UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
Fundada en 1952

QhaliKay
REVISTA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Efecto del aislamiento social y la depresión en la salud del adulto mayor: Revisión sistemática

Effect of social isolation and depression on the health of older adults: Systematic review

Autores

[1]*Indyra Emma Gallard Muñoz**

[2]*Laura Elisa Gutiérrez Pliego*

[3]*Ana Teresa Bérrios Rivas*

[1]Universidad Iberoamericana del Ecuador, Quito, Pichincha, Ecuador.
[2]Universidad Iberoamericana Internacional, México.
[3]Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuatoriano, Quito, Pichicha, Ecuador.

*Autor de correspondencia

Citacion sugerida: Gallard I, Gutiérrez L, Bérrios A. Efecto del aislamiento social y la depresión en la salud del adulto mayor: Revisión sistemática. Rev. Qhalikay, 2025; 9(1): 33-47. DOI: 10.33936/qkrcs.v9i1.7177

Recibido: Diciembre 20, 2024
Aceptado: Abril 19, 2025
Publicado: Abril 25, 2025

Resumen

La etapa del envejecimiento trae consigo la pérdida de conexiones sociales incrementando el riesgo del aislamiento social y consecuentemente los sentimientos de soledad. El objetivo de esta revisión sistemática fue analizar y sintetizar la evidencia científica sobre la asociación de la depresión en el adulto mayor con el vivir socialmente aislado y su impacto en la salud. Se analizaron tres bases de datos electrónicas Pubmed, Scopus y WOS siguiendo el modelo PRISMA. Se incluyeron un total de 9 artículos. Los resultados apoyan la idea de que el aislamiento social afecta la salud mental del adulto mayor incrementando el riesgo de padecer de depresión, soledad, deterioro cognitivo y enfermedades cardiovasculares y de esa manera tener un impacto profundo en su calidad de vida. El aislamiento social influye de manera desfavorable en la salud mental del adulto mayor. También se ratifica la relevancia de implementar intervenciones para disminuir la repercusión en este grupo etario.

Palabras clave: aislamiento social; adulto mayor; depresión; soledad.

Abstract

The stage of aging carry with it the loss of social connections, rising the risk of social isolation and as result feelings of loneliness. The goal of this systematic review was to analyze and compile the scientific evidence on the association between depression in older adults and living in social isolation and its impact on health. The PRISMA approach was used to assess three electronic databases: PubMed, Scopus, and WOS. A total of 9 articles were included. The results support the idea that social isolation affects the mental health of older adults, increasing the risk of depression, loneliness, cognitive deterioration, and cardiovascular diseases, thus having a profound impact on their quality of life. Social isolation unfavorable influences the mental health of older adults. The significance of implementing interventions to minimize the impact on this age bracket is also confirmed.

Keywords: Social isolation; older adult; depression; loneliness.

QhaliKay
Revista de Ciencias de la Salud
ISSN 2588-0608

Introducción

El acelerado envejecimiento de la población es un hecho evidente, se produce con más rapidez que en el pasado, impulsado por la tendencia a la disminución en la cantidad de nuevos nacimientos y el incremento en la esperanza de vida de los individuos[1]. Este envejecimiento se evidencia con más de mil millones de personas en el mundo con 60 años o más[2].

Un creciente número de personas en este grupo de la población no siempre goza de una vejez saludable, por ejemplo en la información disponible sobre la salud mental, se constata que muchos de los adultos mayores corren el riesgo de presentar trastornos mentales[3]. Dentro de las afecciones mentales una de las más frecuentes es la depresión[4].

La depresión es un problema de salud pública, por su elevada prevalencia en la población y en especial en los adultos mayores[5]. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)[6] en el año 2023 la depresión es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo, definición con la que coincide la quinta edición del Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)[7]. Los trastornos depresivos en los ancianos son un tema importante de atención médica pues en este segmento de la población aumenta la probabilidad de padecer depresión, debido entre otros factores a antecedentes patológicos familiares de haber desarrollado la enfermedad, el estrés, provocado por las pérdidas de seres queridos y la química cerebral[8].

La depresión es una enfermedad multicausal y entre sus causas se destaca cada vez más el aislamiento social. El aislamiento social genera emociones negativas resultantes de la falta de relaciones significativas y de integración social[9]. También se define como tener contacto social poco frecuente o falta de integración social[10]. Además, representa un factor de riesgo de muerte prematura en los adultos mayores, incluso más significativos que otros como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la inactividad física, la obesidad, la contaminación del aire y el incremento de un 30 % de las enfermedades cardiovasculares[11]. El aislamiento social se reconoce como un problema y un desafío de salud pública[12].

La OMS señaló en un comunicado de prensa en 2021, que el aislamiento social entre los adultos mayores es un problema sanitario, social y financiero creciente[13]. Debido a los cambios físicos que experimentan los adultos mayores (enfermedades crónicas, pérdida de visión, audición, pérdida de memoria, discapacidad y pérdida de movilidad)[14] y a la merma en la cantidad y calidad de sus contactos sociales (como causa del fallecimiento de familiares y amistades y por vivir solos) las personas pertenecientes a este grupo etario tienen más probabilidades de experimentar aislamiento social y padecer depresión[15].

El aislamiento social ha sido abordado como un tema prioritario en la Década del Envejecimiento Saludable promovida por la OMS[16], la cual lo señala en su documento homónimo. En la población de adultos mayores, este fenómeno constituye una carga importante no solo para el individuo y sus familias, sino también para el sistema de salud y la sociedad en general. Tiene un impacto negativo significativo en la salud y el bienestar físico, mental y emocional de los adultos mayores, aumentando el riesgo de depresión y otras enfermedades[17].

Algunos estudios [18-21] han estimado la prevalencia del aislamiento social en diferentes países. Dentro de ellos varios indican tasas del 24 % en los Estados Unidos[18], del 10 al 43 % en América del Norte y del 20 % en la India[19]. Dado que se estima que la población mundial de 60 años o más aumentará del 12 al 22 % entre 2015 y 2050[20], el número de adultos mayores que viven solos o aislados de los demás está aumentando. Algunas intervenciones se han mostrado esperanzadoras para reducir el aislamiento social en las personas mayores, enfocándose principalmente en intervenciones a nivel individual y de relaciones, con escasa evidencia de intervenciones a nivel comunitario o social[21]. No se ha establecido con claridad la efectividad de las intervenciones y estrategias destinadas a disminuir el aislamiento social y la soledad en los adultos mayores, ni se han identificado con precisión los candidatos ideales para estas intervenciones colectivas, debido a que la versatilidad en las características de este grupo etario no permite la generalización de los resultados y asimismo influye en la estandarización para la aplicación de intervenciones. En el caso de las intervenciones individuales, su efectividad se vio comprometida debido a diversos factores. Particularmente, aquellas implementadas a nivel domiciliario, lo cual fue un desafío, entre ellos: las dificultades de desplazamiento, las restricciones derivadas de la hegemonía del modelo biomédico y la falta de tiempo, limitaron la adherencia y continuidad de las mismas[22]. El aislamiento social en los adultos mayores es una cuestión compleja en la que influyen diversos factores y por consiguiente su abordaje también debe ser multifactorial.

CC BY NC ND

En este grupo etario, no solo se vivencia la soledad, sino que también se incrementa la vulnerabilidad ante situaciones de abandono, el duelo y adaptación asociada al rol social. Estudios lo confirman como la investigación de Gallardo- Peralta *et al*.[23], donde se reafirma la necesidad de buscar estrategias para el abordaje de esta problemática en los adultos mayores. Aun cuando el impacto del aislamiento social y la depresión han sido ampliamente estudiados, la efectividad de programas comunitarios para abordar el aislamiento social y la depresión en adultos mayores ha sido medida mayoritariamente en entornos institucionales, lo que limita su aplicabilidad a comunidades locales de escasos recursos[9]. Al centrarse en comunidades locales, el estudio puede aportar datos empíricos sobre cómo el aislamiento social y la depresión interactúan en el contexto ecuatoriano, destacando factores específicos como el rol de la familia, la comunidad y el acceso a servicios de salud.

Los resultados de este trabajo pueden guiar el diseño de programas de intervención que aprovechen los recursos locales, como redes de apoyo comunitarias, actividades grupales y la integración intergeneracional. Este artículo tiene el potencial de posicionar el bienestar psicosocial del adulto mayor como una prioridad en las agendas de salud pública, destacando la necesidad de políticas que mitiguen el aislamiento y la depresión en esta población vulnerable.

El objetivo general de esta revisión sistemática fue analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre relación entre depresión y aislamiento social en los adultos mayores en comunidad, evaluando su impacto en la salud física y mental, identificando al mismo tiempo áreas para futuras investigaciones que profundicen en este problema de salud.

Metodología

Este estudio utilizó el modelo de elementos preferidos para la presentación de informes de revisiones sistemáticas y meta-análisis (PRISMA)[24] con el fin de garantizar precisión y exhaustividad. Antes de llevar a cabo la revisión de la literatura, se elaboró un protocolo de revisión.

Las revisiones de los artículos publicados se realizaron de acuerdo con el marco descrito y delineado por el Instituto Joanna Briggs (JBI)[25]. El enfoque del JBI para realizar e informar revisiones de alcance es congruente con la lista de verificación de la extensión (PRISMA) y se utilizó como guía para informar los resultados. El proceso siguió las cinco etapas clave: 1) formulación de las preguntas de investigación, 2) desarrollo de protocolo de revisión e identificación de estudios relevantes, 3) evaluación y selección de estudios, 4) extracción de datos y 5) comprobar, resumir e informar los resultados[26].

Como todos los análisis se basaron en estadísticas resumidas disponibles públicamente, no se requirió de aprobación ética, consentimiento informado del paciente o de una junta de revisión institucional.

Etapa 1. Formulación de las preguntas de investigación

Se realizó una primera búsqueda bibliográfica con el objetivo de adquirir un punto de vista en cuanto a conceptos, palabras claves, términos. A partir de esta búsqueda, se desarrollaron las siguientes preguntas de investigación: 1) ¿Cuál es la evidencia indicada en las publicaciones revisadas sobre la prevalencia de la depresión en adultos mayores que experimentan aislamiento social en comparación con aquellos que no lo experimentan? 2) ¿Qué barreras perciben los adultos mayores para mantener la conexión social durante períodos de aislamiento, y cómo se describe el impacto de estas en su estado de ánimo y bienestar? 3) ¿Cuáles son las brechas identificadas en la literatura en este campo?

Etapa 2. Protocolo de investigación e identificación de estudios relevantes

Para la obtención de la información de este artículo se analizaron sistemáticamente 3 bases de datos electrónicas. Las bases de datos analizadas fueron Pubmed, Scopus y Web of Science (WOS). Las bases de datos seleccionadas fueron elegidas para asegurar una cobertura exhaustiva y abarcar diversas disciplinas. Se utilizaron diferentes palabras clave y operadores booleanos y se establecieron criterios de elegibilidad (Tabla 1). Para identificar los términos de búsqueda se utilizó el marco de población, concepto y contexto. Las estrategias de búsqueda incluyeron términos indexados (MeSH) y texto libre. La búsqueda por términos indexados utilizados en PubMed fue: “social isolation” [MeSH] AND “elderly” [MeSH] AND “depression”. La búsqueda por texto libre utilizado en PubMed, Scopus, y WOS fue (“Impact”) AND (“social isolation” OR “loneliness”) AND (“elderly” OR “aged” OR “aging”) AND (“depression”) AND (“community” OR “resident”).

Para la presente revisión sistemática se analizaron solo artículos originales publicados hasta el mes de abril de 2024,

CC BY NC ND

QhaliKay
Revista de Ciencias de la Salud
ISSN 2588-0608

limitado al idioma inglés y español y estudios que cubrieran el tema de la presente revisión. Los criterios de inclusión utilizados fueron artículos que estudiaran a las personas de la tercera edad sin definir un umbral de edad específico. La muestra fue de adultos mayores que residen en entornos comunitarios, incluyó tanto a aquellos que viven en sus propias casas como a los que comparten su vivienda con instalaciones de hogares de ancianos o reciben atención residencial. Publicados en idioma inglés y español. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en poblaciones que vivieran solas o con antecedentes de depresión antes de convertirse en adulto mayor, investigaciones donde la muestra tuviera antecedentes de trauma psíquico o de trastorno de personalidad, o se centrasen exclusivamente en entornos hospitalarios o en residencias de ancianos especializadas. Asimismo, no se incluyeron informes de simposios, cartas al editor, conferencias, resúmenes, libros u opiniones de expertos.

Empleando y utilizando los criterios y la estrategia de búsqueda descrita se muestra el proceso de selección de artículos a través del método de revisión sistemática PRISMA[27](Figura 1).

La revisión se llevó a cabo por 2 revisores, quienes llevaron a cabo el proceso de selección. A pesar de poder resolver

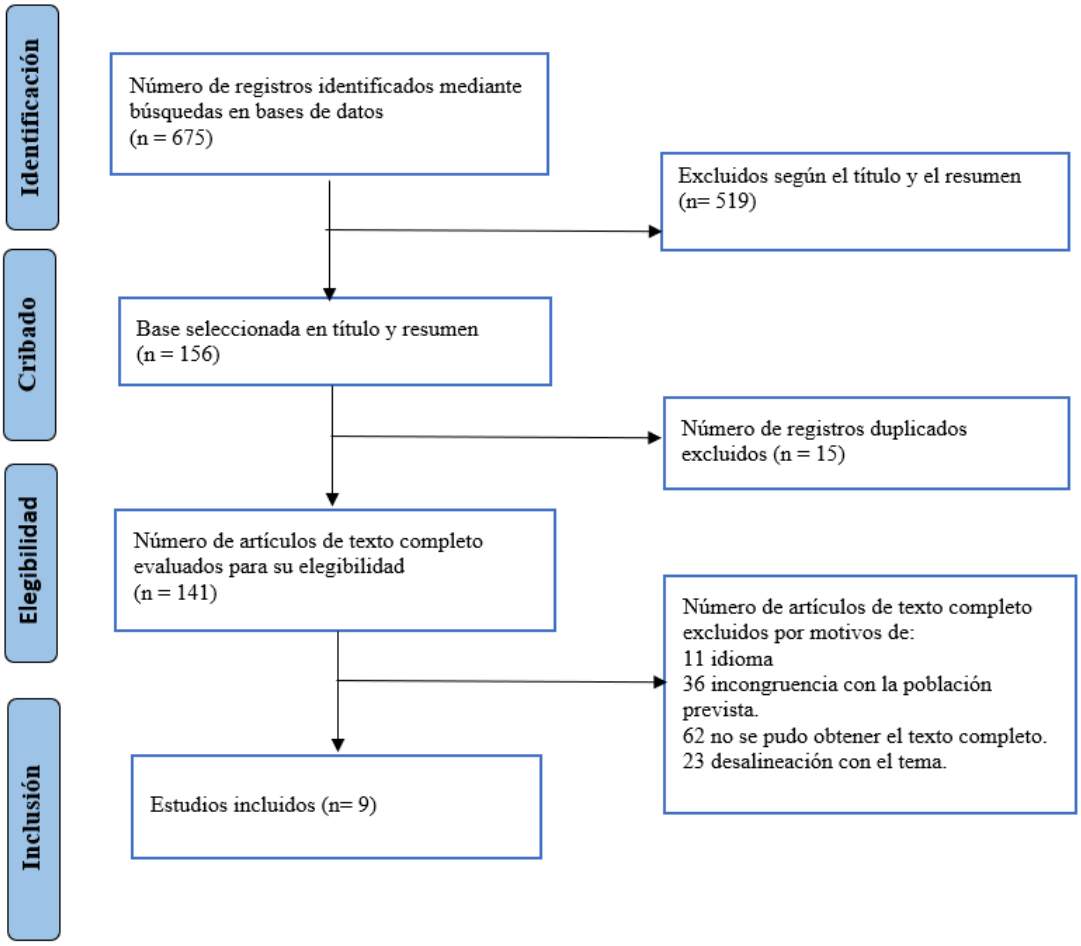

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA que ilustra el proceso de selección de estudios.

algunas discrepancias por consenso, en ocasiones también se consultó un tercer revisor para llegar a un acuerdo. La búsqueda inicial fue a mediados de febrero 2024 y se actualizó en varias ocasiones para abordar posibles lagunas en la búsqueda bibliográfica inicial y obtener una visión más completa de la literatura sobre el tema.

CC BY NC ND

Tabla 1. Criterios de elegibilidad establecidos

Marco PCC	Criterios de elegibilidad
Población	**Inclusión**. Reseñas que abarcan a adultos mayores sin definir un umbral de edad específico. **Exclusión**. Revisiones centradas exclusivamente en poblaciones que vivan solos o con antecedentes de depresión antes de convertirse en adulto mayor, para trabajar con una muestra más homogénea donde la aparición de síntomas depresivos sea a partir del fenómeno a investigar
Concepto	**Inclusión**. Prevalencia de depresión en adultos mayores con cualquier tipo de aislamiento social. **Exclusión**. Prevalencia de depresión en adultos mayores con aislamiento social por causa de trauma psíquico o por trastorno de personalidad.
Contexto	**Inclusión**. Adultos mayores que residen en entornos comunitarios, lo cual incluye tanto a aquellos que viven en sus propias casas como a los que comparten su vivienda con instalaciones de hogares de ancianos o reciben atención residencial. **Exclusión**. No se considerarán artículos que se centren exclusivamente en entornos hospitalarios o en residencias de ancianos especializadas.
Tipos de fuentes de evidencia	**Inclusión**. Solo artículos originales publicados hasta el mes de abril del 2024, limitado al idioma inglés y español y estudios que cubran el tema de la presente revisión. **Exclusión**. Todo tipo de informes de simposios, cartas al editor, conferencias, resúmenes, libros, opiniones de expertos y reseñas de cualquier tipo.

Etapa 3. Evaluación y selección de estudios

Primero se procedió a la selección de los artículos de acuerdo a título, resumen, palabras clave relativas al tema y objetivo, para excluir los estudios irrelevantes e identificar las revisiones para su posible inclusión. Las citas de cada base de datos se capturaron en el gestor de referencias Mendeley para facilitar la revisión de los investigadores. Además, también se revisó la bibliografía de los mismos con el fin de identificar los artículos que pudieran cumplir con los criterios de inclusión. La primera búsqueda se llevó a cabo en Scopus y PubMed utilizando las palabras clave pertinentes, lo que resultó en la identificación de 632 artículos. Para fortalecer la revisión, se realizó una tercera búsqueda en la base de datos WOS utilizando los mismos filtros y palabras clave, lo que permitió la identificación de 43 artículos adicionales. En total, se obtuvieron 675 artículos provenientes de las tres bases de datos. Se procedió a leer el resumen y a partir de esta lectura se excluyeron 519, por centrarse principalmente en adultos mayores con antecedentes de problemas psiquiátricos n = 348, por presentar escasa información n = 79 y por utilizar una metodología alejada de las clásicas como Iowa Gambling Task y Verbal Fluency Task que interfieren en la interpretación y análisis de los resultados n = 92. Se descartaron 15 artículos duplicados entre las bases de datos de PubMed y Scopus. Por último, se excluyeron después de la identificación de idiomas n = 11, desalineación con el tema n = 23, incongruencia con la población prevista n = 36, dificultad para la obtención del texto completo n = 62. Finalmente, 9 artículos cumplen con los criterios de inclusión

Etapa 4. Extracción de datos

La información fue cargada en una hoja de Excel por los autores, donde se reflejaron las características generales por ejemplo autor, año de publicación, título, revista, tipo de revisión, diseño del estudio, la muestra poblacional, conclusiones y sugerencias para futuras investigaciones. También se tuvieron en cuenta los datos de los estudios como el método de evaluación del impacto del aislamiento social en la depresión del adulto mayor. Igualmente, en esa misma línea se identificaron brechas de investigación para futuras investigaciones.

Etapa 5. Comprobar, resumir e informar los resultados

Los artículos incluidos se sintetizaron y se presentaron en tablas de evidencia, complementadas con figuras pertinentes para su ilustración. Examinamos el impacto informado sobre la depresión en el adulto mayor relacionado con el aislamiento social y la soledad. Además, las barreras identificadas que influyeron en esta medición y las brechas determinadas en la literatura. Esto nos permitió elaborar un resumen narrativo de los objetivos y resultados del estudio.

Resultados y Discusión

Para la evaluación de la calidad de los estudios se utilizó la Escala de Newcastle-Ottawa (NOS), para estudios de cohorte. La NOS utiliza un sistema de calificación con estrellas para evaluar la calidad del estudio en cuanto a: a) selección de los

QhaliKay
Revista de Ciencias de la Salud
ISSN 2588-0608

participantes, b) comparabilidad de los grupos de estudio y c) resultado de interés. El número máximo de estrellas que un estudio puede recibir en cada una de estas categorías es 4,2 y 3 con un puntaje máximo de 9 estrellas. En la NOS, se asignaron puntuaciones de 0–3, 4–6 y 7–9 para indicar estudios de baja, moderada y alta calidad, respectivamente. Este sistema permite evaluar la solidez de los estudios de cohortes en función de su diseño y validez, facilitando la selección de estudios de alta calidad para su inclusión en revisiones sistemáticas y metaanálisis[28]. Los resultados se observan a continuación en la Tabla 2.

Para mejorar la claridad de los hallazgos y facilitar la comprensión de los efectos del aislamiento social en la salud mental de los adultos mayores, se organizaron los datos de los artículos en torno a los conceptos centrales de adulto mayor y aislamiento social. Además, se agruparon los resultados según las variables más estudiadas: depresión, deterioro cognitivo y salud. Por último, dedicamos una sección a los estudios que analizaron simultáneamente soledad y aislamiento.

Aislamiento social: impacto en el adulto mayor

Huang *et al.*[29] en su estudio investigaron las asociaciones de cambios en el aislamiento social y la soledad, individual y simultáneamente, con deterioro cognitivo y riesgo de incidentes cognitivos. Utilizaron datos del estudio longitudinal chino de longevidad saludable. En el análisis 7299 participantes fueron incluidos con una edad promedio de 81,3 años. La función cognitiva se evaluó mediante una versión china ampliamente utilizada del Mini-Mental State de Folstein y Folstein[37], adaptada culturalmente y validada para su uso en esta población. El aislamiento social fue valorado a través de un índice de 5 ítems. La soledad fue valorada de acuerdo al número de visitas recibidas en 3 años. Su hallazgo demuestra que el aislamiento social influye en los síntomas depresivos, más en mujeres que en hombres $p < 0{,}0001$. El aislamiento social prolongado o a corto plazo se vinculó con un acelerado deterioro cognitivo y la aparición de deterioro

Tabla 2. Información de los artículos seleccionados para la investigación

Año	Autores	Muestra o instrumento utilizado	Revista y Cuartil	Evaluación de la Calidad
2024	Huang *et al.*[29]	7299 adultos mayores. Encuesta de longevidad Saludable Longitudinal China	Alzheimer's & Dementia, Q1	Alta calidad
2023	Jin J y Bae S.[30]	6499 participantes. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-8) de 8 items. Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (Versión Corta) (ULS-4).	IJERPH, Q2	Alta calidad
2024	Montejo *et al.*[31]	2060 adultos mayores. Encuesta de salud de la ciudad de Madrid 2018	BMC Psychology, Q1	Alta calidad
2021	Chávez- Negrete *et al.*[32]	286 adultos mayores Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos.	REPIS, B3 Sistema Qualis CAPES.	Alta calidad
2024	Ding *et al.*[33]	427942 participantes. Cuestionario del Biobanco del Reino Unido. Low-Grade Inflammation Score	BMC Public Health Q1	Alta calidad

CC BY NC ND

2024	Ward *et al*.[34]	8171 participantes. Estudio longitudinal irlandés sobre el envejecimiento. La soledad se midió utilizando la versión de cinco ítems de la escala de soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) El aislamiento social se midió utilizando el índice de redes sociales de Berkman-Syme (SNI). La depresión también se midió a través de entrevistas personales asistidas por computadora utilizando la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).	Frontiers in Public Health, Q1	Alta calidad
2024	Lee y Kim.[12]	3365 adultos mayores participantes. Encuesta nacional de examen de salud y nutrición de Corea (KNHANES). Se evaluó el estado de salud mental utilizando el Cuestionario de Salud del Paciente-9. Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de Corea	Frontiers in Public Health, Q1	Alta calidad
2024	Li *et al*.[35]	3681 adultos estadounidenses de 60 años o más. Cuestionario sobre abandono (LB). Estudio de Salud y Jubilación. La soledad se midió mediante la Escala de Soledad de 11 ítems de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA). Los síntomas depresivos se midieron utilizando una versión revisada de ocho ítems de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. La resiliencia se midió mediante la puntuación de resiliencia simplificada (SRS)	The Gerontologist, Q1	Alta calidad
2024	Li *et al*.[36]	6664 adultos mayores participantes. La depresión y la ansiedad se evaluaron mediante un Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) validado de 9 ítems y una Escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) validada de 7 ítems	Scientific Reports, Q1	Alta calidad

cognitivo nuevo, sin importar los distintos niveles de variación en la soledad (sin soledad, soledad a corto plazo y soledad persistente) ($p < 0,05$).

Jin y Bae [0] investigaron el efecto de aislamiento social debido al distanciamiento social durante la pandemia de COVID-19 sobre los síntomas depresivos y el efecto mediador de la soledad en los adultos mayores. La muestra fue seleccionada

QhaliKay
Revista de Ciencias de la Salud
ISSN 2588-0608

durante la pandemia de COVID-19 como parte del estudio longitudinal inglés sobre el envejecimiento y fue un total de 6499 personas mayores con una edad media de 68,66 años. Los síntomas depresivos se evaluaron mediante la escala de depresión (CES-D-8) de 8 ítems y de respuesta dicotómica[38]. El aislamiento social durante la pandemia de COVID-19 se determinó mediante dos ítems: autoaislamiento en la semana anterior e intento de quedarse en casa durante la última semana. La soledad se evaluó utilizando la Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles en su versión corta de 4 ítems. Los resultados revelaron que el impacto del aislamiento social en los síntomas depresivos es mediado directa e indirectamente por la soledad en adultos mayores. Este estudio también añade más evidencia de que el aislamiento social, que fue evaluado como el distanciamiento social objetivo debido al encierro no solo afectaría los sentimientos de soledad sino también los síntomas depresivos en adultos mayores durante el COVID-19. También en este estudio se identificó la actividad física como moderador del aislamiento social. En la población estudiada se observó una disminución de los efectos del aislamiento social sobre los síntomas depresivos.

A pesar del uso de diferentes herramientas validadas para medir el aislamiento social y sus enfoques metodológicos, ambos estudios aportan conocimientos valiosos y complementarios. Huang *et al*.[29] ofrecen evidencia robusta sobre los efectos acumulativos del aislamiento social en el deterioro cognitivo, destacando la importancia de intervenciones preventivas a largo plazo. Por su parte, Jin y Bae[30] proporcionan información crítica sobre los impactos inmediatos del aislamiento social durante una emergencia global, sugiriendo estrategias prácticas como la promoción de la actividad física para reducir sus efectos negativos. Los dos estudios subrayan la importancia de considerar tanto los efectos inmediatos como los acumulativos del aislamiento social y la soledad en la salud de los adultos mayores. Además, destacan la necesidad de adaptar las intervenciones y políticas públicas a los contextos culturales y sociales específicos, así como a las etapas del ciclo vital, para mitigar de manera efectiva los impactos negativos en esta población vulnerable.

Soledad y depresión en el adulto mayor

En otro estudio realizado, de tipo epidemiológico transversal y aleatorio, se investigaron los factores predictivos y de riesgo de la soledad en los adultos mayores, basado en el censo de una ciudad en Europa. En la investigación se obtuvo que para los adultos mayores vivir solos, es el mayor predictor de soledad en este grupo etario. En sus resultados de datos sociodemográficos de una muestra de 2060 participantes con grupos etarios entre 65 y 85 y más años, se observó que a medida que avanza la edad se incrementa el porcentaje de adultos mayores con soledad. Predominó el género femenino en cuanto a sentimientos de soledad y mala calidad de vida $p < 0{,}0001$. Para medir síntomas de depresión utilizaron un cuestionario *Goldberg General Health.* En sus resultados, después de un análisis, los mayores síntomas de depresión se observan en las mujeres con un 11,5 % y un 5,5 % en los hombres de la población estudiada. Por lo que la asociación de los síntomas depresivos es mayor en los adultos mayores que viven solos[31].

Otro estudio de tipo observacional, que incluyó a adultos mayores de 65 años o más, investigó la relación entre la depresión y la ansiedad con el aislamiento social en adultos mayores atendidos en una clínica de primer nivel. En el estudio participaron 286 adultos mayores, y para determinar los niveles de ansiedad y depresión se utilizó el cuestionario de Guillermo Calderón, compuesto por 20 items. Los resultados revelaron que el 73,4 % de los pacientes refirieron una falta o disminución en la comunicación o relación con sus amistades, mientras que el 65 % reportaron la misma condición en relación con los sistemas de salud. Además, se observó una mayor frecuencia de depresión, tanto moderada como severa, en las mujeres ($p = 0{,}017$). El estudio concluye que el aislamiento social de los adultos mayores, asociado al confinamiento por el COVID-19, incluyendo el distanciamiento de familiares, amistades, proveedores de servicios y sistemas de salud, se relacionó de manera significativa ($p = 0{,}001$) tanto con la ansiedad como con la depresión. Asimismo, se destacó que el 75 % de los pacientes estudiados presentó alguna de estas dos condiciones, evidenciando el impacto negativo del aislamiento social en su bienestar emocional[32].

El estudio de Lee y Kim[12] explora el impacto de los arreglos de vida en el bienestar mental de los adultos mayores coreanos, centrándose en la prevalencia de la depresión y el papel del aislamiento social en el contexto de la evolución de las estructuras familiares y la pandemia de COVID-19. La investigación analizó las respuestas de adultos mayores de 65 años o más, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición realizada en Corea durante 2018 y 2020. Para evaluar la salud mental de los participantes, se empleó el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9)[39].

CC BY NC ND

Los resultados mostraron diferencias significativas por género: las mujeres reportaron una puntuación media más alta (2,73) que los hombres (1,68) en la escala de depresión. Esto se explica con la tendencia de que las mujeres viven más y su menor probabilidad de casarse tras enviudar. La investigación determinó que los adultos mayores que viven solos son especialmente vulnerables al aislamiento social, ya que reciben un apoyo social y emocional limitado en comparación con aquellos que viven con familiares. Esto puede exacerbar los sentimientos de soledad y contribuir al deterioro de su salud mental.

En los análisis realizados por Montejo *et al*[31], Chávez-Negrete *et al*[32], y Lee y Kim[12], desde diferentes perspectivas se observa que la relación entre el aislamiento social, la soledad y la salud mental en adultos mayores coinciden en varios puntos clave. Todos identifican a los adultos mayores que viven solos como un grupo particularmente vulnerable al aislamiento social y sus efectos adversos en la salud mental. Además, destacan que las mujeres presentan niveles más altos de soledad y síntomas depresivos, lo que sugiere que las intervenciones deben considerar las diferencias de género en sus diseños. Por último, los estudios subrayan que el aislamiento social, ya sea debido a condiciones estructurales o crisis específicas, como la pandemia de COVID-19, tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores.

Los autores refuerzan la necesidad de implementar estrategias multidimensionales que incluyan el fortalecimiento de redes de apoyo social, el diseño de políticas públicas sensibles a las necesidades de esta población y la promoción de intervenciones que aborden tanto las diferencias estructurales como las coyunturales. Este enfoque permitirá mitigar los efectos negativos del aislamiento social y mejorar el bienestar integral de los adultos mayores en diferentes regiones y contextos.

Impacto del aislamiento social en el adulto mayor

El estudio de Ding *et al*.[33] analizó la relación entre factores psicosociales y la aparición de enfermedades cardiovasculares (ECV) en adultos de 38 a 73 años, subrayando la relevancia de los factores psicosociales en el desarrollo de estas enfermedades. El aislamiento social y la soledad se identificaron como factores que influyen directamente en el riesgo de desarrollar ECV. Las razones de riesgo (HR) asociadas fueron de 1,11 (*IC* del 95 %: 1,06–1,16) para el aislamiento social y 1,17 (*IC* del 95 %: 1,11–1,23) para la soledad. Además, se observaron interacciones significativas entre la combinación de aislamiento social y soledad en adultos mayores con condiciones como depresión, tabaquismo, diabetes (HR 1,68; *IC* del 95 %: 1,54–1,85), hipertensión (HR 1,35; *IC* del 95 %: 1,28–1,42) y enfermedades cardiovasculares, lo que resalta la influencia conjunta de estos factores en el riesgo de ECV.

Ward *et al*.[34] investigaron la relación entre la ideación y las conductas relacionadas con la muerte y las relaciones sociales en adultos mayores de 50 años, utilizando datos de un estudio longitudinal irlandés sobre el envejecimiento. Uno de los aspectos potenciales en este artículo es que permite relacionar múltiples factores psicosociales, tales como aislamiento social, sintomatología depresiva y la soledad como un fenómeno de gran impacto en salud pública: la ideación de muerte en las personas mayores. Asimismo, el uso de una muestra longitudinal refuerza la validez de los resultados al permitir el monitoreo de los participantes a lo largo del tiempo y observar cómo se comportan las tendencias. Dentro de las limitaciones es que no establece causalidad, tener como factor de riesgo el vivir en áreas urbanas puede ser el reflejo de otros problemas subyacentes y por último que se desarrolla en un contexto irlandés y puede limitar su generalización a otros países.

Un estudio realizado con 3681 residentes estadounidenses mayores de 60 años evaluó el impacto a largo plazo del aislamiento social en las trayectorias de cambio de la soledad y los síntomas depresivos en los adultos mayores, así como el papel de la resiliencia en este contexto. El estudio se centró en medir la soledad mediante la escala de soledad de 11 ítems de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) y los síntomas depresivos a través de una versión revisada de ocho ítems de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos. La investigación aporta evidencia relevante entre el aislamiento social, la soledad y los síntomas depresivos en adultos mayores teniendo en cuenta el papel de la resiliencia como modulador. La resiliencia demostró amortiguar significativamente el efecto negativo del aislamiento social en la depresión inicial[35].

El estudio de Li *et al*.[36], contribuye al conocimiento sobre la relación entre el aislamiento social, la depresión y la ansiedad en adultos mayores que vivían en comunidades de Ningbo, destacando la importancia de este problema en comunidades urbanas. Una de las fortalezas del estudio es que incluyó a 6664 adultos mayores residentes en la comunidad, lo cual refuerza la validez externa del estudio y permite que el estudio se pueda generalizar más. Utilizaron herramientas validadas: el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) de 9 ítems [40] para la depresión y la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) de 7 ítems para la ansiedad, las cuales son reconocidas a nivel internacional, lo que

QhaliKay
Revista de Ciencias de la Salud
ISSN 2588-0608

aporta fiabilidad y comparabilidad[41]. Estos resultados coinciden con estudios previos, como el de Huang *et al*.[29], que evidencian una relación directa entre el aislamiento social y los síntomas depresivos, especialmente en adultos mayores que viven solos. Por otra parte, al ser un diseño transversal no es posible establecer causalidad, ya que no es posible establecer si el aislamiento social causa la depresión y la ansiedad o si por el contrario la depresión y la ansiedad conducen al aislamiento social.

La relación bidireccional entre aislamiento social y depresión, identificada por Chávez-Negrete *et al*.[32] es consistente con los hallazgos de Liam *et al*.[34]. Adicionalmente, el hallazgo de una asociación significativa con la ansiedad aporta una dimensión importante para entender cómo el aislamiento afecta el bienestar mental en adultos mayores. Los resultados también coinciden con el análisis de Ward *et al*.[34], que encontraron que la soledad y el aislamiento social están estrechamente relacionados con la ideación suicida. Esto resalta cómo la depresión y la ansiedad pueden ser mediadas por la falta de interacción social.

Los hallazgos de Li *et al*.[36] refuerzan la necesidad de intervenciones que fomenten la integración social en comunidades de adultos mayores. Esto está en línea con las recomendaciones de Jin y Bae[30], quienes sugieren el uso de la actividad física como un moderador del aislamiento social. Además, los datos respaldan la idea de que abordar el aislamiento social de manera temprana podría prevenir no solo la depresión, sino también la ansiedad, reduciendo el impacto psicológico general en esta población.

En relación con los objetivos de esta revisión sistemática los resultados apoyan la idea de que el aislamiento social y la depresión son dos de los factores más críticos que afectan la salud mental y física del adulto mayor y ambos pueden tener un impacto profundo en la calidad de vida. La falta de interacción social genera sentimientos de soledad y aumenta el riesgo de desarrollar depresión y, a su vez, puede exacerbar el aislamiento al reducir la motivación para socializar.

En primer lugar Jin y Bae[30] en su estudio donde toman de referencia el aislamiento de los adultos mayores durante la pandemia de COVID 19 y aportan más pruebas de que el aislamiento social, evaluado como la separación social objetiva causada por el confinamiento, no solo influiría en los sentimientos de soledad, sino también en los síntomas depresivos. Los autores también sugieren cómo mitigar este impacto en la salud mental a través de la actividad física. Basados en los resultados de su investigación el aislamiento social no mostró una asociación significativa con los síntomas depresivos en personas con actividad física moderada diaria.

Luego Huang *et al*.[29],en los resultados de su investigación muestran que el aislamiento social objetivo, medido por diferentes índices (incidente, transitorio y persistente) tiene una asociación positiva con una función cognitiva deficiente. También en su estudio mencionan los mecanismos a través de los cuales la integración social contribuye a la función cognitiva e influyen en la comunicación y la interacción necesarias para mantener el compromiso social, así como el sentido de valor y pertenencia que brindan las relaciones satisfactorias.

Dentro de los factores de riesgo para que los adultos mayores sientan soledad está el vivir solo. Vivir solo por tiempo prolongado puede tener consecuencias negativas para la salud mental. En el estudio de Montejo *et al*.[31], vivir solo fue el predictor de mayor efecto ante la soledad. Además, hay otras variables significativas como son la mala salud mental percibida y mala calidad de vida.

El aislamiento y la cuarentena derivados de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 han tenido un impacto significativo en la salud mental y física, especialmente en la población adulta mayor. En el estudio de Chávez- Negrete *et al*.[32], se confirma como los adultos mayores debido a este aislamiento social extremo y necesario, presentan, además de depresión, ansiedad. El resultado de este estudio era esperado, las medidas de confinamiento exacerbaron el aislamiento social y el distanciamiento físico, a su vez aumentan los sentimientos de soledad y la ansiedad.

El aislamiento social está vinculado a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, como hipertensión y enfermedades coronarias entre otras. La falta de interacción social puede desencadenar una serie de respuestas fisiológicas y emocionales adversas, como el aumento de los niveles de estrés, la liberación prolongada de cortisol y el incremento de la inflamación sistémica[42,43]. El aislamiento social y la soledad son factores influyentes, aunque poco reconocidos, en la salud cardiovascular y cerebral. Además, la soledad y el aislamiento social se asocian con niveles elevados de

CC BY NC ND

marcadores inflamatorios, y aquellos con menos vínculos sociales tienden a mostrar más signos fisiológicos de estrés crónico. Al analizar el impacto del aislamiento social, se observa una relación bidireccional con sus factores de riesgo. Por un lado, la depresión puede llevar a que las personas se aíslen socialmente y, por otro, el aislamiento social aumenta la probabilidad de desarrollar depresión. A menudo, ambos fenómenos están relacionados con resultados negativos en la salud cardiovascular[33].

Por otro lado, la falta de interacción social y apoyo emocional puede generar sentimientos de inutilidad, pérdida de valor y desesperanza en los adultos mayores, que son factores directamente relacionados con el aumento de pensamientos suicidas. El aislamiento social también está estrechamente ligado a la depresión y es una de las principales causas de suicidio entre las personas mayores[34,44].

Limitaciones del estudio

La naturaleza transversal de los datos limito nuestra capacidad de inferir causalidad entre el aislamiento social y los resultados de salud mental. Se necesitarán estudios longitudinales de las relaciones del aislamiento social con la depresión y la ansiedad para inferir la causalidad. Además, algunos estudios sugieren la posibilidad de sesgo, debido a que los análisis se basaron en los autoinformes de los participantes. Los adultos mayores participantes de algunos estudios tenían un estado de salud deficiente (como dificultades para leer o escribir) y para completar las encuestas requirieron de ayuda de los entrevistadores, aumentando el riesgo de sesgo. En ocasiones solo se trabajó con un solo tipo de etnia, por lo que no se puede generalizar para otros tipos de poblaciones. La valoración de la soledad se realizó con una sola pregunta directa sobre la percepción de soledad y en un corto periodo de tiempo.

Conclusiones

Los resultados de los estudios incluidos en esta revisión sistemática respaldan la idea de que la falta de estimulación social agrava los problemas de deterioro cognitivo asociados con la depresión. La soledad y la desesperanza pueden conducir a pensamientos suicidas, especialmente en personas mayores que presentan depresión. Sin embargo, la definición de "aislamiento social" mostró importantes variaciones entre los estudios analizados. El aislamiento social y la soledad se identifican como determinantes poco reconocidos de la salud cardiovascular y cerebral. Además, el aislamiento puede estar asociado con un mayor uso de servicios médicos y hospitalizaciones. Se ha evidenciado que varios constructos afectados por la soledad también están influenciados por el aislamiento. No obstante, persisten brechas metodológicas como la falta de estudios longitudinales y la posible presencia de sesgo entre la medición de la soledad y el aislamiento. Para futuras investigaciones y políticas públicas, es fundamental considerar enfoques multidimensionales que aborden tanto los determinantes individuales como estructurales del aislamiento social, con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en diferentes contextos. Asimismo, se ha observado que tanto la soledad como el aislamiento tienen un impacto similar en problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad, el deterioro cognitivo y la percepción de la salud. Los resultados también sugieren la necesidad de diseñar intervenciones dirigidas a abordar tanto las necesidades psicológicas como sociales de las personas mayores para mejorar su calidad de vida. Es necesario realizar estudios con un enfoque de género porque el número de mujeres afectadas es significativamente mayor que el de hombres en las mismas condiciones. Estas intervenciones combinadas podrían generar mayores beneficios, aunque se requieren más investigaciones para evaluar su efectividad y optimizar su implementación.

Agradecimientos

Extendemos nuestra gratitud al dedicado equipo de la Facultad de Salud y Bienestar en especial a los investigadores colaboradores Juleiky García Beracierto y Paolina Figuera Ávila.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

1. Leone AP, Couselo D. Envejecimiento poblacional y políticas de cuidado.: Tensiones en torno a la formulación de

QhaliKay
Revista de Ciencias de la Salud
ISSN 2588-0608

políticas sociales. Itiner Trab Soc [Internet]. 2022 [citado11 de noviembre 2024]; (2):79–86. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8250995&info=resumen&idioma=ENG

2. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report [Internet]. 2020 [citado 11 de diciembre 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677

3. Manuel J, Cantero P. Desafíos bioéticos de las políticas públicas ante el envejecimiento poblacional en Latinoamérica. Med y Ética [Internet]. 2 de abril de 2024 [citado el 14 octubre de 2024];35(2):374–428. Disponible en: https: https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n2.03.

4. Mental health of older adults [Internet]. 2023 [citado 22 de abril 2025] Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

5. Didoné LS, de Jesus ITM, Santos-Orlandi AA, Pavarini SCI, Orlandi F de S, Costa-Guarisco LP, et al. Factors associated with depressive symptoms in older adults in context of social vulnerability. Rev Bras Enferm [Internet]. el 1 de junio de 2020 [citado el 11 de noviembre de 2024];73:e20190107. Disponible en: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0107

6. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021[citado el 24 de febrero 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

7. Trustees B of, Jeffrey Akaka Md, Carol A. Bernstein Md, Brian Crowley Md, Anita S. Everett Md, Jeffrey Geller, M.D. Mph, Et Al. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5 [Internet]. 2013[citado el 22 de abril 2025] Disponible en: https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic and statistical manual of mental disorders _ DSM-5 (PDFDrive.com).pdf

8. Moreira KL, Navarrete CP, Briones WR. Estudio correlacional sobre el deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores. J Sci Res Rev Cienc e Investig [Internet]. 2022 [citado el 13 de noviembre 2024];7(1):66. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8812258&info=resumen&idioma=SPA

9. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. BMC Public Health [Internet]. el 14 de febrero 2020 [citado el 13 de noviembre 2024]; 20(1):1–14. Disponible en: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-8251-6

10. Barnes TL, Ahuja M, MacLeod S, Tkatch R, Albright L, Schaeffer JA, et al. Loneliness, Social Isolation, and All-Cause Mortality in a Large Sample of Older Adults. J Aging Health [Internet]. el 1 de octubre 2022 [citado el 13 de noviembre 2024]; 34(6–8):883. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9483694/ DOI: 10.1177/08982643221074857

11. La OMS pone en marcha una comisión para fomentar la conexión social [Internet]. 2023[citado el 22 de abril 2025] Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/15-11-2023-who-launches-commission-to-foster-social-connection

12. Lee G, Kim C. Social isolation and mental well-being among Korean older adults: a focus on living arrangements. Front Public Heal. [Internet]. el 24 de abril de 2024 [citado el 13 de noviembre 2024]; 12:1390459. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11076745/

13. da Silva JB, Rowe JW, Jauregui JR. Envejecimiento saludable en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2021 [citado el 11 de diciembre 2021];45. Disponible en: /pmc/articles/PMC8437154/

14. Domingo TG. Reto Mundial: Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030. Análisis y Modif Conduct [Internet]. el 17 de abril de 2024 [citado el 14 de octubre 2024]; 50(182):3–19. Disponible en: https://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/8098/7053

15. Martín U, González Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. Gac Sanit [Internet]. el 1 de septiembre de 2021 [citado el 11 de noviembre de 2024]; 35(5):432–7. Disponible en: http://

CC BY NC ND

scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000500432&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Health and Medicine Division; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Board on Health Sciences Policy; Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults. Washington (DC): National Academies Press (US); Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. Soc Isol Loneliness Older Adults [Internet]. 27 de febrero 2020 [citado el 30 de septiembre de 2024]; Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32510896/

17. Castillo V, Cifuentes E, Órdenes D, Gatica J. Depresión y aislamiento social en personas mayores, análisis del rol de la participación tecnológica. Rev Investig en Psicol [Internet]. el 19 de junio de 2023 [citado el 11 de noviembre de 2024];26(1):77–96. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9079071&info=resumen&idioma=SPA

18. Cudjoe TKM, Roth DL, Szanton SL, Wolff JL, Boyd CM, Thorpe RJ. The Epidemiology of Social Isolation: National Health and Aging Trends Study. Journals Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci [Internet]. el 1 de enero de 2020 [citado el 30 de septiembre de 2024];75(1):107. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29590462/

19. Barman P, Pandey M, Bramhnakar M, Tyagi R, Rai B. Associations Between Social Deprivation, Cognitive Heath, and Depression among Older Adults in India: Evidence from the Longitudinal Aging Study in India (LASI). Glob Soc Welf [Internet]. el 1 de septiembre de 2024 [citado el 20 de septiembre de 2024];11(3):283–92. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s40609-024-00336-8

20. Beard JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet (London, England) [Internet]. el 5 de mayo de 2016 [citado el 30 de septiembre de 2024];387(10033):2145. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26520231/

21. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: Clinical Import and Interventions. Perspect Psychol Sci [Internet]. el 16 de marzo de 2015 [citado el 30 de septiembre 2024];10(2):238. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4391342/

22. Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. Atención Primaria [Internet]. 1 de febrero 2022 [citado 13 de noviembre 2024]; 54(2). Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-condicionantes-el-abordaje-del-aislamiento-S0212656721002523

23. Gallardo-Peralta LP, Rodríguez VR, Sánchez-Moreno E, Martín MG. La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2023 [citado 24 de febrero 2025]; 97:e202301006. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10540907/

24. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Antes G, Atkins D, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med [Internet]. 1 de julio 2009 [citado 30 de septiembre 2024];6(7). Disponible en: /pmc/articles/PMC2707599/

25. Institute JB. The Joanna Briggs institute reviewers' manual 2015 methodology for JBI scoping reviews. [Internet]. Joanna Briggs Institute, 2015; 2015. Disponible en: https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf

26. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. Ann Intern Med [Internet]. el 2 de octubre de 2018 [citado el 30 de septiembre de 2024];169(7):467–73. Disponible en: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850

27. Yepes JJ, Urrútia G, Romero M, Alonso S. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Española Cardiol. [Internet]. el 1 de septiembre de 2021 [citado el 15 de noviembre de 2024];74(9):790–9. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-declaracion-prisma--una-guia-actualizada-articulo-S0300893221002748-pdf.

28. Wells G, Shea B, O´Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for Assessing the Quality of Nonrandomised Studies in Meta-Analyses [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.

QhaliKay
Revista de Ciencias de la Salud
ISSN 2588-0608

ohri.ca/programs/clinical_%0Aepidemiology/oxford.asp

29. Huang QM, Zhang PD, Shen D, Gao J, Li ZH, Lv Y Bin, et al. Analysis of changes in social isolation, loneliness, or both, and subsequent cognitive function among older adults: Findings from a nationwide cohort study. Alzheimer's Dement [Internet]. el 1 de agosto de 2024 [citado el 30 de septiembre de 2024];20(8):5674–83. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/alz.14080

30. Jin MJ, Bae SM. The Effect of Social Isolation, Loneliness, and Physical Activity on Depressive Symptoms of Older Adults during COVID-19: A Moderated Mediation Analysis. Int J Environ Res Public Heal 2024, [Internet]. el 23 de diciembre de 2023 [citado el 30 de septiembre de 2024]; 21(1):26. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/21/1/26/htm

31. Montejo Carrasco P, Prada Crespo D, Reinoso García AI, Lozano Ibáñez M, Montejo Rubio B, Montenegro-Peña M. Predictive factors and risk and protection groups for loneliness in older adults: a population-based study. BMC Psychol [Internet]. el 26 de abril de 2024 [citado el 12 de noviembre de 2024];12, 238. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s40359-024-01708-7

32. Chávez-Negrete LA, Olivares AM, Rivera JM, Pedraza AG. Relación entre depresión y ansiedad con el aislamiento social debido al confinamiento en adultos mayores. Rev Peru Investig en Salud [Internet]. el 26 de octubre de 2021 [citado el 30 de septiembre de 2024];5(4):273–8. Disponible en: https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/1067

33. Ding L, Dai R, Qian J, Zhang H, Miao J, Wang J, et al. Psycho-social dimensions of cardiovascular risk: exploring the impact of social isolation and loneliness in middle-aged and older adults. BMC Public Health [Internet]. el 26 de agosto de 2024 [citado el 20 de septiembre de 2024];24(1):1–11. Disponible en: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-19885-w

34. Ward M, Briggs R, Kenny RA. Social disconnection correlates of a "Wish to Die" among a large community-dwelling cohort of older adults. Front Public Heal [Internet].el 26 de agosto de 2024 [citado el 9 de septiembre 2024] 21;12:1436218. Disponible en: https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1436218/full

35. Li K, Tang F, Albert SM, Rauktis ME, Ohmer ML. Social Isolation, Loneliness, and Depressive Symptoms Among Older Adults: The Moderating Effect of Resilience. Gerontologist [Internet]. el 1 de julio de 2024 [citado el 22 de septiembre de 2024];64(7). Disponible en: https://dx.doi.org/10.1093/geront/gnae056

36. Li L, Pan K, Li J, Jiang M, Gao Y, Yang H, et al. The associations of social isolation with depression and anxiety among adults aged 65 years and older in Ningbo, China. Sci Reports 2024 [Internet]. el 17 de agosto de 2024 [citado el 1 de octubre de 2024];14(1):1–8. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41598-024-69936-w

37. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res[Internet]. 1 de noviembre 1975 ;12(3):189–98. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395675900266?via%3Dihub

38. O'Halloran AM, Kenny RA, King BL. The latent factors of depression from the short forms of the CES-D are consistent, reliable and valid in community-living older adults. Eur Geriatr Med [Internet]. el 1 de abril de 2014 [citado el 15 de agosto 2024];5(2):97–102. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187876491300973X

39. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. J Gen Intern Med [Internet]. en septiembre de 2001 [citado el 25 de agosto de 2024]; 16(9):606-13. Doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

40. Sun X, Li Yl, Yu C, Li L. [Reliability and validity of depression scales of Chinese version: a systematic review]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi [Internet]. el 1 de enero de 2017 [citado el 1 de octubre de 2024];38(1):110–

CC BY NC ND

6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28100388/

41. Shen C, Rolls ET, Cheng W, Kang J, Dong G, Xie C, et al. Associations of Social Isolation and Loneliness with Later Dementia. Neurology [Internet]. el 12 de julio de 2022 [citado el 26 de agosto de 2024]; 99(2):e164–75. Disponible en: https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.0000000000200583?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

42. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019: Update From the GBD 2019 Study. J Am Coll Cardiol [Internet]. el 22 de diciembre de 2020 [citado el 26 de agosto de 2024];76(25):2982–3021. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109720377755?via%3Dihub

43. Granda A, Quiroz GX, Runzer FM. Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: una revisión de la literatura. Acta Médica Perú [Internet]. en octubre 2021 [citado el 13 de noviembre de 2024];38(4):305–12. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8408267&info=resumen&idioma=SPA

44. Calderón A, Mateu J, Lacomba L. Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: una revisión sistemática. Inf Psicol [Internet]. el 22 de julio de 2021 [citado el 13 de noviembre de 2024 Nov 13];(121):85–105. Disponible en: https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1866

Contribución de los autores:

Conceptualización: Indyra E Gallard Muñoz, Laura E Gutiérrez Pliego

Curación de datos: Alicia Casariego Año

Análisis formal: Indyra E Gallard Muñoz, Laura E Gutiérrez Pliego y Ana T Bérrios Rivas.

Adquisición de fondos: No procede

Investigación: Indyra E Gallard Muñoz, Laura E Gutiérrez Pliego y Ana T Bérrios Rivas

Metodología: Indyra E Gallard Muñoz, Laura E Gutiérrez Pliego y Ana T Bérrios Rivas

Administración del proyecto: Indyra E Gallard Muñoz

Recursos: No procede

Software: No procede

Supervisión: Ana T Bérrios Rivas

Validación: No procede

Visualización: Indyra E Gallard Muñoz, Laura E Gutiérrez Pliego y Ana T Bérrios Rivas.

Redacción del borrador original: Indyra E Gallard Muñoz, Laura E Gutiérrez Pliego y Ana T Bérrios Rivas.

Redacción, revisión y edición: Indyra E Gallard Muñoz, Laura E Gutiérrez Pliego