

Relación entre depresión y ansiedad con el aislamiento social debido al confinamiento en adultos mayores

Relationship between depression and anxiety with social isolation due to confinement in older adults

Luis A. Chávez-Negrete^{1,a}, Ana M. Olivares-Luna^{2,b}, Juan M. Rivera-Rodríguez^{1,c}, Alberto G. Pedraza-Avilés^{3,d}

Resumen

Introducción: como consecuencia del aislamiento social asociado al COVID-19, la depresión y la ansiedad son dos de los trastornos afectivos más frecuentes en el adulto mayor. **Objetivo:** determinar la relación entre depresión y ansiedad con el aislamiento social en adultos mayores en una clínica de primer nivel de atención. **Material y métodos:** se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal en pacientes de 65 años en adelante, de ambos sexos, en aislamiento social debido al confinamiento. Se aplicó un cuestionario validado para el diagnóstico de ansiedad y depresión, así como otro con preguntas sobre el aislamiento social y sobre variables sociodemográficas. Se utilizaron las pruebas estadísticas U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis, con nivel de significancia de 0.05. Programa SPSS. Versión 26. **Resultados:** se incluyeron 286 adultos mayores, con promedio de edad de 70.6 años, 54.2 % pertenecían al sexo femenino. Con relación al aislamiento social, 73.4 % refirieron falta de relación con sus amigos. El promedio del puntaje del cuestionario fue de 45.06 (IC95%: 43.4 % - 46.6 %). Solamente el 25.3 % no presentó ni ansiedad, ni depresión, y en 51.1 % se identificó algún tipo de depresión. Respecto al aislamiento social y su relación con ansiedad y depresión; se obtuvo significancia estadística en todas las preguntas. **Conclusión:** el aislamiento social de los adultos mayores debido al confinamiento por el SARS-CoV2, se relacionó con significancia estadística tanto con la ansiedad como con la depresión, sin dejar de remarcar que en 75% de los pacientes se presentó alguna de las dos condiciones.

Palabras clave: depresión, trastornos de ansiedad, aislamiento social, infecciones por coronavirus, pandemias.

Abstract

Introduction: as a consequence of the social isolation associated with COVID-19, depression and anxiety are two of the most frequent affective disorders in the elderly. **Objective:** To determine the relationship between depression and anxiety with social isolation in older adults in a first level care clinic. **Material and methods:** An observational descriptive cross-sectional study was carried out in patients 65 years and older, of both sexes, in social isolation due to confinement. A validated questionnaire was applied for the diagnosis of anxiety and depression, as well as another with questions about social isolation and sociodemographic variables. The Mann-Whitney and Kruskal Wallis U statistical tests were used, with a significance level of 0.05. SPSS program. Version 26. **Results:** 286 older adults were included, with an average age of 70.6 years, 54.2 % belonged to the female sex. Regarding the social isolation, 73.4 % reported a lack of relationship with their friends. The average score of the questionnaire was 45.06 (95% CI: 43.4% - 46.6%). Only 25.3 % did not present neither anxiety nor depression, and in 51.1 % some type of depression was identified. Regarding social isolation and its relationship with anxiety and depression; statistical significance was obtained in all questions. **Conclusion:** the social isolation of the elderly due to confinement by SARS-CoV2, was related with statistical significance to both anxiety and depression, while noting that in 75% of the patients one of the two conditions was presented.

Keyword: depression, anxiety disorders, social isolation, coronavirus infections, pandemics.

¹Alumno Curso Alta Especialidad en Gerontología. Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez". Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (ISSSTE), México.

²Médico adscrito al Módulo de Gerontología. Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez". Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (ISSSTE), México.

³Laboratorio de Genómica Bacteriana, Departamento de Microbiología y Parasitología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

ORCID:

^a<https://orcid.org/0000-0002-1823-1099>

^b<https://orcid.org/0000-0001-6705-7720>

^c<https://orcid.org/0000-0002-5928-0313>

^d<https://orcid.org/0000-0003-4821-3651>

Correspondencia a:

Alberto González Pedraza Avilés

Dirección Postal: Departamento de Microbiología y Parasitología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Avenida Universidad # 3000 Col. Copilco el Alto. CP 04510 Alcaldía Coyoacán. CDMX, México.

Email: gonzalezavilesa@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 20 de abril de 2021

Fecha de aprobación: 01 de octubre de 2021

Citar como: Chávez-Negrete LA, Olivares-Luna AM, Rivera-Rodríguez JM, Pedraza-Avilés AG. Relación entre depresión y ansiedad con el aislamiento social debido al confinamiento en adultos mayores. Rev. Peru. Investig. Salud. [Internet]; 5(4): 273-278. Recuperado de: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/1067>

2616-6097/©2021. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.



Introducción

La pandemia por COVID-19 asociada al virus SARS-Cov2 se ha expandido por todo el mundo desde el mes de diciembre del año 2019. Debido a la alta presencia de casos asintomáticos, la incidencia y prevalencia es incierta en todos los grupos de edad. (1) Sin embargo, se acepta que los adultos mayores (AM) tienen un mayor riesgo de sufrir resultados adversos que pueden conducir a una elevada tasa de mortalidad. (2) En México, la edad media de las personas fallecidas es de 61 años, 19 % entre 70 y 79 años, y 10 % en mayores de 80 años. (3) Se desconoce por qué la edad avanzada constituye un factor de riesgo para desarrollar COVID-19 grave. Entre los elementos que podrían contribuir a ello, se encuentran la mayor prevalencia de comorbilidades, una mayor concentración de receptores de la enzima convertidora

de angiotensina 2 (ACE2), los fenómenos de inmunosenescencia y la vida en residencias cerradas. (4) Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS), insiste en que hay que garantizar que las personas mayores sean protegidas de COVID-19 sin estar aisladas, estigmatizadas o dejadas en una situación de mayor vulnerabilidad. (5) Por ello, casi la totalidad de los gobiernos del mundo han decretado el confinamiento casi total de este grupo poblacional. Sin embargo, como efecto no deseado, diversos autores han considerado que el encierro puede tener consecuencias en diferentes niveles: a nivel físico, la pérdida de masa muscular y el empeoramiento de algunas patologías; a nivel cognitivo, la pérdida o alteración en las capacidades cognitivas; a nivel de comportamientos la modificación de patrones de sueño, así como la alteración de hábitos nutricionales; y a nivel emocional, la aparición de sintomatología ansiosa, depresiva o miedos ante la nueva situación. (6,7) Con

relación a esto último, los trastornos depresivos y de ansiedad se caracterizan por una tristeza de una intensidad o duración suficiente como para interferir en la funcionalidad, y en ocasiones, en una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. La depresión se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad, así como la calidad de vida de los AM que la padecen, además, es considerada un indicador asociado a deterioro cognitivo y a fragilidad. (8) En 2017, Moreno K et al, (9) realizaron un estudio transversal con 1 249 AM de 60 años o más, con el objetivo de estimar la prevalencia y los factores asociados con el aislamiento social en esta población, resultando que el 26 % sufría de depresión y ansiedad, el análisis multivariado mostró asociación entre el deterioro cognitivo (RP=1.37; IC95 % 1.15-1.63) y los síntomas depresivos (RP=1.24; IC95 % 1.02-1.52) con el aislamiento social en mujeres, aunque no en hombres. Ante la aparición de un brote epidémico de una enfermedad infecciosa como el coronavirus SARS-Cov-2, es de suma importancia considerar y evaluar la salud mental de los AM, para evitar en lo posible consecuencias adversas, por lo que el objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre depresión y ansiedad con el aislamiento social debido al confinamiento por la pandemia de COVID-19 en AM de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez. Alcaldía Coyoacán, del sur de la Ciudad de México, entre el periodo de julio a diciembre de 2020.

Material y métodos

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal. Se incluyeron los pacientes AM de 65 años y más, adscritos a la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en la Alcaldía Coyoacán del sur de la Ciudad de México, de ambos sexos y ambos turnos administrativos, sin diagnóstico previo de ansiedad ni depresión, o deterioro cognitivo moderado o severo, en aislamiento social y que aceptaron participar mediante la firma de un consentimiento informado. Se excluyeron los pacientes que tuvieron dificultades físicas o mentales que les impidieron participar, y se eliminaron los pacientes cuyas respuestas no estaban completas. El estudio se desarrolló entre los meses de julio y diciembre de 2020. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estudios descriptivos, variables cualitativas y distribución binomial, y criterio de diferencia absoluta ($n= 267$). En total se incluyeron 286 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, al considerar la posible pérdida del 5 al 10% de pacientes. Para el diagnóstico de ansiedad y depresión, se aplicó el cuestionario de Guillermo Calderón de 20 reactivos. (10) El cuestionario fue desarrollado en México en 1992, y consta de reactivos que corresponden a los síntomas frecuentes de depresión y ansiedad en nuestro medio sociocultural. Está diseñado para ser auto aplicado y requiere sólo de una breve explicación al paciente. Las respuestas se formulan de acuerdo con un rango

sumarizado de Likert, cada reactivo se puede contestar en forma negativa (NO) o en forma positiva (SÍ) con opción a tres grados de severidad en este último caso, (poco, regular, mucho). Se califica anotando a cada síntoma la escala de 1 a 4, según su intensidad, pudiéndose obtener un puntaje mínimo de 20 y un máximo de 80. La calificación final es como sigue: normal, de 20 a 35 puntos; reacción de ansiedad, de 36 a 39 puntos; depresión incipiente de 40 a 45 puntos; depresión media de 46 a 65 puntos; y depresión severa, de 66 a 80 puntos. Además, se aplicó otro cuestionario para identificar variables sociodemográficas, (sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, con quien vive), así como conocer el tipo de aislamiento social que habían presentado los AM debido al confinamiento por la pandemia. La información se obtuvo a través de llamadas telefónicas o bien de correos electrónicos. (En el análisis estadístico no se presentaron diferencias entre las dos formas de obtención de la información). Con respecto al aislamiento social, la pregunta para identificar su presencia, se planteó como sigue: en los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con: i) - la familia, ii). -con los amigos, iii). - con los sistemas de salud y iv). - con los proveedores de servicios. Estas preguntas fueron elaboradas por el grupo de expertos en gerontología y psicología de la clínica, tomando en consideración el cuestionario sobre aislamiento social de Lubben J et al, (11) el cual no ha sido validado al español.

Para establecer la asociación entre variables, se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney, con nivel de significancia de 0.05, utilizando para ello el programa estadístico SPSS versión 26. El protocolo fue sometido a aprobación al Comité de Investigación y Ética de la Clínica, y recibió registro por la Dirección Médica del Instituto.

Resultados

El promedio de edad fue de 70.6 ± 5.2 años (IC95%: 70.6 – 71.2). Del total de los pacientes, el 54.2 % pertenecían al sexo femenino, en 52.1 % su estado civil era casado, y sólo el 26.6 % tenían nivel superior de escolaridad. Los resultados de las características sociodemográficas se presentan en la tabla 1.

Con respecto al aislamiento social de los AM, los resultados se presentan en la tabla 2. El 73.4 % de los pacientes refirieron falta o disminución de comunicación o de relación con sus amigos, y el 65.0 % comentaron la misma condición con los sistemas de salud. Estas dos preguntas fueron las que obtuvieron porcentajes más altos. Con relación al número de respuestas positivas por paciente, se obtuvo que el 36.0 %, respondieron las cuatro preguntas de manera afirmativa, mientras que solo el 11.2 % contestaron de forma negativa a las cuatro preguntas.

Los resultados sobre la frecuencia de depresión y ansiedad se presentan en la tabla 3. El 25.5 % no presentó ninguna de las dos condiciones, y en 50.7 % se identificó algún tipo de depresión. En las mujeres se

presentó una mayor frecuencia de depresión tanto media como severa, con diferencias estadísticas significativas ($p=0.017$). No se presentó relación estadística entre ambas patologías con los grupos de edad, la escolaridad o las demás variables sociodemográficas analizadas. El promedio del puntaje de la prueba de Calderón fue de 45.06 ± 13.7 (IC95%: 43.4 %-46.6 %), mediana de 45.0 y rango de 60 (20 a 80 puntos).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población

Variable	Categorías	No	%
Sexo	Masculino	155	54.2
	Femenino	131	45.8
Edad por grupos	65 a 70 años	173	60.5
	71 a 75 años	58	20.3
	76 a 80 años	40	14
Escolaridad	81 y mas	15	5.2
	Básica	108	37.8
	Media	102	35.6
Estado civil	Superior	76	26.6
	Soltero	21	7.3
	Unión libre	28	9.8
Con quien vive	Casado	149	52.1
	Divorciado	27	12.9
	Viudo	51	17.8
Ocupación	Solo	41	14.3
	Cónyuge	156	54.5
	Hijos	73	25.5
Ocupación	Otros	16	5.6
	En activo	141	49.3
Ocupación	Hogar	56	19.6
	Pensionado o jubilado	89	31.1

Se eliminó el signo %, de toda la tabla

Tabla 2. Resultados del aislamiento social relacionado con la contingencia por el virus SARS-Cov2

Tipo de aislamiento	No	%
Falta de comunicación con los amigos	210	73.4
Falta de comunicación con familiares	170	59.4
Falta de comunicación con los sistemas de salud	186	65
Falta de comunicación con proveedores de servicios	177	61.9

Se eliminó el signo %, de toda la tabla

En lo concerniente al aislamiento social y el confinamiento relacionado al virus SARS-Cov2, y su relación con la presencia de ansiedad y depresión; las cuatro preguntas consideradas se analizaron de forma individual, con todas se obtuvo relación con significancia estadística. Los resultados se presentan en la tabla 4.

Tabla 3. Frecuencia de reacción de ansiedad y de depresión por sexo y en total en los AM estudiados.

Comportamiento	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Normal	38	29	35	22.2	73	25.5
Reacción de ansiedad	37	28.2	31	20	68	23.8
Depresión media	50	38.2	67	43.2	117	40.9
Depresión severa	6	4.6	22	14.2	28	9.8

Tabla 4. Resultados de la asociación entre el aislamiento social y la presencia de ansiedad y depresión

Pregunta relacionada con el aislamiento social	Valor de probabilidad
En los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con sus amigos	0.0001
En los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con sus familiares	0.001
En los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con proveedores de servicios	0.0000007
En los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con los servicios de salud	0.0003

Prueba U de Mann-Whitney

En la tabla 5 se presenta el mismo análisis que el anterior, pero dividiendo al grupo por sexo de los pacientes. En la mayoría de los casos se mantuvo la significancia estadística, a excepción de la relación con los familiares para los hombres ($p=0.079$), y para la relación con los servicios de salud ($p=0.179$) para las mujeres.

Tabla 5. Resultados de la relación entre el aislamiento social y la presencia de ansiedad y depresión por sexo

Pregunta relacionada con el aislamiento social	Sexo	Valor de probabilidad ¹
En los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con sus amigos	Masculino	0.001
	Femenino	0.001
En los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con sus familiares	Masculino	0.0791
	Femenino	0.0006
En los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con proveedores de servicios	Masculino	0.0000007
	Femenino	0.004
En los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con los servicios de salud	Masculino	0.003
	Femenino	0.1791

1 Prueba U de Mann-Whitney

Se realizó también el análisis de la relación entre el aislamiento social y la presencia de ansiedad y depresión, pero considerando si el paciente vivía solo o acompañado (la variable se trabajó de forma dicotómica). Cuando el paciente refirió vivir solo, únicamente se presentó relación con significancia estadística en la pregunta relacionada con la falta de comunicación con los amigos, mientras que cuando contestó vivir acompañado, en las cuatro preguntas se tuvo significancia estadística. Estos resultados se presentan en la tabla 6.

Tabla 6. Resultados de la relación entre el aislamiento social y la presencia de ansiedad y depresión considerando si el adulto mayor vive solo o acompañado

Pregunta relacionada con el aislamiento social	Condición	Valor de probabilidad ¹
En los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con sus amigos	Solo	0.001
	Acompañado	0.0001
En los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con sus familiares	Solo	0.329
	Acompañado	0.003
En los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con proveedores de servicios	Solo	0.227
	Acompañado	0.00001
En los últimos tres meses ha tenido falta o disminución de comunicación o relación con los servicios de salud	Solo	0.185
	Acompañado	0.001

¹ Prueba U de Mann-Whitney

Discusión

El aislamiento y la cuarentena asociadas a la pandemia actual debida al virus SARS-Cov2 se identifican como las formas más extremas de distanciamiento social. Estas condiciones han generado una serie de alteraciones a nivel mental y conductual en todas las poblaciones y en todos los grupos etarios, pero de manera muy particular en los AM, grupo etario reconocido como altamente vulnerable, en el que las personas están separadas de sus seres queridos, privadas de sus libertades, desprovistas de propósitos y con la rutina alterada, lo que puede contribuir a la frustración, el aburrimiento, la baja en el estado de ánimo, además de potenciar tanto la ansiedad asociada al miedo al contagio, como a la depresión. (12) Esto último, ha sido confirmado en diferentes estudios, coincidiendo con lo aquí presentado, en el que obtuvimos 23.8 % de pacientes con reacción de

ansiedad y 51.7 % con algún grado de depresión. Como ejemplo de lo anterior, en un estudio realizado en AM en China, Meng H et al, (13) determinaron que el 37 % de los ancianos de su comunidad habían experimentado ansiedad y depresión durante la pandemia. De igual manera, Di Santo S et al, (14) reportaron que en su estudio en el que participaron 176 AM, el 19.8 % presentaron depresión, el 37.3 % obtuvieron puntuaciones indicativas de ansiedad leve o moderada y el 9.5 %, alcanzó puntuación indicativa de ansiedad clínicamente significativa. Estos mismos autores refieren que tanto el ser mujer, como tener un familiar infectado por el virus, fueron factores que incidieron en la presencia de ambas condiciones. En nuestro estudio también obtuvimos relación con significancia estadística con el hecho de ser mujer y la presencia de depresión. En otro estudio de tipo transversal realizado en China, Huang Y et al, (15) identificaron 33 % de AM con trastornos de ansiedad y 20 % con síntomas depresivos. En un estudio desarrollado en América, en concreto en Paraguay, en el que participaron 1180 personas, todas mayores de 18 años, de las cuales el 23.8 % eran personas mayores de 50 años, se obtuvo que en este grupo de edad, el 43.4 % presentaron ansiedad y 48.4 % depresión. La información la obtuvieron a través de las diferentes redes sociales. (16) En otra investigación que involucró autores de diversos países, Sepúlveda-Loyola W et al, (6) realizaron un análisis de 10 artículos publicados entre 2019-2020, en el que concluyen que la prevalencia de ansiedad y depresión durante el brote de COVID-19, varía ampliamente entre los diversos estudios, con una amplia gama que va del 8,3 al 49,7 % para ansiedad, y del 14,6 al 47,2 % para depresión, Estos autores relacionan los datos obtenidos con estudios previos de otras epidemias. Por ejemplo, en Francia debido a la influenza aviar, se observó una prevalencia de ansiedad de 39 %; en Sierra Leona, el 48 % de la población general experimentó síntomas de ansiedad o depresión un año después del brote de Ébola; y en Hong Kong debido a la epidemia de SARS, el 31.2 % presentó depresión en 2003.

Con respecto a la relación entre aislamiento social y la presencia de ansiedad y/o depresión, en este estudio obtuvimos significancia estadística con todas las preguntas relacionadas con el mencionado aislamiento. Di Santo S et al, (14) reportaron haber obtenido asociación con significancia entre la depresión y vivir solo o tener una mala relación con sus convivientes. Wong S et al, (17) también asocian el aislamiento con peores resultados en las cuestiones mentales, los autores también relacionan el sexo femenino como un factor condicionante. Robb C et al, (18) refieren que hay una asociación significativa de tipo negativa entre el aislamiento con la depresión (OR= 17.2, IC95% 13.2-22.5) y con la ansiedad (OR=10.8 IC95% 8.3-14.0), estos autores también reportan peores resultados en el sexo femenino (OR=2,4 IC95% 2.1-2.9). En el análisis de la relación entre aislamiento social con ansiedad y depresión, pero considerando si el AM vive solo o acompañado, es en esta segunda condición donde se presentó significancia estadística para las cuatro preguntas. Esto pudiera ser entendido al considerar que los AM que ya vivían solos estaban más acostumbrados al aislamiento y por lo mismo, la condición del

confinamiento no parece haber afectado su estado mental de igual manera que los AM que viven acompañados. Al referirnos a la relación entre variables, es importante considerar como limitación el tipo de estudio desarrollado.

No debe de sorprendernos que se hayan registrado niveles más elevados de lo normal de síntomas de depresión y ansiedad en diversos países. Según un amplio estudio realizado en Amara (Etiopía) en abril de 2020, se calculó que había en la región una tasa de prevalencia del 33 % de depresión, cifra que triplicó las estimaciones para Etiopía anteriores a la pandemia. (19) Los desastres ecológicos pueden generar una profunda perturbación en las comunidades que se extiende mucho más allá de los límites geográficos. La respuesta psicológica y conductual ante dichos desastres crea una carga importante en la salud pública. Los trastornos producidos dan lugar a cambios en la morbi-mortalidad de las poblaciones, lo que justifica realizar evaluaciones de diagnóstico rápidas para poder dictar políticas de salud que incidan en el problema. (20) por lo anterior, la OMS ha postulado diferentes recomendaciones para mantener la salud mental de este grupo etario en particular.

En conclusión, el aislamiento social de los adultos mayores debido al confinamiento por el SARS-CoV2, que incluye el distanciamiento de familiares, de amigos, de los proveedores de servicios y de los sistemas de salud, se relacionó con significancia estadística tanto con la ansiedad como con la depresión, sin dejar de remarcar que en el 75% de los pacientes estudiados se presentó alguna de las dos condiciones.

Fuente de financiamiento

Para la presente investigación no se recibió financiamiento ni público, ni privado.

Contribución de los autores

Luis Alberto Chávez Negrete. Autor principal. Concepción y diseño de estudio. Captura de la información. Análisis e interpretación de datos, escritura del manuscrito. Aprobación definitiva de la versión que se presenta.

Ana María Olivares Luna. Concepción y diseño de estudio. Análisis e interpretación de datos, escritura del manuscrito. Aprobación definitiva de la versión que se presenta

Juan Manuel Rivera Rodríguez. Captura de la información. Análisis e interpretación de datos, escritura del manuscrito. Aprobación definitiva de la versión que se presenta.

Alberto González Pedraza Avilés. Análisis e interpretación de datos. Escritura del manuscrito. Aprobación definitiva de la versión que se presenta. Responsable de publicación.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no existir conflictos de interés, ni personales, ni profesionales

Bibliografía

1. Jones DS. History in a Crisis - Lessons for Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382(18):1681-1683.
2. World Health Organization. [Internet]. Ginebra: COVID 19 strategy Up date. World Health Organization. 2000. [actualizado 14 abril 2020; citado 4 abr 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-strategy-update>
3. Gobierno de México, Boletín estadístico sobre el exceso de mortalidad por todas las causas durante la emergencia por COVID-19. [Internet]. México: [citado 26 marzo 2021]. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/BoletinIV_ExcesoMortalidad_SE39MX21102020.pdf
4. Información científica técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19, Centro de coordinación de alertas y emergencias sanitarias, Ministerio de Sanidad, España. [Internet]. España: [actualizado 15 enero 2021; citado 26 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
5. S. Huenchuan, COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos (LC/MEX/TS. 2020/6 /Rev.1), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020.
6. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, Rodríguez-Mañas L. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(9):938-947.
7. Santini ZI, Jose P, Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health;* 2020; 5: e62–70.
8. Flores MV, Cervantes GA, González GJ, Vega MG, Valle MA. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología da IMED.* 2012; 4(1): 649-661.
9. Moreno-Tamayo K, Sánchez-García S, Doubova Svetlana V. Factores asociados con el aislamiento social en una muestra de adultos mayores con seguridad social. *Salud pública Méx.* [revista en la Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Mar 03]; 59(2): 119-120. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000200119&lng=es.
10. Calderón NG. Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. *Rev Med IMSS.* (México). 1992; 30:377-380.
11. Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist.* 2006;46(4):503-13.

12. Venkatesh A, Edirappuli S. Social distancing in covid-19: what are the mental health implications? *BMJ*. 2020;369:m1379.
13. Meng H, Xu Y, Dai J, Zhang Y, Liu B, Yang H. Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. *Psychiatry Res*. 2020; 289:112983.
14. 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.
15. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res* 2020; 288:112954.
16. Ríos González CM, Palacios JM. Symptoms of Anxiety and depression during the outbreak of COVID-19 in Paraguay: *SciELO Preprints* 2020. [Internet]. Paraguay: [citado 26 marzo 2021]. Disponible en <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/152>
17. Wong SYS, Zhang D, Sit RWS, Yip BHK, Chung RY, Wong CKM, et al. Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilization: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *Br J Gen Pract*. 2020;70(700):e817-e824.
18. Robb CE, de Jager CA, Ahmadi-Abhari S, Giannakopoulou P, Udeh-Momoh C, McKeand J, et al. Associations of Social Isolation with Anxiety and Depression During the Early COVID-19 Pandemic: A Survey of Older Adults in London, UK. *Front Psychiatry*. 2020; 11:591120.
19. Informe de políticas de las Naciones Unidas: la Covid-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental. Naciones Unidas. [Internet]. Ginebra: [actualizado 13 mayo 2020; citado 26 marzo 2021]. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf
20. Morganstein JC, Ursano RJ. Ecological Disasters and Mental Health: Causes, Consequences, and Interventions. *Front Psychiatry*. 2020 Feb 11; 11:1.