

FRECUENCIA DE SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN UN HOSPITAL DE NUEVO LEÓN

FREQUENCY OF LONELINESS IN ELDERLY DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN A REGIONAL HOSPITAL IN NUEVO LEON

Ana B. Pérez-Villalva^{1a*}, Héctor M. Riquelme-Heras^{1,2b}, Marco A. Juárez-Treviño^{2c} y Pablo E. Pérez-Villalva^{3d}

¹Servicio de Consulta Externa, Departamento de Medicina Familiar, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.; ²Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.; ³Facultad de Medicina, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Pue. México

^a0000-0002-5095-7885; ^b0000-0002-8776-1931; ^c0000-0002-5697-7668; ^d0000-0002-3884-7034

RESUMEN: Antecedentes: La soledad es una sensación subjetiva y multidimensional, con mayor presencia en grupos poblacionales vulnerables. Es un indicador de salud. **Objetivo:** Determinar la percepción de soledad en adultos mayores y su relación con otras características propias de la población durante la pandemia de enfermedad por COVID-19. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo realizado en servicio de consulta de medicina familiar de un hospital de tercer nivel. Tamaño de muestra: 249. Previa explicación y aceptación de la participación verbal del paciente, se aplicó un cuestionario con datos sociodemográficos, características clínicas, aspectos durante la pandemia por COVID-19, y escala de soledad en el adulto mayor (IMSOL-AM), desarrollada en México, con consistencia interna: $\alpha = 0.95$. **Resultados:** El 62.7% fueron mujeres, con mediana de edad de 65 años; el 27.3% residentes de Monterrey. El 88.4% viven acompañados, el 11.6% vive solo y el 67.5% mantuvo aislamiento por pandemia. De ellos, 56.6% duerme siete horas o más y aproximadamente 5% tenía riesgo o experimentaba soledad. Se demostró asociación entre horas de sueño y presencia de sensación de soledad, con $p < 0.001$. **Conclusiones:** Casi el 5% estuvieron en riesgo o experimentaron soledad. Hubo una asociación entre sensación de soledad y horas de sueño.

Palabras clave: Adulto mayor. COVID-19. Soledad.

ABSTRACT: Background: Loneliness is a subjective and multidimensional sentiment. It is more prevalent in vulnerable population groups. It is a health indicator. **Objective:** Determine the perception of loneliness in the elderly and its relationship with other population characteristics during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. **Material and methods:** An observational, descriptive, cross-sectional and prospective study carried out in a Family Medicine consultation service of a tertiary care hospital. Sample size: 249. After explanation and verbal acceptance of the participation a questionnaire was applied with sociodemographic data, clinical characteristics, aspects during the COVID-19 pandemic, and loneliness scale in the elderly (IMSOL-AM), developed in Mexico, internal consistency: $\alpha = 0.95$. **Results:** Women were 62.7% with a mean age of 65 years; 27.3% were Monterrey residents. Most of them (88.4%) lives accompanied, 11.6% lives alone. Importantly, 67.5% was kept in isolation during the pandemic; 56.6% sleeps 7 hours or more, and approximately 5% have risk and experimented loneliness. Association between hours of sleep and the presence of sentiment of loneliness was demonstrated ($p < 0.001$). **Conclusions:** Almost 5% were at risk or experienced loneliness. There was an association between feeling of loneliness and hours of sleep.

Keywords: Elderly. COVID-19. Loneliness.

***Correspondencia:**

Ana B. Pérez-Villalva

E-mail: anafamed19@gmail.com

Fecha de recepción: 10-08-2022

Fecha de aceptación: 21-10-2022

Disponible en internet: 13-12-2022

Rev Mex Med Fam. 2022;9:109-15

DOI: 10.24875/RMF.22000065

INTRODUCCIÓN

En México hay 15.4 millones de adultos mayores considerados de 60 años o más. Representan el 12.3% de la población; dentro de esta cifra, al menos 1.7 millones viven solos¹⁻³. En Nuevo León, la población de 60 años o más, hasta abril de 2019, era de 764,980 habitantes⁴.

La soledad se define como una sensación subjetiva de un fenómeno que es multidimensional y complejo, involucra el aspecto psicológico, y puede derivar en un factor de estrés. Es resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, y pueden ser reales (carencia de compañía para cualquier actividad), o percibidas, condición única en que la persona se percibe socialmente aislado pese a encontrarse entre otros individuos⁵⁻⁷. En el adulto mayor, la soledad se relaciona con presencia de deterioro cognitivo (*Alzheimer*), desnutrición, disminución en la actividad física, mala calidad del sueño y presencia de tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo u obesidad; elevación de la presión sanguínea, activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenocortical y del sistema nervioso simpático^{7,8-11}.

La soledad es un determinante de salud, en países desarrollados¹². Su prevalencia se ha incrementado^{8,13, 14}. Reino Unido, por ejemplo, en 2018 creó el Ministerio de la Soledad, para dar atención a 9 millones de personas con este problema de salud pública¹⁵.

Una vez declarada la infección por coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), emergencia internacional de salud pública^{16,17}, surge la soledad asociada a la pandemia de COVID-19. Aunque la soledad en la vejez es un problema de salud pública antes del brote, y no es específica de este grupo poblacional, se esperaba que la soledad aumentara durante las medidas pandémicas^{18,19}. Una muestra de adultos estadounidenses de 50-80 años, durante junio de 2020 (al inicio de la pandemia), mostró que dos de cada cinco personas (41%) informaron sentir falta de

compañía (32% algunas veces, 9% a menudo). En comparación con el 34% (26% algunas veces, 8% a menudo) obtenido en 2018²⁰.

Existen diversas variables involucradas en este fenómeno y según las características de la población los resultados son distintos; la pandemia puede ser un gran determinante. Un estudio reciente a gran escala sobre soledad mostró la necesidad de conocer las características culturales que diferencian a cada país y/o ciudad de manera más amplia^{10,19,21,22}.

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de soledad en el adulto mayor en México durante la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 y su posible relación con las variables sociodemográficas y clínicas propias de la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Población: adultos mayores de 60 a 99 años, hombres y mujeres, capaces de responder la encuesta, mexicanos, que vivieran solos o acompañados y que acudieron a la consulta externa de medicina familiar en un hospital de Monterrey, Nuevo León, México, como pacientes o acompañantes. Tamaño de la muestra calculada con la fórmula de estimación de una proporción en una población infinita con un intervalo de confianza del 95% (IC95%) y un Z alfa de 1.96, una precisión de estimación (delta) de 0.05, requiriendo 246 participantes.

Se define como sensación de soledad al sentimiento natural, subjetivo (personal), de malestar emocional, relacionado con ciertos momentos de la vida, que afecta a cualquier persona, independientemente de su sexo, edad u otras características sociodemográficas, y que puede impactar sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica, sobre todo de aquellas personas que son más vulnerables, ya vivan acompañados o no⁷. Se estudiaron variables sociodemográficas, características clínicas (enfermedades que padecía, frecuencia con que acudió a consulta médica, si acudió a

área de urgencias en los últimos 10 meses, horas que dormía al día, si fumaba, si consumía alcohol y su actividad física entre sedentaria, ligera o vigorosa), y aspectos generales durante pandemia de COVID-19 (contagios de SARS-CoV-2 del entrevistado o algún ser querido, defunción de algún familiar, afectaciones durante la pandemia y si permaneció en aislamiento).

Existen diversas escalas para medir la soledad en el adulto mayor, entre las que se pueden citar: Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en Adultos (SESLA-S), la cual ha sido adaptada al castellano en España; la Escala de Soledad de la Universidad de California en los Ángeles (UCLA) cuya utilidad ha estado enfocada a grupos poblacionales más jóvenes; y en España, la Escala ESTE. En México se ha elaborado el Inventario Multifacético de Soledad en el adulto mayor (IMSOL-AM), realizado por Montero-López y Rivera-Ledezma, que cuenta con características culturales de los mexicanos, y ha sido adaptada para adultos mayores ya que, previamente, se trataba solo del Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL), por ello parece la más adecuada para evaluar la soledad en dicho territorio²³.

Se utilizó el IMSOL-AM: tipo Likert y desarrollado en México. Mide frecuencia de experiencia solitaria en adultos mayores. Ha demostrado validez con una consistencia interna de $\alpha = 0.95$; el puntaje obtenido va de 0 a 80 puntos. Conformado por 20 ítems, puede ser autoaplicado, pero en este caso se realizó por entrevista. Las opciones son de respuesta del 0 al 4, con dos subescalas: 1) alienación familiar (agrupa reactivos 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13 y 15, que aludieron a incomprensión, alejamiento y reprobación familiar, que facilitan sentirse rechazado, aislado y abandonado), y 2) insatisfacción personal (agrupa reactivos 3, 7, 12, 14, 16, 17, 18, 19 y 20, vinculados con insatisfacción y carencia de propósito de vida, que facilita sensación de desamparo e inseguridad acerca del futuro). El puntaje de la experiencia solitaria es obtenido sumando

los 20 reactivos y el total se divide entre 20; a mayor puntaje mayor frecuencia de experiencia solitaria²⁴. Uno de los creadores de la escala (López-Lena M.) sugiere la distribución de frecuencias de la escala sobre la muestra particular y a partir de la media, se identificarían las desviaciones estándar bajo la curva. Así, en este estudio determinamos a personas sin soledad (primera desviación alrededor de la media), en riesgo de soledad (segunda desviación) y con soledad en la tercera desviación.

Se usaron frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para variables numéricas se evaluó la distribución de la muestra por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se reportaron los resultados mediante medidas de tendencia central y dispersión (media/desviación estándar en caso de distribución paramétrica y mediana/rango intercuartílico en caso de distribución no paramétrica). Se utilizó el paquete estadístico SPSS v25. Se realizó el cruce de las variables sociodemográficas y médicas con las que miden soledad. Se utilizó la chi cuadrada (χ^2) con una significancia de $p < 0.05$.

El protocolo fue previamente aceptado por el Comité de Bioética de un Hospital Universitario con código MF21-00009). Se solicitó consentimiento verbal, recabando información solo de quienes aceptaron participar voluntariamente, enfatizando el objetivo del estudio, el tipo de información que recolectar y la confidencialidad.

RESULTADOS

Se encuestaron 249 personas, el 62.7% fueron mujeres. La edad resultó ser de 65.0 (rango intercuartílico con el 95% de confianza: 66.0-67.7 años).

La mayoría con escolaridad primaria (35.7%), casados (52.6%), radicaban en Monterrey (27.3%) (Tabla 1), la mayoría vivían acompañados (88.4%) (Tabla 2), padece hipertensión arterial sistémica (22.5%) y/o diabetes *mellitus* tipo 2 (11.2%), nunca han fumado (71.1%) ni consumido alcohol (54.2%). El 20% negó contar con un

pasatiempo, por ejemplo ver televisión (17.3%) y caminar (14.5%) obtuvieron los porcentajes más altos. El 42.9% tenía como mascota un perro, el 30.2% negó poseer mascota. Más de la mitad de los encuestados refirieron dormir siete horas o más (56.6%). El 59.0% afirmó tener actividad física ligera. Al momento del estudio, la mayoría no se había contagiado de COVID-19 (76.7%); la mitad de los participantes habían tenido un ser querido con COVID-19 (50.6%). En cuanto a las afectaciones por la pandemia, la más observada fue la económica (27.3%). El aislamiento por la pandemia estuvo presente en el 67.5%.

En la escala IMSOL-AM, la subescala de alienación mostró al 3.2% en riesgo de presentar alienación y el 0.8% cayeron en la clasificación de probable patología. En la subescala de insatisfacción familiar, el 5.2% con riesgo de presentar insatisfacción familiar y el 0.4% resultaron insatisfechos con sus relaciones familiares y probablemente experimentaban soledad. En la escala total, el 94.8% de los pacientes no experimentaban soledad, el 4.4% se encontraba en riesgo de experimentar soledad y el 0.8% experimentaba soledad (Fig. 1).

Se realizaron pruebas de ji-cuadrada (χ^2) para conocer si había influencia en la sensación de soledad de los pacientes (Tabla 2). Al correlacionar los datos sociodemográficos, se encontró una franca asociación con las horas de sueño y la presencia de sensación de soledad ($p < 0.001$).

Discusión

En este estudio se encontró una frecuencia de soledad del 0.8%, que no coincide con lo observado en otros estudios publicados donde se ha reportado una presencia de soledad hasta en el 56% en 2020²⁰. En el caso de estudios mexicanos en el año 2021, se aplicó la escala ESTE a 396 adultos mayores, encontrándose que la soledad social estaba presente en el 24.31%, y la soledad familiar en el 12.13%²⁴. Por su parte, en 2014, utilizando el instrumento IMSOL-AM, el 58.3% de los adultos mayores presentaba alta experiencia de soledad, sin embargo es importante mencionar

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

Variable		Frecuencia	%
Sexo	Hombres	93	37.30
	Mujeres	156	62.70
Escolaridad	Analfabeta	14	5.6
	Primaria	89	35.7
	Secundaria	52	20.9
	Preparatoria	18	7.2
	Técnica	17	6.8
	Universidad	51	20.5
	Otros	8	3.2
Estado civil	Soltero	32	12.9
	Casado	131	52.6
	Unión libre	13	5.2
	Separado	11	4.4
	Divorciado	11	4.4
	Viudo	51	20.5
Religión	Católica	179	71.9
	Bautista	8	3.2
	Cristiana	35	14.1
	Testigo de Jehová	14	5.6
	Ninguna	9	3.6
	Otra	4	1.6
Ocupación	Hogar	88	35.4
	Empleado	30	11.8
	Obrero	11	4.2
	Comerciante	18	7.2
	Desempleado	12	4.9
	Profesionista	12	4.9
	Jubilado	66	26.6
	Otra	12	4.9

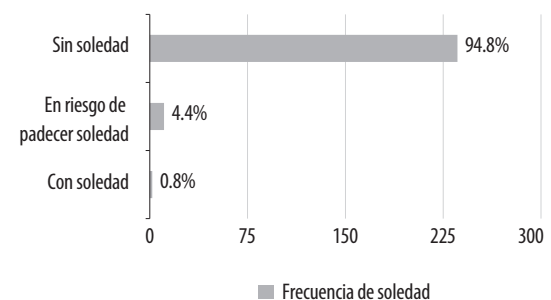


Figura 1. Frecuencia de soledad en el adulto mayor.

Tabla 2. Categorías de soledad de acuerdo a otras variables

Variable	Escala total						
	Soledad						
	Sin soledad		En riesgo de soledad		Soledad		p
n	%	n	%	n	%		
Horas de sueño							
Menos de 5	11	4.7	2	18.2	1	50	0.001*
5	67	28.5	8	72.7	0	0	
7	139	59.1	1	9.1	1	50	
10 o más	18	7.7	0	0	0	0	
Aislamiento por la pandemia							
Sí	157	66.8	9	81.8	2	100	0.360
No	78	33.2	2	18.2	0	0	
Con quién vive							
Solo	26	11	2	18.2	1	50	0.184
Acompañado	210	89	9	81.8	1	50	

Pruebas de comparación mediante Chi².

*Diferencia estadísticamente significativa

que el estudio fue realizado en un asilo y que todos presentaban depresión: el 66.7% depresión moderada, el 8.3% alta y el 25% leve²⁵. En 2019, aplicando el IMSOL-AM en población peruana se determinó que el 18% presentaba un alto sentimiento de soledad²⁶. Es importante aclarar que estos estudios fueron realizados antes de la pandemia por COVID-19, y que no determinaron, como variables, el conocer si la población estudiada vivía sola o acompañada. Además, existen otros factores que pueden resultar determinantes como se menciona párrafos adelante.

Las mujeres fueron mayoría en la muestra (62.7%); de acuerdo con Boris y Perlman, los hombres son quienes presentan más soledad que las mujeres²⁷, lo que puede explicar la baja prevalencia de soledad en este estudio.

La edad, con una mediana en 65 años, puede considerarse también factor protector, Nguyen et al. mencionan que al analizar las soledades de 2,843 personas durante el 2019, llegando a los 60 se presenta una disminución de la soledad. De igual forma, al tratarse de adultos mayores jóvenes es menor la presencia de soledad como se afirma en otros trabajos^{28,29}.

Se esperaba que la escolaridad pudiera jugar un papel inversamente proporcional

a la sensación de soledad, como se observó en el trabajo de Quintero et al.²⁹. Sin embargo, los encuestados contaron con nivel primaria en un 35.7%, sin encontrar alguna diferencia estadística entre la escolaridad y la sensación de soledad. Resultado también diferente al estudio realizado por Cruz-Vargas et al., en donde se encontró que las personas con licenciatura presentaban sentimientos de vacío^{27,30}.

En otra publicación se afirma que la soledad se encuentra relacionada con la edad y factores culturales²⁷. Al tratarse de adultos mayores jóvenes se encontraban con mayores posibilidades de interactuar con otros por diversos medios electrónicos. Se debe considerar que el factor cultural es importante en la sociedad mexicana, pues la mayoría de los encuestados se encontraba viviendo acompañado. Por la pandemia, en los domicilios, los ancianos ejercían el rol de abuelos, fungiendo como cuidadores de sus nietos^{14,31,32}, otros fueron acogidos en casa de sus hijos para ser ayudados con actividades básicas. Se encuestaron pacientes ambulatorios, con suficientes herramientas para valerse por sí mismos, lo que les confiere un grado de autonomía e independencia

que de igual forma puede aminorar la sensación de soledad^{31,33}.

Esto hace pensar que incluso en presencia de enfermedades cronicodegenerativas, mientras los pacientes no experimenten un nivel de discapacidad no representan un factor de riesgo para sentirse solos, ya que en algunos estudios²⁸, los pacientes que presentan dificultades a la movilización y a la comunicación son en quienes se ha encontrado mayor presencia de soledad, en nuestro estudio no fue posible identificar tal asociación. Esto último marca la pauta para inferir que la soledad no es una característica propia de la edad, sino de las circunstancias y características de la población estudiada.

CONCLUSIONES

Pese a que la frecuencia de sensación de soledad fue del 0.8%, no fue una asociación significativa estadísticamente con el aislamiento durante la pandemia, ni con alguna característica médica. Como hallazgo pareció haber una correlación entre quienes experimentaron sensación de soledad, las horas de sueño estuvieron asociadas negativamente; es decir, a menor cantidad de horas de sueño, aumentaba la sensación de soledad. Se sugiere un nuevo estudio al término de la pandemia, además de considerar los roles del adulto mayor dentro del hogar.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Cuéllar PC. ¿Qué envejecimiento? El problema público de la vejez en la Ciudad de México. Iztapalapa. Rev Cienc Soc Humanid. 2019;40(87): 143-174
2. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento y vejez [Internet]. Gpbien de México, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores; 5 de marzo de 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) 2018 [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020 (Información por entidad, Nuevo León) 2020 [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <https://cuentame.inegi.org.mx>
5. Costa R Patrão I, Machado M. Problematic internet use and feelings of loneliness. Int J Psychiatry Clin Pract. 2019;23(2):160-2.
6. Montero M, Sánchez J. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. Salud Mental. 2001;24(1):19-27.
7. Yanguas J, Pinazo-Henandis S, Tarazona-Santabalbina FJ. The complexity of loneliness. Acta Biomed. 2018;89(2):302-14.
8. Xia N, Li H. Loneliness, social isolation, and cardiovascular health. Antioxid Redox Signal. 2018;28(9):837-51.
9. van Dulmen MH, Goossens L. Loneliness trajectories. J Adolesc. 2013;36(6):1247-9.
10. Barreto M, Victor C, Hammond C, Eccles A, Richins MT, Qualter P. Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. Pers Individ Dif. 2021;169:110066.
11. Gené-Badía J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras L, Lagarda E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Aten Primaria. 2016;48(9):604-9.
12. Lima S, Teixeira L, Esteves R, Ribeiro F, Pereira F, Teixeira A, et al. Spirituality and quality of life in older adults: a path analysis model. BMC Geriatrics 2020;20:259.
13. Gardiner C, Laud P, Heaton T, Gott M. What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2020;49(5):748-57.
14. Acosta-Quiroz CO, Tánori Quintana J, García R, Echeverría S, Vales-García JJ, Rubio L. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. Psicología y Salud. 2017;27(2):179-88.
15. BBC News Mundo. La soledad, un mal contemporáneo mundial que en Reino Unido ahora es asunto de Estado [Internet]. BBC; 18 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-42723066>
16. Escudero X, Guarner J, Galindo-Fraga A, Escudero-Salamanca M, Alcocer-Gamba MA, del Río C. La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): situación actual e implicaciones para México. Cardiovasc Metab Sci. 2020;31(Suppl 3):170-7.
17. Zerón A. Nueva normalidad, nueva realidad. Rev ADM. 2020; 77(3):120-3.
18. Heidinger T, Richter L. The effect of COVID-19 on loneliness in the elderly. An empirical comparison of pre-and peri-pandemic loneliness in community-dwelling elderly. Front Psychol. 2020;11:585308.

19. Camargo-Rojas C, Chavarro-Carvajal D. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica*. 2020;61(2).
20. National Poll on Healthy Aging. University of Michigan. Loneliness among older adults before and during the COVID-19 pandemic [Internet]. National Poll on Healthy Aging, University of Michigan; septiembre 2020. Disponible en: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/162549/0212_NPHA-loneliness-report-FINAL-09112020-handle.pdf?sequence=5&isAllowed=y
21. Cacioppo JT, Cacioppo S. The phenotype of loneliness. *Eur J Dev Psychol*. 2012;9(4):446-52.
22. Salazar M, Castro M. Soledad y convivencia intergeneracional: resignificar el cuidado en el ciclo vital. *Revista Reflexiones*. 2019;98(2):79-93.
23. González-Tovar J, Garza-Sánchez R. La medición de soledad en personas adultas mayores: estructura interna de la escala ESTE en una muestra del norte de México. *Interdisciplinaria*. 2021;38(3):169-84.
24. González-Celis A. Evaluación en psicogerontología. Ciudad de México: Manual Moderno; 2009:123-32.
25. Rocha Rodríguez Ma, Méndez Álvarez J, Bueno Hernández D, Hernández Nava N, Cruz Ortiz M, Rodríguez Pérez M. Soledad en los adultos mayores de un asilo y su relación con la depresión. *Rev Presencia*. 2014;10(19).
26. Miyasato Espino KM, Montoya Urteaga CE. Soledad según sexo en adultos mayores beneficiarios de un centro integral del adulto mayor de Cajamarca (tesis de licenciatura). Cajamarca, Perú: Universidad Privada del Norte; 2019.
27. Borys S, Perlman D. Gender differences in loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1985;11(1):63-74. doi:10.1177/0146167285111006
28. Nguyen T, Lee E, Daly R, Tsung-Chin W, Tange Y, Xin Tu, et al. Predictors of loneliness by age decade: Study of psychological and environmental factors in 2,843 community-dwelling Americans aged 20-69 years. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(6):20m13378.
29. Quintero A, Villamil M, Henao E, Cardona J. Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2018;36(2):49-57.
30. Cruz-Vargas D, Sánchez-Aragón R, Castro-Torres V. Soledad y salud: ¿cómo se relacionan y difieren según la edad y la escolaridad? *Psicología y Salud*. 2020;30(2):231-41.
31. Camargo Rojas CM, Chavarro Carvajal DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Univ Med*. 2020;61(2).
32. Concepción-Breton A, Corrales-Camacho I, Córdoba ME, Acosta-Hernández ME, Larancuent-Cueto OI, de la Cruz-Morel YL. Sondeo de casos en persona mayores sobre actividades cotidianas y utilización de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en tiempos de pandemia. *Revista Tecnológica-Educativa Docentes 2.0* [Internet]. 2020;9(2):132-50. Disponible en: <https://ojs.docentes20.com/index.php/revista-docentes20/article/view/156/417>
33. Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MA, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Aten Primaria*. 2020;52(4):224-32.