



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MÁSTER EN GERONTOLOGÍA CLÍNICA

CURSO ACADÉMICO: 2023-2024

TRABAJO FÍN DE MÁSTER

**Estructura comparativa del estado anímico del adulto mayor
institucionalizado y el domiciliado privado**

Vanessa Méndez de la Cruz

Febrero 2024

Directora:

Laura Lorenzo López: Profesora Contratada Doctora. Facultad de Ciencias de la Salud. Investigadora del Grupo de Investigación en Gerontología y Geriátrica de la Universidad de A Coruña.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Resumo.....	4
Abstract.....	5
1. Introducción.....	6
1.1. Importancia del lugar de residencia en el estado anímico del adulto mayor.....	8
1.2. Justificación y objetivos.....	10
2. Metodología.....	11
2.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	11
2.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	11
2.3. Gestión y extracción de datos.....	11
3. Resultados y discusión.....	12
3.1. Principales factores que influyen en el estado anímico del adulto mayor institucionalizado.....	21
3.2. Factores que influyen en el estado anímico del adulto mayor domiciliado en el hogar.....	23
4. Conclusión.....	27
5. Referencias.....	28

Resumen

Introducción: La presencia de comorbilidades y la disponibilidad de apoyo social son algunos de los factores que determinan la decisión de continuar en el hogar o el traslado a un centro gerontológico, pudiendo ocasionar cambios en el estado anímico del adulto mayor.

Objetivo: Comparar el estado anímico de adultos mayores institucionalizados y aquellos que vive en su hogar. Identificar las diferencias significativas en el bienestar emocional y mental de ambos grupos.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos Web of Science mediante la estrategia de búsqueda: (elder* OR aging OR ageing OR "old* people" OR "old* adults" OR "old* persons" OR aged OR geriatr* OR geront*) AND (institutional* OR "nursing-home" OR "community-dwelling") AND (mood). Se seleccionaron 19 artículos publicados entre 2013 y 2022.

Resultados: Los adultos mayores que viven en sus domicilios suelen gozar de mayor independencia y control sobre sus vidas diarias, lo contribuye a un mayor bienestar psicológico si cuentan con un sistema de apoyo adecuado. Los institucionalizados pueden tener acceso a una atención médica más especializada, pero enfrentan desafíos por la pérdida de independencia y/o autonomía y la necesidad de adaptación al nuevo entorno.

Conclusiones: Los centros geriátricos y el hogar proporcionan de forma independiente factores que fomentan el bienestar emocional y factores de riesgo. Factores como la disponibilidad de apoyo social y oportunidades de socialización, la independencia y autonomía, los cuidados físicos y de salud, ayudan a disminuir experiencias que modifiquen el estado de ánimo de forma negativa independientemente del lugar de residencia.

Palabras clave: adultos mayores institucionalizados, estado anímico, depresión

Resumo

Introdución: A presenza de comorbilidades e a dispoñibilidade de apoio social son algúns dos factores que determinan a decisión de continuar no fogar ou o traslado a un centro xerontolóxico, podendo ocasionar cambios no estado anímico do adulto maior.

Obxectivo: Comparar o estado anímico de adultos maiores institucionalizados e aqueles que vive no seu fogar. Identificar as diferenzas significativas no benestar emocional e mental de ambos os grupos.

Metodoloxía: Realizouse unha revisión bibliográfica na base de datos Web of Science mediante a estratexia de procura: (elder* OR aging OR ageing OR "old* people" OR "old* adults" OR "old* persons" OR aged OR geriatr* OR geront*) AND (institutional* OR "nursing-home" OR "community-dwelling") AND (mood). Seleccionáronse 19 artigos publicados entre 2013 e 2022.

Resultados: Os adultos maiores que viven nos seus domicilios adoitan gozar de maior independencia e control sobre as súas vidas diarias, contribuendo a un maior benestar psicolóxico se contan cun sistema de apoio adecuado. Os institucionalizados poden ter acceso a unha atención médica máis especializada, pero enfrontan desafíos pola perda de independencia e/o autonomía e a necesidade de adaptación á nova contorna.

Conclusións: Os centros xeriátricos e o fogar proporcionan de forma independente factores que fomentan o benestar emocional e factores de risco. Factores como a dispoñibilidade de apoio social e oportunidades de socialización, a independencia e autonomía, os coidados físicos e de saúde, axudan a diminuír experiencias que modifiquen o estado de ánimo de forma negativa independentemente do lugar de residencia.

Palabras chave: adultos maiores institucionalizados, estado anímico, depresión

Abstract

Introduction: The presence of comorbidities and the availability of social support are some of the factors that determine the decision to continue at home or transfer to a gerontological center, and may cause changes in the mood of the older adult.

Objective: To compare the mood of institutionalized older adults and those who live at home. To identify significant differences in the emotional and mental well-being of both groups.

Methodology: A literature review was conducted in the Web of Science database using the search strategy: (elder* OR aging OR aging OR aging OR "old* people" OR "old* adults" OR "old* persons" OR aged OR geriatr* OR geront*) AND (institutional* OR "nursing-home" OR "community-dwelling") AND (mood). Nineteen articles published between 2013 and 2022 were selected.

Results: Older adults living at home tend to enjoy greater independence and control over their daily lives, which contributes to greater psychological well-being if they have an adequate support system. Those institutionalized may have access to more specialized medical care, but face challenges due to loss of independence and/or autonomy and the need to adapt to the new environment.

Conclusions: Geriatric facilities and home independently provide factors that promote emotional well-being and risk factors. Factors such as the availability of social support and opportunities for socialization, independence and autonomy, physical and health care, help to diminish mood-altering experiences in a negative way regardless of the place of residence.

Key words: institutionalized older adults, mood, depression.

1. Introducción

El envejecimiento de la población es una tendencia demográfica global que plantea importantes desafíos en términos de atención a la salud y el bienestar de los adultos mayores. A medida que la proporción de personas mayores de 65 años aumenta en todo el mundo, la atención y el cuidado de este segmento de la población se convierten en temas de creciente importancia desde el punto de vista sociosanitario. Dos de las opciones más habituales para el cuidado de los adultos mayores son la institucionalización en residencias de cuidado o centros gerontológicos y el cuidado en el propio hogar privado. Ambos enfoques tienen ventajas y desventajas, y uno de los aspectos cruciales a considerar es el estado anímico de los adultos mayores en estas dos configuraciones de cuidado.

El estado anímico de los adultos mayores, que incluye aspectos como la salud mental, el bienestar emocional y la calidad de vida autopercebida, desempeña un papel fundamental en su calidad de vida y en su capacidad para disfrutar de la vejez de manera plena y significativa. Los trastornos del estado de ánimo incluyen patologías que tienen como principal característica la alteración del humor,¹ que puede causar un gran sufrimiento y afectar negativamente a la vida cotidiana de quien lo padece. Es frecuente que estos síntomas se pasen por alto en los adultos mayores, al coexistir con enfermedades médicas, por lo que las afecciones de salud mental suelen estar infravaloradas e infratratadas en esta población.² Se ha demostrado que los eventos adversos de la vida, como una carga de cuidado para la familia, los cambios en el estado de salud y/o los problemas de relación o interacción social se relacionan con el estado depresivo,³ que si se agrava puede conducir tanto a la hospitalización como a la institucionalización del adulto mayor.⁴ En este sentido, comprender cómo difieren el estado anímico y el bienestar emocional entre los adultos mayores institucionalizados y los que residen en su hogar privado puede ser relevante para tomar decisiones informadas sobre políticas de atención sanitaria y social y proporcionar un cuidado óptimo a esta población.

El espacio físico y las características geográficas del entorno doméstico pueden permitir o dificultar las actividades de la vida diaria (AVD) tales como: la alimentación, aseo, vestuario, entre otros, dado que las actividades físicas no

solo están relacionadas con la movilidad independiente, sino también con un sentido general de autonomía y de tener control sobre la vida cotidiana. Investigaciones de la gerontología geográfica recalcan la importancia acerca del estudio del espacio y cómo los lugares o territorios geográficos pueden afectar o beneficiar al bienestar de los mayores.⁵

Los adultos mayores institucionalizados son aquellos que viven de forma permanente en una residencia, en un ambiente estructurado y supervisado y compartiendo espacio vital con otros residentes, mientras que los que residen en su domicilio privado suelen convivir con familiares y gozar de mayor autonomía en la organización del espacio y las actividades diarias. El deseo de la mayoría de los adultos mayores es permanecer en el domicilio y en su entorno, y, además, hacerlo con calidad de vida y acompañados de los cuidados y tecnologías necesarias para hacerlo posible. En última instancia, es importante considerar que la elección entre la institucionalización y el cuidado en el hogar privado no depende solo de las preferencias individuales, sino también de las necesidades y los recursos disponibles. En todo caso, en la toma de decisiones es fundamental considerar la calidad de la atención, la calidad de vida percibida y el bienestar emocional del adulto mayor. Es importante recordar, además, que las necesidades y circunstancias pueden cambiar con el tiempo, por lo que la situación ideal puede variar a lo largo de la vida de una persona mayor.

Según investigaciones internacionales, las principales razones para trasladarse del hogar a centros geriátricos o gerontológicos a menudo incluyen la disminución del rendimiento físico o la pérdida de capacidad funcional, la falta de asistencia de familiares o tutores y la soledad no deseada, pero también el deseo de un entorno de vida más seguro y cómodo. A medida que los centros gerontológicos van creciendo como necesidad de la comunidad y evolucionando, es importante comprender los factores que contribuyen a una adaptación exitosa.⁶⁻⁷ Algunos informes sugieren que después de la institucionalización, hasta el 90% de las personas mayores están satisfechas con su decisión. No obstante, la preocupación sobre la privacidad, el aislamiento social y la asequibilidad pueden presentar barreras importantes, siendo estos factores de riesgo que predisponen a la presencia de síntomas en la esfera anímica.⁸

1.1. Importancia del lugar de residencia en el estado anímico del adulto mayor

El lugar de residencia es uno de los factores sociodemográficos elementales que caracteriza la vida de los adultos mayores, que se integran a la sociedad en la que interactúan dando y recibiendo. En este sentido, las habilidades de relaciones interpersonales podrían ser un factor importante a la hora de lograr la integración social plena. La importancia de con quién y en qué condiciones viven los adultos mayores afecta en gran medida a su salud física y mental y nivel de vida. Es importante considerar que independientemente de su lugar de residencia (propio apartamento/casa o en una institución), los adultos mayores están sujetos a factores estresantes específicos y a cambios en las actividades cotidianas que se derivan del propio proceso de envejecimiento.

El hogar no sólo satisface las necesidades básicas, biológicas y de seguridad, sino que también es un lugar de actividades cotidianas y de pasar tiempo libre. El confinamiento en el hogar más múltiples enfermedades crónicas en adultos mayores no institucionalizados debe de disponer de un constante monitoreo e intervención de su estado integral de salud. El vínculo entre el desgaste físico y la depresión es muy estrecho, lo cual puede conllevar a un aislamiento social y sentimiento de soledad que se va incrementando a causa de las limitaciones y la presencia de dependencia.⁹ En la dimensión psicológica, el hogar es un lugar de reflexión, retrospectión y evocación de recuerdos. Los adultos mayores que optan por permanecer en sus propios hogares suelen recibir ayuda y cuidados, en caso de necesitarlos, por parte de sus familias, vecinos y voluntarios. Esta forma de ayuda es la más común (el 80% de ese apoyo lo proporcionan asistentes/cuidadores no formales, generalmente mujeres de entre 50 y 60 años).

Se ha observado que entre el 8% y el 16% de los adultos mayores experimentan síntomas de depresión, y se estima que entre el 5% y el 7% tienen un trastorno depresivo mayor diagnosticable. Estos síntomas pueden aumentar el riesgo de sufrir una disminución del rendimiento físico. Los síntomas de ansiedad y depresión por sí solos se asocian con altos grados de deficiencia en los mayores y su nivel de discapacidad aumenta cuando las dos se combinan.¹⁰

Las personas que, por su edad, plurimorbilidad o discapacidad, no sean capaces de satisfacer de forma independiente sus necesidades o realizar sus tareas diarias en el hogar, pueden acogerse a diversas formas de ayuda. La atención a largo plazo está disponible en varios tipos de servicios: hogares diarios de asistencia social y residencias de mayores. El primero de ellos se utiliza para ayudar en las actividades cotidianas, mientras que el segundo está destinado a mejorar la salud. Estos servicios se brindan dentro de una instalación o en el hogar. Los adultos mayores que viven en residencias gerontológicas experimentan dificultades que se ven reforzadas además por la necesidad de permanecer fuera de casa, en un lugar distinto, conviviendo con extraños y necesitando la ayuda de otras personas.¹¹

Para minimizar la incidencia de inestabilidad anímica en adultos mayores es importante conocer los factores de riesgo de acuerdo con su grado de importancia. Esto requiere de una valoración exhaustiva para la prevención y tratamiento de patologías somáticas y mentales crónicas, la provisión de un apoyo social adecuado y la prevención del aislamiento.¹²

El objetivo de este trabajo de fin de máster es llevar a cabo una exhaustiva revisión de la bibliografía sobre el tema, que permita la comparación del estado anímico entre adultos mayores institucionalizados y aquellos que optan por vivir en su hogar privado. Se buscará identificar, además, las diferencias significativas en el bienestar emocional y mental de estos dos grupos. Además, se explorarán factores como el entorno físico y social, la atención médica, la autonomía y la calidad de vida autopercebida, que pueden influir en el estado anímico de los adultos mayores en ambas configuraciones.

En definitiva, este trabajo pretende contribuir al entendimiento de las complejidades asociadas al cuidado de los adultos mayores y proporcionar información relevante para los profesionales sociosanitarios, los responsables de la toma de decisiones y las familias que buscan brindar el mejor cuidado posible a sus seres queridos mayores. Además, se espera que los resultados arrojen luz sobre cómo mejorar la calidad de vida de esta población cada vez más numerosa, promoviendo la atención centrada en la persona y en sus necesidades emocionales y mentales.

El trabajo se organizará de la siguiente manera: (1) en primer lugar, se llevará a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura actualizada sobre el tema, proporcionando una base sólida para la comparación, (2) posteriormente, se presentarán los principales resultados de los estudios revisados, junto con una discusión de sus implicaciones, (3) y finalmente, se extraerán las conclusiones relevantes. Este trabajo tiene como objetivo proporcionar una comprensión más completa del estado anímico de los adultos mayores y cómo este se ve afectado por la elección de la configuración de cuidado. Además, busca resaltar la importancia de considerar el bienestar emocional y mental en la toma de decisiones sobre la atención a la salud de los adultos mayores en un contexto de envejecimiento de la población. La comparación del estado anímico del adulto mayor institucionalizado y el adulto mayor domiciliado de manera privada implica tener en cuenta diversos factores que pueden influir en su bienestar emocional y mental.

1.2. Justificación y objetivos

Comparar el estado anímico de las personas mayores que viven en instituciones y las que viven en sus domicilios es relevante porque podría proporcionar información valiosa para los responsables de diseñar políticas de atención y programas de apoyo a la vejez, ayudando a identificar las áreas en las que se necesita mejorar la atención, ya sea en el ámbito de la atención domiciliaria o en las instituciones. Conocer estas diferencias en el estado anímico también podría ayudar al entorno familiar en la toma de decisiones sobre el cuidado a largo plazo. En última instancia, la comparación puede ser valiosa para promover el bienestar de los adultos mayores y garantizar que reciban la atención y el apoyo adecuados a medida que envejecen.

El objetivo principal del trabajo será:

- Evaluar y comparar el estado anímico entre adultos mayores institucionalizados y aquellos que optan por vivir en su hogar privado

Objetivos específicos:

- Identificar diferencias en el bienestar emocional y mental de estos dos grupos

- Explorar factores como el entorno físico y social, la calidad de la atención, la autonomía y la calidad de vida autopercibida, que pueden influir en el estado anímico de los adultos mayores en ambas configuraciones

2. Metodología

2.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura en la base de datos *Web of Science* con el propósito de sintetizar y analizar la evidencia actual disponible sobre el estado anímico de adultos mayores institucionalizados y domiciliados privados. Se empleó la siguiente estrategia de búsqueda: (elder* OR aging OR ageing OR "old* people" OR "old* adults" OR "old* persons" OR aged OR geriatr* OR geront*) AND (institutional* OR "nursing-home" OR "community-dwelling") AND (mood).

2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Se seleccionaron para su revisión artículos científicos que cumplieren los siguientes criterios de inclusión:

- Estar disponibles a texto completo y escritos en castellano o inglés.
- Estar publicados entre 2013 y 2022.
- Ser artículos originales.
- Incluir poblaciones de adultos mayores con edades de ≥ 60 años.
- Que evalúen la presencia de trastornos del estado de ánimo en adultos mayores institucionalizados en residencias o que se mantienen en viviendas personales, o que comparen ambos ámbitos.
- Que incluyan instrumentos de medida del estado de ánimo validados.

Se excluyeron, cartas al director, libros o capítulos de libro, resúmenes de congresos y cartas al editor.

2.3. Gestión y extracción de datos

Fueron analizados los títulos y resúmenes de los artículos encontrados, y se excluyeron todos aquellos que no cumplieren los criterios de inclusión

establecidos. Los artículos seleccionados como potencialmente relevantes fueron analizados a texto completo para fines de ser elegidos.

Una vez seleccionados los artículos incluidos en la presente revisión, se extrajeron datos relevantes de los estudios, incluyendo los autores y año de publicación, las características de la población estudiada (tamaño, edad, sexo), el tipo de estudio, los instrumentos de medida utilizados para registrar el estado anímico y los principales resultados de los análisis estadísticos (ver diagrama de flujo en la Figura 1).

3. Resultados y discusión

Realizada la búsqueda, se identificaron un total de 1407 publicaciones en WoS. Se procedió a filtrar por idioma (solo castellano e inglés), y se eliminaron 15 trabajos que no cumplían este criterio. Además, 94 publicaciones no se relacionaban con el tema de interés, y 612 artículos se eliminaron por estar publicados fuera del rango de los años establecidos 2013-2022. Por lo tanto, un total de 686 artículos fueron seleccionados como potencialmente relevantes y analizados por título y resumen, quedando 47 para revisar detalladamente a texto completo. Finalmente, se seleccionaron un total de 19 artículos de interés para su revisión una vez eliminados los que no cumplían los criterios ya descritos (Figura 1).

La Tabla 1 recoge las principales características de los 19 artículos seleccionados. Como se muestra en la tabla, solo 6 de los estudios evaluaron el estado anímico de adultos mayores institucionalizados¹³⁻¹⁸ y 13 evaluaron el estado anímico en adultos mayores en su vivienda propia.¹⁹⁻³¹ Las poblaciones estudiadas oscilaron entre $n=60$ ³⁰ y $n=132005$ ¹⁹. El 21% de los estudios se realizaron en Estados Unidos^{20,25,26,30} y el 15,8% en España^{14,15,31}, y el 26,3% eran estudios longitudinales.^{16,17,23,27,28} Los instrumentos más utilizados para evaluar el estado de ánimo fueron la Escala de Depresión Centro Epidemiológico (CES-D)^{14,18,24,27} y el Test de Depresión Geriátrica de Yesavage.^{13,16,20,22,23}

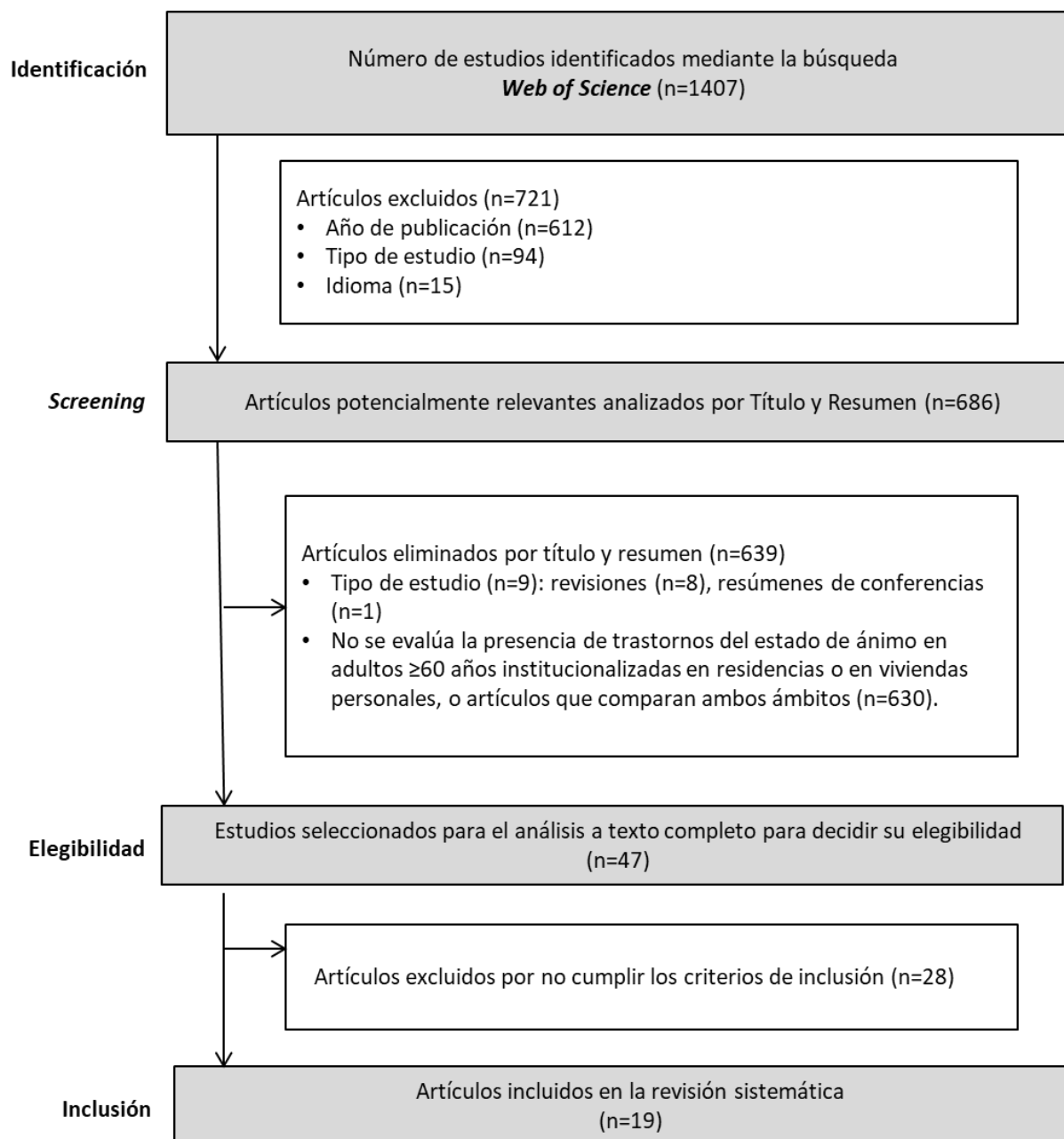


Figura 1 Diagrama de flujo PRISMA para la búsqueda y selección de los estudios primarios

Tabla 1. Principales características de los artículos seleccionados

Autores (año)	País y características de la muestra	Tipo de estudio	Instrumentos para evaluar el estado anímico	Escenario	Principales resultados
Díaz Montecinos et al (2019) ¹³	Chile (n=140, 73,6% mujeres, 72,9% ≥80 años)	Analítico transversal	Test de Depresión Geriátrica de Yesavage y Test de Cornell	Institución	La mitad de los adultos mayores institucionalizados presentaba síntomas depresivos, siendo el principal factor asociado a depresión las visitas esporádicas (menor a 1 vez a la semana) y una tendencia al bajo peso.
Fernández-Pérez et al (2020) ¹⁴	España (n=117, 62-98 años, media 82,9±7,6 años, 31% mujeres)	Transversal	Center for Epidemiological Studies–Depression Scale: CES-D	Institución	Los adultos mayores institucionalizados con alto neuroticismo y que suelen utilizar la descarga emocional y el análisis lógico como estilos de afrontamiento de evitación pueden ser más propensos a presentar síntomas depresivos.
Fernández-Mateos et al (2022) ¹⁵	España (n=20, media 71,2 años, 85,7 mujeres)	Pre-post intervención	Escala VAS de Medición Subjetiva del Estado Emocional Escala de Felicidad Fordyce	Institución	Los programas basados en la reminiscencia son eficaces para mejorar el bienestar y la felicidad percibida en adultos mayores institucionalizados.
Magistro et al (2021) ¹⁶	Italia (n=111, media 82,4±10,5 años)	Intervención longitudinal	Geriatric Depression Scale (GDS)	Institución	El estilo de vida sedentario puede conducir a efectos negativos para la salud

	Grupo experimental (n=69, 87,5% mujeres) Grupo control (n=42, 88,1% mujeres)	cuasiexperimental no aleatorizado			mental, especialmente relacionados con los síntomas depresivos.
Neufeld et al (2014) ¹⁷	Ontario, Canadá. (n=63095, media 83,7±7,2 años, 66,3% mujeres)	Longitudinal	Depression Rating Scale (DRS)	Institución	Los síntomas depresivos estaban presentes en 54,3 casos por cada 100 residentes en la evaluación inicial, aumentando a 60,8 casos por cada 100 residentes en el seguimiento. Aunque los síntomas depresivos empeoraron, aproximadamente el 30% de los residentes mostraron una mejoría de moderada a significativa tras el ingreso. Las tres variables con mayor relación con el riesgo de depresión en la evaluación de seguimiento fueron el deterioro cognitivo y funcional grave y la presencia de dolor.
Furtado et al (2020) ¹⁸	Coimbra, Portugal (n=356 mujeres ≥75 años)	Transversal	Escala de Depresión Centro Epidemiológico (CES-D)	Institución	La depresión surgió como un dominio psicológico importante que explicaba la variación en las puntuaciones de fragilidad

			Escala de satisfacción con la vida (SWLS)		psicológica (FP). El bienestar emocional y el rendimiento cognitivo global están fuertemente asociados con la FP en mujeres mayores.
Okamura et al (2018) ¹⁹	Japón (n=132005, ≥65 años)	Análisis multivariante	Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System - 21 items	Vivienda propia	El 19,5% de los adultos mayores residentes en la comunidad había experimentado un estado de ánimo depresivo durante el último mes. Este grupo también mostraba una mayor fragilidad y una actitud negativa hacia la comunidad.
Tanner et al (2014) ²⁰	EEUU (n=533, media 78,5 años, 76,1% mujeres)	Analítico descriptivo	Geriatric Depression Scale (SF)	Vivienda propia	El 35,9% presentó síntomas depresivos. La disminución de la satisfacción con el apoyo familiar y el estado funcional y el aumento de la soledad fueron predictores independientes significativos del estado de depresión.
Suthutvoravut et al (2019) ²¹	Japón (n=1914, media 72,9±5,5 años, 49,8% mujeres)	Transversal	Kihon Checklist (KCL)	Vivienda propia	La alimentación y el estado de vida se asociaron con una menor fuerza física y estado de ánimo en los hombres, mientras que en las mujeres estos estados se asociaron con puntuaciones más bajas en

					AIVD, socialización, memoria y estado de ánimo.
Lam et al (2017) ²²	Hong Kong, China (n=100, media 70,2±6,3 años, 77 mujeres)	Transversal	Chinese version of Geriatric Depression Scale (GDS; Chiu et al., 1994)	Vivienda propia	Se observó un efecto moderador significativo de los síntomas depresivos en la relación entre la soledad percibida y el estado cognitivo general. La soledad percibida correlacionó negativamente con el estado cognitivo general sólo en los participantes con niveles más altos de estado de ánimo depresivo.
Pek et al (2020) ²³	Singapur (n=229 (media 67,2 años; 72,6% mujeres)	Longitudinal	Escala de depresión geriátrica (GDS)	Vivienda propia	Se observó una asociación entre la prefragilidad social y el bajo rendimiento físico y la baja actividad física, y entre la fragilidad social y los síntomas depresivos, el riesgo de malnutrición, el bajo rendimiento físico y la baja actividad física, en comparación con los individuos sin fragilidad.
Miller et al (2019) ²⁴	Australia (n=586, 65-96 años)	Transversal	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	Vivienda propia	El apoyo social es el predictor más fuerte de la sintomatología depresiva en adultos mayores que viven en la comunidad, particularmente cuando se combina con estados de

					ánimo positivos inducidos por el ejercicio físico.
Kim et al (2022) ²⁵	Austin, Texas, EE UU (n=310, media 73,96 años)	Análisis multinivel	Los participantes calificaron su estado de ánimo utilizando ocho ítems (amado, contento, tranquilo, solitario, aburrido, nervioso, irritado y triste) de la escala de afecto positivo y negativo (Watson et al., 1988).	Vivienda propia	Un mayor uso diario de las redes sociales se asoció con un estado de ánimo más positivo en las personas con una red social relativamente pequeña, pero no en las personas con redes sociales más grandes.
Bickford et al (2019) ²⁶	San Francisco, EEUU (n=88, media 71,5±6,0 años)	Transversal	Hamilton Depression Rating Scale-24 item; HDRS-24), Geriatric Suicide Ideation Scale; GSIS	Vivienda propia	La fragilidad y las medidas subjetivas y objetivas de deterioro funcional están significativamente relacionadas con la ideación suicida, independientemente de la gravedad de la depresión.
Cheng et al (2018) ²⁷	Singapur (n=1417, ≥60 años, media 70,0±6,9 años, 57,8% mujeres)	Longitudinal	Escala de redes sociales de Lubben Escala de Depresión Centro Epidemiológico (CES-D)	Vivienda propia	Los resultados mostraron que una red social más débil estaba relacionada con un sueño más inquieto a través de un estado de ánimo más deprimido.
Yates et al (2017) ²⁸	Reino Unido (n=1344, media 73,7±6,1 años, 63,7% mujeres)	Longitudinal	Geriatric Mental State Automated Geriatric Examination for Computer Assisted	Vivienda propia	Se demostró una clara asociación entre la presencia de quejas subjetivas de memoria y el estado de ánimo, tanto transversalmente como a lo

			Taxonomy (GMS-AGECAT)		largo del tiempo. Los resultados sugieren que los problemas del estado de ánimo estaban más fuertemente relacionados con la presencia quejas que con el deterioro cognitivo objetivo.
Indoumou Peppe et al (2018) ²⁹	República Gabonesa (n=155 >60 años, media 70.1±9,6 años, 94 hombres y 61 mujeres)	Análisis descriptivo y correlacional	The Well-Being Manifestation Measure Scale	Vivienda propia	El apoyo social percibido resultó ser un mediador del bienestar psicológico. Los resultados respaldan la influencia de la relación con los demás en la mejora del bienestar psicológico.
Theeke et al (2013) ³⁰	Virginia, EE UU (n=60, media 69,1±4,7 años)	Estudio descriptivo, transversal	Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale (version 3), the CASP-12 quality of life scale	Vivienda propia	Los participantes con trastornos del estado de ánimo, como ansiedad o depresión, obtuvieron las puntuaciones medias de soledad más altas. La soledad estaba significativamente relacionada con el número total de enfermedades crónicas y el consumo de benzodiazepinas
Oyon et al (2022) ³¹	España (n=216, media 76,5 años; 74% mujeres)	Estudio observacional prospectivo	Hamilton Depression Rating Scale	Vivienda propia	La edad, la presencia de dolor en la escala visual analógica (EVA) y los síntomas depresivos graves o muy graves se asociaron significativamente con la

					incidencia de fragilidad a los 12 meses de seguimiento.
--	--	--	--	--	---

3.1. Principales factores que influyen en el estado anímico del adulto mayor institucionalizado

Las instituciones geriátricas suelen proporcionar servicios y recursos que pueden satisfacer las necesidades básicas de los residentes, como alimentación, atención médica y actividades recreativas. De hecho, los adultos mayores institucionalizados generalmente tienen acceso a atención médica y de enfermería más fácilmente, lo que puede ser beneficioso para aquellos con necesidades específicas de atención médica. Además, en las instituciones suele llevarse a cabo una supervisión continua de la salud, mientras que los adultos domiciliados dependen de citas médicas y visitas de profesionales de salud, requiriendo una mayor responsabilidad personal y de sus familiares para el cuidado de la salud.

Aunque los adultos mayores institucionalizados pueden experimentar un mayor riesgo de aislamiento, algunas instituciones ofrecen una comunidad de apoyo y la oportunidad de establecer nuevas amistades con otros residentes. En general, los residentes pueden beneficiarse de un entorno más seguro, especialmente si tienen problemas de movilidad o seguridad en el hogar.

Algunos estudios ponen de manifiesto que los adultos mayores recién ingresados en instituciones geriátricas suelen mostrar afectación del estado de ánimo, presentando signos y síntomas depresivos, tales como mal humor, tristeza, angustia, y ansiedad, que suelen acompañar a problemas relacionados con el estado nutricional y a la pérdida de peso, sintomatología que se agrava cuando las visitas familiares son esporádicas (menos de una vez por semana).¹³

Un aspecto al que se le presta especial atención en los pacientes institucionalizados es el papel que juegan aspectos relacionados con la personalidad o el estilo de afrontamiento en la capacidad de adaptación al nuevo entorno, que puede dar lugar a sintomatología afectiva. En un estudio transversal llevado a cabo en España se demostró que los adultos mayores institucionalizados con altos niveles de neuroticismo y que suelen utilizar la descarga emocional y el análisis lógico como estilos de afrontamiento de evitación pueden ser más propensos a presentar síntomas depresivos.¹⁴ También se ha observado que la probabilidad de presentar episodios depresivos

y trastornos del estado de ánimo es mayor en el sexo femenino, aunque las intervenciones terapéuticas basadas en la reminiscencia, estrategias de evitación y descarga emocional han mostrado tener efectos positivos sobre el bienestar y la felicidad percibida.¹⁵ Estos resultados sugieren que la participación en una intervención de actividad física puede beneficiar física y mentalmente a los residentes en residencias con y sin demencia.

Además, en un estudio longitudinal llevado a cabo en pacientes institucionalizados en el norte de Italia, se ha demostrado que una intervención sobre el estilo de vida a través de programas de ejercicio físico de al menos 150 minutos de actividades semanales ayuda no solo a reducir los efectos del sedentarismo y los síndromes geriátricos, sino que reducen significativamente el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva.¹⁶

En un estudio longitudinal llevado a cabo en Canadá, se observó que los síntomas depresivos estaban presentes en 54,3 casos por cada 100 residentes en la evaluación inicial, aumentando a 60,8 casos por cada 100 residentes en el seguimiento. Aunque los síntomas depresivos empeoraron, aproximadamente el 30% de los residentes mostraron una mejoría de moderada a significativa tras el ingreso. Se demostró que las tres variables con mayor relación con el riesgo de depresión en la evaluación de seguimiento fueron la presencia de deterioro cognitivo y funcional grave y la presencia de dolor.¹⁷

En la actualidad, se alienta a los profesionales de las instituciones residenciales para mayores a desarrollar la práctica centrada en la persona para incrementar el bienestar psicológico de los mayores. Este enfoque se basa en el respeto mutuo y el desarrollo de una relación terapéutica entre los adultos mayores y el personal de salud a cargo, con el objetivo de proporcionar satisfacción con la atención, participación en la atención, sensación de bienestar y creación de un entorno terapéutico. De esta forma se creará un contexto favorable de relación entre el profesional y los residentes en el que el primero pueda expresar compasión y simpatía hacia los adultos mayores. El profesional también puede incentivar las interacciones sociales entre los residentes con el objetivo de permitirles revivir habilidades sociales como la necesidad de estar con otros, la necesidad de ayudarlos y ser ayudados, y el deseo de conocerlos y ser conocidos. Este entorno de confianza tiene un impacto positivo en bienestar

subjetivo de los mayores. En general, los cuidados profesionales en residencias en conjunto con la medicación ayudan a mitigar los sentimientos de desesperanza, vacío, y alteraciones psicomotoras que puedan producirse.

Intervenciones que han demostrado efectividad en la disminución de la soledad en los adultos mayores es la inclusión en programas como reuniones grupales comunitarias dirigidas a la integración con colegas. Es lógico pensar que, al disminuir la soledad, los terapeutas pueden ayudar al residente a mejorar su práctica de conductas positivas de salud, lo que a su vez podría conducir a resultados favorables en sus enfermedades crónicas.

En mujeres mayores institucionalizadas, se ha identificado la presencia de síntomas depresivos como un factor de riesgo de fragilidad psicológica,¹⁸ que hace referencia a la vulnerabilidad emocional y mental de un individuo. Además, se observó que el grado de bienestar emocional y el rendimiento cognitivo global están fuertemente asociados con dicha fragilidad, aunque hay que considerar que en este estudio solo se incluyeron mujeres.¹⁸

3.2. Factores que influyen en el estado anímico del adulto mayor domiciliado en el hogar

Los adultos mayores que viven en sus propios hogares a menudo mantienen un mayor nivel de independencia en comparación con aquellos que están institucionalizados. Pueden tomar sus propias decisiones sobre sus rutinas diarias, actividades y cuidado personal. En general, estar en su propio entorno puede proporcionar un sentido de familiaridad y comodidad que puede contribuir a un mejor estado anímico. Tienen un mayor control sobre su vida cotidiana, lo que puede incluir la elección de su alimentación, actividades y relaciones sociales. Finalmente, aunque pueden enfrentar desafíos en términos de soledad no deseada y aislamiento, tienen más oportunidades para mantener sus relaciones sociales y conexiones con amigos y familiares que aquellos que están institucionalizados. Otro aspecto importante relacionado con el bienestar emocional es que disponen de mayor flexibilidad de adaptar su entorno y su estilo de vida según sus necesidades y preferencias individuales.

En el contexto domiciliario, los niveles más bajos de percepción de apoyo emocional familiar y la mayor dependencia funcional, así como el sentimiento de

soledad parecen tener un impacto significativo en el estado de ánimo de los adultos mayores, asociándose con valores más altos de síntomas depresivos. En los trabajos analizados, el hecho de vivir solo no fue un predictor significativo de depresión, sin embargo, se destaca la importancia de la soledad percibida, en la que el sentimiento subjetivo de soledad es independiente del entorno social objetivo. En un estudio llevado a cabo en Japón, se observó que el 19,5% de los adultos mayores residentes en la comunidad había experimentado un estado de ánimo depresivo durante el último mes. Este grupo también mostraba una mayor fragilidad y una actitud más negativa hacia la comunidad.¹⁹ En otro estudio se observó una prevalencia de 35,9% de síntomas depresivos, identificándose la disminución de la satisfacción con el apoyo familiar y el estado funcional y el aumento de la soledad como los principales predictores del estado de depresión.²⁰

La alimentación y el estado de vida se asociaron con una menor fuerza física y estado de ánimo en los hombres, mientras que en las mujeres estos estados se asociaron con puntuaciones más bajas en AIVD, socialización, memoria y estado de ánimo.²¹ Se observó un efecto moderador significativo de los síntomas depresivos en la relación entre la soledad percibida y el estado cognitivo general,²² además la soledad percibida correlacionó negativamente con el estado cognitivo general sólo en los participantes con niveles más altos de estado de ánimo depresivo.²² En otro estudio realizado en Singapur, se observó una asociación entre la prefragilidad social y el bajo rendimiento físico y la baja actividad física, y entre la fragilidad social y los síntomas depresivos, el riesgo de malnutrición, el bajo rendimiento físico y la baja actividad física, en comparación con los individuos sin fragilidad.²³ Por lo tanto, en consonancia con un enfoque de ciclo de vida hacia el envejecimiento saludable, los resultados de todos estos estudios sugieren el posible papel de las intervenciones basadas en la comunidad para abordar el impacto nocivo de la fragilidad social en adultos mayores no frágiles, como programas que promuevan la interacción social, participación en actividades físicas y compartir comidas nutritivas para construir capital social y reservas intrínsecas a través de redes sociales y participación comunitaria.²⁰⁻²³

El apoyo social se ha identificado como el predictor más fuerte de la sintomatología depresiva en adultos mayores que viven en la comunidad, particularmente cuando se combina con estados de ánimo positivos inducidos por el ejercicio físico.²⁴

Otros factores que pueden afectar al bienestar emocional son los relacionados con la salud física, como la presencia de condiciones crónicas y/o dolor, o de discapacidad o limitaciones físicas que afecten a la autonomía o a la capacidad funcional. Además, parece fundamental la calidad del entorno del hogar en cuanto a la comodidad, nivel de seguridad y grado de autonomía del ambiente doméstico.

Los déficits en el estado de ánimo, la autoeficacia y el apoyo social son indicadores útiles para identificar aquellos que son susceptibles a los síntomas depresivos en la adultez tardía. Por lo tanto, los médicos e investigadores pueden utilizar estos factores para identificar a personas que presentan mayor vulnerabilidad de depresión, en particular aquellas con trastornos psiquiátricos comórbidos o con tasas más bajas a búsqueda de tratamiento.

La bibliografía sugiere que las relaciones sociales limitadas y la baja participación con la familia, los amigos y los grupos sociales se relacionan con la ideación suicida. De hecho, el vínculo entre la carga de discapacidad debido a limitaciones sociales, interpersonales, físicas y la ideación suicida puede ser un proceso de declive que se refuerza en la adultez tardía, especialmente entre aquellos que ya sufren de depresión. Los lazos sociales en la vida cotidiana pueden proporcionar un contexto importante para las experiencias sociales en línea, de forma que las personas con más uso de las redes sociales y más encuentros en persona reportaron un estado de ánimo menos negativo.²⁵

La depresión mayor, la gravedad de los síntomas depresivos y la ansiedad tienen un impacto significativo en la fragilidad. El control de la depresión es un elemento clave para prevenir, no solo la fragilidad, sino también posibles consecuencias como caídas, discapacidad, dependencia funcional, etc. En cuanto a los factores sociales, se evidenció que un mayor nivel educativo e ingresos más altos son factores protectores cruciales de fragilidad en vista de que las inequidades sociodemográficas acerca de la salud se suelen pasar por alto cuando se es

carente de estos recursos. Es importante considerar que la fragilidad y tanto las medidas subjetivas como objetivas de deterioro funcional están significativamente relacionadas con la ideación suicida, independientemente de la gravedad de la depresión.²⁶

El envejecimiento se asocia con un ritmo circadiano atenuado que interrumpe la regulación del sueño y del estado de ánimo. Varios cambios relacionados con la edad aumentan los despertares nocturnos, la fragmentación del sueño en los mayores y estas están relacionadas con síntomas depresivos. Psicológicamente, las personas deprimidas pueden reflexionar sobre sus pensamientos negativos, y tal excitación deteriora la calidad del sueño. Simultáneamente, la alteración del sueño, que podría considerarse como un estresor, puede elevar los síntomas depresivos al despertar creencias desadaptativas y desesperanza. Los resultados un estudio longitudinal llevado a cabo en Singapur mostraron que una red social más débil estaba relacionada con un sueño más inquieto a través de un estado de ánimo más deprimido.²⁷

En el ámbito de lo cognitivo, los estudios longitudinales demuestran que los síntomas de ansiedad y depresión se asocian significativamente con la presencia de quejas subjetivas de memoria, y además los síntomas de depresión se asocian con la aparición de deterioro cognitivo leve.²⁸

En definitiva, un factor que resulta fundamental en el bienestar psicológico en los adultos mayores es el apoyo social percibido por parte de sus familias o de otros. Desde una perspectiva social la promoción del apoyo social percibido y el amor compasivo en el envejecimiento podría fomentar el bienestar psicológico y un sentimiento de pertenencia a un grupo, lo que puede proteger a las personas mayores del aislamiento y la exclusión debido a su edad independientemente del lugar en el que viva.²⁹

Dentro de los signos y síntomas destacados en los trastornos anímicos está la soledad, la cual se potencia altamente en la adultez tardía cuando está asociada a comorbilidades físicas destacando las enfermedades cardíacas y pulmonares por ser derivada de los síntomas somáticos presentados en la ansiedad y depresión, creando una alta incidencia en casos de fragilidad física y psicológica e incremento del dolor físico y de la polifarmacia.³⁰⁻³¹ Así, la soledad se ha

relacionado significativamente con el número total de enfermedades crónicas y el consumo de benzodiazepinas.³⁰

4. Conclusión

Los adultos mayores que viven en sus domicilios particulares suelen gozar de mayor independencia y control sobre sus vidas diarias, lo que puede contribuir a un mayor bienestar psicológico y emocional si cuentan con un sistema de apoyo adecuado. Por otro lado, los adultos mayores institucionalizados pueden tener acceso a una atención más estructurada y a servicios de atención médica más especializada, pero pueden enfrentar desafíos relacionados con la pérdida de independencia y/o autonomía y la necesidad de adaptación a un nuevo entorno. La calidad de la atención y el apoyo emocional percibido son factores críticos que influyen en el estado anímico en ambas configuraciones.

5. Referencias

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a ed), España. Masson; 2002; pp. 323.
- 2) OMS. Salud mental de los adultos mayores. 20 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
- 3) Oyon J, Serra-Prat M, Ferrer M, Llinares A, Pastor N, Limón E, Rejón T, Ramírez S, Saliotti A. Psychosocial factors associated with frailty in the community-dwelling aged population with depression. A cross-sectional study. *Aten Primaria* 2021;53(5):102048. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102048.
- 4) Laffan AJ, Millar JF, Salkovskis PM, Whitby P. Investigating perceptions of disgust in older adult residential home residents. *Aging Ment Health* 2017;21(2):206-15. doi: 10.1080/13607863.2015.1093600.
- 5) Lahti AM, Mikkola TM, Salonen M, Wasenius N, Sarvimäki A, Eriksson JG, von Bonsdorff MB. Mental, Physical and Social Functioning in Independently Living Senior House Residents and Community-Dwelling Older Adults. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(23):12299. doi: 10.3390/ijerph182312299.
- 6) Ewen HH, Chahal J. Influence of Late Life Stressors on the Decisions of Older Women to Relocate into Congregate Senior Housing. *J Hous Elderly* 2013;27(4):392-408. doi: 10.1080/02763893.2013.813428.
- 7) Jolanki OH. Senior Housing as a Living Environment That Supports Well-Being in Old Age. *Front Public Health* 2021;8:589371. doi: 10.3389/fpubh.2020.589371.
- 8) Das Gupta D, Kelekar U, Rice D. Associations between living alone, depression, and falls among community-dwelling older adults in the US. *Prev Med Rep* 2020;20:101273. doi: 10.1016/j.pmedr.2020.101273.
- 9) Kim YR, Jung HS. Effects of Social Interaction and Depression on Homeboundness in Community-Dwelling Older Adults Living Alone. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(6):3608. doi: 10.3390/ijerph19063608.

- 10) Staples WH, Kays A, Richman R. Examination of the Correlation Between Physical and Psychological Measures in Community-Dwelling Older Adults. *Clin Interv Aging* 2020;15:293-300. doi: 10.2147/CIA.S239053.
- 11) Michalik-Marcinkowska U, Kiełtyka, A, Buława B. The impact of place of residence on the sense of coherence of population aged 60–89: Evidence from Poland. *Sustainability* 2022;14(1):515. doi: 10.3390/su14010515 2022; 2(14): 34-86.
- 12) Wu CS, Yu SH, Lee CY, Tseng HY, Chiu YF, Hsiung CA. Prevalence of and risk factors for minor and major depression among community-dwelling older adults in Taiwan. *Int Psychogeriatr.* 2017;29(7):1113-1121. doi: 10.1017/S1041610217000199.
- 13) Díaz Montecinos D, Aránguiz S, Fariás N, Godoy D, Silva N, Durán Aguëro S. Factors associated with depressive symptoms in institutionalized elderly adults. *Nutr Clin Diet Hosp* 2019;39(2):34-9. doi: 10.12873/392diaz.
- 14) Fernández-Pérez D, Ros L, Escribano F, Serrano JP. Reminiscence, personality, coping and mood state in institutionalised older adults: A cross-sectional study. *Psychogeriatrics* 2020;20(3):310-20. doi: 10.1111/psyg.12500.
- 15) Fernández-Mateos LM, Alarcón MA, Cabaco AS, Ramírez MM. Intervention with institutionalized elderly adults to improve well-being and happiness. *Cauriensa* 2022;17:151-70. doi: 10.17398/2340-4256.17.151
- 16) Magistro D, Carlevaro F, Magno F, Simon M, Camp N, Kinrade N, Zecca M, Musella G. Effects of 1 year of lifestyle intervention on institutionalized older adults. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(14):7612. doi: 10.3390/ijerph18147612.
- 17) Neufeld E, Freeman S, Joling K, Hirdes JP. "When the golden years are blue": Changes in depressive symptoms over time among older adults newly admitted to long-term care facilities. *Clin Gerontol* 2014;37(3):298-315. doi: 10.1080/07317115.2014.885919.
- 18) Furtado GE, Caldo A, Vieira-Pedrosa A, Letieri RV, Hogervorst E, Teixeira AM, Ferreira JP. Emotional well-being and cognitive function have robust

relationship with physical frailty in institutionalized older women. *Front Psychol* 2020;11:1568. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01568

19) Okamura T, Ura C, Miyamae F, Sugiyama M, Inagaki H, Ayako E, Hiroshi M, Motokawa K, Awata S. Prevalence of depressed mood and loss of interest among community-dwelling older people: Large-scale questionnaire survey and visiting intervention. *Geriatr Gerontol Int* 2018;18(11):1567-72. doi: 10.1111/ggi.13526.

20) Tanner EK, Martinez IL, Harris M. Examining functional and social determinants of depression in community-dwelling older adults: implications for practice. *Geriatr Nurs* 2014;35(3):236-40. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.04.006.

21) Suthutvoravut U, Tanaka T, Takahashi K, Akishita M, Iijima K. Living with family yet eating alone is associated with frailty in community-dwelling older adults: The Kashiwa Study. *J Frailty Aging* 2019;8(4):198-204. doi: 10.14283/jfa.2019.22.

22) Lam CLM, Yu J, Lee TMC. Perceived loneliness and general cognitive status in community-dwelling older adults: the moderating influence of depression. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn* 2017;24(5):471-480. doi: 10.1080/13825585.2016.1226246.

23) Pek K, Chew J, Lim JP, Yew S, Tan CN, Yeo A, Ding YY, Lim WS. Social Frailty Is independently associated with mood, nutrition, physical performance, and physical activity: Insights from a theory-guided approach. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(12):4239. doi: 10.3390/ijerph17124239.

24) Miller KJ, Mesagno C, McLaren S, Grace F, Yates M, Gomez R. Exercise, mood, self-efficacy, and social support as predictors of depressive symptoms in older adults: Direct and interaction effects. *Front Psychol* 2019;10:2145. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02145.

25) Kim YK, Fingerman KL. Daily social media use, social ties, and emotional well-being in later life. *J Soc Pers Relat* 2022;39(6):1794-813. doi: 10.1177/02654075211067254.

26) Bickford D, Morin RT, Woodworth C, Verduzco E, Khan M, Burns E, Nelson JC, Mackin RS. The relationship of frailty and disability with suicidal ideation in

late life depression. *Aging Ment Health* 2021;25(3):439-44. doi: 10.1080/13607863.2019.1698514.

27) Cheng GH, Malhotra R, Chan A, Østbye T, Lo JC. Weak social networks and restless sleep interrelate through depressed mood among elderly. *Qual Life Res* 2018;27(10):2517-24. Doi: 10.1007/s11136-018-1895-3.

28) Yates JA, Clare L, Woods RT; MRC CFAS. Subjective memory complaints, mood and MCI: a follow-up study. *Aging Ment Health* 2017;21(3):313-21. doi: 10.1080/13607863.2015.1081150.

29) Indoumou Peppe C, Altintas E, Ngoma Voumbi E, Guerrien A. Personality, Relationships with others and psychological well-being: a pilot study on the Gabonese older people. *J Happiness Stud* 2018;19(7):1965-79. doi: 10.1007/s10902-017-9900-z.

30) Theeke LA, Mallow J. Loneliness and quality of life in chronically ill rural older adults. *Am J Nurs* 2013;113(9):28-37; quiz 38. doi: 10.1097/01.NAJ.0000434169.53750.14.

31) Oyon J, Serra-Prat M, Limon E, Ferrer M, Pastor N, Palomera E, Burdoy E. Depressive symptom severity is a major risk factor for frailty in community-dwelling older adults with depression. A prospective study. *Fam Pract* 2022;39(5):875-82. doi: 10.1093/fampra/cmab174.

14) Okamura T, Ura C, Miyamae F, Sugiyama M, Inagaki H, Ayako E, Hiroshi M, Motokawa K, Awata S. Prevalence of depressed mood and loss of interest among community-dwelling older people: Large-scale questionnaire survey and visiting intervention. *Geriatr Gerontol Int* 2018;18(11):1567-72. doi: 10.1111/ggi.13526.

15) Fernández-Pérez D, Ros L, Escribano F, Serrano JP. Reminiscence, personality, coping and mood state in institutionalised older adults: A cross-sectional study. *Psychogeriatrics* 2020;20(3):310-20. doi: 10.1111/psyg.12500.

16) Tanner EK, Martinez IL, Harris M. Examining functional and social determinants of depression in community-dwelling older adults: implications for practice. *Geriatr Nurs* 2014;35(3):236-40. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.04.006.

- 17) Fernández-Mateos LM, Alarcón MA, Cabaco AS, Ramírez MM. Intervention with institutionalized elderly adults to improve well-being and happiness. *Cauriensa* 2022;17:151-70. doi: 10.17398/2340-4256.17.151
- 18) Miller KJ, Mesagno C, McLaren S, Grace F, Yates M, Gomez R. Exercise, mood, self-efficacy, and social support as predictors of depressive symptoms in older adults: Direct and interaction effects. *Front Psychol* 2019;10:2145. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02145.
- 19) Indoumou Peppe C, Altintas E, Ngoma Voumbi E, Guerrien A. Personality, Relationships with others and psychological well-being: a pilot study on the Gabonese older people. *J Happiness Stud* 2018;19(7):1965-79. dDoi: 10.1007/s10902-017-9900-z.
- 20) Magistro D, Carlevaro F, Magno F, Simon M, Camp N, Kinrade N, Zecca M, Musella G. Effects of 1 year of lifestyle intervention on institutionalized older adults. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(14):7612. doi: 10.3390/ijerph18147612.
- 21) Suthutvoravut U, Tanaka T, Takahashi K, Akishita M, Iijima K. Living with family yet eating alone is associated with frailty in community-dwelling older adults: The Kashiwa Study. *J Frailty Aging* 2019;8(4):198-204. doi: 10.14283/jfa.2019.22.
- 22) Theeke LA, Mallow J. Loneliness and quality of life in chronically ill rural older adults. *Am J Nurs* 2013;113(9):28-37; 38. doi: 10.1097/01.NAJ.0000434169.53750.14.
- 23) Kim YK, Fingerman KL. Daily social media use, social ties, and emotional well-being in later life. *J Soc Pers Relat* 2022;39(6):1794-813. doi: 10.1177/02654075211067254.
- 24) Neufeld E, Freeman S, Joling K, Hirdes JP. "When the golden years are blue": Changes in depressive symptoms over time among older adults newly admitted to long-term care facilities. *Clin Gerontol* 2014;37(3):298-315. doi: 10.1080/07317115.2014.885919.
- 25) Lam CLM, Yu J, Lee TMC. Perceived loneliness and general cognitive status in community-dwelling older adults: the moderating influence of depression.

Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn 2017;24(5):471-80. doi: 10.1080/13825585.2016.1226246.

26) Bickford D, Morin RT, Woodworth C, Verduzco E, Khan M, Burns E, Nelson JC, Mackin RS. The relationship of frailty and disability with suicidal ideation in late life depression. *Aging Ment Health* 2021;25(3):439-44. doi: 10.1080/13607863.2019.1698514.

27) Cheng GH, Malhotra R, Chan A, Østbye T, Lo JC. Weak social networks and restless sleep interrelate through depressed mood among elderly. *Qual Life Res* 2018;27(10):2517-24. doi: 10.1007/s11136-018-1895-3.

28) Yates JA, Clare L, Woods RT; MRC CFAS. Subjective memory complaints, mood and MCI: a follow-up study. *Aging Ment Health* 2017;21(3):313-21. doi: 10.1080/13607863.2015.1081150.

29) Furtado GE, Caldo A, Vieira-Pedrosa A, Letieri RV, Hogervorst E, Teixeira AM, Ferreira JP. Emotional well-being and cognitive function have robust relationship with physical frailty in institutionalized older women. *Front Psychol* 2020;11:1568. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01568.

30) Pek K, Chew J, Lim JP, Yew S, Tan CN, Yeo A, Ding YY, Lim WS. Social Frailty Is independently associated with mood, nutrition, physical performance, and physical activity: Insights from a theory-guided approach. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(12):4239. doi: 10.3390/ijerph17124239.

31) Oyon J, Serra-Prat M, Limon E, Ferrer M, Pastor N, Palomera E, Burdoy E. Depressive symptom severity is a major risk factor for frailty in community-dwelling older adults with depression. A prospective study. *Fam Pract* 2022;39(5):875882. doi: 10.1093/fampra/cmab174.