

UNIVERSITAT
JAUME I

La soledad en las personas mayores: impacto en su calidad de vida

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada en Enfermería de la Universidad Jaume I presentada por **Isabel Adelantado Mascarós** en el curso académico 2021-2022.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de **Mónica Martínez Altava**.

[01/07/2022]

Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG

Yo, **Isabel Adelantado Mascarós**, con NIF **23850269M**, alumno de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2021-2022**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado *La soledad en las personas mayores: impacto en su calidad de vida*, tutelado por el profesor **Mónica Martínez Altava**, defendido en lengua castellana, en el período de **01 de julio, 2022**

Firmado: Isabel Adelantado Mascarós

Castellón de la Plana, 17 de junio de 2022

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría dedicarle este trabajo a mi familia, sobre todo a mi tía que ha sido como una segunda madre para mí, a ella que me ha apoyado siempre durante la carrera y felicitado por cada uno de mis pequeños logros. Creía en mí y sé que habría sido muy feliz al saber que finalmente he conseguido llegar a mi meta, ser enfermera. También agradecer a mis padres y hermanas por animarme, por su esfuerzo y por darme todas las facilidades, todo esto no habría sido posible sin ellos.

Seguidamente a mi tutora, gracias por su apoyo, paciencia y atención durante todo el proceso de realización del trabajo.

También quiero dedicárselo a mi grupo de amigas de la carrera, por compartir conmigo sus locuras y el amor por la enfermería, además de su generosidad y ayuda durante toda la carrera, pero sobre todo por estar ahí a mi lado en los momentos más difíciles.

Por último, dar las gracias a todos los profesionales con lo que me he cruzado durante la carrera, profesores, enfermeros y personal sanitario, gracias por haberme ayudado a crecer como persona y como profesional.

Muchísimas gracias a todos.

Índice

1- Introducción	1
1.1. Justificación	7
2- Objetivos	7
2.1- Objetivos generales	7
2.2. Objetivos específicos	7
3- Metodología	8
3.1. Diseño del estudio	8
3.2. Pregunta clínica	8
3.3. Palabras clave y descriptores	8
3.4. Estrategia de búsqueda	9
3.5. Criterios de selección	11
3.5.1. Criterios de inclusión	11
3.5.2. Criterios de exclusión	11
3.6. Evaluación de la calidad metodológica	11
4- Resultados	12
4.1. Resultados generales	12
4.2. Características de los artículos seleccionados	14
4.2.1 Artículos según año de publicación	14
4.2.2. Artículos según tipo de estudio	14
4.2.3. Artículos según base de datos	15
4.2.4. Relación de los artículos según el objetivo de estudio	16
5- Discusión	19
5.1. Consecuencias de la soledad en la salud de las personas de edad avanzada	20
5.2. Efectos de la soledad y el aislamiento sobre la mortalidad del adulto mayor	22
5.3. Impacto de la soledad en la calidad de vida de las personas mayores	22
5.4. Limitaciones del estudio y líneas de investigación	24
6- Conclusiones	25
8- Anexos	31

Índice de tablas

Tabla 1. Formulación de la pregunta clínica	8
Tabla 2. Palabras clave para la búsqueda	8
Tabla 3. Estrategia de búsqueda en la base de datos	9
Tabla 4. Artículos analizados	16
Tabla 5. Análisis metodológico de artículos tipo revisión con la herramienta CASPe	29
Tabla 6. Análisis metodológico de artículos de tipo cohorte con la herramienta CASPe	29
Tabla 7. Análisis metodológico de artículos tipo observacional con la herramienta STROBE	30

Índice de figuras

Figura 1. Resultados de la estrategia de búsqueda con filtros	12
Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios	13
Figura 3. Porcentaje de artículos en función del año	14
Figura 4. Número de artículos seleccionados en función del tipo de estudio	15
Figura 5. Artículos seleccionados para la revisión según base de datos	16

Resumen

Introducción: La soledad subjetiva es un problema que afecta al 20% personas de edad avanzada de nuestra sociedad. El cual a pesar de su elevada prevalencia muchas veces se encuentra infravalorada y se llega a asumir como normal en las personas mayores. Este sentimiento de soledad puede ser medido e identificado, y de esta forma tomar medidas para tratarlo.

Objetivo: Sintetizar la evidencia científica sobre el impacto de la soledad en la calidad de vida de las personas mayores.

Metodología: Se realizó una revisión integradora mediante una estrategia de búsqueda en las bases de datos PubMed, Biblioteca Virtual de Salud y *Web of Science*.

Resultados: Aplicando la estrategia de búsqueda inicial mente se obtuvieron 1215 artículos, que tras aplicar filtros y los criterios de inclusión y exclusión el número de artículos se redujo a 10, que son los que se incluyeron en la revisión. A PubMed pertenecen 4 artículos, a 3 tanto en Web Of Science como en Biblioteca Virtual de Salud.

Conclusión: Los sentimientos de soledad afectan a la salud de las personas mayores, afectando al deterioro cognitivo y funcional, produciendo alteraciones en el descanso, y aumentando la fatiga y el riesgo a padecer algunas enfermedades. Además, supone un factor de riesgo para la muerte y para la realización de conductas perjudiciales para la salud. De igual manera, el aislamiento social también afecta a los ancianos con un peor manejo del estrés, de los eventos traumáticos, así como una mayor estancia hospitalaria.

Palabras clave: Persona mayor, Soledad, Calidad de vida, Aislamiento social.

Abstract

Background: Subjective loneliness is a problem that affects 20% of the elderly in our society. Despite its high prevalence, it is often underestimated and assumed to be normal in the elderly, but the reality is that it creates discomfort in the elderly. This feeling of loneliness can be measured and identified and measures can be taken to treat it.

Aims: To synthesize the scientific evidence on the impact of loneliness on the quality of life of the elderly.

Methodology: An integrative review was performed by searching PubMed, *Biblioteca Virtual de Salud* and Web of Science databases. Filters were used according to year of publication, language and text availability. We also used the methodological quality assessment tools: CASPe and STROBE.

Results: The initial search strategy yielded 1215 articles, but after applying filters and inclusion and exclusion criteria, the number of articles was reduced to 10, which were included in the review. Four articles belong to PubMed, 3 to Web Of Science and 3 to *Biblioteca Virtual de Salud*.

Conclusions: Feelings of loneliness affect the health of the elderly, affecting cognitive and functional deterioration, producing alterations in rest, and increasing fatigue and the risk of suffering some diseases such as heart disease. It is also a risk factor for death and for engaging in behaviors that are detrimental to health. Similarly, social isolation also affects the elderly with a worse handling of stress, illnesses and traumatic events, as well as a longer hospital stay.

Key words: Old person, Loneliness, Quality of life, Social isolation.

1- Introducción

La esperanza de vida, conocida como la media de años que se prevé que viva una persona si se mantiene el patrón de mortalidad, ha aumentado gracias a los avances científicos y a las mejoras en las condiciones de vida, lo que ha llevado a un envejecimiento de la población. Actualmente se calcula que alrededor de un 20% de la población española tiene más de 65 años, y se estima que este porcentaje seguirá aumentando. Además, muchas de estas personas son mayores de 80 años, en el año 2017 representaron un 32.4% sobre el total de la población mayor de 65 años según las cifras proporcionadas por el INE (1, 2).

Este aumento en la longevidad de la población no ha ido unido a un aumento en la calidad de vida. Entendiéndose calidad de vida como “percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” definición proporcionada por la OMS en 1994 (3). Por este motivo, las personas mayores necesitarán de más cuidados y más específicos al aparecer muchas de estas multimorbididades que les hacen ser más dependientes. Estas circunstancias provocan que muchos de estos adultos mayores acaben institucionalizados (4); según estimaciones de Envejeciendo en Red la población que reside en las residencias son las personas mayores de 80 años, suponiendo un 79% del total de las personas institucionalizadas, con lo que se puede decir que se trata de una población que se encuentra altamente envejecida (5).

Junto a todo esto, se le une que la mayoría de personas de edad avanzada viven solas y no lo hacen por propia elección, sino que se produce por la emancipación de los hijos del hogar y/o por la muerte de su familiar conviviente. Con el transcurso de los últimos años en España se ha visto que el número de hogares unipersonales de las personas mayores de 65 años está creciendo, mientras que en 2010 el porcentaje de mujeres y hombres que vivían soles era de 28.5% y 13.4% respectivamente, en 2018 fue del 31% para las mujeres y del 17.8% para los hombres (6). Siendo necesario señalar que, según la OMS, el término adulto mayor hace referencia a cualquier persona que sobrepasa los 60 años de edad (7). En la Comunidad Valenciana, según datos del Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana, viven 1.478.671 personas de 65 años o más, y de estas 214.602 viven en hogares unipersonales (8, 9). El estado

de soledad de este grupo poblacional se mantiene hasta edades muy avanzadas por su deseo de continuar en su propio hogar y no trasladarse a la casa de sus familiares o residencias. Muchas personas mayores ven el ingreso en una institución como un abandono por parte de sus seres queridos(10). Además, muchos padecen dificultades para salir de sus casas, lo que desencadena en problemas para establecer relaciones sociales, lo que les lleva a un aislamiento social y a un sentimiento de soledad que repercute negativamente en su salud mental y calidad de vida (11), ya que cuando se disfruta de una buenas condiciones físicas lo sentimientos de soledad pueden ser paliado con un paseo, una visita u otras actividades (10).

Según la investigación realizada por el Proyecto QASP (*Quality of Life and Aging in Spain, Sweden and Portugal*) en España, un 20% de las personas mayores manifiesta sentimientos de soledad, 1 de cada 4, aislamiento social y un 25% sufre depresión (12). A pesar de la gran prevalencia de estos sentimientos en las personas mayores, muchas veces se encuentran infravalorados y se llegan a asumir como normales en las personas mayores, como parte natural del proceso de envejecimiento generándose un problema psicosocial y sanitario, el cual es necesario intervenir (2).

Para poder entender el concepto de soledad hay que diferenciar la soledad objetiva de la soledad subjetiva, ya que no es lo mismo estar solo que sentirse solo. Según Peplau y Caldwell la soledad objetiva es aquella en la existe una falta de compañía, ésta no siempre tiene porqué ser negativa ya que, a veces, se desea estar solo, por lo que, sí es una soledad deseada, no supone un problema. Mientras que sí la soledad es subjetiva sí que lo supone, y, además, más complejo al poder sentirse en soledad estando en compañía, por lo tanto, se entiende como soledad subjetiva a la sensación de ausencia de una relación de intimidad con otros o cuando estas no son como querríamos que fueran. Este sentimiento de sentirse solos provoca dolor y temor a una gran parte de las personas mayores, y nunca es una situación buscada o deseada por la persona. Además, añadir que el 38% de las personas mayores que viven solas se sienten solas con lo que su situación será más angustiosa y precaria (11, 13).

Podemos introducir otro término relacionado y, a veces, confundido con la soledad el aislamiento social, que se podría entender como la soledad objetiva ya que se trata de la carencia de interacciones sociales con otros o con la comunidad (14).

Este aislamiento o retraimiento social ha sido planteado por Cumming y Henry en la Teoría de la desvinculación, en ella definen que envejecer es un proceso universal en el que la interacción de la persona que envejece y el resto de la sociedad disminuye, siendo este proceso bidireccional. Las personas de edad avanzada van dejando poco a poco de realizar las actividades y las interacciones que realizaban cuando tenían menor edad por lo que se van desvinculando de la sociedad, y realizan actividades más vinculadas con la familia y las relaciones más cercanas. Según estos autores este retraimiento sería beneficioso tanto para la persona como para la sociedad, para la persona anciana porque dejarán de plantearse situaciones que no podría resolver, y para la sociedad porque esta retirada deja espacio para los jóvenes; es decir esta teoría se basa en quien es válido y quien no para realizar las tareas. Ante esta teoría surgieron críticas de autores como Havighurst, Neugarten, Tobin y García-Prada que incidieron en los componentes individuales de cada persona, y que no existe una desconexión homogénea, habrá personas que preferirán abandonar la vida de la sociedad y habrá gente que esto les produzca infelicidad. Por lo tanto, la desvinculación entre el individuo y la sociedad es un proceso que algunos experimentan al llegar a una edad avanzada, pero es más la sociedad quien aparta a las personas mayores (15–17).

Es muy importante que la sociedad se centre en mejorar la última etapa de la vida, proporcionando bienestar y facilitando un envejecimiento activo a los mayores. La OMS define el envejecimiento activo como el procedimiento para reforzar su bienestar físico, mental y social a medida que se envejece, un proceso de aceptación y de aprendizaje, en el que se ven involucrados los individuos y los grupos poblacionales(18). Para conseguir un envejecimiento activo, por lo tanto, es importante tener en cuenta los factores sociales y su entorno, no solo la esfera física. Uno de los acontecimientos que ocurren con más frecuencia a los adultos mayores y que más afectan a las relaciones sociales y a los sentimientos de soledad es la jubilación y la viudedad (10).

La jubilación es un acontecimiento que, aunque a una gran parte de los jubilados lo aceptan bien, a algunas personas puede suponer un problema. La retirada del mundo laboral puede provocar una crisis de identidad, una reducción de ingresos, pérdida de estatus y disminución de las redes sociales que pueden provocar sentimientos de soledad y tristeza.

La viudedad muchas veces puede desencadenar en un estado de soledad subjetiva, donde el apoyo familiar y social y la fuerza personal son muy importantes para superar esta situación. Esta falta del compañero de vida crea un vacío que lleva a sentimientos de soledad subjetiva, pero, además, y muchas veces también significa un descenso en las actividades e interacciones sociales del anciano (10, 19).

Diferentes investigadores han intentado crear escalas para evaluar la soledad, así han surgido diferentes escalas que han sido validadas, como la escala UCLA, la escala SESLA, la escala ESLI, la escala DJGLS, aunque algunos autores prefieren utilizar la pregunta única de soledad con formulaciones como “¿Se siente solo?” y con escala de respuestas de 3 a 4 ítems desde “A menudo” hasta “Nunca”, por ser una herramienta directa y fácil de realizar tanto por profesional sanitario como por investigadores, aunque se tendría que tener en cuenta que algunas personas pueden no reconocer directamente su sentimiento de soledad por considerarlo como un fracaso social (13, 20).

La escala UCLA *Loneliness Scale*, es una de las herramientas para la medición de la soledad más utilizada. Inicialmente, cuando fue expuesta por Russell, Peplau y Ferguson en 1978 además de preguntas con una escala de respuesta de 4 ítems que iban desde el “Nunca me siento así” hasta el “Me siento así a menudo”, se pedía que indicaran el grado de soledad con una escala de 5 puntos y que de una lista con 25 adjetivos definieran su estado de ánimo. Actualmente, con la información obtenida en las revisiones más actuales, y tras pasar por la UCLA-R, se utiliza la escala UCLA-3, la cual consta de 11 preguntas con un rango de respuesta que va desde el “Nunca” al “Siempre”, y con una puntuación que parte de 10 puntos hasta los 40 que permite diferenciar entre moderadamente solo con puntuaciones de 20-30, y muy solo con puntuaciones inferiores a 20. Esta escala ha sido validada con personas mayores en España (13, 20, 21) (Anexo 1).

Otra escala es la *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA)* desarrollada por DiTommaso y Spinner en 1993, y sirve para calcular la soledad subjetiva de las personas mayores teniendo en cuenta tres aspectos: la soledad en las relaciones con la familia, la soledad con los amigos y la soledad de pareja, por medio de 37 preguntas. Aunque para ambientes clínicos se prefiere la escala SELSA-S que es la versión reducida con 15 preguntas, y que es útil para la prevención y la intervención (13, 20).

La escala ESLI (Emotional And Social Loneliness Inventory) de Vincenzi y Grabosky en 1987 mide la soledad emocional y la soledad social, para así poder comparar la percepción de su entorno social con sus sentimientos de soledad. Está compuesta por 30 preguntas, con un rango de respuesta de 0- Normalmente cierto a 3- Raramente cierto (13, 20).

Otro instrumento útil para la medición de la soledad es la Escala de Soledad de Jong Gierveld (DJGLS) en 1985, está compuesta por 11 preguntas donde no se menciona la palabra soledad, las opciones de respuestas son 3: “Sí”, “Mas o menos”, “No”; la puntuación final va desde 0 no soledad a 11 soledad severa. Se ha comprobado que es una herramienta valida y útil para mediar la soledad, aunque no permite diferenciar entre soledad emocional y social en los adultos mayores españoles de acuerdo con investigaciones de Buz y Uchanga en 2014 (20, 22).

Otro punto importante a tener en cuenta, es el de las mujeres de edad avanzada y la soledad, ya que esta afecta más a las mujeres que a los hombres. Por una parte, las mujeres tienen una mayor expectativa de vida, en el año 2019 se calculaba que había un 32% más de mujeres que de hombres en la vejez, diferencia que se acrecienta cuanto mayor es la edad, según datos del INE en el 2021 el 63% de la población española de 80 o más años eran mujeres, y son este grupo poblacional el que sufre los niveles más altos de soledad (11). Por otra parte, el estado de salud de las mujeres de 65 años o más es peor que el de los hombres (23). Por lo que sería mejor utilizar el término de esperanza de vida saludable para observar la realidad de las mujeres mayores, para calcular este término se mide además de la cantidad de vida, la calidad de estos años; según *Eurostat: Healthy life years* el porcentaje de años que les quedan por vivir en buenas condiciones es de 59% para los hombres y de 48.1% para las mujeres (6, 23). Según la exploración de EDDES de 1999 el 66% de mujeres mayores tienen algún grado de dependencia (23), además las mujeres históricamente han tenido menos ingresos esto repercute en pensiones más bajas y situaciones de pobreza mayores que la de los hombres, lo que no solo las hace vivir en peores condiciones de vida (hogar, alimentación, etc.) sino que las hace más indefensas ante el maltrato y al abandono (20).

El impacto de la COVID-19 en las personas de edad avanzada ha sido importante, caracterizándose principalmente por provocar miedo y sentimientos de soledad y por la vulneración de derechos. Las medidas de cuarentena y el aislamiento han provocado que las relaciones sociales disminuyan, las actividades que antes solían hacer y que suponían un

momento de interacción social como puede ser ir a hacer la compra, ir a la iglesia o pasear se vieron interrumpidas, ocasionando que las personas se sientan solas por primera vez o empeorando esta situación de soledad, sobre todo afectando a las personas más frágiles que se encuentran en hogares unifamiliares. Según datos del Observatorio de la Soledad durante la crisis de COVID-19, el 41% de los adultos mayores experimentaron mayores sentimientos de soledad, y aproximadamente la mitad lo acarrearán al menor o incluso nulo contacto con otras personas; además el 59% manifestaron percibirse más vulnerables y el 48% expresó tener mayores sentimientos de miedo que antes del inicio de la pandemia (24–26).

Los centros residenciales han sido los lugares donde los ancianos más han sufrido las consecuencias de la COVID-19, viviendo situaciones y sentimientos de abandono y desatención. Muchas veces incluso rechazándoles la atención hospitalaria, dejándoles en los centros donde los profesionales no tenían la capacidad para poder atenderles adecuadamente. Esta situación de crisis sanitaria ha evidenciado la escasez de profesionales y la precariedad en las residencias de la tercera edad (24–27).

Asimismo, se ha visto incrementado el edadismo, esta palabra de Robert Butler sirve para informar de la situación de discriminación, y de los estereotipos y prejuicios existentes por razón de edad. Durante la pandemia en los medios de comunicación, en las redes sociales y hasta, en los discursos políticos de los Gobiernos se han escuchado frases como “solo mueren los viejos” o “La COVID-19 es problema de las personas mayores”, y calificándoles de inservibles, necesitados de ayuda y de prescindibles. Conforme a la información facilitada por el Observatorio de la Soledad a lo largo de la pandemia, el 53% de las personas de edad avanzada se han sentido discriminados, la mayoría debido a la sensación de abandono, sensación que muchos ya sentían antes de la pandemia, pero que se ha visto agravada por esta (24–28).

La crisis de salud pública vivida durante estos últimos años que ha puesto de manifiesto las carencias del actual sistema de cuidados y la vulneración de derechos ha desencadenado que instituciones públicas y privadas se unan y creen el documento: Declaración en favor de un necesario cambio de modelo de cuidados de larga duración de nuestro país, donde instan a mejorar la atención de las personas (24, 25).

1.1. Justificación

Desde que soy pequeña recuerdo pensar en cómo vivirían mis abuelas la soledad. Primero, en sus hogares y luego, cuando a una de ellas la ingresaron de forma obligada en una residencia de mayores. Ahora, después de todo lo ocurrido durante la pandemia, donde durante la cual los mayores han sido los más perjudicadas tanto por las consecuencias del SARS-CoV-2 como por el aislamiento que han vivido durante el confinamiento, muchos ancianos tuvieron que aislarse o se encontraban en residencias donde sus familiares, hasta no hace tanto, no podían ir a visitarles. Con todo esto y dada la elevada incidencia de la soledad y el aislamiento que viven las personas de edad avanzada, con el gran sufrimiento que éste les provoca me parece un tema de elevada relevancia, para no olvidarnos de que los adultos mayores sufren y no todo este sufrimiento está relacionado con el proceso natural de envejecimiento ni todo sufrimiento es exclusivamente físico. Por lo tanto, con este trabajo me gustaría llegar a conocer como la soledad puede influir en la calidad de vida de los mayores y advertir como afecta está en la salud de los adultos mayores.

2- Objetivos

2.1- Objetivos generales

- Sintetizar la evidencia científica sobre el impacto de la soledad en la calidad de vida de las personas mayores.

2.2. Objetivos específicos

- Observar cómo afecta la soledad en la salud de las personas de edad avanzada.
- Conocer los efectos de la soledad y el aislamiento social en la mortalidad.

3- Metodología

3.1. Diseño del estudio

Para este trabajo de final de grado se realizó una revisión integrada de la literatura científica y no científica a través de la metodología sistemática con el fin de determinar el impacto de la soledad en la calidad de vida de las personas mayores.

3.2. Pregunta clínica

La estrategia de búsqueda se realizó mediante la formulación de la pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto de la soledad en la calidad de vida de las personas mayores?, en este caso se realizó utilizando la estructura PIO (Tabla 1).

Tabla 1. Formulación de la pregunta clínica.

Pregunta PIO: ¿Cuál es el impacto de la soledad en la calidad de vida de las personas mayores?		
P (Patient)	I (Intervention)	O (Outcome)
Personas mayores	Detección de situación de soledad no deseada	Impacto en la calidad de vida

3.3. Palabras clave y descriptores

Las palabras clave elegidas para realizar el estudio en lenguaje natural y lenguaje controlado son las siguientes (Tabla 2):

Tabla 2. Palabras clave para la búsqueda.

Lenguaje Natural		Lenguaje controlado/descriptores	
Castellano	Inglés	DeCS	MeSH
Persona mayor	<i>Old person</i>	Anciano	<i>Aged</i>
Soledad	<i>Loneliness</i>	Soledad	<i>Loneliness</i>
Calidad de vida	<i>Quality of life</i>	Calidad de vida	<i>Quality of life</i>
Aislamiento social	<i>Social isolation</i>	Aislamiento social	<i>Social isolation</i>

Los descriptores se extraen al consultar el vocabulario estandarizado de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual en Salud y de los *Medical Subjects Headings* (MeSH) de la biblioteca Nacional de Estados Unidos.

3.4. Estrategia de búsqueda

Una vez decididos los descriptores que se van a utilizar en la búsqueda se determina las fuentes de información de donde obtener la información para el estudio, estas serán bases de datos como Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud que reúne distintas bases de datos como MEDLINE, IBECS y LILACS, y *Web of Science* (WOS). Se realiza la búsqueda también en otras bases de datos como CUIDEN y Dialnet sin que se obtengan resultados relevantes, a pesar de realizar diferentes combinaciones de descriptores, por lo que no se incluyen finalmente en el estudio.

Seguidamente se encuentra una tabla donde se expone con detalle la estrategia de búsqueda utilizada para realizar la revisión en las diferentes bases de datos, especificando los filtros utilizados y el número de resultados obtenidos (Tabla 3).

Tabla 3. Estrategia de búsqueda en las bases de datos

Bases de datos	Estrategia	Estrategia de búsqueda	Resultados totales	Artículos escogidos
PubMed	Combinada General	(((((social isolation) OR (social isolation[MeSH Terms])) AND ((quality of life) OR (quality of life[MeSH Terms]))) AND ((aged) OR (aged[MeSH Terms]))) AND ((loneliness) OR (loneliness[MeSH Terms])))	645	

	Combinada general + filtros	(((social isolation) OR (social isolation[MeSH Terms])) AND ((quality of life) OR (quality of life[MeSH Terms]))) AND ((aged) OR (aged[MeSH Terms])) AND ((loneliness) OR (loneliness[MeSH Terms])) Filters: Free full text, from 2012-2022	215	13
BVS (biblioteca virtual de salud)	Combinada General + MeSH	(loneliness) AND (aged) AND (quality of life) AND (social isolation)	179	
	Combinada General + filtros automáticos	(loneliness) AND (aged) AND (quality of life) AND (social isolation) AND (full text:"1" OR "1")) AND (year cluster:[2012 TO 2022])	171	10
WOS (Web of Science)	Combinada general	(loneliness) AND (aged) AND (<i>Quality of life</i>) AND (Social isolation)	391	
	Combinada + filtros	(loneliness) AND (aged) AND (Quality of life) AND (Social isolation) AND (open access) AND (Publication years: [2012 TO 2022]) AND (<i>Web of Science categories: Geriatrics Gerontology or Gerontology</i>)	64	14

3.5. Criterios de selección

Con la finalidad de incluir solamente los artículos adecuados para realizar la revisión se plantean una serie de criterios para seleccionarlos.

3.5.1. Criterios de inclusión

En cuanto a los criterios de inclusión se establecieron los siguientes:

- Artículos publicados en inglés y español.
- Estudios realizados en personas mayores de 65 años sin centrarse en poblaciones concretas (o culturas lejanas).
- Población a estudio viva en comunidad y no en instituciones.

3.5.2. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión establecidos para selección de artículos son los siguientes:

- Artículos duplicados.
- Estudios publicados antes del 2012.
- Artículos con baja relevancia para la temática del estudio.
- Publicaciones con baja calidad de evidencia según los criterios CASPe y STROBE.

Finalmente, tras aplicar los criterios de inclusión y de exclusión de los 36 artículos seleccionados en la búsqueda, se obtienen 10 artículo para realizar este estudio.

3.6. Evaluación de la calidad metodológica

Para la evaluación de la calidad metodológica de los artículos escogidos se llevó a cabo una lectura crítica de los artículos con la ayuda de la metodología CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme* español), se trata de una herramienta que permite verificar si los artículos elegidos tienen suficiente calidad metodológica realizando una clase de preguntas dependiendo de la tipología de estudio (29, 30). Para la realización de la valoración se decidió establecer los siguientes criterios: Sí = 1 punto, No sé = 0.5 puntos y No = 0. Los artículos que estuvieran por debajo de 8 puntos en el resultado quedarían fuera del estudio.

Como la herramienta CASPe no proporciona plantillas para todos los tipos de artículos encontrados, como son los artículos observacionales, se decidió utilizar la herramienta de

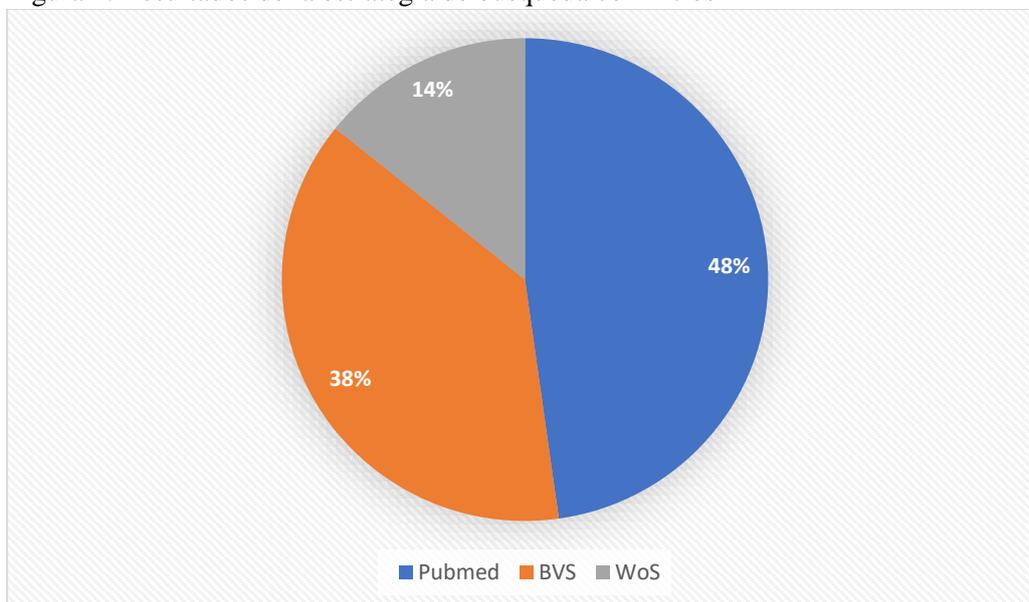
calidad metodológica STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) que incluye las recomendaciones del contenido que tendría que tener un estudio observacional, consta de 22 preguntas (31,32). Se determinó seguir los mismos criterios de puntuación (Sí = 1 punto, No sé = 0.5 puntos y No = 0), pero esta vez los artículos que estuvieran por debajo de 17,5 serían eliminados (Anexo 7).

4- Resultados

4.1. Resultados generales

Se realizó la búsqueda bibliográfica mediante la combinación de los descriptores junto con los operadores booleanos “AND” y “OR”, en las bases de datos seleccionadas (PubMed, BVS y WOS) y se obtuvieron 1.215 artículos en total sin aplicar ningún tipo de filtro. A continuación, se aplicaron los filtros de año de publicación entre 2012 y 2022, y *fulltext*, con esto se redujo el número de artículos a 450, con una distribución entre las diferentes bases de datos como se indica la siguiente figura:

Figura 1. Resultados de la estrategia de búsqueda con filtros

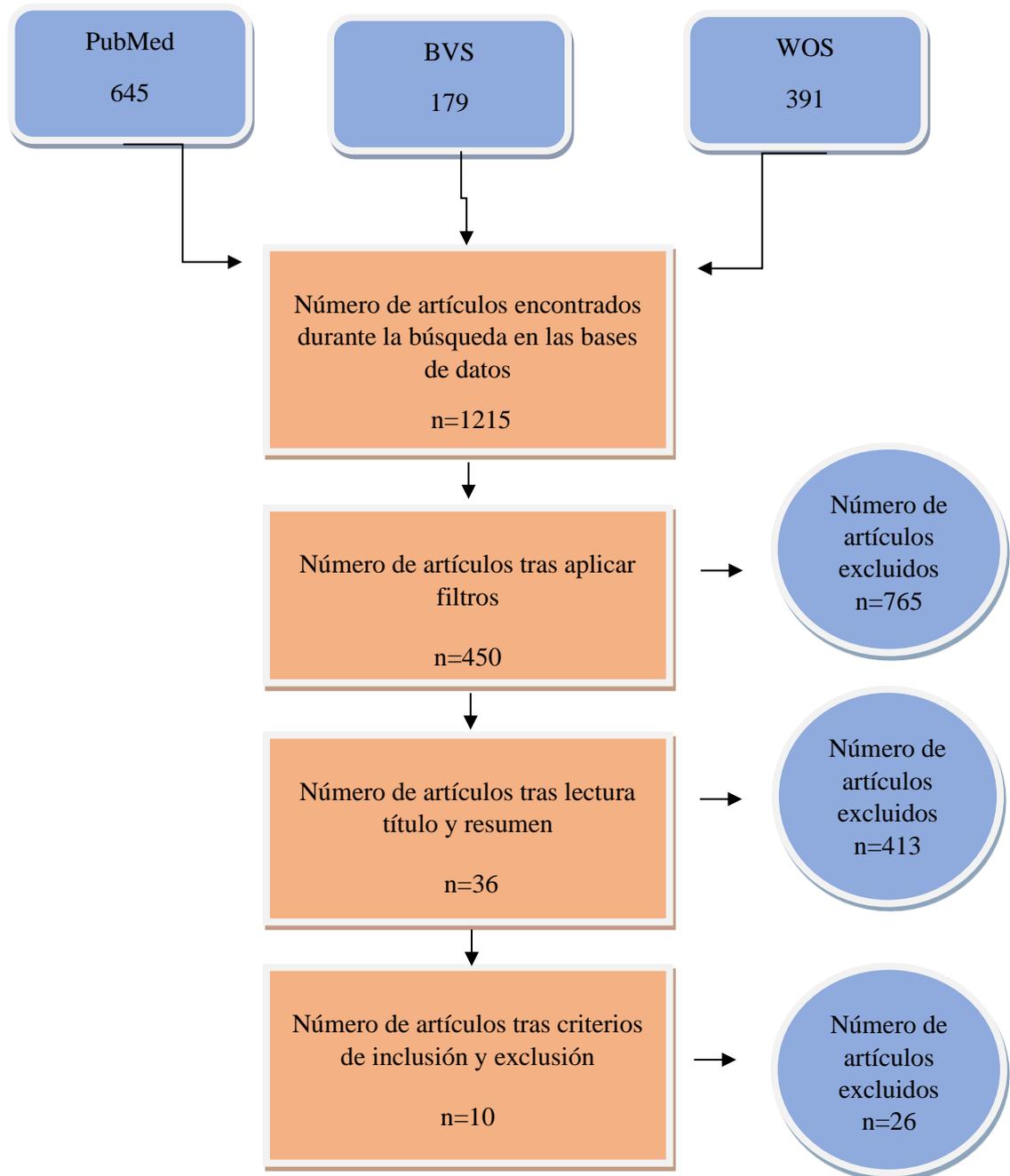


Del número total de documentos resultantes se procedió a realizar una lectura de los títulos y resumen de los artículos para poder decidir cuales se ajustaban a los objetivos planteados inicialmente con lo que se eligieron 36 artículos. Después se aplicaron a los 36 artículos

elegidos los criterios de exclusión e inclusión, y finalmente se escogieron para realizar el estudio 10 artículos, que suponen un 2% de los artículos encontrados al comienzo de la búsqueda.

A continuación, se muestra un diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos incluidos:

Figura 2. Diagrama de flujo proceso de selección de estudios



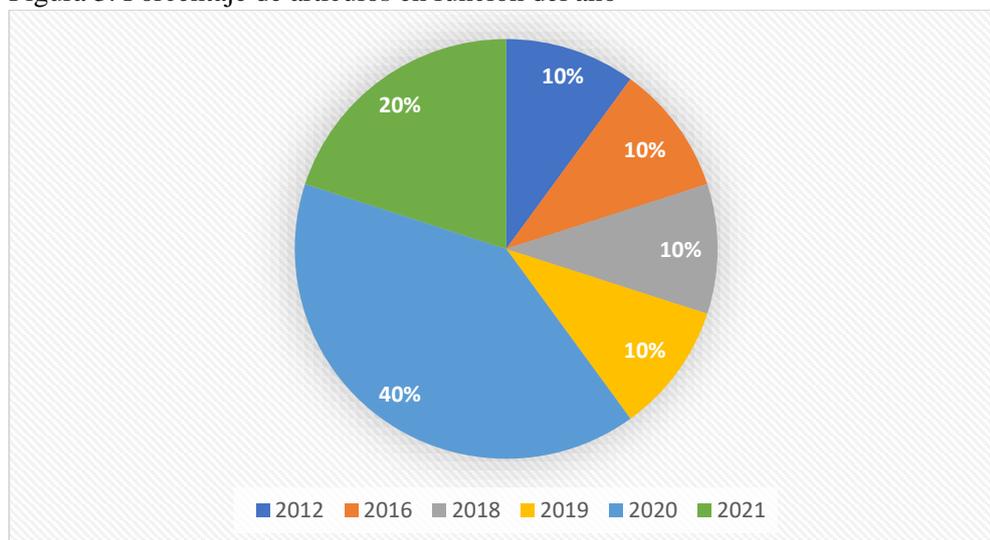
4.2. Características de los artículos seleccionados

Con el fin de poder clasificar los documentos incluidos en la revisión integradora, se seleccionaron características como el año de publicación, el tipo de estudio y las bases de datos para poder clasificarlos.

4.2.1 Artículos según año de publicación

Atendiendo al año de publicación el año que más se repitió en los documentos, es el año 2020 con $n=4$, un 40% del total de los artículos analizados. Le sigue el año 2021 con $n=2$. Y finalmente el resto de años que estuvieron representados por 1 documento cada uno. En la figura 3 se puede observar el porcentaje que tiene cada año.

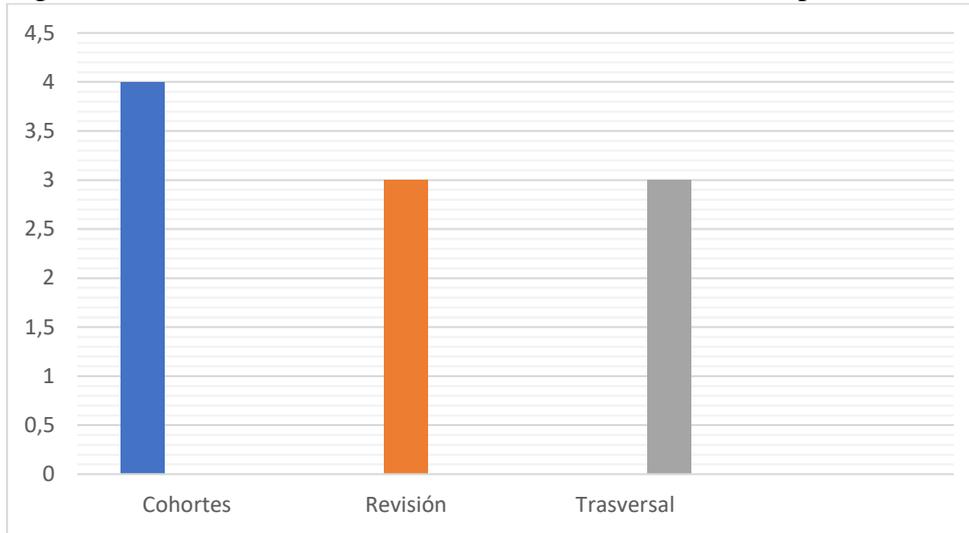
Figura 3. Porcentaje de artículos en función del año



4.2.2. Artículos según tipo de estudio

En cuanto a la tipología de los estudios elegidos de la búsqueda en las bases de datos se encontró que hay 3 tipos de estudios. De los 10 artículos que fueron seleccionados el 40% son de tipo cohorte. Mientras que el 60% de estudios restante son de tipo transversal y revisión bibliográfica, 30% respectivamente (Figura 4).

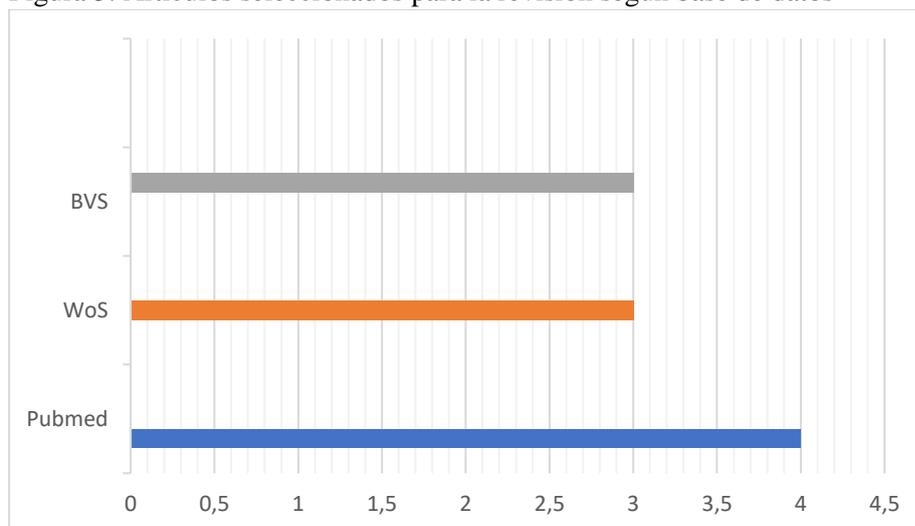
Figura 4. Número de artículos seleccionados en función del tipo de estudio



4.2.3. Artículos según base de datos

Respecto a las bases de datos donde se obtuvieron los 10 estudios para realizar esta revisión integradora que quedaron tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión pudo distribuir de la siguiente forma. En la base de datos PubMed se extrajeron 40% del total de documentos. En la base de datos WOS el 30%; igual que en la de BVS. En la siguiente grafica se puede observar esta distribución:

Figura 5. Artículos seleccionados para la revisión según base de datos



4.2.4. Relación de los artículos según el objetivo de estudio

Por último, en la siguiente tabla se exponen los artículos seleccionados para esta revisión integradora después de una lectura crítica. Las características que contienen son el título, autores, año de publicación, tipo de estudio, la base de datos, la metodología y la conclusión de cada artículo.

Tabla 4. Artículos analizados

Artículo 1: Are Loneliness and Social Isolation Associated with Quality of Life in Older Adults? Insights from Northern and Southern Europe (33)			
Autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Base de datos
Beridze G, Ayala A, Ribeiro O, <i>et al.</i>	2020	Cohorte	WOS
Metodología		Conclusión	
Utilizaron los datos del estudio SHARE. Para medir la soledad se utilizó la escala R-UCLA, para medir el aislamiento social se utilizó la escala de conectividad social de Litwin. La calidad de vida se evaluó con el índice CASP-12.		En Suecia se observó que a niveles más altos de soledad existía una puntuación más baja en la escala CASP-12. En España la asociación de soledad y calidad de vida no fue significativa. En cuanto a la calidad de vida y aislamiento social, a más aislamiento peor calidad de vida.	
Artículo 2: Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death (34)			
Autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Base de datos
Perissinotto C, Stijacic-Cenzer I, Covinsky K.	2012	Cohorte	PubMed

Metodología		Conclusión	
Estudio prospectivo con 1604 participantes del estudio HRS. La soledad, principal variable, fue medida con un cuestionario de 3 ítems adaptado de la escala R-UCLA. Se observó el tiempo hasta la muerte y el deterioro funcional durante los 6 años.		La soledad se asoció con un mayor riesgo de muerte durante los años de seguimiento. Además, también se asoció con una disminución de las AVD y una dificultad con las tareas de las extremidades superiores. Mientras que la asociación de soledad y la disminución de la movilidad no fue significativa.	
Artículo 3: <i>Is loneliness a predictor of the modern geriatric giants? Analysis from the survey of health, ageing, and retirement in Europe</i> (35)			
Autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Base de datos
Giné-Garriga M, Jerez-Roig, J, Coll-Planas L, <i>et al.</i>	2020	Cohorte	WOS
Metodología		Conclusión	
La muestra y datos de los sujetos se obtuvo de los participantes en la ronda 5 y 6 del estudio SHARE. La soledad fue la variable independiente, las variables dependientes fueron incidencia de fatiga, sedentarismo, sarcopenia, anorexia del envejecimiento y deterioro cognitivo.		La soledad es un factor predictivo para la fatiga, la inactividad física y para el deterioro cognitivo. Pero no se asoció la anorexia del envejecimiento o pérdida de peso involuntaria ni la sarcopenia con la soledad.	
Artículo 4: <i>Associations of loneliness and social isolation with actigraph and self-reported sleep quality in a national sample of older adults</i> (36)			
Autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Base de datos
Benson J, McSorley V, Hawkey L, Lauderdale D.	2021	Cohorte	BVS
Metodología		Conclusión	
La muestra del estudio fue de 759 personas elegidas al azar del estudio NSHAP. El sueño se estudió a través de encuestas, actigrafía de muñera y registro del sueño. La soledad se midió con la escala UCLA, y el aislamiento social con un índice de 9 ítems.		Se concluyó que a mayor aislamiento social mayor era la fragmentación del sueño (WASO), y peor era el porcentaje de sueño. La soledad se relacionó con peor porcentaje de sueño, sueño más interrumpido y mayores probabilidades de insomnio	
Artículo 5: <i>Loneliness in elderly people: implications for nursing professionals</i> (37)			
Autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Base de datos
Díaz L, Moreno S, Arias-Rojas M.	2019	Revisión sistemática integradora	BVS
Metodología		Conclusión	
Revisión sistemática de alcance integrativo, se realizó una búsqueda de información en 9 bases de datos entre los años 2017-2018. Se incluyeron finalmente 36 estudios.		La soledad en las personas mayores se relacionó con una emoción negativa, y provoca baja calidad de vida y riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, sintomatología depresiva y deterioro de la salud mental. También, la soledad se relacionó con un aumento de la morbimortalidad.	

Artículo 6: Older Adults' Social Relationships and Health Care Utilization: A Systematic Review (38)			
Autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Base de datos
Valtorta N, Moore D, Barron L, Stow D, Hanratty B.	2018	Revisión sistemática	PubMed
Metodología		Conclusión	
La búsqueda se realizó en 8 bases de datos. Los participantes de los artículos debían de tener 60 o más años. Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se incluyeron 126 estudios.		Las redes sociales pequeñas se asociaron con estancias hospitalarias más largas, mayor frecuencia de reingreso hospitalario y una menor adhesión al tratamiento médico. Aunque la evidencia que relacione las redes sociales con la utilización de los servicios de salud es limitada.	
Artículo 7: Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review (39)			
Autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Base de datos
Mehrabi F, Béland F	2020	Revisión de alcance	PubMed
Metodología		Conclusión	
Se realizó una búsqueda de artículos en 6 bases de datos, artículos publicados desde 2001 hasta 2019 y en inglés y francés. Se incluyó un total de 26 artículos en la revisión.		En la mayoría de estudios seleccionados asociaban la fragilidad, el aislamiento social y la soledad, pero solos unos pocos exponían la relación entre aislamiento social y los resultados de salud.	
Artículo 8: Longitudinal Relationship Between Loneliness and Social Isolation in Older Adults: Results From the Cardiovascular Health Study (40)			
Autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Base de datos
Petersen J, Kaye J, Jacobs P, Quinones A, Dodge H, <i>et al.</i>	2016	Observacional	WOS
Metodología		Conclusión	
Los datos del estudio se obtuvieron de los 5 primeros años del Estudio de Salud Cardiovascular. La soledad se evaluó con una pregunta directa sobre la soledad. El aislamiento social mediante la Escala de redes sociales de Lubben.		Observaron que la soledad es un estado relativamente estable. Y finalmente se advirtió que las personas que sufrieron un cambio que afectó a las redes sociales, como fallecimiento de personas cercanas reportó más soledad.	
Artículo 9: The Association between Loneliness and Health Related Quality of Life (HR-QoL) among Community-Dwelling Older Citizens (41)			
Autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Base de datos
Tan S, Fierloos I, Zhang X, <i>et al</i>	2020	Observacional	PubMed
Metodología		Conclusión	
Este estudio transversal midió la soledad mediante la escala de soledad De Jong Giervels y la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) con una encuesta de 12 ítems.		La soledad emocional y la CVRS mental tienen una mayor fuerza de asociación, que con el aislamiento social y la CVRS física. Además, vivir solo se observó como riesgo para la CVRS mental.	

Artículo 10: <i>The association between loneliness, social isolation and all-cause mortality in a nationally representative sample of older women and men</i> (42)			
Autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Base de datos
Lennartsson C, Rehnberg J, Dahlberg L.	2021	Observacional	BVS
Metodología		Conclusión	
Este estudio se base en los datos del estudio SWEOLD de 2004 con adultos mayores de 69 años, incluyendo tanto a personas que vivían en comunidad como en ámbito residencial.		Se encontró una relación entre la soledad y la baja calidad de vida, sobre todo entre los sentimientos de soledad subjetiva y la CVRS mental. Con un aumento del riesgo la mortalidad entre aquellas personas mayores con aislamiento social y/o sentimientos de soledad.	

5- Discusión

El objetivo de este trabajo ha sido sintetizar la evidencia científica respecto a la soledad de las personas de edad avanzada y su impacto en la calidad de vida, mortalidad y salud. Después de analizar los 10 artículos seleccionados, se ha visto que muchos de los mayores estudiados se sentían solos. Petersen *et al.* (40), Beridze *et al.* (33), Diaz *et al.* (37) y Tan *et al.* (41) concuerdan en que las mujeres informan de niveles mas altos de soledad que los hombres. Estos cuatro autores igualmente, coinciden en una serie de variables o factores que se asocian a la soledad como son, a parte de ser mujer, tener un nivel educativo y económico bajo, vivir en viviendas unipersonales y realizar una menor actividad física.

Además, Petersen *et al.* (40) añaden otras variables que se asocian a la soledad, como ser cuidador de una persona enferma, ya que el rol de cuidador impide muchas veces relacionarse. Y como la soledad que sufren las personas de edad avanzada que recientemente han sufrido una pérdida de un ser querido, sobre todo si se trata de la pareja sentimental.

Diaz *et al.* (37) agregan que la enfermedad crónica con su consecuente restricción física o funcional, la elevada polifarmacia que tienen muchos ancianos o la institucionalización son situaciones que llevan a los adultos mayores a situaciones de aislamiento social o a soledad.

Por otro lado, Tan *et al.* (41) y Beridze *et al.* (33) en sus estudios concluyen que a mayor edad mayor riesgo de sufrir soledad. Por el contrario, Petersen *et al.* (33) no encontró esta relación entre la edad y la soledad, y expuso que los resultados de otros estudios que si detectaron asociación se debió a que con el aumento de la edad es más probable que estas personas tengan

una peor situación de salud y hayan sufrido más eventos traumáticos que afecten a sus relaciones sociales.

Por todo esto, Petersen *et al.* (40), Beridze *et al.* (33)v y Tan *et al.* (41) resaltan la importancia de implantar estrategias y medidas para ayudar a los adultos mayores a participar en la comunidad y a reducir los sentimientos de soledad.

5.1. Consecuencias de la soledad en la salud de las personas de edad avanzada

La soledad tiene múltiples consecuencias en la salud de las personas mayores, como así lo indica el estudio de Mehrabi *et al.* (39) donde encuentran evidencias de que la fragilidad y la soledad están relacionadas, así como que sentirse apoyado fue un factor protector para la fatiga moderada. Además, exponen que existe una relación bidireccional entre soledad y fragilidad, es decir tanto la fragilidad puede llevar a sentimientos de soledad, como la soledad puede conducir a fragilidad.

En la misma línea Giné-Garriga *et al.* (35), Perissinotto *et al.* (34) y Diaz *et al.* (37), afirman que la soledad aumenta a la fatiga, la inactividad física, el deterioro cognitivo, el tono simpático y enfermedades cardiovasculares, asimismo provoca una disminución del control inflamatorio. Por otra parte, no encuentran asociación de la soledad con la anorexia del envejecimiento y la sarcopenia, esto se podría explicar porque estos últimos tienen un componente más físico mientras que el resto de afecciones tienen un componente emocional y social. Estos autores identifican la soledad como un factor de riesgo para la pérdida de salud, al sugerir que este estado de soledad lleva a comportamientos perjudiciales para la salud y a evitar conductas que fomentan el bienestar, como puede ser inactividad física, fumar, beber, alteraciones dietéticas y problemas para dormir.

Petersen *et al.* (40) añaden que las personas de edad avanzada con un rol de cuidador tienen un mayor riesgo de sentirse solos que los lleva a una peor respuesta ante el estrés, menor bienestar y mayores niveles de depresión.

Asimismo, Valtorta *et al.* (38) sugieren que las personas mayores con sentimientos de soledad son menos propensas a realizar un afrontamiento activo de sus enfermedades, con lo que retrasan su curación o mejoraría. Benson *et al.* (36) añaden, gracias a los resultados obtenidos

por su estudio, que las personas mayores con sentimientos de soledad padecen de un sueño más corto, con más momentos de vigilia durante el periodo de sueño y sufren más de síntomas de insomnio.

De igual forma, Perissinotto *et al.* (34) informan que la soledad se asoció con un deterioro funcional, medido por la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, subir escaleras y realizar tareas con las extremidades superiores.

Además, Giné-Garriga *et al.* (35) y Diaz *et al.* (37) en sus estudios también añaden que la soledad se asocia con la depresión y con síntomas depresivos, con capacidad para aumentar estos síntomas si se produce unos sentimientos soledad que se alargan bastante en el tiempo. Según datos obtenidos en el estudio de Petersen *et al.* (40) estos sentimientos se suelen dilatar en el tiempo, ya que el 60% de su muestra que informaba de estos sentimientos al principio de la investigación lo siguió presentando durante toda la duración del sondeo, asimismo también observan que los niveles de soledad de los ciudadanos estudiados iban aumentando.

En cuanto al aislamiento social los resultados de los estudios concuerdan en que sus efectos sobre la salud es un área que aún está poco estudiada. Mehrabi *et al.* (39) y Valtorta *et al.* (38) coinciden en que las redes sociales pequeñas o poco apoyo social, que llevan aun aislamiento social, influyen en la capacidad de las personas para recuperarse tras un evento estresante y en el autocuidado en las enfermedades crónicas, esta relación fue más evidente en mujeres que no estaban satisfechas con sus interacciones sociales.

Valtorta *et al.* (38) también añaden que cuando las personas mayores tienen una red social fuerte y perciben que son apoyados las estancias hospitalarias no son tan largas y tienen una menor probabilidad de reingreso hospitalarios después del alta, tienen una mejor adherencia al tratamiento, un menor riesgo de caídas y un mejor manejo del estrés. Asimismo, aumenta la probabilidad de asistencia a centros de día. Por el contrario, el aislamiento no se relacionó con un mayor uso de la atención médica ambulatoria.

Añadir que, igual que pasa con los sentimientos de soledad, Mehrabi *et al.* (39) también indicó que la fragilidad puede llevar a un aislamiento social, por lo que habría que tener especial atención a las personas que ya están en situación de aislamiento y están en riesgo de fragilidad.

En cuanto al sueño y el aislamiento social, Benson *et al.* (36) observan que las personas mayores que sufrían de exclusión social pasaban más horas en la cama, posiblemente porque es un momento en el que no se requiere la interacción social, además, padecían de un sueño interrumpido como las personas que se sentían solas, pero a diferencia de estas no reportaron insomnio.

5.2. Efectos de la soledad y el aislamiento sobre la mortalidad del adulto mayor

Perissinotto *et al.* (34) afirman que la soledad es un factor de riesgo identificable y medible para la muerte. En la misma línea, Diaz *et al.* (37) indican que a causa de los comportamientos perjudiciales para la salud que realizan las personas mayores que se sienten solas, tienen una mortalidad más elevada y un mayor riesgo de conductas suicidas.

Mehrabi *et al.* (39) expone que existe relación entre el poco apoyo social y la fragilidad con un aumento de la mortalidad, donde las personas en situación de fragilidad que presentan un bajo apoyo por parte de la sociedad y sobre todo de su círculo cercano tienen un mayor riesgo de muerte.

La investigación realizada por Lennarstsson *et al.* (42) que aborda la mortalidad, el aislamiento social y la soledad desde una perspectiva de género, afirman que la relación entre el aumento de la mortalidad y la soledad fue mayor en hombres, mientras que la asociación entre el aislamiento social y la mortalidad fue mayor en mujeres, aunque estas diferencias entre género fueron muy leves. Pero sí demuestran con una mayor significancia que la mortalidad era mayor entre la población que frecuentemente manifestaban sentimientos de soledad o se encontraban en situación de aislamiento social. Este estudio sugiere que, aunque la soledad y el aislamiento social suponen un mayor riesgo de muerte, estas dos causas combinadas no aumentaban este riesgo de muerte. Además de los artículos estudiados es el único que analiza el riesgo de muerte por soledad y por aislamiento por separado, lo que ayuda a identificar que el aislamiento social es el factor más importante para la mortalidad entre los dos.

5.3. Impacto de la soledad en la calidad de vida de las personas mayores

Un estudio de Beridze *et al.* (33) que estudiaba la soledad y el aislamiento social en los adultos mayores de Suecia y España, llega a la conclusión de que la soledad se relacionaba con una

peor calidad de vida en los ancianos de Suecia, pero no con los mayores de España. El artículo publicado por Tan *et al.* (41) muestra resultados parecidos al de Beridze *et al.* (33), mostrando una relación entre soledad y calidad de vida, donde las personas de la tercera edad que manifestaban sentimientos de soledad tenían una peor calidad de vida que las personas que no exponían estos sentimientos. Pero además Tan *et al.* (41), añaden una subdivisión de calidad de vida, y obtienen que los sentimientos de soledad afectan tanto a la calidad de vida relacionada con la salud mental como a la calidad de vida relacionada con la salud física, aunque el daño es mayor para la salud mental, donde las diferencias en la calidad de vida entre los individuos que reportaban soledad y los que no fueron más evidentes. Igualmente, esta relación se siguió encontrando después de ajustar una de las enfermedades que más afecta a la salud mental de las personas mayores, la depresión.

La investigación de Beridze *et al.* (33) también encontró asociación entre el aislamiento social y el empeoramiento en la calidad de vida tanto de los suecos mayores como de los españoles. Por el contrario, Tan *et al.* (41), muestran en su estudio que, aunque si existe esta asociación, esta es mucho menor que la relación de la calidad de vida con los sentimientos de soledad. Asimismo, las personas con sentimientos de soledad y que viven solas tienen un riesgo mayor de presentar una peor calidad de vida.

Ambas investigaciones junto con el estudio de Diaz *et al.* (37) concuerdan en que las personas mayores que se sienten apoyadas, acompañadas e integradas en la sociedad y que poseen un fuerte apego familiar presentan un mejor control del estrés y unas mejores conductas protectoras de salud por lo que su autonomía y calidad de vida son mejores.

Tanto el estudio de Beridze *et al.* (33) como el de Tan *et al.* (41) determinan que la soledad y el aislamiento social son independientes para afectar la calidad de vida de las personas, actuando desde diferentes vías, aunque pueden coexistir. Petersen *et al.* (40) no opinan lo mismo ya que ellos exponen que la soledad y el aislamiento social están muy ligados, y que cualquier cambio en el ámbito social que provoque aislamiento aumentará o desencadenará en sentimientos de soledad, además en su estudio comprobaron que las personas que tenían redes sociales grandes tenían en un 97% menos de probabilidad de informar sentimientos de soledad, así como las personas que reportaron una disminución en las interacciones sociales también tenían más posibilidades de comunicar sentimientos de soledad.

Tan *et al.* (41) añaden una relación entre soledad y país, en su investigación comparan la calidad de vida con la soledad y el aislamiento en diferentes países europeos, y llegan a la conclusión de que los sentimientos de soledad se relacionan significativamente con la peor calidad de vida física en todos los países menos en Grecia. Mientras que, con la calidad de vida mental, la soledad afecta en todos los países europeos sin excepción, siendo Croacia y España los países donde el porcentaje de ancianos que reportaron soledad era mayor. Pero en cambio, los habitantes mayores españoles tenían una mejor percepción de bienestar y de capacidad física y mental. Todas estas diferencias se podrían explicar por la variación cultural y de creencias, las diferentes perspectivas de las relaciones sociales, por el nivel de vida y por las estrategias de bienestar social de cada país.

5.4. Limitaciones del estudio y líneas de investigación

Una de las principales limitaciones de este trabajo es que se han utilizado estudios con una gran heterogeneidad en las muestras, además de la dificultad de encontrar artículos que estudiaran el impacto de la soledad en las personas mayores, sobre todo de los ancianos institucionalizados. Asimismo, algunos estudios utilizados no diferenciaban claramente entre soledad y aislamiento social, por lo tanto, en algunos no se puede saber qué relación tienen y como afectan estos por separado en la gente mayor.

Con la elaboración de esta revisión integradora se sugieren nuevas líneas de investigación e intervención para conocer las consecuencias de la soledad en las personas mayores como son profundizar en las consecuencias de la soledad y el aislamiento social de los ancianos institucionalizados, cuestión que está poco estudiada. Además, de la necesaria difusión de más información sobre las consecuencias de la soledad y el aislamiento social en las personas de edad avanzada. Así como, la implantación de políticas socioeconómicas para detectar la soledad debido a su elevado coste sanitario que tienen las consecuencias de la soledad en los ancianos y su elevada prevalencia. Del mismo modo es imprescindible la realización de programas para la promoción y prevención de la soledad, y la creación de espacios donde se asista a las personas en riesgo de un empeoramiento de la calidad de vida o de la salud dirigido a las personas de edad avanzada.

6- Conclusiones

De todo lo expuesto a lo largo de esta revisión integradora de la literatura se pueden destacar algunos aspectos relevantes:

- Los sentimientos de soledad aumentan la fatiga, la inactividad física, el deterioro cognitivo, el deterioro funcional, el tono simpático y los síntomas de insomnio, y disminuye el control inflamatorio y el tiempo de sueño.
- La soledad es un factor de riesgo para conductas perjudiciales para la salud.
- La soledad de las personas mayores es un factor de riesgo para la muerte, tanto por las conductas perjudiciales como por el riesgo de suicidio.
- El aislamiento social tiene una mayor relación con el aumento del riesgo de muerte que la soledad.
- El aislamiento social influye negativamente en la capacidad de recuperación de eventos traumáticos y de las enfermedades crónicas.
- Los ancianos que sufren de aislamiento social tienen una peor adherencia a los tratamientos, un peor manejo del estrés y una mayor estancia hospitalaria.
- La soledad y el aislamiento social provocan un empeoramiento en la calidad de vida de las personas de edad avanzada.

7- Bibliografía

1. Fernández-Mallorales G, Labeaga-Azcona JM, López-Doblas J, Madrigal-Muñoz A. Informe 2018: Las Personas Mayores en España. 2021.
2. Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Lavedán A, Jürschik Giménez P. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. GEROKOMOS. 2013;24(1):14–7.
3. Lemus N, Parrado R, Quintaba G. Calidad de vida en el sistema de salud. Rev colo. 2014;21(1):1–3.
4. Valencia MIB. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. Rev Colomb Anestesiol. 2012 Aug 1;40(3):192–4.
5. ENR-1. Una estimación de la población que vive en residencias de mayores [Internet]. Envejecimiento en Red. 2020 [cited 2022 Feb 24]. Available from: <https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>
6. Pérez-Díaz J, Abellán-García A, Aceituno-Nieto P, Ramiro-Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Envejec en Red [Internet]. 2020 [cited 2022 May 21];25:39. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
7. Varela Pinedo LF. Health and quality of life in the elderly. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):199–201.
8. Árbol temático - Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana - Generalitat Valenciana [Internet]. [cited 2022 Jun 12]. Available from: <https://pegv.gva.es/es/temas/demografiaypoblacion/0padron>
9. Instituto Nacional de Estadística. Población por comunidades, edad (3 grupos de edad), Españoles/Extranjeros, Sexo y Año. [Internet]. [cited 2022 Jun 12]. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=02001.px>

10. de Ussel JI. La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. *Obs Pers Mayores*. 2001;1.
11. Madrigal-Muñoz A. La soledad de las personas mayores. *El Obs Pers Mayores*. 2000;3.
12. III I de SC. Sumando calidad de vida a los años: el ISCIII lidera un proyecto sobre soledad y buena salud mental en personas mayores. 2021 Jul 19 [cited 2022 Feb 24]; Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12105/13266>
13. Rubio-Herrera R, Pinel-Zafra M, Rubio-Rubio L. La soledad: en los mayores Una alternativa de medición a través de la escala Este. Universidad de Granada. 2009.
14. Vicente A, Sánchez A. La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Stud Zamorensia (segunda etapa)*. 2021;19(0):15–32.
15. Belando Montoro M. Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ambiente educativo. *Comun e Persoas Maiores* [Internet]. 2007;1(January):77–93. Available from: Dialnet-ModelosSociologicosDeLaVejezYSuRepercusionEnLosMed-2651197.pdf
16. Díaz LR. The paralogisms of old age. *Rev Estud del Desarro Soc Cuba y América Lat*. 2015;4(4):94–107.
17. Fallis A. Teorías Psicosociales del Envejecimiento. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689–99.
18. Morera A. El envejecimiento activo permite potencial de bienestar físico, social y mental [Internet]. *Geriatricarea*. [cited 2022 Jun 2]. Available from: <https://www.geriatricarea.com/2019/06/05/el-envejecimiento-activo-potencia-el-bienestar-fisico-social-y-mental-y-la-participacion-en-la-sociedad/>
19. Lang G, Hofer K, Resch K, Braddick F, Gabilondo A. La salud mental y el bienestar de las personas mayores. *Hacerlo posible. Obs Pers Mayores* [Internet]. 2010;(46):52. Available from: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm46.pdf>

20. Pinazo S, Mônica H, Nunes DB. LA SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES Conceptualización, valoración e intervención. 2018.
21. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia J. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semer - Med Fam.* 2016;42(3):177–83.
22. Buz J, Adánez GP. Análisis de la escala de soledad de de jong gierveld mediante el modelo de rasch. *Univ Psychol.* 2013;12(3):971–81.
23. Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro JM. Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Atención Primaria.* 2008;40(6):305–9.
24. Servicios sociales de Castilla y León. PLAN ESTRATÉGICO CONTRA LA SOLEDAD NO DESEADA Y EL AISLAMIENTO SOCIAL DE CASTILLA. 2022 p. 1–43.
25. Vázquez Blanco A, Baz Codesal M, Blanco Martín MP. El confinamiento por el covid-19 causa soledad en las personas mayores. Revisión sistemática. *Rev INFAD Psicol Int J Dev Educ Psychol.* 2021;2(1):471–8.
26. Sala E, Martínez R, Riba C, Celdran M. El impacto de la COVID-19 en el sentimiento de soledad no deseada de las personas mayores. *Obs la Soledad Fund Priv Amigos los Mayores.* 2020;7–24.
27. Pinazo-Hernandis S. Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet].* 2020;55(5):249–52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
28. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el edadismo. 2021.
29. Olmo RS. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe). *NefroPlus [Internet].* 2017;9(1):100–1. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-nefroplus-485-pdf-X1888970017612483>
30. Materiales – Redcaspe [Internet]. [cited 2022 May 29]. Available from: <https://redcaspe.org/materiales/>
31. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Peter /, Go C, et al. ARTÍCULO

- ESPECIAL Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales (The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology). *Gac Sanit* [Internet]. 2008 [cited 2022 May 29];22(2):144–50. Available from: <http://www.epidem.com/>
32. STROBE - Fortalecimiento de la notificación de estudios observacionales en epidemiología [Internet]. [cited 2022 May 29]. Available from: <https://www.strobe-statement.org/>
 33. Beridze G, Ayala A, Ribeiro O, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez-Blázquez C, Rodríguez-Rodríguez V, et al. Are Loneliness and Social Isolation Associated with Quality of Life in Older Adults? Insights from Northern and Southern Europe. *Int J Environ Res Public Heal* 2020, Vol 17, Page 8637 [Internet]. 2020 Nov 20 [cited 2022 Mar 2];17(22):8637. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/22/8637/htm>
 34. Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med* [Internet]. 2012 Jul 23 [cited 2022 Mar 2];172(14):1078–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22710744/>
 35. Giné-Garriga M, Jerez-Roig J, Coll-Planas L, Skelton DA, Inzitari M, Booth J, et al. Is loneliness a predictor of the modern geriatric giants? Analysis from the survey of health, ageing, and retirement in Europe. *Maturitas* [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 3];93–101. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.11.010>
 36. Benson JA, McSorley VE, Hawkey LC, Lauderdale DS. Associations of loneliness and social isolation with actigraph and self-reported sleep quality in a national sample of older adults. *Sleep* [Internet]. 2021 Jan 21 [cited 2022 Mar 3];44(1):1–9. Available from: <https://academic.oup.com/sleep/article/44/1/zsaa140/5874180>
 37. Diaz LC, Moreno SC, Arias-Rojas M. Loneliness in elderly people: implications for nursing professionals. *Rev Cuid*. 2019;10(2):1–11.

38. Valtorta NK, Moore DC, Barron L, Stow D, Hanratty B. Older Adults' Social Relationships and Health Care Utilization: A Systematic Review. *Am J Public Health* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Mar 2];108(4):e1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29470115/>
39. Mehrabi F, Béland F. Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Mar 2];90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32562956/>
40. Petersen J, Kaye J, Jacobs PG, Quinones A, Dodge H, Arnold A, et al. Longitudinal Relationship Between Loneliness and Social Isolation in Older Adults: Results From the Cardiovascular Health Study. *J Aging Health*. 2016;28(5):775–95.
41. Tan SS, Fierloos IN, Zhang X, Koppelaar E, Alhambra-Borras T, Rentoumis T, et al. The Association between Loneliness and Health Related Quality of Life (HR-QoL) among Community-Dwelling Older Citizens. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Jan 2 [cited 2022 Mar 2];17(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31963427/>
42. Lennartsson C, Rehnberg J, Dahlberg L. The association between loneliness, social isolation and all-cause mortality in a nationally representative sample of older women and men. *Aging Ment Heal* [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 3]; Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2021.1976723>

8- Anexo

Anexo 1. Escala de soledad de UCLA

Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes.

Señale con un número del 1 al 4 cada una de ellas.

1. Indica: «me siendo así a menudo».
2. Indica: «me siento así con frecuencia».
3. Indica: «raramente me siento así».
4. Indica: «nunca me siento de ese modo».

Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que nadie le entiende	1	2	3	4
Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente completamente solo	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	1	2	3	4
Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás	1	2	3	4

Anexo 2. Escala SELSA

Escalas de Soledad Emocional: Soledad familiar	1. Me siento solo cuando estoy con mi familia
	4. No hay nadie en mi familia con quien pueda contar para que me apoye y estimule. pero me gustaría que lo hubiera
	8. Me siento cercano a mi familia *
	11. Me siento parte de mi familia *
Escalas de Soledad Emocional: Soledad romántica	12. Mi familia realmente cuida de mí *
	3. Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos *
	6. Tengo una pareja que me da todo el apoyo y estímulo que necesito *
	10. Desearía tener una relación romántica más satisfactoria
	14. Tengo una pareja sentimental y contribuyo a su felicidad *
Escala de Soledad Social	15. Tengo una necesidad insatisfecha de una relación romántica íntima
	2. Me siento parte de un grupo de amigos *
	5. Mis amigos comprenden mis motivos y mi forma de razonar *
	7. No tengo amigos que compartan mis puntos de vista. pero me gustaría tenerlos
	9. Puedo contar con mis amigos para que me ayuden*
	13. No tengo ningún amigo que me comprenda. pero me gustaría tenerlo

* En estos ítems se invierte el sentido de la puntuación.

Anexo 3. Escala DJGLS

Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor, marque la respuesta que indica hasta qué punto describen su situación actual, la forma como usted se siente.

	No	Más o menos	Sí
1. Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios.	1	2	3
2. Echo de menos tener un buen amigo/a de verdad.	1	2	3
3. Siento una sensación de vacío a mi alrededor.	1	2	3
4. Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de necesidad.	1	2	3
5. Echo de menos la compañía de otras personas.	1	2	3
6. Pienso que mi círculo de amistades es demasiado limitado.	1	2	3
7. Tengo mucha gente en la que confiar completamente.	1	2	3
8. Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy estrecha.	1	2	3
9. Echo de menos tener gente a mi alrededor.	1	2	3
10. Me siento abandonada a menudo.	1	2	3
11. Puedo contar con mis amigos/as siempre que los necesito.	1	2	3

Anexo 4. Instrumento para lectura crítica: revisión sistemática

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados ("outcomes") considerados. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p><i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se dirige a la pregunta objeto de la revisión. - Tiene un diseño apropiado para la pregunta. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

Preguntas detalladas

<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p> <p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué bases de datos bibliográficas se han usado. - Seguimiento de las referencias. - Contacto personal con expertos. - Búsqueda de estudios no publicados. - Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</p> <p><i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercurio de Venecia. Acto II)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si tienes claro los resultados últimos de la revisión. - ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado). - ¿Cómo están expresados los resultados? (MNT, odds ratio, etc.). 	
<p>7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?</p> <p><i>PISTA: Busca los intervalos de confianza de los estimadores.</i></p>	

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu media parece ser muy diferente al del estudio. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>

Anexo 5. Instrumento para la lectura crítica: estudio de cohortes

A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

Preguntas de eliminación

<p>1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población estudiada. - Los factores de riesgo estudiados. - Los resultados "outcomes" considerados. - ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial? 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </p>
<p>2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿La cohorte es representativa de una población definida? - ¿Hay algo "especial" en la cohorte? - ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte? - ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos? 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </p>

Preguntas de detalle

<p>3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas? - ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir? - ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)? - ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento? - ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos? - ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)? 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </p>
---	---

<p>4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?</p> <p><i>PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión. <p>Lista:</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos. - Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación. - En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>B/ ¿Cuáles son los resultados?</p>	
<p>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son los resultados netos? - ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos? - ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)? 	
<p>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</p>	

C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión? - ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles? <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO

Anexo 6. Instrumento lectura crítica: estudios observacionales

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of <i>cross-sectional studies</i>		
	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses

Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

Anexo 7 Análisis calidad metodológica

Tabla 5. Análisis metodológico de artículos tipo revisión integradora con la herramienta CASPe.

	P1*	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	R*
Mehrabi et al. (2020)	1	1	1	1	1	0.5	0.5	1	1	1	9
Valtorta et al. (2018)	1	1	1	1	1	0.5	0.5	1	0	1	8
Díaz et al. (2019)	1	1	1	0.5	1	0.5	0.5	1	1	1	8.5

*P: pregunta; R: resultado

Tabla 6. Análisis metodológico de artículos de tipo cohorte con la herramienta CASPe.

	P1*	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	R*
Beridze et al. (2020)	1	1	1	1	0.5	1	1	1	1	1	9.5
Benson et al. (2021)	1	1	1	1	0	0.5	0.5	1	1	1	8
Giné-Garriga et al. (2020)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9
Bevialcqua et al. (2021)	1	0	1	0.5	0	0.5	0.5	0.5	1	0.5	5.5
Perissinotto et al. (2012)	1	1	1	1	0	1	1	0.5	1	1	8.5

*P: pregunta; R: resultado

Tabla 7. Análisis metodológico de artículos tipo observacionales con la herramienta Strobe.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	R	
Petersen et al. (2016)	1	0.5	1	0	0.5	1	1	1	1	0.5	1	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	1	1	1	1	1	18
Lennartsson et al. (2021)	0.5	1	1	1	1	0.5	1	1	0.5	1	1	1	1	0.5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.5	19.5
Tan et al. (2020)	0.5	0.5	1	0.5	1	1	1	1	0.5	1	1	0.5	1	1	1	1	0.5	1	0.5	1	1	1	1	18.5

*P: pregunta; R: respuesta