



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**La prevalencia de depresión y ansiedad en adultos mayores
durante el Confinamiento por SARS-CoV-2: una revisión
sistemática**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano

AUTOR:

Valeriano Pita, Juan Victor (orcid.org/0000-0002-3226-8920)

ASESOR:

Dr. Bazo Alvarez, Juan Carlos (orcid.org/0000-0002-6169-8049)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis padres, que son el motivo por el cual me esfuerzo en cumplir mis metas, para mi hermana que siempre me está apoyando, mi familia en general, también para mis tutores y maestros que contribuyeron poco a poco con sus enseñanzas para que yo llegue a este punto.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a mis padres que siempre me están apoyando, enseñando y alentando para que cumpla mis metas, a mi hermana que con su ejemplo me ayuda a esforzarme, a mi asesor de tesis, que gracias a los conocimientos ofrecidos me facilitó y guió en el camino para lograr este objetivo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN:.....	1
II. MARCO TEÓRICO:.....	3
III. METODOLOGÍA.....	7
3.1 Diseño del estudio.....	7
3.2 Criterios de selección.....	7
3.3 Análisis de riesgo de sesgo:.....	8
3.4 Análisis de Estadístico:.....	9
3.5 Aspectos éticos:.....	9
IV. RESULTADOS.....	10
V. DISCUSIÓN.....	17
VI. CONCLUSIONES.....	21
VII. RECOMENDACIONES.....	22
VIII. REFERENCIAS.....	23
ANEXOS.....	26

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	10
Tabla 2	12
Tabla 3	14
Tabla 4	15

RESUMEN

Antecedentes: Estimar la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad entre adultos mayores tomando en cuenta su género y ubicación demográfica durante la pandemia de la enfermedad por corona virus-2019 (COVID19).

Método: una búsqueda en 3 bases de datos científicas identificó 136 estudios de prevalencia de depresión y ansiedad en adultos mayores, los cuales fueron revisados para verificar si pueden tener un aporte al estudio.

Resultados: Con una puntuación promedio de riesgo de sesgo de 6,65 (rango = 6–8), la mayoría de los estudios incluidos emplearon métodos estadísticos apropiados, utilizaron herramientas de medición validadas y tuvieron tasas de respuesta adecuadas; sin embargo, pueden tener deficiencias en el marco de la muestra, el método de muestreo y el tamaño de la muestra. Dentro de los subgrupos por género se obtuvo que hubo una mayor prevalencia en el género femenino, en cuanto a la ubicación demográfica el que tuvo mayor prevalencia fue el de la ubicación urbana.

Conclusiones: Los resultados tienen implicaciones para abordar los problemas de salud mental de los adultos mayores, especialmente en nuestro país que la mayoría de ellos pasan por un abandono y descuido, esto salió a relucir durante la pandemia de COVID-19.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, prevalencia, coronavirus, adulto mayor

ABSTRACT

Background: To estimate the prevalence of depressive and anxiety symptoms among older adults taking into account their gender and demographic location during the coronavirus disease-2019 (COVID-19) pandemic.

Method: a search in 3 scientific databases identified 136 studies on the prevalence of depression and anxiety in older adults, which were reviewed to verify if they could have a contribution to the study.

Results: With an average risk of bias score of 6.65 (range = 6–8), most included studies employed appropriate statistical methods, used validated measurement tools, and had adequate response rates; however, they may have shortcomings in the sample frame, sampling method, and sample size. Within the subgroups by gender, it was obtained that there was a higher prevalence in the female gender, in terms of demographic location, the one with the highest prevalence was that of the urban location.

Conclusions: The results have implications for addressing the mental health problems of older adults, especially in our country where most of them experience abandonment and neglect, this came to light during the COVID-19 pandemic.

Keywords: depression, anxiety, prevalence, coronavirus, older adults

I. INTRODUCCIÓN:

La pandemia de COVID-19 cambió rápidamente la forma en que las sociedades de todo el mundo viven, trabajan e interactúan entre sí.¹ Se establecieron órdenes de confinamiento y distanciamiento físico para priorizar los esfuerzos de salud pública para frenar la transmisión del coronavirus que causa el síndrome respiratorio agudo severo (SARSCoV2), estabilizar las estructuras de atención médica colapsadas y proteger a los más vulnerables. Los adultos mayores corren el mayor riesgo de enfermarse gravemente por COVID-19 y el 80 % de las muertes reportadas en Norteamérica por COVID-19 ocurrieron en personas mayores de 65 años.²

Antes de la pandemia, se encontró que el 50 % de los mayores de 60 años estaban en riesgo de aislamiento social y se encontró que la prevalencia de la soledad en los adultos mayores era del 35 % en Suecia y del 62 % en las zonas rurales de los Estados Unidos.³ Una oportunidad para salvar las conexiones sociales es a través de plataformas virtuales, sin embargo, una encuesta en adultos mayores encontró que el 48 % de los participantes sentía que las reuniones virtuales no lograban reducir la soledad, y el 10 % experimentó una mayor soledad después de las reuniones.⁴

En Perú, los problemas de salud mental son comunes en los adultos mayores, con una prevalencia de síntomas depresivos en el 2017, del 81,2 % en los institucionalizados durante el periodo pre pandemia, y del 18,7 % en los no institucionalizados; además, entre el 41,7 y el 54,9 % de los adultos mayores experimentan falta de compañía y aislamiento social mientras que existe una alta prevalencia de incapacidad para realizar las actividades cotidianas y relacionarse con los demás, problemas de comunicación y falta de adaptación a su entorno social que afectan negativamente a su calidad de vida.⁵ En el 2019 el 30,5 % de los adultos mayores peruanos había pensado una o varias veces que la vida no vale la pena, el 21 % ha deseado una o varias veces estar muerto y el 12,5 %

ha pensado una o varias veces poner fin a su vida. Ante este escenario, la pandemia de COVID-19 podría aumentar el riesgo de desarrollar problemas de salud mental o agravar los existentes, afectando el funcionamiento diario de los adultos mayores.⁶

Problema:

¿Cuál fue la prevalencia de depresión y ansiedad en adultos mayores en el contexto del confinamiento por SARS-CoV-2?

Objetivos:

General:

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en adultos mayores en el contexto del confinamiento por SARS-CoV-2.

Específicos:

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en adultos mayores según su **región demográfica (continente)** en el contexto del confinamiento por SARS-CoV-2.

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en adultos mayores según su **ubicación demográfica (rural/urbano)** en el contexto del confinamiento por SARS-CoV-2.

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en adultos mayores según el **sexo (masculino o femenino)** en el contexto del confinamiento por SARS CoV 2.

II. MARCO TEÓRICO:

Si bien la vacunación contra el COVID-19 ha reducido la necesidad de distanciamiento físico en algunos países, la incertidumbre sobre la capacidad de las vacunas actualmente disponibles para proteger contra las variantes del SARS-CoV-2 permanece. Ciertos países aún recomiendan la limitación del tamaño de las reuniones y las pruebas antes de la reunión de personas de diferentes hogares; si bien el distanciamiento físico no equivale necesariamente al aislamiento social, la soledad puede ser una consecuencia no deseada y dañina del distanciamiento físico en la población de adultos mayores a pesar de su beneficio de enlentecer la transmisión del SARS-CoV-2. Los factores demográficos, socioeconómicos y médicos contribuyen al riesgo de enfermedad mental en adultos mayores durante la pandemia. El conocimiento de estos factores contribuyentes y la implementación de estrategias e intervenciones de afrontamiento pueden ayudar a proteger a este grupo vulnerable de complicaciones psicológicas que afectan la calidad de vida y la tendencia a enfermarse.⁷

La soledad no solo está asociada con la ansiedad, la ira y la inestabilidad emocional⁵, sino que también activa el sistema nervioso simpático, lo que provoca hipertensión, inflamación y niveles elevados de la hormona del estrés. El aislamiento social se asocia con una mayor mortalidad, una menor calidad de vida⁶ y un mayor riesgo de muerte prematura, accidente cerebrovascular y demencia en la población de adultos mayores.⁷ Incluso antes de la pandemia, los adultos mayores tenían un mayor riesgo de aislamiento social y soledad que los grupos de edad más jóvenes. ⁸

Posibles factores contribuyentes a la soledad en los adultos mayores incluyen comunidades menos cohesionadas, jubilación, disminución de los ingresos, pérdida de otras personas importantes y deterioro de la salud. Los adultos mayores también son más propensos a la ansiedad al inicio del estudio, especialmente la ansiedad ante la muerte, probablemente debido a su mayor prevalencia de discapacidades físicas, enfermedades crónicas y dependencia de otros. En este contexto, las

restricciones por la pandemia de COVID-19 impusieron barreras adicionales a las redes sociales para adultos mayores. Esta población experimentó restricciones rápidas para reuniones en persona, viajes, visitas a centros de atención a largo plazo y hogares de ancianos, recreación y entretenimiento. Las instituciones espirituales cerraron sus puertas, las instalaciones de ejercicio cerraron y se cancelaron las reuniones familiares.⁹

La primera revisión sistemática para calcular la prevalencia de los síntomas de ansiedad, depresión e insomnio en la población adulta española en un metanálisis de efectos aleatorios para estimar la prevalencia de ansiedad, depresión, e insomnio; la revisión incluye 28 estudios con 38 muestras individuales en España. La prevalencia agrupada de los síntomas de ansiedad en 22 estudios que comprenden una muestra de población de 82 024 fue del 20% (IC 95%: 15%-25%), el de síntomas de depresión en 22 artículos con una muestra total de 82.890 individuos fue del 22% (IC 95%: 18%-28%) y el de síntomas de insomnio en Tres artículos con una muestra de población de 745 fue del 57 % (IC 95 %: 48–66 %).¹⁰

En otra revisión sistémica de la prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad en adultos mayores chinos durante pandemia de COVID 19, la revisión incluye 17 estudios en 12 bases de datos científicas, cuenta con una población de 11 237 adultos mayores chinos infectados por COVID19, generalmente sanos o con enfermedades crónicas. Dentro de los grupos de COVID-19, enfermedad general y crónica, la prevalencia de síntomas depresivos fue del 27 %, 26 % y 61 %, respectivamente, y la prevalencia de síntomas de ansiedad fue del 14 %, 23 % y 85 %, respectivamente. Entre los adultos mayores generalmente sanos, la ansiedad fue más frecuente durante la Fase 2 (marzo-abril de 2020) de la pandemia en comparación con otras fases de tiempo.¹¹

También en un estudio examinaron la relación entre la ansiedad por COVID-19 y el bienestar en veteranos mayores; en 122 pacientes de la muestra que tenían 65 años o más. La edad osciló entre 65 y 94 años (M=73, SD = 5,0). La muestra fue predominantemente masculina (90%), blanca (83%), educada (65%) y casada (69%). Se informó ansiedad

moderada a alta por COVID-19 en el 38% de la muestra. Los veteranos mayores que reportaron ansiedad COVID-19 de moderada a alta tenían 5 veces más probabilidades de reportar soledad, 11 veces más probabilidades de cumplir con el límite de diagnóstico para ansiedad, 3 veces para depresión y 3 veces para insomnio.¹²

En un estudio parecido se cotejó la sociedad entre las medidas preventivas y los síntomas de ansiedad durante la semana inmediatamente anterior a la investigación y aquellos síntomas y medidas al inicio del brote en una indagación transversal de población mediante un cuestionario en línea, se empleó el Inventario (STAI-6) para valorar los síntomas de ansiedad. De un total de 3555 contestaciones completadas, un total de 52.1% (95% intervalo de confianza [IC] 50.4–53.7) de los encuestados obtuvieron niveles moderados a severos de síntomas de ansiedad en la última semana, mientras que el 48.8% (IC 95% 47.2–50.5) comunicaron síntomas de ansiedad moderados a severos al inicio del brote.¹³

En Arabia se realizó un estudio donde analizaron el estado psicoemocional en 620 adultos mayores (edad media, 66,4 ± 5,3 años); los principales factores asociados al estrés fueron la incertidumbre (62%) y el miedo a que otros miembros de la familia se enfermaran (60%). De todos los encuestados, el 15% estuvo de acuerdo con la necesidad de prolongar el período de cuarentena, el 47% tuvo una actitud neutral y el 38% exhibió una actitud negativa. Los altos niveles de ansiedad se observaron en el 56% de la población mayor y se asociaron con el menor uso del humor ($H = 11,498$, $p \leq 0,002$). Por otro lado, dichos encuestados demostraron un mayor uso de la planificación ($H = 6,227$, $p \leq 0,039$), ventilación ($H = 11,087$, $p \leq 0,004$), evitación ($H = 7,457$, $p \leq 0,019$).¹⁴

Se evaluaron los síntomas depresivos y de ansiedad y el dominio percibido justo después de la primera ola de la pandemia de COVID-19 en comparación con años anteriores en adultos mayores que viven en la comunidad; se utilizaron datos de 1068 adultos mayores holandeses; los síntomas depresivos, los síntomas de ansiedad y los sentimientos de dominio se evaluaron con la escala corta de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-10), la Escala de Depresión de

Ansiedad del Hospital - Subescala de Ansiedad (HADS-A), se produjeron aumentos significativos en estos cuestionarios durante el año COVID en comparación con años anteriores ($p < 0.05$).¹⁵

En un estudio transversal se evaluaron los síntomas depresivos y de ansiedad basado en la comunidad se utilizaron el Trastorno de ansiedad general-7 y la Escala de depresión geriátrica para detectar los síntomas de ansiedad y depresión, del total de adultos mayores entrevistados, el 68,7% había desarrollado síntomas de ansiedad y el 59,9% tenía síntomas de depresión durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019. La categoría de edad de 81 a 90 años y más de 90 años, la falta de apoyo social y tener una enfermedad crónica se asociaron significativamente con síntomas de depresión ($p < 0.05$).¹⁶

Una investigación transversal se ejecutó a través de una encuesta telefónica, esta tuvo como objetivo identificar la morbilidad psicológica en los adultos mayores durante la etapa por COVID-19 Los adultos mayores que se eligieron fueron contactados telefónicamente y se les guio mediante la Escala de Ansiedad Geriátrica y la Escala de Depresión Geriátrica; se incluyeron un total de 92 participantes de edad avanzada; el 90,2% estaba casado y el 66,3% había logrado un nivel de educación de posgrado/profesional. La enfermedad crónica residía en el 50% de los sujetos. Las enfermedades más frecuentes fueron hipertensión (27,2%) y diabetes (21,7%). La proporción de adultos mayores con ansiedad y depresión fue de 8,7% y 15,2% respectivamente.¹⁷

Se encontró revisiones sistémicas relacionadas con el tema, pero lo que plantea esta revisión es un estudio específico en la población adulta mayor a diferencia de las otras revisiones, además que plantea una división en subgrupos para verificar la prevalencia en lo que es el género de los adultos mayores estudiados y su ubicación demográfica. A demás se realizó una búsqueda de artículos en idiomas en inglés y español a diferencia de las revisiones encontradas.

III. MÉTODO

3.1 Diseño del estudio Revisión sistemática

3.2 Criterios de selección Criterios de inclusión:

- Tipo de estudio: estudios observacionales cohortes, casos y controles, transversales
- Población: Pacientes adultos mayores • Exposición: Confinamiento por SARS-CoV-2.
- Resultado: Ansiedad y depresión.

Criterios de exclusión:

- Estudios de reporte de casos, resúmenes de congreso, cartas al editor, comentarios.

a. Procedimientos y técnicas

La investigación se llevó a cabo siguiendo la lista de verificación de Elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA). [Anexo 1]

Estrategia de búsqueda:

Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos: pubmed, Scopus, Web of Science. Donde se empleará una estrategia de búsqueda a base de términos claves que enfoquen cada una de las variables [Anexo 2], la búsqueda abarco artículos que pertenezcan a nuestros criterios de inclusión, y que hayan sido publicados en un periodo de máximo 3 años al año actual. La búsqueda se realizó en dos idiomas (inglés y español)

Manejo de datos obtenidos:

Posteriormente fueron descargados los metadatos de los estudios incluidos para ser unidos en un solo fichero. Se usó el software Rayyan QCRI para hallar los estudios duplicados.

Selección de estudios:

Se realizó a través de dos fases. Una revisión por título-resumen y otra a texto completo. En la primera fase, se hizo la selección en función a los criterios de selección: Identificando la población

de estudio en cada artículo (< 60 años), se utilizó escalas estandarizadas y validadas para medir el estado de salud mental de los participantes. La segunda fase se revisó a texto completo aquellos trabajos que quedaron incluidos de la selección anterior.

Extracción de datos:

Para la extracción de datos de este artículo se necesitó la colaboración de hasta dos personas más, los datos se extrajeron de forma independiente y las discrepancias de codificación se solucionarán mediante discusión entre los 3 revisores. Cada estudio primario se codificó con base en las siguientes peculiaridades: (a) identificación del estudio (título, nombre del primer autor, año de publicación y fecha de recolección de datos); (b) características metodológicas (diseño del estudio, método de muestreo, tamaño de la muestra y tasa de respuesta al cuestionario); (c) características de la muestra (región y condiciones de salud física y género); y (d) criterios de evaluación y resultado (escalas para depresión y/o ansiedad, puntos de corte y prevalencia de depresión y/o ansiedad).

3.3 Análisis de riesgo de sesgo:

El riesgo de sesgo de cada artículo comprendido se evaluó mediante el Instrumento de valoración crítica del Joanna Briggs Institute (JBI) para estudios de prevalencia (Anexo 3). Este instrumento consta de nueve ítems, cada uno con una puntuación de 0 o 1, con una puntuación total que oscila entre 0 y 9. Cada estudio fue calificado de forma independiente por dos revisores y las disconformidades se resolvieron mediante discusión entre los dos evaluadores y uno más para un desempate. Los resultados finales se presentan en una tabla de puntajes, como sugiere el estándar.

3.4 Análisis de Estadístico:

Los datos recolectados en todas las publicaciones seleccionadas fueron organizados y presentados en tablas, incluyendo su frecuencia simple y relativa (porcentajes).

Los datos de prevalencia de depresión y ansiedad fueron metaanalizados, presentando prevalencias generales y según región, ubicación y sexo (ver objetivos del estudio). Se usó una transformación de arcoseno doble de Freeman-Tukey para estabilizar las varianzas antes de realizar la estimación agrupada. Suponiendo que la distribución binomial permitiera la inclusión de estudios con proporciones iguales a cero. Se realizó un modelo de efectos aleatorios aplicando el método de DerSimonian y Laird para tratar la variación adicional entre estudios. La heterogeneidad se evaluó utilizando la medida I-cuadrado. El I-cuadrado se interpretó como heterogeneidad alta ($\geq 75\%$), heterogeneidad moderada ($\geq 50\%$) y heterogeneidad baja ($\geq 25\%$).²⁵ El sesgo se evaluó con gráficos en embudo (funnel plots). Todos los análisis y gráficos se realizaron con el programa Stata 17.0.

3.5 Aspectos éticos:

Este estudio de Revisión Sistemática fue aprobado por el comité de ética de la universidad Cesar Vallejo (ANEXO 05), también consta de datos públicos y acceso abierto a las redes, con pacientes anonimizados, por ello, según la declaración de Helsinki, se respetó el párrafo 21 de los principios básicos¹⁶. Se implementó los principios de respeto, beneficencia, justicia, integridad o conducta responsable del investigador.

IV. RESULTADOS

Proceso de selección

En el estudio se incluyeron un total de 136 artículos originales sobre adultos mayores. De dichos artículos, 85 reportaron la prevalencia tanto de síntomas depresivos como de ansiedad, 44 reportaron solo la prevalencia de síntomas depresivos y 7 informaron solo la prevalencia de síntomas de ansiedad. Así mismo, 134 artículos brindaron información de la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad por género (femenino y masculino), y solo 16 artículos brindaron esta información por ubicación (rural y urbano). El diagrama de flujo del estudio se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA de la revisión sistemática

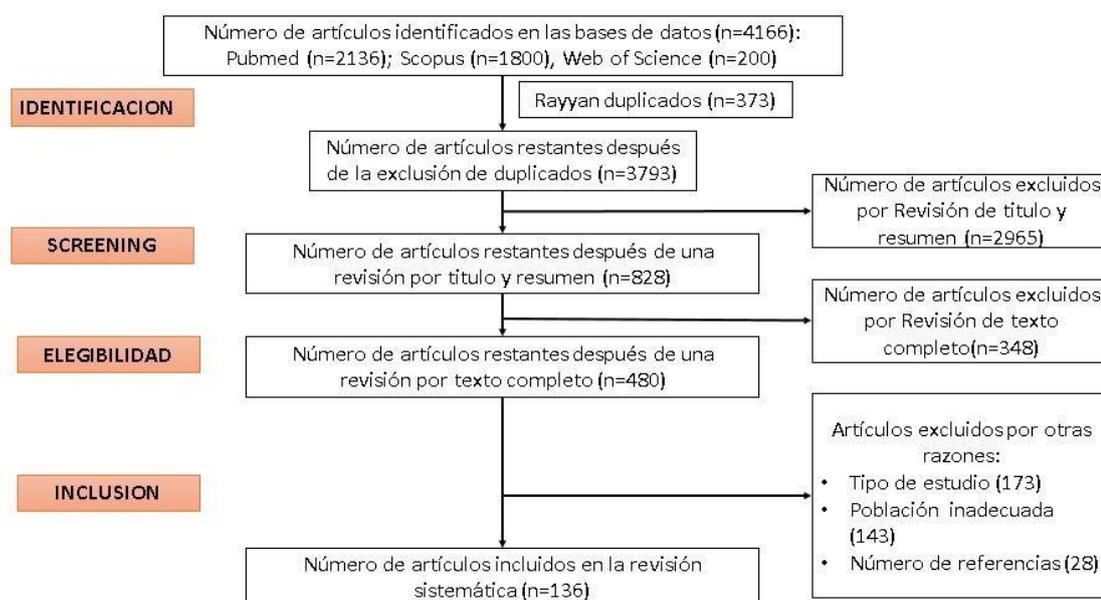


Tabla 1 muestra una descripción de los estudios seleccionados según año, región (continente) y país. La mayor cantidad de artículos se publicaron en el 2022 (57 estudios, 41,91%). Asimismo, la mayor cantidad de artículos provienen del continente asiático (50 estudios, 36,76%). El país que reportó mayor cantidad de estudios fue Estados Unidos (19 artículos, 14,00%).

Tabla 1. Año y ubicación de los estudios seleccionados (N=136)

Año de publicación	N°	%	
	2020	33	24.3
	2021	46	33.8
	2022	57	41.9
Región	América	40	29.4
	Asia	50	36.8
	Oceania	1	0.7
	Africa	6	4.4
País	Europa	39	28.7
	Albania	1	0.7
	Alemania	5	3.7
	Arabia Saudita	1	0.7
	Argelia	1	0.7
	Argentina	1	0.7
	Australia	1	0.7
	Bangladesh	2	1.5
	Brasil	2	1.5
	Canada	8	5.9
	Chile	1	0.7
	China	12	8.8
	Chipre	1	0.7
	Congo	1	0.7
	Corea	5	3.7
	Ecuador	1	0.7
	Emiratos Arabes	1	0.7
	Eslovaquia	1	0.7
	España	5	3.7

Estados Unidos	14.0
Grecia 1	0.7
Holanda 2	1.5
Hong Kong 9	6.6
Hungría 2	1.5
India 2	1.5
Indonesia 1	0.7
Iran 1	0.7
Irlanda 1	0.7
Israel 2	1.5
Italia 6	4.4
Japón 5	3.7
Libano 1	0.7
Marruecos 1	0.7
México 3	2.2
Nigeria 1	0.7
Perú 5	3.7
Polonia 1	0.7
Portugal 2	1.5
Qatar 2	1.5
Reino Unido 9	6.6
Serbia 1	0.7
Singapur 2	1.5
Suecia 1	0.7
Tailandia 1	0.7
Turquía 4	2.9
Vietnam 1	0.7

Tabla 2 presenta información según el outcome de interés (depresión/ansiedad), sexo y ubicación (relevante para los objetivos secundarios), tipo de estudios, instrumentos utilizados, tamaño de las muestras,

y procedimiento de recolección de datos. La mayoría de los estudios reportaron prevalencias de depresión y ansiedad simultáneamente (n=85, 62.5%), y solo estratificada según sexo (n=120, 88.2%). Los estudios fueron transversales en su mayoría (n=74, 54.4%), y se usó primordialmente el PHQ9 (n=98, 72.1%) para evaluar la depresión y el GAD-7 para evaluar la ansiedad (n=75, 55.1%). Los tamaños muestrales estuvieron en su mayoría entre 1'000 personas o menos por estudio (n=70, 51.5%). El método de recolección de datos preferido fue online (n=106, 77.9%).

Tabla 2. Variables, tipos de estudio, instrumentos, tamaño muestral y procedimientos de los estudios seleccionados (N=136)

Depresión/Ansiedad	N°	%
Depresión y ansiedad	85	62.5
Solo depresión	45	33.1
Solo ansiedad	6	4.4
Sexo/Ubicación (rural/urbano)		
Sexo y ubicación	14	10.3
Sólo ubicación	2	1.5
Sólo sexo	120	88.2
Tipo de estudio		
Transversal	74	54.4
Longitudinal	36	26.5
Casos y controles	9	6.6
Cohorte	5	3.7
Mixto	7	5.1
Instrumento utilizado para medir depresion		
CESD-10	3	2.2
Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9)	98	72.1
Cuestionario de salud del paciente-4 (PHQ-4)	1	0.7
DSM-5	1	0.7
Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	12	8.8
Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)	1	0.7
Escala de depresión de autoevaluación (SDS)	1	0.7
Inventario de depresión de Beck (BDI-ii)	1	0.7
Escala de depresión de la muerte (DDS)	1	0.7
Escala de depresión geriátrica (GDS)	11	8.1
Instrumento utilizado para medir ansiedad		

Evaluación del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)	7	75	55.1
Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	7		5.1
Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)	1		0.7
Escala de ansiedad de autoevaluación (SAS)	1		0.7
Cuestionario de salud del paciente-4 (PHQ-4)	1		0.7
Test de Beck	2		1.5
Escala de ansiedad ante la muerte de templer (TDAS)	1		0.7
Inventario de depresión de Beck (BDI-ii)	1		0.7
Escala de depresión geriátrica (GDS)	1		0.7
Tamaño de muestra			
	1-1'000	70	51.5
	1'001-3'000	34	25.0
	3'001-5'000	8	5.9
	5'001-10'000	8	5.9
	>10'000	16	11.8
Procedimiento de recolección de datos			
	Presencial	30	22.1
	Online		77.9

Tabla 3 muestra los resultados del meta-análisis de la prevalencia de depresión, general y estratificado según sexo, ubicación y región (continentes). La prevalencia de depresión general fue de 34,8 % (95 % IC: 32,5 %–37,2 %), no obstante, con una alta heterogeneidad entre estudios ($I^2=99.8$). La prevalencia de depresión fue mayor en mujeres (21.0%, IC95%: 19.4-22.6) que en hombres (12.3%, IC95%: 11.3-13.3), con una diferencia de 8.7%. La prevalencia de depresión fue mucho mayor en zonas urbanas (23.9%, IC95%: 20.0-28.0) que en zonas rurales (3.2%, IC95%: 2.5-3.9). En términos de regiones, la mayor prevalencia de depresión estuvo en África (46.4%, IC95%: 27.9-65.5) y la menor en Oceanía (23.8%, IC95%: 23.3-24.3).

Tabla 3. Meta-analisis de la prevalencia de depresion reportada en los estudios seleccionados (N=129)						
Estratificación	Prevalencia	(IC 95%)	I^2	p-valor	numero de estudios	weight
general	34.8%	(32.5-37.2)	99.8	<0.001	129	100.0
según sexo						
femenino	21.0%	(19.4-22.6)	99.6	<0.001	128	50.0
masculino	12.3%	(11.3-13.3)	99.3	<0.001	128	50.0

<i>combinado</i>	16.4%	(15.4-17.4)	99.6	<0.001	256	100
según ubicación rural						
	3.2%	(2.53-3.9)	97.5	<0.001	16	50.0
urbano	23.9%	(20.0-28.0)	99.6	<0.001	16	50.0
<i>combinado</i>	11.8%	(8.0-16.2)	99.9	<0.001	32	100
según región						
Africa	46.4%	(27.9-65.5)	*	*	3	2.4
América	39.4%	(34.6-44.4)	99.8	<0.001	38	29.7
Asia	30.6%	(26.8-34.4)	99.8	<0.001	47	36.2
Europa	35.3%	(31.0-39.8)	99.7	<0.001	39	30.2
Oceanía	23.8%	(23.3-24.3)	*	*	2	1.6
<i>combinado</i>	34.8%	(32.5-37.2)	99.8	<0.001	129	100.0

IC = Intervalo de Confianza, I2 = prueba de homogeneidad

Tabla 4 muestra los resultados del meta-análisis de la prevalencia de ansiedad, general y estratificado según sexo, ubicación y región (continentes). La prevalencia de ansiedad general fue de 32.0 % (95 % IC: 28.3-35.7), no obstante, con una alta heterogeneidad entre estudios (I2=99.8). La prevalencia de ansiedad fue mayor en mujeres (19.3%, IC95%: 17.3-21.4) que en hombres (11.8%, IC95%: 10.5-13.3), con una diferencia de 7.5%. La prevalencia de ansiedad fue mucho mayor en zonas urbanas (35.2%, IC95%: 23.8-47.6) que en zonas rurales (5.8%, IC95%: 3.2-9.1). En términos de regiones, la mayor prevalencia de ansiedad estuvo en África (42.3%, IC95%: 0.00-97.0) y la menor en Oceanía (21.5%, IC95%: 21.0-22.0).

Tabla 4. Meta-análisis de la prevalencia de ansiedad reportada en los estudios

Estratificación	Prevalencia	(IC 95%)	I2	p-valor	numero de estudios	weight
general	32.0%	(28.3-35.7)	99.8	<0.001	89	100.0
según sexo						
femenino	19.3%	(17.3-21.4)	99.6	<0.001	89	50.0
masculino	11.8%	(10.5-13.3)	99.4	<0.001	89	50.0

	<i>combinado</i>	15.4%	(14.1-16.7)	99.6	<0.001	178	100	seleccionados (N=89)
según ubicación								
	rural	5.8%	(3.2-9.1)	94.8	<0.001	7	50.0	
	urbano	35.2%	(23.8-47.6)	98.8	<0.001	7	50.0	
	<i>combinado</i>	18.2%	(12.3-25.1)	99.8	<0.001	14	100	
según región								
	Africa	42.3%	(0.0-97.0)	99.9	<0.001	4	4.5	
	America	36.1%	(29.4-43.1)	99.8	<0.001	26	29.4	
	Asia	27.5%	(23.7-31.5)	99.5	<0.001	34	38.0	
	Europa	32.9%	(25.8-40.4)	99.8	<0.001	23	25.7	
	Oceanía	21.5%	(21.0-22.0)	99.8	<0.001	2	2.3	
								<i>combinado</i> 32.0% (28.3-35.7)
								99.8 <u>89</u>
								<0.001 <u>100.0</u>

IC = Intervalo de Confianza, I2 = prueba de homogeneidad

Evaluación del riesgo de sesgo y sesgo de publicación

La puntuación promedio del riesgo de sesgo de los 136 estudios incluidos fue de 6,65 (rango = 6–8) ANEXO 04. Con base en los resultados, la mayoría de los estudios incluidos emplearon métodos estadísticos apropiados, utilizaron herramientas de medición validadas y tuvieron tasas de respuesta adecuadas. Sus limitaciones más comunes fueron: (a) marco de muestra inadecuado; (b) métodos de muestreo inapropiados; y (c) tamaño de muestra insuficiente.

V. DISCUSIÓN

En los 136 artículos revisados se encontró una prevalencia de los síntomas depresivos (34,8%) y de ansiedad (32%) mayor en los adultos mayores, a su vez en su subdivisión por grupos de género, se encontró que esta prevalencia es mayor en el género femenino que en el masculino tanto en los síntomas depresivos (F:21%, M:12,3%) como ansiosos (F:19,3%, M:12,8%). También se encontró una mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en los adultos mayores que se encuentran viviendo en una zona urbana que en una zona rural (Depresión: U:23,9%, R:3,2%; Ansiedad: U:35,2%, R:5,8%), aunque la evidencia para sostener esto se considera insuficiente debido a que la cantidad de artículos que la respaldan es menor.

La revisión sistemática realizada coincide con los datos revisados por revisiones sistemáticas anteriores, como se puede observar en el anexo 13 no se evidencia una variación grande en cuanto a las tasas de prevalencia de los síntomas depresivos y ansiosos en el adulto mayor, solo se observa un pequeño crecimiento en cuanto al periodo pre en relación al periodo post pandemia, esto se puede deber a que durante este periodo de confinamiento se podría decir que se agregó una preocupación más a este grupo etario, debido a que la mayoría de este grupo padece de alguna enfermedad crónica que en su efecto los hacía aún más vulnerables a lo que era el COVID-19, generando en si un mayor estado de incertidumbre en ellos, afectando así a su salud mental. Otro dato que observamos en esta tabla es que el tema de salud mental ha tomado una gran importancia en los últimos años, esto se puede evidenciar que la cantidad de artículos realizados acerca de estos en los dos últimos años, son casi el doble a los artículos encontrados en los 10 años anteriores a pandemia, esto se puede deber a que el confinamiento afecto demasiado a la salud mental he hizo de este un tema necesario para la investigación por lo cual en estos años se publicó una serie de artículos de investigación que ayudaron a realizar esta revisión sistemática. En relación a las revisiones sistemáticas realizadas anteriormente a esta y la diferencia que hay entre ellas y esta, la diferencia más resaltante es el número de artículos utilizados para el metanálisis, esto se puede deber a que la presente realizo una recolección de artículos en 3 idiomas (chino, español e inglés), otra de las

diferencias encontradas es que de son muy pocas las revisiones sistemáticas que estudian a la ansiedad en adultos mayores incluso se puede observar que la mayoría de artículos encontrados antes de la pandemia se basan en el estudio de la salud mental solo en la depresión, y a partir del confinamiento este paso a ser un tema de mayor relevancia, pero solo se encontró una revisión sistemática en la cual se estudió tanto la depresión y ansiedad. A su vez las revisiones sistemáticas antes mencionadas basaban su estudio del adulto mayor acompañado de enfermedades crónicas o teniendo en cuenta las patologías que este padecía, incluso el nivel de ingresos económicos para ver si es una persona de recursos de bajos, sin embargo en esta revisión sistemática se hizo un abordaje distinta del adulto mayor buscando encontrar sus tasas de prevalencia de los síntomas depresivos y ansiosos según el género ya sea masculino o femenino, siendo esta una de las principales dificultades encontradas debido a que muchos de los artículos encontrados no nos brindaron el dato de primera mano, para lo cual se tuvo que realizar un análisis estadístico según los datos de los participantes que brindaban, y paso lo mismo con la segunda variable que se consideró que fue la ubicación demográfica (rural y urbano) de los adultos mayores durante el confinamiento.

Los estudios basados en la población adulta mayor demuestran el impacto significativo de COVID-19 en la salud mental y el bienestar de las personas. Este estudio basado en la población se suma a la evidencia existente al identificar las diferencias de sexo y edad en las consecuencias para la salud mental de las restricciones de COVID-19 y los factores asociados. Como se sabe la pérdida de un trabajo, tener mucho miedo de contraer COVID-19 y experimentar las restricciones como altamente adversas para la vida diaria aumentó el riesgo de síntomas clínicamente significativos de ansiedad y depresión y de irritabilidad reportada en casi todos los grupos, otros factores fueron más probables pueden afectar la salud mental de los subgrupos. Una de las teorías por las cual se cree que se aumentó el riesgo de ansiedad en mujeres mayores de 60 años. Además, aumentó el riesgo de irritabilidad reportada para mujeres de todas las edades, pero no para hombres. Una de las teorías que podría explicar estos hallazgos es que, como consecuencia del COVID-19 y sus restricciones asociadas en la economía provoco un aumento en la cantidad de habitantes en las casas. El trabajo de restablecer las expectativas sobre cómo convivir, negociar las contribuciones a las tareas del

hogar y lidiar con los sentimientos de frustración de los hijos puede haber sido realizado en gran medida por las mujeres, lo que puede haber contribuido a su mayor riesgo de ansiedad e irritabilidad. El trabajo no remunerado de cuidar a los niños y familiares dependientes es realizado desproporcionadamente por mujeres. Otra de las posibles causas por las cuales se estipula que las mujeres mayores tengan una mayor prevalencia de problemas mentales es que existe una mayor probabilidad de enviudar, de menos ingresos y de que se conviertan cuidadoras dependientes.

Los adultos mayores que se encontraban en una zona rural reportaron una menor prevalencia de síntomas depresivos que los adultos mayores que habitan en una zona urbana, las teorías que intentan explicar esto es porque se debe las personas tenían un menor acceso a redes sociales y medios de comunicación que transmitían a diario los datos epidemiológicos de esta pandemia, y como es que estaba acrecentando sus víctimas generando un mayor miedo, a su vez a pesar de las restricciones las personas que viven en una zona rural tenían acceso al campo, al aire libre y la naturaleza durante las restricciones, en cambio las personas que viven en una zona urbana tuvieron que pasar durante un aislamiento en casa en cuatro paredes y una capacidad más limitada para caminar. Aunque existe evidencia que consideraba que vivir en una zona rural durante el confinamiento sería un factor de riesgo porque argumentaban que estas personas no tendrían el mismo acceso al personal de salud como social y para adquirir alimentos o implementos para sus necesidades básicas, este artículo como muchos otros estipulan que vivir en una zona rural es un factor protector.

Las fortalezas de este estudio es que se realizó una revisión exhaustiva de 136 artículos que es un número que se podría considerar apropiado para una buena revisión, además de que los artículos pertenecían bases científicas confiables y tienen una revisión metodológica que les da una mayor confiabilidad y aplicabilidad. Las limitaciones del estudio están relacionadas con el número de artículos que se revisaron con las variables de ubicación demográfica, las cuales no son muchas y no nos podría dar un dato tan confiable.

La utilidad práctica basa su potencial en guiar la atención médica y las medidas tomadas en salud pública para evitar el aumento de la prevalencia y el desarrollo de depresión y ansiedad por covid-19. En los adultos mayores se

debe tomar medidas más simples como mensajes de texto debido a que no tienen tanto acceso tecnológico, además de limitarse a brindar información esperanzadora y alentadora aparte de preventiva. Las medidas también pueden estar dirigidas a mejorar las habilidades tecnológicas de las personas mayores. Implementar medidas para promover el cuidado de la salud mental, debido a que el COVID-19 fue el despertar para darnos cuenta cuán importante es la salud mental en las personas y como es que esta se puede ver afectada, como lo fue durante todo el proceso de la pandemia.

La revisión sistemática aporta una evidencia más del impacto que tuvo el covid19 en la salud mental, aunque no hubo un crecimiento exponencial en las tasas de prevalencia de enfermedades mentales en los adultos mayores, si se observa que estas aumentaron un poco, además aumentaron el número de investigaciones, lo cual ayudaría a investigaciones futuras del tema, debido a que es un poco difícil tratar de comparar la salud mental pre y post pandemia porque existe muy poca evidencia del tema antes de la pandemia.

A su vez la revisión sistemática nos brinda información del adulto mayor según su género, en la cual se observa una mayor prevalencia tanto de síntomas depresivos y ansiosos en el género femenino que en el masculino, el mismo aporte se evidencia en relación de los adultos mayores que pasaron la pandemia en una zona urbana a los adultos mayores que pasaron el confinamiento en una zona rural.

VI. CONCLUSIONES

- La prevalencia de depresión en adultos mayores durante la pandemia fue de 34.8% a nivel global (IC95%: 32.5-37.2)
- La prevalencia de ansiedad en adultos mayores durante la pandemia fue de 32.0% a nivel global (IC95%: 28.3-35.7)
- La depresión y la ansiedad fueron mayores en mujeres que en hombres durante este periodo
- Las zonas urbanas parecen las más afectadas, pero esto necesita mayor estudio
- África fue el continente más afectado, mientras que Oceanía fue el menos afectado, tanto en depresión como ansiedad del adulto mayor
- La evidencia general señala que las prevalencias de depresión y ansiedad habrían aumentado en el período de pandemia respecto al inmediato anterior.

VII. RECOMENDACIONES

-Elaboración de una GPC para el diagnóstico y manejo oportuno de la depresión y ansiedad en el adulto mayor, debido a que es un problema que disminuye la calidad de vida de este grupo.

- Mejorar estrategias de salud pública para orientar a los adultos mayores y su familia acerca de actividades que pueden realizar juntos para confraternizar y evitar la soledad.

- Mejorar las instituciones del adulto mayor para que estos en su estado de abandono gozan de un mejor servicio y evitar problemas de salud mental.

VIII. REFERENCIAS

- 1.-Flaxman S, Mishra S, Gandy A, Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. Nature. (Internet).2020. (citado el 22 de julio del 2022). 584(7820):257-261. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7>
- 2.-Fakoya O, McCorry N, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. BMC Public Health.(Internet) 2020 (Citado el 22 de Julio del 2022);20(1):129. 12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32054474/>
- 3.-Khademi F, Moayedi S, Golitaleb M, karbalaie N. The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly. Int J Ment Health Nurs.(Internet) 2021(Citado el 22 de Julio del 2022);30(1):346-349. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33289213/>
- 4.-Banerjee D. 'Age and ageism in COVID-19': elderly mental health-care vulnerabilities and needs. Asian J Psychiatr.(Internet) 2020 (Citado el 22 de Julio del 2022);51:102154. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7198430/>
- 5.-Dominguez S, Centeno-Leyva S. Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en Lima Metropolitana. Enfermería Clínica. (Internet). 2017. (Citado el 22 de Julio del 2022) 27(1), 59–60. Disponible en: <https://www.elsevier.es/enrevistaenfermeria-clinica-35-articulo-comprar-prevalenciadepresionadultos-mayores-S1130862116300973>
- 6.-Caycho T, Carbajal C, Noé M. Loneliness, sex and general health perception in Peruvian older adults. Revista Española de Geriatria y Gerontología (Internet). 2022 (Citado el 22 de Julio del 2022), 55(3), 187–188. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/26626>

7.-Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. (Internet) 2020 (Citado el 22 de Julio del 2022);66(4):0020764020915212. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32233719/>

8.-Rahman MA, Hoque N, Alif SM, Salehin M, Islam SMS, Banik B, et al. Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. *Glob Health*. (Internet) 2020 (Citado el 25 de Julio del 2022);16(1):1–15.

Disponible en:

<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-020-00624-w>

9.-Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Salemink E, Engelhard IM. Fear of the coronavirus (COVID-19): predictors in an online study conducted in March 2020. *J Anxiety Disord*. (Internet) 2020 (Citado el 25 de julio del 2022);74:102258. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32569905/>

10.-Zhang S. A Systematic Review and MetaAnalysis of Symptoms of Anxiety, Depression, and Insomnia in Spain in the COVID-19 Crisis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* (Internet) 2021 (Citado el 29 de Julio del 2022); 18. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35055841/>

11. Lizu L. Prevalence of depressive and anxiety symptoms among Chinese older adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. (Internet) 2022 (Citado el 29 de Julio del 2022);35(2):182-195. Disponible

en: <https://doi.org/10.1177/08919887221078556>

12.-Sara K. The Relationship Between Covid-19 Anxiety and WellBeing Outcomes in Older Veterans, *Innovation in Aging* (Internet)

2021(Citado el 01 de agosto del 2022); 5(2):723–724. Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1584410>

13.-Li P. Anxiety symptoms and preventive measures during the COVID-19 outbreak in Taiwan. BMC Psychiatry (Internet) 2020 (Citado el 01 de agosto del 2022); 20:376. Disponible en:
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02786-8>

14.-Ashour L. Levels and Predictors of COVID-19-Related Anxiety in Older Adults. Open Access Maced J Med Sci. (Internet) 2022(citado el 01 de agosto del 2022); 10(B):18-25. Disponible en:
<https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/7724>

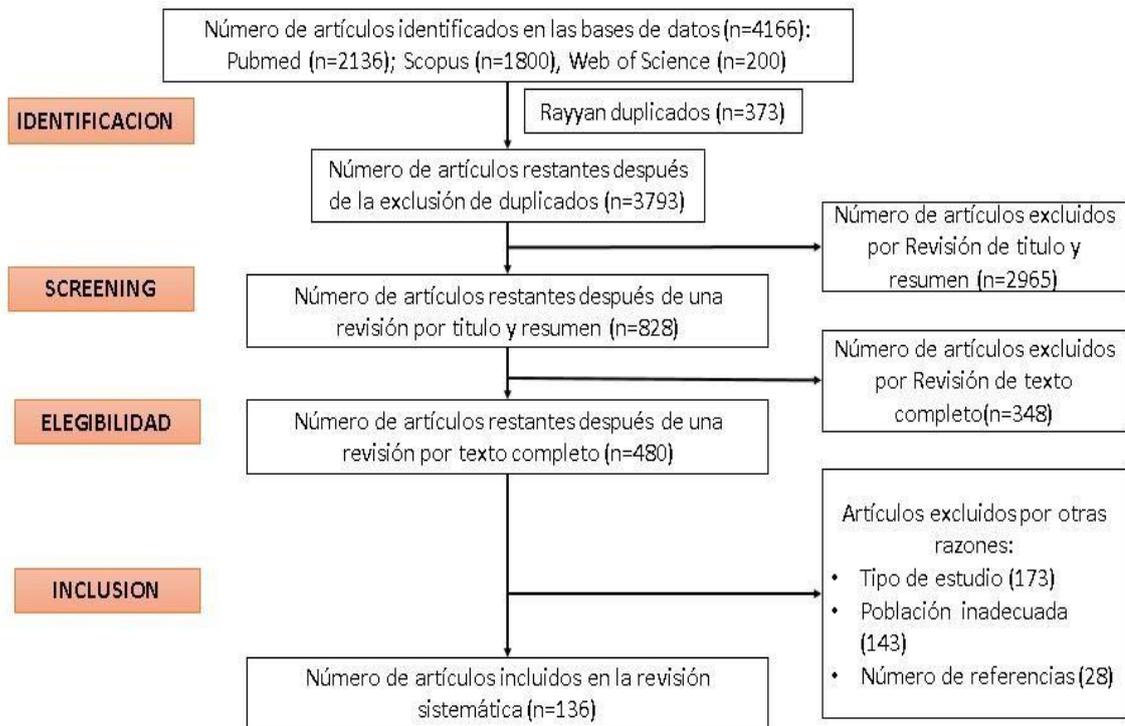
15.-Besselaar J. Symptoms of depression, anxiety, and perceived mastery in older adults before and during the COVID-19 pandemic: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. J Psychosom Res. (Internet) 2021(citado el 01 de agosto del 2022);151:110656. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399921003019>

16.-Jemal K, Geleta TA, Deriba BS, Awol M. Anxiety and depression symptoms in older adults during coronavirus disease 2019 pandemic: A community-based cross-sectional study. SAGE Open Med. (Internet)2021 (Citado del 01 de agosto del 2022); 6(2):12-17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34434556/>

17.-Das S. Anxiety and depression in the elderly due to COVID-19 pandemic: a pilot study. Middle East Curr Psychiatry (Internet) 2021(Citado el 01 de agosto del 2022); 28: 67. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8492084/>

ANEXOS

ANEXO 01: GRÁFICO PRISMA



ANEXO 02

BASES DE DATOS	PUBMED	SCOPUS	WEB OD SCIENCE
ESTRATEGIA DE BUSQUEDA	1) "anxiety"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR mental disorders[All Fields] OR depressive AND symptom [All Fields] OR anxiety AND disorders[All Fields] OR depressive AND disorders[All Fields] 2) "covid"[All Fields] OR "coronavirus"[All Fields] OR "confinement"[All Fields] OR "covid-19"[All Fields] 3) "old"[All Fields] OR "elderly"[All Fields] OR "older"[All Fields] OR geriatric AND patients[All Fields]	1) (TITLE-ABS-KEY (covid) OR TITLE-ABS-KEY (coronavirus) OR TITLE-ABS-KEY (confinement) OR TITLE-ABS-KEY (covid-19)) AND 2) (TITLE-ABS-KEY (depression) OR TITLE-ABS-KEY (disorders AND depressive) OR TITLE-ABS-KEY (depressive AND symptom) OR TITLE-ABS-KEY (mental AND disorders) OR TITLE-ABS-KEY (anxiety) OR TITLE-ABS-KEY (anxiety AND disorder)) 3) (TITLE-ABS-KEY (old) OR TITLE-ABS-KEY (older) OR TITLE-ABS-	1) ALL=(("anxiety"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR mental AND disorders [All Fields] OR depressive AND symptom [All Fields] OR anxiety AND disorders [All Fields] OR depressive AND disorders [All Fields])) 2) ALL=((covid [All Fields] OR coronavirus [All Fields] OR confinement [All Fields] OR covid-19 [All Fields])) 3) ALL=(old [All Fields] OR elderly [All Fields])

<p>4) ("anxiety"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR mental AND disorders"[All Fields] OR depressive AND symptom"[All Fields] OR anxiety AND disorders"[All Fields] OR depressive AND disorders"[All Fields]) AND (covid[All Fields] OR coronavirus[All Fields] OR confinement[All Fields] OR covid-19[All Fields]) AND (old[All Fields] OR elderly[All Fields] OR older[All Fields] OR geriatric AND patients[All Fields])</p>	<p>4) KEY (elderly) OR TITLE-ABS- KEY (geriatric AND patients) (TITLE-ABS-KEY (covid) OR TITLE-ABS-KEY (coronavirus) OR TITLE-ABS-KEY (confinement) OR TITLE-ABS-KEY (covid-19)) AND (TITLE-ABS-KEY (depression) OR TITLE-ABS-KEY (disorders AND depressive) OR TITLE-ABS-KEY (depressive AND symptom) OR TITLE-ABS-KEY (mental AND disorders) OR TITLE-ABS-KEY (anxiety) OR TITLE-ABS-KEY (anxiety AND disorder)) AND (TITLE-ABS-KEY (old) OR TITLE-ABS-KEY (older) OR TITLE-ABS-KEY (elderly))</p>	<p>OR older[All Fields] OR geriatric AND patients[All Fields])</p> <p>4) ((ALL=(((anxiety"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR " mental AND disorders [All Fields] OR " depressive AND symptom " [All Fields] OR "anxiety AND disorders [All Fields] OR "depressive AND disorders [All Fields]))) AND ALL=(((covid [All Fields] OR coronavirus [All Fields] OR confinement [All Fields] OR covid-19 [All Fields]))) AND ALL=(((old [All Fields] OR elderly [All Fields] OR older [All Fields] OR geriatric AND patients [All Fields])))</p>
--	--	--

ANEXO 3

Lista de verificación de evaluación crítica de JBI para informes de estudios de datos de prevalencia

Artículo número	Artículo	Estándar
1	¿El marco muestral fue apropiado para dirigirse a la población objetivo?	Un ítem sería puntuado "0" si fue contestado "No", "No está claro" o "No Aplicable"; si era respondido "Sí", entonces el ítem puntuado "1".
2	¿Fueron estudiados participantes muestreados de manera apropiada?	
3	¿El tamaño de la muestra fue adecuado?	
4	¿Se describieron en detalle los sujetos de estudio y el entorno?	
5	¿Se llevó a cabo el análisis de datos con una cobertura suficiente de los muestra identificada?	
6	¿Eran válidos métodos utilizados para la identificación de la condición?	
7	¿Se midió la condición de manera estándar y confiable para todos? ¿Participantes?	

8	¿Hubo un análisis estadístico apropiado?	
9	¿Fue adecuada la tasa de respuesta y, de no ser así, fue la baja Tasa de respuesta manejado apropiadamente	

ANEXO 4

autor_año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL
Choi- 2020	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Ettman -2020	Sí	No	Sí	8						
Fancourt-2020	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Ozdin-2020	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Nkire-2020	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Zhang- 2020	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Shi-2020	Sí	No	Sí	8						
Grey-2020	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Solomou-2020	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	6
Hao-2020	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Passos-2020	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	7
Alyami-2021	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Louie-2021	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Stickley-2020	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Dai-2020	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	7
Wang-2020	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Gambin-2021	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8
Zhao-2020	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Tomasoni-2020	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	6
Paz-2020	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	6
Kim-2021	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Medda-2022	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Tundo-2021	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	8
Guan-2021	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Muñoz-2021	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Hajek-2022	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6

Wu-2022	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	7
Kwon-2021	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Menouni-2022	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Escudos-2021	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Lovett-2022	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Hammaberg-2020	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Visto-2022	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Lin-2022	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Caycho-2022	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	7
Iob-2020	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Naharci-2020	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8

Kamberi-2020	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Ventura-2022	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Turna-2021	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Ko-2021	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	8
Amit-2021	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	6
Lam-2021	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Aragon-2022	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8
Galindo-2020	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Lee-2020	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	6
Fisher-2020	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	6
Wuy-2020	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	Sí	Sí	5
Ouyang-2021	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	7
Sapara-2021	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	7
Pearson-2021	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	7
Prieto-2021	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	8
Suryana-2021	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	6
Tang-2020	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Jacques-2020	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	6
Seethaler-2021	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	6
Sol-2021	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	6
Das-2021	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Pieh-2021	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	5

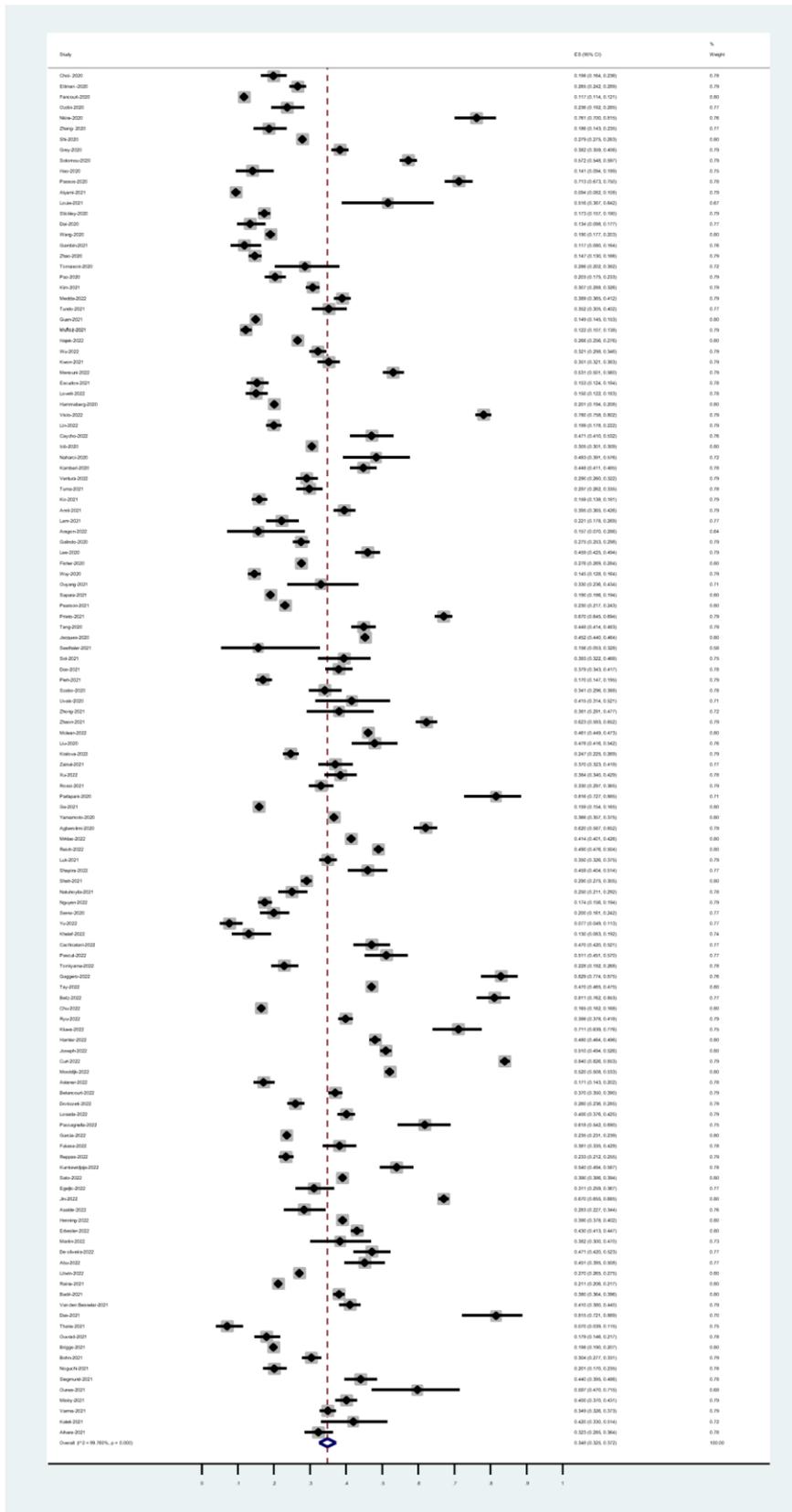
Szabo-2020	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	7
Uvais-2020	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	7
Zhong-2021	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Zhaon-2021	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8
Mclean-2022	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8
Liu-2020	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Zakeri-2021	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	8
Kralova-2022	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	6
Zainal-2021	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	6
Xu-2022	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Rossi-2021	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Parlapani-2020	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Ge-2021	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	7
Yamamoto-2020	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	7
Agberotimi-2020	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	6
Mrklas-2022	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Reich-2022	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Luk-2021	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Shapira-2022	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Shah-2021	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	6
Natuhoyila-2021	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Nguyen-2022	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Semo-2020	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6

Gosselin-2022	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	8
Yu-2022	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	6
Khalaf-2022	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Cachicatari-2022	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí	5
Pascut-2022	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	6
Tomiyama-2022	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Gaggero-2022	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Tay-2022	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Betz-2022	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	6
Chu-2022	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	6

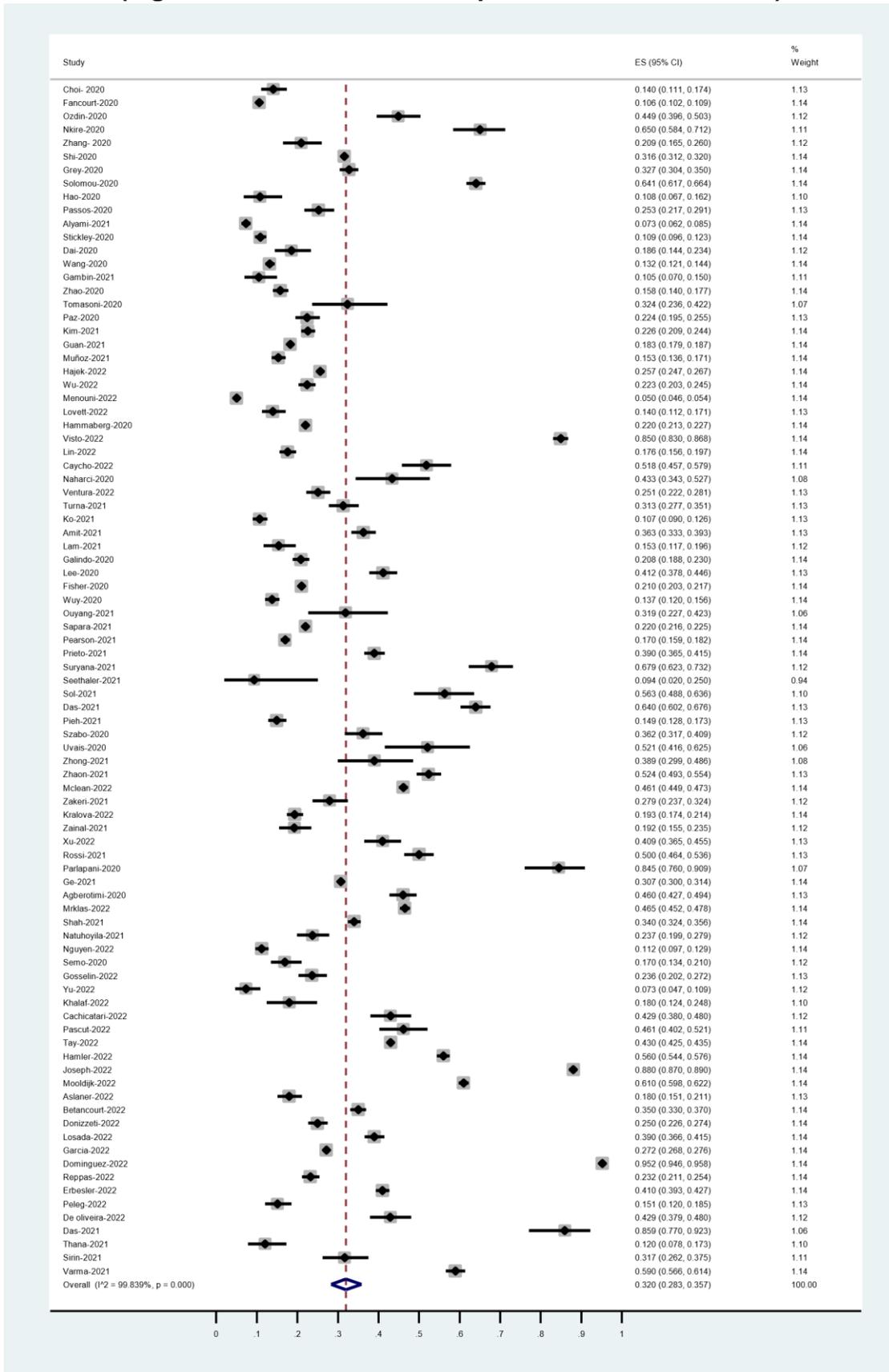
Ryu-2022	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	7
Kluwe-2022	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	7
Hamler-2022	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Joseph-2022	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	6
Curl-2022	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Mooldijk-2022	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8
Aslaner-2022	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	7
Betancourt-2022	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	7
Donizzeti-2022	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	7
Losada-2022	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Paccagnella-2022	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Garcia-2022	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	6
Fukase-2022	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	6
Dominguez-2022	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Reppas-2022	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Kurniawidjaja-2022	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	6
Sato-2022	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	6
Egeljic-2022	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	8
Jin-2022	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Asalde-2022	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Henning-2022	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	6
Erbesler-2022	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Martin-2022	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Peleg-2022	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	6
De oliveira-2022	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	7
Abu-2022	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	7
Litwin-2022	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8
Raina-2021	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Badri-2021	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Van den Besselar2021	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Das-2021	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Thana-2021	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	6
Ouvrad-2021	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	6

Briggs-2021	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
Sirin-2021	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8
Bohn-2021	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	7
Noguchi-2021	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	7
Siegmund-2021	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	7
Ounes-2021	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	7
Mistry-2021	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	6
Varma-2021	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	7
Kaleli-2021	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	6
Aihara-2021	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	6

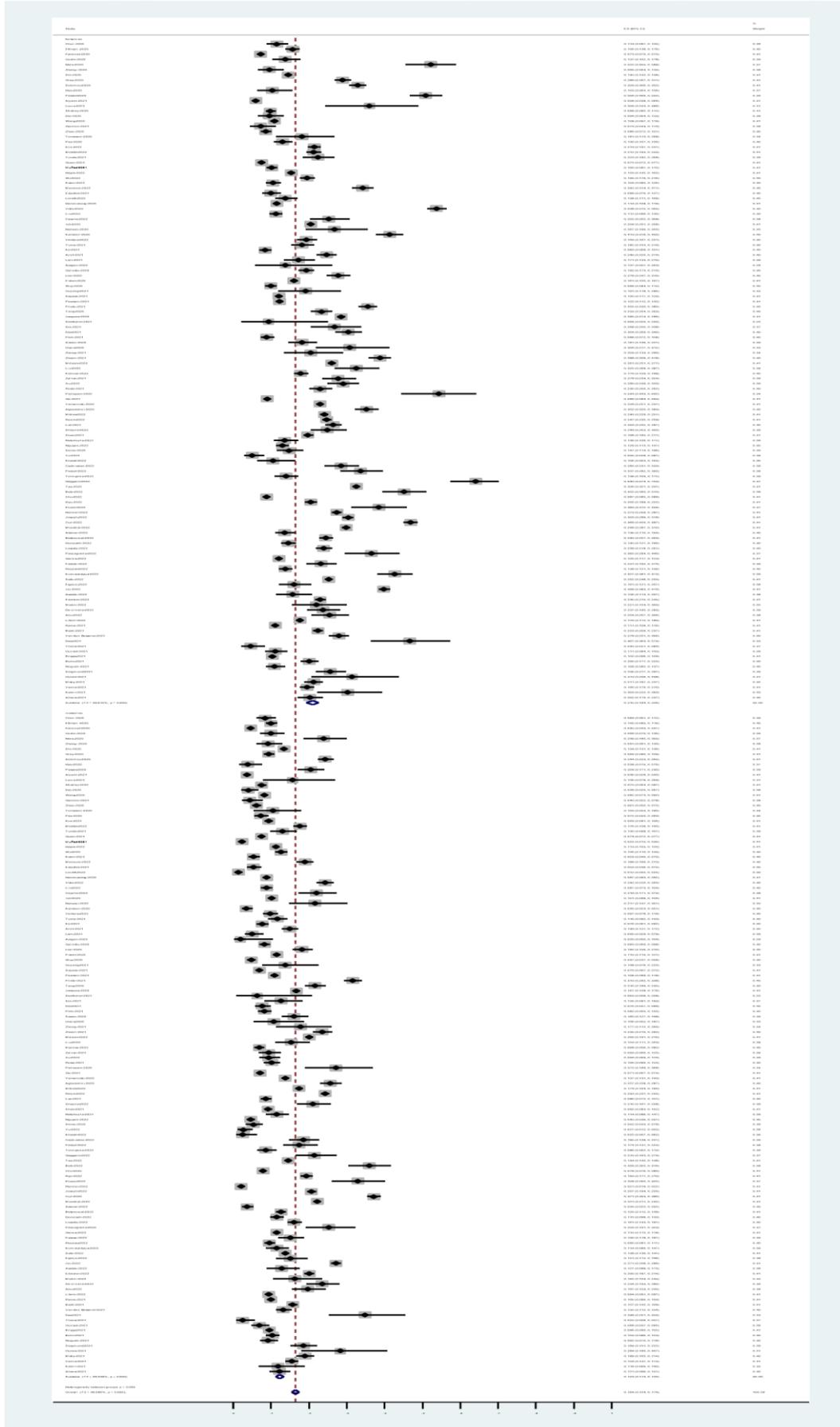
ANEXO 05 (Figura 1. Meta-análisis de la prevalencia de depresión)



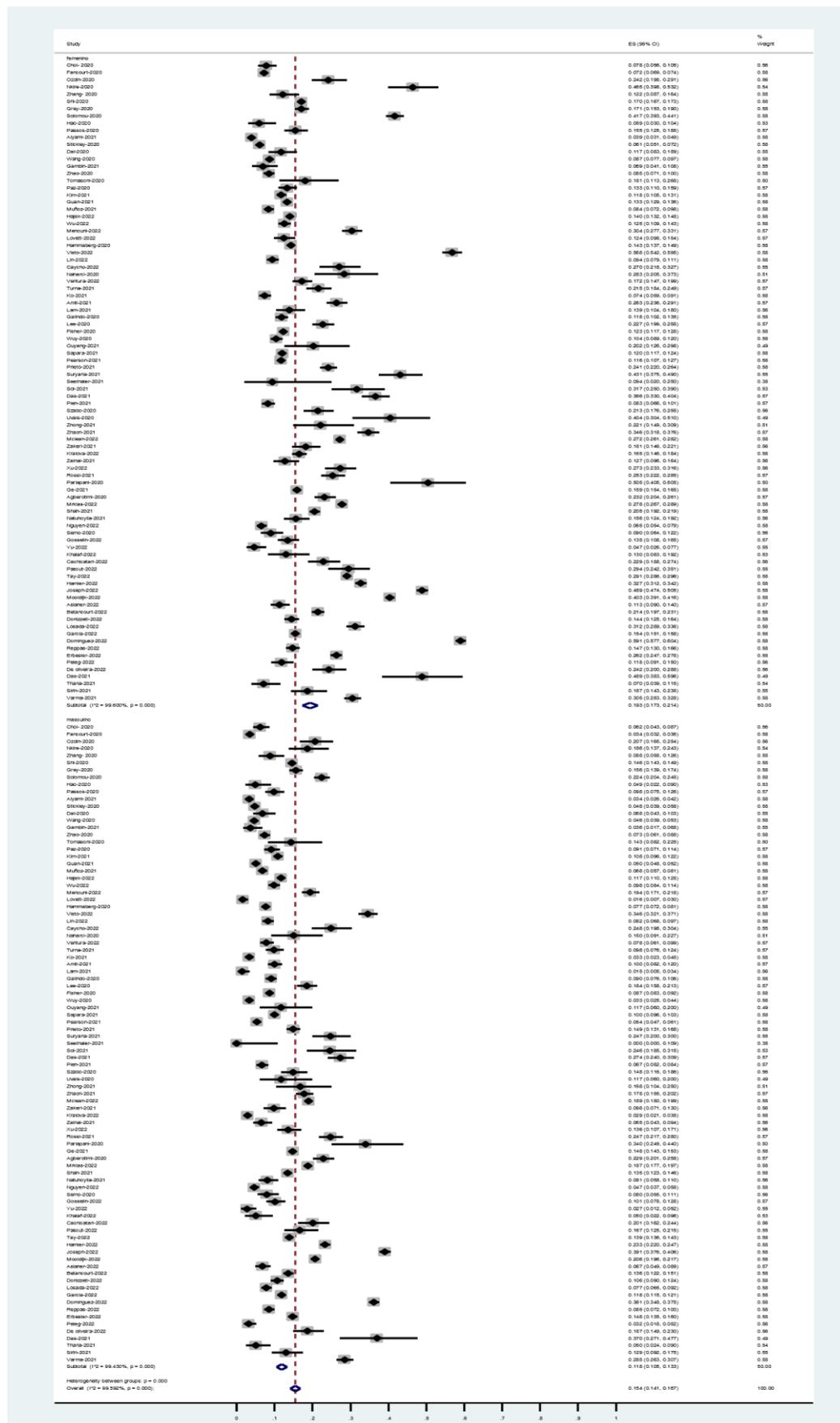
ANEXO 06 (Figura 2. Meta-análisis de la prevalencia de ansiedad)



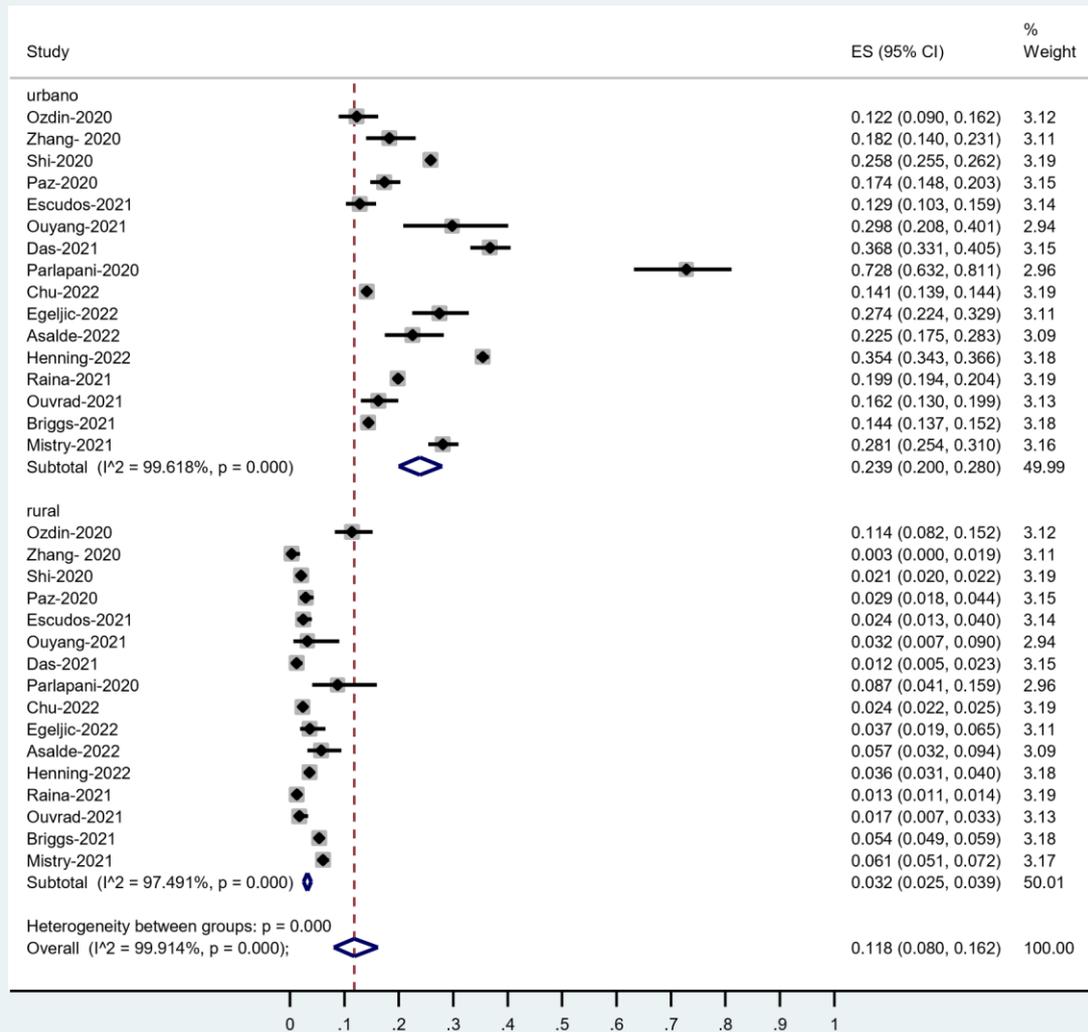
ANEXO 07 (Figura 3. Meta-análisis de la prevalencia de depresión según sexo)



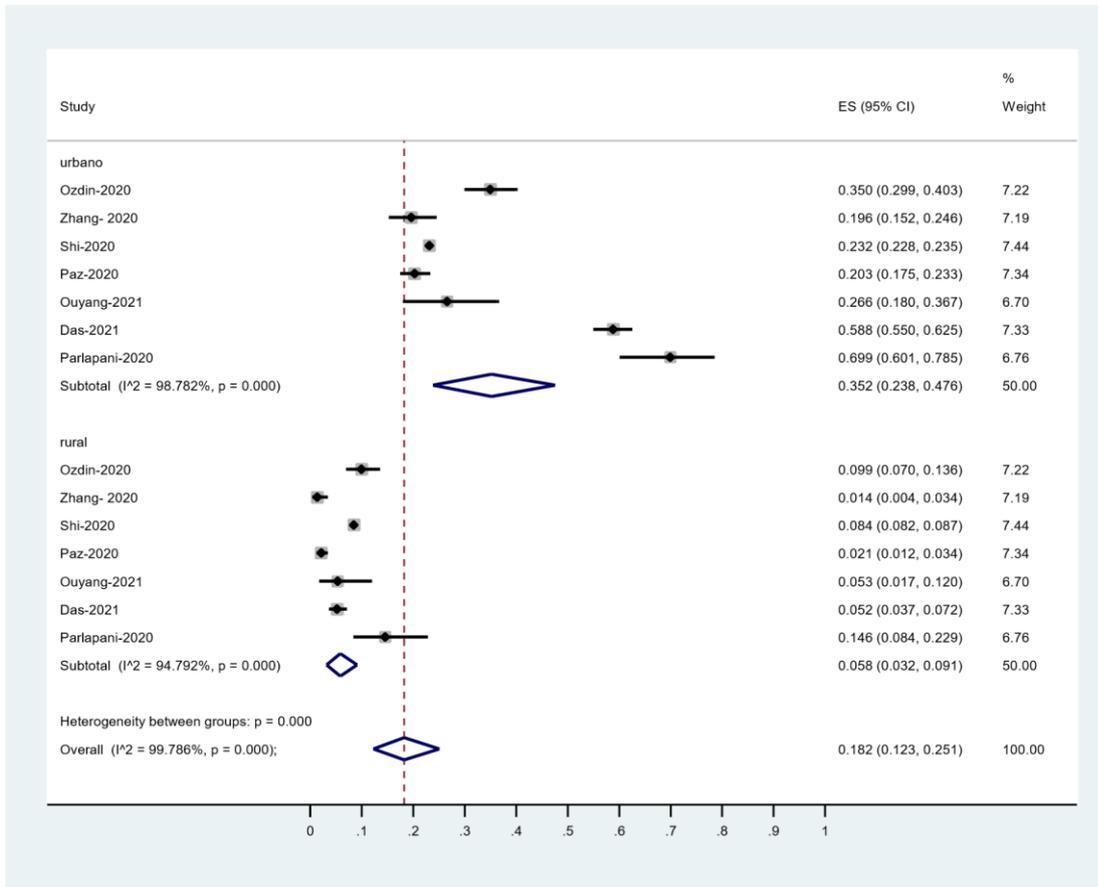
ANEXO 08 (Figura 4. Meta-análisis de la prevalencia de ansiedad según sexo)



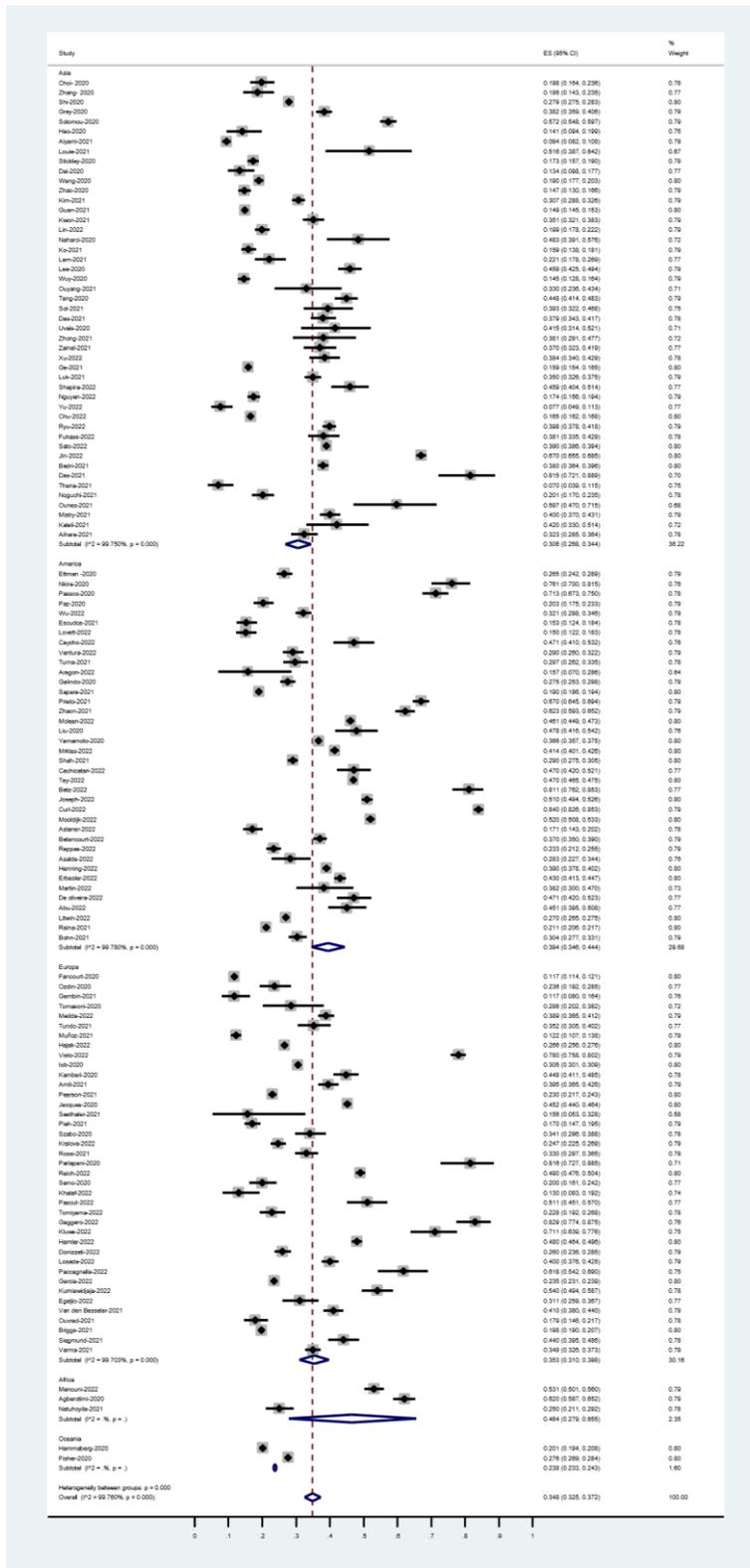
ANEXO 09 (Figura 5. Meta-análisis de la prevalencia de depresión según urbano/rural)



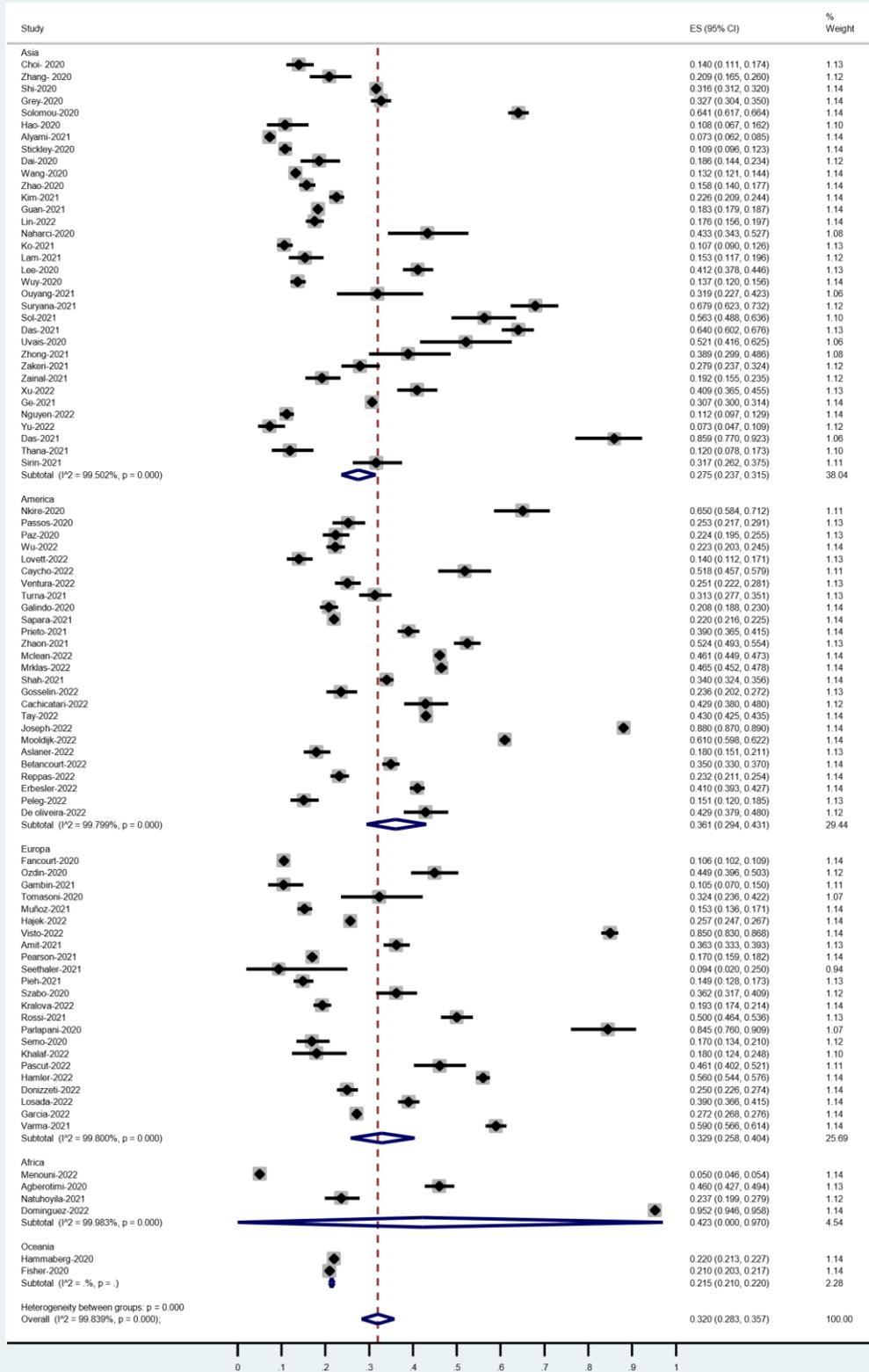
ANEXO 10 (Figura 6. Meta análisis de la prevalencia de ansiedad según urbano/rural)



ANEXO 11



ANEXO 12(Figura 8. Meta análisis de la prevalencia de ansiedad según region)



ANEXO 13

REVISIONES SISTEMATICAS ANTES DE LA PANDEMIA

AUTOR	AÑO	PAIS	POBLACIÓN OBJETIVO	Nº DE PUBLICACIONES REVISADAS	PORCENTAJE DE DEPRESIÓN	PORCENTAJE DE ANSIEDAD
Hardelvert	2010	Austria	Adulto Mayor	15	15%	-
Patiño	2013	Colombia	Adulto Mayor	11	26%	-
Ferrer	2013	EE.UU	Adulto Mayor	14	20,9%	-
Soysal	2017	España	Adulto Mayor	24	38,6%	-
Cisneros	2018	España	Adulto Mayor	36	17,2%	-
García	2019	España	Adulto Mayor	9	20%	-
Llorente	2019	España	Adulto	40	25%	-

REVISIONES SISTEMATICAS DURANTE DE LA PANDEMIA

AUTOR	AÑO	PAIS	POBLACIÓN OBJETIVO	Nº DE PUBLICACIONES REVISADAS	PORCENTAJE DE DEPRESIÓN	PORCENTAJE DE ANSIEDAD
Sepúlveda	2020	Brasil	Grupos Vulnerables	41	37,8%	-
Manca	2020	Ingllaterra	Adulto Mayor	15	38%	-
Sujita	2020	China	Personas de bajo recursos	133	33,7%	-
Valera	2021	España	Adulto Mayor	18	36%	-
Redondo	2021	España	Adulto Mayor	3	-	38,4%
Hyum	2021	Corea	Adulto Mayor	25	41%	-
Sterina	2021	Ecuador	Adulto Mayor	20	31,9%	-
Carrasco	2021	España	Adulto Mayor	11	37,8%	-
Felipe	2022	Brasil	Adulto Mayor	5	44%	-
Yan	2022	China	Adulto Mayor	17	31,8%	27%
Yong	2022	China	Enfermedades Infecciosas	283	39,2%	-



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, JUAN CARLOS BAZO ALVAREZ, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "La prevalencia de depresión y ansiedad en adultos mayores durante el Confinamiento por SARS-CoV-2: una revisión sistemática", cuyo autor es VALERIANO PITA JUAN VICTOR, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 20.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 13 de Diciembre del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
JUAN CARLOS BAZO ALVAREZ DNI: 43368545 ORCID: 0000-0002-6169-8049	Firmado electrónicamente por: JBAZOA el 13-12- 2022 12:17:19

Código documento Trilce: TRI - 0485730