

Trayectorias de la soledad en adultos de mediana edad y adultos mayores durante y después de la pandemia de la Covid-19

Trajetórias da solidão em adultos de meia-idade e pessoas idosas durante e após a pandemia da Covid-19

Trajectories of loneliness among middle-aged and older adults during and after the Covid-19 pandemic

Larissa Kazitani Cunha¹; Felipe Gutierrez Machado Kepe¹; Iraneide Nascimento dos Santos¹;
Marcelo Kwiatkoski¹; Bruna Moretti Luchesi¹; Tatiana Carvalho Reis Martins¹

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Trêz Lagoas, MS, Brasil; ²Universidade de Pernambuco. Pernambuco, PE, Brasil

RESUMEN

Objetivo: evaluar los factores asociados a cambios en la soledad de adultos de mediana edad y adultos mayores durante y después de la pandemia de Covid-19. **Método:** estudio longitudinal prospectivo y analítico, con muestra por conveniencia compuesta por 215 personas de 45 años o más. La primera recolección se realizó entre febrero y diciembre de 2021, y la segunda entre marzo y julio de 2023, utilizando un cuestionario con variables sociodemográficas, de dependencia, rendimiento cognitivo y apoyo social, además de la Escala Brasileña de Soledad. **Resultados:** la mayoría de los participantes era del sexo femenino y tenía una edad media de 63 años. Hubo una disminución en la prevalencia de soledad en la segunda evaluación (9,3%) con respecto a la primera (17,7%). La soledad se asoció con el aumento de la edad, mayores ingresos, dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria y apoyo social escaso ($p<0,05$). **Conclusión:** la prevalencia de soledad se redujo después del período de emergencia de la pandemia de Covid-19.

Descriptores: COVID-19; Persona de Mediana Edad; Anciano; Envejecimiento; Soledad.

RESUMO

Objetivo: avaliar os fatores associados às mudanças na solidão de adultos de meia idade e pessoas idosas durante e após a pandemia da Covid-19. **Método:** estudo longitudinal prospectivo e analítico, com amostra de conveniência composta por 215 indivíduos de 45 anos ou mais. A primeira coleta foi realizada entre fevereiro e dezembro de 2021, e a segunda entre março e julho de 2023, por meio de questionário com variáveis sociodemográficas, de dependência, desempenho cognitivo e apoio social, além da Escala Brasileira de Solidão. **Resultados:** a maioria dos participantes era do sexo feminino, com média de 63 anos. Houve diminuição na prevalência da solidão na segunda avaliação (9,3%) em comparação a primeira (17,7%). A solidão apresentou associação com o aumento da idade, maior renda, dependência para atividades instrumentais da vida diária e apoio social fraco ($p<0,05$). **Conclusão:** a prevalência de solidão reduziu após o período de emergência da pandemia de Covid-19.

Descritores: COVID-19; Pessoa de Meia-Idade; Idoso; Envelhecimento; Solidão.

ABSTRACT

Objective: to assess the factors associated with changes in loneliness among middle-aged and older adults during and after the Covid-19 pandemic. **Method:** a prospective, longitudinal, and analytical study with a convenience sample made up of 215 individuals aged 45 years and older. The first data collection was conducted between February and December 2021, while the second took place between March and July 2023. A questionnaire that included sociodemographic variables, dependency factors, cognitive performance and social support was used, as well as the Brazilian Loneliness Scale. **Results:** most participants were female, with an average age of 63 years. There was a decrease in the prevalence of loneliness in the second assessment (9.3%) compared to the first (17.7%). Loneliness was associated with older age, higher income, dependence in instrumental activities of daily living, and weak social support ($p<0.05$). **Conclusion:** the prevalence of loneliness decreased after the emergency phase of the Covid-19 pandemic.

Descriptors: COVID-19; Middle Aged; Aged; Aging; Loneliness.

INTRODUCCIÓN

El Covid-19 es causado por el coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), un virus de la familia Coronaviridae, que infecta tanto a animales como a humanos^{1,2}. Este virus se propagó rápidamente, creando una situación preocupante en todo el mundo, con más de 590 millones de casos y 6,4 millones de muertes entre diciembre de 2019 y agosto de 2022³. La aparición de nuevos linajes, que presentan varias mutaciones, planteó preocupaciones adicionales de salud pública durante la pandemia³.

Este estudio fue financiado en parte por la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), Código de Financiamento 001 y de la Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – Brasil (UFMS).

Autora de correspondencia: Iraneide Nascimento dos Santos. E-mail: iraneide.nascimento@upe.br

Editora en Jefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Asociada: Mercedes Neto

A nivel mundial, la pandemia de Covid-19 tuvo un gran impacto en la salud mental y el bienestar de las personas⁴. Ante el surgimiento de la misma, se adoptaron varias estrategias para contener la propagación del virus, como medidas de distanciamiento social y aislamiento, principalmente el aislamiento de los casos positivos⁵. Debido a las restricciones impuestas durante la pandemia, se limitó el contacto con otras personas, lo que puede acentuar el sentimiento de soledad⁶⁻⁸.

La soledad se puede considerar como la interpretación que un individuo hace de sus relaciones interpersonales, y que clasifica como satisfactorias o insatisfactorias, teniendo en cuenta la cantidad y calidad de las relaciones, ya que una persona puede estar en contacto con varias personas y sentirse sola⁹. El estudio de la soledad va más allá de evaluar aspectos objetivos de la salud física, implica incluir aspectos subjetivos que dependen de la percepción o evaluación del individuo de sus interacciones. Por ende, no hay un consenso sobre la definición de soledad, ya que se trata de una experiencia subjetiva que puede tener diferentes significados¹⁰.

Las estimaciones de la prevalencia de soledad en adultos de mayor edad y adultos mayores antes de la pandemia de la Covid-19 son variadas¹¹⁻¹⁴. Investigaciones realizadas en Estados Unidos con adultos mayores de 50 años mostraron una prevalencia de soledad del 18%¹¹. Un estudio transnacional europeo investigó la prevalencia de soledad en personas mayores de 60 años y, en el grupo 1 de países (Bulgaria, Hungría, Letonia, Polonia, Rumania, Rusia, Eslovaquia y Ucrania), encontró una prevalencia de entre el 19% y el 34%; en el grupo 3 (Austria, Chipre, Estonia, Francia, Portugal, Eslovenia y España) el porcentaje osciló entre el 10% y el 15%; y, en el grupo 2 (Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Suecia, Suiza y Reino Unido), entre el 3% y el 8%¹². Otra investigación realizada con adultos mayores, de 65 años o más, reveló una prevalencia de soledad de entre el 25,3% y el 32,4% en América Latina, del 18,3% en India y del 3,8% en China¹³. En Brasil, un estudio realizado en el período prepandemia registró una prevalencia de soledad del 33,1%¹⁴. Durante la pandemia de Covid-19, las investigaciones presentaron resultados heterogéneos, que informan un aumento^{15,16}, una reducción^{14,17} o estabilidad en los niveles de soledad¹⁸.

Antes de la pandemia provocada por el nuevo coronavirus, la soledad ya se caracterizaba como un problema de salud epidémico^{19,20} y, desde el inicio de ese período, hay una especial preocupación por las consecuencias psicosociales del distanciamiento físico²¹. La soledad afecta significativamente a las personas mayores, deteriora su salud física y mental^{22,23}, ellas pueden experimentar ese sentimiento de forma más profunda debido a factores como vivir solos, falta de interacción con amigos, pérdida de autonomía, viudez, abandono de los hijos del hogar, jubilación, deterioro cognitivo^{24,25}, depresión, ideación suicida y discapacidad visual²⁶. La soledad también puede verse afectada por el pasado del individuo y su espiritualidad y/o religiosidad²⁷. Todos estos factores pueden contribuir a desencadenar ese sentimiento, que provoca un aumento de la morbilidad y la mortalidad²⁸⁻²⁹.

Por lo tanto, la soledad se considera un factor de riesgo para la salud, que trae consecuencias negativas³⁰. Ante esto, es fundamental desarrollar estrategias efectivas para detectar la soledad en todos los niveles de atención en salud, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS), conocer su prevalencia y entender los factores que se relacionan con su aparición³¹, y así, poder buscar soluciones para prevenir y monitorear este problema. Las acciones que se toman para prevenir la soledad pueden reducir la morbilidad y la mortalidad y mejorar la calidad de vida³². Sin embargo, los estudios que investigan la soledad en adultos de mediana edad y adultos mayores en el contexto brasileño son escasos y arrojan diferentes resultados^{14,25,33-35}, por lo que es necesario realizar más investigaciones sobre este tema, especialmente de diseño longitudinal.

Por ende, considerando los factores mencionados anteriormente y la falta de estudios a nivel nacional, el objetivo del presente estudio fue evaluar los factores asociados a los cambios en la soledad de adultos de mediana edad y adultos mayores durante y después de la pandemia de Covid-19, con el fin de contribuir a la realización de intervenciones, programas de prevención y acciones de promoción para la salud para brindarle a la población un envejecimiento saludable.

MÉTODO

Se trata de un estudio longitudinal, prospectivo y analítico, desarrollado con individuos registrados en nueve Unidades de Salud de la Familia (USF) de un municipio de mediano porte del estado de Mato Grosso do Sul. Los criterios de inclusión fueron: tener 45 años o más, estar registrado en la USF del municipio y ser capaz de responder las preguntas de la entrevista, lo que se determinó mediante una evaluación realizada por el entrevistador.

La muestra, en la primera evaluación, se obtuvo por conveniencia, según el número máximo de personas que fueron abordadas entre febrero y diciembre de 2021, considerando las restricciones sanitarias impuestas por la pandemia de Covid-19. Los posibles participantes fueron identificados gracias a una lista de nombres y direcciones proporcionada por los equipos de la USF. En ese momento, fueron entrevistadas 215 personas, 87 adultos (45-59 años) y 128 adultos mayores (≥ 60 años). Todos fueron contactados e invitados a participar en la segunda evaluación, que se llevó a cabo entre marzo y julio de 2023. Las entrevistas fueron realizadas por evaluadores capacitados, en los hogares de los participantes entrevistados.

La variable dependiente soledad fue evaluada mediante la Escala Brasileña de Soledad de la UCLA (UCLA-BR), validada en Brasil para personas de entre 20 y 87 años³⁶. Consta de 20 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, que van de 0 (nunca) a 3 (a menudo) con una puntuación máxima de 60 puntos³⁶. La UCLA-BR presenta preguntas relacionadas con la frecuencia con la que el participante experimentó situaciones de convivencia social y desarrolló actividades de forma aislada³⁶. Los puntos de corte para la interpretación de la UCLA-BR fueron: 0 a 22 puntos, indicativo de soledad mínima; 23 a 35 puntos, indicativo de soledad leve; 36 a 47 puntos, indicativo de soledad moderada; y de 48 a 60 puntos, indicativo de soledad intensa³⁶. Debido a la baja frecuencia de participantes en los grupos de soledad leve, moderada e intensa, la distribución se ajustó a dos grupos: soledad mínima y soledad leve a intensa.

Las variables independientes de este estudio se recolectaron al comienzo y consistieron en datos sociodemográficos, dependencia, rendimiento cognitivo y apoyo social. Las variables sociodemográficas incluyeron sexo (masculino/femenino), edad (continua), educación (en años de estudio), ingreso familiar (en reales) y estado civil (con pareja/sin pareja).

Para comprobar la dependencia se utilizó el Índice de Katz, que evalúa las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). El índice tiene una puntuación de cero (considerada completamente independiente) a seis (dependencia total) y evalúa funciones como bañarse, vestirse, comer, ir al baño, trasladarse y continencia^{37,38}. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) se evaluaron mediante la escala de Lawton, que abarca actividades sociales más complejas como usar el teléfono, el transporte, comprar, preparar alimentos, realizar tareas domésticas, manejar medicamentos y manejar el dinero. La puntuación varía de siete (nivel más alto de dependencia) a 21 puntos (independencia total) y categoriza al individuo en dependencia total (7 puntos), dependencia parcial (8-20 puntos) e independencia (21 puntos)³⁹.

Para evaluar el rendimiento cognitivo se aplicó el *Mini Mental State Examination* (MMSE), que es un instrumento utilizado para evaluar el rendimiento cognitivo en los dominios de orientación temporal y espacial, registro, atención y cálculo, memoria, lenguaje y construcción visoespacial. La puntuación oscila entre 0 y 30, y los puntajes más altos indican un mejor rendimiento cognitivo⁴⁰.

Para evaluar el apoyo social, se preguntó el número de personas que vivían en la casa del participante (solo/con otras personas), el número de personas que el participante consideraba cercanas (hasta cinco/cinco o más personas) y si participaban en grupos sociales (sí/no). Se consideró que tenían apoyo social adecuado los participantes que cumplían dos o tres criterios (no vivir solo / tener cinco o más personas cercanas / participar en grupos sociales). Aquellos que cumplieron uno o ninguno de los criterios fueron clasificados como con apoyo social escaso.

Todos los análisis de datos se realizaron con el *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versión 25.0. Se identificó un 4,1% de datos faltantes, los cuales fueron tratados mediante imputación a través del método de maximización de expectativas (EM), dado que se consideraron *Missing Completely at Random* (prueba MCAR de Little: $\chi^2(50) = 60,75, p = 0,142$)⁴¹.

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo, utilizando frecuencias absolutas y relativas, media y desviación estándar de todas las variables. A continuación, se analizó la prevalencia de soledad leve a intensa y el respectivo intervalo de confianza (IC del 95%) en la segunda evaluación y se la comparó con la primera evaluación. Para ello se utilizó la prueba de McNemar.

Luego se estimaron modelos de regresión multinomial, la soledad fue la variable dependiente, que se categorizó en cuatro grupos: 1) soledad mínima en ambas evaluaciones (se mantuvo bien); 2) soledad leve a intensa en la primera evaluación y soledad mínima en la segunda evaluación (mejoró); 3) soledad mínima en la primera evaluación y soledad leve a intensa en la segunda evaluación (empeoró); y 4) soledad leve a intensa en ambas evaluaciones (se mantuvo peor). El primer grupo se utilizó como categoría de referencia en los análisis.

En el análisis univariante, cada variable independiente se probó por separado y aquellas con $p < 0,20$ se analizaron en un modelo de regresión multinomial múltiple. Se estimó la razón de probabilidades (*odds ratio* - OR), con el respectivo IC 95%. Se consideraron significativas las variables que presentaron $p < 0,05$ en el modelo múltiple y las variables sexo y edad, utilizadas como controles. Los análisis se realizaron respetando todos los supuestos de regresión.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Humanos de la institución proponente. Todos los entrevistados fueron informados sobre los objetivos del estudio y firmaron dos copias del formulario de consentimiento libre e informado antes de las evaluaciones. El estudio se realizó de acuerdo con los preceptos determinados por la resolución N° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud brasileño.

RESULTADOS

Participaron del estudio 215 individuos, cuya caracterización se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica y de salud de los participantes según los cambios en la soledad (n=215). Três Lagoas, MS, Brasil, 2021 - 2023.

Variables	Categorías	n (%)	Media (DE)	Grupo 1 n=165 n (%)	Grupo 2 n=29 n (%)	Grupo 3 n=12 n (%)	Grupo 4 n=9 n (%)
Sexo	Masculino	70(32,6)		52(31,5)	11(37,9)	4(33,3)	3(33,3)
	Femenino	145(67,4)		113(68,5)	18(62,1)	8(66,7)	6(66,7)
Edad (años)			63,3(±11,4)	63,7(11,8)	60,9(9,3)	63,3(10,4)	63,2(11,8)
Educación (años)			6,1 (±5,2)	6,2(5,3)	5,0(4,1)	6,6(5,4)	8,2(6,5)
Ingreso familiar (R\$)			2416,7 (±1632,1)	2345,1 (1498,6)	1974,6 (1443,3)	3890,5 (2733,9)	3187,7 (1706,3)
Estado civil	Con pareja	119(55,3)		94(57,0)	14(48,3)	6(50,0)	5(55,6)
	Sin pareja	96(44,7)		71(43,0)	15(51,7)	6(50,0)	4(44,4)
Dependencia ABVD			0,3(±0,6)	0,3(0,7)	0,4(0,5)	0,3(0,5)	0,3(0,5)
Dependencia AIVD			19,1 (±2,8)	19,3(2,7)	18,3(3,1)	20,2 (1,3)	17,2 (3,9)
Rendimiento cognitivo			22,7 (±4,6)	22,9 (4,6)	20,7 (4,7)	25,3(2,6)	22,3(3,7)
Apoyo social	Adecuado	147(68,4)		115(69,7)	19(65,5)	11(91,7)	2(22,2)
	Escaso	68(28,8)		50(30,3)	10(34,5)	1(8,3)	7(77,8)

Notas: de - desviación estándar; ABVD - Actividades Básicas de la Vida Diaria; AIVD - Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; Grupo 1 - soledad mínima en ambas evaluaciones; Grupo 2 - soledad leve a intensa en la primera evaluación y soledad mínima en la segunda evaluación; Grupo 3 - soledad mínima en la primera evaluación y soledad leve a intensa en la segunda evaluación; Grupo 4 - soledad leve a intensa en ambas evaluaciones.

La mayoría era del sexo femenino (67,4%), tenía pareja (55,3%), una edad media de 63,3 (+11,4) años, ingreso mensual medio de alrededor de R\$ 2400,00 y educación media de 6,1 (+5,2) años. El rendimiento cognitivo presentó una media de 22,7 (+4,6) y la mayoría de los participantes tenía apoyo social adecuado (68,4%).

Los resultados del análisis de variación de las tasas de soledad se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2: Análisis de la variación de la soledad de 2021 a 2023 (n=215). Três Lagoas, MS, Brasil, 2021 - 2023.

Evaluación de 2021	Revisión 2023	
	Soledad mínima	Soledad leve a intensa
	Frecuencia (1%)	
Soledad mínima	165 (76,7%)	12 (5,6%)
Soledad leve a intensa	29 (13,5%)	9 (4,2%)

Notas: Porcentajes con respecto a la muestra total; p-valor=0,004.

En la primera evaluación, durante la pandemia, la prevalencia de soledad leve a intensa fue del 17,7% (IC95%: 13,2 – 23,3), y mostró una reducción en la segunda evaluación, con una prevalencia del 9,8% (IC95%: 6,5 – 14,5). Los cambios en las categorías de soledad fueron significativos (p=0,004). Se observó que el 5,6% de los participantes que tenían soledad mínima en la primera evaluación tenían soledad leve a intensa en la segunda evaluación; y que el 13,5% que experimentaba soledad leve a intensa en la evaluación de 2021 ahora tiene soledad mínima en la evaluación de 2023.

La Tabla 3 presenta los análisis de regresión de los factores asociados a los cambios en las categorías de soledad.

Tabla 3: Análisis crudos y ajustados de las asociaciones con los cambios en las categorías de soledad de los participantes (n=215). Três Lagoas, MS, Brasil, 2021 - 2023.

Variable	Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4	
	OR crudo (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	OR crudo (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	OR crudo (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Sexo						
Masculino	1,33 (0,59-3,01)	1,97 (0,79-4,91)	1,09 (0,31-3,77)	0,48 (0,10-2,021)	1,09 (0,26-4,51)	0,62 (0,12-3,12)
Femenino	Ref	Ref	Ref		Ref	Ref
Edad (años)	0,98 (0,94-1,01)	0,94 (0,90- 98)*	0,99 (0,95-1,05)	1,05 (0,97-1,14)	0,99 (0,94-1,06)	0,94 (0,87-1,03)
Educación (años)	0,95 (0,87-1,04)		1,02 (0,91-1,13)		1,06 (0,95-1,19)	
Ingreso familiar (R\$)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (1,00-1,01)*	1,00 (1,00-1,01)*	1,00 (1,00-1,01)	1,00 (1,00-1,01)*
Estado civil						
Con pareja	0,71 (0,32-1,55)		0,76 (0,23-2,44)		0,94 (0,25-3,64)	
Sin pareja	Ref		Ref		Ref	
Dependencia ABVD	1,08 (0,60-1,94)		0,97 (0,37-2,52)		0,97 (0,32-2,90)	
Dependencia AIVD	0,90 (0,79-1,02)	0,86 (0,72-1,01)	1,20 (0,86-1,67)	1,14 (0,74-1,74)	0,82 (0,69-0,99)*	0,69 (0,52-0,93)*
Rendimiento cognitivo	0,91 (0,84-0,98)*	0,92 (0,83-1,01)	1,19 (0,99-1,42)	1,18 (0,94-1,48)	0,97 (0,84-1,13)	0,96 (0,78-1,16)
Apoyo social						
Adecuado	Ref	Ref	Ref		Ref	Ref
Escaso	1,21 (0,53-2,79)	1,06 (0,43-2,64)	0,21 (0,03-1,66)	0,21 (0,03-1,75)	8,05 (1,62-40, 2)*	11,18 (1,87-66, 70)*

Notas: OD - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confianza; Ref - Categoría de referencia para variables independientes; BADL - Actividades Básicas de la Vida Diaria; AIVD - Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; *p<0,05; Ajuste del modelo - X² (18) = 48,282; p<0,001; R² Nagelkerke=0,256; Grupo 1 - soledad mínima en ambas evaluaciones (categoría de referencia para la regresión); Grupo 2 - soledad leve a intensa en la primera evaluación y soledad mínima en la segunda evaluación; Grupo 3 - soledad mínima en la primera evaluación y soledad leve a intensa en la segunda evaluación; Grupo 4 - soledad leve a intensa en ambas evaluaciones.

En el grupo 2, a mayor edad, menor probabilidad de no tener soledad leve a intensa (OR:0,94; IC95%: 0,90-0,98). En los grupos 3 y 4, a mayor ingreso, mayor probabilidad de volverse solitario o de que persista el sentimiento de soledad (OR: 1,00; IC 95%: 1,00-1,01). En el grupo 4, cuanto menor es la dependencia en las AIVD, menor es la probabilidad de permanecer solo (OR:0,69; IC 95%: 0,52-0,93), y los participantes con apoyo social escaso tienen mayor probabilidad de seguir teniendo el sentimiento de soledad (OR:11,18; IC 95%: 1,87-66,70).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se investigó la prevalencia de soledad en adultos de mediana edad y adultos mayores durante y después de la pandemia, y se observó que hubo una reducción de la prevalencia, del 17,7% en 2021 al 9,8% en 2023.

Las investigaciones realizadas en otros países durante la pandemia registraron mayores prevalencias de soledad^{15,43-45}. Una investigación realizada en China (con participantes mayores de 50 años) observó soledad en el 37,9% de los participantes⁴³. En Estados Unidos, datos de la Covid-19 *Coping Study* demostraron que se consideraba que el 29,5% de los adultos de 55 años o más tenían un alto índice de soledad⁴⁴. Otra investigación indicó que el 42,5% de los adultos mayores entrevistados informaron soledad¹⁵. Una revisión reveló que la mayoría de los estudios longitudinales que comparaban los niveles de soledad antes y durante la pandemia señalaron que los niveles de soledad aumentaron durante la pandemia⁴⁵.

Sin embargo, el Estudio Longitudinal Brasileño de Envejecimiento (ELSI-Brasil) identificó resultados divergentes. Una publicación que utilizó datos de 5.108 participantes de 50 años o más, reveló que la prevalencia de soledad en el período prepandemia, de agosto de 2019 a marzo de 2020, fue del 33,1% y que, con el tiempo, este porcentaje disminuyó al 23,6% entre mayo y junio de 2020, a 20,5% entre julio y agosto de 2020, y a 20,6% entre septiembre y octubre del mismo año¹⁴. Mientras que, con datos de 4.431 participantes, también del ELSI-Brasil, se identificó una prevalencia del 23,9% durante el período de la pandemia y del 32,8% antes de la pandemia de la Covid-19¹⁷.

Si bien los datos indican que la prevalencia de soledad fue mayor que la registrada en la presente investigación durante la pandemia, hay que destacar que el ELSI-Brasil evaluó la soledad con una simple pregunta (*¿Con qué*

frecuencia te sientes solo?), el presente estudio utilizó un instrumento validado, lo que puede justificar las diferencias encontradas. Además, en esta investigación se recopilaron datos del período de la pandemia en 2021, cuando la pandemia ya había comenzado hace algún tiempo, a diferencia del ELSI, que recopiló datos al inicio de la pandemia. También identificamos que la prevalencia de soledad se redujo después de la pandemia; sin embargo, aún no se han encontrado otras publicaciones que presenten dichos resultados para comparar.

En el presente estudio, los factores asociados a los cambios en la soledad en la evaluación longitudinal fueron: edad, ingresos, independencia en las AIVD y apoyo social.

En la evaluación longitudinal, cuanto mayor es la edad, menores son las posibilidades de mejorar la soledad. Hay otros estudios que también observaron que había asociación entre la edad avanzada y la soledad⁴⁶⁻⁴⁸. El envejecimiento va acompañado de numerosas transformaciones psicosociales, como, por ejemplo, una mayor propensión a la soledad, ya que la persona mayor experimenta un período complicado con una relativa ausencia de propósito/sentido en la vida, mayor sentimiento de aislamiento y separación, falta de intimidad y mayor presencia del duelo en sus relaciones⁴⁹. Considerando el impacto que tiene la soledad en la salud física y mental, la calidad de vida y la longevidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el documento “Aislamiento social y soledad en los adultos mayores”, lo que demuestra la preocupación política y de salud pública que hay por estos temas, que se tornaron más evidentes debido a la pandemia de Covid-19⁴.

En cuanto a los ingresos familiares, quienes tenían mayores ingresos tenían más probabilidades de que empeorara el sentimiento de soledad y de continuar con ese sentimiento después de la pandemia. Estudios internacionales realizados antes^{22,32} y durante la pandemia^{50,51} arrojaron resultados diferentes, es decir, que tener bajos ingresos es un factor de riesgo para la soledad.

En Brasil, debido a la respuesta inadecuada del gobierno al tema de salud, el impacto de la pandemia en la economía fue devastador. Esta crisis provocó un aumento significativo de la informalidad en el mercado laboral, que llegó al 48% de la población a mediados de 2020⁵. La pandemia de Covid-19 generó resultados macroeconómicos y financieros negativos, que provocaron graves problemas financieros para toda la sociedad⁵³. El impacto de la pandemia en la economía brasileña puede haber contribuido a aumentar el sentimiento de soledad en las personas con mayor ingreso familiar.

En cuanto a la independencia en las AIVD, este estudio demostró que cuanto mayor es la independencia, menos posibilidades hay de que la persona se sienta sola y de que la soledad persista. Los datos de la Investigación Nacional Longitudinal sobre el Envejecimiento, realizada en Dinamarca, revelaron que las personas solitarias tienen mayor riesgo de tener capacidad física limitada⁵⁴. Conservar las AIVD se relaciona con la capacidad de vivir de forma independiente en la comunidad⁵⁵ y los individuos que experimentan deterioro de esas actividades experimentan mayor dificultad en la vida diaria, lo que puede comprometer las actividades sociales, provocarles depresión y afectar negativamente la confianza en sí mismos⁵⁶.

Con respecto al apoyo social, los participantes con apoyo social escaso tenían más probabilidades de continuar presentando soledad leve a intensa. Un estudio realizado en China con 1.067 personas mayores demostró que el apoyo social tuvo un fuerte efecto en la reducción de la soledad durante la pandemia. Las intervenciones que fortalecen las redes sociales de apoyo, como mayor participación en la comunidad, pueden reducir los sentimientos de soledad, especialmente en un contexto de emergencia sanitaria post-Covid-19 o también en posibles pandemias futuras⁵⁷.

Además, cabe destacar que el apoyo social es un importante factor protector contra la soledad, ya que juega un papel facilitador en la adaptación a las diversas pérdidas asociadas al envejecimiento. El apoyo social juega un papel crucial al proporcionar un sistema de apoyo emocional y práctico, que contribuye a una mejor adaptación a los cambios inherentes al proceso de envejecimiento^{32,58}. Un estudio *online*, realizado en 2020 con una muestra de adultos norteamericanos de 50 años o más que padecían al menos una enfermedad crónica, indicó que tener un mayor apoyo emocional se asociaba con niveles más bajos de soledad⁵⁹.

Se considera que este estudio contribuye a la práctica de enfermería para que los profesionales estén mejor preparados para realizarles preguntas a los usuarios del servicio sobre la soledad. Por lo tanto, es necesario capacitar a dichos trabajadores para que sepan identificar aspectos que pueden contribuir a la aparición del sentimiento de soledad en los individuos.

Limitaciones del estudio

En cuanto a las limitaciones del estudio, se destaca el pequeño tamaño de la muestra, por conveniencia, y perteneciente a un solo municipio brasileño, lo que limita la generalización de los resultados, pero que puede orientar futuras investigaciones sobre el tema. A pesar de todo el cuidado puesto durante la recopilación de datos, es posible que el muestreo por conveniencia haya producido un sesgo de selección.

CONCLUSIÓN

Hubo una reducción de la prevalencia de soledad en los adultos de mediana edad y los adultos mayores entrevistados al comparar los momentos durante y después del período de emergencia sanitaria por la pandemia de Covid-19. Los cambios en la soledad en el período evaluado se asociaron con mayor edad, que presenta menor probabilidad de que mejore la soledad, con mayores ingresos, que presenta mayor probabilidad de que se mantenga solo, con la independencia en las AIVD, que presenta menor probabilidad de sentir soledad y seguir sintiéndola, y al escaso apoyo social, que presenta mayores posibilidades de que continúe el sentimiento de soledad.

Por lo tanto, es importante promover un envejecimiento saludable priorizando la preservación de la autonomía y la capacidad funcional de los individuos, además de fomentar la participación activa de las personas que envejecen en grupos sociales como una estrategia valiosa para reducir la percepción de soledad. De hecho, los equipos de la APS pueden crear y monitoreados esos grupos, y realizar actividades como risoterapia, horticultura, actividad física, entre otras.

También se espera que la red de atención para la salud adopte estrategias como capacitar a los profesionales de la salud, crear y fortalecer los servicios especializados, con el fin de garantizar una atención adecuada y humanizada y favorecer el envejecimiento saludable y activo. Además, se recomienda que se realicen nuevas investigaciones con muestras representativas de adultos de mediana edad y adultos mayores, con el objetivo de investigar la soledad en este grupo en los próximos años.

REFERENCIAS

1. Sharma A, Ahmad Farouk I, Lal SK. Covid-19: a review on the novel coronavirus disease evolution, transmission, detection, control and prevention. *Viruses*. 2021 [cited 2024 Jun 15]; 13(2):202. DOI: <https://doi.org/10.3390/v13020202>.
2. Lima-Martínez MM, Carrera Boada C, Madera-Silva MD, Marín W, Contreras M. Covid-19 e diabetes: uma relação bidirecional. *Clin Investig Arterioscler*. 2021 [cited 2024 Jun 20]; 33(3):151-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2020.10.001>.
3. Wolf JM, Wolf LM, Bello GL, Maccari JG, Nasi LA. Molecular evolution of SARS-CoV-2 from December 2019 to August 2022. *J Med Virol*. 2023 [cited 2024 May 01]; 95(1):e28366. DOI: <https://doi.org/10.1002/jmv.28366>.
4. World Health Organization (WHO). Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief 2021. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Jun 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>.
5. Aquino E, Silveira IH, Pescarini J, Aquino R, Souza-Filho JA. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2020 [cited 2024 May 16]; 25(Suppl 1):2423-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.
6. Armitage R, Nellums LB. Covid-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020 [cited 2024 Jul 01]; 5(5):e256. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X).
7. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Dailey NS. Loneliness: A signature mental health concern in the era of Covid-19. *Psychiatry Res*. 2020 [cited 2024 Abr 18]; 290:113117. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113117>.
8. Trad NK, Wharam JF, Druss B. Addressing loneliness in the era of Covid-19. *JAMA Health Forum*. 2020 [cited 2024 Mar 23]; 1(6):e200631. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0631>.
9. Barroso SM, Baptista MN, Zanon C. Solidão como variável preditora na depressão em adultos. *Est. Inter. Psicol*. 2018 [cited 2024 Apr 24]; 9(3, supl.1):26-37. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000400003&lng=pt&nrm=iso.
10. Carmona CF, Couto VV, Scorsolini-Comin F. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosos. *Psicol Estudo (Maringá)*. 2014 [cited 2024 Jun 15]; 19(4):681-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-73722395510>.
11. Kotwal AA, Cenzer IS, Waite LJ, Covinsky KE, Perissinotto CM, Boscardin WJ, Hawkey LC, Dale W, Smith AK. The epidemiology of social isolation and loneliness among older adults during the last years of life. *J Am Geriatr Soc*. 2021 [cited 2024 May 11]; 69(11):3081-91. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.17366>.
12. Yang K, Victor C. Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing Soc*. 2011 [cited 2024 Mar 30]; 31(8):1368-88. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>.
13. Gao Q, Prina AM, Prince M, Acosta D, Luisa Sosa A, Guerra M, et al. Loneliness among older adults in Latin America, China, and India: prevalence, correlates and association with mortality. *Int. J. Public Health*. 2021 [cited 2024 Jun 01]; 66:604449. DOI: <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.604449>.
14. Braga LDS, Moreira BDS, Torres JL, Andrade ACDS, Lima ACL, Vaz CT, et al. A decreased trajectory of loneliness among Brazilians aged 50 years and older during the Covid-19 pandemic: ELSI-Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2022 [cited 2024 Apr 09]; 38(1):e00106622. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN106622>.
15. Emerson, KG. Coping with being cooped up: Social distancing during Covid-19 among 60+ in the United States. *Rev Panam Salud Publica*. 2020 [cited 2024 May 29]; 44:e81. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.81>.
16. Kotwal AA, Holt-Lunstad J, Newmark RL, Cenzer I, Smith AK, Covinsky KE, et al. Social isolation and loneliness among San Francisco Bay Area older adults during the Covid-19 shelter-in-place orders. *J Am Geriatr Soc*. 2021 [cited 2024 Mar 02]; 69(1):20-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.16865>.
17. Torres JL, Braga LDS, Moreira BDS, Castro CMS, Vaz CT, Andrade ACD, et al. Loneliness and social disconnectedness in the time of pandemic period among Brazilians: evidence from the ELSI Covid-19 initiative. *Aging Ment Health*. 2022 [cited 2024 May 04]; 26(5):898-904. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1913479>.

18. Peng S, Roth AR. Social isolation and loneliness before and during the Covid-19 pandemic: A longitudinal study of US adults older than 50. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2022 [cited 2024 Apr 15]; 77(7):e185-e190. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab068>.
19. Holt-Lunstad, J. The potential public health relevance of social isolation and loneliness: prevalence, epidemiology, and risk factors. *Public Policy Aging Rep*. 2017 [cited 2024 Mar 27]; 27(4):127-30. DOI: <https://doi.org/10.1093/ppar/prx030>.
20. Luchetti M, Lee JH, Aschwanden D, Sesker A, Strickhouser JE, Terracciano A, Sutin AR. The trajectory of loneliness in response to Covid-19. *Am Psychol*. 2020 [cited 2024 Jun 12]; 75(7):897-908. DOI: <https://doi.org/10.1037/amp0000690>.
21. Mills JP, Kaye KS, Mody L. Covid-19 in older adults: clinical, psychosocial, and public health considerations. *JCI Insight*. 2020 [cited 2024 Jun 18]; 5(10):e139292. DOI: <https://doi.org/10.1172/jci.insight.139292>.
22. Banerjee D, Rai M. Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 [cited 2024 Apr 07]; 66(6):525-7. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764020922269>.
23. Berg-Weger M, Morley JE. Loneliness in old age: an unaddressed health problem. *J Nutr Health Aging* 2020 [cited 2024 Jun 27]; 24:243-5. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1323-6>.
24. Chaparro L, Sánchez B, Carrillo GM. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar - persona con enfermedad crónica. *Rev. Cien. Cuidad*. 2014 [cited 2024 Apr 10]; 11(2):31-45. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.02>.
25. Ferreira HG, Casemiro NV. Solidão em Idosos e fatores associados. *REFACS*. 2021 [cited 2024 Apr 24]; 9(1):90-8. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i1.5199>.
26. Wright-St Clair VA, Neville S, Forsyth V, White L, Napier S. Integrative review of older adult loneliness and social isolation in Aotearoa/New Zealand. *Australas J Ageing*. 2017 [cited 2024 May 03]; 36(2):114-23. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajag.12379>.
27. Costa FB. Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2012 [cited 2024 Apr 10]. Available from: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2694>.
28. Pai N, Vella SL. Covid-19 and loneliness: A rapid systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2021 [cited 2024 Jun 18]; 55(12):1144-56. DOI: <https://doi.org/10.1177/00048674211031489>.
29. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015 [cited 2024 Apr 05]; 10(2):227-37. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.
30. Romero DE, Muzzy J, Damacena GN, Souza NA, Almeida WS, Szwarcwald CL, et al. Idosos no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [cited 2024 Mar 24]; 37(3):e00216620. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>.
31. Czaja SJ, Moxley JH, Rogers WA. Social Support, Isolation, Loneliness, and Health Among Older Adults in the PRISM Randomized Controlled Trial. *Front Psychol*. 2021 [cited 2024 May 31]; 12:728658. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.728658>.
32. Lee SL, Pearce E, Ajnakina O, Johnson S, Lewis G, Mann F, et al. The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2021 [cited 2024 Apr 29]; 8(1):48-57. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30383-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30383-7).
33. Pegorari MC, Silva CFS, Araújo FC, Silva JS, Ohara DG, Matos AP, et al. Factors associated with social isolation and loneliness in community-dwelling older adults during pandemic times: a cross-sectional study. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2021 [cited 2024 Mar 01]; 54:e01952020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0195-2020>.
34. Mata LRFD, Kuznier TP, Menezes AC, Azevedo C, Amaral FMA, Chianca TCM. Validade e confiabilidade da Escala de Solidão da UCLA versão 3 entre idosos brasileiros. *Esc. Anna. Nery*. 2022 [cited 2024 Feb 07]; 26:e20210087. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0087>.
35. Almeida PKP, Sena RMC, Dantas JLL, Trigueiro JG, Pessoa Jr JM, Nascimento EGC. "I lived, studied, loved, and even believed": systematic review about loneliness in Brazilian elderly. *Rev Intellectus*. 2020 [cited 2024 Mar 20]; 57(1):41-55. Available from: <http://www.revistaintellectus.com.br/ArtigosUpload/63.748.pdf>.
36. Barroso SM, Andrade VS, Oliveira NR. Escala Brasileira de Solidão: análises de resposta ao item e definição dos pontos de corte. *J Bras Psiquiatr*. 2016 [cited 2024 Feb 20]; 65(1):76-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000106>.
37. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008 [cited 2024 Mar 22]; 24:103-12. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2013.v29n8/1631-1643/pt>.
38. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963 [cited 2024 Apr 09]; 185:914-9. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>.
39. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1979 [cited 2024 Mar 12]; 9(3):179-86. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179.
40. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 1994 [cited 2024 Jan 09]; 52(1):1-7, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>.
41. Graham JW. Missing data analysis: making it work in the real world. *Annu Rev Psychol*. 2009 [cited 2024 Apr 30]; 60:549-76. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085530>.
42. Priya Giri S, Dubey A. Loneliness in the time of Covid-19: an alarming rise. *Lancet*. 2023 [cited 2024 Mar 02]; 401(10394):2107-8. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01125-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01125-X).
43. Ruan J, Xu YM, Zhong BL. Loneliness in older Chinese adults amid the Covid-19 pandemic: prevalence and associated factors. *Asia Pac Psychiatry*. 2023 [cited 2024 Jun 13]; 15(4):e12543. DOI: <https://doi.org/10.1111/appy.12543>.
44. O'Shea BQ, Finlay JM, Kler J, Joseph CA, Kobayashi LC. Loneliness among US adults aged ≥55 early in the Covid-19 pandemic: findings from the Covid-19 coping study. *Public Health Reports*. 2021 [cited 2024 Feb 14]; 136(6):754-64. DOI: <https://doi.org/10.1177/00333549211029965>.

45. Kadowaki L, Wister A. Older adults and social isolation and loneliness during the Covid-19 pandemic: an integrated review of patterns, effects, and interventions. *Can J Aging*. 2023 [cited 2024 Apr 29]; 42(2):199-216. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0714980822000459>.
46. Guo J, Luo R, Guo YM, Xu YS, Zhu L. Analysis on influencing factors on loneliness in the elderly aged 60 and above in China. 2023 [cited 2024 May 13]; 44(7):1086-91. DOI: <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112338-20230227-00110>.
47. Kino S, Stickley A, Arakawa Y, Saito M, Saito T, Kondo N. Isolamento social, solidão e seus correlatos em adultos japoneses mais velhos. *Psicogeriatrics*. 2023 [cited 2024 Apr 01]; 23(3):475-86. DOI: <https://doi.org/10.1111/psyg.12957>.
48. Ibáñez-Del Valle V, Corchón S, Zaharia G, Cauli O. Solidão social e emocional em idosos que habitam na comunidade: o papel da sociodemografia. *Int J Environ Res Saúde Pública*. 2022 [cited 2024 Jun 20]; 19(24):16622. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192416622>.
49. Oliveira LMD, Abrantes GGD, Ribeiro GDS, Cunha NM, Pontes MDLDF, Vasconcelos SC. Loneliness in senescence and its relationship with depressive symptoms: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019 [cited 2024 Mar 17]; 22(6):e190241. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190241>.
50. Khan MSR, Kadoya Y. Loneliness during the Covid-19 pandemic: a comparison between older and younger people. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 [cited 2024 Jun 11]; 18(15):7871. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18157871>.
51. Mistry SK, Ali ARMM, Yadav UN, Khanam F, Huda MN. Changes in loneliness prevalence and its associated factors among Bangladeshi older adults during the Covid-19 pandemic. *PLoS One*. 2022 [cited 2024 May 24]; 17(11):e0277247. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277247>.
52. Silber SD. A fragilidade econômica e financeira na pandemia do Sars-Covid-19. *Estud Av*. 2020 [cited 2024 Mar 28]; 34(100):107–15. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.008>.
53. Ferreira RR, Rita LPS. Impactos da Covid-19 na economia: limites, desafios e políticas. *CP*. 2020 [cited 2024 Jul 02]; 13(2):459-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/cp.v13i2.36183>.
54. Jessen MAB, Pallesen AVJ, Kriegbaum M, Kristiansen M. The association between loneliness and health - a survey-based study among middle-aged and older adults in Denmark. *Aging Ment Health*. 2018 [cited 2024 Jul 01]; 22(10):1338-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1348480>.
55. Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, Levy SB. Activities of daily living. *In: StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 Jun 26]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404>.
56. Ryu SI, Cho B, Chang SJ, Ko H, Yi YM, Noh E, *et al*. Factors related to self-confidence to live alone in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2021 [cited 2024 Jun 20]; 21:291. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02214-w>.
57. Xie X, Huang C, Sitar S, Qiao X. Community engagement and loneliness in older adults in China: mediation effects of social support in the wake of Covid-19. *Front Public Health*. 2023 [cited 2024 Jun 19]; 11:1199577. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1199577>.
58. Tomás JM, Pinazo-Hernandis S, Oliver A, Donio-Bellegarde M, Tomás-Aguirre F. Loneliness and social support: Differential predictive power on depression and satisfaction in senior citizens. *J Community Psychol*. 2019 [cited 2024 Jun 10]; 47(5):1225-1234. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcop.22184>.
59. Polenick CA, Perbix EA, Salwi SM, Maust DT, Birditt KS, Brooks JM. Loneliness during the covid-19 pandemic among older adults with chronic conditions. *J Appl Gerontol*. 2021 [cited 2024 Jun 30]; 40(8):804-813. DOI: <https://doi.org/10.1177/0733464821996527>.

Contribuciones de los autores

Concepción, L.K.C. y T.C.R.M.; metodología, L.K.C., F.G.M.K. y T.C.R.M.; software, T.C.R.M. y B.M.L.; validación, L.K.C.; análisis formal, I.N.S. y M.K.; investigación, L.K.C. y F.G.M.K.; obtención de recursos, T.C.R.M. y B.M.L.; curaduría de datos, L.K.C.; redacción – original preparación de borradores, M.K., I.N.S. y L.K.C.; revisión y edición, L.K.C., F.G.M.K., I.N.S., B.M.L. y T.C.R.M.; visualización, T.C.R.M.; supervisión, T.C.R.M.; administración del proyecto, L.K.C.; adquisición de financiamiento, T.C.R.M. y B.M.L. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.