madan Kataria en Marzo del 2005, doctor en medicina originario de Mumbai, se encontraba en la India escribiendo el artículo sobre La Risa la mejor Medicina, en su publicación descubrió varios de los estudios que describían los diferentes beneficios que las personas obtenían al solamente sonreír, por lo que deseo hacer un investigación de campo en donde empezó con tan solo 5 persona, pero su impacto llego tan lejos que "...en la actualidad existen más de 6000 personas utilizando la Risoterapia como terapia alternativa..." (Pilar, 2010), mejorando su estado de ánimo y cambiando su estilo de vida.

Los niños hospitalizados poseen defensas bajas, muestran un malestar al estar en el hospital mucho tiempo sin hacer nada, muchos de ellos se encuentran adoloridos, existe el llanto fácil, presentan la necesidad de llamar

la atención, todos estos factores hacen que el ambiente hospitalario tenga un ambiente pesado donde solo vamos a encontrar energía negativa, muchos de los padres se sienten cansados y lamentablemente esos sentimientos transmiten al infante generando más ansiedad y frustración de no poder hacer nada.

En el área de pediatría del hospital Municipal de Ambato los niños que se encuentran en hospitalización no reciben atención psicológica, no poseen un apoyo emocional afectando de esta manera la evolución del paciente ante su enfermedad encontrando reacciones emocionales frente al centro de salud.

## **2.2. Significado del problema.**

La ansiedad en los niños es generada por diferentes causas, aparecen miedos e inseguridades; cuando un niño enferma sus niveles inmunológicos están bajos, se sienten decaídos y no desean hacer ninguna actividad, la mayoría pasan mal genios y utilizan mecanismos de defensa, el hospital es un lugar que en general casi a todas las personas genera miedo, aparecen los temores y ansiedad por lo que se ha visto necesario darles seguridad, cambiar el estado de ánimo del paciente, hacerle sentir que no se encuentra solo. Mediante la técnica de la risa la persona mira la vida de distinta manera, los miedos y ansiedades bajan y se puede obtener como resultado una pronta mejoría, y ser menos traumante.

## **2.3. Definición del problema.**

- ¿La Risoterapia favorece la disminución de la ansiedad de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría en el Hospital Municipal de Ambato?

- ¿Las condiciones de hospitalización en que se encuentran los niños generan ansiedad?
- ¿La medicina tradicional puede utilizar la técnica de la Risoterapia como herramienta para acelerar el proceso de mejoría del paciente?

## **2.4. Planteamiento del tema.**

La técnica de la Risoterapia y su efecto en la disminución de ansiedad en pacientes hospitalizados en el área de pediatría en el Hospital Municipal de la ciudad de Ambato, en el período Julio-October 2011.

## **2.5. Delimitación del problema.**

### **2.5.1. Contenido.**

- **Campo:** Psico-biología.
- **Área:** Clínica y de tratamiento.
- **Aspecto:** Risoterapia y hospitalización.

### **2.5.2. Espacial.**

- **Provincia:** Tungurahua.
- **Ciudad:** Ambato.
- **Lugar:** Hospital Municipal de Ambato.
- **Área:** Hospitalización Pediatría.

### **2.5.3. Temporal**

La siguiente investigación será realizada en la ciudad de Ambato período Julio-Octubre del 2011, para poder probar que la técnica de la Risoterapia es aplicada en pacientes hospitalizados en el área de pediatría.

## **2.6. Hipótesis.**

La aplicación de la técnica de la Risoterapia disminuye la ansiedad en los pacientes hospitalizados en el área de pediatría en el Hospital Municipal de la ciudad de Ambato, en el período Julio-Octubre del 2011.

## **2.7. Variables e indicadores.**

**2.7.1. Variable Independiente:** La técnica de la Risoterapia.

- Yoga de la Risa.
- Danza.
- Cuentos.
- Canciones.
- Marionetas.
- Chistes.

**2.7.2. Variable Dependiente:** Ansiedad en niños.

La ansiedad es considerada una respuesta emocional que abarca:

- Aspectos subjetivos.
- Cognitivos de carácter displacenteros.
- Aspectos corporales.
- Aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico.

- Aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

### **2.7.3. Término de relación: Efecto.**

## **2.8. Objetivos.**

### **2.8.1. Objetivo general.**

- Determinar los efectos de la Risoterapia en la disminución de la ansiedad en pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Municipal de Ambato 2011.

### **2.8.2. Objetivos específicos.**

- Fundamentar teóricamente los beneficios de la Risoterapia y conceptualizar la ansiedad.
- Desarrollar un programa apropiado para la aplicación de la técnica de la Risoterapia en pacientes hospitalizados.
- Aplicar el programa desarrollado a los pacientes hospitalizados en el área de pediatría.
- Evaluar los efectos del programa aplicado en pacientes hospitalizados en el área de pediatría en el Hospital Municipal.

## **2.9. Metodología del trabajo.**

### **2.9.1. Enfoque de la Investigación.**

- **Cuantitativo.-** Es una investigación cuantitativa porque nos permite examinar los datos de una manera científica (forma numérica), al

poder aplicar un reactivo en donde vamos a obtener resultados en modelo numérico.

- **Cualitativo.-** Es un método de investigación que se basa en la metodología, utilizando recolección de información en las distintas fuentes como son libros y otros documentos lo cual requiere un profundo entendimiento para poder consolidar la idea que se desea indagar.

## **2.9.2. Modalidad básica de investigación.**

### **2.9.2.1. Bibliográfica Documental.**

El presente trabajo se basa en la toma de información en libros, textos, publicaciones, módulos e Internet y otros, en donde se recolecta información de diferentes fuentes sobre una idea específica.

Con la información obtenida en las diferentes fuentes, se podrá realizar la investigación de una manera acertada organizando el marco teórico de una manera más apropiada entendiendo la idea principal sobre disminuir los niveles de ansiedad y la Risoterapia.

### **2.9.2.2. De Campo.**

Se acudirá al Hospital Municipal de la ciudad de Ambato en donde se aplicará la técnica de la Risoterapia midiendo sus niveles de ansiedad antes y después de su aplicación tomando una muestra de los pacientes que acuden a hospitalización a dicha institución.

### **2.9.2.3. De Intervención Social o Proyecto Factible.**

En el presente trabajo se desarrollará una propuesta en base la aplicación de la Risoterapia en pacientes en el área de pediatría que presentan cuadros

de ansiedad realizando un trabajo humanitario en donde con una simple sonrisa podemos cambiar el día a esa persona enferma.

### **2.9.3. Nivel y tipo de investigación.**

#### **2.9.3.1. Exploratoria.**

La investigación será un trabajo de tipo exploratoria, se debe iniciar un estudio exploratorio para empezar a conocer y familiarizarse con el tema, para precisar mejor el problema que interesa resolver se debe realizar una hipótesis previa. La investigación exploratoria terminará cuando, a partir de los datos recolectados, adquirimos el suficiente conocimiento como para saber qué factores son relevantes al problema y cuáles no. Hasta ese momento, se está ya en condiciones de encarar un análisis de los datos obtenidos de donde surgen las conclusiones y recomendaciones sobre la investigación.

#### **2.9.4. Asociación de variables**

En el desarrollo de la presente investigación se determinará el efecto que genera la técnica de la Risoterapia en la disminución de ansiedad en los pacientes hospitalizados en el área de pediatría en el Hospital Municipal de la ciudad de Ambato.

#### **2.9.5. Población y muestra.**

Debido al número de casos atendidos se considero factible trabajar con todo el universo debido a la naturaleza de la técnica aplicar también. Los niños que fueron diagnosticados con ansiedad fueron 12 lo cuales se encontraban en las edades establecidas de 6 a 8 años para poder aplicar el Test CAS que mide los niveles de ansiedad.

## 2.10. Métodos.

**Clínico.-** Se aplicó el método clínico dentro de la investigación con el fin de estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un niño en toda su integridad social, biológica y la estabilidad psicológica.

**Analítico.-** Implica la descomposición del estudio que se va a realizar, esto es la separación de un todo en sus partes o en sus elementos constitutivos. Se apoya en que para conocer un fenómeno es necesario descomponerlo en sus partes teniendo conocimiento de sus síntomas, signos y las causas que producen la ansiedad y como ayuda la técnica de la Risoterapia en su mejora.

**Inductivo.-** Es un método que va de lo particular a lo general, es poder estudiar lo que está mas allá de lo evidente o lo que ya sabemos, se basa en la observación de un fenómeno (bajar los niveles de ansiedad) y posteriormente se realizan investigaciones y experimentos que conducen a los científicos a sacar conclusiones sobre el tema planteado.

## 2.11. Técnicas.

**2.11.1. Observación Científica.-** Es examinar con atención, se trata de una actividad realizada por los seres vivos para detectar o asimilar información que se desea investigar, consiste también en la medición y registro de los hechos observables. Esta actividad debe realizarse de forma objetiva, sin que las opiniones, sentimientos y emociones influyan en la observación. En la aplicación de la técnica de la Risoterapia antes de interactuar con el paciente leemos la anamnesis conociendo el cuadro del niño de esta manera podemos observa la enfermedad que padece y sus síntomas de una manera clara.

**2.11.2. Entrevista.-** Es un acto comunicativo que se establece entre dos o más personas y que tiene una estructura particular organizada a través de la formulación de preguntas y respuestas. La entrevista es una de las formas más comunes y puede presentarse en diferentes situaciones o ámbitos de la vida cotidiana, al poder hacer preguntas específicas a la persona se lo realiza con la finalidad de obtener información que posee gran valor para la persona interesada.

## **2.12. Instrumentos.**

**2.12.1. Fichas Clínicas Psicológicas.-** Documento que se utilizará para que quede registrada toda la relación del personal hospitalario con el paciente, todos los actos y actividades realizadas con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, logrando recolectar información tanto en el aspecto emocional como físico, teniendo una idea clara de la situación que atraviesa en ese momento el niño llevando la ventaja de actuar en ciertos puntos de una manera más profunda.

**2.12.2. Test CAS.-** Es un test donde nos ayuda a conocer cuál es el grado de ansiedad del niño de acuerdo a lo que está experimentando en ese momento, se le indica una lámina en donde puede observar unos gráficos, la persona que aplica el test deberá leer dos opciones las cuales el niño elegirá con la que más se identifica, para su calificación se sumarán todas las respuestas obteniendo un número lo que nos indicará el nivel de ansiedad, este test está hecho para niños de 6 a 8 años.

**2.12.3. Hoja de seguimiento.-** Este instrumento será de mucha importancia ya que con el mismo podemos evaluar diariamente al paciente, observando su evolución tanto física como emocional.

### **2.13. Plan de recolección de información.**

Se elaborará una ficha en donde se podrá obtener la anamnesis del paciente, en donde incluirá fecha actual, fecha de ingreso al hospital, el número de ficha, nombres completos del niño, nombre de la persona encargada, situación de los padres. Una vez obtenida la información y después de haber leído se podrá conocer que materiales vamos a utilizar teniendo conocimiento más profundo de la persona que se va a tratar. La entrevista es fundamental para saber en qué condiciones el niño llega al centro de salud y obtener información que puede ser muy valiosa.

Para medir los niveles de ansiedad de los niños que ingresen al Hospital Municipal se eligió el test CAS para tener una medición cuantitativa antes y después de la aplicación de la técnica.

- **Procesamiento de recolección de información.**

**Tabla 3: Recolección de Información.**

FICHA PSICOLÓGICA.	Se tomará en cuenta los datos más relevantes del paciente.
MOTIVO DE CONSULTA.	Tener el conocimiento de la enfermedad del paciente es importante para poder interactuar.
ANTECEDENTES.	Es importante conocer la anamnesis del paciente tanto en el aspecto emocional como en enfermedades importantes.
TEST CAS.	Se obtendrán datos de la ansiedad que padece el niño.
HOJA DE SEGUIMIENTO. DIARIA.	Se mostrará como la técnica de la Risoterapia influye en el paciente.
OBSERVACIÓN.	Se logrará ver el proceso de mejora física del pequeño.
CALIFICACIÓN.	Con los datos obtenidos en la aplicación del Test CAS se obtendrán que tipo de ansiedad el niño padezca.

**Fuente: Análisis experimental en el Hospital Municipal área de pediatría.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

- **Plan de intervención.**

**Tabla 4: Plan de intervención.**

Señalamiento de la técnica.	Sesiones.	Procedimiento.	Recursos.	Tiempo.	Logro.
<b>Técnica de relajación.</b>	1era. Sesión.	Inhalar y exhalar adecuadamente, realizar ejercicios faciales, empezar a realizar sonidos con la boca,	Espacio adecuado para obtener una relajación adecuada.	15' a 20'	Bajar los mecanismos de defensa.
<b>Técnica de Risoterapia.</b>	2da, Sesión.	Todas las sesiones que se va a realizar se deben empezar con la técnica de relajación, se establece la empatía con el paciente y empezamos aplicar la técnica utilizando las herramientas necesarias de acuerdo al paciente y sus necesidades.	Danza, Canciones, Cuentos, Chistes, Pintura, Magia.	15' a 20'	Bajar los mecanismos de defensa. Disminuir los niveles de ansiedad, Producir sentimientos de bienestar en los pacientes.
<b>Cierre del proceso</b>	3ra. Sesión	Después de aplicar la técnica de la Risoterapia se concluye con	Palabra. Canciones.	15'a 20'	Obtener resultados positivos, observar

<b>terapéutico.</b>		una canción o una conversación directa con el niño sobre cómo se siente en ese momento.	Cuentos.		una pronta recuperación del pequeño.
---------------------	--	---	----------	--	--------------------------------------

**Fuente: Análisis experimental en el Hospital Municipal área de pediatría.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

Es importante conocer que como base se puede aplicar tres sesiones, va variando de acuerdo al paciente, circunstancias, recursos y tiempo, no se ponen límites. La técnica de Risoterapia debe ser aplicada eficazmente y con mucho cuidado sin olvidarse que todas las personas dentro del centro de salud se encuentran en estado de vulnerabilidad y sus emociones se hallan expuestas, por lo que es importante tener mucho cuidado, se debe brindar amor y apoyo emocional para que el niño se sienta seguro.

## **CAPÍTULO 3.**

### **RESULTADOS.**

#### **3.1. Resultados.**

A través de la información obtenida, en el transcurso del período julio-octubre del 2011 en el Hospital Municipal de Ambato en el área de Pediatría se realizó un levantamiento de información mediante la observación y evaluación del nivel de ansiedad de los 12 pacientes que constituyen el 100% de la población, mediante la aplicación del reactivo psicológico CAS para establecer el nivel de ansiedad del paciente, una vez que se aplicó la técnica de la Risoterapia, se pudo observar la disminución de los niveles de ansiedad de cada uno.

La información obtenida se presenta en cuadros estadísticos; Para resguardar el anonimato del paciente se omitió los nombres que han sido redactados como;

Caso A-1, así sucesivamente hasta terminar con el cien por ciento de la población hospitalizada en el área de pediatría.

Análisis y resultados de los reactivos aplicados en los pacientes hospitalizados en el área de pediatría.

**Caso A-1.****Tabla 5: Caso A-1.**

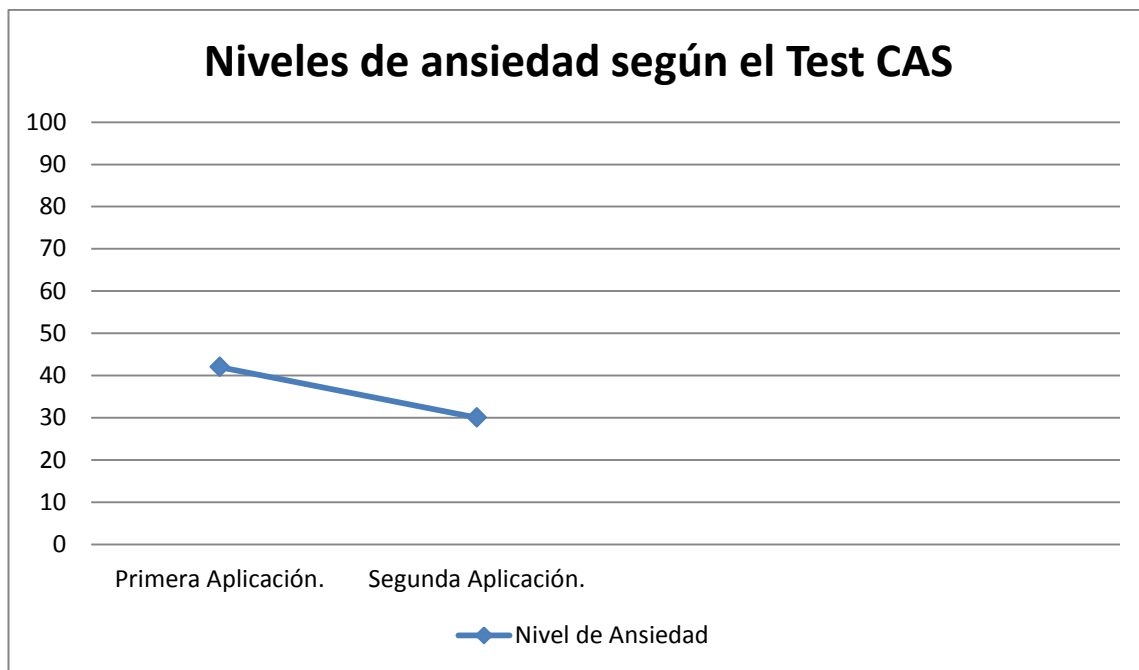
<b>Ansiedad</b>	<b>Puntuación centil</b>	<b>Nivel de Ansiedad</b>
<b>Ansiedad con la que el niño ingresa al hospital</b>	42	Ansiedad moderada
<b>Ansiedad después de la aplicación de la técnica</b>	30	Ansiedad moderada
<b>Grado de ansiedad reducida</b>	12	

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

**Análisis.**

La aplicación de la técnica en niños hospitalizados es de vital importancia con resultados fehacientes para la disminución de los cuadros de ansiedad de 12 (puntuación centil) en pacientes pediátricos.

Gráfico 5: Evaluación de la ansiedad antes y después de la aplicación de la técnica.



**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

Los datos presentados en los cuadros estadísticos develan el nivel de ansiedad del niño antes de la aplicación de la técnica y después de la aplicación de la misma respectivamente, observando que existe una disminución considerable en su nivel de ansiedad, y un mejoramiento anímico.

Tabla 6: Ficha Psicológica.

<b>Paciente #: 1.</b>	
<b>Nombre:</b> A-1.	<b>Fecha de egreso:</b> 06 de Julio.
<b>Edad:</b> 7 años de edad.	<b>Motivo de ingreso:</b> Dolor abdominal.
<b>Fecha de nacimiento:</b> 13 de Septiembre 2004.	<b>Diagnóstico médico:</b> Infección de vías urinarias. (IVU).
<b>Fecha de ingreso:</b> 04 de Julio.	<b>Nivel de ansiedad:</b> 42 puntos en la escala de CAS (ansiedad moderada).

**Fuente: Entrevista Psicológica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Antecedentes:**

Según la información recolectada la madre de la paciente recibió durante el embarazo vitaminas y demás enzimas para la nutrición tanto del feto como de la madre, por que aduce presentaba un cuadro anémico, lo cual complicó la labor de parto y fue un eje fundamental para que se interviniera de manera espontánea con una cesárea, una vez que la paciente nació, su alimentación fue artificial por medio de leche de fórmula, a medida que se iba desarrollando la niña estaban dentro de los parámetros normales de una evolución estándar, a pesar que los cuadros clínicos de su familia establecían haber una relevante enfermedad como la tuberculosis.(Aduce la madre de la paciente).

### **Interpretación:**

Son una familia estructurada, se preocupan por la salud de todos los integrantes de la familia a pesar de que el padre sufre tuberculosis, tienen una estabilidad emocional y económica.

Tabla 7: Hoja de Seguimiento.

Sesiones.	Fecha.	Estado Actual.	Actividad.	Descripción de la actividad.	Conductas Observadas.
<b>Primera.</b>	05 de Julio del 2011.	Dolor intenso abdominal, llanto fácil.	Ejercicios de respiración. Se mantuvo una conversación sobre la vida de la paciente.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca, cerrar los ojos y pensar en cosas positivas dejando el dolor abdominal a un lado.	Se pudo obtener un contacto más profundo con la niña, haciendo que se sienta tranquila obteniendo un rapport seguro.
<b>Segunda.</b>	06 de Julio del 2011.	Emocionalmente más estable, el dolor abdominal desapareció.	Ejercicios de respiración. Danza.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca. Utilizamos el cuerpo como expresión de nuestros sentimientos, se realizó movimientos lentos pero importantes.	Todo el dolor que la paciente presentaba el primer día se lo exteriorizó cambiando su estado emocional expresándolo con la danza.

Fuente: Entrevista y aplicación de la técnica.

Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.

### Interpretación.

En la observación se aprecia.

En los primeros días la paciente presentaba un cuadro emocional bajo, apreciado desde el reactivo proyectivo aplicado (test CAS), estos resultados se han visto que han evolucionado una vez que se ha aplicado la técnica, y los doctores han tomado la decisión de dar el alta antes de lo programado.

**Caso A-2.****Tabla 8. Caso A-2.**

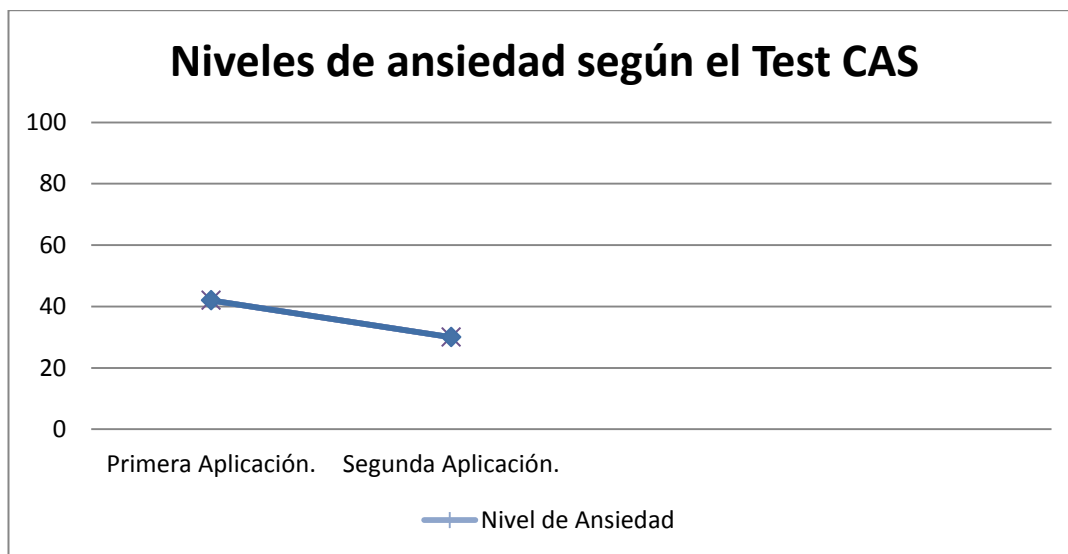
Ansiedad	Puntuación centil	Nivel de Ansiedad
<b>Ansiedad con la que el niño ingresa al hospital</b>	44	Ansiedad moderada
<b>Ansiedad después de la aplicación de la técnica</b>	39	Ansiedad moderada
<b>Grado de ansiedad reducida</b>	5	

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

**Análisis.**

La aplicación de la técnica en pacientes hospitalizados es de mucha importancia, logrando resultados irrefutables de 5 (puntuación centil) en la disminución de ansiedad, encontrando una mejoría tanto física como emocional.

**Gráfico 6: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.**



**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

En los resultados de los cuadros estadísticos se observa que el nivel de ansiedad del niño al ingreso a hospitalización era elevado, y una vez aplicada la técnica denota una disminución en los niveles de ansiedad al sentir a su madre junto a ella brindándole mucho amor siendo parte fundamental de su mejoría.

**Tabla 9: Ficha Psicológica.**

<b>Paciente #: 2.</b>	
<b>Nombre:</b> A-2.	<b>Fecha de egreso:</b> 27 de Julio.
<b>Edad:</b> 6 años de edad.	<b>Motivo de ingreso:</b> Dolor abdominal.
<b>Fecha de nacimiento:</b> 14 de Diciembre 2006.	<b>Diagnóstico médico:</b> Artritis séptica.
<b>Fecha de ingreso:</b> 23 de Julio.	<b>Nivel de ansiedad:</b> 44 puntos en la escala de CAS (ansiedad moderada).

**Fuente: Entrevista Psicológica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Antecedentes:**

La madre de la paciente aduce que es la única hija, su entorno familiar es desestructurado ya que su padre trabaja en el exterior, ellas tienen una permanencia con su abuela materna, esta vinculación hizo que la niña tome demasiada afectividad con la misma, que cuando falleció fue un gran impacto y desencadenó tristezas y remordimientos, la familia por la ausencia de su padre goza de una estabilidad económica considerable.

### **Interpretación.**

La paciente se encuentra en un estado emocional crítico por estar pasando el duelo de su abuelita que la veía como figura de autoridad, a la que le entregó mucho amor, respeto y cuidado durante su enfermedad, estuvo hasta los últimos días junto a ella, se le hace difícil aceptar la muerte. El nivel económico es crítico el padre en el extranjero no trabaja y la madre vive al cuidado de la niña, por lo que existen conflictos intrafamiliares por la situación económica, haciendo que todos los problemas sea ha reflejado en la enfermedad que padece.

**Tabla 10: Hoja de Seguimiento.**

Sesiones.	Fecha.	Estado Actual.	Actividad.	Descripción de la actividad.	Conductas Observadas.
<b>Primera.</b>	25 de Julio del 2011.	Dolor abdominal Intenso.	Ejercicios de respiración. Se mantuvo una conversación sobre la vida y enfermedad de la paciente.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca, cerrar los ojos y pensar en cosas positivas sobre lo que le rodea.	Se pudo mantener una buena relación con la niña transmitiéndole seguridad y amor.
<b>Segunda.</b>	26 de Julio del 2011.	El dolor es controlado con medicina. Emocionalmente estable.	Contamos algunos cuentos.	La niña narro el cuento del lobo y los tres cerditos haciendo sonidos con su boca.	La paciente estaba tranquila con muchas ganas de actuar durante nuestro contacto.
<b>Tercera.</b>	27 de Julio del 2011.	Paciente tranquila y feliz por su recuperación.	Canciones que la niña proponía cantar. Contó chistes que sabía.	La paciente con la ayuda de su madre interpretaron canciones que a la niña le gustaban.	La niña proyectaba mucha felicidad.

**Fuente: Entrevista y aplicación de la técnica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

La aplicación de la empatía en el inicio de la técnica no fue posible ya que el dolor que sentía la paciente no le permitía ser partícipe de la conversación ni de las dinámicas posteriores generando así una inquietud en ella, con el efecto de los medicamentos la situación cambió y la paciente fue colaboradora y los resultados fueron notorios tanto así que la estabilidad emocional y comprensión fue notoria a pesar de la tristeza por su abuelita.

**Caso A-3.****Tabla 11. Caso A-3.**

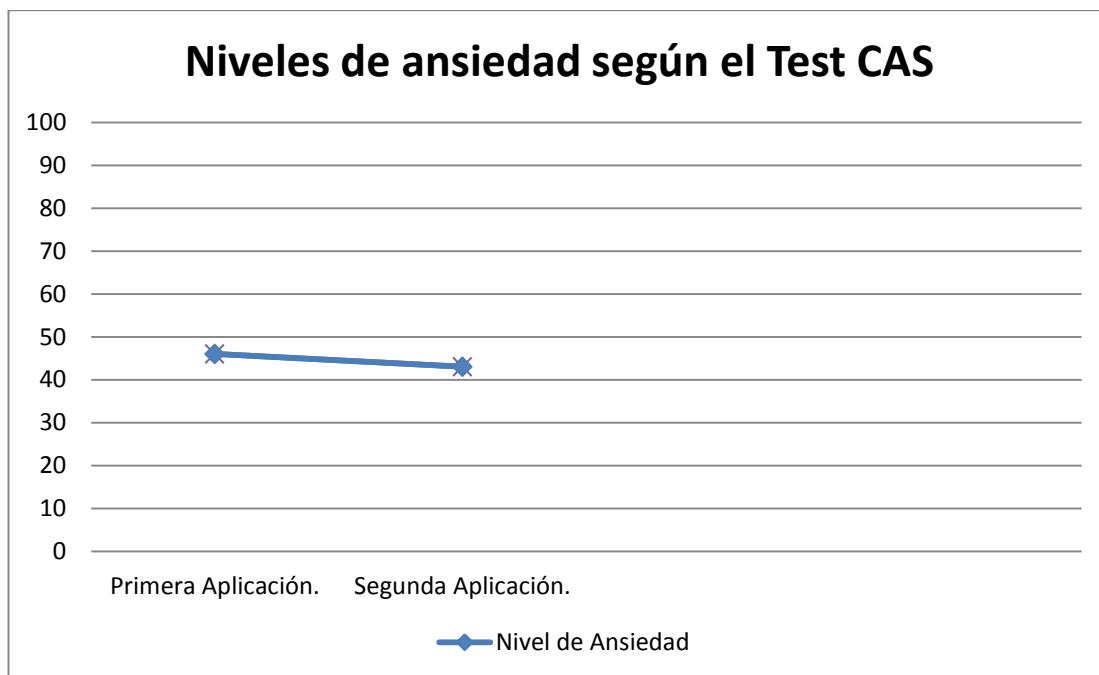
Ansiedad	Puntuación centil	Nivel de Ansiedad
<b>Ansiedad con la que el niño ingresa al hospital</b>	46	Ansiedad moderada
<b>Ansiedad después de la aplicación de la técnica</b>	43	Ansiedad moderada
<b>Grado de ansiedad reducida</b>	3	

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

**Análisis.**

La aplicación de la técnica en pacientes vulnerables es de mucha importancia, podemos observar como sus niveles anímicos incrementan, encontrando una disminución de 3 en sus niveles de ansiedad en pacientes pediátricos.

**Gráfico 7: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.**



**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

En los cuadros estadísticos nos revelan el nivel de ansiedad que presenta el niño antes de la aplicación de la técnica de la Risoterapia y después de la aplicación de la misma, obteniendo como resultado una disminución en su nivel de ansiedad.

Tabla 12: Ficha Psicológica.

<b>Paciente #: 3.</b>	
<b>Nombre:</b> A-3.	<b>Fecha de egreso:</b> 03 de Agosto.
<b>Edad:</b> 7 años de edad.	<b>Motivo de ingreso:</b> Dolor del miembro inferior, pérdida de mucha sangre, pérdida de la consciencia.
<b>Fecha de nacimiento:</b> 14 de Marzo 2004.	<b>Diagnóstico médico:</b> Herida del miembro inferior no especificada.
<b>Fecha de ingreso:</b> 31 de Julio.	<b>Nivel de ansiedad:</b> 46 puntos en la escala de CAS (ansiedad moderada).

**Fuente: Entrevista Psicológica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Antecedentes.**

En la entrevista con la madre aporta que el desarrollo de su embarazo fue de mucho riesgo, por la presencia de indicios de arrojados, los mismos que eran tratados con un médico de cabecera y completo reposo, una vez que el niño nació su desarrollo fue normal con un médico que guiaba el proceso del crecimiento, refiere no existir ninguna enfermedad relevante.

### **Interpretación.**

El paciente posee una familia extendida, formada por sus padres abuelitos y tíos, todos viven en la misma casa, la figura de autoridad es su abuelito, presentan estabilidad económica y emocional.

Tabla 13: Hoja de Seguimiento.

Sesiones.	Fecha.	Estado Actual.	Actividad.	Descripción de la actividad.	Conductas Observadas.
<b>Primera.</b>	01 de Agosto del 2011.	Físicamente pálido. Presentaba miedo.	Ejercicios de respiración. Se mantuvo una conversación sobre la vida y enfermedad de la paciente.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca, cerrar los ojos y pensar en cosas positivas sobre su vida.	Se pudo mantener una buena relación con el niño.
<b>Segunda.</b>	02 de Agosto del 2011.	Se encontraba mejor con su pierna. El dolor era menos al día anterior.	Ejercicios de respiración. Marionetas.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca. El niño se inventó historias chistosas acerca de su accidente.	Se pudo obtener un estado de ánimo bueno provocando que intervenga dentro de la técnica.
<b>Tercera.</b>	03 de Agosto del 2011.	Paciente se encontraba tranquilo. Estado físico y emocional estaban estables.	Se converso con el paciente sobre sus días de hospitalización. El paciente conto un par de chistes.	El niño conto chistes que había aprendido en la escuela los cuales le causaba mucha risa.	El niño se encontraba tranquilo en buenas condiciones para salir del hospital.

Fuente: Entrevista y aplicación de la técnica.

Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.

### Interpretación.

Debido al corte que presentaba el paciente la movilidad era complicada lo que generaba en él malestar e intolerancia a los demás, una vez que se aplicó la técnica, se notó el cambio tanto de actitud como de tolerancia, encontrándose así mejora en su estado de ánimo a pesar de su dolencia.

**Caso A-4.****Tabla 14. Caso A-4.**

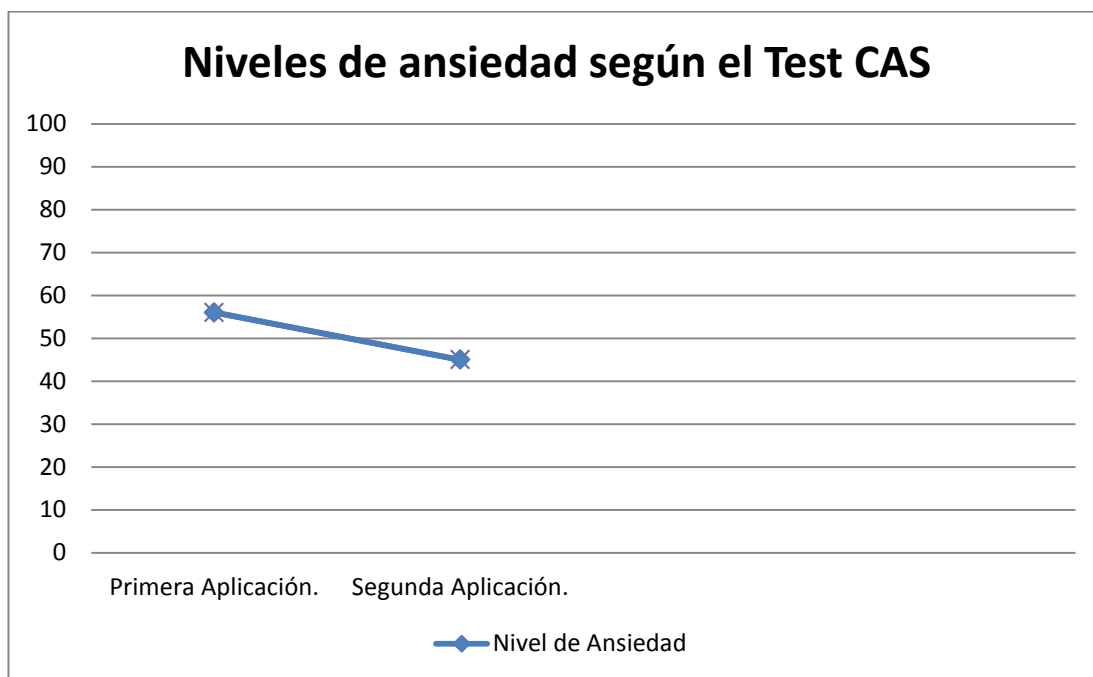
Ansiedad	Puntuación centil	Nivel de Ansiedad
<b>Ansiedad con la que el niño ingresa al hospital</b>	56	Ansiedad moderada
<b>Ansiedad después de la aplicación de la técnica</b>	45	Ansiedad moderada
<b>Grado de ansiedad reducida</b>	11	

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

**Análisis.**

La aplicación de la técnica de la Risoterapia es de vital importancia con resultados indudables de la disminución de 11 (puntuación centil) de ansiedad en pacientes vulnerables en el área de pediatría.

**Gráfico 8: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.**



**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

En los cuadros se observan los niveles de ansiedad del niño antes de la aplicación de la técnica y después de la aplicación de la misma, teniendo como resultado una disminución considerable en su nivel de ansiedad.

Tabla 15: Ficha Psicológica.

<b>Paciente #: 4.</b>	
<b>Nombre:</b> A-4.	<b>Fecha de egreso:</b> 03 de Agosto.
<b>Edad:</b> 6 años de edad.	<b>Motivo de ingreso:</b> Dolor abdominal y vómito.
<b>Fecha de nacimiento:</b> 05 de Octubre 2005.	<b>Diagnóstico médico:</b> Infección en el estómago.
<b>Fecha de ingreso:</b> 31 de Julio.	<b>Nivel de ansiedad:</b> 56 puntos en la escala de CAS (ansiedad moderada).

**Fuente: Entrevista Psicológica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Antecedentes.**

La madre aduce que el embarazo fue planificado, que la niña es la única hija, durante la etapa de gestación no aparecieron inconvenientes, debido al cuidado del médico, refiere que el parto fue normal pero que su APGAR, tenía factores muy bajos y decidieron ponerla en el área de cuidados intensivos prenatales, para controlar su evolución tanto de peso como de nutrición, su desarrollo no cayó en la normalidad de los niños si no que presentaba enfermedades a lo largo de su vida hasta el momento

### **Interpretación:**

La familia es conflictiva, el padre es una persona que toma demasiado alcohol mostrando a sus niños el mal ejemplo, existe maltrata intrafamiliar, el padre no tiene autoridad, al contrario le tienen miedo, por la misma razón existe inestabilidad económica.

Tabla 16: Hoja de Seguimiento.

Sesiones.	Fecha.	Estado Actual.	Actividad.	Descripción de la actividad.	Conductas Observadas.
<b>Primera.</b>	01 de Agosto del 2011.	Dolor abdominal Intenso.	No se puede realizar ninguna actividad porque la niña no se encontraba en condiciones de conversar con nadie.	-	Irritabilidad.
<b>Segunda.</b>	02 de Agosto del 2011.	El dolor es controlado con medicina.	Ejercicios de respiración. Se mantuvo una conversación sobre la vida y enfermedad de la paciente.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca, cerrar los ojos y pensar en cosas bonitas que la rodean.	Se pudo mantener una buena relación con la niña se le pudo transmitir mucha seguridad.
<b>Tercera.</b>	03 de Agosto del 2011.	Paciente tranquila, su dolor había desaparecido.	Se cantó canciones que la niña proponía cantar.	Todas las canciones que cantó fueron aprendidas en la escuela.	El último día la niña demostró que encontró mejoría tanto física como emocional.

Fuente: Entrevista y aplicación de la técnica.

Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.

### Interpretación.

La aplicación de la técnica fue un poco difícil, ya que presentaba un fuerte dolor, lo cual hacía que no colabore, una vez que se calmó el dolor, la interrelación fue mejor y se encontró una estabilidad emocional adecuada y esperada.

**Caso A-5.****Tabla 17. Caso A-5.**

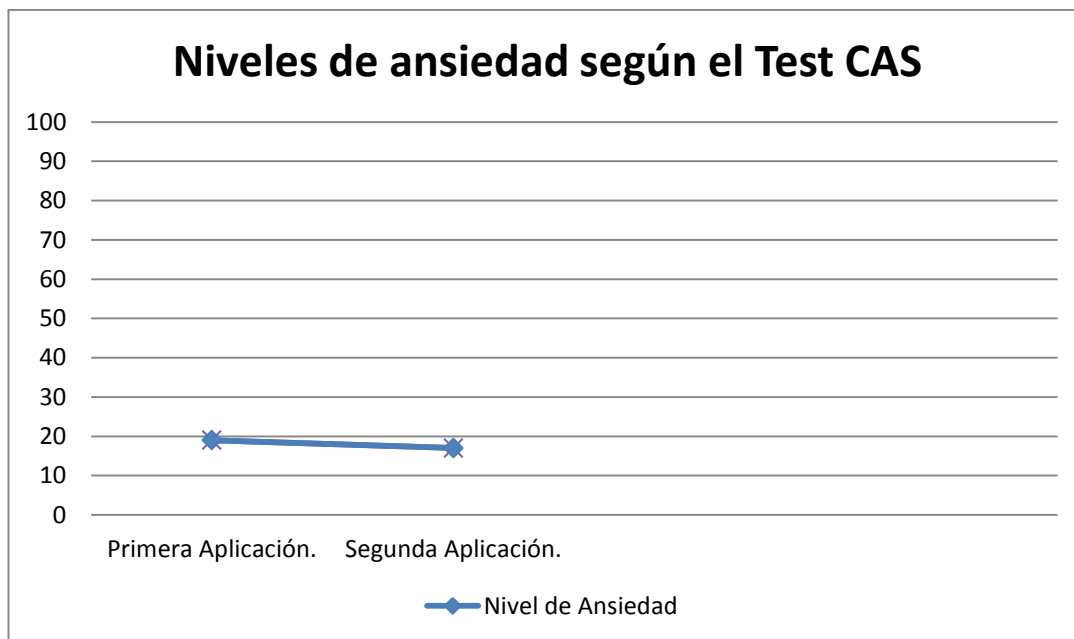
Ansiedad	Puntuación centil	Nivel de Ansiedad
<b>Ansiedad con la que el niño ingresa al hospital</b>	19	Ansiedad baja
<b>Ansiedad después de la aplicación de la técnica</b>	17	Ansiedad baja
<b>Grado de ansiedad reducida</b>	2	

**Fuente:** Entrevista y aplicación del Test CAS.  
**Realizada por:** Morejón Urbina Gabriela Patricia.

**Análisis.**

La aplicación de la técnica de la Risoterapia es de vital importancia para obtener resultados positivos como la disminución de 2 (puntuación centil) en sus niveles de ansiedad en pacientes pediátricos y entes vulnerables que se encuentren asilados en las casa de salud.

**Gráfico 9: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.**



**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

El nivel de ansiedad del niño está plasmado en los cuadros estadísticos, del antes y después de la aplicación de la técnica, observando claramente una disminución en su nivel de ansiedad.

Tabla 18: Ficha Psicológica.

<b>Paciente #: 5.</b>	
<b>Nombre:</b> A-5.	<b>Fecha de egreso:</b> 03 de Agosto.
<b>Edad:</b> 7 años de edad.	<b>Motivo de ingreso:</b> Dolor abdominal y vómito.
<b>Fecha de nacimiento:</b> 03 de Mayo 2003..	<b>Diagnóstico médico:</b> Infección en el estómago.
<b>Fecha de ingreso:</b> 15 de Agosto.	<b>Nivel de ansiedad:</b> 19 puntos en la escala de CAS (ansiedad baja).

**Fuente:** Entrevista Psicológica.

**Realizada por:** Morejón Urbina Gabriela Patricia.

### **Antecedentes.**

La madre refiere que es el segundo hijo, el cual no estuvo planificado y nació por cesárea, lo cual generó que sea muy continuo a su hermano y esto generó en él un desfase en la alimentación con la leche materna, a pesar de esto su desarrollo aparentemente fue y es normal, su hogar es estable tanto económica como emocionalmente. El padre presenta artritis reumática como enfermedad importante.

### **Interpretación.**

Presenta el paciente una estabilidad tanto económicamente como emocional, sus padres son casados y brindan al niño la estabilidad que necesitan, sus padres con el ejemplo de respeto y amor.

**Tabla 19: Hoja de Seguimiento.**

Sesiones.	Fecha.	Estado Actual.	Actividad.	Descripción de la actividad.	Conductas Observadas.
<b>Primera.</b>	16 de Agosto del 2011.	Mal genio. Llanto fácil. Gritos hacia las personas que le quieren ayudar.	Se trato conversar con el niño pero no quería hablar con nadie presentaba una dependencia hacia su madre. En este caso los ejercicios de respiración se los realizó a ella.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca. El niño todo el tiempo estaba observando lo que la madre realizaba.	El paciente al ver que su madre estaba realizando la técnica bajo sus mecanismos de defensa y el llanto que presentaba fue disminuyendo.
<b>Segunda.</b>	17 de Agosto del 2011.	Mal genio. No deseaba interactuar.	Con la ayuda de la madre pudimos trabajar con el niño con pintura. Cuentos.	Como el niño no deseaba conversar se le hizo pintar unos dibujos, en este tiempo se pudo interactuar con él contándole cuentos.	La resistencia que presentaba el niño fue disminuida a pesar de que solo se trabajó dos días pudimos observar resultados claros.

**Fuente: Entrevista y aplicación de la técnica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

Debido a la escasa relación del paciente con personas foráneas, hubo una resistencia del niño, a pesar de que el niño no quería participar en ninguna actividad se agotaron todos los instrumentos y técnicas para llegar a él obteniendo resultados positivos, bajando sus niveles de ansiedad y claramente los de resistencia.

**Caso A-6.****Tabla 20. Caso A-6.**

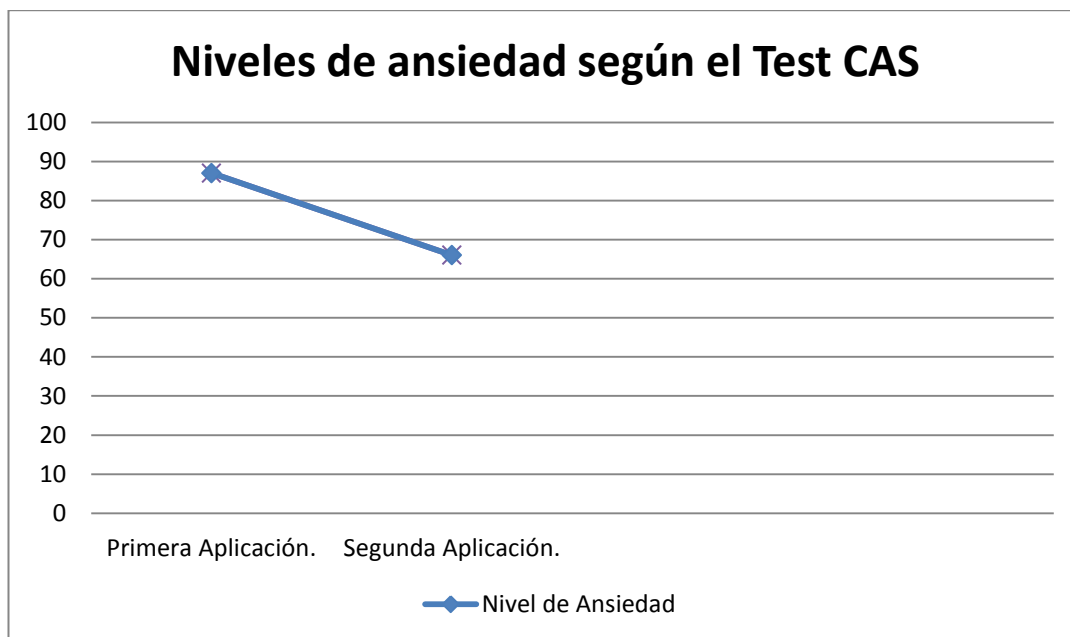
Ansiedad	Puntuación centil	Nivel de Ansiedad
<b>Ansiedad con la que el niño ingresa al hospital</b>	87	Ansiedad grave
<b>Ansiedad después de la aplicación de la técnica</b>	66	Ansiedad moderada
<b>Grado de ansiedad reducida</b>	21	

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

**Análisis.**

Con la Risoterapia se obtendrá resultados positivos disminuyendo 21 (puntuación centil) de ansiedad grave a moderada en pacientes hospitalizados en el área de pediatría.

**Gráfico 10: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.**



**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

En los cuadros estadísticos expuestos develan el nivel de ansiedad del niño con el que ingresa al hospital midiendo su porcentaje con el test CAS antes y después de la aplicación de la técnica, observando una disminución importante en su nivel de ansiedad.

Tabla 21: Ficha Psicológica.

<b>Paciente #: 6.</b>	
<b>Nombre:</b> A-6.	<b>Fecha de egreso:</b> 19 de Agosto.
<b>Edad:</b> 8 años de edad.	<b>Motivo de ingreso:</b> Dolor de media cara.
<b>Fecha de nacimiento:</b> 08 de Agosto 2003	<b>Diagnóstico médico:</b> Tumor Facial.
<b>Fecha de ingreso:</b> 16 de Agosto.	<b>Nivel de ansiedad:</b> 87 puntos en la escala de CAS (ansiedad grave).

**Fuente: Entrevista Psicológica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Antecedentes.**

El paciente es el segundo de dos hijos, su madre aduce que el embarazo fue planificado, tuvo a su hijo por medio de cesárea, durante la gestación tuvo problemas de presión, a pesar de esto su hijo nació a las 36 semanas, sin ninguna complicación, el desarrollo del niño fue normal, sin tener enfermedades importantes dentro de la familia.

### **Interpretación**

El paciente posee una familia estructura sus padres son casados, los dos trabajan por lo que a sus hijos le dan estabilidad económica y emocional, se demuestran mucho amor entre ellos.

Tabla 22: Hoja de Seguimiento.

Fecha.	Estado Actual.	Actividad.	Descripción de la actividad.	Conductas Observadas.
<b>18 de Agosto del 2011.</b>	El niño desde un principio se encontraba colaborador.	Realizó adecuadamente los ejercicios de respiración. Se estableció un diálogo acerca de su vida y la relación con la madre.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca.	Se fortaleció la relación mutua. Se pudo establecer la empatía de una manera adecuada.
<b>19 de Agosto del 2011.</b>	El niño se encontraba tranquilo.	Se realizó globo - fexia. Cuentos.	Con la ayuda de la madre a la cual involucramos dentro de l técnica se pudieron realizar figuras con globos, cuentos inventados proyectando así la vida del paciente.	Disminuyó el dolor que el niño presentaba sintiéndose y demostrándose libre antes las actividades realizadas.

**Fuente: Aplicación de la técnica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

La técnica fue aplicada con éxito gracias a la colaboración e inquietud del paciente, los resultados que se observaron fueron notorios tanto así que su ansiedad bajó lo que le permitió entrar a cirugía más tranquilo.

**Caso A-7.****Tabla 23. Caso A-7.**

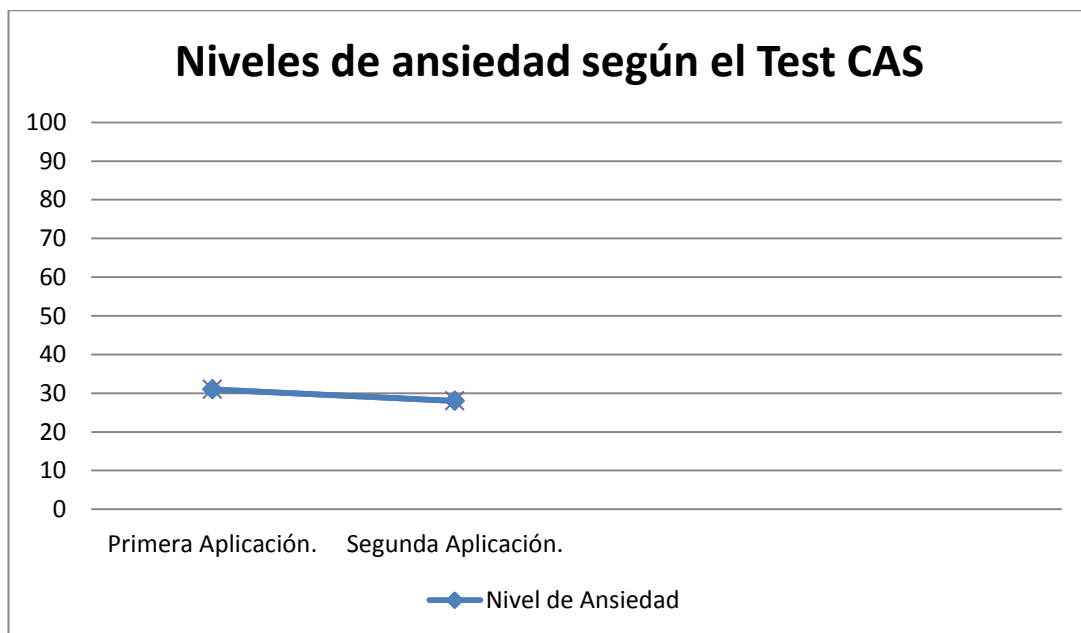
Ansiedad	Puntuación centil	Nivel de Ansiedad
<b>Ansiedad con la que el niño ingresa al hospital</b>	31	Ansiedad baja
<b>Ansiedad después de la aplicación de la técnica</b>	28	Ansiedad baja
<b>Grado de ansiedad reducida</b>	3	

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

**Análisis.**

Para obtener resultados satisfactorios se aplicó la técnica de la Risoterapia en donde se disminuyó 3 (puntuación centil) en los niveles de ansiedad en pacientes hospitalizados en el área de pediatría.

**Gráfico 11: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.**



**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

El niño ingresa con un nivel de ansiedad que será medido con el test CAS antes y después de la aplicación de la técnica, observando una disminución en su nivel de ansiedad.

Tabla 24: Ficha Psicológica.

<b>Paciente #: 7.</b>	
<b>Nombre:</b> A-7.	<b>Fecha de egreso:</b> 26 de Agosto.
<b>Edad:</b> 6 años de edad.	<b>Motivo de ingreso:</b> Dolor abdominal.
<b>Fecha de nacimiento:</b> 07 de Diciembre 2004.	<b>Diagnóstico médico:</b> Apendicitis.
<b>Fecha de ingreso:</b> 24 de Agosto.	<b>Nivel de ansiedad:</b> 31 puntos en la escala de CAS (ansiedad moderada).

**Fuente:** Entrevista Psicológica.

**Realizada por:** Morejón Urbina Gabriela Patricia.

### **Antecedentes.**

La madre refiere que es el único hijo, que no fue planificado, durante el embarazo tuvo todos los controles pre natales, a las 42 semanas dio a luz por medio de cesárea, no tuvo ninguna complicación posterior, el desarrollo es normal sin ninguna enfermedad importante.

### **Interpretación.**

La familia del paciente es disfuncional su madre es soltera, no le conoce a su padre, posee muchas figuras paternas entre ellos está su abuelo y tío, presenta mucha inestabilidad, la madre trabaja para tener una buena economía.

**Tabla 25: Hoja de Seguimiento.**

Sesiones.	Fecha.	Estado Actual.	Actividad.	Descripción de la actividad.	Conductas Observadas.
<b>Primera.</b>	25 de Agosto del 2011.	El niño presenta ansiedad por separación. Resistencia.	Junto a la madre se realizó los ejercicios de respiración.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca.	Se fortaleció la relación mutua. Se pudo establecer la empatía de una manera adecuada.
<b>Segunda.</b>	26 de Agosto del 2011.	El niño se encuentra mas tranquilo. Se logro conversar con el paciente.	Canto. Cuentos inventados.	Con la ayuda de la madre pudimos inventar historias graciosas para el niño, cantando conjuntamente haciendo que el ambiente del niño en el que se encontraba le llene de paz y seguridad.	El niño pudo ser parte de las actividades ayudando que su dolor disminuya y la ansiedad baje.

**Fuente: Entrevista y aplicación de la técnica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

El niño presentaba resistencia por su miedo a los doctores, pero una vez que su madre fue partícipe de la técnica los resultados fueron los esperados, partiendo desde la colaboración del vínculo social afectivo que género efectos satisfactorios.

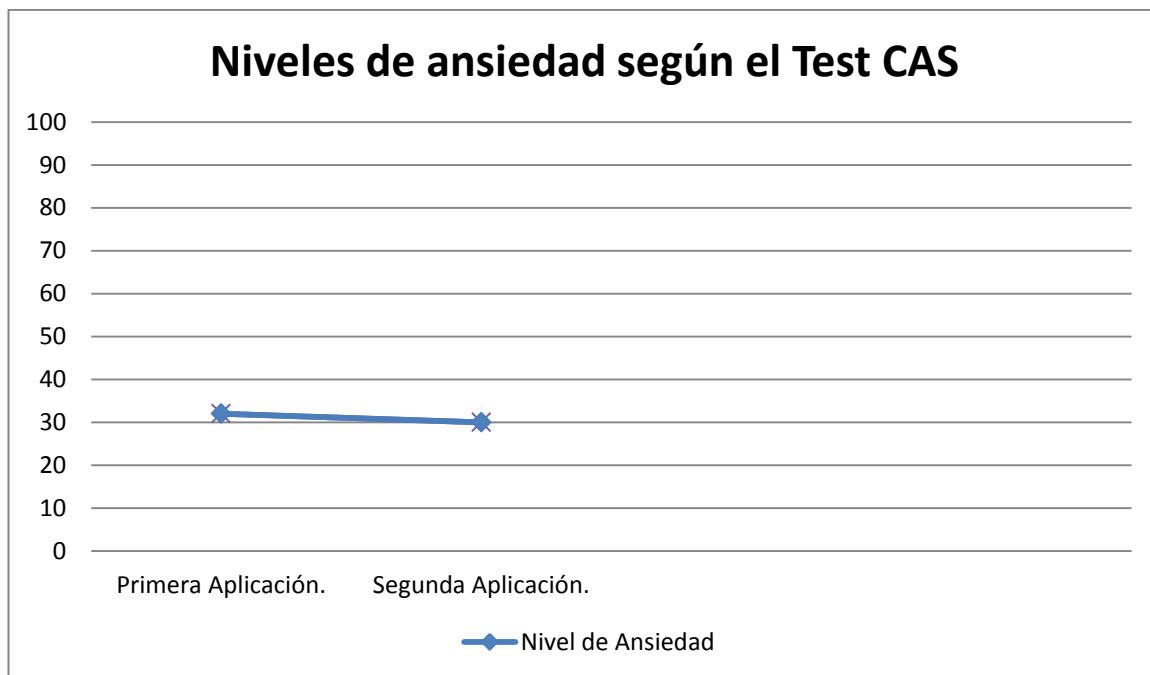
**Caso A-8.****Tabla 26. Caso A-8.**

Ansiedad	Puntuación centil	Nivel de Ansiedad
<b>Ansiedad con la que el niño ingresa al hospital</b>	32	Ansiedad baja
<b>Ansiedad después de la aplicación de la técnica</b>	30	Ansiedad baja
<b>Grado de ansiedad reducida</b>	2	

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

**Análisis.**

Es importante la aplicación de la técnica de la Risoterapia para obtener resultados positivos disminuyendo 2 (puntuación centil) en los niveles de ansiedad en pacientes hospitalizados en el área de pediatría.

**Gráfico 12: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.**

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

En los cuadros estadísticos expuestos revelan el nivel de ansiedad del niño con el que ingresa al hospital midiendo su porcentaje con el test CAS antes y después de la aplicación de la técnica, observando un declive en su nivel de ansiedad.

Tabla 27: Ficha Psicológica.

<b>Paciente #: 8.</b>	
<b>Nombre:</b> A-8.	<b>Fecha de egreso:</b> 16 de Septiembre.
<b>Edad:</b> 6 años de edad.	<b>Motivo de ingreso:</b> Dolor abdominal.
<b>Fecha de nacimiento:</b> 27 de Octubre 2004.	<b>Diagnóstico médico:</b> Infección intestinal.
<b>Fecha de ingreso:</b> 14 de Septiembre.	<b>Nivel de ansiedad:</b> 32 puntos en la escala de CAS (ansiedad moderada).

**Fuente:** Entrevista Psicológica.

**Realizada por:** Morejón Urbina Gabriela Patricia.

### **Antecedentes.**

Su madre comenta que es el segundo hijo de cuatro, fue un embarazo planificado por medio de los padres, no presentó la madre ningún inconveniente durante el periodo de gestación, el desarrollo fue normal, como enfermedad importante el niño desarrollo Bronquitis, la misma que se complicó generando en el niño estados de gravedad.

### **Interpretación.**

El paciente posee una familia estructurada, han planificado el nacimiento de sus hijos, presentan estabilidad económica y emocional, no existe maltrato, les enseñan los valores principalmente.

Tabla 28: Hoja de Seguimiento.

Sesiones.	Fecha.	Estado Actual.	Actividad.	Descripción de la actividad.	Conductas Observadas.
<b>Primera.</b>	14 de Septiembre del 2011.	El dolor es controlado con medicina por lo que el niño se encuentra tranquilo. La ansiedad que presenta es baja.	Ejercicios de respiración. Se estableció la empatía.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca, cerrar los ojos y pensar en cosas bonitas que la rodean.	Se estableció la empatía fácilmente.
<b>Segunda.</b>	15 de Septiembre del 2011.	Presenta felicidad, la risa dibuja su rostro fácilmente.	Se utilizó las marionetas. Cuentos.	Los cuentos fueron narrados por mí y el paciente iba aumentando cosas relacionadas a su vida utilizando las marionetas como recurso.	Hubo bastante proyección por parte del niño brindándole amor y seguridad.
<b>Tercera.</b>	16 de Septiembre del 2011.	Se encontraba feliz al saber que íbamos a realizar cualquier actividad.	Se cantó canciones de reggaetón que el niño se sabía. Se estableció una conversación más profunda.	El pequeño se sentía escuchado e importante al saber que alguien estaba ahí dándole el valor que se merecía.	Se pudo generar muchas risas y felicidad interna.

Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.

Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.

### Interpretación.

El niño colabora de una manera adecuada, se le pudo aplicar la técnica de la Risoterapia, establecer la empatía fue fácil, debido al interés y curiosidad del

mismo, un niño muy abierto a pesar del dolor que presentaba, lo cual parecía inhibirse con la aplicación de la técnica.

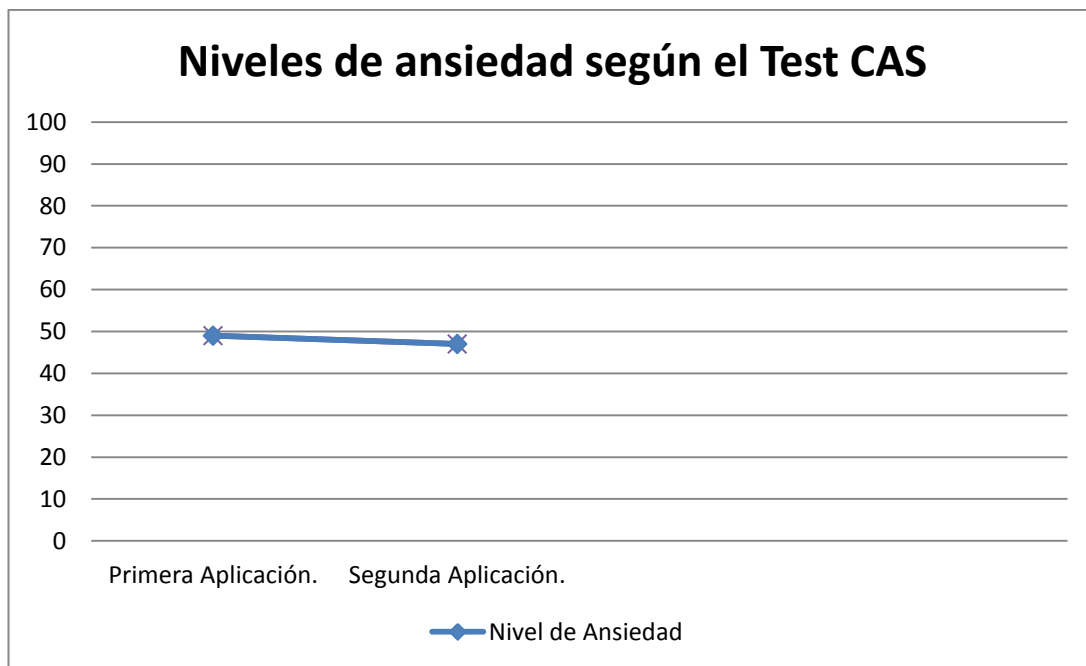
**Caso A-9.****Tabla 29. Caso A-9.**

Ansiedad	Puntuación centil	Nivel de Ansiedad
<b>Ansiedad con la que el niño ingresa al hospital</b>	49	Ansiedad moderada
<b>Ansiedad después de la aplicación de la técnica</b>	47	Ansiedad moderada
<b>Grado de ansiedad reducida</b>	2	

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

**Análisis.**

Es importante la aplicación de la técnica de la Risoterapia para obtener resultados positivos disminuyendo 2 (puntuación centil) reduciendo la ansiedad en pacientes hospitalizados en el área de pediatría.

**Gráfico 13: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.**

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

En los cuadros estadísticos se exponen el nivel de ansiedad del niño con el que ingresa al hospital midiendo su porcentaje con el test CAS antes y después de la aplicación de la técnica, observando una disminución considerable en su nivel de ansiedad.

**Tabla 30: Ficha Psicológica.**

<b>Paciente #: 9.</b>	
<b>Nombre:</b> A-9.	<b>Fecha de egreso:</b> 10 de Septiembre.
<b>Edad:</b> 6 años de edad.	<b>Motivo de ingreso:</b> Dolor de la cadera.
<b>Fecha de nacimiento:</b> 07 de Febrero 2005.	<b>Diagnóstico médico:</b> Traumatismo en la cadera.
<b>Fecha de ingreso:</b> 09 de Septiembre.	<b>Nivel de ansiedad:</b> 49 puntos en la escala de CAS (ansiedad moderada).

**Fuente: Entrevista Psicológica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Antecedentes.**

La madre aduce que el paciente es el tercero de cuatro hijos, el embarazo no fue planificado, se realizó todos los ecos y controles de la etapa de gestación, el parto fue normal a las 40 semanas, siguiendo el desarrollo del niño al año de nacido sufrió de anemia, debido a la mala alimentación, la madre no tenía mucha leche, no presentan enfermedades importantes que generen patologías posteriores.

### **Interpretación.**

No existe estabilidad emocional, sus padres son divorciados, el padre aporta económicamente a la casa sin hacer que le falte nada a su hija, pero ella carece de una figura paterna.

Tabla 31: Hoja de Seguimiento.

Sesiones.	Fecha.	Estado Actual.	Actividad.	Descripción de la actividad.	Conductas Observadas.
<b>Primera.</b>	09 de Septiembre 2011.	El niño se encuentra adolorido.	No se pudo realizar las actividades debido al dolor intenso que presenta.		Se fortaleció la relación mutua. Se pudo establecer la empatía de una manera adecuada.
<b>Segunda.</b>	10 de Septiembre del 2011.	Se encuentra mejor física y emocionalmente.	Respiración. Ejercicios de Yoga. Canciones.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca repetidas veces. Ejercicios de Yoga de tocar el cielo y la tierra con las manos, movimientos de coordinación  Cantamos canciones que le hacen recordar al jardín como los pollitos dicen.	Con todas las actividades realizadas el niño pudo expresar lo que sentía mediante su respiración, su cuerpo generando bienestar y alegría.

Fuente: Entrevista y aplicación de la técnica.

Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.

### Interpretación.

Debido al dolor generado por el traumatismo el niño no presta la colaboración necesaria para la aplicación, una vez que va cesando el mismo

el niño con la curiosidad propia de su edad colabora bajo la premisa de la inquietud, esperando un bienestar el cual le es asistido casi de inmediato.

**Caso A-10.****Tabla 32. Caso A-10.**

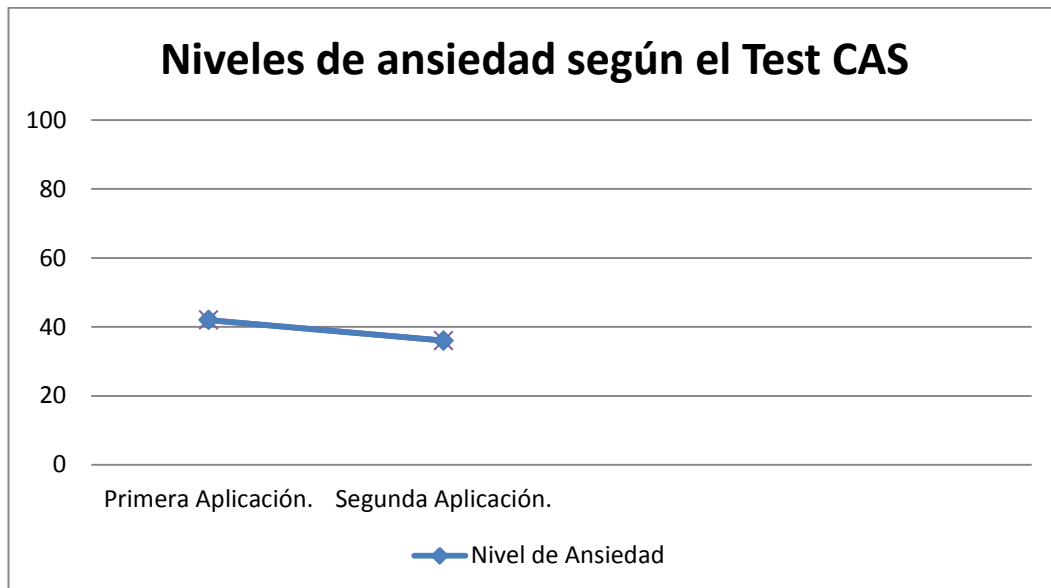
Ansiedad	Puntuación centil	Nivel de Ansiedad
<b>Ansiedad con la que el niño ingresa al hospital</b>	42	Ansiedad moderada
<b>Ansiedad después de la aplicación de la técnica</b>	36	Ansiedad moderada
<b>Grado de ansiedad reducida</b>	6	

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

**Análisis.**

Con la aplicación de la técnica de la Risoterapia se obtendrá resultados positivos disminuyendo la ansiedad de 6 (puntuación centil) en pacientes hospitalizados en el área de pediatría.

**Gráfico 14: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.**



**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

En los cuadros de medición de resultados expresan el nivel de ansiedad del niño con el que ingresa al hospital midiendo su porcentaje con el test CAS antes y después de la aplicación de la técnica, observando una disminución en su nivel de ansiedad.

**Tabla 33: Ficha Psicológica.**

<b>Paciente #: 10.</b>	
<b>Nombre:</b> A-10.	<b>Fecha de egreso:</b> 29 de Septiembre.
<b>Edad:</b> 7 años de edad.	<b>Motivo de ingreso:</b> Dolor de su pierna izquierda.
<b>Fecha de nacimiento:</b> 14 de Febrero 2004.	<b>Diagnóstico médico:</b> Traumatismo en su miembro izquierdo inferior.
<b>Fecha de ingreso:</b> 28 de Septiembre.	<b>Nivel de ansiedad:</b> 42 puntos en la escala de CAS (ansiedad moderada).

**Fuente: Entrevista Psicológica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Antecedentes.**

La madre comenta tener cuatro hijos, no fue un embarazo planificado, durante la gestación no tuvo ninguna complicación lo cual advenía un desarrollo normal del bebé el mismo que nació a las treinta y seis semanas mediante un proceso de cesárea, su desarrollo fue normal y no presenta enfermedades importantes.

### **Interpretación.**

El niño posee una familia estable en la cual le dan mucho amor, tienen estabilidad económica, trabajan los dos padres; a pesar de que tiene algunos hermanos es muy feliz con ellos.

Tabla 34: Hoja de Seguimiento.

Sesiones.	Fecha.	Estado Actual.	Actividad.	Descripción de la actividad.	Conductas Observadas.
<b>Primera.</b>	28 de Septiembre del 2011.	Paciente estable debido a que tiene el control de los médicos pediatras	Ejercicios de respiración. Se mantuvo una conversación sobre la vida y enfermedad de la paciente.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca, cerrar los ojos y pensar en cosas positivas sobre su vida.	Se estableció el rapport, se generó un manejo emocional por parte del niño.
<b>Segunda.</b>	29 de Septiembre del 2011.	Emocionalmente estable, y físicamente mejor debido a que el dolor desapareció.	Ejercicios de respiración. Títeres de personajes conocidos por el niño.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca. El niño se inventó historias para la actuación de los títeres.	Con el manejo de los títeres se expresaron emociones reprimidas por el niño, las cuales ayudaron a disminuir sus niveles de ansiedad.

Fuente: Entrevista y aplicación de la técnica.

Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.

### Interpretación.

El paciente presta la atención y la colaboración necesaria lo cual genera que la técnica tenga una fluidez total y sus efectos sean notorios y satisfactorios.

**Caso A-11.****Tabla 35. Caso A-11.**

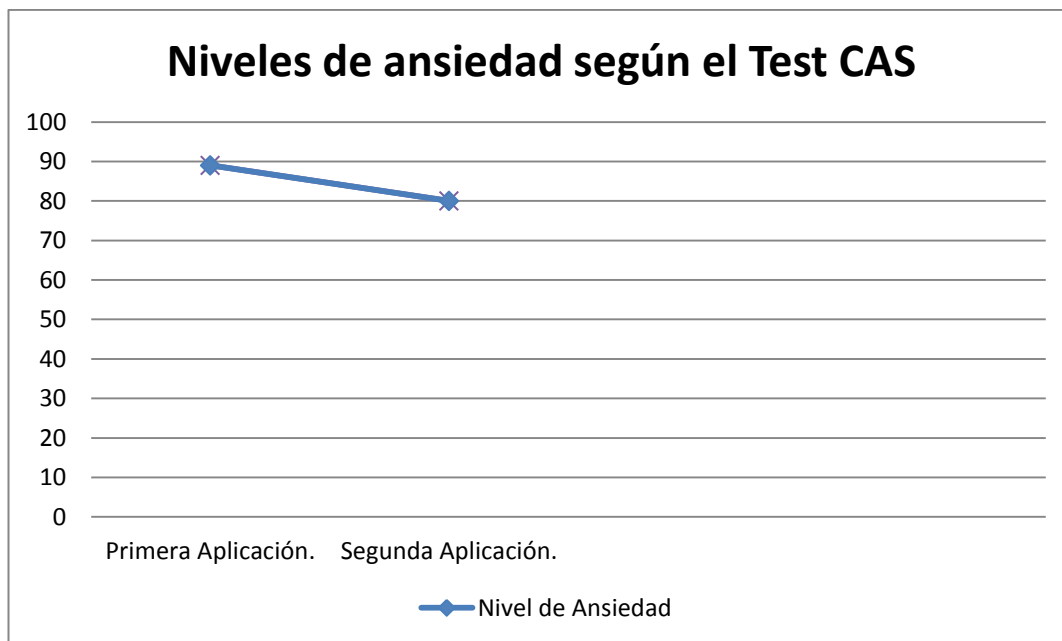
Ansiedad	Puntuación centil	Nivel de Ansiedad
<b>Ansiedad con la que el niño ingresa al hospital</b>	89	Ansiedad grave
<b>Ansiedad después de la aplicación de la técnica</b>	80	Ansiedad grave
<b>Grado de ansiedad reducida</b>	9	

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

**Análisis.**

Con la aplicación de la técnica de la Risoterapia se obtuvo resultados positivos disminuyendo 9 (puntuación centil) de ansiedad en pacientes hospitalizados en el área de pediatría.

**Gráfico 15: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.**



**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

Los cuadros develan el nivel de ansiedad del niño con el que ingresa al hospital midiendo su porcentaje con el test CAS antes y después de la aplicación de la técnica, observando una disminución en su nivel de ansiedad.

Tabla 36: Ficha Psicológica.

<b>Paciente #: 11.</b>	
<b>Nombre:</b> A-11.	<b>Fecha de egreso:</b> 29 de Septiembre.
<b>Edad:</b> 7 años de edad.	<b>Motivo de ingreso:</b> Dolor de su pierna izquierda.
<b>Fecha de nacimiento:</b> 15 de Febrero 2005.	<b>Diagnóstico médico:</b> Hernias bilaterales.
<b>Fecha de ingreso:</b> 28 de Septiembre.	<b>Nivel de ansiedad:</b> 89 puntos en la escala de CAS (ansiedad grave).

**Fuente: Entrevista Psicológica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Antecedentes.**

Su madre refiere que es el segundo hijo, el mayor de los hermanos tiene nueve años, el embarazo no fue planificado, durante la gestación tuvo principios de arrojo, pero esto no alteró su desarrollo ya que su hijo nació a las treinta y seis semanas por medio de un proceso de cesárea sin ninguna complicación, después del parto la madre presentó un cuadro de depresión post parto, lo que generó que su madre no quisiera dar de lactar al niño, el mismo que inicio con sus palabras a los dos años.

### **Interpretación.**

Posee una familia disfuncional, cuando su madre se quedó embarazada sus padres se divorciaron, la madre sufre mucho al verse sola, no existe estabilidad emocional y mucho menos económica, el padre no es responsable.

Tabla 37: Hoja de Seguimiento.

Sesiones.	Fecha.	Estado Actual.	Actividad.	Descripción de la actividad.	Conductas Observadas.
<b>Primera.</b>	28 de Septiembre del 2011.	Miedo. Ansiedad grave. Angustia.	Hubo resistencia por parte del niño debido a que creía que era parte de la cirugía.	-	Miedo. Ansiedad grave. Angustia.
<b>Segunda.</b>	29 de Septiembre del 2011.	Se encontraba angustiado debido a que era consciente que debía someterse a una cirugía.	Ejercicios de respiración. Introducción de pensamientos positivos acerca de la vida de un niño.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca. El niño se inventó historias para la actuación de los títeres.	Relajación del cuerpo y la mente, y seguridad de que todo va a salir bien.

**Fuente: Entrevista y aplicación de la técnica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

El niño presenta ansiedad grave, porque le estaban preparando para que entre a cirugía, con la aplicación de la técnica, un poco de canciones y juegos el niño estaba más tranquila, se redujo el ansiedad lo cual generó seguridad y tranquilidad.

**Caso A-12.****Tabla 38. Caso A-12.**

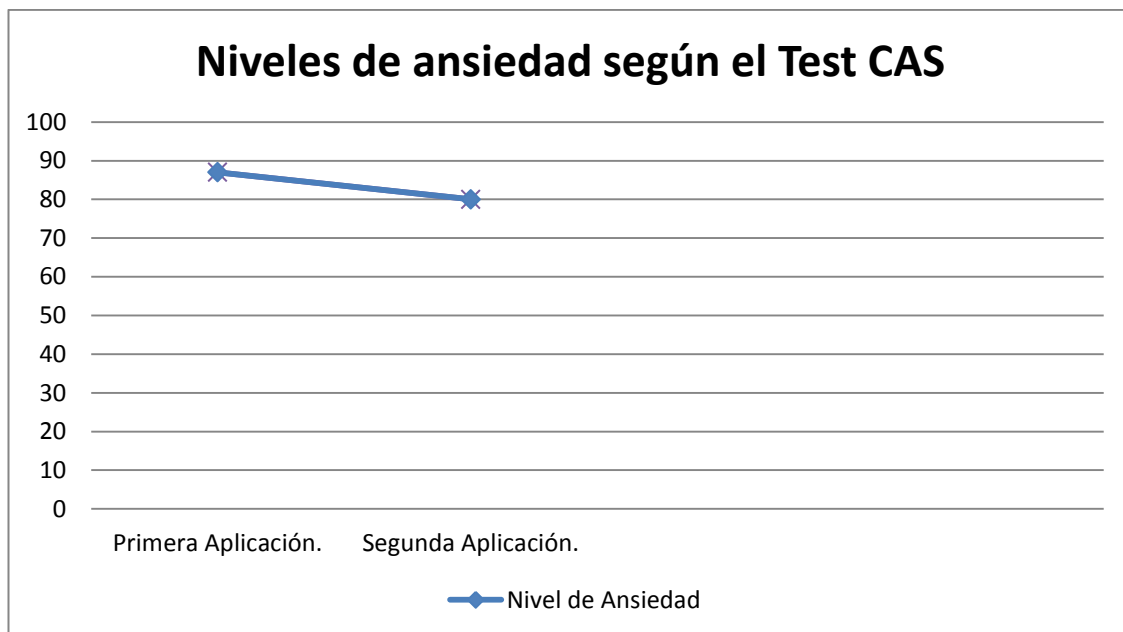
<b>Ansiedad</b>	<b>Puntuación centil</b>	<b>Nivel de Ansiedad</b>
<b>Ansiedad con la que el niño ingresa al hospital</b>	87	Ansiedad grave
<b>Ansiedad después de la aplicación de la técnica</b>	80	Ansiedad grave
<b>Grado de ansiedad reducida</b>	7	

**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.  
Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

**Análisis.**

Es importante la aplicación de la técnica de la Risoterapia para obtener resultados positivos disminuyendo la ansiedad en pacientes hospitalizados en el área de pediatría con 7 (puntuación centil).

**Gráfico 16: Evaluación de la ansiedad antes de la aplicación de la técnica.**



**Fuente: Entrevista y aplicación del Test CAS.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

La disminución de ansiedad del cuadro del paciente es presentada en los cuadros estadísticos concluyendo que existe una reducción del nivel de ansiedad.

Tabla 39: Ficha Psicológica.

<b>Paciente #: 12.</b>	
<b>Nombre:</b> A-12.	<b>Fecha de egreso:</b> 29 de Septiembre.
<b>Edad:</b> 8 años de edad.	<b>Motivo de ingreso:</b> Dolor de su brazo derecho.
<b>Fecha de nacimiento:</b> 12 de Septiembre 2003.	<b>Diagnóstico médico:</b> Fisura del brazo izquierdo (cirugía programada).
<b>Fecha de ingreso:</b> 29 de Septiembre.	<b>Nivel de ansiedad:</b> 87 puntos en la escala de CAS (ansiedad grave).

**Fuente:** Entrevista y aplicación del Test CAS.

**Realizada por:** Morejón Urbina Gabriela Patricia.

### **Antecedentes.**

La recolección de datos mediante las referencias maternas aducen que es el tercero de cuatro hijos, el embarazo fue planificado por sus padres, el cual generó un desarrollo normal en la gestación para su nacimiento por medio de cesárea a las 40 semanas, el niño nació con un defecto congénito cardiaco (soplo al corazón), refirió que un abuelo tiene diabetes como enfermedad importante.

### **Interpretación.**

La madre del niño se quedó viuda poco tiempo después de haber tenido a su último hijo lo cual le dejó destrozada, presenta depresión que le están tratando con medicamento, mucho tiempo descuidó de sus hijos creando inestabilidad emocional.

**Tabla 40: Hoja de Seguimiento.**

Sesiones.	Fecha.	Estado Actual.	Actividad.	Descripción de la actividad.	Conductas Observadas.
<b>Primera.</b>	29 de Septiembre del 2011.	Tranquilidad por someterse a la segunda operación del mismo miembro superior.	Ejercicios de respiración, dialogo emotivo para crear seguridad en el niño.	Inhalar por la nariz y exhalar por la boca. El dialogo que se realizó fue acerca de su entorno y el cariño que le brindan.	Se estableció el rapport, brindándole apoyo emocional.
<b>Segunda.</b>	29 de Septiembre del 2011.	Presentaba ansiedad grave por la incertidumbre de la cirugía.	Cuentos cómicos. Canciones.	Se interpreto la canción de pinocho en el hospital, cambiando los nombres de los personajes con los del niño, generando en él muchas sonrisas.	Se pudo observar sonrisas en el rostro del niño, proyectando tranquilidad

**Fuente: Entrevista y aplicación de la técnica.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

### **Interpretación.**

El paciente estaba próximo a operarse lo que generó intranquilidad y ansiedad en el mismo, una vez que se aplicó la técnica los resultados fueron los esperados entrando al quirófano de una manera más tranquila y segura, bajando su ansiedad.

**Tabla 41: Tabla de valoración de Disminución de los niveles de Ansiedad**

Paciente	Nivel de ansiedad antes de la aplicación de la técnica.	Nivel de ansiedad después de la aplicación de la técnica.	Disminución
A-1	42	30	12
A-2	44	39	5
A-3	46	43	3
A-4	56	45	11
A-5	19	17	2
A-6	87	66	21
A-7	31	28	3
A-8	32	30	2
A-9	49	47	2
A-10	42	36	6
A-11	89	80	9
A-12	87	80	7

**Fuente: Niveles de ansiedad según el Test CAS.**

**Realizada por: Morejón Urbina Gabriela Patricia.**

En la tabla presentada se observa que valorando una media de disminución de ansiedad en los pacientes pediátricos existe un 6.9 por ciento de diferencia entre los valores tomados al inicio y una vez aplicada la técnica, dando así la pauta que la Risoterapia sirve como método científico y valorable para la disminución de ansiedad y, a más de esto búsqueda de un sentido de vida y manejo en las etapas de crisis de la misma.

Una vez que se han abordado los resultados que son medibles la investigadora procederá a suministrar la información del aspecto interno personal de cada uno de los pacientes que es la piedra base para la aplicación de la técnica.

La risa es una herramienta interna que poseemos todas las personas, y que podemos darle uso positivo hacia nosotros mismos buscando bienestar personal y muchas veces grupal, sabiendo que si nos sentimos bien internamente podemos exteriorizar ese sentimiento hacia un ente foráneo, ya sea en búsqueda de una respuesta o como una simple práctica altruista, la cual genera en el ente que brinda alegría y sonrisas una satisfacción de bienestar y amor aun más grande que el que brindó, estableciendo que el círculo vincular es la familia y sirve para tener una visión más amplia sobre los problemas y como solucionarlos, el ser humano por naturaleza se caracteriza por ser un ente social y mantener relaciones afectivas con sus semejantes, es por esto que la risa es el medio de trasmisión emocional hacia el otro, siendo la risa el mejor obsequio que Dios ha dibujado en nuestro rostro, un simple gesto que puede cambiar nuestra vida radicalmente tanto en el aspecto físico como emocional.

## **CAPÍTULO 4.**

### **ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS.**

Una vez que los resultados han sido valorados cuantitativamente se procederá a realizar el análisis y validación de los mismos, tomando en cuenta al cien por ciento de la población y obteniendo:

En la recolección de datos aplicados al campo hospitalario se observó que la dinámica de vinculación familiar, social y hospitalaria alteran los niveles de ansiedad en el niño, y aún más cuando este ingresa a una casa asistencial de salud sin tener conocimiento de la enfermedad que padece; encontrando niveles de ansiedad que superan el límite de la normalopatía de acuerdo al test CAS, reactivo aplicado a los niños que ingresaron al Hospital Municipal en el área de pediatría se logró variedad de resultados, con los cuales se trabajó disminuyendo los niveles de ansiedad utilizando la técnica, estableciendo un vínculo directo con los pacientes, obteniendo resultados positivos indicando que los 12 pacientes, entre 6 a 8 años determinan que la Risoterapia es una técnica efectiva que puede ser manejada con ética y profesionalismo, para una mejor recuperación en los niños internados, utilizando la técnica en la interrelación con la medicina tradicional obteniendo resultados favorables ayudando a que el paciente se sienta tranquilo mirando la vida con mucho amor sonriendo a los problemas, con el firme propósito de vencerlos.

Como ya se ha mencionado los nombres de los niños serán omitidos para salvaguardar su integridad y conservar el sigilo profesional, en el desarrollo de la investigación y la validación de los resultados se ha logrado cumplir con los objetivos planteados en la investigación, llenando las expectativas de

las personas que han podido palpar de una manera directa la experiencia de trabajar en el Hospital Municipal Ambato con un nuevo enfoque de aplicación a la salud, cumpliendo con las metas planteadas y afirmando la hipótesis trazada.

## **CAPÍTULO 5.**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

#### **5.1. Conclusiones.**

- Es de vital importancia, tomar en cuenta que la risa en nuestra vida cotidiana, brinda salud integral al niño, lo que hace de la vida algo placentero; también ayuda a tener una buena actitud ante la enfermedad, incluso, ante la muerte. Por todas estas razones, y por muchas más, es bueno incluir en todos los ámbitos de la vida, la risa, en el trabajo, estudio, familia, hospitales, consultorios psicológicos, etc.
- Se ha concluido que mediante la Risoterapia el niño obtiene múltiples beneficios, disminuye los niveles de ansiedad, elimina el estrés, baja sus tensiones, ayuda a reducir los episodios depresivos así como el colesterol, funciona como paliativo para el dolor, elimina el insomnio, ayuda a mejorar los problemas cardiovasculares, respiratorios y cualquier otra enfermedad que la persona posee.
- Con la investigación se observó que la ansiedad pediátrica aparece cuando existe un conflicto con el Súper Yo y el Ello sobre el Yo, apareciendo un sentido de amenaza o de peligro a la propia supervivencia.
- Mediante la aplicación de la técnica de la Risoterapia en el Hospital Municipal en el área de pediatría se concluye que en toda la población

hubo el seis punto nueve por ciento de disminución de ansiedad sacando una media de los doce pacientes ingresados, lo que nos indica que su sistema inmunológico incrementó, generando resultados positivos que son visibles y observables en el área anímica.

- Mediante la observación de resultados se ha llegado a concluir que la Risoterapia proporciona un masaje vibratorio a todo el cuerpo, elimina toxinas y reduce los niveles de hormonas relacionadas con el estrés, además de que favorece la agilidad mental, gracias a la descarga de dopamina, y genera un efecto calmante del hambre y la ansiedad debido a la estimulación de la serotonina y un sentimiento de bienestar que nace de la endorfina.

## **5.2. Recomendaciones.**

- Para una correcta aplicación de la técnica es necesario que exista un líder Clown el mismo que debe cumplir con el perfil antes mencionado, con esto aseguramos que exista un control en los integrantes del grupo y un manejo adecuado al aplicar la técnica a los entes vulnerables.
- Sabiendo que el manejo de personas es un proceso muy delicado y de transferencia, es necesario que el líder Clown haya pasado por un proceso psicológico o a su vez se sostenga en una base, la cual sea piedra angular de la resolución de conflictos internos para llegar a una relación vincular social exitosa y sin proyecciones.
- Para la obtención de resultados que a mas de tener un fin terapéutico sean medibles en la identidad clínica se recomienda un manejo adecuado de la técnica, esta misma debe ser sometida a una evaluación por todos los integrantes del grupo de psicólogos,

convirtiéndoles en unos eruditos en el manejo y aplicación de la misma, brindando una aplicación de calidad y satisfactoria para los internos en el área de pediatría.

- La aplicación de la correcta técnica no solo se basa en el personal que la aplica sino en los materiales que se emplean en el manejo de la misma, siendo así recomendado utilizar objetos lúdicos, que llamen la atención del niño y sirva para su desarrollo emocional, racional y subjetivo.
- El ente vulnerable tiene afecciones físicas y psicológicas de las cuales las primeras pueden ser reducidas mediante la aplicación de alimentos y evaluadas por el galeno tratante, olvidándose del aspecto psicológico, es por ello que se recomienda la aplicación de esta técnica con la finalidad de establecer un equilibrio bio-psico-social afectivo.
- El uso de la técnica de la Risoterapia como un elemento de apoyo en el proceso de recuperación del paciente dentro del área de pediatría, estableciendo así un trabajo multidisciplinario con las distintas áreas de salud, en beneficio del ente vulnerable.

## 6. MATERIAL DE REFERENCIA.

### 6.1. Bibliografía.

- Castellvi Enric. Taller práctico de Risoterapia. Ed. Alba. Primera edición, 2010.
- Freud Sigmund. El chiste y su relación con el Inconsciente.Obras Completas. Madrid.Ed. Biblioteca Nueva. Tercera edición, Febrero 2006.
- Freud Sigmund. Psicología de las masas y análisis del Yo.Obras Completas. Madrid.Ed. Biblioteca Nueva. Tercera edición, Febrero 2006.
- Freud Sigmund. Mas allá del Principio del Placer.Obras Completas. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva. Tercera edición, Febrero 2006.
- Freud Sigmund. El Yo y el Ello. Obras Completas. Madrid.Ed. Biblioteca Nueva. Tercera edición, Febrero 2006.
- Freud Sigmund. El Sentido de los Síntomas. Obras Completas. Madrid.Ed. Biblioteca Nueva. Tercera edición, Febrero 2006.
- Freud Sigmund. Inhibición Síntoma y Angustia. Obras Completas. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva. Tercera edición, Febrero 2006.
- Freud Sigmund. Lo Inconsciente. Obras Completas. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva. Tercera edición, 2006.
- Flèche Christian, Cada órgano dañado responde a un sentimiento. Ed. Mira. Sexta edición, 2011.
- Herrera E. Luis. Medina F. Arnaldo, Naranjo L. Galo, Tutoría de la Investigación Científica.

- Lawson, Jack. Endorfinas. La droga de la felicidad. Ed. Obelisco. Primera edición, 2006.
- Pilar, Zubieta y Jorge. Yoga de la Risa. Ed. Mira. Segunda edición, 2008.
- Rodríguez Martín, César. Risoterapia y calidad de vida. Ed. Mira. Tercera edición, 2009.
- Segal Hanna. Introducción a la obra de Melanie Klein. Ed. Paidós Ibérica. edición 2002.
- Valdés Sánchez Carmen Ana, Flórez Lozano José Antonio, El niño ante el hospital. Ed. Universidad de Oviedo. Primera edición 1995.

## 6.2. Linkografías.

- Dr. Manguito. Metodología de la Risoterapia. Febrero 2012. <<http://risoterapia-aponcedh.blogspot.com/>>.
- Instituto Nacional de la Salud Mental Ansiedad Infantil. Febrero 2012. <[http://www.actad.org/actad\\_cas/ansiedad\\_infantil.php](http://www.actad.org/actad_cas/ansiedad_infantil.php)>.
- María de Jesús Risoterapia monitora de dinámica de la Risa. Junio 2012. <<http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=662>>.
- Marilyn Dickey, escritora independiente en Washington, DC. Trastornos de Ansiedad. Junio 2012. <<http://www.psicopedagogia.com/ansiedad>>
- Nathan Mansbach R. Yoga de la Risa. Junio 2012. <<http://www.yogadelarisa.com>>

### 6.3. Glosario

- **Adrenalina:** Hormona que nos hace estar más despiertos, proporciona mayor creatividad e incrementa la autoestima.
- **Angustia:** Es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión.
- **Ansiedad persecutoria:** Se produce en el niño, producto del miedo de que este impulso agresivo le cause daño.
- **Ansiedad:** Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero.
- **Cortisol:** Hormona de estrés.
- **Dopamina:** Nos aumenta el estado de ánimo.
- **Endorfinas:** Hormonas de la felicidad.
- **Humor:** Es el modo de presentar, enjuiciar o comentar la realidad, resaltando el lado cómico, risueño o ridículo de las cosas.
- **Morfina:** Es una potente droga opiácea usada frecuentemente en medicina como analgésico.
- **Pecho Bueno:** los sentimientos de amor se proyectan en el pecho gratificador.
- **Pecho Malo:** Es el odio y la ansiedad se proyectan hacia el primer objeto de relación que posee.
- **Posición depresiva:** La madre se incorpora como un objeto total en la que debido a esta integración del objeto y el yo se experimenta culpa, pues el niño siente que el objeto amado ha sido dañado por

sus propios impulsos agresivos y por lo cual trata de reparar el objeto dañado.

- **Posición esquizo-paranoide:** Se desarrolla durante los primeros 3 a 4 meses de vida. Según Klein los seres humanos poseemos dos instintos básicos, el de vida o amor y el de muerte u odio.
- **Risa:** Es una respuesta biológica producida por el organismo como respuesta a determinados estímulos.
- **Risoterapia:** Es una técnica en la que se utiliza la risa como base para un sentimiento de bienestar de la persona, muchas veces como un medicina alternativa.
- **Serotonina:** Endorfina con efectos calmantes y analgésicos.

## **6.4. Anexos**

### **Anexo 1.**

#### **Entrevistas de validación de la técnica de la Risoterapia en la Fundación Cecilia Rivadeneira.**

##### **María del Pilar Jaramillo.**

Mi vinculación con la Fundación Cecilia Rivadeneira se dio por una situación personal. Yo buscaba una terapia que me ayudara a superar mi duelo, ya que en el 2007 mi hija falleció con leucemia.

El tener a un hijo/a padeciendo de cáncer es padecer de cáncer toda la familia, conlleva afrontar muchas situaciones difíciles; En mi caso, yo estaba separada del padre de mis hijos y lamentablemente la enfermedad acentuó motivos para que la relación se deteriorara más, perdí mi trabajo que era el único sostén económico de mi casa, tuve que dejar a mi hijo de 3 años con mis padres y consecuentemente la cuenta del tratamiento ascendía mes a mes, es decir; el cáncer provoca un alto costo social en todos los sentidos y por supuesto en el ánimo y con mucha fuerza.

Desde que iniciamos el tratamiento en Solca, los voluntarios de la Fundación Cecilia Rivadeneira se hicieron presentes con juegos, sorpresas y mucha alegría, ahí los conocí. El diagnóstico de mi nena era de alto riesgo y requería un trasplante de médula ósea, que no se hacía en esos momentos en el país, así que recorrí el mundo con el internet buscando ayuda y finalmente la Fundación Española FELL a través de su representante en Quito, me ayudaron a ir para España donde continuamos el tratamiento por un año y medio más. La situación era muy difícil.

El hospital era nuestra casa y la gente con la que compartíamos todos los días eran los médicos, enfermeras, auxiliares, así como los voluntarios y Clowns que iban de visita, se convirtieron en nuestra familia.

Mi hija no era una nena que diera mucha apertura, no era muy sociable más bien era tímida y recelosa, al igual que yo, sin embargo yo era la adulta, la mamá, la superhéroe para ella y decidí recibir cada visita con agrado, bailaba con los Clowns, nos reíamos, hacíamos manualidades y juegos; esperábamos el siguiente día con afán haber quien nos visitaría: un pintor que nos dejara un dibujo hermoso con el que sonreiríamos cada vez que lo viéramos, un torero famoso que nos contara anécdotas, un bombero que se tomara fotos con nosotros y nos hiciera cosquillas, un mago que nos asombrara con sus magias, un voluntario que nos leyera cuentos y jugara una partida de parchis que siempre perdía o un Clown con títeres que nos contara chistes hasta hacernos llorar de la risa e incluso la maestra hospitalaria que nos dejaba tareas agradables. Los días se hacían menos pesados, menos largos y un poquito más llevaderos en épocas difíciles.

Con mucha seguridad puedo decir que la Risoterapia que aplicaban, yo la recibía y practicaba y a través mía, sé que hice mucho bien a mi hija y que pudimos soportar y vencer muchas batallas gracias a esas inyecciones de energía y humor que recibía! Y es que para mí, no solo el niñ@ enferm@ necesita mejorar su estado de ánimo sino toda la familia y sobre todo quien acompaña o vive en el hospital con el paciente que muchas veces es la mamá. Aquella que pasa angustia, dolor, incertidumbre y tristeza, quizá es la que más necesita subir los ánimos, ponerse positiva y transmitirle esos sentimientos a su hij@. Esto ocurrió en mí, gracias a esta terapia y la visita de los voluntarios. Recibí cariño, atención, oídos para mis lamentaciones, muchas sonrisas y abrazos.

Ahora estoy en la Fundación que me recibió con los brazos abiertos, para devolver con gratitud todo eso que recibí y lo hago a la memoria de mi hija. Hago con estos niñ@s lo que una vez hice con ella y así me siento viva y feliz. Lo hago porque repartir risas y alegría a los niños oncológicos y recibir sus risas y alegría, es el mejor regalo que uno puede recibir.

### **Diana Casinos.**

Mi experiencia lleva ya 15 años de trayectoria soy de nacionalidad Colombiana, me especialicé en artes escénicas con énfasis en la actuación, soy Clown hospitalaria, tengo conocimientos en estrategias lúdicas en intervención social, soy actriz, directora de teatro y manejo normas de seguridad.

Durante este tiempo he trabajado con niños hospitalizados, de igual manera hemos llevado la alegría a distintas personas como los abuelitos, a personas con enfermedades graves y personas que no tienen enfermedades físicas sino mas bien psicológicas, hemos tratado con personas que sufren de depresión. Cuando se lleva alegría cambias y generas espacios de distención, entonces tú llegas al hospital y el hecho que tu llegues con un color distinto y que generes una atmósfera distinta en las personas receptoras en este caso los pacientes, por un momento dejan de pensar en lo que les preocupa, entonces lo que les preocupa que no solo es al paciente sino también a la persona que les está acompañando quien generalmente es un familiar, quien genera muchas tensiones, mucho estrés. Los espacios de distención es lo primero que logras al tratar con esta clase de pacientes...

Durante los 10 o 15 minutos que estás con cada paciente hace que las personas tengan menos tensión a que no hubiera pasado nada, pones un Stop, durante esos 10 minutos hubo relajación, menos segregación de sustancias químicas que normalmente segregamos cuando hay mucha rigidez, pasan muchas cosas en el cuerpo. Por otro lado estamos creando

lazos afectivos, generamos también optimismo hacia la persona que tiene la enfermedad a través de una acción cómica, a través de una canción tú le dices a la persona que está enferma que puede estar tranquila, no significa que mi alegría, mi acción cómica o mi truco de magia vaya a cambiar su realidad pero va ayudar a palear esa tensión que genera la enfermedad, el niño tiene muchas tensiones porque cuando va al hospital es como que si entrara a un planeta desconocido donde se somete a situaciones bruscas, a la misma violación del derecho al sueño, a la intimidación, a los exámenes bruscos que normalmente se les hace, generan muchos miedos y que crean mucha desconfianza en la medicina, en ese momento haces un trabajo de interventor hospitalario, haces un trabajo mayor que es generar confianza en los proceso médicos porque el Clown hospitalario termina siendo un doctor de la alegría, es un especialista en dar esperanza, generar un visión positiva de lo que está pasando en ese momento oscuro como experiencia...

Como artista lo que más he vivido es mirar la angustia que se da más en los familiares que le están acompañando que a los mismos pacientes hospitalizados, la misma rutina hospitalaria que se vive en las entidades de salud es terrible hay deshumanización, violan los derechos de los pacientes hospitalarios, por la misma rutina entonces relajar al médico permite también que el paciente reciba un mejor trato, más confianza, el médico es mecánico tenerle tantas horas en el hospital genera también que estén muy agotados entonces la terapia de la risa va al hospital y rompe con la rutina hospitalaria, todos estos factores ayudan a trabajar con nuestro objetivo que es nuestro paciente hospitalizado, generando confianza en la medicina, en los instrumentos médicos, que permitan que los niños no rechacen la inyecciones, pastillas, camilla, y el mismo mandil...

Cuando intervienes como artista te das cuenta que los niños tienen muchas rupturas sociales, familiares y escolares, el Clown hospitalario también se vuelve conector con el mundo real, más cuando hay pacientes que tienen largos tratamientos médicos; hay niños que pasan en el hospital un año,

entonces ahí el doctor de la alegría se vuelve como una ventana para saber que está pasando afuera y eso también ayuda a que los niños no se sientan tan intranquilos, estar en un lugar en donde no tienen contacto con ese universo.

Yo personalmente he vivido muchas experiencias, he tenido que soportar hasta la muerte de pacientes mientras hacia mi intervención, lo que es una cosa muy dolorosa, el objetivo del payaso hospitalario no es hacer reír solamente, es ser acompañante, ser amigo ser un oído, un ser humano, la persona que genere confianza, optimismo. No todos los pacientes se pueden reír, pero hay estrategias como la poesía, como una imagen que a la distancia puede generar un cambio en esa emisora que tienes puesta en el mismo canal donde te suena la misma música dididiididididi y viene el Clown y te cambia de canción y aunque no te puedas reír escuchas otra música que no tiene problemas, gritos de dolor y pasa algo y yo soy de las que pienso que en esos Stops hay una distensión y pasan cosas a nivel orgánico, a nivel humano, a nivel psicológico, te relajas dejas de pensar por un rato, te diviertes y bueno científicamente está comprobado que cuando sonríes está pasando un montón de cosas dentro del cuerpo, el ver a ese niño que se estaba muriendo reírse fue una situación muy dolorosa.

La nariz es la máscara más pequeña que existe, es una máscara que no te oculta, es una máscara que devela, tiene la función de ser la persona más transparente y de vivir el fracaso y poder develar lo mejor de la vida, así funciona el payaso, tenemos la capacidad de sobreponernos ante nuestras adversidades, nuestros problemas, por eso el payaso es muy importante en la labor hospitalaria, no para reiterar el fracaso, el dolor, el sufrimiento sino el poder palear el sufrimiento, tener un antídoto yo le llamo el JAJArabe de alegría...

Una anécdota muy importan con un niño que estaba en un hospital él fue mi tercer paciente, era un niño que presentaba fiebres altísimas llevaba como 8

días con fiebre Sebastián se llamaba, no le paraba la fiebre, lloraba todo el tiempo le mantenían con sabanas yo entré a trabajar con él, conversé con la mamá, el niño no quería saber nada, de payasos menos entonces empecé a trabajar con la mamá, se relajó un rato, el niño un poco calmó el llanto pero nunca se ríe, yo intenté muchas veces, usé mi valija llena de sorpresas para mostrar pero el niño nunca se ríe, y bueno no es un fracaso que no se ría, salí de la habitación me dirigí a otros lugares hacer Risoterapia, terminé mi intervención y a la hora y media o dos horas después me estaba cambiando y escuché por el alta voz que me llamaban doctora menta, salí a ver qué pasaba, pensé que seguramente dejé algún juguete en alguna habitación, la mamá de Sebastián me estaba buscando porque a Sebastián le había bajado la fiebre después de 8 días, le bajó un porcentaje que no le había bajado, eso fue instantáneo, el hacer una intervención de estas por lo menos dos veces a la semana con cada paciente no sabemos que puede pasar; el llanto del niño no era tan intenso regresé a seguir haciendo la terapia, hice mis estrategias y de repente el solo sonrió, una sonrisa mínima cuando sonríen los bebés, se dice que la sonrisa de un bebé es más una nota de reflejo, pero el niño tenía unos tres o cuatro años, yo me fui feliz paso mucho tiempo un mes o dos meses después me llegaron unos zapatitos a la fundación para la doctora menta que me los enviaba la mamá de Sebastián diciéndome que ella no podía olvidar nunca que su hijo durante todo el tiempo que pasó hospitalizado sonrió gracias a la terapia de la risa, su hijo murió, me imagino que hubiese pasado teniendo un tratamiento previo continuo a esa situación, teníamos otros resultado sin duda quizá no hubiéramos podido salvarle la vida al niño pero los médicos podían haber tenido más tiempo de tratarle o el niño hubiera sufrido menos...

Tu puedes ver respuestas en los médicos, yo en mis seis años de doctora de la alegría en Colombia en la Fundación Doctora Clown vivimos muchas experiencias de este tipo, hay una clínica privada que contrató los servicios de la fundación de manera permanente entonces teníamos dos intervenciones a la semana con los pacientes y ellos tienen unas estadísticas bastantes certeras y han podido hacer el seguimiento de los

pacientes que reciben la terapia de la risa y los médicos dan fe de las facilidades que le permite a la terapia de la risa a los procesos hospitalarios que ellos aplican a sus pacientes es decir la terapia de la risa si es un apoyo para la medicina tradicional, muchos doctores nos llamaban a nosotros para pedirnos de favor que visitemos a los pacientes, porque no me quiere recibir la medicina y necesitan que esté el niño un poco relajado más tranquilo para que se sienta mejor, tuvimos pacientes que vivieron tratamientos muy traumáticos que durante mucho tiempo que les visitamos y pacientes que se recuperaron y dan fe de que la terapia de la risa les ayudó durante su proceso de enfermedad y saber que el martes y viernes les visitaban los doctores de la alegría, lo cuales hacían menos frustrante el proceso de hospitalización, otros pacientes tenían enfermedades terminales el testimonio no de ellos pero si de sus familiares que vivieron en hospitalización, estos tratamientos fallidos igual porque las enfermedades han sido muy avanzadas pero igual dan las gracias por haber hecho menos traumático de que sus familiares a pesar de estar en la lucha contra la enfermedad fue menos agresiva con la terapia de la risa y claro no es solamente la terapia de la risa, los payasitos que visitan, hay un estudio detrás son las estrategias lúdicas de intervención, entonces no es terapeuta todo aquel que se ponga una nariz y venga y te haga reír o cantar, detrás hay un proceso para ver cuáles son las herramientas para llegar a ese paciente que no le gusta reír o a ese paciente que no puede reír, o pacientes que son ciegos y aparte de que es ciego es sordo o el paciente que se resiste o el padre de familia que no quiere que venga un payaso aquí a ver sufrir a mi hijo, no quiero que se vengán a reír de la enfermedad de mi hijo, hay muchas limitantes, hay pacientes que están en una etapa terminal, que están en cuidados intensivos, ahí también entramos pacientes que han estado en coma, tengo una experiencia súper linda maravillosa, que si yo hubiese sido atea hubiese creído en ese momento en Dios, este paciente llevaba más o menos un año en coma, estaba en estado vegetativo, entramos con el mismo amor, como artistas tenemos que estar emocionalmente muy bien el 50% es energía, entramos a la habitación y empezamos a cantar, le tomamos las manos al paciente, hicimos una

intervención igual transmitiendo alegría y el paciente empezó a mover un dedo del pie entonces el enfermero que estaba ahí con nosotros fue a llamar al doctor y claro con emoción que movió el dedo sabíamos que él nos estaba oyendo, ahí algo pasó, el doctor nos decía que no sabía qué respuesta podía darnos; Hay momentos que clínicamente el paciente está ahí pero no puede despertarse, hay ahí alguna cosa desconectada pero están presentes...

...en solca empezamos las intervenciones y había una habitación con una mujer paralítica, en una silla de ruedas con sus ojos abiertos, un señor nos dijo ahí no entren no hay caso ella no entiende nada, nosotros dijimos no importa vamos a intentarlo esa persona está viva toda las personas necesitamos no nos importa si no nos oye, no nos ve, nosotros estamos ahí y de alguna manera establecemos un contacto con esa persona, efectivamente llegamos hicimos un círculo, tocamos e hicimos lo mismo que sabemos hacer con los bebés cuando se les enseña la motricidad con texturas igual como si nos entendiera empezamos a hacer nuestras acciones cómicas y la mujer de repente empezó a llorar le empezaron a salir lágrimas de sus ojos esa fue su única manifestación en la intervención duramos con ella quince minutos, estaba el director del hospital y dijo esto es increíble yo no sabía que esto podía pasar.

Una de las historias que me han impactado es cuando entramos a la habitación de un hospital y vemos como un niño se estaba muriendo, estaba toda su familia alrededor y habían más niños en la sala, nosotros intervenimos y el niño ya no reaccionaba ya se estaba muriendo y para nosotros fue muy duro ver eso, pero tomamos la decisión de quedarnos porque el niño estaba sufriendo mucho y creo que la terapia le ayudo a morir, el niño se murió y no hicimos un mal, en ese momento ya no había nada que hacer estaba una monjita ya dándole los santos oleos, el niño estaba vivo pero estaba en trance de la muerte, nos quedamos cantándole con la familia, nos quitamos nuestra nariz, fue muy doloroso para nosotros

ver eso, llega el momento en donde te preguntas soy culpable de todo lo que pasó? o realmente estoy haciendo la muerte menos dolorosa, realmente valió la pena quedarse, el niño se fue con una melodía infantil, no era de un violín pero era de una guitarra un flauta traversa, ahí fue darle una mano para que se vaya y no sufra más, hasta en eso hay que ser humanos, hacerse venir con la muerte del otro, entonces si me preguntas a mí con quince años de interventora si la terapia de la risa funciona, si la risa es vida, yo te puedo decir con seguridad que Sí.

Anexos 2.



