

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

**DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE LA
CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS
INSTITUCIONALIZADOS Y NO
INSTITUCIONALIZADOS**

Enfermería Geriátrica

Autora: Anabel Picazo Martínez

Tutora: Eva María Gabaldón Bravo

AGRADECIMIENTOS

Poniendo punto final a mi Trabajo Fin de Grado y en general, a mis cuatro años de grado, son muchas las personas de las que me acuerdo mirando hacia atrás en el tiempo. En primer lugar, a la Universidad de Alicante, a la Facultad de Ciencias de la Salud, y por supuesto, a cada uno de los profesores que nos han acompañado durante esta etapa. Está claro, que nos hemos convertido en lo que somos gracias a ellos.

A mi tutora, Eva María Gabaldón Bravo, por su disponibilidad inmediata ante cualquier adversidad, su paciencia y su apoyo incondicional. Gracias por haberme dado la oportunidad de crecer no solo como alumna, sino como persona.

A mis tutores de las prácticas clínicas, que me han enseñado todo lo que estaba a su alcance, y que, gracias a ellos, he descubierto lo bonita que es nuestra profesión. Arancha, Gloria, Sandra, Magdalena, Rocío, Antonio, José Vicente, Miguel Ángel.

Mi madre, sin ella nunca hubiera conseguido todo lo que me he propuesto en la vida, si soy lo que soy, es gracias a ella. A José, por haberme apoyado en cada uno de mis pasos junto a mi madre. Y a mi abuela Ana, por hacerme disfrutar viendo el brillo de sus ojos con cada uno de mis logros.

No puedo escribir mis agradecimientos sin acordarme de mis amigos, mi segunda familia. Por soportar cada uno de mis malos momentos durante estos cuatro años y celebrar todos los buenos como si fuesen suyos también. Elena, Lucía, Cristina, Sara, Rocío, Daniel, gracias. Por supuesto, todos los que he conocido en esta maravillosa etapa y que compartimos profesión, estoy segura de que esta promoción será inigualable. ¡Gracias, compañeros!

Por último, gracias al Centro Geriátrico Nuestra Señora de Consolación, por haberme dado la oportunidad de sentir que estos cuatro años han valido la pena y que he conseguido convertirme en algo que realmente me hace feliz.

ÍNDICE

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1. Cómo envejecemos	6
2.2. Recursos sociales públicos para la atención a las personas mayores en España	7
2.3. Recursos sociales públicos para la atención de las personas mayores en la Comunidad Valenciana	7
2.4. Calidad de Vida Relacionada con la Salud	8
2.5. Justificación	9
3. OBJETIVOS	11
4. METODOLOGÍA	11
5. RESULTADOS	13
5.1. Selección de los estudios	13
5.2. Características de los artículos incluidos	13
5.3. Síntesis de artículos encontrados	14
6. CONCLUSIONES	18
7. BIBLIOGRAFÍA	22
8. ANEXOS	26

1. RESUMEN

Introducción: El aumento de la proporción de ancianos es un fenómeno global, que produce que familiares no puedan ocuparse de sus mayores recurriendo a la institucionalización.

Objetivos: El principal objetivo es comparar la percepción de la calidad de vida entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Los objetivos secundarios están relacionados con las diferencias entre los grupos en comparación y las diferentes herramientas utilizadas para obtener los resultados.

Metodología: Revisión bibliográfica en bases de datos como MEDLINE, PUBMED, CINAHL y el buscador GOOGLE SCHOLAR de artículos publicados entre 2010 y 2020. Los sujetos a estudio fueron los ancianos de más de 60 años. De los estudios seleccionados, se extrajeron y analizaron los siguientes datos: calidad de vida, herramientas utilizadas para la medición, grado de dependencia, grado de depresión.

Resultados: Se seleccionaron 8 artículos para la revisión bibliográfica los cuales cumplían con los criterios de inclusión.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en esta revisión bibliográfica no son concluyentes en cuanto a nuestro objetivo principal planteado en relación con a las diferencias entre la percepción de la CVRS entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Aunque sí podemos encontrar similitudes entre los estudios seleccionados en cuanto a nuestros objetivos secundarios como el grado de depresión y el grado de dependencia, observando que los ancianos institucionalizados obtienen mayores puntuaciones.

PALABRAS CLAVE: ancianos; calidad de vida; institucionalización; independencia.

ABSTRACT

Introduction: Increasing proportion of elderly is a global phenomenon, which means that family members cannot take care of their elders by resorting to institutionalization.

Objectives: The main objective is to compare the perception of quality of life between institutionalized and non-institutionalized elderly. The secondary objectives are related to the differences between the groups compared and the different tools used to obtain the results.

Methodology: Bibliographic review in databases such as MEDLINE, PUBMED, CINAHL and the GOOGLE SCHOLAR search engine for articles published between 2010 and 2020. The subjects under study were the elderly over 60 years of age. From the selected studies, the following data were extracted and analyzed: quality of life, tools used for measurement, degree of dependency, degree of depression.

Results: Eight articles were selected for the bibliographic review which met the inclusion criteria.

Conclusions: The results obtained in this bibliographic review are not conclusive regarding our main objective raised in relation to the differences between the perception of HRQL between institutionalized and non-institutionalized elderly. However, we can find similarities between the selected studies regarding our secondary objectives such as the degree of depression and the degree of dependency, observing that the institutionalized elderly obtain higher scores.

KEY WORDS: elderly; quality of life; institutionalization; independence.

2. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida junto con la disminución de la tasa de fecundidad provoca un aumento rápido de la proporción de personas mayores de 60 años. (“OMS | Envejecimiento,” 2015)

Así, se estima que para 2040 la cifra de personas mayores de 65 años en el mundo será de 1,4 millones. (Navarro-Gonzalez & Sanjuán Gómez, 2017)

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística a 1 de julio de 2019 había 9.180.402 personas con una edad comprendida entre 65 y 100 o más años en España. Si comparamos estos datos, con el número de población en ese rango de edad que había a fecha del 1 de julio de 1971, 3.136.619 personas, podemos observar un aumento de casi un 300% en la proporción de personas mayores de 65 años. (**Figura 1**) (“INE. Instituto Nacional de Estadística,” n.d.)

2.1. Cómo envejecemos

No todos los individuos envejecen de la misma manera, así podemos distinguir tres tipos de envejecimiento: usual, satisfactorio y patológico (de Jaeger, 2018). En el usual, los ancianos pueden presentar o no cierto grado de fragilidad y/o vulnerabilidad, mostrando enfermedades crónicas que tienen o no una consecuencia funcional. El segundo tipo, el satisfactorio, será aquel en el que la persona sana no presente ningún tipo de enfermedades o discapacidades. Por último, el envejecimiento patológico es aquel en el que la persona mayor posee una enfermedad crónica progresiva, con discapacidades, lo cual le proporcionara una mayor fragilidad y vulnerabilidad (de Jaeger, 2018).

En el periodo 2000-2050 se prevé que se multiplicará por cuatro el número de ancianos que no podrán valerse por sí mismos y necesitarán atención de larga duración, siendo estos servicios de enfermería en casa, atención sanitaria comunitaria, hospitalaria o residencial. (Carballo-Rodríguez, Gómez-Salgado, Casado-Verdejo, Ordás, & Fernández, 2018)

2.2. Recursos sociales públicos para la atención a las personas mayores en España

La Dirección General del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) hizo públicos los datos sobre los Servicios Sociales dirigidos a Personas Mayores en España, los cuales se pueden reunir en cuatro categorías (“Imsero. Instituto de Mayores y Servicios Sociales :: Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre de 2018,” n.d.):

- Servicios de Atención Domiciliaria cuyo objetivo es la estancia de las personas mayores en sus hogares durante la mayor cantidad de tiempo posible. Dentro de esta categoría podemos encontrar el servicio de Teleasistencia y el servicio de Ayuda a Domicilio.

- Servicios de Participación Social en los cuales encontramos los Centros de Mayores. Estos proporcionan un enfoque de envejecimiento activo destacando entre su propósito el fomento del ocio y la participación social.

- Servicio de Atención Diurna que ofrecen una atención psicosocial a ancianos en situación de dependencia.

- Servicios de Atención Residencial los cuales brindan alojamiento y sustento a las personas mayores bien de forma permanente o temporalmente.

2.3. Recursos sociales públicos para la atención de las personas mayores en la Comunidad Valenciana

En cuanto a la Comunidad Valenciana, entre los recursos públicos de servicios que comprenden la atención de personas mayores dependientes podemos encontrar los centros residenciales de personas mayores. Estos ofrecen alojamiento a las personas que reúnen los requisitos planteados y acceden a ellos voluntariamente, siendo estancias de carácter temporal o permanente. Los usuarios son personas mayores de 65 años, que han cesado su actividad laboral o profesional, y pensionistas mayores de 60 años, que no necesiten ninguna ayuda de otras personas para las actividades de la vida diaria. Las personas dependientes únicamente serán usuarios si el centro dispone de una unidad para dichas personas mayores dependientes. (“Autorización de centros residenciales - Generalitat Valenciana,” n.d.)

Otros centros de servicio social especializado para la atención de personas mayores son los Centros de Día, los cuales ofrecen un programa de atención diurna especializado a aquellas personas que requieren ayuda para las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria contemplando los servicios mínimos de conformidad como son el

acogimiento, restauración, higiene personal, atención social, animación sociocultural, entre otras. (“Centros de día para personas mayores dependientes - Generalitat Valenciana,” n.d.)

La Comunidad Valenciana tiene un total de 327 Residencias geriátricas y 172 Centros de Día, entre servicios de carácter público y privado. (CSIC, n.d.)

2.4. Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se refiere al aspecto de la calidad de vida específico de la salud de la persona usándose para obtener resultados concretos de la evaluación clínica para una actuación terapéutica.(Fernández-López, Fernández-Fidalgo, & Cieza, 2010) La CVRS se utiliza para la medición de la percepción del individuo sobre el nivel de bienestar y así permitir a los evaluadores la comprensión del estado de salud del sujeto además de obtener una precisa valoración de beneficios y riesgos derivados de la atención sanitaria. (Urzúa M., 2010)(Badia Llach, 2004)

Existen diversos instrumentos para la medición de la CVRS, tratándose en su mayoría de cuestionarios compuestos por una serie de ítems y varias opciones de respuesta. Las principales esferas que tratan dichos cuestionarios son la salud física, mental y social. Estos se pueden clasificar en genéricos y específicos. Los primeros pueden ser aplicados a la población general y a una diversidad de enfermedades mientras que los específicos determinan aspectos fundamentales de una determinada población valorando ciertas funciones o síntomas clínicos. Los cuestionarios más utilizados para la medición de la CVRS son el Perfil de Salud de Nottingham, el Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad, el EuroQol-5D y el SF-36. (Badia Llach, 2004) Otro instrumento de medida de la CVRS es el WHOQOL-BREF, tratándose de un instrumento genérico de la CV que contiene preguntas de satisfacción con la salud destinado a las personas mayores. (Ferreira Santos, Cavalcante Oliveira, Barbosa, Pires Nunes, & Brasil, 2015)

La calidad de vida es entendida como el bienestar, felicidad y satisfacción de los individuos, otorgando a esta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Por ello, está relacionada con la satisfacción que la persona tiene

sobre su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social y, además, influenciada por la personalidad y el entorno del individuo. (Real Fortuna, 2008)

Por otro lado, la depresión en personas mayores de 65 años tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida.(Peña-solano, Herazo-dilson, & Calvo-gómez, 2009) A su vez, la depresión tiene como consecuencia un alto grado de incapacidad y un aumento de la mortalidad de la población geriátrica, algo que también influye en la percepción de la calidad de vida. (Real Fortuna, 2008).

Además, en el anciano la prevalencia del dolor junto a las pérdidas propias del envejecimiento produce cambios a nivel físico, sensorial o cognitivo, provocando un detrimento de las capacidades funcionales, lo cual genera en algunos casos, una dependencia funcional. Así, esta dependencia y sus repercusiones influyen de manera negativa en cuanto a la valoración de la calidad de vida en términos de funcionalidad.(Cerquera Córdoba, Uribe Rodríguez, Matajira Camacho, & Correa Gómez, 2017)

Por tanto, existe una relación directa entre calidad de vida, bienestar, depresión y grado de dependencia en nuestros ancianos.

2.5. Justificación

Debido al envejecimiento, tal como se ha expuesto en el apartado anterior, hay un aumento en la demanda de servicios de cuidados delegados tradicionalmente en la familia, algo que está sufriendo cambios debido a la disminución del número de familiares y al empoderamiento de la mujer laboralmente. Por tanto, este aumento de demanda junto a la disminución de la oferta informal por parte de los familiares de unos servicios de cuidado, hacen necesaria una mejor comprensión de las redes sociales de apoyo y mayor presión social para la creación de respuestas institucionales ante la dependencia. (Aranco, Stampini, Ibararán, & Medellín, 2018)

Los hogares han sufrido una serie de cambios en cuanto a los familiares que habitan en ellos. Así, en España, los hogares con la presencia de tres generaciones tienen cada vez menos prevalencia, pasando de un 10% en los años ochenta un 4% desde 2008. (Gamundi, 2016). En 2018, en España, el tamaño medio de los hogares era de 2,5 personas y 2.037.700 hogares pertenecían a una persona sola de 65 años o más. (“INE. Instituto Nacional de Estadística,” n.d.).

Además, para los ancianos existen unos factores que favorecen su bienestar y que acaban siendo fundamentales en su entorno como son el apoyo social (familia, amigos,

grupos sociales), autonomía, productividad... También hay aspectos que afectan negativamente a ese confort como el aislamiento social, la soledad, el abuso que incrementan sus riesgos de discapacidad y una muerte temprana. (Cardona Arango, Estrada Restrepo, & Agudelo García, 2003)

Anteriormente hemos relacionado el bienestar con la calidad de vida, ya que es uno de los elementos centrales en la evaluación de esta. Podemos entender este bienestar como el resultado de un balance entre el placer y displacer, en el que podemos encontrar aspectos como la felicidad, el resultado de los estados positivos y negativos, la satisfacción vital o la valoración de la trayectoria vital. (Sena, Moral, & Pardo, 2008)

Ahora bien, las instituciones ¿proporcionan a los ancianos los factores que favorecen su bienestar?

La identificación de diferencias entre la calidad de vida de ancianos institucionalizados y no institucionalizados ha sido el objeto de estudio de una investigación turca (Karakaya, Bilgin, Ekici, Köse, & Otman, 2009) cuyos resultados muestran que la calidad de vida en ancianos institucionalizados tenía niveles más bajos que los ancianos que vivían en su propio hogar. También se encuentran otros resultados en relación con el nivel de movilidad funcional e independencia, indicando que los residentes de hogares de ancianos tienen niveles más altos que los que residen en sus hogares. En cuanto a los niveles de síntomas depresivos los institucionalizados mostraban un mayor número.

Sin embargo, un estudio realizado en Armenia (Srapyan, Armenian, & Petrosyan, 2006) difiere del anterior en cuanto al componente físico ya que muestra peores resultados en los ancianos que viven en residencias. También los resultados son diferentes en cuanto al nivel de depresión, mostrando este que los ancianos de las residencias tienen mejores puntuaciones que los que viven en sus hogares.

Estas diferencias entre estos dos artículos han propiciado una búsqueda más exhaustiva de artículos que tengan el mismo objeto de estudio que los mencionados anteriormente.

3. OBJETIVOS

El objetivo principal:

- Comparar la percepción de la calidad de vida entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados.

Objetivos específicos:

- Describir las características demográficas de la población anciana institucionalizada y no institucionalizada.
- Analizar qué herramientas son utilizadas para medición de la calidad de vida en personas ancianas.
- Discriminar qué factores determinan esas posibles diferencias en la percepción de la calidad de vida entre personas ancianas institucionalizadas y no institucionalizadas.
- Evidenciar las posibles diferencias significativas en el grado de depresión entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados, como índice de calidad de vida.
- Analizar si el grado de dependencia supone una diferencia entre grupos comparativos que pudiera incidir en la calidad de vida percibida.

4. METODOLOGÍA

El tipo de estudio llevado a cabo es una revisión bibliográfica, utilizándose artículos científicos publicados en las bases de datos MEDLINE, PUBMED, CINAHL y el buscador GOOGLE SCHOLAR.

La búsqueda ha sido realizada en los meses de febrero y marzo de 2020.

Además, se han revisado algunas referencias que asociaba la base de datos con los artículos encontrados, añadiendo los que cumplían los criterios de búsqueda.

En cuanto a la búsqueda, se han utilizado los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DeCS):

- Anciano/*Aged*
- Calidad de vida/*Quality of life*
- Hogares para Ancianos/*Homes for the Aged*

- Institucionalización/ *Institutionalization*
- Vida independiente/ *Independent Living*

Estos DeCS han sido combinados entre si mediante los operadores booleanos de forma que la combinación final de la búsqueda sería:

(aged) AND (quality of life) AND (Institutionalization) AND (Independent Living).

Filters: *Full text*

Se realizó una segunda búsqueda bibliográfica siendo la combinación:

(Homes for the Aged) AND (Quality of Life). Filters: *Full test*

En cuanto al buscador GOOGLE SCHOLAR se buscó introduciendo en la caja de texto “calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados”.

Además, se acotó la búsqueda a los últimos diez años. Por tanto, se han seleccionado los artículos en inglés y español publicados entre los años 2005 y 2020 que hablan sobre la calidad de vida en ancianos (mayores de 65 años) institucionalizados y no institucionalizados.

El método de selección de los artículos se realizó en tres fases distintas:

Primeramente, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos mencionadas y con los DeCS comentados anteriormente.

Tras esta búsqueda, se eliminaron los artículos cuyo título no correspondía con nuestros criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión que se han utilizado para la búsqueda de los artículos fueron la edad de los participantes del estudio, eligiendo solo aquellos en los que los sujetos tenían 60 o más años y la presencia de dos o más grupos de sujetos a estudio, siendo estos grupos de ancianos institucionalizados y no institucionalizados.

Una vez seleccionados los artículos por el título, se realizó una lectura del resumen, descartando aquellos que cumplían los criterios de exclusión y eliminando los duplicados.

En referencia a los criterios de exclusión fueron desechados los artículos que asociaban la calidad de vida a algún tipo de patología a pesar de su comparación entre institucionalizados y no institucionalizados. También se excluyeron aquellos artículos

en los que los sujetos a estudio poseían algún tipo de demencia, aunque fuese leve. Otro criterio de exclusión fue la asociación de la CVRS a algún programa de intervención en los sujetos o la comparación de dos intervenciones.

En último lugar, se realizó una lectura exhaustiva de los artículos que habían sido seleccionados como válidos para la realización de la revisión bibliográfica.

5. RESULTADOS

5.1. Selección de los estudios

En cuanto a la búsqueda en las bases de datos mencionadas anteriormente, se utilizaron dos estrategias de búsqueda diferentes para obtener los 6 artículos que forman parte de esta revisión bibliográfica. La primera fase consistió en una lectura de los títulos de los artículos resultantes de la búsqueda en la que se obtuvieron un total de 571 artículos. El siguiente cribaje se realizó mediante la lectura de los resúmenes de los artículos restantes, en los que se localizaban los criterios de exclusión y eliminando los duplicados que se encontraron. Por tanto, se eliminaron 539 que contenían los criterios de exclusión y 26 duplicados, resultando los 6 artículos seleccionados para la revisión. **(Figura 2).**

Además, como comentamos anteriormente se incluyeron en la selección dos artículos localizados en el buscador GOOGLE SCHOLAR, obteniendo finalmente los 8 artículos que conforman esta revisión bibliográfica.

5.2. Características de los artículos incluidos

En la **Tabla 1** podemos observar un resumen de las características más relevantes de los artículos seleccionados para esta revisión bibliográfica.

Entre los documentos recuperados observamos distintos diseños, encontrando siete descriptivos transversales, un descriptivo longitudinal, un observacional descriptivo y un prospectivo comparativo.

Los artículos fueron publicados entre 2010 y 2017 en nueve países diferentes.

El tamaño de la muestra varía desde 78 (39 institucionalizados y 39 no institucionalizados) (López, Castillo, Carrasco, Medina, & Ley-Wong, 2014) a 20156

(19.047 ancianos no institucionalizados y 1109 ancianos institucionalizados) (Liu, Dupre, Gu, Mair, & Chen, 2012).

El punto de corte más bajo de edad considerado en los estudios fueron 60 años.

De los 8 artículos incluidos en esta revisión sistemática, 4 evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud utilizando el cuestionario WHOQOL (Cucato et al., 2016)(Scocco & Nassuato, 2017)(Amonkar et al., 2017)(López et al., 2014), 2 usaron el cuestionario SF-36 (Varma, Kusuma, & Babu, 2010) (Herazo-Beltrán et al., 2017), uno usó para ello el Euroqol 5D (el cual además utilizó para evaluar la CVRS la escala de salud de Nottingham y la escala de satisfacción con la vida)(Kostka & Jachimowicz, 2010) y, por último, en uno de ellos se utilizó la pregunta “¿Cómo califica su vida en la actualidad?” con un rango de respuesta del 1 al 5(Liu et al., 2012).

5.3. Síntesis de artículos encontrados

Un estudio descriptivo transversal brasileño (Cucato et al., 2016) utilizó para su trabajo una muestra de 496 ancianos mayores de 65 años, los cuales fueron entrevistados por una enfermera. Esta muestra se dividió a su vez en tres grupos: ancianos institucionalizados, ancianos que viven con sus familiares, y el tercero, ancianos que viven solos en sus hogares.

El objetivo de este estudio es la comparación de los indicadores de la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres ancianos institucionalizados y los que viven en la comunidad. Para la evaluación de los sujetos de este estudio se utilizaron varios cuestionarios: la versión brasileña del cuestionario WHOQOL para la medición de la CVRS, el índice de Katz para las actividades básicas de la vida diaria, la escala de Lawton-Brody para las actividades instrumentales, en cuanto a la función cognitiva se usó el Mini Mental Test (MMSE), para valorar el nivel de presión fue utilizada la forma abreviada de 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica y para la movilidad se utilizó una prueba de fuerza y la prueba Time Up and Go.

Los principales resultados encontrados en este trabajo determinan que la calidad de vida relacionada con la salud en institucionalizados presenta puntuaciones más altas en los aspectos físicos y psicológicos en comparación con los ancianos que viven en la comunidad. Con respecto a la función cognitiva, se encontraron puntuaciones más bajas en institucionalizados, al igual que en las ABVD y AIVD. Sin embargo, en cuanto al rendimiento funcional y la movilidad los resultados fueron similares entre los grupos comparados.

En Polonia, se realizó un estudio descriptivo transversal (Kostka & Jachimowicz, 2010) con una muestra de 224 ancianos mayores de 65 años los cuales tenían capacidad para participar en las actividades físicas, una eficiente comunicación verbal y los cuales dieron consentimiento para la participación en el estudio. Se dividieron en tres grupos, uno fueron los ancianos que vivían en la comunidad, otro los ancianos que viven en hogares de asistencia y, por último, ancianos en hogares de cuidado a largo plazo. Para la obtención de los resultados se realizó una evaluación geriátrica integral mediante una entrevista personal a los sujetos, la cual duro alrededor de unas tres horas.

Se utilizaron diferentes cuestionarios validados. Para la evaluación de la calidad de vida se utilizó el cuestionario Euroqol 5D, el perfil de salud de Nottingham y la escala de satisfacción con la vida. La escala visual analógica se usó para la descripción del estado de salud, evaluándose del 0 al 100. La actividad física se midió mediante el cuestionario de actividad física PAQ-C y el cuestionario de actividad física habitual de Stanford. La prueba de Tinetti se empleó para la movilidad, el mini examen para el estado mental y la escala de depresión geriátrica para la capacidad cognitiva y finalmente el optimismo se evaluó mediante la adaptación polaca de la Prueba de orientación de la vida.

Así los resultados obtenidos fueron que la calidad de vida disminuye con un crecimiento en el nivel de dependencia e institucionalización. A pesar de esta disminución en la calidad de vida, los resultados muestran que mejora la percepción de bienestar relacionado con la ansiedad y la depresión.

El siguiente trabajo seleccionado, se trata de un estudio chino (Liu et al., 2012), cuyo diseño es descriptivo transversal. En este caso, la muestra está formada por 20156 sujetos de más de 65 años. A diferencia de los anteriores, se dividieron en dos grupos, ancianos institucionalizados y lo que viven en comunidad.

La intervención fue una entrevista a los pacientes seleccionados en la que el bienestar psicológico se evaluó mediante preguntas en tres áreas: afecto positivo, soledad y calidad de vida con un rango de 1, siendo este siempre o muy bueno, a 5, nunca o malo. Para el afecto positivo se utilizó la pregunta “¿Siempre mieras el lado positivo de las cosas?”, “¿Usted a menudo se siente solo y aislado?” para la soledad y la calidad de vida mediante la pregunta “¿Cómo califica su vida en la actualidad?”. El estado de salud se midió mediante el número de enfermedades crónicas de los sujetos, limitaciones

físicas (para las cuales se utilizó el índice de Katz) y el funcionamiento cognitivo (usando el Mini Mental State Examination MMSE).

Los resultados de esta investigación muestran que el anciano institucionalizado posee un bienestar significativamente mayor que los ancianos que residen en la comunidad. Otro de los resultados obtenidos es que la institucionalización disminuye gradualmente el funcionamiento físico y el cognitivo. También, este grupo está psicológicamente mejor que los ancianos de la comunidad. Por último, vivir cerca de niños aumenta significativamente los sentimientos de soledad en los institucionalizados.

Otro de los artículos encontrados se trata de un estudio italiano (Scocco & Nassuato, 2017) utilizó para su investigación una muestra de 325 ancianos mayores de 65 años, los cuales se dividieron en dos grupos residentes en hogares de ancianos y en comunidad. En este caso se trata de un estudio descriptivo transversal.

Para la recogida de datos se utilizaron diferentes cuestionarios validados evaluando diferentes dimensiones. Estas dimensiones fueron: cognición para la que se utilizó el mini examen del estado mental (MMSE), la calidad de vida utilizando el cuestionario WHOQOL y la escala de depresión geriátrica para el nivel de depresión en los sujetos a estudio.

En este caso los resultados obtenidos revelan que los ancianos que residen en hogares de ancianos tienen puntuaciones más bajas en el dominio de salud física, pero informan tener una mejor calidad de vida en cuanto a términos sociales. Además, se demuestra que los síntomas depresivos tienen mayor influencia en las puntuaciones de la calidad de vida y correlaciones de puntuaciones más bajas en todas las áreas.

La siguiente publicación analizada se trata de un estudio descriptivo transversal que se llevó a cabo en India (Amonkar et al., 2017). Los sujetos, a diferencia de los artículos anteriores, eran incluidos a partir de 60 años, siendo un total de 180 ancianos que también se dividieron en dos grupos residentes en hogares de ancianos y en su domicilio junto a sus familias. La obtención de los resultados se obtuvo gracias a una entrevista a los participantes en las que se utilizaron el cuestionario WHOQOL y el GDS Short Form, para la calidad de vida y la depresión, respectivamente.

En este caso, los resultados exponen que la calidad de vida es significativamente mejor en los ancianos que viven en sus hogares con sus familias. Sin embargo, estos

tenían más preocupaciones y más miedos en referencia a la muerte, que los ancianos del otro grupo.

También se expone que los participantes de los hogares de ancianos muestran mayores puntuaciones en el GDS en comparación con los ancianos de configuración familiar.

Otro de los trabajos elegidos para esta revisión también se realizó en la India (Varma et al., 2010). Se trata en este caso de un estudio descriptivo transversal en el que los sujetos se separaban en dos grupos: ancianos que residen en comunidad y en hogares de ancianos, siendo estos un total de 11 con edades de más de 60 años, al igual que en artículo anterior. En este caso la recogida fue mediante cuestionarios, usándose el cuestionario de salud SF-36.

Los resultados de este artículo informan que los residentes que viven en un hogar para ancianos poseen mejores puntuaciones en el área de la CVRS comparándolos con los ancianos que viven en la comunidad.

El siguiente artículo estudiado se realizó en Colombia y se trata de una investigación cualitativa descriptiva transversal (Herazo-Beltrán et al., 2017).

La muestra de este estudio está compuesta por un total de 245 participantes, mayores de 65 años y divididos en dos grupos: institucionalizados y los que viven en su residencia habitual.

Como en varios de los estudios anteriores, la recogida de datos se realizó mediante cuestionarios utilizándose para la calidad de vida el cuestionario SF-36. Para el equilibrio se utilizó la escala de Breg y para la actividad física el cuestionario de actividad física de UALE. El nivel de independencia se midió mediante la Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM), las AIVD se evaluaron gracias a la Escala de Lawton y Brody y, por último, la condición física por la batería Senior Fitness.

Así, los resultados que obtiene este estudio presentan que los ancianos institucionalizados tienen menos puntuación respecto a la CV y el bienestar. Con respecto a la capacidad funcional los ancianos no institucionalizados tienen mejores puntuaciones. El riesgo de caídas en los ancianos institucionalizados tiene menor puntaje que los que viven en sus hogares. En cuanto a la actividad física, hay una relación positiva entre ancianos institucionalizados y bajo nivel de actividad física.

Además, se observó que los ancianos no institucionalizados tienen un mejor nivel de condición física.

El último artículo que forma parte de esta revisión bibliográfica se trata de un proyecto mexicano (López et al., 2014). Es un estudio observacional descriptivo cuya muestra está compuesta por 78 ancianos mayores de 60 años y divididos en dos grupos: institucionalizados y no institucionalizados.

Se realizó un interrogatorio directo a los participantes en el que se utilizó para la calidad de vida el cuestionario WHOQOL-OLD. La capacidad funcional se midió el índice de Barthel, el estado cognitivo fue evaluado por el Mini Mental Status Exam (MMSE) y el estado afectivo mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15).

Los resultados obtenidos muestran que la calidad de vida en ancianos institucionalizados posee puntuaciones más bajas, mientras que los no institucionalizados tienen un menor porcentaje en sintomatología sugestiva de depresión. En último lugar, los ancianos institucionalizados presentan un porcentaje superior en cuanto al deterioro cognitivo leve.

6. CONCLUSIONES

Tras el análisis de esta revisión bibliográfica, dando respuesta a nuestros objetivos podemos observar que, en primer lugar, con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, no podemos resaltar a uno de los dos grupos a estudio ya que los resultados no son significativos. Cuatro de los ocho artículos encontrados muestran que la calidad de vida es mejor en ancianos institucionalizados mientras que los cuatro restantes muestran que los ancianos que viven en sus hogares poseen mayores puntuaciones en cuanto a la CVRS, por lo que no podemos concluir destacando a uno de los grupos comparativos.

En cuanto a las características demográficas de las diferentes muestras de los estudios elegidos muestran una prevalencia del sexo masculino en los ancianos institucionalizados (Liu et al., 2012)(Scocco & Nassuato, 2017)(López et al., 2014) aunque dos de ellos muestran una prevalencia del sexo femenino (Kostka &

Jachimowicz, 2010)(Herazo-Beltrán et al., 2017). Las muestras de los estudios restantes no muestran diferencias significativas.

Por lo que se refiere a la edad, las muestras de los estudios señalan que los ancianos de las instituciones tienen mayores edades que los que viven en sus hogares (Cucato et al., 2016) (Kostka & Jachimowicz, 2010)(Scocco & Nassuato, 2017)(Amonkar et al., 2017). Sin embargo, en uno de los artículos, los ancianos que viven en sus hogares son los que tienen mayores edades (Liu et al., 2012).

Con relación al estado civil, los estudios que analizan esta característica coinciden que los ancianos que viven en residencias son personas viudas o solteros, y sin hijos (Liu et al., 2012)(Scocco & Nassuato, 2017)(Amonkar et al., 2017)(Herazo-Beltrán et al., 2017).

En último lugar, la escolarización también se observa analizada en cuatro de los estudios seleccionados, aunque no se encuentran resultados concluyentes. Según el estudio italiano y el mexicano (Scocco & Nassuato, 2017) (López et al., 2014) los institucionalizados tienen menores tasas de escolarización, mientras que el estudio chino muestra que las tasas más altas de escolarización pertenecen a los ancianos institucionalizados (Liu et al., 2012).

Siguiendo con nuestros objetivos planteados, en relación con las herramientas que han sido utilizadas para la medición de la calidad de vida encontramos similitudes en cuanto al método de recogida de datos, ya que fueron proporcionados por cuestionarios validados y mediante una entrevista. Además, dos de ellos utilizaron el mismo cuestionario, siendo este el WHOQOL. Los artículos restantes utilizaron el cuestionario SF-36 y una pregunta directa hacia el encuestado para que estableciera una puntuación del 1 al 5 con relación a su calidad de vida.

Sin embargo, en relación con los cuatro estudios que muestran que la CV es mejor en ancianos no institucionalizados también hay dos artículos que utilizan el cuestionario WHOQOL como instrumento de medida. Los dos restantes midieron la calidad de vida mediante el cuestionario Euroqol 5D y el SF-36.

En cuanto a nuestro objetivo de discriminar qué factores determinan esas diferencias en la calidad de vida analizando los estudios que afirman que los institucionalizados tienen mejor calidad de vida refieren que estos factores son la buena forma física de los sujetos, las instalaciones ofrecidas por la institución, con espacios más accesibles,

pasillos cortos y con pasamanos que les proporcionan seguridad, algo que en sus hogares no tenían (Cucato et al., 2016). También, la institucionalización alivia sentimientos de soledad y la vergüenza social de tener un apoyo familiar limitado o nulo. (Liu et al., 2012). Otro factor que favorece la calidad de vida de los ancianos que residen en instituciones es la mejora del número y calidad de los intercambios relacionales, por lo que se ofrecen oportunidades de socialización (Scoocco & Nassuato, 2017). Además, se observa que la rutina regular que ofrecen los hogares para anciano, junto con la vida entre personas de la misma edad puede explicar las mejores puntuaciones en la CV. (Varma et al., 2010).

En su contraparte, los estudios que muestran mayor calidad de vida en los ancianos que viven en sus hogares evidencian que factores que influyen en la disminución de la calidad de vida en los ancianos institucionalizados son la edad avanzada, el nivel de funcionamiento más bajo, enfermedades coexistentes. (Kostka & Jachimowicz, 2010). Otros factores pueden ser el cuidado, amor y compañía que ofrecen los familiares en la configuración familiar. (Amonkar et al., 2017). Los ancianos institucionalizados al tener resultas las necesidades básicas y de autocuidado junto con el sometimiento de normas de funcionamiento provocan la pérdida de rol social y de control incrementando la sensación de soledad y abandono. (Herazo-Beltrán et al., 2017)

El siguiente objetivo planteado trata de evidenciar las diferencias en relación con el grado de depresión, que, a diferencia de lo analizado anteriormente, sí podemos observar una prevalencia en cuanto a uno de los dos grupos. Ancianos institucionalizados presentan mayores grados de depresión que los ancianos que viven en sus hogares o con sus familias.

Existen factores de riesgo que propician la depresión en los ancianos como son la influencia de la discapacidad, enfermedades coexistentes, la pérdida de seres queridos, el deterioro de las capacidades cognitivas, el miedo a la muerte y, por último, el ingreso en una residencia. Este último, explicaría los resultados obtenidos en nuestra revisión bibliográfica en cuanto al grado de depresión, puesto que la salida del hogar puede suponer una experiencia traumática y triste para la mayoría de los sujetos. Sentirse una carga o suponer un lastre para sus familiares produce una visión amarga de uno mismo, por lo que los ingresos en estos centros, generalmente, son afrontados con tristeza por parte de los ancianos. (Aracil & Estes, 2014)

Hemos comentado que la depresión tiene como factor de riesgo la influencia de la discapacidad, pero es cierto que esta asociación puede ser bidireccional ya que la depresión puede llevar a una disminución de la práctica de la actividad física, producido por una baja motivación y energía en los ancianos, por lo que la disminución del ejercicio también puede ser un factor de riesgo de la depresión (Prasitnok et al., 2017).

Así, refiriéndonos a nuestro último objetivo relacionado con el grado de dependencia, los ancianos que viven institucionalizados presentan un mayor grado de dependencia.

La afirmación anterior puede verse evidenciada en nuestros resultados, ya que los estudios de nuestra revisión muestran que los ancianos de las instituciones poseen peores puntuaciones en el nivel físico, las ABVD, AIVD, fuerza y movilidad (Cucato et al., 2016) (Kostka & Jachimowicz, 2010)(Scocco & Nassuato, 2017) (Varma et al., 2010)(Herazo-Beltrán et al., 2017)(López et al., 2014).

Como hemos podido observar, los resultados obtenidos en este estudio no evidencian una conclusión clara de nuestro objetivo principal en cuanto a la CVRS entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Esto puede deberse a que los trabajos elegidos para la revisión bibliográfica han sido realizados en países diferentes, con situaciones sociales y culturales distintas, lo que hace necesario mencionar la enfermería transcultural, que según su fundadora Madeleine Leininger se trata de un “área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”. (Tarrés Chamorro, 2001). Creemos que sería interesante esta perspectiva para profundizar tanto en el concepto de calidad de vida percibida, como en el abordaje del cuidado para favorecer la percepción de ésta por parte de las personas ancianas.

Sumándome a Medeiros, concluyo que el envejecimiento se trata de un fenómeno global que debe ir acompañado de lo físico, psicológico, bienestar social y económico y espiritual de los ancianos. En muchas ocasiones la familia no puede hacerse cargo de las dependencias de las personas mayores por lo que la institucionalización ha aumentado, y estas instituciones deberían ofrecer una buena de calidad de vida a los residentes.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Amonkar, P., Mankar, M. J., Thatkar, P., Sawardekar, P., Goel, R., & Anjenaya, S. (2017). A Comparative Study of Health Status and Quality of Life of Elderly People Living in Old Age Homes and within Family Setup in Raigad District, Maharashtra. *Indian Journal of Community Medicine*, 42(1), 147–150.
<https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM>
- Aracil, D., & Estes, M. (2014). Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en ancianos. *Revista de Fundamentos de Psicología*, 6, 1–82.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibarrrarán, P., & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 96. <https://doi.org/10.18235/0000984>
- Autorización de centros residenciales - Generalitat Valenciana. (n.d.). Retrieved March 19, 2020, from <http://www.inclusio.gva.es/es/web/mayores/autorizacion-de-centros-residenciales2af>
- Badia Llach, X. (2004). Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterología y Hepatología*, 27(Supl.3), 2–6.
<https://doi.org/10.1157/13058924>
- Carballo-Rodríguez, A., Gómez-Salgado, J., Casado-Verdejo, I., Ordás, B., & Fernández, D. (2018). Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 29(3), 110–116.
- Cardona Arango, D., Estrada Restrepo, A., & Agudelo García, H. B. (2003). Aspectos subjetivos del envejecimiento: Redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Invest. Educ. Enferm*, Vol. 21, pp. 80–91.
- Centros de día para personas mayores dependientes - Generalitat Valenciana. (n.d.). Retrieved March 19, 2020, from <http://www.inclusio.gva.es/es/web/mayores/centros-de-dia-para-personas-mayores-dependientes3aa>
- Cerquera Córdoba, A. M., Uribe Rodríguez, A. F., Matajira Camacho, Y. J., & Correa Gómez, H. V. (2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor/ Functional dependence and chronic pain associated with the quality of life among the elderly. *Psicogente*, 20(38).
<https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2561>
- CSIC, E. en red. E.-R. (n.d.). *Envejecimiento en Red. Portal especializado en Envejecimiento, Gerontología y Geriatría*.

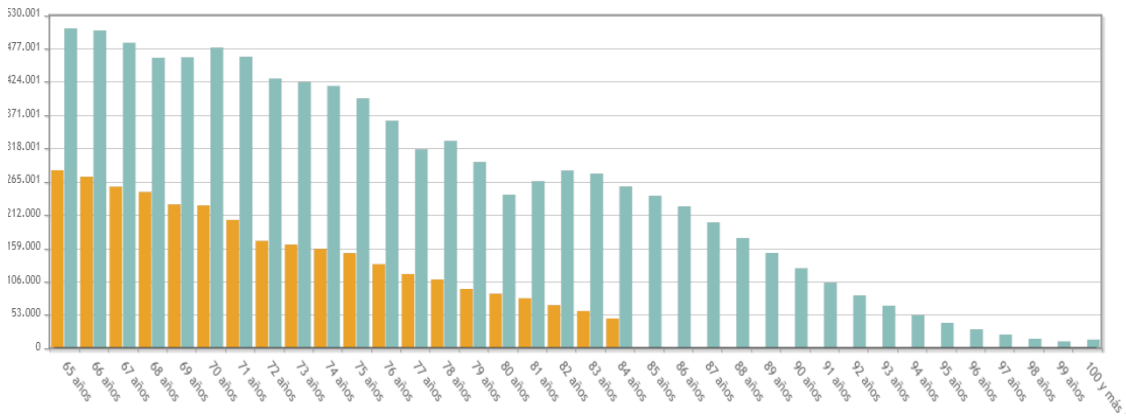
- Cucato, G. G., Ritti-Dias, R. M., Cendoroglo, M. S., De Carvalho, J. M. M., Nasri, F., Costa, M. L. M., ... De Mello Franco, F. G. (2016). Health-related quality of life in Brazilian community-dwelling and institutionalized elderly: Comparison between genders. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 62(9), 848–852. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.09.848>
- de Jaeger, C. (2018). Fisiología del envejecimiento. *EMC - Kinesiterapia - Medicina Física*, 39(2), 1–12. [https://doi.org/10.1016/s1293-2965\(18\)89822-x](https://doi.org/10.1016/s1293-2965(18)89822-x)
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Espanola de Salud Publica*, 84(2), 169–184. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272010000200005>
- Ferreira Santos, L., Cavalcante Oliveira, L. M. A., Barbosa, M. A., Pires Nunes, D., & Brasil, V. V. (2015). Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud TT - Quality of life of elderly who participate in group health promotion TT - Qualidade de vida de idosos que participam de grupo de promoção da saúde. *Enfermería Global*, 14(40), 1–11. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400001&lang=pt
- Gamundi, M. (2016). Cambios en los hogares y en la familia España en el siglo XXI en el contexto europeo. *Panorama Social*, (23), 91–107. Retrieved from <https://ddd.uab.cat/search?f=title&p=Cambios en los hogares y en la familia España en el siglo XXI en el contexto europeo&sc=1&ln=ca>
- Herazo-Beltrán, Y., Quintero-Cruz, M. V., Pinillos-Patiño, Y., García-Puello, F., Núñez-Bravo, N., & Suarez-Palacio, D. (2017). Calidad De Vida, Funcionalidad Y Condición Física En Adultos Mayores Institucionalizados Y No Institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 12(5), 174–181.
- Imsero. Instituto de Mayores y Servicios Sociales :: Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre de 2018. (n.d.). Retrieved March 19, 2020, from https://www.imsero.es/imsero_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/2018/index.htm#
- INE. Instituto Nacional de Estadística. (n.d.). Retrieved March 19, 2020, from <https://www.ine.es/>
- Karakaya, M. G., Bilgin, S. Ç., Ekici, G., Köse, N., & Otman, A. S. (2009). Functional

- Mobility, Depressive Symptoms, Level of Independence, and Quality of Life of the Elderly Living at Home and in the Nursing Home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(9), 662–666.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.06.002>
- Kostka, T., & Jachimowicz, V. (2010). Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Quality of Life Research*, 19(3), 351–361.
<https://doi.org/10.1007/s11136-010-9601-0>
- Liu, G., Dupre, M. E., Gu, D., Mair, C. A., & Chen, F. (2012). Psychological well-being of the institutionalized and community-residing oldest old in China: The role of children. *Social Science and Medicine*, 75(10), 1874–1882.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.07.019>
- López, E. S. E., Castillo, Á. F. D., Carrasco, C. S. Y., Medina, A. C., & Ley-Wong, L. E. (2014). Comparación de calidad de vida en ancianos institucionalizados en asilos y no institucionalizados. Tepic, Nayarit. *GeroInfo*, 9(2), 1–13. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2014/ger142c.pdf>
- Navarro-Gonzalez, E., & Sanjuán Gómez, M. (2017). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en ancianos con y sin envejecimiento exitoso. *European Journal of Health Research*, 3(1), 75. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i1.57>
- OMS | Envejecimiento. (2015). *WHO*.
- Peña-solano, D. M., Herazo-dilson, M. I., & Calvo-gómez, J. M. (2009). Depresión en ancianos. *Revista de La Facultad de Medicina*, 45(1), 2–5.
- Prasitnok, K., Bulacu, M., Shen, Z., Ye, H., Zhou, C., Kröger, M., ... Cho, K. (2017). Factores que influyen en la depresión en pacientes geriátricos de larga estancia. *Journal of Physical Chemistry B*, 8(1), 28–48. [https://doi.org/10.1016/S0009-2614\(00\)00764-8](https://doi.org/10.1016/S0009-2614(00)00764-8)
- Real Fortuna, T. (2008). Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Inf. Psiquiátr*, 245, 163–178.
- Scocco, P., & Nassuato, M. (2017). The role of social relationships among elderly community-dwelling and nursing-home residents: findings from a quality of life study. *Psychogeriatrics*, 17(4), 231–237. <https://doi.org/10.1111/psyg.12219>
- Sena, C. M., Moral, J. C. M., & Pardo, E. N. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24(2), 312–319.

- Srapyan, Z., Armenian, H. K., & Petrosyan, V. (2006). Health-related quality of life and depression among older people in Yerevan, Armenia: A comparative survey of retirement home and household residents aged 65 years old and over [4]. *Age and Ageing*, 35(2), 190–193. <https://doi.org/10.1093/ageing/afj039>
- Tarrés Chamorro, S. (2001). El cuidado del “otro”: diversidad cultural y enfermería transcultural. *Gazeta de Antropología*, (17), 15.
- Urzúa M., A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Medica de Chile*, 138(3), 358–365. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872010000300017>
- Varma, G. R., Kusuma, Y. S., & Babu, B. V. (2010). Health-related quality of life of elderly living in the rural community and homes for the elderly in a district of India. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 43(4), 259–263. <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0077-x>

8. ANEXOS

Figura 1. Evolución de la población de 65 y más años. España, 1971-2019.



Fuente: INE

Figura 2. Resultados de la búsqueda en las bases de datos.

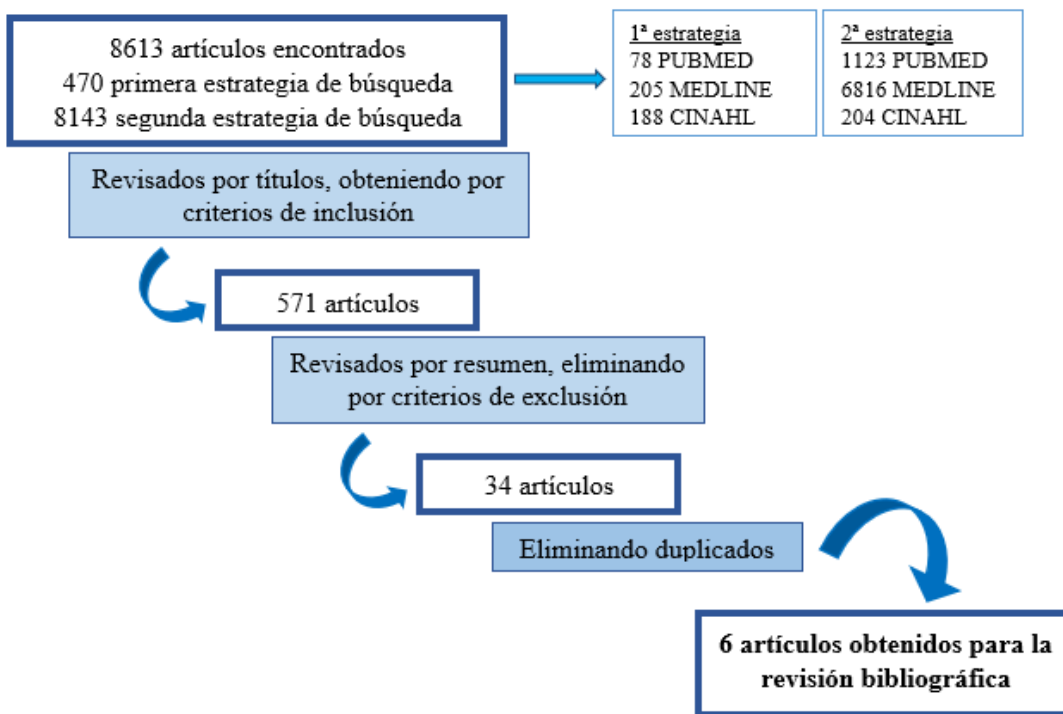


Tabla 1. Resultados y características más relevantes de los estudios analizados

Autor y año	Diseño del estudio	Participantes	Intervención	Instrumento de medida	Resultados
(Cucato et al., 2016)	Estudio descriptivo transversal	N=496 ≥ 65 años sin signos de demencia Se dividieron en tres grupos: institucionalizado, ancianos que viven con sus familiares y ancianos que viven solos.	Los participantes fueron entrevistados por una enfermera.	CVRS: versión brasileña del WHOQOL. ABVD: índice de Katz AIVD: escala de Lawton-Brody Función cognitiva: mini mental test Nivel de depresión: forma abreviada de los 15 ítems geriátricos de la Escala de depresión	Rendimiento funcional similar entre ancianos institucionalizados y los que viven en comunidad. Función cognitiva: nivel cognitivo más bajo en institucionalizados en comparación con ancianos que viven en la comunidad. CVRS: institucionalizados presentaron puntuaciones más altas en los aspectos físicos y psicológicos en comparación con los de la comunidad. En cuanto a las mujeres, institucionalizadas y las que vivían en la comunidad tenían una CVRS similar. Prueba de fuerza y Time Up and Go: rendimiento similar entre institucionalizados y los de la comunidad ABVD y AIVD: institucionalizados tienen menor capacidad para realizar estas actividades.
(Kostka & Jachimowicz, 2010)	Estudio descriptivo transversal	N= 224 ≥ 65 años con capacidad de participar en actividades físicas, eficiente comunicación verbal y consentimiento por parte del sujeto.	Evaluación geriátrica integral mediante una entrevista personal de aproximadamente 3 horas.	Calidad de vida: Euroqol 5D, perfil de salud de Nottingham y escala de satisfacción con la vida. Escala analógica visual para la descripción del estado de salud de 0 a 100. AF: cuestionario de actividad física PAQ-C y el cuestionario de actividad habitual de Stanford.	La calidad de vida disminuye con el nivel de crecimiento de dependencia e institucionalización. La institucionalización disminuye la calidad de vida, pero mejora la percepción de bienestar relacionado con la ansiedad y la depresión.

		Tres grupos: habitantes de la comunidad de ancianos, ancianos en hogares de asistencia y ancianos en hogares de cuidado a largo plazo		Capacidad de movilidad: prueba de Tinetti.	
				Capacidad cognitiva: mini examen de estado mental y escala de depresión geriátrica.	
				Optimismo: adaptación polaca validada de la Prueba de orientación de la vida.	
(Liu et al., 2012)	Estudio descriptivo longitudinal	N= 20156 ≥ 65 años Dos grupos: ancianos institucionalizado s y que viven en comunidad	Entrevista a los pacientes seleccionados	Bienestar psicológico: afecto positivo (¿Siempre miras en el lado positivo de las cosas?) soledad (¿Usted a menudo se siente solo y aislado?) y calidad de vida (¿Cómo califica su vida en la actualidad?) con un rango de 1 (siempre o muy bueno) a 5 (nunca o malo)	El institucionalizado posee un bienestar significativamente mayor que sus contrapartes residentes en la comunidad. La institucionalización sigue disminuyendo gradualmente el funcionamiento físico y cognitivo. Los ancianos institucionalizados están psicológicamente mejor que los residentes en la comunidad. Vivir cerca de niños aumenta significativamente los sentimientos de soledad en institucionalizados.
(Scocco & Nassuato, 2017)	Estudio descriptivo transversal	N= 325 ≥ 65 años Dos grupos: residentes en hogares de ancianos y en comunidad	Recogida de datos mediante cuestionarios	Cognición: Mini examen del estado mental (MMSE) Calidad de vida: WHOQOL Escala de depresión geriátrica (GDS)	Los ancianos residentes de hogares de ancianos a pesar de tener puntuaciones más bajas en el dominio de salud física informaron tener una mejor calidad de vida en términos sociales. Los síntomas depresivos tenían mayor influencia en las puntuaciones de la calidad de vida y correlaciones de puntuaciones más bajas en todas las áreas.

(Amonkar et al., 2017)	Estudio descriptivo transversal	N= 180 ≥ 60 años Dos grupos: residentes en hogares de ancianos y en su domicilio con sus familias	Entrevista a los participantes del estudio	Calidad de vida: WHOQOL Depresión: GDS Short Form	La calidad de vida es significativamente mejor en los ancianos que viven en sus hogares con sus familias. Los ancianos que vivían en sus hogares estaban más preocupados y tenían más miedo con respecto a la muerte que los residentes de hogares de ancianos. Los ancianos de hogares de ancianos se encuentran más deprimidos con puntajes significativamente más elevados en el GDS comparados con los de configuración familiar.
(Varma et al., 2010)	Estudio descriptivo transversal	N=111 ≥ 60 años Dos grupos: residentes en hogares de ancianos y en comunidad	Recogida de datos mediante cuestionarios	Cuestionario de salud SF-36	Los residentes de hogar para ancianos poseen mejores puntajes de CVRS en comparación con los que viven en la comunidad.
(Herazo-Beltrán et al., 2017)	Estudio descriptivo transversal	N= 245 ≥ 60 años Dos grupos: institucionalizados y los que viven en su residencia habitual	Recogida de datos mediante cuestionarios	Calidad de vida: cuestionario SF-36 Equilibrio: escala de Breg Actividad física: cuestionario de actividad física de UALE Nivel de independencia: Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM) AIVD: Escala de Lawton y Brody Condición física: batería Senior Fitness	Los ancianos institucionalizados tienen menos puntuación respecto a CV y bienestar. Con respecto a la capacidad funcional presentan mejores puntuaciones los ancianos no institucionalizados. En el riesgo de caídas los adultos no institucionalizados tienen mayor puntuación que los institucionalizados. En cuanto a la actividad física, existe una relación positiva entre ancianos institucionalizados y bajo nivel de actividad física.

					Se observó un mejor nivel de condición física en los ancianos no institucionalizados.
(López et al., 2014)	Estudio observacional descriptivo	N=78 ≥ 60 años Dos grupos: institucionalizados en asilos y no institucionalizados	Interrogatorio directo al participante	Calidad de vida: WHOQOL-OLD Capacidad funcional: índice de Barthel Estado cognitivo: Mini Mental Status Exam (MMSE) Estado afectivo: escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15)	La calidad de vida posee puntajes más bajos en los ancianos institucionalizados. Los institucionalizados tienen un porcentaje mayor de sintomatología sugestiva de depresión. Ancianos institucionalizados presentan un porcentaje superior en cuanto al deterioro cognitivo leve.