



INFLUENCIA DE LA LECTURA EN SALUD MENTAL DE ADULTOS MAYORES:  
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

BLEIDY XIOMARA RIVERA LARROTTA

YENCY JOHANA FORERO MARTINEZ

JUAN CAMILO TORO RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA  
BOGOTÁ D.C, 2023



INFLUENCIA DE LA LECTURA EN SALUD MENTAL DE ADULTOS  
MAYORES: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTADO POR:

BLEIDY XIOMARA RIVERA LARROTTA

[Bleidy.rivera@urosario.edu.co](mailto:Bleidy.rivera@urosario.edu.co)

YENCY JOHANA FORERO MARTINEZ

[yency.forero@urosario.edu.co](mailto:yency.forero@urosario.edu.co)

JUAN CAMILO TORO RODRIGUEZ

[juan.toro@urosario.edu.co](mailto:juan.toro@urosario.edu.co)

TUTOR:

ANACAONA MARTÍNEZ DEL VALLE MD. MsC. MBA.

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO - UNIVERSIDAD CES

BOGOTÁ D.C, 2023

## Nota de Salvedad de responsabilidad institucional

“Las Universidades del Rosario y CES no se hacen responsables de los conceptos emitidos por los investigadores en el trabajo; solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

## CONTENIDO

Lista de tablas	5
Lista de Figuras	6
Lista de anexos	7
Resumen	8
Introducción	11
1. Formulación del problema	13
1.1 Planteamiento del problema	13
1.2 Justificación	14
1.3 Pregunta de revisión	15
2. Antecedentes	17
2.1. Definiciones	17
2.1.1. Depresión:	17
2.1.2. Trastorno de ansiedad:	19
2.1.3. Estrés:	20
2.2. Epidemiología de la salud mental en pacientes adultos mayores	22
2.3. Antecedentes Internacionales	25
2.4. Antecedentes Nacionales	26
2.5. La Biblioterapia	27
2.5.1. Definición	27
2.5.2. Historia	28
2.5.3. Tipos de biblioterapia	29

2.6. Relación biblioterapia y salud mental en ambiente hospitalario	30
3. Objetivos	32
3.1. Objetivo General	32
3.2. Objetivos Específicos	32
4. Metodología	33
4.1 Protocolo y registro	33
4.2 Criterios de elegibilidad	33
4. 2. 1 Criterios de selección de los artículos	33
4. 2. 2 Criterios de selección de los pacientes	34
4.3 Intervención	34
4.4 Fuentes de información	34
4.4.1. Estrategia de búsqueda	35
4.4.2 Proceso de selección y elegibilidad	35
4.5 Listado de items	36
4.6 Evaluación del riesgo de sesgo	37
4.7 Medidas del efecto	37
4.8 Síntesis de Datos	38
4.9 Valoración del sesgo de reporte de resultados y Valoración de la calidad de la evidencia	38
4.10 Plan de divulgación de los resultados	40
4.11 Aspectos éticos	41
5. Resultados	42
6. Discusión	50
7. Fuentes de financiación	53

	4
8. Disponibilidad de los datos	54
9. Anexos	64
10. Bibliografía	56

**LISTA DE TABLAS**

<b>Tabla 1 Elementos de la pregunta de revisión: PICOD.....</b>	<b>15</b>
<b>Tabla 2: Características sociodemográficas de la población.....</b>	<b>42</b>
<b>Tabla 3: Intervenciones no farmacológicas.....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 4: Desenlaces y escalas para medir la salud mental y la satisfacción con cuidado en salud .....</b>	<b>43</b>

**LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1. Diagrama de flujo de selección de artículos ..... 36**

**Figura 2. Evaluación del Riesgo de sesgo..... 37**

**LISTA DE ANEXOS**

**Anexo 1: Lista de chequeo..... 64**  
**Anexo 2: Clasificación según Revman ..... 72**

## RESUMEN

**Introducción:** La vejez trae consigo una serie de nuevos miedos asociados a la pérdida progresiva de las capacidades cotidianas, tanto físicas como mentales, generando depresión, ansiedad y estrés. Desde siglos atrás la lectura ha sido usada como terapia en el manejo de afecciones mentales con beneficios notorios en otras patologías.

**Metodología:** Se tomaron ensayos controlados aleatorios que evaluaron la influencia de la lectura en la salud mental como terapia en adultos mayores en comparación con ninguna intervención u otras intervenciones no farmacológicas. La búsqueda se realizó en español e inglés, en las bases de datos de PubMed, Scopus y medline, por medio de las palabras claves. Luego de evaluarse los criterios de inclusión y exclusión se obtienen 6 estudios que hacen parte de la presente revisión sistemática. Se considera investigación sin riesgo, por no tener contacto con pacientes ni su historia clínica directa.

**Desenlaces:** En las 6 investigaciones seleccionadas, el 67% de la población fue femenina. La comparación entre la biblioterapia y otras intervenciones no farmacológicas como la psicoterapia, tratamiento diferidos y el no recibir intervención parece no mostrar cambios significativos en la salud mental de los adultos mayores. Se encontró seguimiento en un intervalo de duración de un mes hasta 24 meses, sin ser un factor determinante en los resultados.

**Conclusiones:** la biblioterapia autoadministrada no es útil para aumentar la capacidad de autonomía ni prevenir el deterioro cognitivo en los adultos mayores

en los artículos revisados. Hacen falta más ensayos clínicos para encontrar una asociación significativa.

**Palabras clave:** Biblioterapia; lectura; salud mental; depresión; ansiedad.

## ABSTRACT

**Introduction:** Old age brings a series of new fears associated with the progressive loss of daily capacities, both physical and mental, generating depression, anxiety, and stress. Since many centuries ago, reading has been used as therapy in the management of mental disorders, with notorious benefits for other pathologies.

**Methodology:** It took randomized controlled trials evaluating the influence of reading on mental health as therapy in older adults compared to no intervention or other non-pharmacological interventions. The search was done in Spanish and English, in the databases of PubMed, Scopus, and Medline using keywords. After evaluating the results of the inclusion and exclusion criteria 6 studies were obtained, that are part of the present systematic review. It is considered risk-free research since there was no contact with patients or their direct clinical history.

**Outcomes:** In the six selected studies, 67% of the population was female. The comparison between bibliotherapy and other non-pharmacological interventions such as psychotherapy, deferred treatment, and no intervention seems to show no significant changes in the mental health of older adults. Follow-up was found to last from one month to 24 months without being a determining factor in the results.

**Conclusions:** Self-administered bibliotherapy is not useful for increasing autonomy capacity or preventing cognitive decline in older adults in the reviewed articles. More clinical trials are needed to find a significant association.

**Key words:** Bibliotherapy; reading; mental health; anxiety; depression.

## INTRODUCCIÓN

El término biblioterapia se refiere a la lectura como herramienta terapéutica, que se ha descrito en diferentes tipos: la clínica, la institucional y la del desarrollo; utilizada inicialmente en Norteamérica por médicos que encontraron en múltiples temas escritos un propósito en común: el bienestar social del participante (1,2). Aunque la biblioterapia resulta ser una técnica fácilmente reproducible, no es para todos, ya que la persona sobre la que se intenta efectuar debe tener la habilidad de leer y de comprender lo escrito, por esto, si resulta ser una técnica que desafía el intelecto puede no ser parte de la solución y en el peor de los casos aumentar el problema (3).

La lectura dirigida como medio terapéutico es ampliamente usada en pacientes con trastornos emocionales o enfermedades mentales, esta actúa como medio para llegar a la catarsis del paciente fomentando una transformación interna por una experiencia de vida única. Utilizada ampliamente en el ámbito clínico por profesionales de la salud, específicamente de la salud mental, y en el área del desarrollo personal, utilizada por educadores y bibliotecarios (2).

El hábito de leer es una herramienta que nos da acceso al conocimiento en todos los campos y según el lector, este logra asociarlo al entretenimiento, desde el

hallazgo de un tema de interés con el autor, hasta identificarse completamente con él. Muchas veces es un medio que enriquece nuestra imaginación y puede ser una forma de controlar emociones negativas, hasta lograr permitirnos un modo de manejar episodios de estrés o depresión (3).

A través de la lectura se pueden obtener múltiples beneficios, esta puede potenciar la acción de pensar y razonar, ya que, está muy ligada a la extensión de nuestro lenguaje, cuanto más se cuente con vocabulario y conocimiento de imágenes, así mismo, se interpretan las situaciones, concediéndonos más herramientas para analizarlas y para construir una opinión más sólida sobre el tema. Además, la lectura es un vistazo al pasado y ver como muchos transmitieron su conocimiento para, actualmente, nosotros construir sobre la experiencia de aquellos escritores (4).

Por medio de esta revisión pretendemos determinar la influencia de la biblioterapia en la salud mental de los adultos mayores en las referencias encontradas a la luz de la literatura actual. Adicionalmente, pretendemos caracterizar la población a la cual se aplica este tipo de terapia como también compararla frente a otras intervenciones ya sean farmacológicas como no farmacológicas.

## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Cerca de un 20 % de los adultos que han superado los 65 años presentan algún grado de enfermedad mental, siendo la demencia uno de los diagnósticos más usuales, principalmente la demencia asociada a la enfermedad de Alzheimer. En muchos casos la enfermedad mental puede empeorar la enfermedad física, resultando no solo en un problema para el paciente sino para sus familiares y en general para el sistema de salud que dispondrá de mayores recursos para su manejo (5)

En un estudio realizado en el 2012 se analizó la depresión en el adulto mayor según la encuesta nacional de demografía y salud del 2010, encontrando una prevalencia global de 9,5%, siendo 6.9% en hombres y más prevalente en mujeres de 11,5%; se evidencio que fue mayor en caso de discapacidad y comorbilidades como enfermedades cardiacas, y de menor prevalencia conforme aumenta el nivel de escolaridad, sin embargo, no se encontraron estudios similares en población hospitalizada en Colombia (6)

La alta prevalencia de las enfermedades mentales en adultos mayores no solo afecta al paciente que la padece, se compromete la salud de todo su núcleo de apoyo teniendo como resultado una importante carga económica sobre los servicios

de salud, problema que puede ir en aumento asociado a la mayor expectativa de vida. Por esto es importante tener opciones terapéuticas que no representen una carga excesiva al sistema de salud, que pueda ser fácilmente reproducible y de bajo costo.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

Conociendo que las enfermedades mentales en adultos mayores son de alta prevalencia, principalmente la depresión y la demencia, estas se asocian a ideación suicida y alteración en la calidad de vida (7). En Colombia entre los adultos mayores la prevalencia de ideas suicidas ha ido en aumento reportándose hasta en un 18% y que puede ser superior en grupos etarios de mayor edad (8), además, la depresión representa a nivel mundial la tercera causa de morbilidad y se cree que para el 2030 será la primera (9). Por esto, la búsqueda constante de opciones terapéuticas no puede parar. La biblioterapia, que consiste en la lectura enfocada en el manejo de problemas emocionales y conductuales, que genera placer y bienestar (10), puede ser una opción terapéutica de bajo costo que podría impactar positivamente en estas personas y en general en todo el que lo necesite, siendo esta la motivación de realizar una revisión de la literatura acerca del tema.

Se encontraron diferentes estudios en los que se hace uso de la lectura en numerosos pacientes con diferentes tipos de enfermedades. En relación con la enfermedad mental hay menos publicaciones y aún menos con población de adultos mayores.

Al realizar una revisión donde se reúnen los resultados a los que han llegado estos autores sobre la biblioterapia en pacientes de la tercera edad con enfermedades mentales, se logra comparar la información y llegar a conclusiones sobre la evidencia de la utilidad de esta técnica que hasta el momento se ha investigado a nivel mundial.

### 1.3 PREGUNTA DE REVISIÓN

¿Es efectiva la biblioterapia como intervención no farmacológica para mejorar la salud mental de adultos mayores?

**Tabla 1 Elementos de la pregunta de revisión: PICOD**

<b>Población</b>	Adultos > 60 años
<b>Intervenciones</b>	Biblioterapia
<b>Comparadores</b>	Terapia farmacológica Terapia no farmacológica (música, terapia cognitiva, terapia conductual, psicoterapia) No intervención

<b>Desenlaces</b>	<p>*La biblioterapia disminuye los síntomas asociados a depresión, ansiedad y/o estrés en la población de estudio.</p> <p>*La biblioterapia es superior en el manejo comparada con una intervención farmacológica.</p> <p>*La biblioterapia es mejor en la reducción de síntomas en las patologías descritas comparado con otra intervención no farmacológica (musicoterapia, terapia cognitiva, terapia conductual, psicoterapia).</p>
-------------------	---

## **2. ANTECEDENTES**

### **2.1. DEFINICIONES**

#### **2.1.1. Depresión:**

Según la última encuesta de salud mental en Colombia (2015), respecto a la violencia intrafamiliar, el 2% es contra el adulto mayor, de la población mayor de 54 años el 6,11% reporta experiencia traumática secundaria a violencia intrafamiliar (69,8% violencia psicológica, 75,9% violencia física y 25,7% violencia sexual), además el 3,2% secundario a violencia física no intrafamiliar. La historia de violencia por la que ha atravesado Colombia favorece a la aparición de enfermedades mentales en los adultos mayores. Los factores físicos precipitantes incluyen los accidentes cerebrovasculares, los trastornos neurológicos como la enfermedad de Parkinson o el Alzheimer, el infarto de miocardio, las infecciones agudas, la radioterapia y la terapia con hormonas esteroideas (11).

La depresión es una condición en la que el individuo experimenta tristeza constante, pérdida del interés frente a la realización de actividades, trastornos del sueño, alteraciones físicas y abulia. Los factores de riesgo incluyen la viudez, enfermedades físicas, un nivel educativo bajo, deterioro funcional y el consumo pesado de alcohol. De los adultos de 50 años o más, solo el 7.7% presentan depresión con un porcentaje del 15.7% a lo largo de todas las etapas de la vida (12).

Según la OMS, el 25% de los adultos mayores presenta algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, su prevalencia varía según el contexto, el 10% de ellos viven en la comunidad, el 15-35% viven en residencias, el 10-20% se encuentran hospitalizados, el 40% tienen un trastorno somático y reciben tratamiento, y el 50% de los adultos mayores se encuentran hospitalizados en unidades psiquiátricas. Sin embargo, tiene un buen pronóstico por ser reversible con manejo adecuado (13).

Respecto al tratamiento de la depresión, se cuenta con medicamentos antidepresivos y psicoestimulantes, algunos con efecto sedante solo para casos extremos, pero la mayoría con efectos secundarios o contraindicados para enfermedades frecuentes en esta etapa de la vida como en caso de infarto agudo de miocardio, todos con necesidad de duración mínima de un año antes de empezar el descenso progresivo.

El tratamiento no farmacológico incluye terapias cognitivo-conductuales, terapia ocupacional y terapias psicomotrices. La terapia cognitivo conductual toma en cuenta el déficit de habilidades de afrontamiento, la falta de inteligencia emocional y la perspectiva extremadamente negativa del mundo, las hace notar a los pacientes para que en conjunto se puedan modificar, aprendiendo habilidades entre cada sesión (14). Es aquí donde la biblioterapia se vuelve protagonista, pues crea un mundo íntimo con el lector, en donde se puede aprender a vivir sin lo que se perdió.

### **2.1.2. Trastorno de ansiedad:**

La mayoría de los adultos mayores diagnosticados con depresión presentan de manera conjunta diagnóstico de ansiedad. Los adultos entre los 50 y 64 años reportan ansiedad (12.7%) más que los pacientes mayores de 65 años (7.6%). Dentro de los factores de riesgo se encuentra el “miedo a la soledad”, “preocupación por envejecer” y “preocupaciones económicas” (15).

El trastorno de ansiedad generalizada no está limitado a circunstancias particulares, sus síntomas más frecuentes son la preocupación excesiva, hiperactivación (inquietud, cansancio, déficit de atención, irritabilidad, tensión muscular y alteración del sueño) y en ocasiones sudoración, palpitaciones, mareos, vértigos y molestias estomacales, presentes durante por lo menos 6 meses (16)

La ansiedad se asocia a múltiples consecuencias negativas, como el incremento de la discapacidad, la disminución del bienestar y calidad de vida, aumento de la mortalidad por enfermedad coronaria especialmente en hombres, además aumenta las consultas médicas ya que puede llegar a cronificarse. Dentro de los factores de riesgo se encuentra un factor genético entre el 15 - 20%, además el tipo de personalidad con inadecuado afrontamiento, alteraciones psicológicas, mala situación económica, eventos estresantes y/o traumáticos, ser mujer, además enfermedades que limitan la funcionalidad, escasa red de apoyo, la depresión (17).

Se encuentra un alto consumo de alcohol en estos pacientes para mejorar su condición clínica, además se reportan trastornos coexistentes como la fobia social (16% - 59%), fobias de cosas específicas (16% - 49%). Existe mayor probabilidad de desarrollar

trastorno de ansiedad generalizada en países desarrollados teniendo en cuenta los factores de riesgo antes mencionados, la inhibición conductual y el neuroticismo. Dentro del diagnóstico se debe descartar el consumo excesivo de sustancias estimulantes como el alcohol y la cafeína (18).

Es importante hacer diagnóstico diferencial con desórdenes tiroideos (niveles extremos de la hormona tiroidea acompañado por síntomas sistémicos como intolerancia a las temperaturas muy altas o muy bajas y alteraciones del ritmo cardiaco), además de ansiedad secundaria a enfermedades como hipocondriasis, fobia social, desórdenes de pánico, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo, estrés postraumático, consumo de sustancias psicoactivas e intoxicación (19).

El tratamiento consta de psicoterapia, farmacoterapia y educación del paciente durante un año, la terapia cognitivo conductual es el tratamiento de elección, con eficacia en la reducción de los síntomas a corto plazo.

### **2.1.3. Estrés:**

El estrés es la expresión de las diferentes y complicadas relaciones entre la persona y su ambiente, sin poder tener solución a todo, ocasionando una sensación de pérdida del control del manejo de la situación; todo esto se encuentra muy presente en la cotidianidad de los adultos mayores, debido a la pérdida progresiva de sus capacidades. Para poder ser libre del estrés se debe mantener una actitud positiva y así mismo realista, continuando con la participación social pero acorde a sus medios sin dejar que esto afecte su autoestima (20)

Los factores de riesgo para padecer estrés son similares a los de depresión y ansiedad, con la principal diferencia dada por la percepción caótica de los problemas, la soledad puede ser un estímulo en común, si no se aprende de la misma. Situaciones como el limitado ingreso económico, el fallecimiento cada vez más frecuente de personas cercanas, las limitaciones físicas y mentales, acompañadas con la dificultad para aceptar el envejecimiento con dignidad, favorecen a la aparición de ideas pesimistas y prolongan el estrés (21).

El abordaje debe ser multidisciplinario, inicialmente con terapia de apoyo para aprender conductas positivas, apoyado con actividad físico-deportiva que mejora la imagen sobre sí mismo, y diversas técnicas de relajación para dejar ir lo que no aporta (22).

Las intervenciones para el manejo del estrés se definen como técnicas o programas designados para ayudar al adulto mayor a modificar situaciones de estrés o solucionar de manera más efectiva los síntomas asociados al estrés. La literatura demuestra que las intervenciones para el manejo del estrés son procesos importantes y estrategias necesarias para que las personas acepten las situaciones estresantes y puedan darle soluciones. Las actividades o intervenciones deben ser apropiadas para las funciones cognitivas y físicas del paciente mayor, por ejemplo, el ejercicio o actividades de relajación que incluyen la meditación o masajes pueden ser buenas en este grupo etario ya que permite fortalecer el sistema vascular o disminuir el estrés que trae situaciones como enfermedades crónicas o el envejecer(23).

Entre las terapias descritas en la literatura se encuentran entrenamientos cognitivo-conductuales, retroalimentación personalizada basada en la evaluación sistemática, la meditación, los masajes, la lectura, el entrenamiento en la relajación y el entrenamiento físico demostrando que estas actividades mejoran el rendimiento cognitivo, mejoran la flexibilidad de los músculos y reducen el estrés derivado de ciertas condiciones patológicas crónicas. Adicionalmente la relajación de los músculos reduce el estímulo de percepción de ondas alfa o theta en el cerebro, lo cual ayuda a las personas a permanecer calmadas y relajadas. La meditación y la lectura causan cambios químicos en el cerebro y cuerpo llevando a mejores funciones metabólicas, disminuir la presión arterial y aumentar los neurotransmisores en el cerebro. Adicionalmente, el entrenamiento de estas terapias ayuda al paciente mayor, a prevenir enfermedades, mantener una salud mental y física como también ayuda a promover la salud dentro de la comunidad donde pertenecen(23).

Finalmente, lo que se pretende es que la población mayor reconozca las situaciones de estrés y sea capaz de manejar el estrés a su propio ritmo mediante la aplicación de una forma integrada de conocimientos e intervenciones de esta manera aumentando su eficiencia, aumentando su cuidado personal y creando uniones positivas entre su familia y entorno (23).

## **2.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES**

Las enfermedades mentales propias de la edad como la demencia llevan a subdiagnosticar patologías como la depresión, trastorno de ansiedad, estados de estrés entre otros, lo que favorece al deterioro de su calidad de vida y aumento de

morbimortalidad. Se ha encontrado que los diagnósticos de este tipo de patologías se realizan por médicos especialistas que manejan integralmente a los adultos mayores, sin embargo, es importante tener en cuenta que una gran parte de los pacientes no llegan a valoraciones especializadas, ya sea por problemas del sistema de salud, por inaccesibilidad o por pobre red de apoyo.

Según la organización mundial de la salud (OMS) el 20% de la población de 55 años o mayor tiene algún tipo de preocupación en relación a su salud mental. Lo que incluye la ansiedad, el deterioro cognitivo severo y las alteraciones en el estado de ánimo (depresión).

Las enfermedades mentales a menudo se encuentran relacionadas como factores desencadenantes en casos de suicidio, los hombres mayores tienen la tasa más alta. Los hombres de 85 años o mayores tienen una tasa de suicidio de 45.23 por 100.000 habitantes comparado con la tasa global de 11.01 por 100.000 habitantes en todos los grupos etarios (24)

Según la encuesta de salud mental en Colombia del 2015, se encontró que las tasas de suicidio fueron tres veces mayores en hombres que en mujeres, más en personas mayores de 60 años. La presencia de ideación, plan e intento de suicidio en adultos mayores de 45 años es de 6,5%, respecto al intento de suicidio serio, corresponde el 46,7% (25).

El significado de la depresión en el paciente mayor implica estrés y sufrimiento que lleva al deterioro físico, mental y de su funcionamiento con el entorno social y en muchas ocasiones afecta el tratamiento de enfermedades crónicas no mentales. De igual manera, los adultos mayores con depresión presentan más visitas médicas ya sea por servicios de consulta externa o salas de emergencia, utilizan más medicamentos antidepresivos, anti ansiolíticos o para el deterioro cognitivo y tienen hospitalizaciones más prolongadas.

Se ha postulado una teoría que plantea que el daño neuronal en el sistema límbico en la exposición al estrés crónico, como es el caso de los pacientes con depresión, causa reducción del volumen neuronal (26). La respuesta fisiológica al estrés causa elevación del cortisol y con ello la activación del sistema nervioso simpático, llevando también a la elevación de citoquinas proinflamatorias, que estando de manera crónica, favorece la obesidad visceral y la resistencia a la insulina que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares (27).

Algunos factores como la genética, el psiquis, la pobreza, las comorbilidades, el bajo nivel de educación, antecedentes de abuso o negligencia en la infancia, el consumo de sustancias psicoactivas, pertenecer a grupos marginados favorecen las enfermedades mentales (28).

En la encuesta nacional de salud mental del 2015 establece que la prevalencia del trastorno depresivo en adultos mayores de 45 años se encuentran presentes toda la vida en un 5%, con ubicación del 9.4% en Bogotá, 7.1% en región pacífica y 4.6 en región central, además 6% en sector urbano y 3.3% en sector rural, sin diferencia estadística respecto a la presencia o no de pobreza; la prevalencia del trastorno de ansiedad en

adultos mayores de 45 años, se encuentran presentes toda la vida en un 3.1%, con ubicación del 5% en Bogotá, 4.6% en región pacífica y central, 3.9% en región oriental, además 4.2% en sector urbano y 3.2% en sector rural, respecto a la presencia de pobreza 4% con pobreza y 3.9% sin pobreza.

### **2.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

En EE. UU existe la llamada Asociación Nacional de terapia por medio de poesía (NAPT), desde 1981 con profesionales en literatura, psicología y dinámicas de grupos, con el objetivo de evocar sentimientos que sirvan como liberación, por medio de cuatro etapas: reconocer el conflicto, evaluar el conflicto, acercar los puntos de vista el paciente a otros posibles, y aplicarlo a la propia vida (29). En Argentina en 1999, se crea el Programa “*Abuelos Cuentacuentos*”, que lleva la lectura a quienes inician su vida y da oportunidad para acceder al libro, en el año 2001 el Programa se inicia oficialmente y en el 2002 se realiza la primera transferencia a otra ciudad (30).

Virginia Bentes Pinto (2009) en “*La biblioteca y la biblioterapia en el tratamiento de los pacientes de la Asociación Brasileña de asistencia a personas con Cáncer – ABRAPEC. Taguatinga, Brasil*”, con el objetivo de satisfacer necesidades de información a los pacientes, su familia y el personal, fomenta la lectura y ofrece actividades biblioterapéuticas para mejorar su calidad de vida y bienestar (31). “*Biblioteca Viva en Hospitales*”, es una estrategia en Sao Paulo, Brasil, con el objetivo de llevar a los niños y adolescentes hospitalizados, la mediación de la lectura de historias para llegar a ser un recurso de comunicación (32).

Biblioterapia en el Hospital Armando E. Cardoso, en Cuba, realizó un estudio con 60 pacientes pediátricos, durante enero 2002 y enero 2003, en dos grupos, el primer grupo recibió cuentos infantiles y al segundo grupo nada, según la escala de Wong, demostró que la lectura sí tiene un efecto terapéutico con disminución de ansiedad infantil (33).

Con la estrategia “*Aplicación futura de la biblioterapia en el Hospital General Gregorio Marañón. Madrid, España*” busca crear una biblioteca para pacientes, ayudando a disminuir el tiempo de estancia hospitalaria (34).

#### **2.4. ANTECEDENTES NACIONALES**

En Cereté, Córdoba, el convenio entre el Hospital San Diego de Cereté y la Biblioteca Pública Municipal Rafael Milanes García, “*Leer también te sana*”, permite sesiones de lectura para los niños de pediatría para promover la lectura y acercarse a la biblioteca al egreso, mejorando el ambiente intrahospitalario, fortaleciendo vínculos afectivos (35). Es un proyecto entre la Clínica Materno Infantil San Luis y el Hospital Universitario de Santander. Las “*lectoras de cuentos*” cuentan con más de 25 libros rotatorios (36), busca mejorar la calidad de vida de la población por medio de la lectura.

El Programa “*leer para sanar*”, en los Hospitales Méderi, busca ofrecer la posibilidad de leer para afrontar la enfermedad y la hospitalización, junto con Fundalectura prestan libros dentro del hospital para los pacientes (37) “*Abuelos cuenta cuentos, Medellín*” inicia en febrero de 2006 como resultado de una convocatoria internacional realizada por la Alcaldía de Medellín y la organización Hábitat Colombia “*Buenas prácticas*”, propuesta ganada por la fundación *Mempo Giardinelli*, del Chaco, Argentina (30)

## **2.5. LA BIBLIOTERAPIA**

### **2.5.1. Definición**

La biblioterapia consiste en brindar apoyo emocional por medio de la lectura, que requiere de un método de aplicación para que produzca un efecto visible. A partir de un exhaustivo análisis de los distintos conceptos del término que aportan otros autores el concepto de biblioterapia contempla el proceso terapéutico por el que se trabajan las particularidades emocionales y/o conductuales, pertenecientes ya sea a un individuo o a un grupo social en peculiar.

A través de la lectura asociada a técnicas de animación lectora y de interacción social dirigida por un equipo profesional con el objetivo de ayudar a lidiar con esos sentimientos y comportamientos, enfocándose en una actitud de mejora continua y positivismo. Se destaca que la biblioterapia tiene como objetivos buscar una interacción social constante entre el facilitador y quien la recibe, usar textos que correspondan a las vivencias propias de las personas, pues vincula al participante con la lectura, producir una reflexión en el paciente que le permita expresarse con libertad y solucionar su problemática.

En la biblioterapia siempre se facilita la exteriorización por medio del dibujo, la dramatización, el juego lúdico, el uso de material audiovisual, la música, las manualidades, entre otras formas.

### 2.5.2. Historia

En la era dorada de la civilización egipcia, el faraón Ramsés II diseñó la biblioteca ubicada en Tebas, enmarcando la entrada con la inscripción “*la casa para sanar el alma*”, según lo reporta Diodoro de Sicilia (60-30 A. de C.) (38).

La adopción del concepto de biblioterapia comienza en el siglo XX, a partir de la Primera Guerra Mundial, cuando enfermeras británicas recurren a la lectura como tratamiento complementario para pacientes que experimentan la llamada “*neurosis de guerra*” (26). Uno de los pioneros en ofrecer una definición es Samuel McChord, en 1916 detalla cómo los libros pueden usarse como prescripción médica, adyuvante en el tratamiento para disminuir los efectos negativos o como vehículo para hacer el padecimiento más llevadero (39).

A partir de la década de 1950 este campo empieza a consolidarse como área de estudio académico y programa de terapia grupal, en el que un experto guía la selección y discusión de materiales bibliográficos de relevancia para todos los miembros (40). La académica norteamericana Caroline Shrodes se convierte en una de sus impulsoras más destacadas entre 1950 y 1960, al formular las bases teóricas para la práctica metódica de la biblioterapia, especialmente con literatura creativa (41).

### 2.5.3. Tipos de biblioterapia

- ***Clínica.*** Se practica principalmente en el ámbito de la salud mental, basada en metaanálisis de estudios encaminados a evaluar la efectividad de recomendar lecturas a determinado padecimiento, como, la depresión (42–44), la ansiedad (45).
- ***Creativa.*** Conocida como *literapia*, se plantea que al inducir la lectura de obras narrativas de ficción se puede lograr un involucramiento espontáneo entre los participantes y los libros (41,46–48). De acuerdo con teóricos como Wolfgang Iser, en la lectura se genera una doble referencialidad: la del mundo narrado y aquello que los lectores agregan a éste en la interpretación (49), lo que permite crear nuevas versiones de sí mismos, más amplias y expresivas.

Los puntos anteriores influyen de manera importante en el marco teórico de la literapia hospitalaria, puesto que se plantea que la identificación con personajes ficticios permite a los pacientes verse a sí mismos y a otros como personas completas y no sólo como enfermos (48,50,51). De este modo, se propone que, a partir de la lectura afín a sus intereses, los pacientes crónicos pueden lograr una apertura conceptual e incremento motivacional, que les permita trascender la visión frecuentemente atrapante y catastrófica de su padecimiento (52).

## 2.6. RELACIÓN BIBLIOTERAPIA Y SALUD MENTAL EN AMBIENTE HOSPITALARIO

*“La psicología clínica y la terapia cognitiva ponen actualmente énfasis en el papel que juegan las emociones en la génesis de psicopatología e incluyen en el tratamiento el control o cambio de las emociones”* (53). Entre las aportaciones de la psicología se presenta la psicoterapia emocional, las teorías de las emociones desde William James hasta la moderna psicología cognitiva de Arnold, Izard, y la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner, según la cual se distingue siete inteligencias: musical, cinético-corporal, lógico-matemático, lingüística, espacial, interpersonal e intrapersonal (53).

La lectura alivia las emociones de la enfermedad y conduce a estados mentales susceptibles de tratamiento. En la experiencia de Bernardino, M. R., Goes, A., & Rolim, M. L., en pacientes con cáncer infantil; utilizan la técnica de lectura y dibujo en conjunto, asistiendo al hospital dos veces por semana para intervenciones, y una vez por semana para evaluación y planificación de actividades durante el 2010, en el Hospital Municipal Infantil María Amelia Bezerra de Menezes, en Brasil (54).

Según Tathan, hay tres etapas del método de Biblioterapia en psicoterapia: identificación del material de lectura, experimentar catarsis y obtener información (55). Se sabe que el ambiente hospitalario resulta hostil, tanto el estado anímico como la autoestima se afectan negativamente, retrasando la recuperación del paciente (56). Actualmente la biblioterapia se aplica en bibliotecas públicas especializadas y en hospitales pediátricos de Estados Unidos, Canadá, Francia, Suecia, Alemania e Inglaterra, entre otros países que benefician a su población con sus alcances (56). Thomas, demuestra que la

biblioterapia de autoayuda tiene una eficacia comparable a la psicoterapia tradicional, aunque los casos graves de depresión no puedan ser tratados de esta forma.

Castro, A. y Altamirano, N. exploran los diversos conceptos, facetas y tendencias de la biblioterapia en México y el mundo, concluyendo que la biblioterapia es una intervención de bajo costo y amplio espectro, con gran potencial para su aplicación extensiva en distintos espacios y con audiencias muy diversas. Thomas, S. en su artículo publicado en 2011, denominado "*Bibliotherapy: New Evidence of Effectiveness*", habla de los beneficios terapéuticos de la lectura para pacientes con afecciones como la depresión, personalidad límite y obesidad (57). Matthews y Lonsdale, en el artículo que resumen los hallazgos de la encuesta de servicios de libros y bibliotecas a niños hospitalizados en el Reino Unido, coinciden en que los pacientes de corta estadía no tienen menos necesidades de biblioterapia que los pacientes de estadía prolongada (58).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia de la lectura en el nivel de depresión, ansiedad y estrés en los adultos mayores reportados en la literatura, en comparación con ningún tratamiento y con otras intervenciones.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio
- Describir las intervenciones no farmacológicas que incluían la lectura por parte del paciente
- Reportar los desenlaces y las escalas para medir salud mental y satisfacción con cuidado en salud, en los estudios incluidos
- Sintetizar las evidencias de efectividad de la intervención de acuerdo con estimadores, tipo de intervención y tipo de desenlace

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 PROTOCOLO Y REGISTRO**

El protocolo se construye según las recomendaciones de los manuales de síntesis de la evidencia del PRISMA-P (anexo 1) y su registro se realizará en la plataforma open science framework (osf.io). El 16 de noviembre de 2022, se realizó el registro del protocolo en la página Open Science Framework de sus siglas en inglés OSF y de su página web [www.osf.io](http://www.osf.io) con el registro [osf.io/6vm4e](https://osf.io/6vm4e)

### **4.2 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

#### **4. 2. 1 Criterios de selección de los artículos**

Los estudios elegibles son aquellos publicados en español e inglés que midan el impacto de la biblioterapia comparada con otra intervención no farmacológica o la ausencia de cualquier intervención en adultos mayores. Se excluyeron estudios en otros idiomas y que apliquen la biblioterapia en otro tipo de pacientes, además revisiones sistemáticas, metaanálisis y otras investigaciones que no fueran estudios primarios, así como artículos publicados antes del año 2000.

#### **4. 2. 2 Criterios de selección de los pacientes**

Hombres o mujeres mayores de 60 años, con diagnóstico de depresión o ansiedad, en ambiente hospitalario o domiciliario, que reciban biblioterapia sin importar el tiempo de duración en la intervención y en el seguimiento.

#### **4.3 INTERVENCIÓN**

Exposición a la lectura con diferentes patrones de intensidad, algunos asociados a otras intervenciones y otros a ninguna, evaluando el impacto sobre su salud mental en el ámbito hospitalario o ambulatorio. Se incluirán los estudios que combinan la biblioterapia con ayudas audiovisuales, en contacto directo con algún asistente de lectura o autoadministrada.

#### **4.4 FUENTES DE INFORMACIÓN**

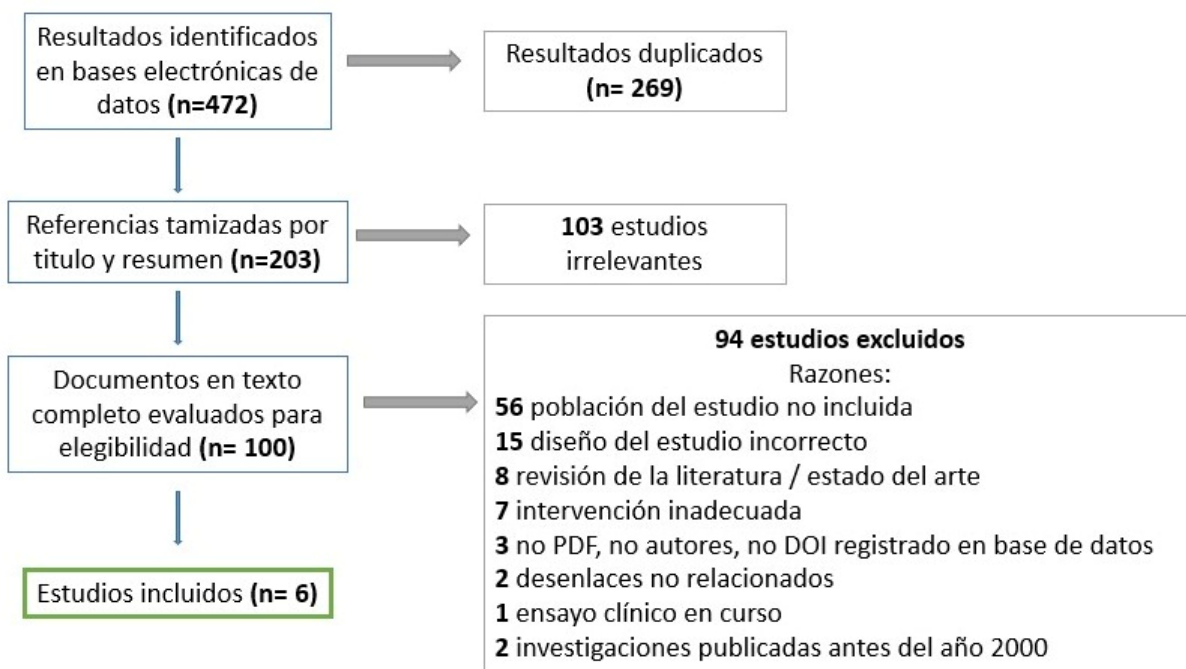
Se recurrió a la herramienta DeCS para la identificación de la terminología en salud y psicología para realizar la búsqueda, herramienta que se suministró a través de la biblioteca virtual de la Universidad del Rosario y el centro de recursos para la investigación y el aprendizaje (CRAI). Las palabras encontradas fueron biblioterapia, adulto mayor, ansiedad, depresión, salud mental.

#### **4.4.1. Estrategia de búsqueda**

Se realizó la búsqueda en PUBMED por descriptor y usando el conector booleano “AND” creando la siguiente matriz de búsqueda en el Mesh Database (“bibliotherapy”(Mesh Terms) OR (“bibliotherapy”(ALL))

#### **4.4.2 Proceso de selección y elegibilidad**

Los investigadores XR, YF y JT aplicaron los criterios de selección de los artículos y los pacientes a los documentos recuperados de la búsqueda mediante la lectura de título y resúmenes por medio de la herramienta de inteligencia artificial Covidence (Covidence systematic review software, Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia. Available at [www.covidence.org](http://www.covidence.org)). Los artículos elegidos fueron sometidos a lectura de texto completo para determinar la presencia de variables de interés que ayuden en el cumplimiento de los objetivos de la presente revisión, con un segundo filtro, para, finalmente quedar con seis artículos que fueron los analizados.



**Figura 1. Diagrama de flujo de selección de artículos**

#### 4.5 LISTADO DE ITEMS

- Nombre
- DOI
- Apellido autor principal
- Año
- País
- Diseño
- Tipo de participantes
- Exposición
- Comparaciones
- Número de pacientes
- Variables de intervención

## 4.6 EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SESGO

Una vez leídos completamente los artículos seleccionados, se organizan en el programa Revman para la evaluación de la calidad y el riesgo de sesgo de estos, según el criterio de los investigadores se asignó una calificación de cada sesgo entre alto, medio y bajo, a cada artículo analizado, finalmente los resultados se muestran gráficamente en la figura 2, donde se concluye que la mayoría tienen bajo riesgo de sesgo. En el anexo 2 se encuentra con detalle la información de cada estudio.

Author, Year	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Ameri, 2017	+	?	?	?	+	?	+
Floyd, 2004	+	+	+	+	+	+	+
FloydM, 2006	+	+	+	+	+	+	+
Moss, 2012	+	?	-	?	+	+	+
Younger, 2008	?	?	?	?	?	?	
Zhang, 2022	+	?	?	+	+	+	

Figura 2. Evaluación del Riesgo de sesgo

## 4.7 MEDIDAS DEL EFECTO

En la literatura seleccionada se espera encontrar una diferencia estadística que se cuantifique por un instrumento que, de valor numérico al grado de severidad de la enfermedad mental previa y posteriormente a la exposición a la biblioterapia en comparación con otras intervenciones, donde se reporte a través de alguna medida de asociación que permita el análisis estadístico.

#### **4.8 SÍNTESIS DE DATOS**

Se realizó una síntesis narrativa que incluyó una revisión sistemática en donde se sintetizó la evidencia para determinar la efectividad de la intervención (biblioterapia) de acuerdo con estimadores, tipo de intervención a comparar (biblioterapia diferida, psicoterapia y ninguna) y desenlaces (mejoría de la depresión, ansiedad y estrés). Es importante recalcar que solo se encontraron desenlaces en la depresión, además el 100% de los pacientes estudiados en los artículos, ninguno se encontraba en ambiente hospitalario.

#### **4.9 VALORACIÓN DEL SESGO DE REPORTE DE RESULTADOS Y VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA**

Por medio de la herramienta GRADEpro GDT se pudo clasificar el resultado de cada uno de los estudios incluidos.

### Biblioterapia comparado con ninguna intervención para influir sobre la salud mental en adultos mayores

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados		
Participantes (estudios) seguimiento	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Sesgo de publicación	Certeza general de la evidencia	Tasas de eventos de estudio (%)		Impacto
							Con ninguna intervención	Con biblioterapia	

#### Mejoría en la salud mental de los adultos mayores (evaluado con : cuestionario SCL-90-R)

30 casos 30 Controles (1 estudio observacional)	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	⊕⊕⊕⊕ Baja	No hay diferencias significativas entre la salud mental y sus dimensiones en las personas mayores que no participaron		
---	-------------	-------------	-------------	-------------	---------	--------------	---	--	--

#### Diseño experimental de sujeto único utilizado para inferir una relación causa-efecto entre una intervención y una medida dependiente: Se emplean las escalas GDS, HRSD

6 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	⊕⊕⊕⊕ Alta	Se encontró mejoría de los síntomas asociado a la realización de actividades placenteras entre estas la biblioterapia		
---	-------------	-------------	-------------	-------------	---------	--------------	---	--	--

#### Enfoque cuasiexperimental, de grupo único, con encuesta previa y posterior: Se utilizaron la Escala de Optimismo-Pesimismo (OPS) y la Escala de Felicidad de la Universidad Memorial de Nueva Zelanda (MUNSH)

64 (1 estudio observacional)	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	⊕⊕⊕⊕ Baja	A través de la biblioterapia los adultos mayores tienen mejor tendencia optimista, mejoran su afecto positivo y reducen su afecto negativo, con un mejor bienestar subjetivo		
------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	---------	--------------	--	--	--

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo

### Biblioterapia comparado con psicoterapia para influir sobre la salud mental en adultos mayores

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados		
Participantes (estudios) seguimiento	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Sesgo de publicación	Certeza general de la evidencia	Tasas de eventos de estudio (%)		Impacto
							Con psicoterapia	Con biblioterapia	

#### Continuación Floyd, 2004: Se les administró el HRSD, el GDS, las preguntas sobre trastornos del estado de ánimo de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV y un cuestionario de seguimiento por teléfono.

31 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	⊕⊕⊕⊕ Alta	La única diferencia fue que los participantes obtuvieron puntuaciones más bajas en la GDS después del tratamiento, en comparación con los no participantes. Hubo más recurrencias de la depresión durante el seguimiento entre los participantes en biblioterapia que en los participantes en psicoterapia individual		
--	-------------	-------------	-------------	-------------	---------	--------------	--	--	--

CI: Intervalo de confianza

### Biblioterapia comparado con tratamiento diferido para influir sobre la salud mental en adultos mayores

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados		
Participantes (estudios) seguimiento	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Sesgo de publicación	Certeza general de la evidencia	Tasas de eventos de estudio (%)		Impacto
							Con tratamiento diferido	Con biblioterapia	

**Intervención inmediata frente a control diferido del tratamiento: se aplicó TICS-M (Entrevista telefónica para el estado cognitivo modificado), HRSD y GDS**

0 casos 0 Controles (1 estudio observacional)	muy serio *	no es serio	no es serio	no es serio	fuerte asociación todos los posibles factores de confusión residuales podrían reducir el efecto demostrado	⊕⊕○○ Baja	No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa		
---	-------------	-------------	-------------	-------------	--	--------------	--	--	--

CI: Intervalo de confianza

#### Explicaciones

- No se instruyó a los participantes para que se abstuvieran de revelar su condición experimental a los entrevistadores, lo que introdujo un posible factor de confusión en la investigación

### Biblioterapia comparado con psicoterapia y tratamiento diferido para influir en la salud mental de los adultos mayores

Evaluación de certeza							Resumen de los resultados				
Participantes (estudios) seguimiento	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Sesgo de publicación	Certeza general de la evidencia	Tasas de eventos de estudio (%)		Efecto relativo (95% CI)	Efectos absolutos anticipados	
							Con psicoterapia y tratamiento diferido	Con biblioterapia		Riesgo con psicoterapia y tratamiento diferido	La diferencia de riesgo con biblioterapia

**Biblioterapia de tratamiento inmediato, psicoterapia individual de tratamiento inmediato o tratamiento diferido (periodo de espera de 4 semanas, después del mes, la mitad recibieron biblioterapia y la otra mitad psicoterapia individual)**

31 (1 estudio observacional)	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	⊕⊕○○ Baja	HRSD: la psicoterapia individual y la biblioterapia fueron superiores al control GDS: no hay diferencias significativas entre la psicoterapia individual, biblioterapia y el control				
------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	---------	--------------	---	--	--	--	--

CI: Intervalo de confianza

## 4.10 PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se espera poder publicar los resultados de la presente investigación en todos los canales que facilita la universidad como Revista Divulgación Científica, Universidad del Rosario y se someterá a publicación en revistas indexadas como revista colombiana de psicología, Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá, o revista colombiana de psiquiatría, Asociación Colombiana De Psiquiatría.

#### **4.11 ASPECTOS ÉTICOS**

Dado que la presente investigación se realizó a partir de bases de datos, con artículos seleccionados según criterios de inclusión, se considera: investigación sin riesgo, ya que no se realizaron intervenciones directas a pacientes, ni modificaciones de las variables de las bases de datos, por lo mismo no se requirió de consentimientos informados. Esto según la resolución 8430 de 1993.

## 5. RESULTADOS

En las 6 investigaciones seleccionadas se encontró una mayoría de población femenina, todos los pacientes observados fueron mayores de 60 años, seguidos por más de un mes, a pesar de que algunos no tuvieron en cuenta estado civil, la mayoría de los reportados estaban casados, como se ve en la tabla 2.

**Tabla 2: Características sociodemográficas de la población**

	n=	Edad años	Mujeres (%)	Casados (%)	Duracion meses
Ameri, 2017	60	65 - 80	61.70%	46,70%	1
Floyd, 2004	46	60-80	76.08%	41%	5
Floyd, 2006	23	60-80	*	*	24
Moss, 2012	26	65-89	77%	*	2
Younger, 2008	6	62-85	33%	50%	4,5
Zhang, 2022	64	>65	56%	25%	3

\*sin información

Todas las investigaciones estudiadas tuvieron como base la biblioterapia comparada con el no recibirla, psicoterapia, recibirla, pero tardíamente o la comparación fue respecto a cómo se sentía con el paso del tiempo recibiendo la biblioterapia (tabla 3).

**Tabla 3: Intervenciones no farmacológicas**

	Intervencion principal	Control
Ameri, 2017	Biblioterapia	Sin intervencion
Floyd, 2004	Biblioterapia	Psicoterapia, tratamiento diferido
Floyd, 2006	Biblioterapia	Psicoterapia
Moss, 2012	Biblioterapia	Tratamiento diferido
Younger, 2008	Biblioterapia	Sin comparacion
Zhang, 2022	Biblioterapia + material audiovisual	Sin comparacion

**Tabla 4: Desenlaces y escalas para medir la salud mental y la satisfacción con cuidado en salud**

Investigación	Escala	Desenlaces
1. Ameri, 2017	SCL – 90 – R	No hay diferencias significativas entre la salud mental y sus dimensiones en las personas mayores que no participaron

		Diferencias significativas entre las puntuaciones medias del postest y el pretest en el grupo experimental.
<b>2. Floyd, 2004</b>	Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton (HRSD) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).	<p>HRSD: la psicoterapia individual y la biblioterapia fueron superiores al control</p> <p>GDS: no hay diferencias significativas entre la psicoterapia individual, biblioterapia y el control</p> <p>La diferencia entre los tratamientos no fue significativa</p>

<p><b>3. Floyd, 2006</b></p>	<p>HRSD, el GDS</p>	<p>La única diferencia fue que los participantes obtuvieron puntuaciones más bajas en la GDS después del tratamiento, en comparación con los no participantes.</p> <p>Hubo más recurrencias de la depresión durante el seguimiento entre los participantes en biblioterapia que en los participantes en psicoterapia individual</p>
<p><b>4. Moss, 2012</b></p>	<p>TICS-M (Entrevista telefónica para el estado cognitivo modificado), HRSD y GDS</p>	<p>No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa</p>
<p><b>5. Younger, 2008</b></p>	<p>GDS, HRSD</p>	<p>Se encontró mejoría de los síntomas asociado a la realización de actividades placenteras entre estas la biblioterapia</p>

<p><b>6. Zhang, 2022</b></p>	<p>Escala de optimismo - pesimismo (OPS), escala de felicidad de la universidad memoria de nueva Zelanda (MUNSH)</p>	<p>A través de la biblioterapia los adultos mayores tienen mejor tendencia optimista, mejoran su afecto positivo y reducen su afecto negativo, con un mejor bienestar subjetivo</p>
------------------------------	--	---

Se consideran desventajas de la investigación:

- Hay pocos estudios acerca de la biblioterapia en pacientes adultos mayores
- Los estudios que se han realizado tienen alta tasa de abandono y reducción de la muestra lo que altera la significancia de los resultados
- Hay características importantes que pueden marcar una diferencia significativa que no fueron tomadas en cuenta en todos los artículos como el estado civil, red de apoyo familiar, el nivel socioeconómico y el nivel educativo

Fortalezas:

- Las investigaciones finalmente analizadas fueron llevadas a cabo con personal capacitado y cumpliendo normas de investigación lo que minimiza los sesgos
- De todo lo investigado en la eficacia de la biblioterapia, poco ha sido enfocado en adultos mayores, sin embargo, los resultados dan una base para seguir enfocando el uso de esta estrategia ya que demuestra su efectividad y fácil implementación

- La biblioterapia es un método terapéutico de bajo costo y con amplia variedad según la necesidad y gusto del lector

La lectura ha demostrado ser una forma de distracción que se puede ajustar perfectamente a las necesidades de cada uno sin implicar una demanda física o capacidades especiales diferentes a saber leer. El uso de la lectura en enfermedades mentales, como la depresión, entre otras, enfocado en población de la tercera edad, es una apuesta a un tratamiento económico y fácil de implementar que puede superar los resultados que logran otros tipos de tratamiento, tanto los farmacológicos como los que no lo son. Las respuestas positivas que experimentan las personas que participaron de estos estudios demuestra que la lectura como terapia puede ser una forma sencilla de evitar complicaciones asociadas a una enfermedad que representa un gran costo tanto económico como emocional tanto a pacientes como cuidadores.

De acuerdo a lo que se ha reportado en la literatura mundial sobre esta opción terapéutica, da una fuerte motivación el explorar más sobre el alcance de la biblioterapia y, al ser esta, una opción que no implica ningún tipo de evento adverso, se recomienda sin límites su uso en pacientes de todas edades y que sin importar su diagnóstico, disfruten de un espacio de reflexión y desconexión de su realidad que puede resultar beneficioso para su estado de ánimo y, de paso, para animar a una pronta recuperación.

Los estudios realizados con el uso de la biblioterapia se han enfocado en buscar sus beneficios para situaciones que comprometen la salud de los participantes, de acuerdo, a los requerimientos que se usaron en la presente revisión de la literatura, se encontró que muchos de estos estudios se han enfocado en diferentes enfermedades, tanto enfermedades mentales, como desórdenes sexuales y pacientes con cáncer, entre otras;

al aislar los estudios que enfocan la lectura como tratamiento de enfermedades mentales se evidenció que muchos de estos se direccionan hacia la población infantil y adolescente, dejando como resultado unos pocos estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión que se propusieron. Una muestra reducida, con resultados que no son concluyentes en los beneficios de la biblioterapia, pero que, al contrastarlo con el uso de esta en diferentes estudios y diferente población, demuestra que en los pacientes de la tercera edad la implementación de medidas no farmacológicas es una necesidad, al ser muchos de estos pacientes polimedicados y con limitaciones hacia otros tipos de medidas terapéuticas. Estos pacientes son el blanco perfecto para alternativas como la biblioterapia, orientando esta investigación hacia la recomendación de seguir explorando el beneficio de la lectura en esta población.

La presente investigación debería realizarse en Colombia, dado que las características sociodemográficas son diferentes, además que siendo este un país en vía de desarrollo, las condiciones económicas, culturales y sociales juegan un papel de mayor importancia que lo que implica para las personas que fueron parte de los estudios mencionados. Sin embargo, no se encontraron estudios primarios en el país, por lo que se considera el primer estudio a realizarse debe ir enfocado en los principales factores que contribuyen a enfermedades mentales en la población adulta mayor y partiendo de esto establecer si la implementación de un modelo que incluya la biblioterapia como opción terapéutica es viable y posteriormente eficiente.

En esta revisión sistemática se encontraron comparaciones entre la biblioterapia y la terapia psicosocial, la terapia diferida y el no recibir intervención, los resultados muestran que no hay diferencia significativa entre dichas intervenciones, lo que plantea nuevos propósitos investigativos con el fin de llegar a la mejoría de salud mental en los adultos mayores sin dejar a un lado aun la biblioterapia, por lo que se podría asociar a la psicoterapia y compararla con otras terapias no farmacológicas como la musicoterapia,

terapia ocupacional y actividades placenteras propias del grupo etario como lo desarrolló Zhang, et al. (59) La gran mayoría de las investigaciones de esta índole son llevadas a cabo en la infancia y adolescencia, sin embargo, la alta tasa de enfermedades mentales y suicidio secundaria a la depresión en los adultos mayores lleva a que se desee mejorar la atención en esta población a la que solo se le debe agradecimiento.

## 6. DISCUSIÓN

Dado que los adultos mayores presentan resistencia en el manejo de las enfermedades derivado de su sistema de creencias culturales, se han unido esfuerzos por cambiar la terapia tradicional por medio de estrategias como lo es la autoadministración y la administración por profesionales de la salud no mentales (60), algunos instrumentos en este propósito es la biblioterapia. En la presente revisión sistemática se seleccionaron artículos en donde se comparan diferentes intervenciones con la biblioterapia, como la terapia cognitiva conductual, la biblioterapia diferida, incluso versus el no recibir terapia, otro aspecto encontrado fue la duración de la intervención y el seguimiento, que varía desde 1 a 24 meses, como se muestra en la tabla 1.

En todos los artículos resultantes de la revisión, se realiza un diagnóstico inicial respecto al estado de la salud mental de cada paciente estudiado. Se ha comprobado que la biblioterapia autoadministrada es útil para aumentar la capacidad de autonomía y prevenir el deterioro cognitivo en los adultos mayores (61) así mismo cuando la biblioterapia es administrada asociada a terapia cognitivo conductual aumenta el efecto (62).

La evaluación inicial y la de control posterior a la intervención, se realiza según escalas diseñadas para esto, 4 de los 6 estudios usan la Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton (HRSD) y la Escala de Depresión Geriátrica, con la conclusión mayoritaria de no presentarse diferencia estadística entre la implementación de biblioterapia comparada con psicoterapia o el tratamiento diferido. La HRSD es un cuestionario de 21 ítems sobre la depresión, la puntuación total oscila entre 0 y 50, entre mayor puntaje mayor grado de depresión, ampliamente usada en investigaciones (63), mostrando

utilidad en personas mayores (64,65). Escala de depresión geriátrica (GDS) es un autoinforme de 30 ítems que mide la gravedad de la depresión según la sintomatología en adultos mayores, con respuestas dicotómicas (si - no) que evita confusión en los adultos mayores con buena acogida investigativa (63).

Los dos estudios restantes usan como herramienta de evaluación escalas diferentes, Ameri et al. emplean la SCL- 90 - R es un cuestionario de 90 ítems sobre malestar psicológico, calificado de 0 a 4, siendo 0 nada y 4 mucho, evalúa nueve dimensiones primarias (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales (Índice global de severidad, Índice positivo de Malestar, Total de síntomas positivos). Se considera riesgo a la puntuación igual o superior a 63 (66), es una escala que hace necesario que el entrevistado tenga algún grado de educación incluso puede requerir de alguien experto que realice las preguntas claramente al paciente, además al calcular los resultados su complejidad puede prestarse para errores. Sin embargo, cabe anotar que los resultados no son diferentes a los obtenidos en las revisiones anteriores, ya que encuentran que no hay diferencia entre implementar la biblioterapia y no hacerlo.

Finalmente, Zhang, et al. (59), se vale de la escala optimismo - pesimismo (OPS) y la escala de felicidad de la universidad memoria de nueva Zelanda (MUNSH), siendo la única intervención con resultados diferentes. Entendiéndose que la OPS consta de 11 ítems: 5 optimismo y 6 pesimismo, calificando de 1 a 5, entre mayor sea el resultado, más evidente será la tendencia optimista, y la MUNSH consta de 24 ítems: afecto positivo, afecto negativo, experiencia positiva y experiencia negativa, calificado de 0 a 2, a mayor puntaje mayor será el bienestar subjetivo (67). En esta investigación los resultados se enfocan en lo beneficioso, en la salud mental de los adultos mayores con sospecha de depresión según la escala, recibiendo biblioterapia y medios audiovisuales.

No se hace comparación con otra intervención, sino el resultado de esta a lo largo del tiempo de seguimiento.

Con respecto a la duración de la intervención y el respectivo seguimiento posterior, parece no ejercer un factor determinante pues, así como se hizo seguimiento por un mes también hay seguimiento de 24 meses como se muestra en la tabla 1, sin encontrar cambios en los resultados obtenidos.

## **7. FUENTES DE FINANCIACIÓN**

La financiación de la presente investigación estuvo a cargo de los investigadores ya que solo se invirtió en tiempo.

## **8. DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS**

Los datos utilizados en la presente investigación están disponibles y sin restricciones de acceso en las diferentes bases de datos mencionadas anteriormente.



## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Cavalcante AP, Pereira S de S. Biblioterapia: um modelo de projeto para unidades de informação. 2013; LILACS |ID: lil-776873
2. Flores Fernandez C, Rioseco Vergara MP. La biblioterapia y sus contextos de uso en niños y en adolescentes. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud [Internet]. 2020; Available from: <https://orcid.org/0000-0002-2968-4640>
3. Alonso-Arévalo J, Luz Fernández-Martín C, Antonio J, Canelo M, Alonso-Vázquez A. La lectura y su relación con la salud y el bienestar de las personas. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud. 2018;29(4). Disponible en <http://hdl.handle.net/10366/139051>
4. Lorda JL. Los beneficios de la lectura. 2015 Sep. Publicado en Selección Literaria (Fundación Troa) 59 (IX/2015) 54-57. Universidad de Navarra. Disponible en <https://leseg.unav.edu/2017/07/24/los-beneficios-de-la-lectura-juan-luis-lorda/>
5. Tello-Rodríguez T, Alarcón RD, Vizcarra-Escobar D. Mental health in older adults: Major neurocognitive, affective, and sleep disorders. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016 Apr 1;33(2):342–50. PMID: 27656936.
6. Aldana Olarte RA, Pedraza Marín JA. Analisis de la depresion en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografia y salud 2010. 2012 May. [doi.org/10.48713/10336\\_3002](https://doi.org/10.48713/10336_3002)
7. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Medica Herediana. 2018 Oct 16;29(3):182. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
8. Velásquez Suarez JM. Suicidio en el anciano. Rev Colomb Psiquiatr. 2013;43:80–4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80638951011>
9. Torres de Galvis Y. Costos asociados con la salud mental. Revista Ciencias De La Salud. 2018;16(2):182–7. DOI:10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6761

10. Seitz EM. Biblioterapia Hospitalaria. ANABAD LXI. 2011 Jul;3. Disponible en [www.brapci.inf.br/index.php/article/download/6064](http://www.brapci.inf.br/index.php/article/download/6064)
11. Ministerio de salud y proteccion social. Encuesta nacional de salud mental 2015. Vol. Tomo 1. 2015. Disponible en [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
12. CDC. Issue Brief #1: What Do the Data Tell Us? The State of Mental Health and Aging in America. 2008. Disponible en [www.cdc.gov/aging/pdf/mental\\_health.pdf](http://www.cdc.gov/aging/pdf/mental_health.pdf)
13. Gómez AE. La depresión en el adulto [Internet]. Vol. 26, OFFARM. 2007. Disponible en [www.geriatrianet.com](http://www.geriatrianet.com)
14. Hidalgo C, Agudín N. Tratamiento de la depresión en el anciano. 2018. Disponible [www.npunto.es/revista/8/tratamiento-de-la-depresion-en-el-anciano](http://www.npunto.es/revista/8/tratamiento-de-la-depresion-en-el-anciano)
15. Yu J, Choe K, Kang Y. Anxiety of older persons living alone in the community. Healthcare (Switzerland). 2020 Sep 1;8(3). doi: 10.3390/healthcare8030287.
16. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization; 1992. 362 p. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>
17. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. Vol. 106, Journal of Affective Disorders. 2008. p. 29–44. DOI: 10.1016/j.jad.2007.06.005
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. 2013. 222–226 p. Disponible en <https://www.appi.org/dsm>
19. Clinical K. Generalized Anxiety Disorder. Elsevier. 2022 Oct 19; disponible en <https://elsevier.health/en-US/preview/generalized-anxiety-disorder>
20. Bentosela M, Mustaca AE. Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones basicas para las estrategias de rehabilitacion\*. 2006. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18022205>
21. Wippold GM, Tucker CM, Roncoroni J, Henry MA. Impact of Stress and Loneliness on Health-Related Quality of Life Among Low Income Senior African Americans. J

- Racial Ethn Health Disparities. 2021 Aug 17;8(4):1089–97. DOI: 10.1007/s40615-020-00865-w
22. Rodríguez Guardiola B, Concepción Tejera JF. Tratamiento del estrés en el adulto mayor. *Universidad y Sociedad*. 2020;135–40. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/354371750\\_Tratamiento\\_del\\_estres\\_en\\_el\\_adulto\\_mayor](https://www.researchgate.net/publication/354371750_Tratamiento_del_estres_en_el_adulto_mayor)
  23. Choowanthanapakorn M, Seangpraw K, Ong-artborirak P. Effect of Stress Management Training for the Elderly in Rural Northern Thailand. *Open Public Health J*. 2021 Mar 22;14(1):62–70. DOI:10.2174/1874944502114010062
  24. Velásquez Suarez JM. Suicidio en el anciano. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;43:80–4. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80638951011>
  25. Goldberg D. The classification of mental disorder: a simpler system for DSM–V and ICD–11. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2010 Jan 2;16(1):14–9. doi.org/10.1192/apt.bp.109.007120
  26. Vythilingam M, Vermetten E, Anderson GM, Luckenbaugh D, Anderson ER, Snow J, et al. Hippocampal volume, memory, and cortisol status in major depressive disorder: effects of treatment. *Biol Psychiatry*. 2004 Jul;56(2):101–12. DOI: 10.1016/j.biopsych.2004.04.002
  27. Plá Vidal Jorge, Salvador Rodríguez Javier. Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares. *Acción Médica*; 2006.
  28. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. 2013. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
  29. Arias MI, Miguez Lb, Molfino É. Biblioterapia. 2000;85–93. Disponible en <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/7902>
  30. Fundación Mempo Giardinelli. Provincia El Chaco A. El Programa Como Política De Estado: Programa de Abuelas y Abuelos Lee cuentos. 2006; Disponible en <http://www.fundamgiardinelli.org/abuelascuentacuentos/programa.html>

31. Bentes Pinto V. A biblioterapia como campo de atuação para o bibliotecário. Campinas, Brasil; 2005. Disponible en <https://www.scielo.br/j/tinf/a/TGh75RBZcCN8nTwF8FBjkkL/>
32. Ceribelli C, Castanheira Nascimento L, Romano Pacífico SM, Proyecto E, Viva B. Reading mediation as a communication resource for hospitalized children: support for the humanization of nursing care [Internet]. 2009. Disponible en: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
33. Alfonso Sánchez L, Colmenares Sáncho F. La evolución de las necesidades de la información. La biblioterapia como novedad terapéutica. Guáimaro- Camagüey; 2004. Disponible en <http://revistas.bnjm.cu/index.php/BAI/article/view/179>
34. Quijano González R. Proyecto de creación de una biblioteca para pacientes en el hospital general Gregorio Marañón. Revista General de Información y Documentación. 1999;9:47–84. Disponible en <https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/RGID9999120047A/10634>
35. Javier Páez Julio. “Leer también te sana”, en terapia hospitalaria. El Universal. 2009;
36. The Communication Initiative Network. Palabras que acompañan - Colombia. Diario El País - Cali. 2004; disponible en <https://www.elpais.com.co/>
37. Mederi. Fundalectura. Leer para sanar. Blog: mederi. 2011. Disponible en <https://www.mederi.com.co/durante-su-estadia/leer-para-sanar>
38. Diodoro Sículo., Parreu Alasà F. Biblioteca histórica : libros I-III. Ediatorial Gredos; 2001.
39. McChord Crothers S. A Literary Clinic. The Atlantic . 1916 Sep;291–301.
40. Tomaino V. Biblioterapia: promoción de la lectura y calidad de vida. Viva lectura Concurso nacional de experiencias de promoción de la lectura 2010. 2010;14–5.
41. Shrodes C. Bibliotherapy: A Theoretical and Clinical Experimental Study. 1950. Disponible en <https://books.google.com/books/about/Bibliotherapy.html?id=5RUUGQAACAAJ>

42. Floyd M. Bibliotherapy as an adjunct to psychotherapy for depression in older adults. *J Clin Psychol.* 2003 Feb;59(2):187–95. Doi 10.1002/jclp.10141.
43. Cuijpers P. Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1997 Jun;28(2):139–47. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(97\)00005-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(97)00005-0)
44. Gregory RJ, Schwer Canning S, Lee TW, Wise JC. Cognitive Bibliotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *Prof Psychol Res Pr.* 2004 Jun;35(3):275–80. [/doi.org/10.1037/0735-7028.35.3.275](https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.3.275)
45. Dobson R. GPs prescribe self help books for mental health problems. *The BMJ.* 2003;326:1285. [doi.org/10.1136/bmj.326.7402.1285-b](https://doi.org/10.1136/bmj.326.7402.1285-b)
46. Brewster E. An investigation of experiences of reading for mental health and well-being and their relation to models of bibliotherapy. 2011. Disponible en [https://etheses.whiterose.ac.uk/2006/2/Brewster%2C\\_Elizabeth.pdf](https://etheses.whiterose.ac.uk/2006/2/Brewster%2C_Elizabeth.pdf)
47. Akinola AN. Bibliotherapy as an Alternative Approach to Children’s Emotional Disorders. *Creat Educ.* 2014;05(14):1281–5. DOI:10.4236/ce.2014.514146
48. Deberti Martins C. Leer: un derecho... también en el hospital. *Información, Cultura Y Sociedad.* 2011;25:145–52. Disponible <http://eprints.rclis.org/17267/>
49. Wolfgang I. Prospecting from Reader Response to Literary Anthropology. 1989. 274 p. Disponible en: [digitalcommons.lmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1015&context=engl\\_fac](https://digitalcommons.lmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1015&context=engl_fac)
50. Gold J. *Read for Your Life: Literature as a Life Support System.* 1990.
51. Pérez de Rosell M. Literapia Como Práctica Terapéutica De Los Estudiantes De Autodesarrollo Del DCS En El Hospital Universitario De Pediatría “Agustín Zubillaga” De Barquismeto. Una Experiencia Educativa. *Boletín Médico de Postgrado.* 2011;28:109–17. Doi.org/10.22201/iibi.24488321xe.2018.74.57918
52. Amer K. Bibliotherapy: using fiction to help children in two populations discuss feelings. *Pediatr Nurs.* 1999;25(1):91–5. Disponible en

- [https://www.researchgate.net/publication/12963990\\_Bibliotherapy\\_using\\_fiction\\_to\\_help\\_children\\_in\\_two\\_populations\\_discuss\\_feelings](https://www.researchgate.net/publication/12963990_Bibliotherapy_using_fiction_to_help_children_in_two_populations_discuss_feelings)
53. Trianes Torres MV, García Correa A. Educación socio-afectiva y prevención de conflictos interpersonales. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 2002 Aug;44:175–89. Disponible [https://www.researchgate.net/publication/28049498\\_Educacion\\_socioafectiva\\_y\\_prevenccion\\_de\\_conflictos\\_interpersonales\\_en\\_los\\_centros\\_escolares](https://www.researchgate.net/publication/28049498_Educacion_socioafectiva_y_prevenccion_de_conflictos_interpersonales_en_los_centros_escolares)
  54. Bernardino MCR, Elliott AG, Rolim Neto ML. Biblioterapia com Crianças com Câncer; Biblioterapia con Niños con Cáncer. *Informação & Informação*. 2013 Apr 11;17(3). DOI:10.5433/1981-8920.2012v17n3p198
  55. Bekaroğlu E. Kitapların Psikoterapide Bir Aracı Olarak Kullanımı: Vaka Örneği İle Bibliyoterapi Uygulaması. *The Journal Of Academic Social Sciences*. 2019 Jan 1;94(94):250–8. Doi 10.16992/asos.15053
  56. Thirion V. La lectura cura I. Biblioterapia Apuntes de pedagogía hospitalaria: Memoria del primer diplomado en pedagogía hospitalaria. 2008;100–4. Disponible en <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/4857>
  57. Thomas ESP. Bibliotherapy: New Evidence of Effectiveness. *Issues Ment Health Nurs*. 2011 Mar 2;32(4):191–191. DOI: 10.3109/01612840.2011.553145
  58. Matthews Da, Lonsdale R. Children In Hospital: Ii. Reading Therapy And Children In Hospital. *Health Libr Rev*. 1992 Mar;9(1):14–26. DOI: 10.1046/j.1365-2532.1992.910014.x
  59. Zhang H, Chen Z, Zhang J, Zhou X, Li S, Ren H. Effects of Developmental Bibliotherapy on Subjective Well-Being of Older Adults Living in Nursing Homes: A Quasi-Experimental Study. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2022 Jul;60(7):15–22. Disponible en <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/4857>

60. Guirguis-Younger M, Cappeliez P, Younger A. A community-based intervention for treating depression in seniors. *Can J Nurs Res*. 2008 Mar;40(1):61–79. Disponible en <https://cjnr.archive.mcgill.ca/article/view/2108>
61. Frieswijk N, Steverink N, Buunk BP, Slaets JPJ. The effectiveness of a bibliotherapy in increasing the self-management ability of slightly to moderately frail older people. *Patient Educ Couns*. 2006 May;61(2):219–27. DOI: [10.1016/j.pec.2005.03.011](https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.03.011)
62. Floyd M, Scogin F, McKendree-Smith NL, Floyd DL, Rokke PD. Cognitive Therapy for Depression. *Behav Modif*. 2004 Mar 26;28(2):297–318. DOI: [10.1177/0145445503259284](https://doi.org/10.1177/0145445503259284)
63. Moss K, Scogin F, Di Napoli E, Presnell A. A self-help behavioral activation treatment for geriatric depressive symptoms. *Aging Ment Health*. 2012 Jul 1;16(5):625–35. DOI: [10.1080/13607863.2011.651435](https://doi.org/10.1080/13607863.2011.651435)
64. Onega LL, Abraham IL. Factor structure of the Hamilton Rating Scale for Depression in a cohort of community-dwelling elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997 Jul;12(7):760–4. DOI 10.1002/(SICI)1099-1166(199707)12:7<760::AID-GPS636>3.0.CO;2-P
65. Mottram P, Wilson K, Copeland J. Validation of the Hamilton Depression Rating Scale and Montgomery and Asberg Rating Scales in terms of AGE-CAT depression cases. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000 Dec;15(12):1113–9.
66. Casullo M, Perez. Marcelo. El Inventario De Síntomas SCL-90-R De L. Derogatis. 2008. Disponible en [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/070\\_psicoterapias1/material/inventario\\_sintomas.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf)
67. Kozma A, Stones MJ. The Measurement of Happiness: Development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH). *J Gerontol*. 1980 Nov 1;35(6):906–12. Doi 10.1093/geronj/35.6.906



## 10. ANEXOS

### Anexo 1: Lista de chequeo

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
<b>ABSTRACT</b>			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
<b>METHODS</b>			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10	List and define all outcomes for which data were	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
	a	sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10 b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13 a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
		comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	
<b>RESULTS</b>			
Study selection	16 a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	
	16 b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of	20	For each synthesis, briefly summarise the	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
syntheses	a	characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20 b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20 c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20 d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
<b>DISCUSSION</b>			
Discussion	23 a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
	23 b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23 c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23 d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
<b>OTHER INFORMATION</b>			
Registration and protocol	24 a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24 b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24 c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing	26	Declare any competing interests of review authors.	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
interests			
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

*Tomado de:* Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

## Anexo 2: Clasificación según Revman

### Ameri, 2017

<b>Methods</b>	30 ancianos voluntarios en el grupo experimental y 30 en el grupo de control, mediante muestreo aleatorio simple, con alfabetización adecuada, participación por lo menos 5 sesiones de cursos de audiolibros.
<b>Participants</b>	Jubilados del centro de la Universidad de Ciencias Médicas Shahid Beheshti en 2016, entre 65 a 80 años
<b>Interventions</b>	Se distribuyeron cuestionarios estándar de salud mental (SCL-90-R) al inicio y al final de toda la intervención. Se impartieron cursos de audiolibros para el grupo experimental durante 1 mes, 2 días a la semana, en 8 sesiones de una hora: los primeros 20 minutos de la sesión escucharon el audiolibro de psicología y, tras 5 minutos de descanso, escucharon el audio libro de poesía durante 10 o 15 minutos. Los últimos 20 minutos de la sesión se realizaron con contenidos diferentes (religión o ficción). Cuando por diferentes motivos no asistían, escuchaban el audiolibro en casa.
<b>Outcomes</b>	SCL-90-R: mide aspectos psicológicos de enfermedades físicas y mentales. Las respuestas a cada una de sus 90 preguntas se valoran en una escala de malestar de 5 desde "nunca" hasta "fuertemente". Abarca 9 síntomas de enfermedades mentales: quejas somáticas, obsesión y compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, agresividad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicosis. Fiabilidad de la herramienta de recogida de datos: coeficiente $\alpha$ de Cronbach Análisis de datos: programa SPSS 24. Pruebas estadísticas: métodos estadísticos descriptivos, valores de tendencia central (media, mediana y moda), dispersión (desviación estándar, rango, observación mínima y máxima) y distribución (asimetría y curtosis), gráfico circular, gráfico de barras, gráfico lineal e histograma de rangos de frecuencia y métodos estadísticos inferenciales, prueba de Kolmogorov-Smirnov de 1 muestra, prueba t de muestras independientes, prueba t de muestras emparejadas, análisis de covarianza (ANCOVA) y prueba de Friedman. Nivel de significancia para todas las pruebas se consideró de 0,05.
<b>Notes</b>	No hay diferencias significativas entre la salud mental y sus dimensiones en las personas mayores que no participaron en los talleres de audiolibros, pero la diferencia entre las puntuaciones medias del posttest y el pretest en el grupo experimental fueron significativas (más de 0,5). La participación en talleres de audiolibros reduce las dimensiones de la salud mental en las personas mayores, y esta diferencia en la "salud mental" en el grupo experimental es positiva. La participación en talleres de audiolibros tiene el mayor impacto en la "depresión" y el menor efecto en las "dolencias somáticas" de las personas mayores.

## Floyd, 2004

<b>Methods</b>	Reclutamiento de voluntarios por medio de periodicos, folletos, television y charlas, comenzó en septiembre de 1995 y se prolongó hasta junio de 1997.
<b>Participants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 60 años de edad</li> <li>* Ausencia de tratamiento psicológico o psiquiátrico concurrente</li> <li>* Ausencia de trastornos mentales evidentes o autodeclarados, trastorno bipolar, alcoholismo o dependencia de sustancias, o riesgo inmediato de suicidio</li> <li>* Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o Depresión Menor o Distimia (puntuación de 10 o superior en la Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton)</li> <li>* Ausencia de deterioro cognitivo aparente, como lo demuestra una puntuación de 8 o superior en el Cuestionario de Estado Mental</li> </ul> <p>35 mujeres y 11 hombres  Edad media de 68 años (entre 60 y 80)  Nivel medio de educación formal era de 14 años (entre 9 y 22)  43 eran caucásicos, 2 afroamericanos y 1 hispanoamericano  El 41% estaban casados y el 43% vivían solos  El 17% tenían antecedentes de hospitalización psiquiátrica y el 26% tomaba actualmente medicación antidepresiva  La diferencia en el momento de la evaluación introdujo la posibilidad de que influencias externas afectasen de forma diferencial a los resultados</p>
<b>Interventions</b>	<p>Se asignaron los paciente a Biblioterapia de tratamiento inmediato, psicoterapia individual de tratamiento inmediato o tratamiento diferido (periodo de espera de 4 semanas, despues del mes, la mitad recibieron biblioterapia y la otra mitad psicoterapia individual.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Participantes en biblioterapia: debían leer el libro -Sentirse bien - y completar todos los ejercicios en un mes; el número de páginas leídas del libro sirvió como medida de la realización de los deberes ya que se evaluó durante los contactos telefónicos semanales (supervisa el cumplimiento de las condiciones del tratamiento, anotar si recibían al mismo tiempo algún otro tratamiento psicológico y evaluar su salud mental, en 5 minutos o menos) .</li> <li>* Participantes en la condición de psicoterapia individual: recibieron de 12 a 20 sesiones de terapia cognitiva administradas por uno de seis terapeutas, en programa de 2 sesiones semanales durante las primeras 4 semanas y luego sesiones semanales durante las 8 a 12 semanas restantes. El número y el tipo de deberes variaron en función de las necesidades específicas del participante, el terapeuta calificaba al participante según el porcentaje de deberes completados. La evaluación de seguimiento se realizó 3 meses después de finalizar el tratamiento, en cada evaluación, se administraron primero las medidas basadas en entrevistas, seguidas de las medidas de autoinforme (instrumentos de autoinforme: GDS, el BSI y el test cognitivo de biblioterapia).</li> </ul>
<b>Outcomes</b>	<p>14 participantes abandonaron el estudio antes de la evaluación posterior al tratamiento: 4 decidieron probar la medicación en su lugar, 3 tenían problemas de salud importantes, 3 estaban demasiado ocupados, 2 pensaban que el tratamiento implicaba demasiado trabajo, 1 se mudó de ciudad y 1 aumentó su dosis de antidepresivo sin darse cuenta de que violaba el protocolo del estudio. Un participante adicional del grupo de tratamiento diferido no estaba deprimido en el momento T2 y decidió no participar en el tratamiento. Así, un total de 31 participantes completaron el tratamiento.</p> <p>Una tasa de abandono del 30% no es inusual en los estudios de tratamiento psicoterapéutico</p>
<b>Notes</b>	<p>Medidas de gravedad de la depresión fueron la Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton (HRSD) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Inventario Breve de Sintomas (BSI) para proporcionar una indicación de la patología global.</p> <p>Para comprobar la manipulación de los tratamientos: la realización de los deberes, puntuación en un test de Cognitive Bibliotherapy Test y la Cognitive Therapy Scale</p>

**FloydM, 2006**

<b>Methods</b>	Reclutan voluntarios del estudio 2004, asignados aleatoriamente a biblioterapia y psicoterapia, VS grupo control (no participantes).
<b>Participants</b>	31 participantes del estudio de tratamiento inicial (Floyd, 2004) completaron la evaluación posterior al tratamiento y cumplieron los requisitos para participar en el estudio, el tamaño final de la muestra de seguimiento (2 años) fue de 23 participantes (11 en biblioterapia y 12 en psicoterapia cognitiva individual), eran muy similares a los 8 participantes elegibles que no participaron en el seguimiento de 2 años (no participantes).
<b>Interventions</b>	Se les administró el HRSD, el GDS, las preguntas sobre trastornos del estado de ánimo de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997) y un cuestionario de seguimiento por teléfono.
<b>Outcomes</b>	Los participantes de seguimiento como grupo también lograron una reducción significativa de la depresión desde antes hasta después del tratamiento, tanto en el HRSD como en el GDS. Los participantes de seguimiento como grupo también lograron una reducción significativa de la depresión desde antes hasta después del tratamiento, tanto en el HRSD como en el GDS.
<b>Notes</b>	La única diferencia entre los participantes de seguimiento y los no participantes fue en el nivel de depresión, los participantes obtuvieron puntuaciones más bajas en la GDS después del tratamiento. 17 de los 23 participantes en el seguimiento mantuvieron o mejoraron su estado diagnóstico durante el período de seguimiento, mientras que 6 experimentaron al menos un episodio depresivo mayor.

## Moss, 2012

<b>Methods</b>	<p>Reclutados en dos lugares distintos:          (1) en un radio de 60 millas de Tuscaloosa, Alabama          (2) en un radio de cinco millas de Jamestown, Nueva York.          La muestra final consistió en 26 participantes con 13 participantes asignados al azar a cada una de las dos condiciones de tratamiento.</p>
<b>Participants</b>	<p>75% mujeres          Incluidos:          *Vivieran en la comunidad          *Entre 65 y 89 años          *Puntuación de 33 o más en la Entrevista Telefónica para el Estado Cognitivo Modificada (TICS-M; Welsh, Breithner, &amp; Magruder-Habib, 1993) para descartar una posible demencia          *Puntuación de al menos cinco en el cribado telefónico GDS.          Excluidos:          *Tendencias suicidas activas          *No estables con medicación antidepresiva o ansiolítica durante al menos 1 mes          *Trastorno psicótico o por consumo de sustancias          *Recibiendo psicoterapia en ese momento          *No saben leer</p>
<b>Interventions</b>	<p>Intervención inmediata frente a control diferido del tratamiento          Tiempo 1: evaluación previa al tratamiento para el grupo inmediato, intervención durante 4 semanas, mientras que los del grupo de control tuvieron un retraso de 4 semanas          Tiempo 2: se volvió a evaluar a los participantes, evaluación posterior al tratamiento para los individuos del grupo de tratamiento inmediato y como evaluación previa al tratamiento para los del grupo de control de tratamiento retrasado, los participantes del grupo de tratamiento diferido iniciaron su periodo de intervención de 4 semanas          Tiempo 3: los participantes del grupo de tratamiento inmediato recibieron una evaluación de seguimiento de 1 mes, mientras que los participantes del grupo de control de tratamiento diferido recibieron una evaluación posterior al tratamiento          Tiempo 4: A los participantes del grupo de control de tratamiento diferido sólo se les administró una evaluación de seguimiento de 1 mes          El investigador sugirió la cantidad de lectura y ejercicios que debían realizarse cada semana antes del inicio del tratamiento mediante listas de control diarias. Por lo tanto, los porcentajes semanales recogidos por teléfono se basaban en la cantidad de material que se sugería completar          Sin embargo, se obtuvo una medida más objetiva de los ejercicios escritos completados mediante un recuento físico del número de ejercicios escritos fotocopiados completados en una carpeta proporcionada por el personal antes</p>
	del tratamiento.
<b>Outcomes</b>	<p>Semanalmente, a lo largo de la fase de tratamiento, el personal de investigación registraba el porcentaje de páginas leídas y de ejercicios escritos completados, según informaba el participante por teléfono. Los participantes en tratamiento fueron contactados por teléfono semanalmente. El propósito de estos breves contactos telefónicos de 5-10 minutos era comprobar si había alguna pregunta general sobre el estudio, controlar los síntomas depresivos, asegurarse de que los participantes no experimentaban ningún deterioro notable de los síntomas y comprobar el progreso en las lecturas y las tareas escritas.</p>
<b>Notes</b>	<p>Las variables continuas (es decir, edad, educación, capacidad cognitiva, frecuencia lectora y disfrute, y puntuaciones previas al tratamiento en el HRSD y el GDS) se evaluaron mediante una serie de pruebas t de muestras independientes y no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento. Se utilizó la prueba de probabilidad exacta de Fisher para comparar variables categóricas con dos categorías (es decir, sexo, centro, finalización del estudio y presencia de problemas de lectura) y no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento. Para las variables categóricas con tres o más niveles (es decir, raza, estado civil y estado de salud global autoevaluado), se examinaron visualmente las frecuencias celulares y los análisis sugirieron que el procedimiento de aleatorización produjo grupos relativamente equivalentes.</p>

## Younger, 2008

<b>Methods</b>	<p>Se invitó a participar en el estudio, de forma voluntaria</p> <p>Diseño experimental de sujeto único utilizado para inferir una relación causa-efecto entre una intervención y una medida dependiente</p> <p>Serie A: examina la viabilidad y eficacia de la intervención biblioterapéutica.</p> <p>Serie B: examina el papel único de las actividades placenteras como elemento clave de la intervención.</p> <p>Serie C: replica los resultados observados en la serie B.</p> <p>En cada serie, las enfermeras identificaron a dos personas adecuadas como participantes en la investigación y dedicaron unos 15 minutos a la semana a cada una, proporcionándoles apoyo y aclarándoles el material del programa.</p>
<b>Participants</b>	<p>Seis clientes de la VON que recibían atención médica domiciliaria para diversas afecciones crónicas y agudas, que fueron remitidos al estudio por la VON debido a que presentaban síntomas depresivos.</p> <p>Excluidos: individuos que recibían otras formas de intervención psicoterapéutica (excepto los que habían sido estabilizados con fármacos), deterioro cognitivo definitivo y la tendencia suicida grave.</p> <p>Ninguno de los participantes experimentó interrupción de los servicios médicos de VON durante el transcurso de la intervención.</p>
<b>Interventions</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. recoger una medida de línea de base del estado de ánimo deprimido</li> <li>2. introducir la intervención de biblioterapia de seis sesiones, de 6 semanas de duración</li> <li>3. evaluar los cambios en el estado de ánimo concurrentes con su implementación</li> <li>4. evaluación de seguimiento del estado de ánimo 3 meses después de finalizar la intervención.</li> </ol> <p>Se indicó a los participantes que completaran esta valoración del estado de ánimo una vez al día a la misma hora, preferiblemente a la hora de acostarse</p>
<b>Outcomes</b>	<p>Se encontró mejoría de los síntomas asociado a la realización de actividades placenteras entre estas la biblioterapia</p>
<b>Notes</b>	<p>La respuesta a las intervenciones se midieron en cada participante por medio de las puntuaciones obtenidas de la GDS y la HRSD</p>

## Zhang, 2022

<b>Methods</b>	<p>Enfoque cuasiexperimental, de grupo único, con encuesta previa y posterior. Se utilizaron la Escala de Optimismo-Pesimismo (OPS) y la Escala de Felicidad de la Universidad Memorial de Nueva Zelanda (MUNSH) para evaluar la orientación vital y el bienestar subjetivo de los participantes, respectivamente, se evaluaron al inicio y 6 semanas después de la intervención.</p>
<b>Participants</b>	<p>Se seleccionaron 65 adultos mayores de un hogar de ancianos en la provincia de Henan</p> <p>Los criterios de inclusión fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Mayores de 65 años</li> <li>* Tiempo de residencia mayor de 2 meses en el hogar</li> <li>* Puntaje mayor de 8 puntos en el test Mental Abreviado</li> <li>* Comunicación efectiva</li> <li>* Formulario de consentimiento informado firmado</li> </ul> <p>Los criterios de exclusión fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Participaban en psicoterapia o iniciaban psicoterapia durante el estudio</li> <li>* Analfabetos</li> <li>* Enfermedades somáticas graves</li> <li>* Discapacidad auditiva grave</li> <li>* Más de tres ausencias</li> </ul> <p>Durante la intervención, un participante se perdió debido a fractura y hospitalización, quienes completaron toda la intervención 64 adultos con edad media de 75,76 años (DE = 7,02). Treinta y seis (56,25%) participantes eran mujeres.</p>
<b>Interventions</b>	<p>Seguimiento después de 6 semanas. De noviembre de 2020 a enero de 2021. Se seleccionaron al azar 440 ancianos de ocho residencias de cuatro ciudades con distintos niveles económicos (Zhengzhou, Xinyang, Xinxiang y Weihui, provincia de Henan) y se investigaron sus necesidades de lectura mediante un cuestionario elaborado por ellos mismos.</p> <p>Se numeraron todos los materiales de DBMD del 001 al 327 y se seleccionaron 54 como materiales de intervención mediante una tabla de números aleatorios generada por ordenador.</p> <p>65 ancianos asistieron a una intervención de lectura en grupo de 6 semanas de duración dirigida por un investigador, todos los días laborables por la tarde, los materiales audiovisuales se programaron los miércoles. La duración de la actividad se basó en los deseos de los participantes, pero fue por lo menos 30 minutos, la discusión de cada tema fue de 15 minutos</p>
<b>Outcomes</b>	<p>La mayoría deseaban leer, el 72% tenía una actitud positiva hacia la lectura, 34% de los encuestados leía por interés, el 30,6% por pasar el tiempo y el 27,6% para mejorar sus conocimientos. A la hora de seleccionar el material de lectura: el</p>
	<p>36,5% se centra en el valor de entretenimiento del contenido, el 33,7% en su sentido práctico. Las categorías de material de lectura: actualidad y política (28,4%), atención sanitaria (25%), biografías históricas (18,3%), cultura geriátrica (13,5%) y adaptación psicológica (10%). El 36,9% prefiere los materiales de texto y el 35,9% los audiovisuales, el 81,3% de los encuestados no tenía experiencia con lectores digitales.</p> <p>Tras la intervención, las puntuaciones medias de OPS (<math>p = 0,036</math>) y MUNSH (<math>p = 0,048</math>) fueron estadísticamente significativas.</p>
<b>Notes</b>	<p>A través del desarrollo de un DBMD, implementamos una intervención de biblioterapia para adultos mayores que viven en residencias de ancianos. El presente estudio indica que las materias del DBMD pueden ayudar a los adultos mayores a establecer una mejor tendencia optimista en la vida, mejorar su afecto y experiencia positivos, reducir su afecto y experiencia negativos y mejorar su bienestar subjetivo.</p>