

Ensayo no aleatorizado de una intervención con terapia de la risa y su efecto en la calidad de vida de personas mayores residentes en centros gerontológicos.

Jairo L. Cardona¹, María M. Villamil¹, Ángela Quintero¹, María E. Henao¹, Laura Restrepo² y Daniela A. Calderón²

¹ Grupo de Investigación en Neurociencias y Envejecimiento (GISAM). Corporación Universitaria Remington, Medellín, Colombia.

² Corporación Universitaria Remington, Medellín, Colombia.

Palabras clave: Persona mayor; Terapias Complementarias; Casas para Ancianos; Salud Mental; Estudios Controlados Antes y Después.

Resumen. El incremento de personas mayores que muestran un deterioro en su calidad de vida y salud mental hace necesario profundizar en el conocimiento de los efectos de terapias complementarias en este grupo de población, por lo que se pretendió describir las variaciones en los puntajes de calidad de vida posterior a la aplicación de la terapia de la risa en personas adultas residentes en centros gerontológicos. Se realizó un estudio exploratorio con diseño cuasi-experimental, con la participación de 25 personas voluntarias mayores de 60 años, se empleó la encuesta SF-12 para medir calidad de vida relacionada con la salud, que valora las dimensiones de salud física y salud mental; aplicada antes de ocho sesiones de terapia de la risa y posterior a su terminación. Se encontraron cambios estadísticamente significativos en el puntaje total de calidad de vida una vez terminadas las secciones de terapia ($p=0,001$), especialmente en la dimensión de salud mental ($p=0,001$), sin ser significativos en la dimensión de salud física ($p=0,281$). Según las variables sociodemográficas quienes más se benefician de la terapia son las mujeres, los mayores de 80 años, los solteros y quienes reciben algún ingreso monetario. En cuanto a las variables de escolaridad y tipo de institución (privada o pública), todos los grupos mejoraron sus puntajes de calidad de vida. Se concluye que la terapia de la risa aplicada en adultos mayores internados incrementa los puntajes de calidad de vida en la dimensión de salud mental y el total de la escala de manera significativa.

Non-randomized trial of an intervention using laughter therapy and its effect on the quality of life of older people residing in gerontological centers.*Invest Clin* 2026; 67 (2): 218 – 229**Key words:** Aged; Complementary Therapies; Homes for the Aged; Mental Health; Controlled Before-After Studies.

Abstract. The rise in older adults experiencing deterioration in quality of life and mental health underscores the need to deepen our understanding of the effects of complementary therapies on this population. Therefore, this study aimed to describe changes in quality-of-life scores following laughter therapy among adults residing in gerontological centers. An exploratory quasi-experimental study was conducted with 25 volunteers aged 60 and older. The SF-12 survey, which assesses physical and mental health dimensions, was administered before and after eight laughter therapy sessions. Statistically significant improvements were observed in the total quality-of-life score after completing the therapy sessions ($p = 0.001$), particularly in the mental health dimension ($p = 0.001$), whereas changes in the physical health dimension were not significant ($p = 0.281$). By sociodemographic variables, those who benefited most were women, those over 80 years of age, single individuals, and those with a monetary income. Regarding education and the type of institution (private or public), all groups improved their quality-of-life scores. In conclusion, laughter therapy applied to older adult residents in nursing homes significantly increases quality-of-life scores in the mental health dimension and on the total scale.

*Recibido: 24-09-2025 Aceptado: 16-03-2026***INTRODUCCIÓN**

En los adultos mayores se presentan situaciones complejas dadas las distintas condiciones que puede sufrir, entre ellas la pérdida de amigos y familiares, el padecimiento de enfermedades crónicas, la dificultad de obtener un empleo; y en algunos casos ser internados en hogares gerontológicos. Estas situaciones pueden desmejorar la calidad de vida de las personas mayores, aumentando el riesgo de enfermar o llevar a un rápido deterioro del estado de salud.

La terapia de la risa ha sido utilizada en distintos contextos, con resultados positivos importantes, especialmente en el área de la

pediatría, pero también en pacientes con enfermedades más riesgosas como sida, cáncer y terminales ¹.

Los efectos positivos se muestran en las esferas psicosociales y la salud física, debido a la disminución de los niveles de ansiedad y estrés, mejorando el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida y el estado de ánimo después de la intervención ². La literatura reporta intervenciones en padecimientos como la depresión, la esquizofrenia, entre otras patologías mentales ^{3,4}.

En el organismo opera con un efecto opuesto a la tensión; teniendo resultados favorables en el sistema cardiovascular ⁵⁻⁷, inmunológico, endocrino, entre otros ⁸. Al-

gunos autores consideran la risa como predictora de la discapacidad funcional y la mortalidad ⁹.

Otra esfera que se afecta positivamente es la social; al incrementarse las relaciones amistosas, facilitando la comunicación entre los integrantes del grupo, resolviendo favorablemente situaciones incómodas y derribando barreras durante el desarrollo de la intervención ¹⁰. Además, estas intervenciones se consideran simples y de bajo costo, ya que no se necesita realizar en ningún espacio en concreto y pueden ser administradas por personal que no requiere formación especializada ¹¹.

Distintos estudios que se centran en la vejez, expresan la importancia de la salud física y sobre todo mental, procurando disminuir costos médicos en esta población¹²; dado que la edad está asociada con padecimientos de tipo crónico; además de sentimientos de aislamiento y ausencia de apoyo social, que afectan la calidad de vida ¹³.

La calidad de vida como término comprende amplios rangos y dimensiones, por lo que debe ser abordada con una visión multidimensional que incluye factores ambientales, económicos, sociales y culturales, además de la autopercepción de la salud que está afectada por las limitaciones, estado funcional, oportunidades sociales, y que se relacionan con las enfermedades, lesiones, tratamientos y atención sanitaria recibida, entre otros ^{14,15}.

Ahora bien, el nuevo espacio en los centros gerontológicos implica en las personas mayores internadas alejamiento de su familia, de su ambiente cotidiano, incremento de los niveles de estrés, unido a la situación de salud específica que padece, pueden afectar la percepción de su calidad de vida. El aumento de personas mayores a nivel regional y global, que evidencian un deterioro en su calidad de vida y salud mental, lo convierten en un problema desafiante en salud pública que requiere intervenciones urgentes que se centren de manera integral en atender los distintos factores que deterioran la calidad de vida de este grupo poblacional ^{16,17}.

De ahí la importancia de profundizar en el conocimiento de los efectos de la terapia de la risa aplicada en personas mayores comprobando los efectos positivos en la dimensiones física y mental que miden calidad de vida en las personas adultas internadas. Por tanto, el objetivo de este trabajo fue identificar los cambios en los puntajes de calidad de vida después de la aplicación de terapia de la risa en personas mayores residentes en hogares gerontológicos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio exploratorio con diseño cuasiexperimental; la unidad de análisis fue cada adulto mayor que participó en las 8 sesiones de terapia de la risa inducida (una semanal) y que diligenciaron ambas encuestas, una de ellas antes de las terapias y la segunda después de finalizadas, estas fueron administradas por los investigadores entre los meses de septiembre y noviembre de 2015. Este artículo forma parte de un estudio más amplio, donde se midieron otros componentes, como el nivel de estrés, la respuesta inmunológica, estado fisiológico y depresión como respuesta a una intervención con terapia de la risa ¹⁸.

Muestra a conveniencia, donde todos los adultos mayores fueron invitados a participar del estudio en dos centros gerontológicos del Valle de Aburrá, para una muestra final de 25 adultos mayores de 60 años. Uno de los centros gerontológicos es privado, sus residentes o familiares deben de pagar los costos de su permanencia, participaron 12 adultos mayores. El otro centro gerontológico es financiado por la administración municipal y acceden aquellos que no poseen recursos para su sostenimiento, han sido abandonados por sus familias o estaban en situación de calle. De este centro participaron 13 adultos mayores.

Los criterios de inclusión fueron adultos mayores de 60 años con capacidad cognitiva, este criterio fue valorado por las coordinadoras de ambos centros que emplean el cuestionario Mini Mental State Examination

(MMSE) ¹⁹ para detectar déficit cognoscitivo y la observación directa. Además, que hubieran participado en al menos cinco terapias de las ocho programadas. Los criterios de exclusión fueron adultos mayores que se encontraban en duelo (perdida afectiva cercana y resiente) trastorno del sueño y dolor o que participaran en menos de cinco secciones de terapia. Las variables utilizadas fueron edad, género, estado civil, nivel educativo, ingresos y tipo de institución. Se utilizó el instrumento SF-12 encuesta para Calidad de vida validada para Colombia ²⁰, a partir de 12 preguntas que miden ocho conceptos de salud conformando las dimensiones de salud física (función física, rol físico, dolor corporal y salud general) y salud mental (vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) y la sumatoria de ambas dimensiones transformada en una escala de 0 a 100 ²¹. Se obtuvo la autorización de la empresa representante para utilizar la encuesta SF-12.

La terapia de la risa fue aplicada por dos payasos con vasta experiencia en ámbitos hospitalarios adscritos a la Fundación Medicleaun de Medellín, los cuales no participaron en la evaluación de los resultados del proyecto, solo se limitaron a la aplicación de la terapia dada su experticia. Estos, al ingresar a los sitios de los centros gerontológicos donde se encontraban los adultos mayores, usualmente en pequeños grupos de tres a cinco integrantes hacían intercambio de juegos entre ellos, preguntas obvias o absurdas, música, canto, entre otras actividades, induciendo a los participantes a implicarse en sus juegos. los investigadores aseguraban que la intervención en cada pequeño grupo no fuera inferior a 15 minutos. Si el participante se encontraba solo o en su habitación, también se le hacía la intervención, asegurando que se cumpliera con el tiempo establecido.

Se usó el paquete estadístico SPSS versión 24 para Windows (Licencia de la universidad). Para el análisis univariado de las variables cualitativas (género, estado civil, nivel educativo, ingresos) se emplearon frecuencias absolutas y proporciones; para las

variables cuantitativas (edad, puntaje SF-12), rangos, desviación estándar y promedios. De acuerdo a la distribución normal de los datos se empleó diferencia de medias con prueba de t de Student para muestras relacionadas en la comparación de los puntajes de las variables género, estado civil, nivel educativo, ingresos y tipo de institución en la cual residía. El nivel de significancia se fija en $p < 0,05$.

Al grupo de voluntarios participantes se les compartió los objetivos, posibles beneficios y riesgos en la aplicación de la terapia de la risa y se recogió su consentimiento informado. El estudio se considera con riesgo mínimo (Resolución 8430 de 1993), siguiendo los parámetros de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial ²² y fue aprobado por el comité de ética de la Corporación Universitaria Remington, acta de 12/08/2015. Se siguieron las recomendaciones para evaluaciones no aleatorias de intervenciones conductuales y de salud pública de la declaración TREND ²³.

RESULTADOS

El 52% de los participantes eran mujeres, la edad promedio de 81,9 años y una desviación estándar (DE) de 7,6; el 64% había cursado uno o varios niveles de primaria, el estado civil más frecuente fue el soltero (60%) y el 36% percibía algún ingreso (Tabla 1).

Los resultados muestran que el puntaje de calidad de vida en la dimensión de salud física después de la aplicación de la terapia de la risa en los adultos mayores institucionalizados, aunque se incrementa, no alcanza cambios significativos ($p = 0,281$); por el contrario, en la dimensión de salud mental este pasa de un puntaje promedio al inicio de 45,6 a 56,9 indicando un cambio estadísticamente significativo ($p = 0,001$), al realizar la sumatoria de ambas dimensiones esta se incrementa en 6,9 puntos en promedio, con un resultado total de calidad de vida relacionada con la salud de 49,2 puntos ($p = 0,000$) (Fig. 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de adultos mayores residentes en hogares gerontológicos.

Variable		n	%
Género	Femenino	13	52
	Masculino	12	48
Edad (en años) Promedio (81,9) Desviación estándar (DE: 7,6)	65 a 80	13	52
	> 80	12	48
Nivel educativo	Ninguno	8	32
	Primaria (Completa o Incompleta)	16	64
	Técnico Incompleto	1	4
Estado civil	Soltero	15	60
	Viudo	9	36
	Unión Libre	1	4
Recibe ingresos	Sí	9	36
	No	16	64
Tipo de centro gerontológico	Privado	12	48
	Municipal	13	52

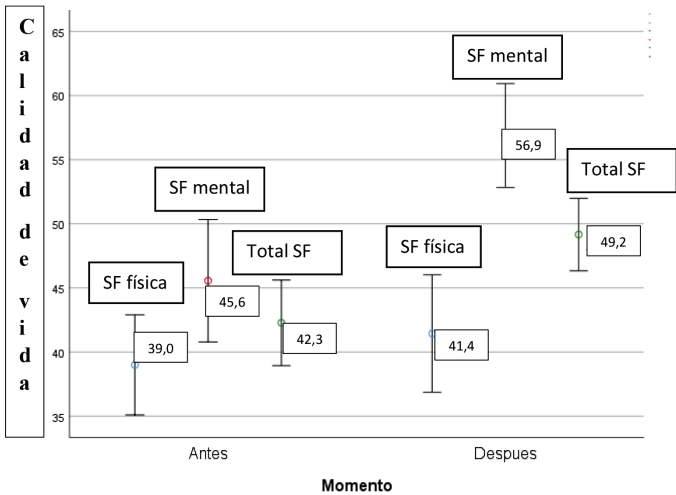


Fig. 1. Cambios en el puntaje de calidad de vida después de la terapia de la risa en adultos mayores institucionalizados. SF: Salud Física $p = 0,281$; SF: Salud Mental $p = 0,001$; Total SF: Calidad de Vida $p = 0,001$. p : prueba de t de Student para muestras relacionadas.

En referencia al género, se destaca que en el femenino se dan cambios significativos en las dimensiones de salud mental y en el total ($p = 0,001$), pero no en la dimensión de salud física. Los hallazgos obtenidos en el sexo masculino, indican una ausencia de cambios significativos en las dimensiones evaluadas, aunque aumentaron los puntajes (Tabla 2).

Respecto al grupo de edad, en menores de 80 años no se encuentran cambios significativos en las dimensiones de salud física y salud mental; sin embargo, se encontró significancia al borde line para el total de calidad de vida ($p = 0,047$). En mayores de 80 años, hay cambios significativos en las dimensiones de salud mental ($p = 0,003$) y salud total ($p = 0,002$) (Tabla 2).

Tabla 2. Cambios en el puntaje promedio de calidad de vida después de la terapia de la risa en adultos mayores institucionalizados según variables sociodemográficas.

Variable	Salud Física			Salud Mental			Total Calidad de vida		
	Pre	Post	p	Pre	Post	p	Pre	Post	p
Femenino	35,0±9,3	39,1±12,0	0,209	40,8±9,7	58,2±9,3	0,001	37,9±6,9	48,7±8,0	0,001
Masculino	43,3±7,9	44,0±9,9	0,841	50,8±11,6	55,4±10,5	0,306	47,0±6,6	49,7±5,6	0,163
Hasta 80 años	41,3±10,8	44,5±10,3	0,182	48,0±12,0	54,7±8,2)	0,108	44,7±8,3	49,6±6,8	0,047
Mayores de 80 años	36,5±7,4	38,1±11,4	0,699	42,9±11,0	59,3±11,1	0,003	39,7±7,4	48,7±7,2	0,002
Ningún nivel de escolaridad	37,4±8,9	35,4±13,1	0,707	40,9±12,2	58,3±9,5	0,017	39,1±8,9	46,8±7,2	0,035
Algún nivel de escolaridad	40,3±10,0	44,5±9,4	0,079	48,3±11,1	56,8±10,3	0,030	44,3±7,4	50,6±6,7	0,007
Solteros	38,9±9,0	40,1±10,5	0,693	45,6±10,4	58,9±9,9	0,005	42,2±7,4	49,5±5,5	0,004
Viudos	40,6±10,4	45,8±10,3	0,136	48,1±11,7	53,6±9,9	0,193	44,3±7,5	49,7±8,6	0,075
Reciben algún ingreso	36,3±7,5	44,6±10,6	0,035	44,7±10,5	62,0±7,2	0,003	40,5±7,3	53,3±5,7	0,005
No reciben ningún ingreso	40,5±10,3	39,7±11,3	0,765	46,1±12,4	54,0±10,1	0,056	43,3±8,6	46,8±6,5	0,060
Privado	36,3±8,3	41,9±9,8	0,102	43,7±10,	57,3±10,5	0,004	40,0±6,8	49,6±7,3	0,002
Municipal	41,5±10,1	41,0±12,6	0,859	47,3±13,0	56,5±9,5	0,067	44,4±8,8	48,8±6,7	0,035

Datos expresados en promedio $\pm$ desviación estándar. **p:** prueba de t de Student para muestras relacionadas.

En los valores de calidad de vida en adultos mayores tanto en quienes no tienen ningún nivel de escolaridad, como en aquellos que cursaron la primaria completa o incompleta, se encontraron cambios significativos en la dimensión de salud mental ($p = 0,017$; $p = 0,030$; respectivamente) y en el total de calidad de vida ($p = 0,035$; $p = 0,007$; respectivamente); en la dimensión de salud física los cambios no fueron significativos, aclarando que una persona que reportó tener estudios técnicos sin concluir, no fue integrada en este análisis (Tabla 2).

El 96% de los adultos mayores intervenidos son solteros o viudos, solo uno cuenta con pareja y fue excluido para el análisis de esta variable. En los viudos, aunque se incrementaron los puntajes en ambas dimensiones, estas no alcanzaron significancia estadística

($p = 0,075$), en contraposición a los resultados alcanzados por los solteros que obtuvieron cambios significativos en las dimensiones de salud mental y salud total ($p = 0,005$; $p = 0,004$, respectivamente) (Tabla 2).

En referencia a los ingresos, aquellos que manifestaron no recibir ningún tipo de ingresos, no se hallaron cambios significativos en ninguna de las dimensiones; pero quienes reciben algún tipo de ingresos, se encontraron cambios significativos en todas las dimensiones valoradas. De acuerdo al tipo de hogar donde residen, los participantes del centro gerontológico privado muestran cambios significativos tanto en salud mental, como en el puntaje total de la escala; en los participantes del centro municipal se reporta para el total de calidad de vida (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Se ha reportado que la terapia de la risa disminuye los malestares físicos, fortalece la relación entre los adultos mayores, la distracción momentánea de sus problemas, penas y el estrés cotidiano, lo cual repercute en su calidad de vida ²⁴. Varios autores reportan el incremento de la calidad de vida como efecto de la terapia de la risa ^{13, 25-28}, la discusión se centra en los aspectos de la salud que se ven impactados positivamente por la terapia y la intensidad de este impacto en el incremento de la calidad de vida. Hwang y col. ²⁶, afirman que la terapia de la risa tiene un efecto significativo en el aumento de la calidad de vida de las personas mayores de 65 años, al igual que Kayserilioğlu y Koçalışlı ²⁷ que expresan que la terapia de la risa aplicada a pacientes adultos es eficaz para aumentar la calidad de vida, la calidad del sueño, y también eficaz para reducir el nivel de estrés y ansiedad; además de mejorar la depresión y la soledad ²⁸.

En este sentido Üner, Sezer y Kadioğlu ²⁹, encontraron que la terapia de la risa era eficaz para reducir el dolor, la depresión, el estrés y la ansiedad en las personas y aumentar la calidad del sueño, pero evidencia limitada del efecto de la terapia en la somatización, la glucosa en sangre, la presión arterial, las endorfinas y los niveles de cortisol, aunque, otros autores reportan mejoría en la fisiología corporal, como la reducción del nivel de cortisol ³⁰, la inducción de la secreción de algunas inmunoglobulinas, endorfinas y derivados, la aceleración de la circulación, el fortalecimiento de la inmunidad y la mejora del sueño ²⁷.

Es claro en los trabajos reportados anteriormente la mejoría en la calidad de vida y el componente mental, resultados concordes con los obtenidos en este trabajo, que muestran un incremento significativo de la calidad de vida, específicamente en la dimensión mental, que comprende los factores de: "vitalidad, función social, rol emocional y salud mental" ²¹, aspecto también

reportado por Bennett y col. ³¹; en el mismo sentido y en población colombiana en un estudio de calidad de vida en adultos mayores no institucionalizados, donde se utilizó la escala SF-12, los mayores puntajes se obtuvieron en los componentes de salud mental ²⁰.

En este estudio los cambios en la dimensión de salud física que comprende: "la función física, rol físico, dolor corporal y salud general" ²¹ y que incluye preguntas sobre limitaciones para hacer esfuerzos moderados, caminar más de una hora, subir por la escalera, dejar de hacer algunas tareas y la presencia de dolor; mejoró, pero no alcanzó diferencias significativas, lo cual pudo deberse al tamaño reducido de la muestra; pues, autores como Tamada y col. ⁹, encontraron un incremento del riesgo de discapacidad funcional en 1,42 veces en aquellos adultos mayores que nunca o casi nunca ríen en comparación con aquellos que lo hacen frecuentemente; resultados congruentes son reportados por Hayashi y col. ⁵, afirmando que la risa puede ser un factor importante para promoción de la salud general y mental de los adultos mayores, pero precisando que estos mecanismos que vinculan la risa y la salud merecen más estudio.

Mora y Ubal ³², afirman que las mujeres emplean más la risa para afrontar el estrés a nivel social que los hombres y la utilizan con mayor frecuencia para encausar emociones positivas y descargas emocionales. Esta afirmación pudiera explicar los resultados encontrados en este estudio, donde las mujeres mostraron un aumento significativo en la dimensión de salud mental y total de calidad de vida, cambios que no se encontraron en los hombres.

Se observó una mejoría de la calidad de vida en ambos grupos de edad, aunque con mayor significancia en el grupo de adultos mayores de 80 años, que podría indicar una mejor aceptación de los adultos más longevos por este tipo de terapia. López-García y col. ³³ al revisar los valores referencia de la escala SF36 de calidad de vida relacionada con la salud en población española adulta,

concluyen que con el aumento de edad disminuían los valores promedios de todos los componentes de la escala, a excepción de la salud mental. Otros trabajos, por el contrario, reportan que los adultos menores de 80 años obtienen una mejor medida en el estado de salud mental que los adultos más viejos³⁴, y obtuvieron una mejor respuesta a la terapia de la risa en la disminución de la depresión⁴.

Se observaron cambios positivos en la calidad de vida en los dos grupos de escolaridad, aunque ambos muestran los bajos niveles alcanzados, son más significativos estos cambios en los adultos mayores que cursaron la primaria o parte de esta en comparación con aquellos que no cursaron ningún grado. También, en otro estudio se reporta que aquellos que cursaron algún nivel de primaria obtuvieron mejor respuesta de la terapia de la risa y el teatro al estrés, a la depresión y mejoría en la autoestima, en comparación con aquellos que no cursaron ninguno³⁵.

El 60% de los adultos mayores estudiados eran solteros, los cuales reportaron cambios más significativos en el incremento de los puntajes de calidad de vida, en contraste con los puntajes de los viudos que, aunque mejoraron, estos no alcanzaron significancia estadística, lo cual puede estar influenciado por el tamaño de la muestra empleado. Sin embargo; pudiera ser que la ausencia de su pareja afecte los posibles efectos benéficos de la terapia. La ausencia de compañero fue la principal variable explicativa en un modelo pronóstico de soledad³⁶, pero para Demakakos y col.³⁷, aquellos que nunca han tenido una convivencia marital (los solteros) no se relacionan con estas características. Lo anterior podría corresponder con las discrepancias halladas en este estudio entre viudos y solteros.

En cuanto a los ingresos, quienes mejores cambios en los puntajes de calidad de vida obtuvieron, fueron aquellos que expresaron recibir alguno. Lo cual puede relacionarse con los resultados de Quintero y col.⁴,

con adultos mayores residentes en un centro gerontológico encontrando que aquellos procedentes de estrato dos, obtuvieron un mejor efecto en la mejoría de los síntomas depresivos como respuesta a la terapia de la risa, comparados con aquellos procedentes del estrato uno. Expresa Sarabia³⁸ que la percepción subjetiva de la calidad del envejecimiento puede estar asociado a un alto grado de calidad de vida demostrado en estudios longitudinales, donde aquellos adultos con características específicas como “salud, estatus social, buenas relaciones interpersonales; tenían una percepción más alta de su propio bienestar comparado con las personas que carecían de estas características”³⁸.

Los resultados fueron positivos en el puntaje de calidad de vida; tanto, en el centro gerontológico privado, como en el municipal; lo que podría sugerir que la terapia de la risa impacta tanto para quienes han tenido condiciones adecuadas en el transcurso de vida, como en aquellos que no. Aunque los cambios más positivos se hubieren registrado en los centros privados.

Dentro las limitaciones de este estudio se tiene el pequeño tamaño de muestra elegida a conveniencia con los adultos que voluntariamente desearon participar, por lo que los resultados deben ser mirados con precaución; además, la calidad de vida se midió con un solo instrumento. Se recomienda realizar estudios experimentales con mayor tamaño de muestra que puedan corroborar los hallazgos iniciales de este trabajo.

A juzgar por la literatura revisada para la presentación de este informe, son pocos los estudios realizados en Latinoamérica que traten de medir los efectos de esta terapia en la calidad de vida y su relación con factores socio demográficos en los adultos mayores internados; además que compara estos resultados entre residentes en una institución pública con una privada.

Los resultados sugieren que la terapia de la risa en los adultos mayores institucionalizados es benéfica, ya que mejora la calidad de vida significativamente, especialmente en

la dimensión mental; además, es asequible y puede ser empleada en las instituciones para hacer la estancia de los adultos mayores más agradable, mejorando su calidad de vida ¹³. Y teniendo en cuenta que el segmento de población que tiene un mayor crecimiento, tanto a nivel global como en nuestro país, es el de mayores de 60 años y son quienes sufren con mayor frecuencia el deterioro de sus funciones mentales y calidad de vida, lo convierten en un problema de salud pública ¹⁷.

Considerando, además que las acciones de intervención en salud que se centran en la curación, no son pertinentes dado que las enfermedades ya están instaladas, se sugiere que los servicios de salud deben centrarse en ralentizar, detener, o revertir el deterioro de las capacidades en los adultos mayores, por lo que debe revisarse con mayor atención el empleo de este tipo de intervenciones como la terapia de la risa ^{16,17}.

Los próximos estudios deben ser ensayos controlados, aleatorios, estandarizados con tamaños muestrales suficientes; además de precisar el número y la frecuencia más apropiada de secciones con personal capacitado, probando los efectos de la terapia de la risa inducida tanto en adultos internados como en grupos comunitarios ¹¹.

Agradecimiento

Nuestros más sinceros agradecimientos para todos los adultos mayores que nos acompañaron, al personal directivo de los centros participantes que abrieron sus puertas y a la Corporación Universitaria Remington por su financiación y disposición.

ORCID ID de los autores

- Jairo L. Cardona (JC):
0000-0003-3383-1401
- María M. Villamil (MV):
0000-0003-4641-9504
- Ángela Quintero (AQ):
0000-0002-2727-7312

- María E. Henao (MH):
0000-0002-9403-748-2
- Laura Restrepo (LR):
0009-0004-9675-3222
- Daniela A. Calderón (DC):
0009-0005-5733-1243

Contribución de los autores

JC: Participación en el diseño del trabajo de investigación, análisis e interpretación de los datos, construcción de tablas y figuras, aprobación de la versión final del manuscrito. MV: Participación en el diseño del trabajo de investigación, supervisión de la calidad de las encuestas, elaboración de la base de datos e interpretación de los resultados, aprobación de la versión final del manuscrito. AQ: Participación en el diseño del trabajo de investigación, contribución a la concepción del artículo, aprobación de la versión final del manuscrito. MH: Participación en el diseño del trabajo de investigación, contribución a la concepción del artículo, encargada de la logística en el desarrollo del proyecto. LR: Análisis e interpretación de los datos, aprobación de la versión final del manuscrito. DC: Análisis e interpretación de los datos, aprobación de la versión final del manuscrito.

Conflicto de interés

Los autores afirman no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Bennett P, Parsons T, Ben-Moshe R, Weinberg M, Neal M, Gilbert K, et al. Laughter and Humor Therapy in Dialysis. *Semin Dial.* 2014; 27(5): 488–493. <https://doi.org/10.1111/sdi.12194>
2. Demir Doğan M. The Effect of Laughter Therapy on Anxiety. *Holist Nurs Pract.* 2020; 34(1):35-39. <https://doi.org/10.1097/HN.0000000000000363>.

3. **Kafle E, Papastavrou G, Chawner D, Foye U, Declercq D, Brooks H.** Beyond laughter: a systematic review to understand how interventions utilise comedy for individuals experiencing mental health problems. *Front Psychol.* 2023; 14:1161703. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1161703>
4. **Quintero Á, Henao M, Villamil M, Cardona J.** Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomedica* 2015; 35(1):90-100. <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2316>
5. **Hayashi K, Kawachi I, Ohira T, Kondo K, Shirai K, Kondo N.** Laughter is the Best Medicine? A Cross-Sectional Study of Cardiovascular Disease Among Older Japanese Adults. *J Epidemiol.* 2016; 26(10): 546–552. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20150196>
6. **Ikeda S, Ikeda A, Yamagishi, Hori M, Kubo S, Sata M, et al.** Longitudinal trends in blood pressure associated with the frequency of laughter: the circulatory risk in communities' study (cires), a longitudinal study of the Japanese general population. *J Epidemiol.* 2021; 31(2): 125–131. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20190140>
7. **Sakurada K, Konta T, Watanabe M, Ishizawa K, Ueno Y, Yamashita H, et al.** Associations of frequency of laughter with risk of all-cause mortality and cardiovascular disease incidence in a general population: findings from the Yamagata study. *J Epidemiol.* 2020; 30(4): 188–193. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20180249>
8. **Morishima T, Miyashiro I, Inoue N, Kitasaka M, Akazawa T, Higano A, et al.** Effects of laughter therapy on quality of life in patients with cancer: An open-label, randomized controlled trial. *PLoS ONE.* 2019; 14(6): e0219065. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219065>
9. **Tamada Y, Takeuchi K, Yamaguchi C, Saito M, Ohira T, Shirai K, et al.** Does Laughter Predict Onset of Functional Disability and Mortality Among Older Japanese Adults? The JAGES Prospective Cohort Study. *J Epidemiol.* 2021; 31(5): 301–307. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20200051>
10. **Cardona J, Villamil M, Quintero A, Henao E.** Terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2013; 31(2): 202-208. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028113005>
11. **Van Der Wal N, Kok R.** Laughter-inducing therapies: Systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2019; 232: 473-488. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.018>
12. **Yoshikawa Y, Ohmaki E, Kawahata H, Maekawa Y, Ogihara T, Morishita R, et al.** Beneficial effect of laughter therapy on physiological and psychological function in elders. *Nurs Open.* 2018; 6(1): 93–99. <https://doi.org/10.1002/nop2.190>
13. **Rezaei S, Mahfeli M, Mousavi S, Hosseini S.** The Effect of Laughter Yoga on the Quality of Life of Elderly Nursing Home Residents. *Caspian J Neurol Sci.* 2019; 5(1):7-15. <https://doi.org/10.32598/CJNS.5.16.7>
14. **Villareal G, Pérez C, Usta A.** Salud y calidad de vida auto percibida de los adultos mayores en un municipio del caribe colombiano. *SUN.* 2022; 38(1):35-50. <https://dx.doi.org/10.14482/sun.38.1.613.042>
15. **Varela L.** Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2016; 33(2):199-201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
16. **Organización Mundial de la Salud.** Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. E.E.U.U: OMS 2015; [citado, 2022 marzo 10] Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
17. **Gálvez M, Aravena C, Aranda H, Ávalos C, López-Alegría F.** Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2020; 58(4): 384-399. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400384>
18. **Cardona J, Henao M, Quintero A, Villamil M, Higueta E, Ramirez L, et al.** La importancia de la RISA en la salud de los adultos mayores institucionalizados. Medellín: Corporación Universitaria Remington; 2020. <https://doi.org/10.22209/9789585321809>

19. **Rosselli D, Ardila A, Pradilla-Ardila G, Morillo L, Bautista L, Rey O, GENECO.** El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de tamizaje para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Rev Neurol.* 2000; 30 (5): 428-432. <https://doi.org/10.33588/rn.3005.99125>
20. **Ramírez-Vélez R, Agredo-Zuñiga R, Jerez-Valderrama A.** Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos colombianos. *Rev Salud Pública.* 2010; 12(5): 807–819. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsalud-publica/article/view/33328>
21. **Vera-Villaruel P, Silva J, Celis-Atenas K, Pavez P.** Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Rev Med Chile.* 2014; 142(10):1275-1283. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007>
22. **Asociación Médica Mundial.** Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki, Finlandia: 75^a Asamblea General; 2024. Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-helsinki/>.
23. **Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N; TREND Group.** Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health.* 2004;94(3):361-366. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.361>
24. **Nagai M, Ohira T, Shirai K, Kondo K.** Does variety of social interactions associate with frequency of laughter among older people? The JAGES cross-sectional study. *BMJ open.* 2021; 11(1): e039363 <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039363>.
25. **Díaz de Villegas V, Medina S, Iglesias J.** Payaso terapéutico, alternativa en la Sala de Geriatriá. *Acta Med Cent.* 2019; (13): 428-434. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2019/mec193o.pdf>
26. **Hwang SH, Jeong HC, Hwang JW.** Effect of laughter therapy on healthy life: a meta-analysis. *J Korea Converg Soc.* 2019; 10(9): 291-299. <https://doi.org/10.15207/JKCS.2019.10.9.291>
27. **Kayserilioğlu G, Koçalış S.** The Effect of Laughter Therapy Applied to Adult Patients on Anxiety, Stress, Sleep and Quality of Life: Systematic Review and Meta-Analysis. *Acta Med Eur.* 2024; 6(3):79-91. <https://doi.org/10.5281/zenodo.11543205>
28. **Zhou Z, Jia Y, Yan H, Wen J, Xu J, Wang S.** Effects of humor therapy on negative emotions, quality of life and cognitive function in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr Nurs.* 2025; 61:20-26. [10.1016/j.gerinurse.2024.10.054](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.10.054)
29. **Üner E, Sezer Balcı A, Kadioğlu, H.** The Effect of Laughter Therapy on Physical and Mental Health: Systematic Review. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi (J Public Health Nurs).* 2022; 4(3): 251-269. <https://doi.org/10.54061/jphn.1102843>
30. **Cardona J, Villamil M, Henao E, Quintero Á, Gaviria O, Ortiz J, et al.** Cambios en el nivel de cortisol después de la aplicación de terapia de la risa, en adultos hospitalizados con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular. *Invest Clín.* 2020; 60(3):233-242. <https://doi.org/10.22209/IC.v60n3a05>
31. **Bennett P, Hussein W, Reiterman M, Yu J, Schiller B.** The effects of laughter therapy on depression symptoms in patients undergoing center hemodialysis: A pragmatic randomized controlled trial. *Hemodial Int.* 2023; 24 (4): 541- 549. <https://doi.org/10.1111/hdi.12870>
32. **Mora-Ripolla R, Ubal-López R.** La risa: diferencias según el género. *Rev Clin Esp.* 2011; 211(7):360-366. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2010.10.013>
33. **López-García E, Banegas JR, Pérez-Regadera AG, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F.** Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin.* 2003; 120(15):568–573. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(03\)73775-0](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(03)73775-0).
34. **Cortese RH, Fernández Canales MM.** Estudio comparativo del bienestar y el ac-

- ceso al bienestar en la vejez. *Psicología del desarrollo*[Internet]. 2021;(2):1-15. <https://doi.org/10.59471/psicologia20215>
35. **Henao M, Cardona J, Villamil M, Quintero Á.** Efectos de la terapia de la risa y teatro sobre la salud de los adultos mayores residentes en un hogar gerontológico de Medellín, 2016. En: *La importancia de la RISA en la salud de los adultos mayores institucionalizados*. Eds. Fondo Editorial Corporación Universitaria Remington, Medellín; 2020. p 16-32. Disponible en: <https://www.uniremington.edu.co/fondo-editorial/libros-de-investigacion/la-importancia-de-la-risa-en-la-salud-de-los-adultos-mayores/>
36. **Theeke L.** Predictors of loneliness in U.S. Adults over age sixty-five. *Arch Psychiatr Nurs.* 2009; 23(5):387-396. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.11.002>
37. **Demakakos P, Nunn S, Nazroo J.** Loneliness, relative deprivation and life satisfaction. En: *Retirement, health and relationships of the older population in England: the 2004 English longitudinal study of ageing*. Chapter 10. London: Institute for Fiscal Studies. Banks J, Breeze E, Lessoff C, Nazroo J, editors. 2006. p 297-337. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/284664030_Loneliness_relative_deprivation_and_life_satisfaction
38. **Sarabia CM.** Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos* 2009; 20(4): 172-174. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005