

**Alicia Huerta Raya**

**IMPACTO DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 SOBRE LA SOLEDAD,  
AISLAMIENTO SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN POBLACIÓN ADULTA MAYOR:  
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

**Dirigido por el/la Dr./ Dra. Anna Pedret Figuerola**

**Máster de Envejecimiento y Salud**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Reus**

**2021**

**"TRABAJO DE FIN DE MÁSTER"**  
**Máster de Envejecimiento y salud**

**Evaluación final**

Tutor del estudiante: Dra. Anna Pedret Figuerola

Nombre del estudiante evaluado: Alicia Huerta Raya

<b>Memoria del TFM</b>	
Pon la nota del 0 al 10 dentro de la casilla correspondiente	Nota 0 a 10
<b>Evaluación global del trabajo 10%</b>	<b>0,9</b>
1. Claridad en la formulación de los objetivos y de los problemas	9
2. Coherencia interna del trabajo	10
3. El trabajo muestra el uso del pensamiento crítico	9
4. Relevancia: originalidad e innovación	10
5. Propuesta para la aplicación práctica de los resultados	7
<b>Introducción y justificación 15%</b>	<b>1,2</b>
1. Explicación de las teorías que fundamentan el trabajo	9
2. Síntesis e integración de las teorías y del tema	8
3. Contribución en el avance teórico	8
4. Aportaciones a la sociedad y a la ética profesional	8
<b>Metodología de la investigación 25%</b>	<b>2,3</b>
1. Adecuación de la metodología a la temática	9
2. Instrumentos de investigación apropiados	9
3. Descripción de los métodos utilizados	9
<b>Resultados y discusión 20%</b>	<b>1,6</b>
1. Interpretación de los datos y resultados	8
2. Uso adecuado de los mecanismos de evaluación	8
3. Viabilidad de la propuesta	8
4. Uso adecuado de las herramientas de reflexión	8
5. Figuras y tablas adecuadas	9
<b>Conclusión 20%</b>	<b>1,8</b>
1. Conclusiones relacionadas con los objetivos	9
2. Coherencia y adecuación de las conclusiones	9
<b>Aspectos formales 5%</b>	<b>0,4</b>
1. Orden y claridad en la estructura del trabajo	9
2. Normativa (ortográfica, sintáctica, etc.) y corrección formal	9
3. Referencias bibliográficas actualizadas y formato adecuado	8
<b>Evaluación del proceso: 5%</b>	<b>0,4</b>
1. ha mostrado capacidades de análisis, síntesis y razonamiento y se ve reflejado en el trabajo final	8
<b>Nota total sobre 10 (memoria escrita):</b>	<b>8,7</b>

## ÍNDICE

Resumen .....	1
1 Introducción.....	4
2 Metodología.....	5
2.1 Criterios de elegibilidad.....	6
2.2 Fuentes de información y búsqueda.....	6
2.3 Selección de estudios.....	7
2.4 Proceso de recopilación de datos.....	7
2.5 Evaluación de calidad de los estudios.....	7
3 Resultados.....	7
3.1 Selección de estudios.....	7
3.2 Características de los estudios.....	9
3.3 Riesgo de sesgo del ensayo controlado aleatorio incluido.....	9
3.4 Riesgo de sesgo de los estudios observacionales incluidos.....	10
3.5 Variables de resultado.....	11
3.6 Resultados de las consecuencias del confinamiento durante el COVID-19 sobre la soledad, aislamiento social y salud mental.....	12
4 Discusión.....	25
5 Conclusiones.....	27
6 Bibliografía.....	28
7 ANEXOS.....	31

# **IMPACTO DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 SOBRE LA SOLEDAD, AISLAMIENTO SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN POBLACIÓN ADULTA MAYOR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

## **Resumen**

### **Introducción.**

La pandemia COVID –19 ha afectado a la salud mental y ha generado sentimientos de soledad y aislamiento social en la población adulta mayor sobretodo en el confinamiento total durante los meses de marzo a mayo de 2020.

### **Objetivo.**

El objetivo de esta revisión sistemática es sintetizar la evidencia disponible sobre las consecuencias que ha tenido el confinamiento durante la pandemia por COVID 19 sobre la soledad, el aislamiento social y la salud mental en las personas mayores.

### **Métodos.**

Se realizaron búsquedas en la base de datos Pubmed y Cochrane plus, se incluyeron los estudios que midieron los trastornos psiquiátricos de depresión, ansiedad, apatía, además, de la soledad y el aislamiento social en la población adulta mayor ( $\geq 60$  años).

### **Resultados.**

Se incluyeron un total de 7 artículos, 5 artículos corresponden a estudios observacionales longitudinales, 1 artículo a un estudio observacional transversal y 1 artículo a un ensayo controlado aleatorio (ECA). Los estudios observacionales longitudinales exponen que la soledad, depresión y ansiedad aumentaron significativamente durante la pandemia. El estudio observacional transversal expone que la población mayor sin trastorno afectivo, pero con deterioro cognitivo leve ha sentido un síntomas de depresión, ansiedad y apatía durante el confinamiento total. El ensayo controlado aleatorio incluido observó una disminución en el sentimiento de soledad y en la depresión después de una intervención a través de videoconferencia donde se adquirían habilidades cognitivas de comportamiento para hacer frente al aislamiento.

### **Conclusiones.**

El sentimiento de soledad y aislamiento social incrementaron durante el confinamiento por la pandemia COVID-19. La salud mental también se vio perjudicada observándose un incremento de la

depresión, ansiedad y apatía sobretodo durante el confinamiento total en los meses de marzo y mayo de 2020.

**Palabras claves:** "Salud mental", "Depresión", "Ansiedad", "Apatía" "Soledad" "Aislamiento social".

## **Abstract**

### **Introduction.**

The COVID -19 pandemic has affected mental health and has generated feelings of loneliness and social isolation in the elderly population, especially during total confinement from March to May 2020.

### **Objective.**

The objective of this systematic review is to synthesize the available evidence on the consequences that confinement during the COVID 19 pandemic has had on loneliness, social isolation and mental health in older people.

### **Methods.**

The Pubmed and Cochrane plus databases were searched, studies that measured psychiatric disorders of depression, anxiety, apathy, in addition to loneliness and social isolation in the older adult population ( $\geq 60$  years) were included.

### **Results.**

A total of 7 articles were included, 5 articles correspond to longitudinal observational studies, 1 article to a cross-sectional observational study and 1 article to a randomized controlled trial (RCT). Longitudinal observational studies show that loneliness, depression, and anxiety increased significantly during the pandemic. The cross-sectional observational study shows that the elderly population without affective disorder, but with mild cognitive impairment have experienced a significant increase in depression, anxiety and apathy during total confinement. The randomized controlled trial reports that loneliness and depression during the pandemic in the intervention group decreased significantly, whereas the control group increased loneliness and depression significantly during the pandemic.

### **Conclusions.**

The feeling of loneliness and social isolation increased during confinement due to the COVID-19 pandemic. Mental health was also affected, with an increase in depression, anxiety and apathy, especially during total confinement in the months of March and May 2020.

**Keywords:** "Mental health", "Depression", "Anxiety", "Apathy" "Loneliness" "Social isolation".

## **Resum**

### **Introducció.**

La pandèmia COVID -19 ha afectat la salut mental i ha generat sentiments de solitud i aïllament social en la població adulta major sobretot en el confinament total durant els mesos de març a maig de 2020.

### **Objectiu.**

L'objectiu d'aquesta revisió sistemàtica és sintetitzar l'evidència disponible sobre les conseqüències que ha tingut el confinament durant la pandèmia per COVID 19 sobre la soledat, l'aïllament social i la salut mental en les persones grans.

### **Mètodes.**

Es van realitzar recerques a la base de dades Pubmed i Cochrane es van incloure els estudis que van mesurar els trastorns psiquiàtrics de depressió, ansietat, apatia, a més, de la solitud i l'aïllament social en la població adulta major ( $\geq 60$  anys).

### **Resultats.**

Es van incloure un total de 7 articles, 5 articles corresponen a estudis observacionals longitudinals, 1 article a un estudi observacional transversal i 1 article a un assaig controlat aleatori (ACA). Els estudis observacionals longitudinals exposen que la solitud, depressió i ansietat van augmentar significativament durant la pandèmia. L'estudi observacional transversal exposa que la població més gran sense trastorn afectiu, però amb deteriorament cognitiu lleu ha sentit símptomes de depressió, ansietat i apatia durant el confinament total. L'assaig controlat aleatori inclòs va observar una disminució en el sentiment de solitud i en la depressió després d'una intervenció a través de videoconferència on s'adquirien habilitats cognitives de comportament per fer front a l'aïllament.

### **Conclusions.**

El sentiment de solitud i aïllament social van incrementar durant el confinament per la pandèmia COVID-19. La salut mental també es va veure perjudicada observant-se un increment de la depressió, ansietat i apatia sobretot durant el confinament total en els mesos de març i maig de 2020.

**Paraules claus:** "Salut mental", "Depressió", "Ansietat", "Apatia" "Solitud" "Aïllament social".

## **1 Introducción.**

En la actualidad, la esperanza de vida ha aumentado a causa de la mejora de la calidad de vida y, por lo tanto, formamos parte de una población envejecida. Según la OMS, se calcula que a nivel mundial entre 2015 y 2050 se duplicará la población adulta mayor pasando de un 12% a un 22%. Es decir, el aumento es de 900 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años (1). Además, según el Instituto Nacional de estadística (INE), cerca de dos millones de esta población adulta mayor de 65 años viven solos en España (3).

La población mayor es uno de los colectivos más vulnerables a las enfermedades infecciosas, pudiendo ser por ejemplo la gripe estacional una enfermedad grave y mortal para esta población. La transmisividad de la epidemia gripal entre 2017 y 2018 en España, fue alta en mayores de 64 años, con un total 23% de fallecidos. Las principales complicaciones de la gripe son las respiratorias como la neumonía, además del empeoramiento de enfermedades crónicas como la diabetes, asma o problemas cardíacos. La pandemia actual provocado por coronavirus COVID 19 tiene complicaciones sobre la salud parecidas a la gripe, pero con mayor gravedad, sobretodo en las personas mayores. En España, el 68% del total de hospitalizaciones por COVID-19 son de mayores de 60 años con un 95% de fallecimientos, aumentando a partir de los 80 años de edad (4). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una pandemia se define como la propagación mundial de una nueva enfermedad. La enfermedad de coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por un coronavirus descubierto actualmente. Sus síntomas más frecuentes son fiebre, tos seca y cansancio, aunque nos podemos encontrar con síntomas más graves como, por ejemplo, dificultad para respirar o disnea, dolor u opresión en el pecho o pérdida del habla o del movimiento (5).

Los adultos mayores padecen afecciones tanto físicas como mentales provocándoles una mayor vulnerabilidad. Por un lado, las enfermedades físicas, como son el dolor crónico, dificultades de movilidad, morbilidad, fragilidad, y por otro, el descenso del nivel socioeconómico, el dolor de la pérdida de un ser querido, o el vivir solos pueden acabar provocando trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad o la apatía (6). En este contexto, se ha visto que el COVID-19 y la situación de pandemia no solo afecta a la salud física de las personas, sino que también afecta a su salud mental. A causa de esta pandemia, la población esta angustiada por los efectos del virus en su salud, sobretodo, la gente mayor, ya que son personas con enfermedades crónicas de base y con dependencia y, por lo tanto, son más vulnerables al COVID 19. Además, la desinformación sobre el virus y la incertidumbre sobre el futuro crea en las personas inseguridad, miedo, angustia, estrés, frustración, ansiedad y síntomas depresivos (7). Asimismo, para evitar la propagación del virus de

forma tan rápida, los gobiernos de la mayoría de los países decidieron tomar como medida preventiva el confinamiento total de la población para protegerlos del contagio. Este confinamiento ha provocado situaciones de aislamiento y soledad en la población general, teniendo consecuencias muy graves en la población adulta mayor. Este colectivo al ser vulnerable y de riesgo, el confinamiento que realizaron fue mucho más estricto ya que no tenían la oportunidad de ir a trabajar como la población más joven. Además, desde los gobiernos de los diferentes países aconsejaban que la gente mayor no saliera de casa y que no tuvieran contacto con sus seres queridos. Estas medidas pretendían protegerlos del virus, aunque tuvo consecuencias negativas en su salud mental, como, por ejemplo, problemas de sueño, depresión, ansiedad, aumento del deterioro cognitivo, impacto en el estado emocional y anímico, falta de contacto con su red social y soledad (8). El aislamiento social y la soledad son dos factores que afectan en el bienestar y la calidad de vida de la población anciana. El aislamiento social, es una situación objetiva de tener mínimos contactos con otras personas (familiares y amigos). En cambio, la soledad la podemos definir como la sensación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado, tener poca proximidad a familiares y amigos o de sentirse socialmente poco valorado. Una buena red social crea comportamientos y hábitos saludables. En cambio, la soledad aumenta el riesgo de sedentarismo, de tabaquismo, alimentación inadecuada, puede afectar a la calidad y cantidad del sueño provocando fatiga durante el día. Además, con la soledad y el aislamiento social aparecen más enfermedades, como, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares e incluso se ha relacionado con la mortalidad (9).

En esta revisión sistemática se planteó la hipótesis de que el COVID- 19 ha tenido consecuencias en la salud mental de las personas mayores ya que con el confinamiento han experimentado sentimientos de soledad y aislamiento social.

El objetivo general del presente estudio es realizar una revisión de tipo sistemática para evaluar si la evidencia científica actual da soporte al impacto negativo que ha generado el confinamiento durante la pandemia por COVID 19 sobre la soledad, el aislamiento social y la salud mental en las personas mayores.

## **2 Metodología.**

Esta revisión sistemática se redactó siguiendo los principios publicados en la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta – Analysis) (10).

## 2.1 Criterios de elegibilidad

Los estudios fueron elegibles para su inclusión si tenían como objetivo analizar las consecuencias que ha tenido el confinamiento durante la pandemia por COVID-19 sobre la soledad, el aislamiento social y la salud mental en personas mayores, que estuvieran publicados durante marzo de 2020 y enero 2021, que estuvieran escritos en inglés y que la población de estudio fueran adultos de edad mayor o igual a 60 años. Se contemplaron estudios que a partir de encuestas y entrevistas se especificase sobre las consecuencias del aislamiento social y la soledad en la salud mental del colectivo de personas mayores que provocó la pandemia por el COVID 19. También se consideró la comparación de datos entre la soledad prepandémica y postpandémica de los adultos mayores. Además de estudios observacionales, también se incluyeron ensayos controlados aleatorizados para aliviar la soledad y los síntomas depresivos entre las personas mayores durante el brote de COVID-19.

Se excluyeron aquellos artículos que 1) fueran protocolos o estudios descriptivos; 2) todos los estudios realizados en población menor de 60 años; 3) todos los artículos escritos en otro idioma que no fuera el inglés; 4) todos los artículos que, aunque tratan del COVID- 19 no se centran en el objetivo de la revisión, ya sea porque solo se centran en datos epidemiológicos, no se centran en la salud mental, no estudian los efectos del aislamiento o la soledad o no se centran en el colectivo de gente mayor.

El principal resultado de interés para esta revisión sistemática fue evaluar las consecuencias que ha tenido la pandemia a causa del aislamiento y la soledad sobre la salud mental incluyendo la depresión, la apatía y la ansiedad en la población adulta mayor.

## 2.2 Fuentes de información y búsqueda

La búsqueda de información de esta revisión se ha obtenido de artículos identificados en dos bases de datos electrónicas: Pubmed y Cochrane Plus siguiendo los criterios establecidos.

Para llevar a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática integral, los términos empleados incluyeron los mismos MeSH terms en ambas bases de datos electrónicas. La estrategia de búsqueda consistió en combinar las palabras "*loneliness*" y "*social isolation*", el conector "*AND*", los términos relacionados con los efectos en la salud mental "*mental health*", "*depression*", "*fatigue*" y "*stress*", el termino relacionado con la enfermedad del coronavirus "*COVID-19*" y finalmente, los términos relacionados con la población adulta mayor "*elderly*", "*old people*" y "*elderly people*". La búsqueda de información se inició en enero de 2021 y finalizó en marzo del mismo año.

### 2.3 Selección de estudios

Para hacer la primera selección, el autor leyó los títulos de los artículos para proceder a eliminar aquellos que estuvieran duplicados o no se ajustaran al tema de búsqueda. Posteriormente se examinó el resumen de los artículos y se eliminaron los que no hacían referencia a las consecuencias de la pandemia sobre la soledad, aislamiento social y salud mental en adultos mayores, eliminando todos los artículos que hacían referencia a los efectos físicos del COVID-19 y efectos del COVID-19 en niños y adolescentes. Además también se eliminaron aquellos artículos a los que no se pudo acceder a su lectura completa y todos los estudios que no expresaban de forma clara los resultados de acuerdo con los objetivos del estudio. Finalmente, se leyó el texto completo de cada artículo y en esta fase se eliminaron los artículos que no se ajustaran al objetivo de la revisión.

### 2.4 Proceso de recopilación de datos

Se creó una hoja de extracción de datos, ordenando y tabulando la información de los estudios incluidos en la revisión. La información extraída comprende las características principales de los estudios como: autores, diseño del estudio, población, sujetos, salud mental de los participantes prepandemia, estado cognitivo prepandemia, edad, descripción del estudio, seguimiento del estudio, variables que se han determinado, escalas para evaluar, resultados y conclusiones.

### 2.5 Evaluación de calidad de los estudios

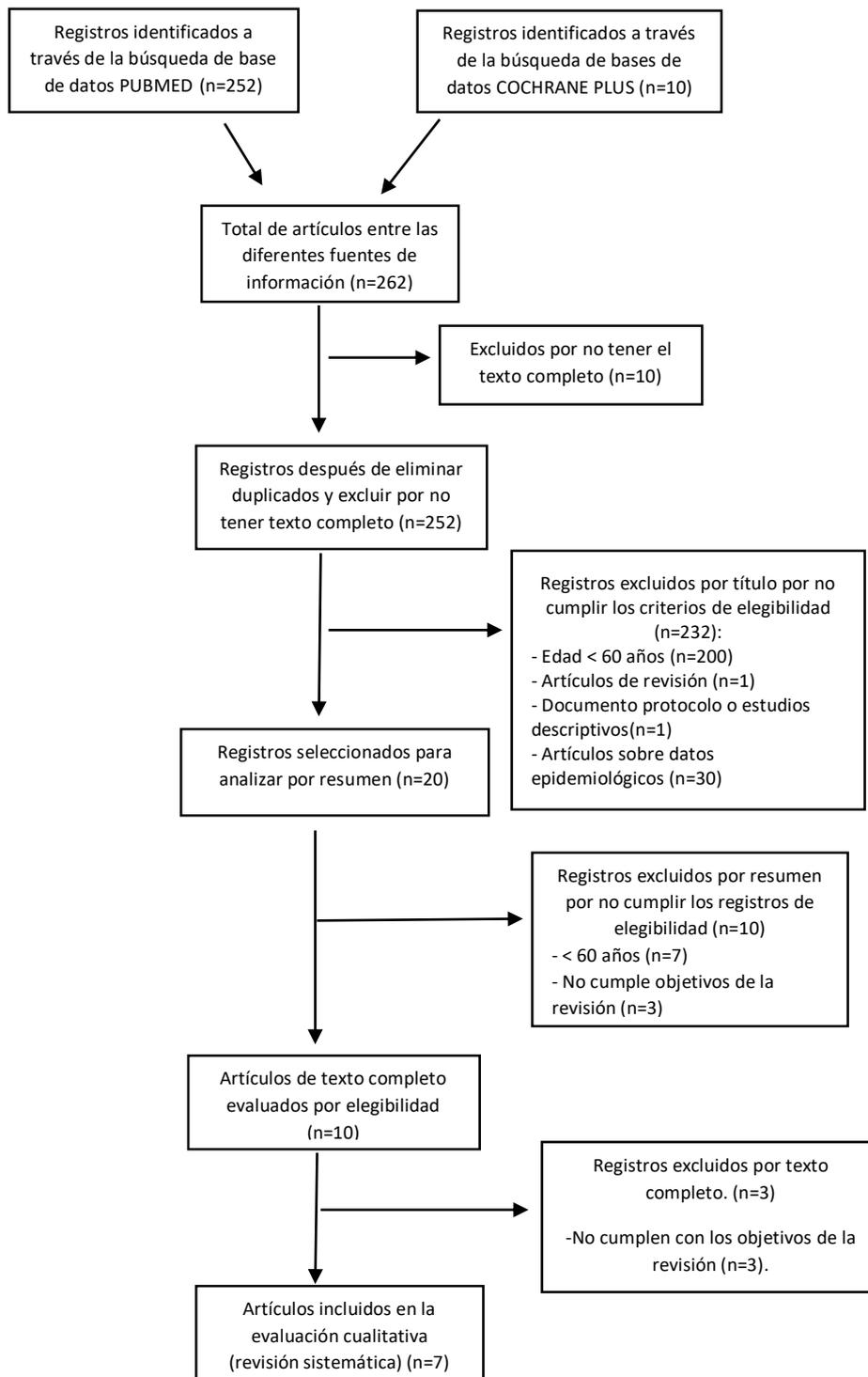
Se evaluó la calidad y el riesgo de sesgo del ECA incluido en esta revisión mediante The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials (11), además, se recopiló información para la evaluación de la calidad utilizando el programa Revman 5.3, una herramienta de colaboración de Cochrane. Se evaluó la calidad y el riesgo de sesgo de los estudios observacionales longitudinales y transversales mediante Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies (12).

## **3 Resultados.**

### 3.1 Selección de estudios.

La búsqueda en las bases de datos Pubmed y Cochrane Plus proporcionó un total de 262 citas. Aunque los 10 artículos identificados en Cochrane plus no tenían el texto completo, por lo tanto, se excluyeron quedando finalmente, 252 artículos. Seguidamente, se excluyeron 232 artículos por título por no cumplir criterios de elegibilidad y se obtuvo un total de 20 artículos para analizar por resumen. De estos trabajos, se excluyeron 7 por no cumplir el criterio de edad y 3 por no cumplir con los objetivos

de la revisión. De los 10 artículos de texto completo evaluados por elegibilidad se excluyeron 3 por no cumplir con el objetivo de la revisión. Por lo tanto, 7 artículos cumplieron con los criterios de inclusión y fueron seleccionados en el análisis cualitativo. En la **Figura 1** se muestra el diagrama de flujo de la selección de estudios para la revisión sistemática.



**Figura 1.** Diagrama de flujo de la selección de estudios para la revisión sistemática

### 3.2 Características de los estudios.

Los artículos analizados corresponden a 5 estudios observacionales longitudinales, 1 estudio observacional transversal y 1 ensayo controlado aleatorio (ECA).

La edad de los sujetos analizados en los 7 artículos corresponde a 60 años o más. El tamaño de la muestra oscila entre 58 y 1.679 individuos y el seguimiento de los estudios observacionales comprende el período entre marzo y mayo de 2020, es decir, en pleno confinamiento por pandemia COVID-19. En el caso del estudio observacional transversal la encuesta se realizó, en pleno confinamiento por COVID-19. Finalmente, el ensayo controlado aleatorio se realiza una intervención con una duración de 7 semanas entre abril y junio de 2020.

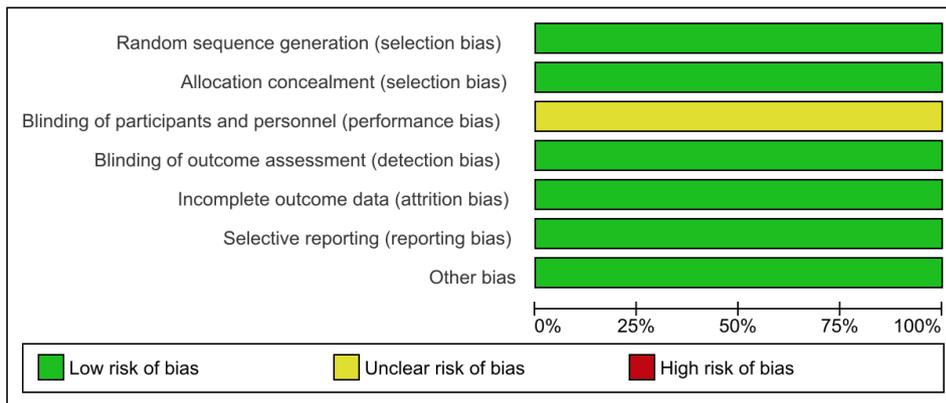
De los 7 artículos a analizar, 2 estudios están realizados con población con deterioro cognitivo leve o moderado, 1 con población con un trastorno afectivo de base, como la depresión, y el resto están realizados con población con buena salud mental y sin deterioro cognitivo.

La población que engloba esta revisión proviene de Norteamérica (Estados Unidos) Europa (Francia, Holanda, Italia, Suiza, Austria) y Eurasia (Israel).

En los artículos incluidos se evalúan las variables de ansiedad y depresión y apatía, además, de la soledad, el apoyo social y la red social de dicha población.

### 3.3 Riesgo de sesgo del ensayo controlado aleatorio incluido.

El ECA asignó el grupo intervención al azar, por lo tanto, cumplió con la secuencia de la asignación aleatoria, el ocultamiento de la asignación también se realizó de manera aleatoria a partir de un coordinador de investigación que no participó en la intervención. En el caso del cegamiento de participantes e investigadores, la asignación de participantes fue aleatoria pero los investigadores y voluntarios no estaban cegados valorándose como de “riesgo poco claro”. No se describió el cegamiento de la evaluación de resultados. En relación a los datos incompletos se informó de los abandonos y motivos durante la intervención. En cuanto a los informes selectivos todos los resultados fueron reportados. La calidad y riesgo de sesgo de este estudio se resumen en la **figura2**. La información correspondiente a los criterios de evaluación de riesgo de sesgo de forma detallada se muestra en el **Anexo**.



**Figura 2.** Evaluación de la calidad y riesgo de sesgos del ensayo clínico aleatorizado.

### 3.4 Riesgo de sesgo de los estudios observacionales incluidos.

Los 6 estudios observacionales presentaron la pregunta de investigación o el objetivo del artículo expresado claramente y se especificaron y definieron claramente la población diana. Tres artículos (14,16,17) informaron de la tasa de participación de las personas elegibles, en cambio, para dos artículos (13,18) no fue aplicable y un artículo (15) no informó. Todos los sujetos de todos los estudios fueron seleccionados o reclutados de la misma población o de poblaciones similares y se preespecificaron los criterios de inclusión y exclusión. Cuatro artículos (13,14,15,16), no justificaron el tamaño de la muestra, una descripción de la potencia o estimaciones de varianza y efecto, en cambio, los artículos (17,18) si lo justificaron. También, los artículos (15,16,18) midieron las exposiciones de interés antes de que se midieran los resultados en cambio, los artículos (15,17,18) no lo realizaron. Los artículos (13,14,16) si mostraron el plazo suficiente para poder ver una asociación entre la exposición y el resultado, en cambio, los artículos (15,17,18) no lo mostraron. En todos los estudios no fue aplicable si examinó el estudio diferentes niveles de exposición en relación con el resultado. En los artículos (13,14,15,16) si estaban las medidas de exposición claramente definidas, eran válidas, confiables y se implementaron de manera consistente en los participantes del estudio, en cambio, las medidas de exposición de los artículos (17,18) no lo estaban. Además, todos los autores evaluaron las exposiciones más de una vez a lo largo del tiempo. Todos los estudios tenían, exceptuando (15) las medidas de resultado claramente definidas eran válidas y confiables y se implementaron de manera consistente en todos los participantes del estudio. Los evaluadores de resultados o no estaban cegados al estado de exposición de los participantes (15) o no fue aplicable. Solo el artículo (15) tuvo pérdidas del 20% durante el seguimiento después del valor inicial, para el resto de los autores o tuvieron mayores pérdidas (16,17,18) o no informaron (13,15).

Finalmente, solo los artículos (13,14,18) informaron y ajustaron estadísticamente las posibles variables de confusión clave por su impacto en la relación entre exposición (es) y resultado (s). La

información correspondiente a los criterios de evaluación de riesgo de sesgo de forma detallada se muestra en el **Anexo**.

### 3.5 Variables de resultado.

#### *Depresión.*

La variable depresión fue evaluada con diferentes escalas en 5 artículos de los 7 incluidos en la revisión. En 1 estudio (18) la depresión fue evaluada con la *Escala de Depresión Geriátrica GDS-5*, 2 estudios (16,19) coincidieron en la utilización del *Cuestionario de la Salud del Paciente de 9 ítems (PHQ-9)*, en 1 estudio (17), se evaluó la depresión con la *Escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria*. Finalmente, 1 estudio (16) evaluó la salud mental en general a partir de una *prueba de detección de salud mental de cinco elementos*.

#### *Ansiedad.*

La variable ansiedad fue evaluada en 3 de los estudios incluidos en la revisión y lo hicieron con diferentes escalas. En 1 estudio (18) se utilizó la *Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)*, 1 estudio (15) la *Escala de Ansiedad de PROMIS* y el tercer artículo (14) la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria*.

#### *Apatía.*

La variable apatía fue evaluada por 1 solo artículo (18) el cuál utilizó la *Escala de Evaluación de la Apatía (AES)*.

#### *Soledad.*

La variable soledad fue evaluada por 4 de los 7 estudios incluidos en la revisión y los autores utilizaron diferentes escalas. En 1 estudio (13) se utilizó la *Versión alemana de la escala de soledad de 6 artículos de Jong Gierveld*, en 1 estudio (14) la soledad fue evaluada por la *PANAS Scale* que evalúa a partir de adjetivos, en 1 estudio (16) se evaluó la soledad emocional y social con las *escalas cortas de Jong Gierveld para la soledad emocional y social* y en 1 estudio (19) se usó la *Escala de Soledad de UCLA*.

#### *Red social.*

La variable red social fue evaluada en 1 único artículo (14), el cuál utilizó el *modelo Convoy*.

#### *Apoyo social.*

La variable apoyo social fue evaluada en 1 único artículo (14), el cuál utilizó la *Escala de Apoyo Social de Berlín de 8 elementos*.

### 3.6 Resultados de las consecuencias del confinamiento durante el COVID-19 sobre la soledad, aislamiento social y salud mental.

#### Estudios observacionales longitudinales.

De los 7 estudios incluidos en la revisión, los 5 estudios observacionales longitudinales (13,14,15,16,17) expusieron que la soledad ha aumentado positivamente y significativamente en la población mayor durante el COVID-19 en comparación con el grado de soledad anterior a la pandemia, sobretodo, durante el confinamiento total entre los meses de marzo y mayo de 2020. Además, los participantes que informaron vivir solos mostraron más soledad que los participantes que vivían al menos con una persona tanto en estado de prepandemia como durante la pandemia (13). La población adulta mayor con más edad se asoció con mayor soledad (14) ya que su interacción social fue menor.

El artículo de Van Tilburg y col. (16) evaluó la soledad desde dos puntos de vista, la soledad social y la soledad emocional. Encontraron un aumento positivo y significativo tanto de la soledad social como de la soledad emocional ( $p < 0,001$ ) durante la pandemia.

En relación a la soledad, la red social, que es la interacción con otras personas y el apoyo social, que es la comunicación con otras personas, disminuyó significativamente ( $p < 0,05$ ) durante el confinamiento por COVID 19. Las relaciones sociales se asociaron con niveles más bajos de soledad. Tanto los participantes que estaban satisfechos con su comunicación como los que tuvieron una mayor frecuencia de interacción durante la pandemia presentaron menor soledad (14).

También, se observó que tanto la depresión como la ansiedad aumentaron significativamente durante la pandemia (Depresión ( $p < 0,005$ ) (Ansiedad ( $p < 0,004$ ) (17) sobretodo, en el caso de la población adulta mayor que viven en centros residenciales y que presentan deterioro cognitivo leve.

#### Estudio observacional transversal.

El estudio observacional transversal (18) incluido en la revisión expone que las personas sin trastorno afectivo previo, pero con deterioro cognitivo leve presentaron depresión durante el confinamiento total. La depresión se asoció de forma positiva y significativamente con vivir solo o estar en mala relación con los convivientes, baja calidad del sueño y no tener una mascota ( $p < 0,05$ ).

También presentaron ansiedad ( $p < 0,005$ ) durante el confinamiento total. La ansiedad se asoció de forma positiva y significativamente con haber tenido síntomas de gripe, reducción de las actividades productivas y con un alto tiempo dedicado a buscar información sobre COVID-19 en los medios.

La población adulta mayor mencionada anteriormente también presentó apatía ( $p < 0,05$ ) durante el confinamiento total. La apatía fue asociada de forma positiva y significativamente con vivir solo o estar en mala relación con los convivientes o haber tenido síntomas de resfriado.

Estudio de intervención. Ensayo controlado aleatorio.

En el caso del ensayo controlado aleatorio (19), la soledad durante la pandemia en el grupo intervención disminuyó significativamente ( $p < 0,02$ ) gracias a la intervención de 7 sesiones a través de la plataforma de videoconferencia ZOOM de entre 60 y 90 minutos donde se adquirían habilidades cognitivas de comportamiento para hacer frente al aislamiento, en cambio, el grupo control aumento la soledad significativamente durante la pandemia ( $p < 0,02$ ).

El trastorno afectivo de la depresión durante la pandemia en el grupo intervención disminuyo significativamente ( $p < 0,05$ ) y aumento significativamente en el grupo control ( $p < 0,05$ ).

En la **Tabla 1**, **Tabla 2** y **tabla 3** se describen las características detalladas y los resultados de cada uno de los estudios incluidos en la revisión sistemática.

**TABLA 1.** Resultados de los estudios en relación a la salud mental y soledad provocada por la pandemia del COVID 19. Estudios observacional longitudinales.

Autor, año (referencia)	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Población (país)	Sujetos (géneros)	Trastornos afectivos	Estado cognitivo (Pre pandemia)	Edad (Años)	Descripción del estudio	Seguimiento del estudio.	VARIABLES que se han determinado	Escalas para evaluar	Resultados. M* (SD)*	Conclusiones
Heidinger y col.,2020 (13)	Este estudio proporciona una comparación directa de la soledad generada antes y durante la pandemia	Estudio Observacional transversal	Europea (Austria)	888 adultos viviendo en la comunidad (59% mujeres)	Sin trastornos	Sin deterioro cognitivo	Entre 60 y 99	Se realizaron dos encuestas sobre la salud y el bienestar de las personas mayores. Una de ellas antes de la pandemia y otra durante el confinamiento de la pandemia por COVID-19	Encuesta prepandemia : entre abril y julio de 2019 Encuesta peripandemia: entre abril y mayo de 2020	<b>SOLEIDAD</b>	Versión alemana de la escala de soledad de 6 artículos De Jong Gierveld	Soledad prepandemia: 1,61 (0,55)  Soledad peripandemia : 1,73 (0,60)  (p= 0,002)  Además, los participantes que reportaron vivir solos mostraron más soledad que los participantes que vivían al menos con una persona, tanto en estado de prepandemia como durante la pandemia (p<0,001). No obstante, los participantes que vivían con al menos una persona	Aumento de la soledad en la población mayor durante el COVID-19.

												mostraron un mayor incremento de soledad comparado con aquellos que ya vivían solos ( $p < 0,01$ ).	
McDonald y col., 2021 (14)	Este estudio pretende examinar cómo la pandemia COVID-19 afectó el bienestar y la soledad de los adultos mayores, y el papel de las características estructurales y funcionales de las relaciones sociales.	estudio observacional longitudinal.	Europea (Suiza)	99 adultos viviendo en la comunidad (62% hombres)	Sin trastorno mental	Sin deterioro cognitivo	Entre 65 y 94 años	Se realiza un estudio en prepandemia sobre bienestar, soledad y relaciones sociales. Incluyen cuestionarios sobre sus interacciones diarias durante 21 días. Se realiza otra encuesta de seguimiento semanalmente en Peripandemia durante las primeras 4 semanas del confinamiento por COVID-19.	Entre abril y noviembre 2019. marzo y abril de 2020	<b>SOLEDAZ:</b>	Escala de PANA Evaluar a partir de adjetivos	Soledad Prepandemia: 19,78 (12,32)  Soledad Peripandemia: 29,24 (18,19)  ( $p < 0,05$ )  Además, la edad más alta se asoció con más soledad.	El confinamiento o a causa del COVID-19 puede considerarse un importante factor estresante para los adultos mayores de esta muestra, ya que hubo un aumento de soledad. Además, la satisfacción con la comunicación fue un recurso importante para el bienestar durante el tiempo estresante que duró el confinamiento o en Suiza, al mostrar que el impacto de
										<b>RED SOCIAL:</b>	Modelo de Convoy	Interacción con otras personas. Prepandemia: 100,44 (70,93)	

												<p>Peripandemia: 3,60 (0,54)  (p &lt;0,05)</p> <p>Las relaciones sociales estaban relacionadas con niveles más bajos de soledad, incluyendo el tamaño de la red social, el número de interacciones sociales durante la pandemia, no vivir solo y la disponibilidad de apoyo.</p>	<p>la pandemia en el bienestar fue menor para los participantes que pudieron mantener interacciones sociales a un nivel subjetivamente satisfactorio durante la pandemia.</p>
												<p><b>APOYO SOCIAL:</b></p> <p>Escala de Apoyo social de Berlín de 8 elementos.</p>	<p>Satisfacción comunicación. Prepandemia: 4,3 (0,57)</p> <p>Peripandemia: 74,69 (17,18)  (p&lt;0,05) Los que estaban satisfechos con la comunicación</p>

												durante el COVID-19 notaron menos soledad.	
Hamm y col.,2020 (15)	Determinar el efecto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de los adultos mayores con trastorno depresivo mayor (TDM)* preexistente	Estudio observacional longitudinal	América (EE.UU)	73 adultos viviendo en la comunidad (68,5% mujeres)	Participantes con Depresión mayor.	Sin deterioro cognitivo	Entre 63 y 75	Este estudio comprende una entrevista cualitativa semiestructurada, puntuaciones contemporáneas de depresión y ansiedad y comparación de estas puntuaciones con puntuaciones prepandémicas.	Prepandemia : 2017-2020*  Peripandemia: Abril de 2020	<b>ANSIEDAD</b>	Escala de Ansiedad PROMIS	Prepandemia: 63,5 (6,1) Peripandemia: 57,7 (8)  (p<0,001)	La mayoría de los adultos mayores con depresión mayor preexistente muestran resiliencia en los primeros dos meses de la pandemia de COVID-19, pero tienen preocupaciones sobre el futuro. Se necesitan políticas e intervenciones para dar acceso a servicios médicos y oportunidades de interacción social para ayudar a mantener la salud mental y la calidad de vida mientras continúa la pandemia.
										<b>DEPRESIÓN</b>	Cuestionario de la Salud del Paciente de 9 ítems PHQ-9	Prepandemia: 14,7 (4,2) Peripandemia 8,7 (5)  (p<0,001)	
												Las puntuaciones actuales de depresión y ansiedad (durante la pandemia) fueron significativamente más bajas que las puntuaciones	

												basales previas al tratamiento, y la puntuación de depresión no fue diferente a la puntuación prepandemia más reciente.	
Van Tilburg y col.,2020 (16)	La reducción en la frecuencia de los contactos sociales, las pérdidas de los contactos sociales, las pérdidas personales y la experiencia de amenazas generales en la sociedad redujo el bienestar	Estudio Observacional longitudinal	Europea ( Países Bajos)	1679adultos que viven en la comunicad (51% Hombres)	Sin trastorno mental	Sin deterioro cognitivo	Entre 65 y 102	Se recopilan datos de participantes y se realiza un estudio longitudinal en línea para comparar resultados de soledad social y emocional y salud mental antes y durante la pandemia	Octubre y noviembre 2019 y mayo 2020. Dos meses después de las medidas de confinamiento o a casusa del COVID-19	<b>SOLEDAD (social y emocional)</b>	Las escalas cortas de Jong Gierveld para la soledad emocional y social:	Soledad social Prepandemia: 0,95(1,15) Peripandemia: 1,17 (1,20)  (p<0,001)  Soledad emocional Prepandemia: 0,48(0,91) Peripandemia: 0,97 (0,97)  (p<0,001)	Las consecuencias del distanciamiento físico a largo plazo en el bienestar deben de ser seguidas de cerca.

										<b>SALUD MENTAL</b>	Realización de una prueba de detección de salud mental de cinco elementos	Prepandemia: 4,93 (0,75) Peripandemia: 5,02 (0,73)  (p<0,001)	
El Haj y col., 2020(17)	Ofrece la primera evaluación de la salud mental de las personas con EA que viven en hogares de ancianos durante la crisis de COVID-19.	Estudio observacional longitudinal	Europea (Francia)	58 adultos mayores que viven en residencia (37% mujeres)	Sin trastorno mental	Deterioro Cognitivo	Entre 66 y 77 años	Se reclutó a los participantes de este estudio en residencias de ancianos por psicólogos, médicos y enfermeras. En la entrevista los participantes tuvieron que comparar su propia depresión/ansiedad antes y durante la crisis de COVID-19	Durante el confinamiento o a causa del COVID-19 (marzo- abril 2020)	<b>DEPRESIÓN</b>	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	Mayor depresión durante la pandemia que antes.  Prepandemia: 12,34 (4,10) Peripandemia: 14,21 (3,17)  (p<0,005)	La depresión y la ansiedad son significativas durante la crisis, por eso, es importante realizar intervenciones clínicas para hacer frente a las consecuencias psicológicas de esta crisis. Además, las terapias

											<b>ANSIEDAD</b>	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	Prepandemia: 11,38 (4,36) Peripandemia: 13,24 (3,39)  (p<0,004)	psicológicas deben ofrecerse a los residentes al final del distanciamiento social para poder ayudarlos a recuperarse.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	---	--	---

\*Población reclutada en 2017 del ensayo clínico OPTIMUM.

\*M: Mediana.

\*SD: Desviación estándar.

\*TDM: Trastorno de depresión mayor.

**Tabla 2.** Resultados de los estudios en relación a la salud mental y soledad provocada por la pandemia del COVID 19. Estudio observacional transversal.

Autor, año (Referencia)	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Población (país)	Sujetos (género)	Trastorno afectivo	Estado cognitivo (prepandemia)	Edad (años)	Descripción del estudio	Variables que se han determinado	Escalas para evaluar	Resultados	Conclusiones
Di Santo y col., 2020 (18)	El objetivo del estudio es explorar los efectos de COVID-19 y las medidas de cuarentena en los estilos de vida y la salud mental de los ancianos con mayor riesgo de demencia.	Estudio observacional transversal	Europea (Italia)	126 81% mujeres	Sin trastorno mental	Estado cognitivo leve o deterioro cognitivo subjetivo	Entre 60 y 87 años	Se realizó una encuesta durante el confinamiento a causa del COVID-19	<b>DEPRESIÓN</b>	Escala de Depresión Geriátrica GDS-5	Peripandemia: GDS5-≥2 SCD*: 13 (23,2) MCI*: 12 (17,1)  (p=<0,05) Deterioro cognitivo subjetivo. La depresión se asoció significativamente con vivir solo o estar en mala relación con los convivientes, baja calidad del sueño y no tener una mascota	Las personas mayores con SCD* y MCI sufrieron cambios en el estilo de vida que son potencialmente dañinos para su futuro deterioro cognitivo



**Tabla 3.** Resultados de los estudios en relación a la salud mental y soledad provocada por la pandemia del COVID 19. Ensayo controlado aleatorizado (ECA)

Autor, año (Referencia)	Objetivos del estudio	Diseño intervención	Población (País)	Sujetos (género)	Trastorno afectivo (prepandemia)	Estado cognitivo (prepandemia)	Edad (Años)	Descripción de la intervención	Duración de la intervención	Variables que se han determinado	Escalas para evaluar	Resultados	Conclusiones
Shapira y col., 2021 (19)	El estudio exploró la eficacia de una intervención grupal digital a corto plazo destinada a proporcionar a las personas mayores herramientas y habilidades para mejorar la capacidad de afrontamiento durante estos tiempos estresantes.	Ensayo piloto controlado aleatorio	Euroasiático (Israel)	82 64 en el grupo de intervención  Y 18 en el grupo control de lista de espera.	Sin trastorno mental	Sin deterioro cognitivo	Entre 66 y 78 años	La intervención incluyó siete sesiones de grupo guiadas en línea dos veces por semana a través de zoom. Cada sesión duró entre 60 y 90 minutos.  Grupo Intervención: Espacio virtual con una TS proporciona habilidades cognitivo-conductuales para afrontar COVID-19 El objetivo de la intervención: Proporcionar un lugar para la interacción social, crear un espacio de aprendizaje virtual para adquirir habilidades cognitivas y de comportamiento para poder	Abril-junio 2020 Durante 7 semanas	<b>SOLEDA</b>	Escala de Soledad de UCLA	Grupo intervención: Basal:5.4(2) Postintervención: 4,8 (1,7)  Grupo Control Basal:6.1 (1,9)  Postintervención:6,4 (1,7)  (p<0,02)	Este ECA piloto demostró la utilidad potencial de una intervención a corto plazo para mejorar la salud mental de los adultos mayores durante la pandemia COVID-19.
										<b>DEPRESIÓN</b>	Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)	Grupo intervención: Basal:6,3 (5,3) Postintervención:5,2(4,7)  Grupo control: Basal: 3,3 (5) Postintervención:7,1(6,1)  (p<0,05)	

								hacer frente con el aislamiento social y mitigar los posibles efectos en la salud mental.  Grupo control: sin intervención						
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### 4 Discusión.

Los resultados de la presente revisión sistemática muestran como la pandemia del COVID-19 ha tenido consecuencias en la salud mental de las personas mayores ya que con el confinamiento incrementaron sus sentimientos de soledad y aislamiento social además de los síntomas de depresión y la ansiedad.

Se incluyeron un total de 7 estudios, 5 de ellos fueron estudios observacionales longitudinales en los que se observa como aumentó significativamente la soledad y los trastornos afectivos como la depresión, ansiedad y apatía durante la pandemia en la gente mayor. Además, el estudio observacional transversal informó cómo la salud mental de la población adulta mayor en confinamiento total estaba alterada presentando síntomas de depresión y ansiedad. Asimismo, el ECA demostró como una intervención de 7 sesiones a través de la plataforma de videoconferencia ZOOM de entre 60 y 90 minutos donde se adquirirían habilidades cognitivas de comportamiento para hacer frente al aislamiento, consigue disminuir de forma significativa la soledad y del trastorno afectivo de depresión.

Los resultados de la presente revisión (13,14,15,16,17) muestra como la soledad aumentó significativamente en la población adulta mayor durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los niveles de soledad anteriores a la pandemia. En este sentido, las encuestas fueron administradas durante el confinamiento total durante el período de marzo a mayo de 2020 provocando mayores sentimientos de soledad en la gente mayor. Diferentes estudios (20,21) coincidieron con los resultados de esta revisión en que el factor de vivir solo aumenta positivamente y significativamente la soledad de la población adulta mayor en comparación con vivir con algún familiar o cuidador durante la pandemia COVID-19 y sobretodo durante el distanciamiento social impuesto por los gobiernos de los diferentes países. Además, también se observó que tenían más sentimientos de soledad las personas de mayor edad (14,20,22).

Es un hecho que la red social y el apoyo social disminuyó significativamente sobretodo en el momento del confinamiento total entre los meses de marzo y mayo de 2020 especialmente para la gente mayor que vive en residencias y no han tenido comunicación con personas del exterior. En cambio, diferentes estudios informaron que las personas mayores que vivían en la comunidad tenían la oportunidad de hacer llamadas telefónicas a sus familiares y amistades durante el día, también, comunicaron tener algunas relaciones cercanas que les brindaban seguridad emocional y bienestar (20).

Solo se encontró una intervención realizada durante este periodo para los adultos mayores que viven en comunidad en la que se trabajaba para poder prevenir o disminuir el sentimiento de soledad. Los resultados observados fueron positivos lo que nos indica que este tipo de intervenciones se podrían aplicar en posibles situaciones similares futuras de confinamiento para disminuir la soledad (19).

Actualmente, los datos son escasos, pero indican que la salud mental de la población mayor en general se ha visto perjudicada en comparación con datos anteriores a la pandemia de COVID-19. (15) Tanto los estudios de esta revisión como los autores Parlapani y col. 2020 informaron que ha habido un aumento significativo de depresión, ansiedad y apatía desde que empezó la pandemia COVID-19, destacando, niveles de depresión y ansiedad moderados y trastornos del sueño, sobretodo en el momento del confinamiento total (21). La depresión se asoció positivamente y significativamente a vivir solo o estar en mala relación con los convivientes y baja calidad del sueño (18) Además, en relación a esto, un estudio informó que los síntomas de ansiedad y la depresión están relacionados entre sí ya que cuando aumentaron los niveles de ansiedad por la falta de información, por vivir solos, por el miedo a no ser informados sobre la pandemia y por cómo se vieron afectadas negativamente las relaciones familiares aumentaron también los niveles de depresión (25).

Los datos en relación a como afectó la pandemia a la salud mental en la población adulta mayor de 60 años con depresión son escasos. Una revisión sistemática informó de un empeoramiento de los síntomas psiquiátricos entre algunos pacientes adultos con trastornos psiquiátricos durante la pandemia COVID-19 (23). En relación a esto, el estudio de los autores Liu CH y col. (24) informó que la población en general con estos síntomas eran uno de los grupos con mayor vulnerabilidad a la hora de tener síntomas de angustia psiquiátrica durante las primeras semanas de la pandemia de COVID-19 ya que presentaron altos niveles de depresión y ansiedad, niveles elevados de preocupación, problemas de sueño y menor calidad de vida mental.

Asimismo, se informó en un estudio de esta revisión que los adultos mayores con depresión mayor preexistente que formaban parte de un tratamiento antidepressivo realizado en un ensayo clínico OPTIMUM (“Optimización de los resultados de la depresión resistente al tratamiento en adultos”) habían presentado niveles más bajos de depresión y ansiedad durante la pandemia de COVID –19. Por eso, es necesario más intervenciones para proporcionar acceso a servicios médicos e interacciones sociales para ayudar a mantener la salud mental y la calidad de vida mientras dure la pandemia (18).

Los datos en relación a como afectó la pandemia a la salud mental en la población adulta mayor con deterioro cognitivo leve son escasos. Los estudios observacionales longitudinales de esta revisión observaron que tanto la depresión como la ansiedad aumentaron significativamente sobretodo, en personas con deterioro cognitivo que viven en centros residenciales ya que no pudieron ver a sus familiares ni salir del centro residencial. Asimismo, el estudio observacional transversal de esta revisión (17) coincidió con los autores Goodman-casanova y col. que las personas con deterioro cognitivo leve que viven en la comunidad también habían tenido sentimientos de depresión, ansiedad y apatía durante el confinamiento total durante los meses de marzo a mayo de 2020 a causa de la

pandemia de COVID-19. Este aumento de depresión, ansiedad y apatía está relacionado con vivir solo, estar en mala relación con los convivientes, tener síntomas de gripe, baja calidad del sueño y no tener una mascota.

La fortaleza de esta revisión es que es un tema muy novedoso con poca información al respecto y por eso puede ser beneficiosa tenerla para saber cómo actuar en futuras pandemias y prevenir lo que se ha observado. Además, los estudios evaluados presentan una buena calidad, exceptuando tres artículos que presentan una calidad regular. Estos últimos deberían de mejorar aspectos como, por ejemplo, medir las exposiciones de interés antes de que se midieran los resultados.

El estudio está limitado por varios factores. En primer lugar, hay muy poca bibliografía que se centre en las consecuencias en la salud mental y el sentimiento de soledad a causa de la pandemia COVID-19 en la población adulta mayor y eso ha dificultado la realización de la revisión. En segundo lugar, solo existe un ECA que evalúe los efectos de una intervención para mejorar la salud mental de los adultos mayores durante la pandemia COVID-19 lo que hace necesario más intervenciones. Son necesarios más estudios para evaluar cómo ha afectado a la salud mental y a la soledad la pandemia de COVID-19. Finalmente, los propios estudios seleccionados para la revisión presentaban limitaciones, como, por ejemplo, la utilización de diferentes test o escalas para evaluar que dificultaba comparar entre ellos y poder realizar un metaanálisis.

## **5 Conclusiones.**

El sentimiento de soledad y aislamiento social incrementaron durante el confinamiento por la pandemia COVID-19. La salud mental también se vio perjudicada observándose un incremento de la depresión, ansiedad y apatía sobretodo durante el confinamiento total en los meses de marzo y mayo de 2020. Las intervenciones a través de videoconferencia donde se trabajen habilidades para hacer frente al aislamiento podrían disminuir los síntomas de depresión, ansiedad y apatía, además, de los sentimientos de soledad de la población adulta mayor, lo que las hace realmente útiles para las posibles pandemias futuras. Son necesarios más estudios que sigan evaluando los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población adulta mayor a largo plazo.

## 6 Bibliografía.

1. OMS | Datos interesantes acerca del envejecimiento. 2015 [citado el 8 de junio de 2021]; Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Número E en R. Inf o mes [Internet]. Csic.es. [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
3. Número de hogares unipersonales por comunidades y ciudades autónomas según sexo, edad y estado civil [Internet]. Ine.es. [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: <https://ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p274/serie/def/p02/l0/&file=02014.px>
4. Porcel-Gálvez AM, Badanta B, Barrientos-Trigo S, Lima-Serrano M. Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enferm Clin*. 2021;31: S18–23.
5. Coronavirus [Internet]. Who.int. [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>
6. Who.int. [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
7. Www.un.org. [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy\\_brief\\_covid\\_and\\_mental\\_health\\_spanish.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_covid_and_mental_health_spanish.pdf)
8. Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos [Internet]. Elsevier.es. [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-avance-resumen-impacto-psicosocial-covid-19-personas-mayores-S0211139X20300664>
9. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria*. 2016;48(9):604–9.
10. Hutton B, Catalá-López F, Moher D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Med Clin (Barc)*. 2016;147(6):262–6.
11. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration’s tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2011;343(7829):1–9.
12. National Heart, lung, and Blood Institute. Study quality Assessment tolos. Quality Assessment tool for observational Cohort and cross-sectional Studies. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>.

13. Heidinger T, Richter L. The effect of COVID-19 on loneliness in the elderly. An empirical comparison of pre-and Peri-pandemic loneliness in community-dwelling elderly. *Front Psychol.* 2020; 11:585308.
14. Macdonald B, Hülür G. Well-being and loneliness in Swiss older adults during the COVID-19 pandemic: The role of social relationships. *Gerontologist.* 2021;61(2):240–50.
15. Hamm ME, Brown PJ, Karp JF, Lenard E, Cameron F, Dawdani A, et al. Experiences of American older adults with pre-existing depression during the beginnings of the COVID-19 pandemic: A multicity, mixed-methods study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;28(9):924–32.
16. Van Tilburg TG, Steinmetz S, Stolte E, van der Roest H, de Vries DH. Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci [Internet].* 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>
17. El Haj M, Altintas E, Chapelet G, Kapogiannis D, Gallouj K. High depression and anxiety in people with Alzheimer’s disease living in retirement homes during the covid-19 crisis. *Psychiatry Res.* 2020;291(113294):113294.
18. Di Santo SG, Franchini F, Filiputti B, Martone A, Sannino S. The effects of COVID-19 and quarantine measures on the lifestyles and mental health of people over 60 at increased risk of dementia. *Front Psychiatry.* 2020; 11:578628.
19. Shapira S, Yeshua-Katz D, Cohn-Schwartz E, Aharonson-Daniel L, Sarid O, Clarfield AM. A pilot randomized controlled trial of a group intervention via Zoom to relieve loneliness and depressive symptoms among older persons during the COVID-19 outbreak. *Internet Interv.* 2021;24(100368):100368.
20. Emerson KG. Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44: e81.
21. Parlapani E, Holeva V, Nikopoulou VA, Sereslis K, Athanasiadou M, Godosidis A, et al. Intolerance of uncertainty and loneliness in older adults during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry.* 2020; 11:842.
22. Shrira A, Hoffman Y, Bodner E, Palgi Y. COVID-19-related loneliness and psychiatric symptoms among older adults: The buffering role of subjective age. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;28(11):1200–4.
23. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun.* 2020;89:531–42.
24. Liu CH, Stevens C, Conrad RC, Hahm HC. Evidence for elevated psychiatric distress, poor sleep, and quality of life concerns during the COVID-19 pandemic among U.S. young adults with suspected and reported psychiatric diagnoses. *Psychiatry Res.* 2020;292(113345):113345.

25. Researchgate.net. [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/348326020> The effect of anxiety levels of elderly people in quarantine on depression during covid-19 pandemic
26. Goodman-Casanova JM, Dura-Perez E, Guzman-Parra J, Cuesta-Vargas A, Mayoral-Cleries F. Telehealth home support during COVID-19 confinement for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or mild dementia: Survey study. J Med Internet Res. 2020;22(5): e19434.

## 7 ANEXOS.

### 1. Tabla riesgo de sesgo ECA.

Shapira et al. 2021		
Sesgo	Juicio del autor	Apoyo para el autor
<b>Generación de secuencia aleatoria (sesgo de selección)</b>	Bajo riesgo	Cita: "Fueron aleatorizados a través de una proporción de 4:1."
<b>Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)</b>	Bajo riesgo	Cita: "El proceso de aleatorización fue llevado a cabo de forma independiente por un coordinador de investigación que no participo en ningún aspecto de la intervención y la recopilación de datos, utilizando una tabla de números aleatorios sin más restricciones."
<b>Cegamiento de participantes e investigadores (sesgo de rendimiento)</b>	Riesgo poco claro	La asignación de participantes fue aleatoria. Pero los investigadores no estaban cegados. Cita: "Los moderadores eran trabajadores sociales clínicos que recibieron capacitación designada por un trabajador social clínico senior del equipo de investigación."
<b>Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección)</b>	Bajo riesgo	Doble ciego.
<b>Datos de resultado incompletos (sesgo de informe)</b>	Bajo riesgo	Se informan los abandonos y motivos durante la intervención. Cita "Trece participantes se retiraron del grupo intervención durante el programa por razones de salud."
<b>Informes selectivos (sesgo de informe)</b>	Bajo riesgo	Todos los resultados fueron reportados.
<b>Otro sesgo</b>	Bajo riesgo	No se identifican otras fuentes de sesgo

2. Tabla riesgo de sesgo estudios observacionales longitudinales y transversales.

Año	Autor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Calidad
2020	Heiding er et al.	S	S	N R	S	N	S	S	NA	S	S	S	NA	NR	S	Buena
2021	McDona ld et al.	S	S	S	S	N	S	S	NA	S	S	S	NA	S	S	Buena
2020	Hamm et al.	S	S	N	S	N	N	N	NA	S	S	S	N	NR	N	Regular
2020	Van Tilburg et al.	S	S	S	S	N	S	S	NA	S	S	S	NA	N	N	Buena
2020	El Haj et al	S	S	S	S	S	N	N	NA	N	S	N	NA	N	N	regular
2020	Di Santo et al	S	S	N R	S	S	N	N	NA	N	S	S	NA	N	S	Regular

Herramienta de evaluación de la calidad del estudio. [https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-](https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools)

[tools](https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools). 1 ¿La pregunta de investigación o el objeto de este artículo se expresaron claramente? 2 ¿Se especifico y definió claramente la población de estudio? 3 ¿La tasa de participación de las personas elegibles fue al menos del 50% 4 ¿Todos los sujetos fueron seleccionados o reclutados de la misma población o de poblaciones similares (¿incluido el mismo período de tiempo? ¿Se preespecificaron los criterios de inclusión y exclusión para participar en el estudio y as aplicaron de manera uniforme a todos los participantes? 5 ¿Se proporcionó una justificación del tamaño de la muestra, una descripción de la potencia o varianza y efecto? 6 ¿Para los análisis de este documento ¿se midieron las exposiciones de interés antes de que se midieran los resultados? 7 ¿Fue el plazo suficiente para que uno pudiera esperar razonablemente ver una asociación entre la exposición y el resultado si existiera? 8 ¿Para exposiciones que pueden variar en cantidad o nivel, ¿examinó el estudio diferentes niveles de exposición en relación con el resultado (¿por ejemplo, categorías de exposición o exposición medida como variable continua? 9 ¿Las medidas de exposición (variables independientes) estaban claramente definidas, eran válidas, confiables y se implementaron de manera consistente en todos los participantes del estudio? 10 ¿Se evaluaron las exposiciones más de una vez a lo largo del tiempo? 11 ¿Las medidas de resultados estaban cegados al estado de exposición de los participantes? 12 ¿Los evaluadores de resultados estaban cegados al estado de exposición de los participantes? 13 ¿Las pérdidas durante el seguimiento después del valor inicial fueron del 20% o menos? 14 ¿Se midieron y ajustaron estadísticamente las posibles variables de confusión clave por su impacto en la relación entre exposición (es) y resultados (s)? Criterios: CD, no se puede determinar; NA, no aplicable; NR, no informado; S, Si; N, No.

### 3. Lista de verificación de PRISMA.

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	1
<b>ABSTRACT</b>			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	1
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	4
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	5
<b>METHODS</b>			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	6
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.	6
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	6
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.	7
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.	7
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were 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.	-
	10b	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.	7
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.	7 (Tablas 1,2,3)
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and 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.	-

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
	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).	-
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	16a	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.	7
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	9
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	9
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	9
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.	11
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	12
	20b	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.	14
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	14
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	14
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	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	25
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	26
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	27

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	27
<b>OTHER INFORMATION</b>			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	-
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	-
	24c	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 interests	26	Declare any competing interests of review authors.	-
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.	-