



ORIGINAL

Resiliencia en las personas mayores durante la primera ola pandémica de la COVID-19 en Chile: una perspectiva desde los determinantes sociales de la salud



Dafna Oppenheimer-Lewin ^{a,*}, Maritza Ortega-Palavecinos ^b y Rodrigo Núñez-Cortés ^c

^a Unidad de Rehabilitación, VitaSalud, Santiago, Chile

^b Unidad de Atención Integral al Usuario de Urgencias y Trabajo Social, Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza, La Florida, Región Metropolitana, Chile

^c Departamento de Kinesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de mayo de 2022

Aceptado el 18 de agosto de 2022

On-line el 24 de agosto de 2022

Palabras clave:

Resiliencia psicológica

Persona mayor

COVID-19

Determinantes sociales de la salud

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre los determinantes sociales de la salud (DSS) y la resiliencia en las personas mayores durante el primer periodo de confinamiento en la pandemia COVID-19 en Chile.

Métodos: Se realizó un estudio observacional con diseño transversal utilizando los datos de una encuesta representativa a nivel nacional. En dicha encuesta, mediante un proceso de aleatorización sistemática, una submuestra de personas con edad ≥ 60 años de la comunidad fueron entrevistadas telefónicamente durante la primera ola pandémica de la COVID-19 en Chile. La resiliencia se evaluó utilizando la Brief Resilient Coping Scale (BRCS) y los síntomas depresivos con el Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Los DSS considerados fueron: edad, género, nivel educacional, condición laboral, aislamiento social, soledad, insatisfacción de necesidades de vivienda y de atención en salud.

Resultados: Se obtuvo una muestra total de 582 personas. La edad promedio fue de 71 años (DT: 7,64; 69% mujeres). Se obtuvo una asociación significativa entre una baja resiliencia y las siguientes condiciones: alta soledad (OR: 1,776 [IC 95%: 1,146-2,751]), alto riesgo de aislamiento social (OR: 1,667 [IC 95%: 1,149-2,419]), y síntomas depresivos (OR: 2,602 [IC 95%: 1,795-3,774]). El género femenino fue un factor protector (OR: 0,589 [IC 95%: 0,406-0,855]).

Conclusión: Los DSS como la alta soledad y el aislamiento social son factores que se asocian con una baja resiliencia de las personas mayores durante la pandemia de la COVID-19, por lo que se deben tener en cuenta al momento de planificar estrategias de intervención en la salud pública.

© 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Resilience in older people during the first wave of the COVID-19 pandemic in Chile: Perspective from the social determinants of health

ABSTRACT

Keywords:

Psychological resilience

Elderly

COVID-19

Social determinants of health

Objective: To assess the association between social determinants of health (SDH) and resilience in older people during the first period of confinement in the COVID-19 pandemic in Chile.

Materials and methods: An observational study with a cross-sectional design was conducted using a nationally representative survey data-set. In this survey, using a systematic randomization process, a subsample of people aged ≥ 60 years from the community were interviewed by telephone during the first wave of the COVID-19 pandemic in Chile. Resilience was assessed using the Brief Resilient Coping Scale (BRCS) and depressive symptoms using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) scale. The SDH considered were: age, sex, educational level, employment status, social isolation, loneliness, discontent with housing and health care needs.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dafnaoppen@gmail.com (D. Oppenheimer-Lewin).

Results: A total sample of 582 persons was obtained. The mean age was 71 years (SD: 7.64; 69% women). A significant association was obtained between low resilience and the following conditions: loneliness (OR: 1.776 [95% CI: 1.146–2.751]), high risk of social isolation (OR: 1.667 [95% CI: 1.149–2.419]), and depressive symptoms (OR: 2.602 [95% CI: 1.795–3.774]). Female gender was a protective factor (OR: 0.589 [95% CI: 0.406–0.855]).

Conclusion: The SDH, such as loneliness and social isolation, are factors associated with low resilience in older people during the COVID-19 pandemic and may be taken into account in planning public health intervention strategies.

© 2022 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La propagación de la COVID-19 ha generado modificaciones en el estilo de vida de todas las personas a nivel mundial, en concreto por las cuarentenas y medidas de distanciamiento social implementadas en los primeros meses. La pandemia conllevó a un aumento del sedentarismo, problemas de salud mental y disminución de la calidad de vida en la población^{1,2}. La COVID-19 ha afectado en gran medida a las personas mayores, presentando una tasa alta mortalidad³. Este grupo en particular es considerado de alto riesgo por el declive de su función física e inmune y por un mayor riesgo social^{3,4}. Sin embargo, a pesar de ser una población vulnerable, durante la pandemia las personas mayores informaron menores niveles de malestar psicológico en comparación a otros grupos de edad^{5–8}, posiblemente gracias a la alta resiliencia y a las eficaces estrategias de afrontamiento desarrolladas a lo largo de los años^{4–8}.

Las restricciones por la situación sanitaria generada por la pandemia variaron de un país a otro. En particular, en Chile se estableció un plan «paso a paso», en el que, según diferentes indicadores de variables epidemiológicas, sanitarias y de capacidad de la red asistencial, cada región y/o municipio cambiaba de fase. Las fases iban desde la cuarentena total, que consistía en un confinamiento estricto en el que solo se podía salir de casa con un número restringido de permisos, hasta la fase de «apertura», en la que se podía salir del hogar sin permiso durante la semana y habían más actividades con aforos establecidos⁹.

Las restricciones establecidas generaron cambios en el estilo de vida de todas las personas de forma abrupta, lo que determinó distintas reacciones y formas de afrontamiento, observándose distintos niveles de resiliencia^{4,8}. La American Psychological Association (APA) define resiliencia como «el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras»^{10,11}. La resiliencia es también una capacidad dinámica de afrontamiento e incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona¹². Diferentes características se han relacionado a la alta resiliencia en las personas mayores, entre ellas, estilos de afrontamiento, optimismo y esperanza, emociones positivas, apoyo social y participación comunitaria, independencia en las actividades de la vida diaria (AVD) y actividad física¹⁰. Además, la resiliencia ha demostrado asociación con diferentes factores protectores para un envejecimiento exitoso, como mejor calidad de vida, mayor felicidad, mejor salud mental y bienestar, envejecimiento positivo, menor depresión, longevidad y reducción del riesgo de mortalidad¹¹. Por otro lado, altos niveles de resiliencia podrían atenuar la relación entre eventos traumáticos y la aparición de síntomas de ansiedad y depresión¹³. La relación entre la resiliencia y el estado de salud mental a lo largo del tiempo ha demostrado ser bidireccional¹⁴. En este contexto, una alta resiliencia actuaría como un factor protector para mantener la salud mental a pesar de las adversidades durante la COVID-19¹³. Además, se ha reportado que las personas mayores son más resilientes en aspectos de salud

mental¹⁵. Esta capacidad de adaptarse bien a la adversidad también podría estar influenciada por los determinantes sociales de la salud (DSS).

Los DSS se definen por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana»¹⁶. Los DSS han tenido un rol importante en distintas catástrofes naturales o humanas (por ejemplo, tsunamis, terremotos y pandemia) respecto a la salud mental y la resiliencia, afectando heterogéneamente según edad, género, etnia, soporte social, situación socioeconómica, estrés, traumas previos¹⁷. En general, las poblaciones más vulnerables fueron las más afectadas durante la pandemia, causando un problema social, además del problema sanitario¹⁸. Por ejemplo, la etnia y el bajo nivel socioeconómico se asoció a mayor probabilidad de presentar COVID-19 y hospitalización¹⁹, mientras que el bajo nivel educacional, los bajos ingresos y el desempleo se asociaron a una mayor mortalidad y severidad de la COVID-19²⁰. Por otro lado, las mujeres y personas con menos ingresos presentaron más síntomas de depresión, ansiedad y soledad²¹.

Las medidas de distanciamiento para prevenir el contagio del COVID-19 afectaron las relaciones sociales y comunitarias de las personas mayores, generando un mayor riesgo de aislamiento social. La soledad es un factor de riesgo para una mayor fragilidad y para desarrollar enfermedades crónicas, lo que se asocia con mayor riesgo de mortalidad y depresión²¹. Teniendo en cuenta estos antecedentes, identificar cómo los DSS han influido en la resiliencia de las personas mayores durante los primeros meses de pandemia podría orientar a los centros sanitarios y equipos médicos de salud a elaborar estrategias que permitan mejorar la capacidad afrontamiento frente futuras amenazas para la salud pública (por ejemplo, nuevos brotes), contribuyendo además a una mejor salud y calidad de vida de las personas mayores. El propósito de este estudio fue evaluar la asociación entre los DSS y la resiliencia en las personas mayores durante el primer periodo de confinamiento en la pandemia COVID-19 en Chile.

Materiales y métodos

Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio observacional con diseño transversal. Los datos empleados proceden de una encuesta representativa a nivel nacional (proyecto ANID-COVID0041)²². En dicha encuesta, la población de estudio, estuvo compuesta por personas con edad ≥ 60 años de la comunidad que participaron de la Quinta Encuesta de Calidad de Vida durante el año 2019 y que contaban con registros telefónicos de contacto válidos. De esta muestra, mediante un proceso de aleatorización sistemática, una submuestra de 721 casos fue entrevistada telefónicamente durante la primera ola pandémica del COVID-19 en Chile (junio a septiembre del 2020), utilizando la técnica «Computer Assisted Telephone Interviewing». Para el presente estudio se seleccionaron solo aquellos sujetos que tenían todos los datos registrados.

Tabla 1

Factores asociados a una pobre resiliencia en adultos mayores

Características	Baja resiliencia (n = 185)	Alta resiliencia (n = 397)	OR (IC 95%)	Valor de p
Edad > 70 años	93 (50,3%)	187 (47,1%)	1,135 (0,801-1,610)	NS
Género femenino	116 (62,7%)	294 (74,1%)	0,589 (0,406-0,855)	<0,05
Bajo nivel educacional	91 (49,2%)	164 (41,3%)	1,375 (0,969-1,953)	NS
Desempleo	145 (78,4%)	301 (75,8%)	1,156 (0,761-1,757)	NS
Soledad	44 (24%)	49 (15,1%)	1,776 (1,146-2,751)	<0,01
Aislamiento social	71 (39,2%)	108 (27,9%)	1,667 (1,149-2,419)	<0,01
Síntomas depresivos	82 (44,3%)	93 (23,4%)	2,602 (1,795-3,774)	<0,01
Insatisfacción con vivienda	7 (3,8%)	25 (6,4%)	0,577 (0,245-1,360)	NS
Insatisfacción con atención en salud	31 (16,8%)	76 (19,5%)	0,834 (0,527-1,322)	NS

Valores presentados como OR e IC 95%.

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; NS: no significativo; OR: odds ratio.

Variables

Variables de salud mental

La resiliencia se evaluó utilizando la *Brief Resilient Coping Scale* (BRCS), el cual ha demostrado tener buena fiabilidad (Alpha de Cronbach = 0,86)²³. Una puntuación igual o superior a 17 puntos se utilizó como punto de corte para identificar a aquellas personas con una alta resiliencia, mientras que las puntuaciones inferiores a 17 se agruparon para una baja resiliencia²⁴. Para los síntomas depresivos se utilizó el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), instrumento que ha demostrado buena fiabilidad (Alpha de Cronbach = 0,835)²⁵. El punto de corte se estableció en > 7 puntos para identificar al grupo de personas con síntomas depresivos²⁵.

Determinantes sociales de la salud

Los DSS estructurales se categorizaron según las siguientes variables sociodemográficas dicotómicas: género (varón o mujer), nivel educacional (educación primaria o estudios superiores) y condición laboral (trabajo remunerado o no). El punto de corte para la edad se estableció de acuerdo a la mediana, es decir, edad mayor a 70 años o menor o igual a 70 años. El riesgo de aislamiento social fue evaluado con la Escala de Red Social de Lubben abreviada (LSNS-6) (fiabilidad compuesta = 0,83 y 0,91)^{26,27}, considerando como menos de 12 puntos un alto riesgo de aislamiento social. La soledad se objetivó con la escala UCLA de soledad abreviada de tres ítems (Alpha de Cronbach = 0,91)²⁸. Esta variable se dicotomizó utilizando un punto de corte de ≥ 6 definido en un estudio previo, ya que mostró la mejor sensibilidad y especificidad en relación con la escala de un solo ítem²⁹. Finalmente, la insatisfacción de necesidades de vivienda y de atención en salud se evaluaron en base a la pregunta «En los últimos 6 meses, ¿Qué tan satisfechas considera usted que ha tenido las siguientes necesidades?». Se categorizó a la muestra en 2 grupos, aquellos con adecuada o poca satisfacción y aquellos con insatisfacción.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS® versión 22.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, EE. UU.). La normalidad de los datos se evaluó mediante la prueba Shapiro-Wilk. Las variables cuantitativas se presentaron como promedio y desviación estándar. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para comparar las variables categóricas. La asociación entre el grado de resiliencia y los DSS se expresó mediante odds ratio (OR), con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Para determinar cuáles eran las variables que tenían una mayor asociación con la baja resiliencia se utilizó un modelo de regresión logística binaria con método de avanzar por pasos (condicional). La significación estadística se fijó en $p < 0,05$. Los puntos de corte para el tamaño del efecto del OR se interpretaron como: 1,68 = pequeño, 3,46 = moderado y 6,71 = grande³⁰. Se llevó a cabo

un análisis de potencia *post hoc* mediante el programa G*Power v.3.1 y se obtuvo una potencia adecuada ([Material suplementario](#)).

Resultados

Se obtuvo una muestra total de 582 personas. La edad promedio fue de 71 años de edad (DT: 7,64; rango: 60-92), de las cuales un 69% corresponden a mujeres. Un 68% de las personas mayores tuvieron puntajes altos de resiliencia, mientras que el 32% restante tuvo valores bajos.

Se obtuvo una asociación significativa entre una baja resiliencia y varios DSS ([tabla 1](#)), estos fueron, la alta soledad (OR: 1,776 [IC 95%: 1,146-2,751]), el alto riesgo de aislamiento social (OR: 1,667 [IC 95%: 1,149-2,419]) y los síntomas depresivos (OR: 2,602 [IC 95%: 1,795-3,774]). El género femenino resultó ser un factor protector (OR: 0,589 [IC 95%: 0,406-0,855]). No hubo asociación con la insatisfacción con la vivienda y necesidades de salud, el nivel educacional, la edad y el desempleo.

El modelo de regresión logística binaria indicó que los síntomas depresivos, el género masculino y el alto riesgo de aislamiento social, fueron los principales indicadores de peor resiliencia en las personas mayores (Chi-cuadrado: 38,069; R^2 Nagelkerke: 0,065). Cada modelo se resume en la [Tabla S1 \(Material suplementario\)](#).

Discusión

Varios DSS de la salud mostraron una asociación significativa con la resiliencia.

La alta soledad, el alto riesgo de aislamiento social y los síntomas depresivos, cada uno de manera independiente, mostró un aumento en la probabilidad de encontrar una menor resiliencia en las personas mayores durante la pandemia del COVID-19. En particular, los síntomas depresivos y el aislamiento social fueron los principales indicadores de una baja resiliencia. El género femenino mostró ser un factor protector.

Nuestros hallazgos indicaron que la mayoría de las personas mayores mostraron altos niveles de resiliencia (68%). Estos resultados son similares a los de Carta et al.³¹, quienes reportaron que las personas mayores sanas se mostraron resistentes durante la primera fase de la pandemia. Además, existe una evidencia sólida respecto a que las personas mayores informaron menores niveles de malestar psicológico que otros grupos de edad durante la pandemia, por lo que, a menor edad, el riesgo de presentar problemas de salud mental es mayor⁵⁻⁸. Estos resultados se podrían explicar en parte por una mayor resiliencia o una mayor capacidad de regulación emocional desarrollada en los adultos mayores a lo largo de su vida^{4,5,8}. Por lo tanto, estos resultados demuestran que las personas mayores no deben ser consideradas como frágiles, ya que su experiencia de vida, las relaciones humanas y, sobre todo, resistencia a los cambios se consideran como una fortaleza ante las adversidades.

En segundo lugar, se encontró que la resiliencia tuvo una asociación significativa con los síntomas depresivos. Los síntomas de depresión podrían ser un factor de riesgo para presentar una baja resiliencia. Si bien el diseño de nuestro estudio no permite establecer una relación causal, estudios previos han indicado que la resiliencia y la depresión son factores bidireccionales¹⁴. La asociación significativa entre estas variables se ha observado también en otros estudios, Ouane et al.⁵ encontraron que la resiliencia presentaba una correlación significativa pero débil con la depresión y los síntomas de estrés durante la pandemia. Además, una alta resiliencia se asoció con una baja depresión, ansiedad y estrés, lo que refuerza el rol protector de la resiliencia en la vejez en relación a estos factores. Por otro lado, Pérez-Gómez et al.¹³ encontraron que la resiliencia también se asoció de forma significativa y negativa con el impacto del evento, la depresión, la ansiedad y el estrés en sujetos post-COVID-19 en distintos rangos etarios. En este sentido, algunos autores han encontrado que las intervenciones de mejora de la resiliencia podrían promover la salud mental³², lo que podría conducir a una mejor prevención y manejo de estas condiciones en personas mayores.

El aislamiento social y la soledad presentaron una asociación significativa con la resiliencia, siendo factores de riesgo para una baja resiliencia, al igual que han determinado en otros estudios^{17,33}. Presentar un buen soporte emocional y social mejora la resiliencia significativamente. El apoyo social ayuda en la adaptación y facilita la recuperación, luego de un desastre natural o humano, logrando un nuevo sentimiento de compromiso y pertenencia. Por el contrario, presentar un insuficiente soporte social luego de una catástrofe se asocia con varios síntomas psicológicos como depresión mayor y síndrome de estrés postraumático.

Por otro lado, se encontró que las mujeres tenían una mayor probabilidad de tener mayores niveles de resiliencia en comparación con los varones. En la revisión de Timalsina et al. del 2020, encontraron, con respecto al género, que las mujeres presentaban una resiliencia mayor con relación a los varones, siendo el género un factor predictor de resiliencia³³. Sin embargo, también hay estudios que determinaron una mayor resiliencia en varones³⁴, esta inconsistencia puede explicarse por las diferentes escalas utilizadas y lo que logran abarcar, dado que la resiliencia involucra no solo al individuo sino también a todo su entorno, su familia, su comunidad y su contexto social, aspectos que no se logra determinar en todas las escalas usadas^{34,35}. Al considerar el ámbito social, las mujeres presentan más actividades y relaciones sociales, por lo que podrían tener una mayor resiliencia³⁵. A esto se suma que el género en sí, no está bien integrado en la conceptualización de la resiliencia, dado por factores como los roles de género, los comportamientos esperados frente a la adversidad, las manifestaciones de emociones, las normas sociales³⁵. Además, varios estudios han determinado que la depresión es más común en mujeres que en varones^{36,37}. Las diferencias en género se atribuyen a causas multifactoriales. Por ejemplo, el factor biológico, dado mayormente por los cambios hormonales, predispone a las mujeres a un mayor riesgo, pero esta condición se puede ver modificada por factores socioculturales^{36,37}. En este contexto, el género femenino, si bien es una condición asociada a mayor riesgo para presentar depresión, también podría ser un factor protector para la alta resiliencia. Por lo tanto, el género al incluir lo sociocultural se generan distintos roles y comportamientos en las mujeres, como mayor uso de servicio salud, mayor años de vida, mayor participación en organizaciones sociales, lo que puede explicar esta diferencia³⁸.

Los DSS abarcan distintas dimensiones, desde lo individual hasta los aspectos generales como la cultura, el medio ambiente y aspectos socioeconómicos. Por otro lado, la resiliencia está asociada a factores psicológicos, sociales y físicos¹¹, algunos de estos tienden a coincidir con los DSS, como nivel educacional, el desempleo, la soledad, el aislamiento social que son condiciones que se comprenden

en este estudio. Considerando que la resiliencia es un factor protector para varios aspectos de la salud y para un envejecimiento exitoso, los factores sociales y la resiliencia podrían explicar por qué distintas poblaciones resisten en mayor medida a los efectos adversos³⁹. Estas condiciones influyen de distinta manera en la población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Si estas desigualdades son innecesarias y evitables, se consideran inequidades, por lo que es necesario a través de políticas públicas lograr intervenir y mejorar algunas de estas condiciones¹⁶.

En este contexto, es posible señalar que la pandemia COVID-19 se constituyó en sí misma como una prueba de resiliencia para las sociedades, las culturas, las economías, las políticas públicas, y los gobiernos de turno. Por lo tanto, es necesario considerar la coordinación, cooperación y articulación intersectorial, tanto del ámbito sanitario como en el de desarrollo social, educación, envejecimiento positivo y equidad de género. En futuras pandemias y/o catástrofes, todos estos dispositivos deben involucrarse al momento de planificar estrategias, considerando el modelo socio-sanitario y biopsicosocial, relevando ámbitos de salud mental. La pandemia COVID-19 ha sido un momento histórico a nivel sociosanitario y, además, una oportunidad que permite proponer y realizar los cambios necesarios para que la sociedad, comunidades e instituciones entreguen a la personas mayores la evolución necesaria en su cuidado, a fin de que accedan a atenciones integrales, interdisciplinarias, con enfoque de derecho y género.

Entre las fortalezas identificadas en este estudio, primero resulta importante consignar que se consideró una muestra representativa de personas mayores a nivel nacional mediante un método de aleatorización sistemática. Además, se utilizaron escalas validadas para medir las variables de interés en la población objetivo. Por otro lado, se estableció una relación significativa entre varios DDS y la resiliencia, aportando información respecto a otros factores que no han sido estudiados, como el nivel educacional, el desempleo, la insatisfacción con la vivienda y con la atención en salud, que son variables que también se pueden intervenir, entregando una mirada más completa del problema.

En contraste, nuestro estudio presenta ciertas limitaciones. Primero, el diseño de estudio no permite determinar una relación de causa-efecto entre las variables estudiadas, por lo tanto, estos resultados deben interpretarse con cautela. En segundo lugar, el diseño transversal no permite tener información sobre la asociación entre las variables estudiadas antes de la pandemia y no se cuenta con datos de jóvenes para comparar los resultados. En tercer lugar, cada país ha optado por distintas medidas preventivas para disminuir los contagios por COVID-19 con relación a lo recomendado por la OMS⁴⁰. Por lo tanto, nuestros resultados corresponden solo a la realidad de un país, ya que la pandemia podría influir de manera diferente en cada región. Sin embargo, en la literatura se observan resultados congruentes con relación a la resiliencia durante distintas catástrofes, lo que ratifica estos factores protectores y de riesgo que influyen en la resiliencia, en especial durante la crisis sanitaria de la COVID-19.

Conclusión

Los DSS de la salud mostraron un impacto significativo en la resiliencia de las personas mayores durante la pandemia de la COVID-19. Identificar los determinantes sociales que influyen en una baja resiliencia, como la alta soledad, el alto riesgo de aislamiento social y la depresión, podría ayudar a planificar diferentes intervenciones para mejorar la salud de las personas mayores desde la perspectiva de las políticas públicas a nivel comunitario, intersectorial y central; como detección precoz y preparación de los

equipos y dispositivos locales en las alertas entre vecinos, usuarios y/o familiares.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a M. Soledad Herrera del Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile por facilitar la base de datos para realizar este estudio.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.regg.2022.08.002](https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.08.002).

Bibliografía

- Lipskaya-Velikovsky L. COVID-19 Isolation in Healthy Population in Israel: Challenges in Daily Life, Mental Health Resilience, and Quality of Life. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:999, [http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18030999](https://doi.org/10.3390/ijerph18030999).
- Alqahtani FD, Hassan SUN, Alsafai B, Zrieq R. Assessment of the Quality of Life during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey from the Kingdom of Saudi Arabia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18, [http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18030847](https://doi.org/10.3390/ijerph18030847).
- Núñez-Cortés R, López-Bueno R, Torres-Castro R, Soto-Carmona C, Ortega-Palavecinos M, Pérez-Alenda S, et al. Risk Factors for One-Year Mortality in Hospitalized Adults with Severe COVID-19. *Aging Dis*. 2022, [http://dx.doi.org/10.14336/AD.2022.0424](https://doi.org/10.14336/AD.2022.0424).
- Ouanes S, Kumar R, Doleh ESI, Smida M, Al-Kaabi A, Al-Shahrani AM, et al. Mental Health, resilience, and religiosity in the elderly under COVID-19 quarantine in Qatar. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;96:104457, [http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2021.104457](https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104457).
- Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, del Sequeros Pedroso-Chaparro M, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J. Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020;55:272–8, [http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.005](https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.005).
- Sojli E, Tham WW, Bryant R, McAlister M. COVID-19 restrictions and age-specific mental health—U.S. probability-based panel evidence. *Transl Psychiatry*. 2021;11:418, [http://dx.doi.org/10.1038/s41398-021-01537-x](https://doi.org/10.1038/s41398-021-01537-x).
- Losada-Baltar A, Martínez-Huertas JA, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro MDS, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. Longitudinal Correlates of Loneliness and Psychological Distress During the Lockdown Situation due to COVID-19. Effects of Age and Self-Perceptions of Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2022;77:652–60, [http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbab012](https://doi.org/10.1093/geronb/gbab012).
- Parlapani E, Holeva V, Nikopoulou VA, Kaprinis S, Nouskas I, Diakogiannis I. A review on the COVID-19-related psychological impact on older adults: Vulnerable or not? *Aging Clin Exp Res*. 2021;33:1729–43, [http://dx.doi.org/10.1007/s40520-021-01873-4](https://doi.org/10.1007/s40520-021-01873-4).
- Estrategia gradual «Paso a paso». 2020. [consultado 30 Mar 2022] Disponible en: <https://efaidbmnnnibpcajpcgclefndmkaj/><https://cdn.digital.gob.cl/public/files/Campa%C3%81as/Corona-Virus/documentos/paso-a-paso/Estrategia-Gradual.pdf>.
- Camino a la resiliencia. American Psychological Association. 2022. [consultado 30 Mar 2022] Disponible en: <https://www.apa.org/topics/resilience/camino#:~:text=La%20resiliencia%20es%20el%20proceso,estresantes%20del%20trabajo%20o%20financieras>.
- MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker E. The impact of resilience among older adults. *Geriatr Nurs*. 2016;37:266–72, [http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014).
- Carriero A, Cecchini JA, Fernandez-Rio J, Méndez-Giménez A. COVID-19 Psychological Well-being and Physical Activity Levels in Older Adults During the Nationwide Lockdown in Spain. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28:1146–55, [http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.007](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.007).
- Pérez-Gómez HR, González-Díaz E, Herrero M, de Santos-Ávila F, Vázquez-Castellanos JL, Juárez-Rodríguez P, et al. The Moderating Effect of Resilience on Mental Health Deterioration among COVID-19 Survivors in a Mexican Sample. *Healthcare*. 2022;10:305, [http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10020305](https://doi.org/10.3390/healthcare10020305).
- Wu Y, Sang ZQ, Zhang XC, Margraf J. The Relationship Between Resilience and Mental Health in Chinese College Students: A Longitudinal Cross-Lagged Analysis. *Front Psychol*. 2020;11:108, [http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00108](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00108).
- Vahia IV, Jeste DV, Reynolds CF3rd. Older Adults and the Mental Health Effects of COVID-19. *JAMA*. 2020;324:2253–4, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.21753>.
- Determinantes sociales de la salud. Organización Panamericana de la Salud [consultado 3 Abr 2022] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
- Mao W, Agyapong VIO. The Role of Social Determinants in Mental Health and Resilience After Disasters: Implications for Public Health Policy and Practice. *Front Public Health*. 2021;9:658528, <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.658528>.
- Singh S, Acharya A, Challagundla K, Byrareddy SN. Impact of Social Determinants of Health on the Emerging COVID-19 Pandemic in the United States. *Front Public Health*. 2020;8:406, <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2020.00406>.
- Upshaw TL, Brown C, Smith R, Perri M, Ziegler C, Pinto AD. Social determinants of COVID-19 incidence and outcomes: A rapid review. *PLoS One*. 2021;16:e0248336, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0248336>.
- Núñez-Cortés R, Ortega-Palavecinos M, Soto-Carmona C, Torres-Gangas P, Concha-Rivera MP, Torres-Castro R. Determinantes sociales de la salud asociados a la severidad y mortalidad en pacientes con COVID-19. *Gac Méd Méx*. 2021;157, <http://dx.doi.org/10.24875/gmm.200000778>.
- McQuaid R, Cox S, Ogunlana A, Jaworska N. The burden of loneliness: Implications of the social determinants of health during COVID-19. *Psychiatry Res*. 2021;296:113648, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113648>.
- Herrera MS, Soledad Herrera M, Elgueta R, Beatriz Fernández M, Giacomini C, Leal D, et al. A longitudinal study monitoring the quality of life in a national cohort of older adults in Chile before and during the COVID-19 outbreak. *BMC Geriatr*. 2021;21:143, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-021-02110-3>.
- Moret-Tatay C, Fernández-Muñoz JJ, Civera-Mollá C, Navarro-Pardo E, Alcover-de-la-Hera C. Psychometric properties and Factor structure of the BRCS in an elderly Spanish sample. *Anal Psicol*. 2015;31:1030, <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.188401>.
- Tomás JM, Meléndez JC, Sancho P, Mayordomo T. Adaptation and Initial Validation of the BRCS in an Elderly Spanish Sample. *Eur J Psychol Assess*. 2012;28:283–9, <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000108>.
- Baader MT, Molina F, Venezian JL, Rojas BS, Farias CC, Fierro-Freixenet SRC, et al. Validity and utility of PHQ9 (Patient Health Questionnaire) in the diagnosis of depression in user patients of primary care in Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2012;50:10–22.
- Lubben J, Gironda M. Centrality of social ties to the health and well-being of older adults. *Soc Work Health Care*. 2003;319–50.
- Granero M, Perman G, Peña FV, Barbaro CA, Zozaya ME, Infantino VSM, et al. Validación de la versión en español de la Escala de Red Social Lubben-6. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*. 2020;77:296–300, <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n4.28775>.
- Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Res Aging*. 2004;26:655–72, <http://dx.doi.org/10.1177/0164027504268574>.
- Shiovitz-Ezra S, Ayalon L. Use of Direct Versus Indirect Approaches to Measure Loneliness in Later Life. *Res Aging*. 2012;34:572–91, <http://dx.doi.org/10.1177/0164027511423258>.
- Chen H, Cohen P, Chen S. How Big is a Big Odds Ratio? Interpreting the Magnitudes of Odds Ratios in Epidemiological Studies. *Stat Simul Comput*. 2010;39:860–4, <http://dx.doi.org/10.1080/03610911003650383>.
- Carta MG, Fornaro M, Minerba L, Pau M, Velluzzi F, Atzori L, et al. Previous functional social and behavioral rhythms affect resilience to COVID-19-related stress among old adults. *J Public Health Res*. 2022;11, <http://dx.doi.org/10.4081/jphr.2022.2768>.
- Laird KT, Lavretsky H, Paholpak P, Vlasova RM, Roman M, St Cyr N, et al. Clinical correlates of resilience factors in geriatric depression. *Int Psychogeriatr*. 2019;31:193–202, <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610217020873>.
- Timalsina R, Songwathana P. Factors enhancing resilience among older adults experiencing disaster: A systematic review. *Australas Emerg Care*. 2020;23:11–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.auec.2019.12.007>.
- Lakomý M, Kafková MP. Resilience as a Factor of Longevity and Gender Differences in Its Effects. *Czech Sociological Review*. 2017;53:369–92, <http://dx.doi.org/10.13060/00380288.2017.53.3.336>.
- Leavey KG. Essays and Debates in Mental Health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23:455–67.
- Parker G, Brothcote H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22:429–36, <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2010.492391>.
- Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci*. 2015;40:219–21, <http://dx.doi.org/10.1503/jpn.150205>.
- Álvarez-Díaz JA. The necessary gender perspective for the analysis of health problems. *Cir Cir*. 2020;88:383–8.
- Palmer RC, Ismond D, Rodriguez Ej, Kaufman JS. Social Determinants of Health: Future Directions for Health Disparities Research. *Am J Public Health*. 2019;109:S70–1, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2019.304964>.
- Actualización de la estrategia frente a la COVID-19; Organización Mundial de la Salud; 2020 [consultado 28 Mar 2022] Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/covid-strategy-update-14april2020.es.pdf?sfvrsn=86c0929d.10>.