



INFLUENCIA DE LA
INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS
PERSONAS MAYORES
RELACIONADA CON LOS
TRASTORNOS DEPRESIVOS:
REVISIÓN INTEGRADORA

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada en Enfermería por
la Universidad Jaume I presentada por **Blanca Tirado Crespo** en el curso
académico **2016 – 2017**.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de **Martín Flores Saldaña**.

[20 de Noviembre de 2017]

Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG



Yo, **BLANCA TIRADO CRESPO** con **NIF 20487891C**, alumna de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universidad Jaume I, expongo que durante el curso académico 2016-2017.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación.
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado “La influencia de la institucionalización de las personas mayores relacionada con los trastornos depresivos”, tutelado por el profesor **MARTÍN FLORES SALDAÑA**, defendido en lengua española, en el período de 30 de Noviembre de 2017.

Firmado: **BLANCA TIRADO CRESPO**

Castellón de la Plana, a 20 de Noviembre de 2017

Expresiones de gratitud.

En primera instancia, me gustaría pronunciar mi mas sincero agradecimiento a Martín Flores Saldaña, por la atención prestada durante el proceso de este trabajo, y no desistir cuando se trata con alumnas como es mi caso, dificiles de localizar en su mayor tiempo, gracias por permanecer, por la dedicación, y por ayudarme.

También agradecer a aquel profesorado, que en su momento me tendió la mano y me motivó a seguir para alcanzar la meta, además de solventar muchas dudas, algunas incluso de última hora. Gracias por las palabras recibidas.

Agradecer a todos mis compañeros de la Universidad el apoyo, y cuando digo todos, me refiero a todas las clases (no solo al que era mi curso) por las que he pasado. A vosotros, Maria José Ventura y Vicente Domenech por los últimos impulsos.

Mi pequeña familia, la que se escoge. Como ya explicó en sus agradecimientos Jesús Sánchez, por ser lo mejor que me ha pasado en esta carrera y en la universidad. Gracias Karen Nombela, gracias Xavier Esteban, gracias Alberto Gasch y muchas gracias Cristina Soriano, por animarme, por no dejar que abandonara, por estar en todo momento, lo valoro mucho y os quiero. Jesús, a ti, que has estado y estas siempre, cuando hay que visitarme en la biblioteca por mi falta de motivación, cuando necesito ese ultimo empujón, a ti te dedico un gran gracias, de corazón, te quiero. Por último, Julieta Lidia Peralta, has conseguido que mi ultima revisión de este trabajo sea tener que agradecerte estar en mi vida, por todo, te quiero y gracias.

Gracias Sergio, cuatro años a mi lado y sigues dándome todo el soporte que necesito. Te quiero.

Gracias a mi familia, la que ha aguantado estos infinitos años de universidad, de cambios, de decisiones dificiles, que me ha apoyado en todo, para seguir y conseguir lo que de verdad me hacía feliz. Gracias a mi padre, José Antonio Tirado, gracias a mi hermano Antonio Tirado, y gracias a ti mamá, la parte mas importante, porque haces honor a tu nombre y sabes como llevarme, mi Maravillas, te lo debo todo.

Finaliza una gran etapa. De corazón, gracias, gracias y gracias.

LEYENDA DE ACRÓNIMOS

BVS	Biblioteca Virtual de Salud
CASPe	Critical Appraisal Skills Programme Español.
CINAHL	Current Index to Nursing and Allied Health Literature.
DesC	Descriptores en Ciencias de la Salud
DSM – 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GDS – 15	Escala de depresión Geriátrica de 15 elementos.
INE	Instituto Nacional de Estadística
LTC	Long-term care
MeSH	Medical Subjects Headings
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIO	Patient, intervention, outcome.
QOL/CdV	Quality of life/Calidad de Vida
REAP	Resident Engagement and Peer Support
WHO – 5	WHO-Five Well-being Index

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
INDICE DE GRÁFICOS	VII
RESÚMEN	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. EL ANCIANO Y LA VEJEZ.	3
1.2. DEPRESIÓN	4
1.2.1. CLASIFICACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA	5
1.2.2. LA DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN ANCIANA.	6
1.3. INSTITUCIONALIZACIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA.	6
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA A TRATAR.	8
2. HIPÓTESIS	9
3. OBJETIVOS	9
3.1. OBJETIVO GENERAL.	9
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	9
4. METODOLOGÍA	10
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	10
4.2. BASES DE DATOS Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.	11
4.2.1. PUBMED.	14
4.2.2. CINAHL	15
4.2.3. SCOPUS	17
4.2.4. LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS	18
4.2.5. PROQUEST NURSING & ALLIED HEALTH SOURCE	19
4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	21
4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	21
4.4. CALIDAD METODOLÓGICA	22
4.5. CRONOGRAMA DE ESTUDIO	22

5. RESULTADOS	23
5.1. RAZONES DE EXCLUSIÓN DE LOS ESTUDIOS	23
5.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS.	24
6. DISCUSIÓN	31
7. LIMITACIONES	34
8. CONCLUSIÓN	35
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
10. ANEXOS	41
10.1. ANEXO 1. PLANTILLA CASPE PARA UN ENSAYO CLÍNICO.	41
10.2. ANEXO 1. PLANTILLA CASPE PARA UNA REVISIÓN.	42
10.3. ANEXO 3. ÍNDICE DE BIENESTAR DE LA OMS (CINCO).	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población española que vive en residencias de personas mayores en el 2011.

Tabla 2. Población española que vive en residencias de personas mayores en el 2011 por rango de edad.

Tabla 3. Población española que vive en residencias de personas mayores en el 2011 por Comunidades Autónomas.

Tabla 4. Estructura de la Pregunta PIO.

Tabla 5. Lenguaje natural y controlado de las palabras clave.

Tabla 6. Resultado de las búsquedas realizadas en bases de datos.

Tabla 7. Cronograma del proceso de la revisión integradora.

Tabla 8. Motivos de exclusión de los artículos en la estrategia de búsqueda.

Tabla 9. Artículos finales de la revisión, características y autores.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Secuencia de búsqueda en la base de datos PUBMED.

Figura 2. Secuencia de búsqueda en la base de datos CINAHL.

Figura 3. Secuencia de búsqueda en la base de datos SCOPUS

Figura 4. Secuencia de búsqueda en la base de datos de la BIBLIOTECA DE COCHRANE PLUS.

Figura 5. Secuencia de búsqueda en la base de datos PROQUEST NURSING & ALLIED HEALTH DATABASE.

Figura 6. Diagrama de flujo PRISMA. Información a través de las diferentes fases y componentes del proceso de búsqueda.

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Años de publicación de los artículos escogidos.

RESÚMEN

Introducción: La soledad y la depresión son trastornos de salud mental comunes dentro de la población anciana. Las personas mayores que viven en residencias tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos y de ansiedad, alrededor de un 15 a un 35%, siendo la cronicidad el principal problema. El pronóstico es en general malo para esta población, añadido al propio proceso de institucionalización, fenómeno creciente en las sociedades Española y Europea actuales debido al crecimiento de la población diana de estudio. **Objetivo:** Evaluar la influencia que ejerce la institucionalización sobre la percepción de salud y los trastornos depresivos en la población anciana. **Material y método:** Se realizó una revisión integradora de la literatura, seleccionando las palabras clave en Descriptores en Ciencias de la Salud y en Medical Subject Headings. Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus, La Biblioteca Cochrane Plus y ProQuest Nursing & allied Health database, y se aplicaron filtros para el tiempo, el idioma y la edad. **Resultados:** Se localizaron un total de 69 documentos, de los cuales, se seleccionaron y estudiaron 11 que cumplían con los criterios de selección establecidos. Entre ellos, 5 son ensayos clínicos aleatorizados. **Conclusiones:** La prevalencia de este trastorno comúnmente está asociada a las instituciones de largo plazo. No obstante, no se puede afirmar con total evidencia que dicho síntoma sea una consecuencia directa del proceso de institucionalización, pero se cree que éste puede llegar a condicionar la aparición de la depresión.

Palabras clave: Anciano/Adulto mayor, Hogares para ancianos, Residencia, Depresión, Trastornos Depresivos, Prevalencia.

ABSTRACT

Introduction: Loneliness and depression are common mental health disorders within the elderly population. Older people living in residences have a higher risk of developing depressive and anxiety disorders, around 15 to 35%, with chronicity being the main problem. The prognosis is generally bad for this population, added to the process of institutionalization itself, a growing phenomenon in the current Spanish and European societies due to the growth of the study target population.

Objective: Evaluate the influence of institutionalization on the perception of health and depressive disorders in the elderly population. **Material and method:** An integrative review of the literature was carried out, selecting the key words in

Descriptors in Health Sciences and in Medical Subject Headings. The PubMed, CINAHL, Scopus, The Cochrane Plus and ProQuest Nursing & allied Health database databases were used for the bibliographic search, and filters were applied for time, language and age. **Outcomes:** A total of 69 documents were located, of which 11 were selected and studied that met the established selection criteria. Among them, 5 are randomized clinical trials. **Conclusions:** The prevalence of this disorder is commonly associated with long-term institutions. However, it can not be affirmed with total evidence that this symptom is a direct consequence of the institutionalization process, but it is believed that it may lead to the onset of depression.

Keywords: Aged, Homes for the aged, Internship and residency, Depression, Depressive disorder, Prevalence.

1. INTRODUCCIÓN

La soledad y la depresión son trastornos comunes de salud mental dentro de la población anciana.

El presente trabajo hace referencia a la depresión que se produce en la población de la tercera edad, concretamente en aquellos ancianos que se encuentran institucionalizados. Para ello se ha realizado una búsqueda, en la que se averiguará la relación existente entre la institucionalización y la depresión. Por lo tanto, se ha considerado necesario aclarar primero una serie de términos para poder entender mejor la búsqueda realizada.

Las personas mayores que viven en residencias tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos y de ansiedad que los que viven en la comunidad: las tasas de síntomas son clínicamente relevantes en las personas que viven en centros de atención a largo plazo ¹. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los mayores que viven en domicilio, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias ².

1.1. El Anciano y la Vejez.

El término “anciano” presenta diversas acepciones, por lo que se ha decidido comentar varias de ellas que sirven para referirse a la población de mayor edad.

La Biblioteca Virtual en Salud (BVS) lo define como aquella persona entre los 65 y 79 años de edad ³. Esta definición coincide con la dada por *Medical Subject Headings* (MeSH) para *Aged* ⁴. En la BVS, existe del mismo modo el descriptor “anciano de 80 o más años” para referirse a la población mayor de los 79 años ⁵.

Por otro lado, en el Diccionario de la lengua española se encuentra una definición más general puesto que no marca un rango de edad, y se refiere al concepto “anciano” como un ser vivo de edad avanzada ⁶. También hay autores que definen este término como a todo individuo mayor de 65 años ⁷.

El término “vejez” puede conceptualizarse en base a tres sentidos diferentes: cronológico, fisiológico y social. Éste se usa también para referirse a la población de más edad ⁸, y más amablemente conocido como Tercera Edad, en la que la Organización Panamericana de la Salud define como aquella edad comprendida entre los 65 y los 100 años ⁹.

Entendemos como edad cronológica a la edad en años y, según este criterio, la vejez se define a partir de los 60 o 65 años. La edad fisiológica, por otro lado, alude al proceso de envejecimiento físico y se relaciona con la pérdida de la capacidad funcional. Por último, la edad social se refiere a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica ⁸.

En este sentido, dejar constancia exacta de un rango de edad para esta población sería dependiendo de los autores a los que se refiere. El término ha resultado de difícil definición, ya que se ha encontrado mucha bibliografía al respecto, pero poca de ella definía el concepto en sí. Se trata de una etapa de la vida muy estudiada, pero dependiendo de la fuente consultada, se marca el inicio a una edad determinada o no se define cuando empieza.

1.2. Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración ¹⁰. Se trata de un trastorno mental frecuente que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo ¹¹ y que presenta un incremento en el número de casos superior al 18% entre los años 2005 y 2015 ¹².

Uno de los principales problemas que presenta esta enfermedad si no se trata adecuadamente, es la cronicidad, dificultando así el desempeño en el trabajo o los estudios, y la capacidad para afrontar la vida diaria ¹⁰. Afecta más a la mujer que al hombre, su forma más grave, puede conducir al suicidio. Sin embargo, existen tratamientos eficaces para esta dolencia ¹¹.

La depresión resulta de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Sobresale como principal factor contribuyente de la depresión el haber pasado por circunstancias vitales adversas (minusvalías, soledad, luto, traumatismos psicológicos, apoyo familiar, etc.)¹¹.

Actualmente se dispone de tratamientos eficaces para los trastornos depresivos. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer, dependiendo del grado de severidad, tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o farmacopea antidepresiva¹¹.

1.2.1. Clasificación y Sintomatología

Dependiendo del número y la intensidad de los síntomas, la OMS clasifica los episodios depresivos como leves, moderados o graves. También hace distinción entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos, siendo clasificada como trastorno depresivo recurrente o trastorno afectivo bipolar¹¹.

Otros síntomas que aparecen junto con la depresión son la ansiedad, las alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa, baja autoestima y la dificultad para concentrarse¹¹.

A parte de la clasificación de la OMS, hay que mencionar la clasificación de los trastornos depresivos de la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (o en inglés: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Según éste, los trastornos depresivos se clasifican en el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (o distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado¹³.

1.2.2. La Depresión en la población Anciana.

Los trastornos depresivos y de la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el anciano. A menudo dan lugar a consecuencias graves si no se tratan correctamente, debido principalmente al mayor deterioro funcional y al aumento de la mortalidad, ligado al mayor riesgo de suicidio que presentan los ancianos ⁷. El pronóstico es en general malo, ya que este trastorno en la población anciana presenta mayor tasa de recaídas y mayor mortalidad general que en las personas de otras edades ¹⁴.

1.3. Institucionalización y Situación Actual en España.

El término “institucionalización” hace referencia al ingreso de la población anciana en residencias geriátricas y unidades de larga estancia. Se ha convertido en un fenómeno creciente en las sociedades española y europea actuales debido al crecimiento de la población anciana, que demanda mayor atención sanitaria ¹⁶.

Alemania (17,3 millones), Italia (13,4), Francia (12,6), Reino Unido (11,7) y España (8,7) son los países de la Unión Europea, en 2016, con una cifra más alta de personas mayores ¹⁷. En relación al tema, también destaca el aumento de la mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas en los últimos lustros.

Según el Instituto Nacional de Estadística en 2011 (último año del que se disponen datos), 270.286 personas vivían en residencias de mayores, enfatizando la proporción de 2.18 mujeres por cada hombre ¹⁸.

Las mujeres representan casi el 70% de los ancianos institucionalizados, como podemos observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Población española que vive en residencias de personas mayores en el 2011. *Instituto Nacional de Estadística*¹⁸.

	Total	Hombres	Mujeres	% Hombres	% Mujeres	Relación mujeres/hombres
Todas las edades	270.286	84.913	185.373	31,4%	68,6%	2,18
menos de 65	10.060	5.865	4.196	2,2%	1,6%	0,72
65-69	10.376	5.608	4.768	2,1%	1,8%	0,85
70-74	16.623	7.889	8.734	2,9%	3,2%	1,11
75-79	36.349	14.701	21.648	5,4%	8,0%	1,47
80-84	62.200	19.316	42.883	7,1%	15,9%	2,22
85-89	75.025	19.982	55.043	7,4%	20,4%	2,75
90-94	43.049	8.770	34.279	3,2%	12,7%	3,91
95-99	14.125	2.475	11.650	0,9%	4,3%	4,71
100 o más	2.480	307	2.172	0,1%	0,8%	7,07

Por otro lado, la Tabla 2 muestra que la población mayor de 80 años representa más del 70% de los residentes de las instituciones para la tercera edad en el año 2011.

Tabla 2. Población española que vive en residencias de personas mayores en el 2011 por rango de edad. Fuente: *Elaboración propia*.

	Total	% Total
Todas las edades	270.286	100%
Menos de 65 - 79	73.407	27,16%
80 o más	196.879	72,84%

En la Tabla 3 se observa que los ancianos institucionalizados representan el 0,58% de la población total española en el 2011. En la Comunidad Valenciana, la población de la tercera edad institucionalizada representa solamente el 0,41% de la población de la Comunidad, siendo esta proporción menor que en el total del Estado.

Tabla 3. Población española que vive en residencias de personas mayores en el 2011 por Comunidades Autónomas. *Instituto Nacional de Estadística*¹⁸.

	En residencias de personas mayores	Total Población	%
TOTAL NACIONAL	270.286	46.815.916	0,58%
Castilla y León	32.001	2.540.188	1,26%
Castilla - La Mancha	20.949	2.106.331	0,99%
Aragón	13.312	1.344.509	0,99%
Navarra, Comunidad Foral de	5.119	640.129	0,80%
Extremadura	8.668	1.104.499	0,78%
Rioja, La	2.503	321.173	0,78%
Asturias, Principado de	8.246	1.075.183	0,77%
Cantabria	3.964	592.542	0,67%
País Vasco	14.422	2.185.393	0,66%
Cataluña	47.988	7.519.843	0,64%
Madrid, Comunidad de	37.887	6.421.874	0,59%
Galicia	14.263	2.772.928	0,51%
Comunitat Valenciana	20.345	5.009.931	0,41%
Melilla	300	81.323	0,37%
Andalucía	28.162	8.371.270	0,34%
Balears, Illes	3.379	1.100.503	0,31%
Murcia, Región de	3.589	1.462.128	0,25%
Canarias	5.014	2.082.655	0,24%
Ceuta	177	83.517	0,21%

1.4. Justificación del tema a tratar.

A la luz de los datos aportados por la OMS, que ponen de manifiesto un incremento superior al 18% en casos de depresión de los últimos años, se ha decidido realizar el presente estudio, recopilando la mayor información posible al respecto.

Los trastornos depresivos son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el anciano, y si éstos no se tratan adecuadamente, se cronifican, les incapacita para el desarrollo de sus Actividades Básicas Diarias, incluso pueden desembocar en suicidio. Esta situación, añadida a encontrarse en instituciones en su mayoría solos o con poca actividad que los motive, puede ser problema de gran escala. Se considera que las ideas preconcebidas sobre las residencias para mayores pueden repercutir negativamente en el estado de ánimo del mayor al ingreso.

Resaltar que, el estudio de González *et al.*¹⁵, muestra que los trastornos depresivos que sufre la población anciana institucionalizada cursan con mayor sintomatología depresiva moderada-grave que los no institucionalizados.

Puesto que los profesionales de enfermería son aquellos que pasan más tiempo con los pacientes, mediante la realización de la presente revisión integradora se pretende dar a conocer la relación existente entre la institucionalización y la depresión en los ancianos con el fin de motivar el desarrollo de futuras estrategias dirigidas a la prevención de esta enfermedad que afecta a la salud y la calidad de vida de este colectivo.

2. HIPÓTESIS

La hipótesis que se plantea en este estudio esta centrada en la percepción de salud de la población anciana, en concreto la depresión, y si ésta es una consecuencia estrechamente relacionada con la institucionalización de las personas mayores en centros residenciales, u otras instituciones sanitarias.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General.

- Determinar si la institucionalización ejerce influencia sobre en la percepción de la salud y los trastornos depresivos en el anciano.

3.2. Objetivos Específicos.

- Conocer si existe depresión asociada a la institucionalización de personas mayores.
- Conocer si existe prevalencia de la depresión en la población institucionalizada.
- Conocer algunas de las diferentes estrategias de prevención, que permitan a los equipos de atención sociosanitaria prevenir dichos casos depresivos en las instituciones.

4. METODOLOGÍA

Para poder plasmar esta revisión en la mejor vía posible, se realizó una pregunta de investigación (Tabla 4), y de esta forma poder enfocar las diferentes búsquedas. Por lo tanto se inició una primera indagación de información general para tasar que tipo de factores eran mas influyentes en la población anciana dentro de las instituciones.

4.1. Diseño del estudio

El presente trabajo trata de una revisión integradora de la literatura, un estudio cualitativo en el que se pretende identificar la influencia de las instituciones sobre los trastornos depresivos en los pacientes ancianos según la evidencia existente.

Las etapas de esta revisión se desarrollan a partir de los siguientes parámetros: selección de la pregunta de investigación PIO, definición de los criterios de inclusión y selección de la muestra, representación de los estudios incluidos en formato tabla, análisis crítico de la literatura, interpretación de los resultados e información de forma clara en base a la evidencia encontrada.

Para ello, se parte de la formulación de la siguiente pregunta clínica tipo PIO: ¿Influye la institucionalización de los ancianos en relación a los trastornos depresivos?, estructurada según la secuencia de dicha pregunta (Tabla 4) :

Patient/Población – Intervention/Intervención – Outcomes/Resultados.

Tabla 4. Estructura de la Pregunta PIO. Fuente: *Elaboración propia.*

PREGUNTA PIO: <i>¿Influye la institucionalización de los ancianos en relación a los trastornos depresivos?</i>	
Población	Población anciana
Intervención	Población Institucionalizada.
Outcomes/Resultados	Existencia, aumento, continuidad de la depresión en los centros residenciales.

4.2. Bases de datos y Estrategia de Búsqueda.

La estrategia de búsqueda se inició seleccionando las palabras clave, *thesaurus* o descriptores del tema a tratar, comenzando en español, y a continuación en inglés. Con el fin de aplicar una terminología común, dichas palabras clave sufren una transformación de lenguaje natural a lenguaje científico controlado mediante DeSC (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH. Los descriptores utilizados para esta exploración fueron: Anciano/Adulto mayor, Hogares para ancianos, Residencia, Depresión, Trastornos Depresivos y Prevalencia (Tabla 5).

Tabla 5. Lenguaje natural y controlado de las palabras clave. Fuente: *Elaboración propia.*

Palabras Clave			
Lenguaje Natural	Lenguaje Controlado		
Descriptores	DeCS Español	DeCS Inglés	MeSH
Anciano/ Adulto Mayor	Anciano	Aged	Aged
Hogares para Ancianos	Hogares para ancianos	Homes for the Aged	Homes for the Aged
Residencia	Internado y Residencia	Internship and Residency	Internship and Residency
Depresión	Depresión	Depression	Depression
Trastorno Depresivo	Trastorno Depresivo	Depressive disorder	Depressive disorder
Prevalencia	Prevalencia	Prevalence	Prevalence

La búsqueda bibliográfica se consume en distintas bases de datos, consideradas todas ellas fuentes secundarias de información. Estas son *PubMed*, *CINAHL*, *Scopus*, *La Biblioteca Cochrane Plus* y *ProQuest* (Tabla 6). El motivo de su utilización se fundamenta en el hecho de ser fuentes especializadas con alta información científica sobre la práctica basada en la evidencia.

Finalmente, para poder disponer de la información de manera adecuada, los descriptores utilizados “Aged”, “Homes for the aged”, “Internship and Residency”, “Depression”, “Depressive disorder” y “Prevalence”, se combinan entre sí haciendo uso de los operadores booleanos “AND” y “OR” en bases seleccionadas. Para las bases de datos de Pubmed, CINAHL, SCOPUS y Cochrane Library se utilizan los descriptores de MeSH, siendo que estos coinciden en este caso con los descriptores del DeCS en Inglés.

Por tanto, la cadena de búsqueda inicial, realizada durante el periodo comprendido entre los meses de Mayo, Junio y Octubre de 2017, quedaría de la siguiente forma:

**Aged AND Homes for the aged AND Internship and Residency AND Depression
AND Depressive disorder AND Prevalence**

Es importante matizar que para centrar la búsqueda en una línea correcta, se ha procedido a eliminar la palabra clave “internship and Residency”, dado que añadida no se encontraban resultados. En cambio, la palabra clave “Prevalence” se añadió a posteriori para obtener mayor numero de artículos relevantes con el tema a tratar dentro de la base de datos Pubmed/Medline. Para perfeccionar la cadena, se ha centrado ésta en ensayos clínicos y revisiones sistemáticas. Por lo tanto, la búsqueda final se centraría en:

Aged AND Homes for the aged AND Depression AND Depressive disorder

**Aged AND Homes for the Aged AND Depression AND Depressive disorder AND
Prevalence**

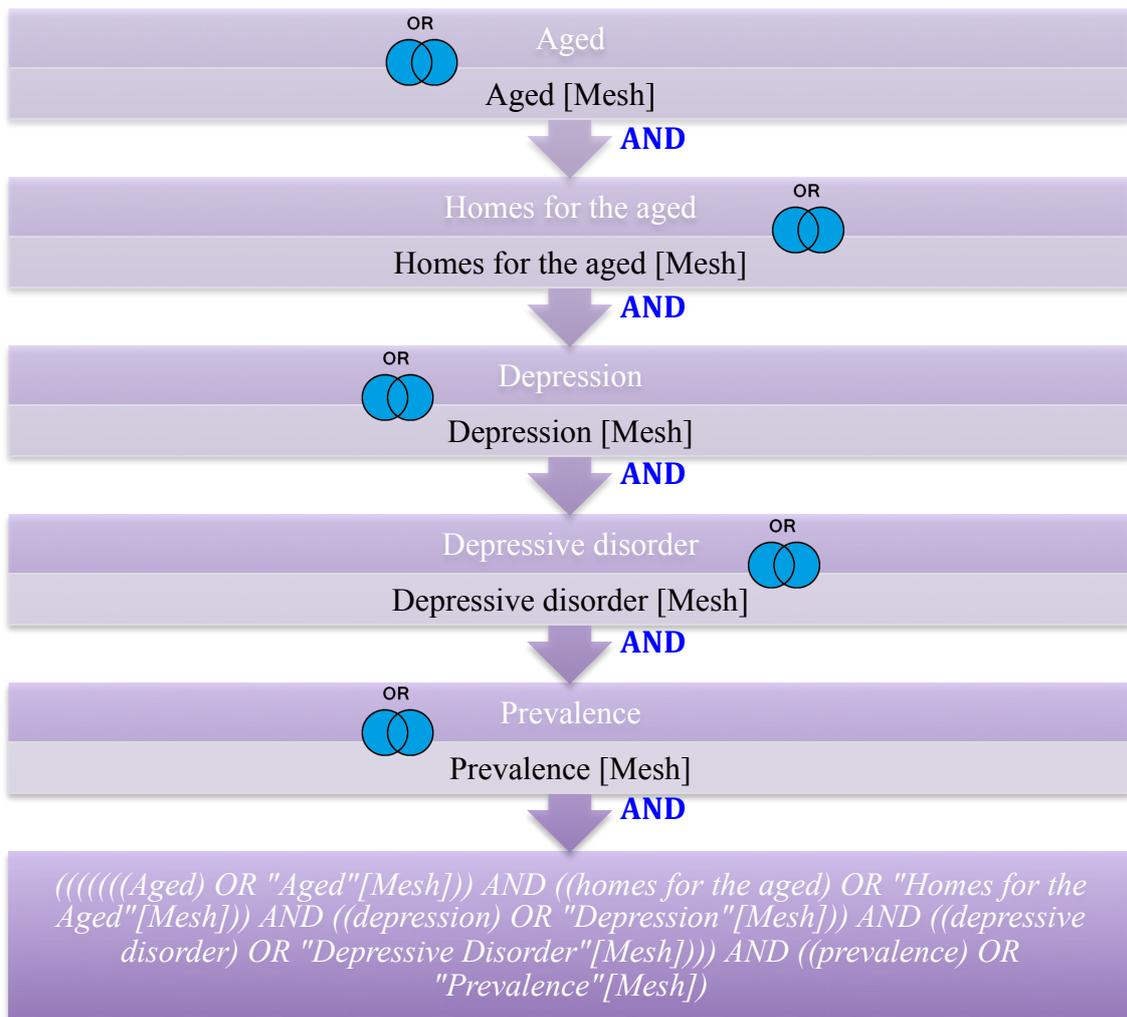
4.2.1. PUBMED.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de salud “Pubmed”. Las palabras clave utilizadas fueron: Aged, Homes for the aged, Depression, Depressive disorder y Prevalence.

En primera instancia, estos descriptores se buscaron en MeSH y posteriormente en Pubmed. Ambos términos se unieron en una búsqueda mediante el operador booleano OR, de forma que no se quedase fuera ningún artículo que no estuviese en el MeSH. Siguiendo el mismo procedimiento, se realizaron las búsquedas del resto de los descriptores. Una vez consolidadas las palabras clave, se unieron mediante el operador booleano AND, quedando (((((((Aged) OR "Aged"[Mesh])) AND ((homes for the aged) OR "Homes for the Aged"[Mesh])) AND ((depression) OR "Depression"[Mesh])) AND ((depressive disorder) OR "Depressive Disorder"[Mesh])))) AND ((prevalence) OR "Prevalence"[Mesh]) como secuencia final (Figura 1).

En PubMed existen opciones automáticas para filtrar la búsqueda donde poder hacer un cribado acorde a nuestras preferencias. Una opción que se utiliza es la de restringir los artículos encontrados a un intervalo de tiempo, al principio se escogió los últimos cinco años, y se comprobó que de esta forma quedaban pocos artículos a los que atenderse, por lo que finalmente se amplió el periodo a juicio del investigador, a diez años. También se seleccionó la opción de mostrar únicamente los artículos disponibles en Inglés y en Castellano. Además existe la posibilidad de añadir rango de edad, que en este caso, fue de mayores de 65 años.

Figura 1. Secuencia de búsqueda en la base de datos Pubmed. Fuente: *Elaboración Propia.*

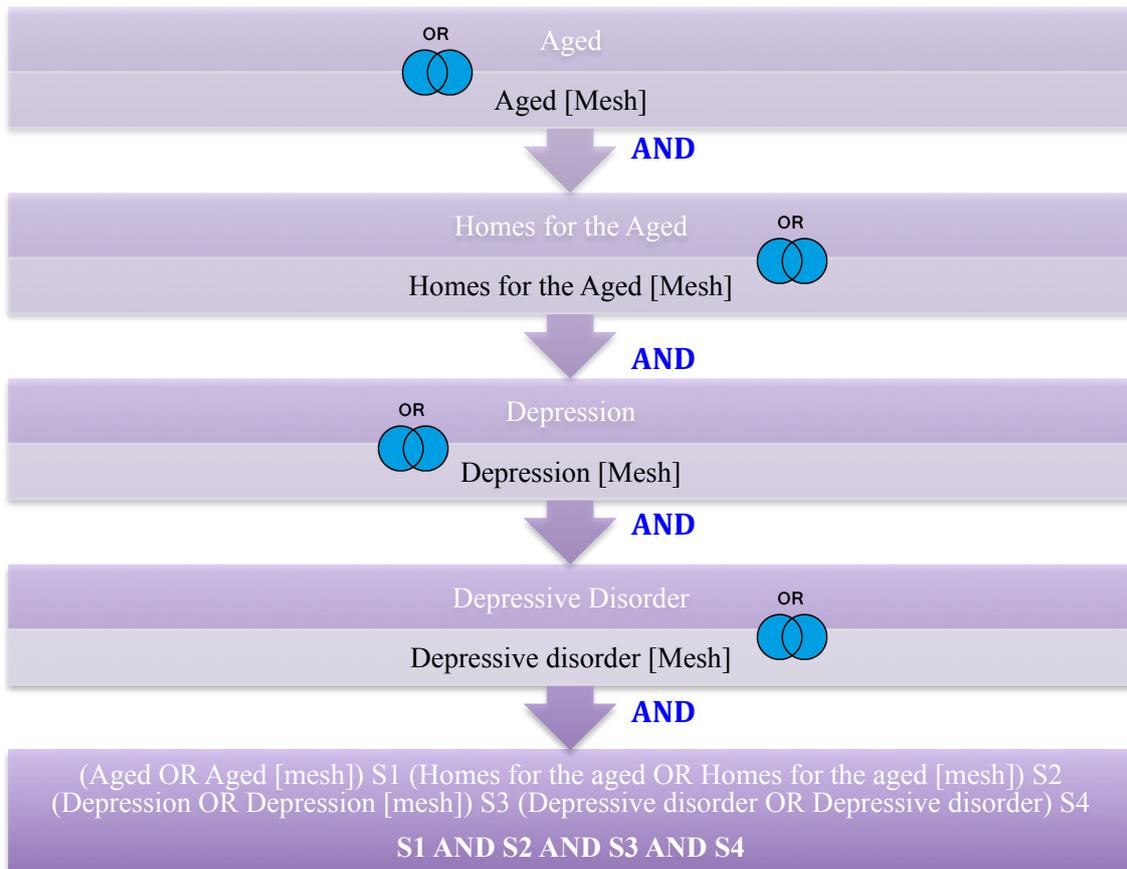


4.2.2. CINAHL

Por otro lado, se buscó en la base de datos CINAHL (Current Index to Nursing and Allied Health Literature), con las palabras clave “Aged”, “Homes for the Aged”, “Depression” y “Depressive disorder”, utilizando las palabras clave del MeSH.

De nuevo los descriptores utilizados se entrelazaron con el Boole “OR” y finalmente, con el booleano “AND”. Para ultimar la cadena, se unieron entre sí las búsquedas anteriormente hechas. De esta forma quedaría como resultado final (Figura 2):

Figura 2. Secuencia de búsqueda en la base de datos Cinahl/EBSCO. Fuente: *Elaboración Propia.*



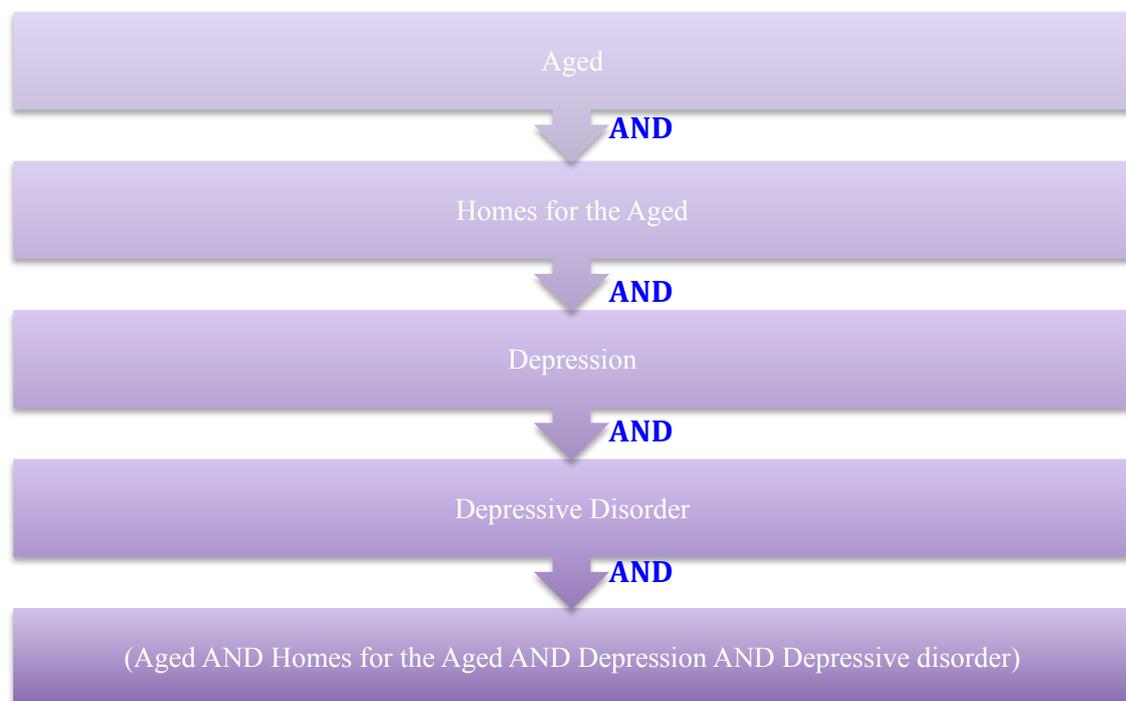
Tanto en CINAHL como en Scopus, se pueden filtrar automáticamente algunas características, por lo que se seleccionaron los estudios divulgados desde el 2009 al 2014, centrandó la cobertura cronológica en los últimos 5 años y no en los diez como en el resto de bases de datos. Se debe a que en 2016 o 2017 no se encontraba ningún artículo acerca de nuestro tema de estudio, o no salieron dentro de nuestra búsqueda como opción. Además del rango de publicación, se añadió el filtro “full text” para poder obtener el texto completo.

4.2.3. SCOPUS

Dentro de la base de datos Scopus, se utilizaron las palabras clave del MeSH dado que coinciden con las búsquedas en el DeCs en inglés. Se ha procedido a realizar la búsqueda de forma simple, juntando todas las opciones con el operador booleano AND (Figura 3).

Se añadieron los filtros correspondientes en margen de publicación, acceso al texto completo, se cercó en la edad poniendo el filtro “Aged”, también “nursign área” de forma que se centraran los artículos dentro del marco que nos interesa. Igualmente, se optó como idioma el Inglés.

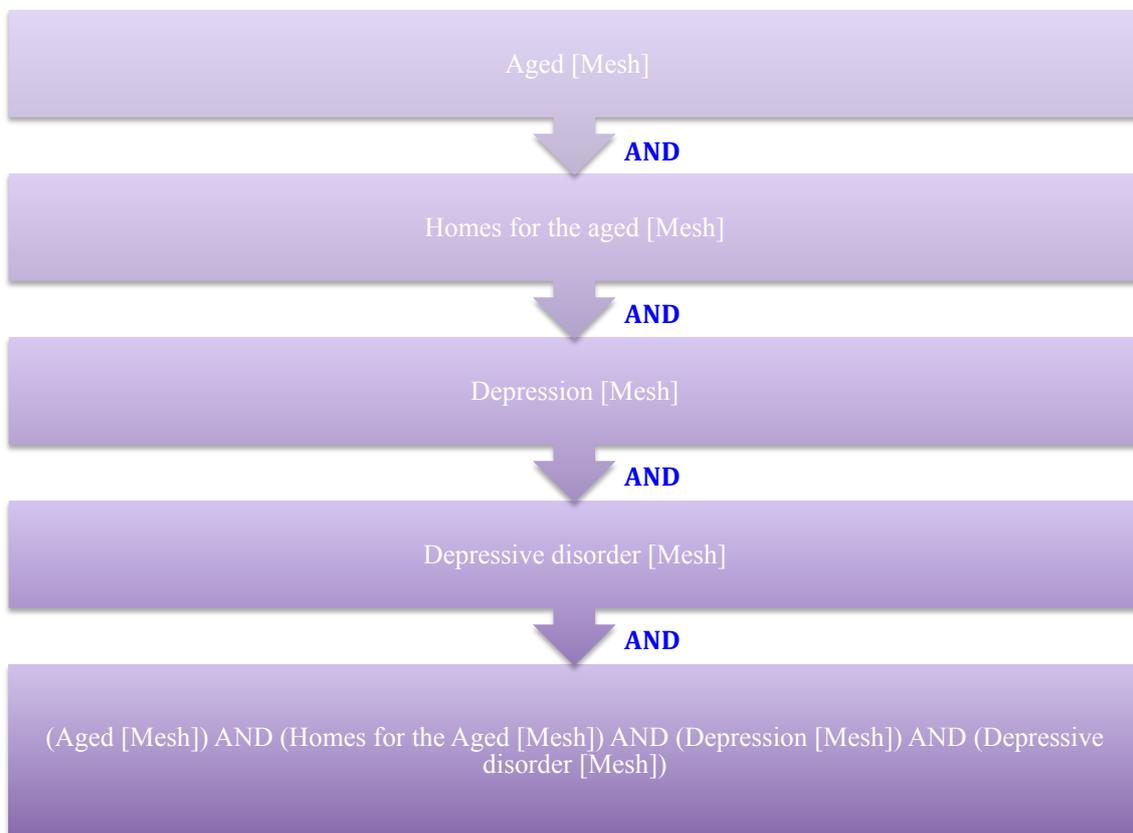
Figura 3. Secuencia de búsqueda en la base de datos de Scopus. Fuente: *Elaboración Propia.*



4.2.4. LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS

En La Biblioteca Cochrane Plus solamente se puede filtrar automáticamente el año de publicación, por lo que lo limitamos como en otras bases de datos del 2007 al 2017. El filtro del idioma se aplica manualmente, de forma que se escogieron artículos que se encontraran tanto en Inglés como Español, siguiendo la línea del idioma del resto de búsquedas (Figura 4).

Figura 4. Secuencia de búsqueda en la base de datos de la Biblioteca de Cochrane Plus. Fuente: *Elaboración propia.*

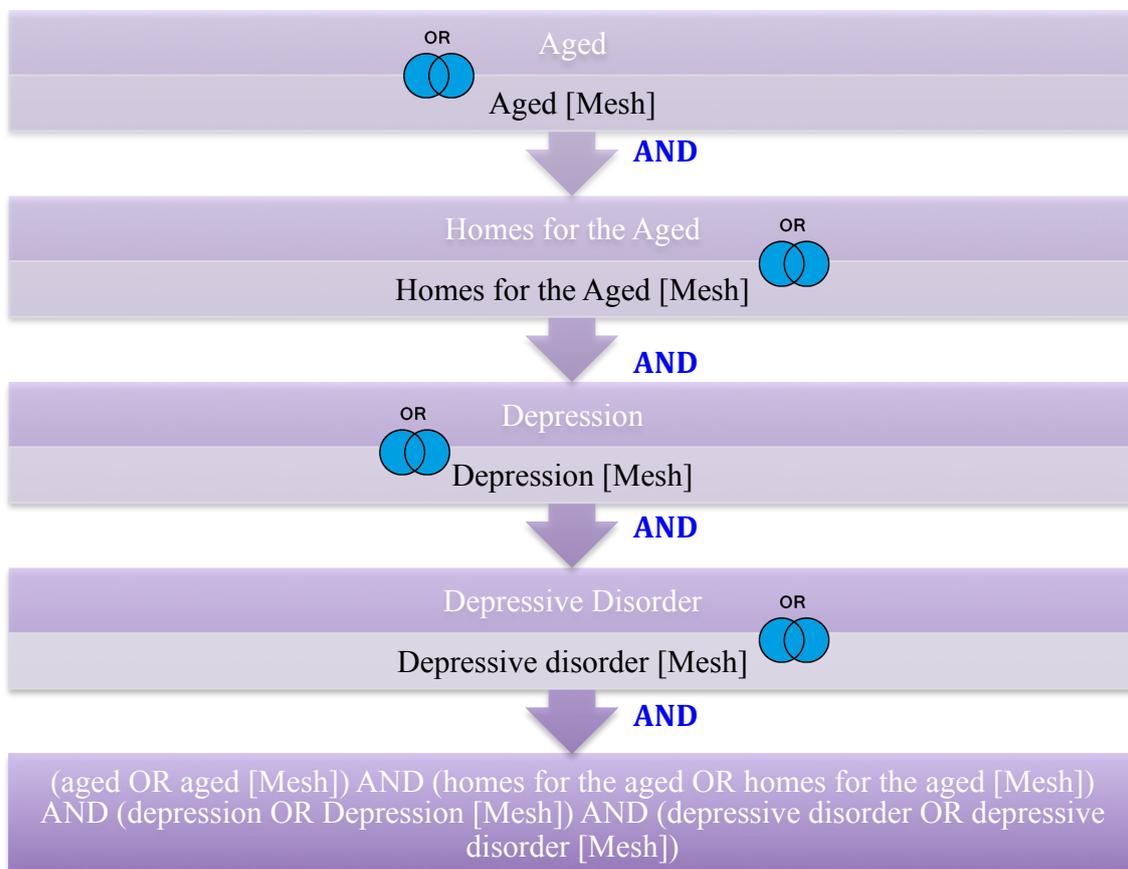


4.2.5. PROQUEST NURSING & ALLIED HEALTH SOURCE

Dentro de los recursos ofrecidos por la Universitat Jaume I encontramos el repositorio de bases de datos de la salud, donde hallamos ProQuest. Por ámbito temático nos centramos en aquellas relacionadas con la salud, por lo que encontramos *ProQuest Health & Medical Complete*, y *ProQuest Nursing & Allied Health Source*. Esta última base de datos se seleccionó para realizar la búsqueda, ya que se encuentra especializada en enfermería y asistencia sanitaria.

Se relacionaron las palabras clave mediante el Boole “OR”, y se finalizó la búsqueda combinándolas con el operador booleano “AND” (Figura 5). Esta base de datos ofrece la posibilidad de filtrar los artículos de forma que estén evaluados por expertos, además se añadieron los filtros del idioma, tanto en habla inglesa como en castellana, el periodo en el que se querían y la obtención de texto completo.

Figura 5. Secuencia de búsqueda en la base de datos PROQUEST NURSING & ALLIED HEALTH DATABASE. Fuente: *Elaboración propia*.



Influencia de la institucionalización de las personas mayores relacionada con los trastornos depresivos

Tabla 6. Resultado de las búsquedas realizadas en bases de datos. Fuente: *Elaboración propia.*

	Estrategia de búsqueda	Artículos obtenidos	Resultados. Artículos filtrados	Artículos útiles tras lectura del resumen
Pubmed	(((((Aged) OR "Aged"[Mesh])) AND ((homes for the aged) OR "Homes for the Aged"[Mesh])) AND ((depression) OR "Depression"[Mesh])) AND ((depressive disorder) OR "Depressive Disorder"[Mesh])) AND ((prevalence) OR "Prevalence"[Mesh])	236	9 Filtros: Review, Randomized Controlled Trial, Free full text, published in the last 10 years, English, Spanish, Aged: 65+ years.	8
CINAHL	(Aged OR Aged [mesh]) S1 (Homes for the aged OR Homes for the aged [mesh]) S2 (Depression OR Depression [mesh]) S3 (Depressive disorder OR Depressive disorder) S4 S1 AND S2 AND S3 AND S4	7	4 Filtros: fecha de publicación 2009-2014.	2
SCOPUS	(Aged AND Homes for the Aged AND Depression AND Depressive disorder)	1443	168 Filtros: Publicaciones entre los años 2007-2017, nursing area, Aged, Human, Article, Review, English.	32
Biblioteca Cochrane Plus	(Aged [Mesh]) AND (Homes for the Aged [Mesh]) AND (Depression [Mesh]) AND (Depressive disorder [Mesh])	64	34 Filtros: Idioma Español e Inglés, rango de fecha 2007-2017.	7
ProQuest	(aged OR aged [Mesh]) AND (homes for the aged OR homes for the aged [Mesh]) AND (depression OR Depression [Mesh]) AND (depressive disorder OR depressive disorder [Mesh])	1165	444 Filtros: texto completo, evaluado por expertos, fecha de publicación 2007-2017, Revistas científicas, Idioma Español e Inglés, Nursing and Allied Health Database.	20
TOTAL		2915	659	69

4.3. Criterios de selección

Para la elección de los artículos que posteriormente se emplearán para la revisión de la literatura, se establecen una serie de criterios de selección.

4.3.1. Criterios de inclusión

Los criterios que se han utilizado para incluir en el presente estudio los artículos obtenidos en la estrategia de búsqueda, son los siguientes:

- Ensayos clínicos y revisiones bibliográficas.
- Estudios publicados durante los últimos 10 años.
- Estudios en idioma inglés y español.
- Estudios con alto nivel de evidencia científica.
- Estudios con rango de edad de población anciana.

4.3.2. Criterios de exclusión

Los criterios que se han seguido para excluir del presente estudio los artículos obtenidos en la estrategia de búsqueda, son los siguientes:

- Estudios no recuperables a texto completo.
- Estudios que no incorporan el tema a tratar.
- Estudios que se encuentren repetidos durante la búsqueda.
- Estudios no centrados en la población “anciano/mayor de 65 años o más”.
- Estudios publicados fuera del rango de fechas establecido.

4.4. Calidad Metodológica

Para valorar y evaluar la calidad metodológica de los estudios encontrados antes de seleccionarlos, se utiliza el método CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español). Este método que se fundamenta en un instrumento de lectura crítica para comprobar si cada artículo se adecúa al estudio en desarrollo mediante una plantilla con una serie de preguntas, cada una adaptada al tipo de estudio correspondiente (Anexos 1, 2).

4.5. Cronograma de Estudio

La elaboración del estudio se ha llevado a cabo desde finales de Febrero de 2017 hasta Noviembre de 2017. Para plasmar con claridad los tiempos en que se ha realizado cada parte del estudio se diseña un cronograma del proceso (Tabla 7).

Tabla 7. Cronograma del proceso de la revisión integradora. Fuente: *Elaboración propia.*

	FEBRERO	MARZO	ABRIL/MAYO	JUNIO	JULIO/OCTUBRE	NOVIEMBRE
Elección del tema y diseño del trabajo						
Elección de los descriptores y planteamiento de la pregunta clínica						
Búsqueda bibliográfica						
Lectura de los artículos						
Cohesión y Redacción del trabajo						
Defensa oral del trabajo						

5. RESULTADOS

5.1. Razones de exclusión de los estudios

Se elaboraron una serie de requisitos para seleccionar estudios que se adecuaran a los criterios de inclusión y exclusión. Estos criterios fueron: la no relación con el tema de estudio, la indisponibilidad del texto completo, la repetición de los estudios en las diferentes bases de datos, publicaciones fuera de la cobertura cronológica establecida para la revisión, y posteriormente, Ensayos Clínicos o Revisiones no adaptados a nuestro objetivo (Tabla 8).

Tabla 8. Motivos de exclusión de los artículos en la estrategia de búsqueda. Fuente: *Elaboración propia*.

Motivos de la Exclusión	Números de artículos excluidos	
	Número (n)	Porcentaje (%)
No relacionados con el tema	30	43,47 %
No se encuentra disponible el texto completo	6	8,7 %
Se encuentra duplicado/repetido	12	17,40 %
Publicación fuera del rango establecido de 10 años.	6	8,7 %
Ensayos clínicos o Revisiones con literatura no relacionada.	4	5,8 %
TOTAL	58	84,07 %

5.2. Características de los estudios seleccionados.

La muestra de esta revisión integradora totalizó 69 artículos, de los cuales 11 resultaron útiles (Tabla 9). De dichos estudios escogidos, se muestra un gráfico explicativo con número de artículos encontrados en cada año de publicación (Gráfico 1). Previamente pasaron todos el CASPe, así pues son estos 11 estudios los que definitivamente formen parte de la presente revisión.

Indicar que dentro de los artículos escogidos para realizar la discusión, se decidió meter un estudio cuasi-experimental, dado que cumplía la mayoría de los criterios de inclusión, además de incluir las palabras clave utilizadas. Se considera dicho estudio de importancia en relación al tema tratado.

Tabla 9. Artículos finales de la revisión, características y autores. Fuente: *Elaboración propia.*

TÍTULO	AUTORES	AÑO DE PUBLICACIÓN	CONCLUSIONES	CASPe
1. The need for a social Revolution in residential care.	Theurer, K., Mortenson, W. B., Stone, R., Suto, M., Timonen, V., & Roanova, J.	2015	Propuesta de un modelo llamado “ <i>Compromiso de Residentes y Apoyo entre Compañeros</i> ” (REAP) para diseño y desarrollo de intervenciones psicosociales grupales dentro de la atención residencial. Incorpora identidad social, productividad y principios de apoyo entre iguales dentro del entorno institucional.	VALIDADO
2. Beside the Geriatric Depression Scale: the WHO-Five Well-being Index as a valid screening tool for depression in nursing homes.	Allgaier, A. K., Kramer, D., Saravo, B., Mergl, R., Fejtkova, S., & Hegerl, U.	2013	Se demuestra una alta sensibilidad para la depresión mayor y menor con el Índice de bienestar OMS 5 (WHO-5). Siendo más corto que el GDS-15, es una herramienta de evaluación prometedora que podría ayudar a disminuir las bajas tasas de reconocimiento de depresión en residentes de hogares de ancianos.	VALIDADO
3. A Review of the Effectiveness of Antidepressant Medications for Depressed Nursing Home Residents	Boyce, R. D., Hanlon, J. T., Karp, J. F., Kloke, J., Saleh, A., & Handler, S. M.	2012	Los ensayos clínicos aleatorizados sugieren que los residentes deprimidos de las residencias de ancianos tienen una respuesta modesta a los medicamentos antidepresivos.	VALIDADO
4. Depression and frailty: concurrent risks for adverse health outcomes	Lohman, M. C., Mezuk, B., &	2017	La depresión juega un papel importante en la explicación del riesgo de mala salud conferido por la fragilidad, y por otra parte, puede ser una	VALIDADO

	Dumenci, L.		característica importante de lo que significa ser frágil.	
5. Cost-effectiveness of a stepped care programme to prevent depression and anxiety in residents in homes for older people: a randomized controlled trial.	Bosmans, J.E., Dozeman, E., Van Marwijk, H.W.J., Van Schaik, D.J.F., Stek, M.L., Beekman, A.T.F., Van Der Horst, H.E.	2014	Un programa de atención escalonada para evitar la depresión y la ansiedad en las personas mayores que viven en residencias de ancianos no se consideró rentable en comparación con la atención habitual.	VALIDADO
6. Preventing depression in homes for older adults: Are effects sustained over 2 years.	Van Schaik, D.J.F., Dozeman, E., Van Marwijk, H.W.J., Stek, M.L., Smith, F., Beekman, A.T.F., & Van Der Horst, H. E.	2014	Programa de cuidado escalonado para prevención de los participantes mayores que viven en centro residenciales. Los hallazgos no se pueden generalizar ya que la mayoría de los residentes no optaron por participar en el proyecto y muchos abandonaron. Se deben buscar formas de motivar a los residentes con síntomas depresivos para participar en intervenciones preventivas.	VALIDADO
7. A randomized control trial to evaluate the beyondblue depression training program: Does it lead to better recognition of depression	Mccabe, M. P., Karantzas, G. C., Mrkic, D., Mellor, D., & Davison, T. E.	2013	Beyondblue, programa para aumentar el conocimiento de cuidadores sobre la depresión. Falta de diferencias significativas entre personal entrenado y no entrenado. Los resultados demuestran la necesidad de un mayor énfasis en el reconocimiento de la depresión entre los cuidadores que trabajan en centros de cuidado de ancianos.	VALIDADO

<p>8. Feasibility and effectiveness of activity-scheduling as a guided self-help intervention for the prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial</p>	<p>Dozeman, E., van Schaik, D. J. F., van Marwijk, H. W. J., Stek, M. L., Beekman, A. T. F., & van der Horst, H. E.</p>	<p>2011</p>	<p>Los resultados del estudio contribuyen al cuerpo de conocimientos existente sobre la prevención de la depresión y la ansiedad en los ancianos. La hipótesis de que la actividad de la programación como auto-ayuda es más eficaz que la atención habitual en la reducción de los síntomas en una casa residencial con población de alto riesgo depresivo y trastornos de ansiedad, no pueden ser confirmados en base a este ensayo.</p>	<p>VALIDADO</p>
<p>9. Astructural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial</p>	<p>Leontjevas, R., Gerritsen, D. L., Smalbrugge, M., Teerenstra, S., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., & Koopmans, R. T. C. M.</p>	<p>2013</p>	<p>Se demuestra que un enfoque estructural para la gestión de la depresión que incluye una evaluación sistemática de ésta, puede reducir eficazmente la prevalencia de la depresión en residencias de ancianos y mejorar la calidad de vida de los residentes de unidades somáticas y unidades de demencia.</p>	<p>VALIDADO</p>
<p>10. Quality of life in people with cognitive impairment: nursing homes versus home care.</p>	<p>Nikmat, A. W., Al-Mashoor, S. H., & Hashim, N. A.</p>	<p>2015</p>	<p>No hubo diferencias significativas en la calidad de vida, la depresión, la conexión social ($p < 0,01$) y funciones cognitivas ($p = 0,01$) entre los receptores de atención domiciliaria y los participantes de hogares de ancianos. Los adultos mayores con deterioro cognitivo que están en casa experimentaron mayor calidad de vida, tenían una mejor función cognitiva, estaban menos</p>	<p>Estudio cuasi-experimental.</p>

deprimidos e informaron mayor conexión social en comparación con aquellos que viven en cuidado institucional.

11. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review

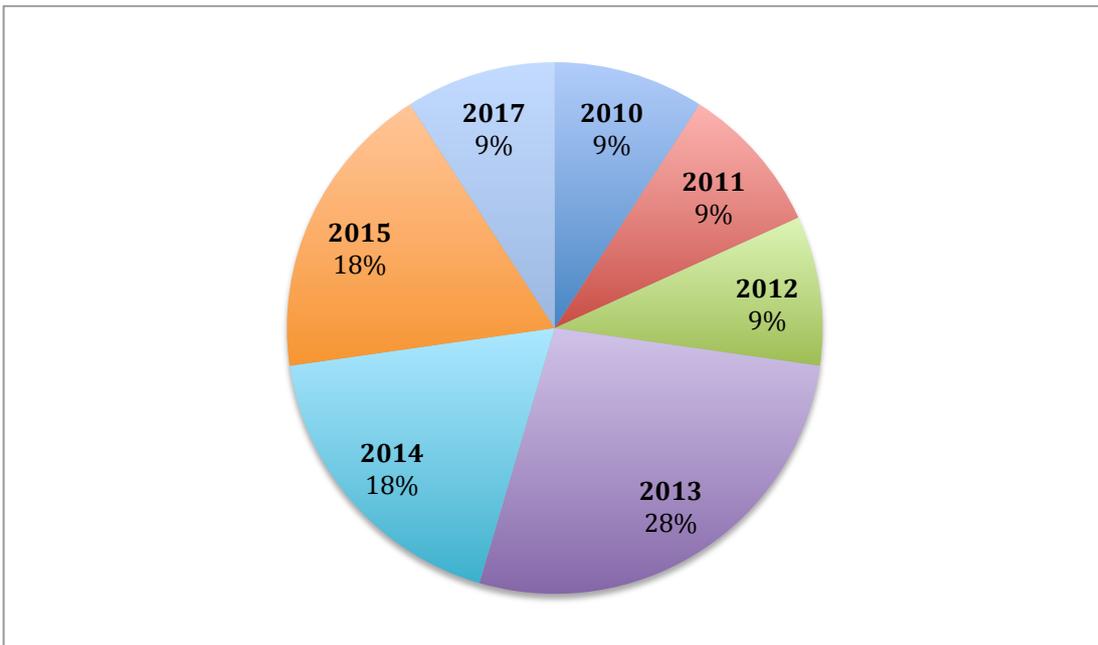
Seitz, D., Purandare, N., & Conn, D.

2010

Revisión de la prevalencia de trastornos psiquiátricos comunes en poblaciones de LTC. La demencia, depresión y los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más comunes entre las adultos mayores en LTC. Son muchos los trastornos psiquiátricos que parecen ser más prevalentes en LTC comparados a aquellos observados en adultos mayores que viven en la comunidad.

VALIDADO

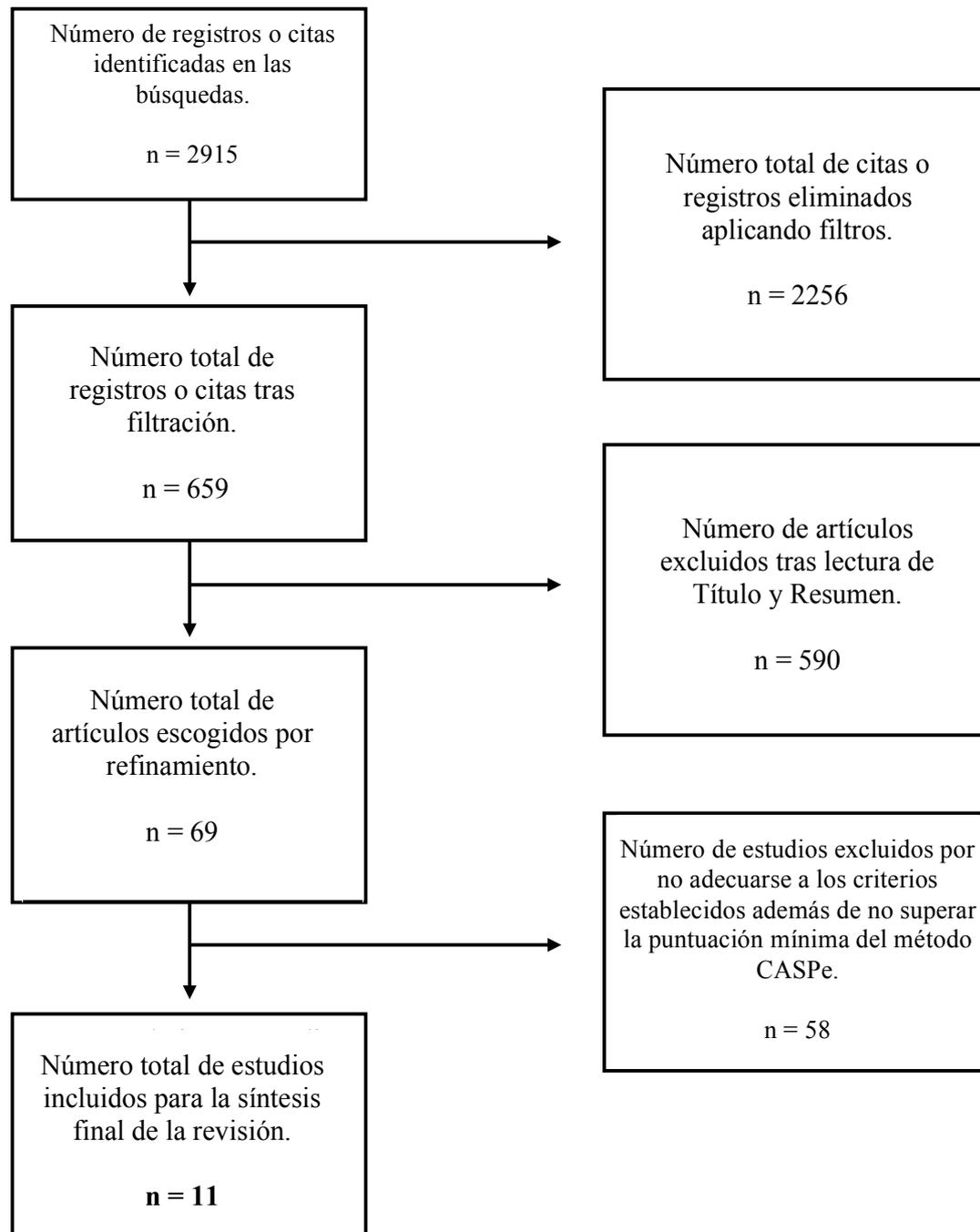
Gráfico 1. Años de las publicaciones escogidas. Fuente: *Elaboración propia.*



Se distingue que el número mayor de artículos escogidos para la revisión, se totaliza en el año 2013 ($n = 3$) con un 28%, seguido de los años 2014 y 2015 ($n = 2$ respectivamente) con 18%. Y finalmente, con un 9%, los años 2010, 2011, 2012 y 2017 ($n = 1$). Señalar que en el año 2016 no se ajustaron los artículos a los criterios para la revisión, y tampoco se creyó de especial relevancia ninguno de los encontrados.

Por último, para visualizar de formas más esquemática todo el proceso de metodología llevado a cabo durante la realización del presente estudio se realiza un diagrama mediante el proceso propuesto por PRISMA con todos los componentes básicos de éste (Figura 6).

Figura 6. Diagrama de flujo según PRISMA. Información a través de las diferentes fases y componentes del proceso de búsqueda. Fuente: *Elaboración propia*



6. DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en la revisión bibliográfica sobre la existencia de depresión en pacientes institucionalizados son variados.

La autonomía en las personas mayores institucionalizadas, está coartada por diversos motivos. Cuando la persona ingresa en un centro residencial, pierde los roles que desempeñaba, tanto de carácter social, como profesional o familiar. En la misma vertiente Lohman, M. C. *et al.*²² expresa la interrelación de vulnerabilidad entre la fragilidad y la depresión.

A efectos prácticos, este estudio subraya la necesidad de la detección precoz de la depresión en hogares residenciales para ancianos. Van Schaik *et al.*²⁴ destaca la importancia de tratar adecuadamente a aquellos pacientes que ya poseen un diagnóstico, y por otro lado, cuando existen síntomas clínicos, buscar maneras de controlar dichos síntomas, discutiendo con el propio residente si necesita ayuda. K. Theurer *et al.*¹⁹, refuerza la afirmación de incluir a los residentes como colaboradores de la investigación, integrándose así en una parte fundamental para ayudar a entender mejor a la población anciana institucionalizada. Pasar de la atención a la participación.

Se deben considerar las circunstancias que vienen derivadas del propio proceso de institucionalización. Dentro de la revisión sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en residencias a largo plazo, Seitz *et al.*²⁹ apunta que la transición a hacia éstas, puede ser un estresor importante y aumentar el riesgo de desarrollar trastornos del ánimo. Además, señala que existe una prevalencia media del 10% en cuanto a los trastornos depresivos, siendo los síntomas en los residentes de LTC de un 29%. Por lo tanto, destacar que la satisfacción de los residentes con la institucionalización influye en su estado de ánimo, y por consiguiente, a su calidad de vida. Una buena calidad de vida, o buena percepción de salud, estaría estrechamente relacionada con padecer o no síntomas depresivos. En el estudio cuasi-experimental de Nikmat *et al.*²⁸, dónde se compara a 219 adultos mayores, de entre 60 y 89 años de edad, en el hogar o en

atención domiciliaria en Malasia, se hace referencia a este último hecho, ya que los resultados determinan que la diferencia no es altamente significativa, pero sí ponen de manifiesto que los ancianos que se encuentran en instituciones refirieron peor calidad de vida que aquellos que se encuentran en domicilio.

Un aumento en los síntomas depresivos se asocia con el tiempo a una mayor probabilidad de resultados adversos. La depresión juega un papel importante en la explicación del riesgo de mala salud ²².

En cuanto a elementos útiles para la detección, Allgaier, A. K. *et al.* ²⁰ proporciona la evidencia del WHO-5 (Anexo 3) como instrumento de evaluación para ayudar a disminuir las bajas tasas de reconocimiento de depresión en residentes de hogares de ancianos (incluyendo tanto depresión mayor como con depresión menor). Se demuestra la mejor calificación frente a la Escala Geriátrica de 15 elementos, tratándose además de una herramienta de evaluación mas corta, lo que en la practica sería mas eficiente.

Nombrar el programa de capacitación propuesto por McCabe, M. P. *et al.* ²⁵, para aumentar el nivel de habilidades necesarias, de forma que el personal de atención médica-sanitaria detectase mejor la depresión entre las personas mayores, tanto en entornos de atención comunitaria como residencial. En la misma línea, encontramos la propuesta de “*Compromiso de residentes y apoyo entre Compañeros*” (REAP en inglés) de K. Theurer *et al.* ¹⁹, dónde se propone el desarrollo de intervenciones psicosociales grupales dentro de la atención residencial, debido a que consideran que las actividades realizadas hasta el momento son insuficientes, contribuyendo a los problemas de la soledad y la depresión.

La detección y el estudio protocolizado de los síndromes geriátricos es una exigencia obligada ante cualquier paciente anciano. En el ensayo aleatorizado escalonado de Leontjevas *et al.* ²⁷ se demuestra que se puede reducir eficazmente la prevalencia de la depresión en residencias de ancianos y a su vez, mejorar la calidad de vida. Todo esto mediante un enfoque estructural para la gestión de la depresión, incluyendo una evaluación sistemática de ésta.

En contraposición, los resultados del estudio clínico aleatorio de Bosmans J.E. *et al.* ²³, afirman no considerar rentable un programa de prevención escalonada para la población

en hogares de ancianos, ya que no sobresalía comparado con la atención habitual. Al igual que Dozeman *et al.* ²⁶, dónde la hipótesis de que la auto-ayuda guiada como programa de reducción de los síntomas depresivos en residencias no puede confirmarse como más eficaz frente a la atención habitual, pero señala que se debe ofrecer a aquellos residentes realmente interesados y motivados.

La discrepancia probablemente venga determinada por la diferencia en los métodos de análisis utilizados. Si en la gestión de las viviendas residenciales se emplease más tiempo para la formación y apoyo a los cuidadores, la integración de intervenciones podría mejorar ²⁶.

Destacar que la implementación de programas en esta población vulnerable puede que sea difícil, y probablemente lleve a una subestimación del efecto de la intervención ²³, incluso el enmascaramiento de la depresión, dificultar la detección por parte del personal ²⁵. Como evidencia un ensayo pragmático controlado aleatorio llevado a cabo en 14 residencias de los Países Bajos ²⁴, un programa escalonado como intervención sería factible el primer año, ya que se observarían cambios en cuanto a la depresión. No obstante, el segundo año de programa el efecto ya no se consideraría significativo.

El tratamiento en las instituciones o residencias presenta varios desafíos. La presente revisión no está centrada en el tratamiento de esta dolencia como es la depresión, pero se conoce que los fármacos antidepresivos son los de uso más común, y como señala Boyce, R. D *et al.* ²¹ en las conclusiones de la revisión realizada para la efectividad de los antidepresivos, este grupo etario tiene una respuesta moderada a la farmacopea antidepresiva.

La importancia recae en el equipo sanitario, como indica Van Schaik *et al.* ²⁴, ya que la probabilidad de que esta población esté más dispuesta a participar en intervenciones, es mayor cuando los propios trabajadores del centro residencial son quienes abogan por el proyecto y quienes están con ellos.

7. LIMITACIONES

En la presente revisión integradora en relación a la existencia de depresión para ancianos institucionalizados, es valioso considerar las diferentes limitaciones. Para empezar, no existe una definición exacta del concepto “anciano” en la que se especifique a partir de que rango de edad esta considerado como tal. Son diferentes dependiendo de las fuentes de información a las que se acuda, pudiendo incluir o excluir a ciertos grupos de población según el criterio empleado para dicho término.

Durante la exploración de descriptores para abordar el tema, ha resultado difícil encontrar un término en DeCs y MeSH para referirnos a la Institucionalización en sí, por lo que finalmente se decidió que el mejor término explicativo era “Homes for the aged”, hogares para ancianos. Al igual que como se explica anteriormente, el término Residencia, que en el DeCs y en MeSH correspondía a ““Internship and Residency””, se eliminó por no obtenerse resultados junto con el resto de la cadena de búsqueda. En el mismo ámbito, la palabra Prevalencia se determinó como palabra clave en una búsqueda final, en la que únicamente la base de datos Pubmed ofreció resultados viables para el presente trabajo, en el resto de buscadores, ésta también se añadió, dando como resultado la elección de los mismos artículos que se escogieron con anterioridad, por tanto, se decidió dejar las búsquedas iniciales en el resto de bases de datos.

Por otro lado, la no utilización de truncamientos durante la cadena de búsquedas significaría la pérdida potencial de artículos relevantes para el tema que nos ocupa, además de haber muchos estudios relevantes de acceso privado o de pago, lo que puede haber sido motivo de un sesgo en la información. Declarar, además, que los resultados obtenidos en el presente trabajo deben interpretarse con precaución, ya que carecen de un grupo de comparación.

8. CONCLUSIÓN

En base a la literatura leída, se cree necesario hacer hincapié en la existente presencia de ancianos deprimidos en las Instituciones, y que éstos no siempre son detectados a tiempo. Esta población, además, tiene en su mayoría ciertas limitaciones, por lo que dependen de ayuda por parte de enfermería y cuidadores.

Para los dos primeros objetivos específicos planteados, se ha observado en cuanto a conocer la prevalencia de depresión en Instituciones para ancianos, que ésta existe, produciéndose además, en muchas ocasiones, un aislamiento de la red socio-familiar habitual. La prevalencia de este trastorno comúnmente está asociada a las instituciones de largo plazo. No obstante, no se puede afirmar con total evidencia que dicho síntoma sea una consecuencia directa del proceso de institucionalización, pero se cree que éste puede llegar a condicionar la aparición de la depresión, dado el cambio a un entorno desconocido.

En lo que concierne al siguiente objetivo específico establecido, se sabe que la depresión es una enfermedad tratable, pero la mayoría de los residentes que se encuentran institucionalizados pueden ser asistidos inadecuadamente. Una buena prevención sería la mejor forma de abordar un tema, el cual se conoce, pero del que no se tiene en cuenta la relevancia del mismo. Aunque el concepto de residencia, antes llamadas asilos, ha evolucionado mucho en estos últimos años, aún prevalecen en la sociedad ciertos prejuicios sobre estos centros y los mayores pueden percibir esta situación como un rechazo por parte de su familia o verse a sí mismos como una carga para ellos.

En un futuro, sería conveniente realizar otros estudios adicionales a gran escala. Más investigación sobre tratamientos y prevención efectivos requeridos para esta creciente población dentro de nuestras instituciones.

Así pues, los resultados obtenidos no parecen apoyar la hipótesis de trabajo en su totalidad. Señalar la importancia de la formación y educación del personal sanitario para mejorar la práctica y reducir el sufrimiento físico y psicológico del anciano institucionalizado.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dozeman, E., van Marwijk, H.,W.J., van Schaik, D.,J.F., Smit, F., Stek, M. L., van der Horst, H.,E., Beekman, A. T. F. Contradictory effects for prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: A pragmatic randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 19]; 24(8): 1242-51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610212000178>
2. Mosquera Perales, Nuria. Prevalencia de Síntomas Depresivos en Mayores Institucionalizados y Propuesta de Intervención mediante Terapia de Reminiscencia. Trabajo Final de Grado de Terapia Ocupacional de la Universidad de Zaragoza. 2011 [cited 2017 Jun 19]; Available from: <https://zaguan.unizar.es/record/7423/files/TAZ-TFG-2012-240.pdf>
3. Biblioteca Virtual en Salud [sede Web]. Sao Paulo – SB: BIREME/OPS. Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. [cited 2017 Jun 19]. Anciano [una pantalla]. Available from: http://busqueda.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&tree_id=M01.060.116.100&term=Anciano%20-%20Buscar%20con%20Google
4. MeSH Browser [Internet] Bethesda MD: National Library of Medicine (US); 2002- [cited 2017 Jun 19]. Aged; Unique ID: D000368 [una pantalla]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000368>
5. Biblioteca Virtual en Salud [sede Web]. Sao Paulo – SB: BIREME/OPS. Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. [cited 2017 Jun 19]. Anciano de 80 o mas años [una pantalla]. Available from: http://busqueda.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&tree_id=M01.060.116.100&term=Anciano&tree_id=M01.060.116.100.080&term=#

6. Real Academia Española. [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2017 [cited 2017 Jun 21]. Viejo/a [una pantalla]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=bnRGe0W>
7. Aguera Ortiz, L., Francés Román, I., Gayoso Orol, M. J., Gil Gregorio, P., Martín Carrasco, M., & Sánchez Pérez, M. Guía de buena Práctica Clínica en Geriátrica. Depresión y Ansiedad. [Internet]. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Scientific Communication Management; 2004 [cited 2017 Jun 19]. Available from: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/guiaDepresionAnsiedad.pdf>
8. Huenchuan, Sandra. Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. [Internet]. Naciones Unidas; 2011 Jun [cited 2017 Jun 21] Available from: https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf
9. Jenkins, C. David. Mejoremos la Salud a todas las Edades. Un manual para el cambio de comportamiento. [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2005 [cited 2017 Jun 20] Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/9275315906.pdf?sequence=1>
10. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017 [cited 2017 Jun 20]. Temas de salud. Depresión [una pantalla]. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
11. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017 [cited 2017 Jun 20]. Centro de prensa. Trastornos mentales [una pantalla]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
12. Organización Panamericana de Salud. [Internet] Pan American Health Organization; [updated 2017 4 Apr.; cited 2017 Jun 20]. Centro de prensa. Depresión: Hablemos [una pantalla]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es

13. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5. 5th ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014
14. Peña-Solano DM, Herazo-Dilson MI, Calvo-Gómez JM. Depresión en ancianos. *Revista Facultad Medicina* [Internet]. 2009 [cited 2017 Jun 21] 57:347-355. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/72ed/7d9963d960b98469a7026b03392a47e029b3.pdf>
15. González Ceinos Martha. Depresión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2001 Ago [cited 2017 Jun 21]; 17(4):316-320. Available from: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400002&lng=es.
16. Ortiz, J., Bechich, S., Aguas, M., Alaez, F., Carral, E., & Sánchez, P. Efecto de la incontinencia urinaria y la dependencia para la alimentación en la institucionalización de pacientes geriátricos agudos [Internet]. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*; 2002. [cited 2017 Jun 21]; 37(2): 75-80. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(02\)74781-1](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(02)74781-1)
17. Abellán García, Antonio, Ayala García, Alba; Pujol Rodríguez, Rogelio. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. *Indicadores estadísticos básicos*. [Internet] 2017; *Informes Envejecimiento en red* n° 15: 48. [Fecha de publicación: 31/01/2017; última versión: 27/03/2017]. [cited 2017 Jun 19]. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos17.pdf>
18. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Salud*. [Internet]. Madrid: INE; 2001-2011. [cited 2017 Jun 20] Available from: <http://www.ine.es/prensa/np777.pdf>
19. Theurer K, Mortenson W Ben, Stone R, Suto M, Timonen V, Rozanova J. The need for a social revolution in residential care. *J Aging Stud* [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Oct 6]; 35:201-10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.08.011>

20. Allgaier A-K, Kramer D, Saravo B, Mergl R, Fejtkova S, Hegerl U. Beside the Geriatric Depression Scale: the WHO-Five Well-being Index as a valid screening tool for depression in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2013 Nov [cited 2017 Oct 18]; 28(11):1197–204. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/gps.3944>
21. Boyce RD, Hanlon JT, Karp JF, Kloke J, Saleh A, Handler SM. A Review of the Effectiveness of Antidepressant Medications for Depressed Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2012 May [cited 2017 Oct 16]; 13(4):326–31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.08.009>
22. Lohman MC, Mezuk B, Dumenci L. Depression and frailty: concurrent risks for adverse health outcomes. *Aging Ment Health* [Internet]. 2017 Apr 3 [cited 2017 Oct 18]; 21(4):399–408. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1102199>
23. Bosmans JE, Dozeman E, van Marwijk HWJ, van Schaik DJF, Stek ML, Beekman ATF, et al. Cost-effectiveness of a stepped care programme to prevent depression and anxiety in residents in homes for the older people: a randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Oct 19]; 29(2):182–90. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/gps.3987>
24. Van Schaik DJF, Dozeman E, van Marwijk HWJ, Stek ML, Smit F, Beekman ATF, et al. Preventing depression in homes for older adults: are effects sustained over 2 years? *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Oct 19]; 29(2):191–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/gps.3989>
25. McCabe MP, Karantzas GC, Mrkic D, Mellor D, Davison TE. A randomized control trial to evaluate the *beyondblue* depression training program: does it lead to better recognition of depression? *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2013 Mar [cited 2017 Oct 19]; 28(3):221–6. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/gps.3809>
26. Dozeman E, van Schaik DJF, van Marwijk HWJ, Stek ML, Beekman ATF et al. Feasibility and effectiveness of activity-scheduling as a guided self-help intervention for the prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2011 Aug 22 [cited 2017 Oct 19]; 23(6):969–78. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1041610211000202>

27. Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, Teerenstra S, Vernooij-Dassen MJ, Koopmans RT. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet* [Internet]. 2013 Jun 29 [cited 2017 Nov 7]; 381(9885):2255–64. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60590-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60590-5)
28. Nikmat AW, Al-Mashoor SH, Hashim NA. Quality of life in people with cognitive impairment: nursing homes versus home care. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2015 May 11 [cited 2017 Nov 8]; 27(5):815–24. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1041610214002609>
29. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2010 Nov 4 [cited 2017 Oct 26]; 22(7):1025–39. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1041610210000608>

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1. Plantilla Caspe para un Ensayo Clínico.

 **PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe**
 Leyendo críticamente la evidencia clínica

11 preguntas para entender un ensayo clínico

Comentarios generales

- Para valorar un ensayo hay que considerar tres grandes epígrafes:
 - ¿Son válidos los resultados del ensayo?
 - ¿Cuáles son los resultados?
 - ¿Pueden ayudarnos estos resultados?
- Las 11 preguntas de las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a centrarte en esos aspectos de modo sistemático.
- Las primeras tres preguntas son de eliminación y pueden ser respondidas rápidamente. Si la respuesta a las tres es "sí", entonces vale la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En itálica y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Preguntas de detalle

4 ¿Se mantuvo el cegamiento a: - Los pacientes. - Los clínicos. - El personal del estudio.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
5 ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo? <i>En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado, edad, sexo, etc.</i>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
6 ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

B/ ¿Cuáles son los resultados?

7 ¿Es muy grande el efecto del tratamiento? <i>¿Qué desenlaces se midieron? ¿Los desenlaces medidos son los del protocolo?</i>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
8 ¿Cuál es la precisión de este efecto? <i>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</i>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

Preguntas "de eliminación"

1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida? <i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i> - La población de estudio. - La intervención realizable. - Los resultados considerados.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
2 ¿Puede aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos? <i>¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</i>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él? <i>¿El seguimiento fue completo? ¿Se interrumpió precozmente el estudio? ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados?</i>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?

9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local? <i>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son suficientemente parecidos a tus pacientes?</i>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
10 ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica? <i>En caso negativo, ¿en qué afecta eso a la decisión a tomar?</i>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes? <i>Es improbable que pueda deducirse del ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</i>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.5-8.

10.2. ANEXO 1. Plantilla Caspe para una Revisión.



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe
Leyendo críticamente la evidencia clínica

10 preguntas para ayudarte a entender una revisión

Comentarios generales

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace la lectura crítica de una revisión:

¿Son válidos esos resultados?

¿Cuáles son los resultados?

¿Son aplicables en tu medio?

- Las 10 preguntas de las próximas páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos aspectos. Las dos primeras preguntas son preguntas "de eliminación" y se pueden responder rápidamente. Sólo si la respuesta es "sí" en ambas, entonces merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En itálica y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las preguntas. Están pensadas para recordarte por que la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!
- Estas 10 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al, Users' Guides to The Medical Literature, VI How to use an overview. (JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371)

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</p> <ul style="list-style-type: none"> La población de estudio. La intervención realizada. Los resultados ("outcomes") considerados. 	<p>SI</p> <p>NO SÉ</p> <p>NO</p>
<p>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</p> <ul style="list-style-type: none"> Se dirige a la pregunta objeto de la revisión. Tiene un diseño apropiado para la pregunta. 	<p>SI</p> <p>NO SÉ</p> <p>NO</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas detalladas

<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p> <p>PISTA: Busca</p> <ul style="list-style-type: none"> Qué bases de datos bibliográficas se han usado. Seguimiento de las referencias. Contacto personal con expertos. Búsqueda de estudios no publicados. Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés. 	<p>SI</p> <p>NO SÉ</p> <p>NO</p>
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</p> <p>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</p>	<p>SI</p> <p>NO SÉ</p> <p>NO</p>
<p>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p> <p>PISTA: Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> Los resultados de los estudios eran similares entre sí. Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados. Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados. 	<p>SI</p> <p>NO SÉ</p> <p>NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?</p> <p>PISTA: Considera</p> <ul style="list-style-type: none"> Si tienes claro los resultados últimos de la revisión. ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado). ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.). 	
<p>7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?</p> <p>PISTA: Busca los intervalos de confianza de los estimadores.</p>	

Influencia de la institucionalización de las personas mayores relacionada con los trastornos depresivos

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>

Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

10.3. ANEXO 3. Índice de Bienestar de la OMS (cinco).

WHO (Five) Well Being Index (1998 version) OMS (cinco) Índice de Bienestar (versión 1998)

Por favor, indique para cada una de las cinco afirmaciones cual define mejor como se ha sentido usted durante la últimas dos semanas. Observe que cifras mayores significan mayor bienestar.

Ejemplo: Si se ha sentido **alegre y de buen humor más de la mitad del tiempo durante las últimas dos semanas**, marque una cruz en el recuadro con el número 3 en la esquina superior derecha.

<i>Durante las últimas dos semanas:</i>	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
1. Me he sentido alegre y de buen humor	5	4	3	2	1	0
2. Me he sentido tranquilo y relajado	5	4	3	2	1	0
3. Me he sentido activo y enérgico	5	4	3	2	1	0
4. Me he despertado fresco y descansado	5	4	3	2	1	0
5. Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan	5	4	3	2	1	0

Instrucciones de puntuación.

Para calcular la puntuación, sume las cifras en la esquina superior derecha de los recuadros que usted marcó y multiplique la suma por cuatro.

Usted habrá obtenido una puntuación entre 0 y 100. Mayor puntuación significa mayor bienestar.

Interpretación:

Se recomienda administrar "The Major Depression (ICD-10) Inventory" si la primera puntuación calculada es menor que 13 o si las respuestas del paciente oscilan entre 0 y 1 en cualquiera de las afirmaciones citadas. Una puntuación menor que 13 indica bajo bienestar y es un indicador para la aplicación del test de depresión (ICD-10).

Cambios en el monitoreo:

Para poder monitorear posibles cambios en el bienestar se usa la puntuación porcentual. Una diferencia de 10% indica un cambio significativo (ref. John Ware, 1996).

