


Soledad y su asociación con depresión, ansiedad y trastornos del sueño en personas mayores cubanas durante la pandemia por COVID-19


Loneliness and its connection with depression, anxiety, and sleep disorders in Cuban elderly people during the COVID-19 pandemic


Llibre Rodríguez, Juan de J.; Noriega Fernández, Lisseth; Guerra-Hernández, Milagros A.; Zayas Llerena, Tania; Llibre Guerra, Juan C.; Alfonso Chomat, Rebeca C.; Gutiérrez Herrera, Raúl

 Juan de J. Llibre Rodríguez
revistaacc@academiaciencias.cu
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana., Cuba


 Lisseth Noriega Fernández
Municipio Marianao. La Habana, Cuba, Cuba

 Milagros A. Guerra-Hernández
Sanatorio San Juan de Dios. La Habana, Cuba, Cuba

 Tania Zayas Llerena
Facultad de Medicina Finlay Albarrán. La Habana, Cuba, Cuba

 Juan C. Llibre Guerra
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Rafael Estrada. La Habana, Cuba, Cuba

 Rebeca C. Alfonso Chomat
Facultad de Medicina Finlay Albarrán. La Habana, Cuba, Cuba

 Raúl Gutiérrez Herrera
Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México, México

Anales de la Academia de Ciencias de Cuba
Academia de Ciencias de Cuba, Cuba
ISSN-e: 2304-0106
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 11, núm. 3, e1005, 2021
revistaacc@academiaciencias.cu

Recepción: 26 Marzo 2021
Aprobación: 13 Julio 2021

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/444/4442475041/>

Autor de correspondencia: revistaacc@academiaciencias.cu

Resumen: **Introducción:** La COVID-19 ha incrementado el distanciamiento social y el confinamiento de las personas mayores, lo cual tiene efectos adversos para su salud física y mental. **Objetivo:** estudiar la influencia sobre la salud mental (depresión, ansiedad y trastornos del sueño) de los sentimientos de soledad durante la actual pandemia por la COVID-19 en personas mayores cubanas. **Métodos:** Estudio observacional en 585 personas de 65 años y más procedentes del Estudio longitudinal Envejecimiento y Alzheimer. Las entrevistas se realizaron del 1 de octubre al 30 de noviembre del 2020, durante la fase 3 de recuperación de la pandemia en la provincia de La Habana. El estado mental geriátrico (GMS), se utilizó en la identificación de sentimientos de soledad, depresión, ansiedad y trastornos del sueño. **Resultados:** Se encontró una elevada prevalencia de sentimientos de soledad 29,7 %, depresión 37,9 %, ansiedad 20,9 % e insomnio 28,9 %. La soledad incrementó la probabilidad de depresión, OR=5,37 (IC 95% de 3,66 a 7,89), ansiedad OR = 3,60 (IC 95 % de 2,38 a 5,46) e insomnio OR = 2,88 (IC 95%; de 1,97 a 4,22), manteniéndose la asociación de forma significativa en el análisis multivariado. **Conclusiones:** El aislamiento social y las medidas de restricción durante la pandemia por la COVID-19 han tenido consecuencias negativas en la salud mental y el bienestar de las personas mayores; se necesita continuar estudios que permitan identificar sus factores de riesgo y desarrollar intervenciones para disminuir los efectos del aislamiento social en la salud mental de las personas mayores en situaciones como la actual pandemia y en periodos de normalidad.

Palabras clave: COVID-19, personas mayores, aislamiento social, soledad, salud mental.

Abstract: **Introduction:** COVID-19 has increased social distancing and the isolation of elderly people, which brings adverse effects to their physical and mental health. **Objective:** to study the influence of feelings of loneliness on Cuban elderly people's mental health (depression, anxiety and sleep disorders)

during the COVID-19 pandemic. **Method:** Observational study of 585 65 year old people and older ones included in the Aging and Alzheimer Longitudinal Study. The interviews were conducted from October 1 to November 30, 2020, during phase 3 of pandemic recovery in Havana province. The geriatric mental state (GMS) was used to identify feelings of loneliness, depression, anxiety and sleep disorders. **Results:** Was found a high prevalence of feelings of loneliness (29,7 %), depression (37,9 %), anxiety (20,9 %), and insomnia (28,9 %). Loneliness increased the probability of depression, OR= 5,37 (IC 95 % from 3,66 to 7,89), anxiety OR = 3,60 (IC 95 % from 2,38 to 5,46) and insomnia OR = 2,88 (IC 95 %; from 1,97 to 4,22), the connection remaining significantly in the multivariate analysis. **Conclusions.** Social distancing and restriction measures during the COVID-19 pandemic have brought negative consequences on elderly people's mental health and well-being. Further studies are necessary to identify risk factors and develop procedures to reduce the effects of social distancing on elderly people's mental health in situations like the pandemic and also in periods of normalcy.

Keywords: COVID-19, elderly people, social distancing, loneliness, mental health.

INTRODUCCIÓN

Las personas mayores son más vulnerables a la COVID-19, si bien las investigaciones acerca de sus experiencias durante la pandemia son aún insuficientes, se reportan elevados niveles de depresión y ansiedad. La depresión se presenta en 15 % a 20 % de las personas mayores; la cual coexiste con ansiedad. Ambas condiciones incrementan el riesgo de discapacidad y mortalidad. ^(1,2)

El estudio de la carga global de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en 2017, identificó a la depresión como el mayor contribuyente de discapacidad a nivel mundial, ocupando la ansiedad el sexto lugar. ⁽³⁾ Como resultado de la actual pandemia por la COVID-19, se espera un incremento sin precedentes en la discapacidad relacionada con afectaciones de la salud mental, ⁽⁴⁾ por lo que existe una necesidad urgente de desarrollar intervenciones y políticas de salud, gubernamentales y de la sociedad en su conjunto dirigidas a reducir su impacto.

El sentimiento de soledad es una experiencia desagradable derivada, en su mayoría, de una escasa red de apoyo social o de relaciones sociales de forma cuantitativa o cua-

litativa percibidas por la persona como deficientes, superficiales e insatisfactorias. ⁽⁵⁾

La persistencia de la soledad se asocia con efectos adversos para la salud física y mental, que incluye depresión, estrés, reducción de la autoestima, deterioro cognitivo, afectación de la funcionalidad, hipertensión arterial e incremento de la mortalidad. ⁽⁶⁻⁸⁾

Cuba reportó el primer caso de COVID-19 el 11 de marzo del 2020, comenzando las medidas para la reducción del número de personas afectadas por el virus SARS-COV-2. Estas medidas incluyeron recomendaciones para la permanencia de las personas mayores y vulnerables en sus hogares, limitación o prohibición de las visitas a los hogares de ancianos, aislamiento de casos sospechosos, hospitalización en los

NOTAS DE AUTOR

mguerra@infomed.sld.cu

casos confirmados y limitación del transporte, entre otras. Estas medidas fueron restablecidas nuevamente en enero del 2021, ante un segundo rebrote de la COVID-19, después de un periodo de normalidad y aunque fueron necesarias han significado una reducción considerable del contacto social de las personas mayores.

El aislamiento social es un concepto que se relaciona con una pérdida de la integración social y del contacto personal

físico y emocional, y se asocia con frecuencia con sentimientos de soledad. Sin embargo, no se trata de conceptos intercambiables, el aislamiento social no es una condición necesaria para experimentar sentimientos de soledad.⁽⁶⁾ Es de prever un incremento de los sentimientos de soledad, relacionados con las restricciones de la movilidad, los periodos de cuarentena y el distanciamiento social.

El objetivo de la presente investigación fue evaluar: (a) la influencia sobre la salud mental (estados de ánimo: depresión, ansiedad, y trastornos del sueño) de los sentimientos de soledad durante la actual pandemia por la COVID-19 en personas mayores cubanas, residentes en La Habana, y (b) la influencia del empeoramiento de estos sentimientos de soledad en la salud mental de las personas mayores con la pandemia COVID-19.

Los resultados de este tipo de investigaciones son importantes para implementar intervenciones que permitan prevenir o reducir los efectos del aislamiento social en el empeoramiento de la salud mental en ancianos susceptibles.

MÉTODOS

Diseño y participantes: El estudio Envejecimiento y Alzheimer es un estudio longitudinal de una cohorte de adultos mayores de 65 años y más, cubanos, residentes en La Habana y Matanzas, con un seguimiento cada cuatro años. El protocolo del estudio, ampliamente publicado,^(9,10,11) se basa en el cuestionario 10/66 que incluye una entrevista estructurada a los participantes acerca de las características sociodemográficas, estado de salud, estilo de vida, factores de riesgo, un examen físico y neurológico y una entrevista a un informante confiable.

La evaluación permite el diagnóstico de demencia y sus subtipos, otros trastornos mentales, salud física, medidas antropométricas, características sociodemográficas, otras enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo, discapacidad, dependencia y fragilidad, utilización de los servicios de salud, características del cuidado y sobrecarga del cuidador. Se seleccionaron 622 personas de 65 años y más, residentes en las áreas de salud de los policlínicos 27 de noviembre y Carlos Manuel Portuondo del municipio Marianao, Ana Betancourt del municipio Playa y 19 de abril en el municipio Plaza, todos en La Habana procedentes de la tercera ola del estudio longitudinal Envejecimiento y Alzheimer en la población cubana que fueron evaluados entre el 2016-2019. De este grupo se re evaluaron 585 personas que representan el 94 % y se excluyeron las personas fallecidas, no contactadas y aquellas que rechazaron participar.

Las entrevistas se realizaron del 1 de octubre al 30 de noviembre del 2020, durante la fase 3 de recuperación de la

pandemia en la provincia de La Habana, en una primera fase cara a cara, siguiendo el protocolo sanitario establecido y se completaron, cuando fue necesario, en una segunda etapa de forma telefónica. Durante esta fase, las visitas al hogar por personal sanitario eran permitidas, utilizando mascarilla y un distanciamiento físico de 2 m.

La variable independiente fue el sentimiento de soledad. La soledad se exploró mediante las siguientes preguntas de la sección 15 del estado mental geriátrico (GMS) (12): ¿Se siente Ud. solo? (Q 87,1), le molesta mucho, puede alejarse de ese sentimiento, molesto o deprimido por la soledad presente (Q 88,2), le preocupa la posible soledad futura y con qué frecuencia usted se siente solo, clasificando su severidad como frecuente, parte del tiempo, casi nunca o nunca. La soledad se operacionalizó como presente (frecuente o parte del tiempo) o ausente (casi nunca o nunca, categoría de referencia).

El incremento de la soledad se evaluó entre aquellos participantes que habían respondido sentirse solos con frecuencia o parte del tiempo, a los cuales se preguntó si este sentimiento se incrementó, disminuyó o permaneció igual que antes de la pandemia. El empeoramiento de la soledad se operacionalizó como presente (se incrementó) o ausente (disminuyó o ha permanecido igual, categoría de referencia).

Se evaluaron 6 variables dependientes o de respuesta: (a) estado de ánimo deprimido; (b) empeoramiento del estado de ánimo deprimido; (c) síntomas de ansiedad; (d) empeoramiento de los síntomas de ansiedad; (e) trastornos del sueño; y (f) empeoramiento de los trastornos del sueño, para lo cual los participantes respondieron a las siguientes preguntas contenidas en el GMS: en las últimas 4 semanas ha estado triste, con estado de ánimo bajo o deprimido (Q.21,1). En las últimas cuatro semanas se ha sentido ansioso, nervioso, angustiado, con miedo (Q.19,1), y ha tenido usted problemas para dormir recientemente (¿Ha tomado algo para ayudarlo a dormir?) ¿por cuánto tiempo esto le ha estado sucediendo? (Q.54,1-Q.54,3); se consideraron cómo opciones de respuesta sí o no. Los participantes que respondieron afirmativamente a las interrogantes, se les preguntó si estos problemas se han incrementado, disminuido, o permanecido igual durante la pandemia por COVID-19

Se utilizó el GMS y su algoritmo diagnóstico AGE CAT en el diagnóstico final de depresión, ansiedad y trastornos del sueño. El GMS es una evaluación clínica semiestructurada sobre el estado mental de adultos mayores, que proporciona información sobre signos y síntomas de depresión, ansiedad, psicosis y organicidad (demencia o delirium), con un tiempo promedio de aplicación de 30 min. a 40 min., el cual puede variar dependiendo de la salud mental y cognitiva del participante.⁽¹²⁾

Para el propósito de la presente investigación se incluyeron además las siguientes variables evaluadas durante la tercera ola del estudio Envejecimiento y Alzheimer (2016-2019)

Variables sociodemográficas y de salud

- Edad (años cumplidos), sexo (femenino vs masculino), educación (inferior al nivel primario vs primario o superior), estado marital (con vínculo conyugal-casado o unión consensual y sin vínculo-soltero o viudo)
- Número de personas que conviven con la persona mayor y su edad.
- Medios en el hogar (televisor, refrigerador, radio, plancha, ventilador, teléfono, agua potable, servicio sanitario, aire acondicionado, auto).

Variables relacionadas con factores de riesgo y enfermedades crónicas

- Autorreporte de enfermedades crónicas no transmisibles basado en un cuestionario estandarizado, que incluyó preguntas tales como: “¿algún médico le diagnosticó en el pasado enfermedad vascular cerebral/ infarto cardíaco/angina/diabetes/, hipertensión arterial, enfermedad cardiaca, hipercolesterolemia? y ¿qué medicamentos utiliza?”, así como la descripción de los episodios.
- Hábito de fumar: fumador, ex fumador, no fumador y el tiempo de la exposición.
- Dependencia alcohólica. Se precisó el número de unidades ingeridas de alcohol en una semana antes y después de los 65 años. Para la dependencia alcohólica se estableció como nivel de corte, 14 unidades por semana para las mujeres y 21 unidades para los hombres. Se preguntó además ¿Ha existido algún período de su vida en el cual el alcohol ha sido un problema para usted? ¿Ha recibido alguna vez tratamiento o ayuda por problemas de alcoholismo?” y la opinión del encuestador acerca de si el alcohol fue un problema para el participante antes o después de los 65 años.
- Diagnóstico de demencia. Se realizó acorde con los criterios y el algoritmo diagnóstico 10/66 validado transculturalmente en 26 países incluido el nuestro.⁽¹⁰⁾
- Comorbilidad: presencia de 2 o más enfermedades crónicas complejas.

Análisis

Se describen las características generales de la población estudiada, expresadas en frecuencias absolutas y porcentajes, así como la prevalencia de las diferentes variables estudiadas soledad, estado de ánimo depresión, ansiedad e insomnio y sus intervalos de confianza al 95 %.

Se realizó inicialmente un análisis univariado para evaluar la asociación entre soledad/incremento de la soledad como variables independientes y las variables dependientes (estado de ánimo depresión, ansiedad y trastorno del sueño y empeoramiento del estado de ánimo depresivo, ansioso y trastorno del sueño). Posteriormente se realizó un análisis multivariado ajustando los modelos para otras variables como edad, sexo, vínculo conyugal, estado laboral, medios en el hogar, ingreso económico, auto percepción de salud, vivir solo y presencia de comorbilidades. Todas las variables se incluyeron en el modelo como variables categóricas con excepción de la edad (variable continua). Se consideraron estadísticamente significativos, los valores de $p < 0,05$.

Se reportan las asociaciones crudas y ajustadas en OR y sus intervalos de confianza al 95 %.

Los análisis se realizaron utilizando la versión 14,1 de Stata (StatCorp 2015, Stata Statistical Software: StataCorp, College Station, TX).

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de ética de la investigación de la Facultad de Medicina Finlay Albarrán, de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

RESULTADOS

Características sociodemográficas, condiciones de salud y estilos de vida

En la Tabla 1 se presentan las principales características de los participantes en la evaluación realizada de octubre a noviembre del 2020, la edad media fue de 75 años, el 66 % fueron mujeres y dos tercios, el 76,4 % completaron la primaria o alcanzaron un nivel educacional superior, sólo el 1,2 % no tienen educación y el 16,9 % concluyeron estudios universitarios. El 42,6 % mantiene vínculo conyugal y el 19 % de los ancianos vivían solos. Un 43 % de los encuestados son fumadores o ex fumadores y un 4,6 % fueron clasificados como bebedores de riesgo. Se encontró una elevada prevalencia de hipertensión arterial que alcanza el 73,8 % de los adultos mayores visitados; diabetes mellitus 19,2 %, demencia 10,2 % e ictus 7,2 %. El 43,5 % de los entrevistados tiene dos o más enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, ictus, cardiopatía isquémica u obesidad).

Prevalencia de soledad, depresión, ansiedad e insomnio

Encontramos una elevada prevalencia de sentimientos de soledad 29,7 % (IC 95 %: 26,2-33,5), estado depresivo 37,9 %

(IC 95 %: 34,0-41,9), ansiedad 20,9 % (IC 95 %: 17,8-24,4) e

insomnio 28,9 % (IC 95 %: 25,3-32,6). La precisión de los intervalos evidencia la calidad de las estimaciones obtenidas. La prevalencia de soledad fue mayor en hombres (39,4 %) que en

mujeres (37,1 %); la razón de prevalencia masculino/femenino fue 1,36; de igual forma el estado depresivo predominó en los hombres, presentando las mujeres con mayor frecuencia ansiedad e insomnio, sin embargo, para ninguna de estas condiciones las diferencias entre mujeres y hombres resultaron significativas (Tabla 2).

Soledad y su asociación con estado depresivo, ansiedad e insomnio

En la población estudiada la presencia de sentimientos de soledad se asoció con una mayor probabilidad de depresión, ansiedad e insomnio (Tabla 3). En el análisis univariado, la

soledad incrementó en cinco veces la probabilidad de depresión, odds ratio (OR) 5,37 (IC 95 % 3,66-7,89), en cuatro veces los síntomas de ansiedad OR = 3,60 (IC 95% 2,38-5,46) y aproximadamente en tres veces la probabilidad de insomnio OR=2,88 (IC 95 %; 1,97-4,22). Esta asociación se mantiene de forma significativa cuando se incluyen en el modelo otras variables como la edad, sexo, educación, vínculo conyugal, número de medios en el hogar, vivir solo, autopercepción de salud y presencia de comorbilidades.

Al analizar el incremento de la soledad durante la pandemia por COVID-19 (variable independiente) con el empeoramiento de la depresión, ansiedad e insomnio (variables

TABLA 1.
Características sociodemográficas, estilos de vida y condiciones de salud (n=585). Estudio Envejecimiento y Alzheimer, octubre-noviembre 2020

Variables estudiadas	n (%)
Muestra (% respuesta)	585 (94)
Variables sociodemográficas n (%)	
Edad media (DS)	75,6 (7,6)
Sexo	
Femenino (%)	386 (66,0)
Masculino (%)	199 (34,0)
Educación primaria completada o superior, n (%)	447 (76,4)
Casado o unión consensual (%)	249 (42,6)
Personas mayores solas n (%)	111 (19,0)
Factores de riesgo vasculares y enfermedades crónicas	
Hábitos tóxicos	
Fumador o ex-fumador n (%)	252 (43,1)
Bebedor de riesgo n (%)	27 (4,6)
Demencia	60 (10,2)
Ictus	43 (7,3)
Hipertensión arterial	432 (73,8)
Diabetes	112 (19,2)
Comorbilidad ≥ 2 enfermedades	265 (45,3)
Salud mental	
Sentimientos de soledad	174 (29,7 %)
Empeoramiento de la soledad durante la pandemia	91/174 (52,2 %)
Estado de ánimo deprimido n (%)	221 (37,9 %)
Empeoramiento durante la pandemia	152/221 (68,8 %)
Síntomas de ansiedad n (%)	122 (20,9 %)
Empeoramiento de la ansiedad durante la pandemia	73/122 (59,8 %)
Trastornos del sueño	168 (28,9 %)
Empeoramiento durante la pandemia	96/168 (56,1 %)

TABLA 2.
Prevalencia (%) e intervalo de confianza al 95 %, de los sentimientos de soledad, depresión, ansiedad e insomnio según sexo; razón de prevalencia (PR) y grado de significación estadística

	Global (n=585)	Sexo femenino (n=386)	Sexo masculino (n=199)	Razón de prevalencia (masc vs fem)	Valor de p
Sentimientos de soledad	29,7 (26,2-33,5)	28,5 (24,2-33,2)	32,4 (26,2-39,4)	1,1 (0,8-1,5)	0,412
Estado depresivo	37,9 (34,0-41,9)	37,1 (32,4-42,1)	39,4 (32,7-46,5)	1,1 (0,8-1,4)	0,676
Ansiedad	20,9 (17,8-24,4)	23,2 (19,2-27,7)	16,8 (11,9-22,5)	0,7 (0,5-1,1)	0,103
Insomnio	28,9 (25,3-32,6)	28,6 (24,3-33,3)	29,2 (23,1-36,0)	1,0 (0,7-1,4)	0,906

dependientes) (Tabla 4) se observa que el incremento de los sentimientos de soledad durante el confinamiento por la pandemia mostró una mayor fuerza de asociación con incremento de la ansiedad (OR = 2,45; IC 95 %; 1,89-3,16), incremento de la depresión (OR = 2,39; IC 95 % 1,71-3,35) y de los trastornos del sueño OR = 1,84; IC 95 % 1,41-2,43).

La asociación se mantiene significativa para la ansiedad y la depresión, no así para el insomnio al incluir las restantes variables en el modelo. Ello significa que el empeoramiento de los síntomas de soledad atribuidos al aislamiento durante la pandemia duplicó la probabilidad de experimentar síntomas de ansiedad y depresión en las personas mayores.

DISCUSIÓN

La pandemia por la COVID-19 ha afectado nuestras vidas y ha tenido serias consecuencias para las personas más vulnerables, que comparten en común edad avanzada, comorbilidades (hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular y cerebrovascular), una prevalencia mayor de enfermedades que afectan la salud mental (depresión, demencia, ansiedad, trastornos del sueño), fragilidad, dependencia y enfrentan altos costos en salud. Son, por tanto, un grupo apropiado para intervenciones multidimensionales en la comunidad y de evaluaciones de cuidados en el hogar.

TABLA 3.

Asociación de sentimientos de soledad durante la pandemia por COVID-19 (variable independiente) con depresión, ansiedad e insomnio (variables dependientes) en las personas mayores entrevistadas octubre-noviembre 2020. Análisis de regresión logística (OR e IC 95%)

Estado depresivo	OR crudo	OR ajustado*	Valor de p
Soledad			
Ausente	1,00 (referencia)	1,00 (referencia)	
Presente	5,37 (3,66- 7,89)	3,85 (1,74-5,34)	p <0,0001
Síntomas de ansiedad			
Soledad			
Ausente	1,00 (referencia)	1,00 (referencia)	
Presente	3,60 (2,38-5,46)	2,12 (1,19-4,04)	p <0,0001
Trastornos del sueño			
Soledad			
Ausente	1,00 (referencia)	1,00 (referencia)	
Presente	2,88 (1,97-4,22)	1,79 (1,11-3,25)	p <0,0001

OR odds ratio

IC Intervalo de confianza

*Los modelos se ajustaron para la edad, sexo, educación, vínculo conyugal, medios en el hogar, vivir solo, autopercepción de salud y presencia de comorbilidades.

TABLA 4.

Asociación del empeoramiento de la soledad durante la pandemia por COVID-19 (variables independientes) con depresión, ansiedad e insomnio (variables dependientes) entre las personas mayores, entrevistadas octubre-noviembre 2020, según regresión logística (OR e IC 95 %)

Empeoramiento del estado de ánimo depresivo	OR crudo	OR ajustado	Valor de p
Incremento de la soledad			
Ausente	Ref. (1,00)	Ref. (1,00)	
Presente	2,39 (1,71-3,35)	2,05 (1,22-3,04)	p < 0,001
Empeoramiento de los síntomas de ansiedad			
Incremento de la soledad			
Ausente	Ref. (1,00)	Ref. (1,00)	
Presente	2,45 (1,89 -3,16)	2,09 (1,31-2,92)	p < 0,001
Empeoramiento de los trastornos del sueño			
Incremento de la soledad			
Ausente	Ref. (1,00)	Ref. (1,00)	
Presente	1,84(1,41-2,43)	1,39 (0,92-2,01)	p =0,09

OR odds ratio

IC Intervalo de confianza

Los modelos se ajustaron para la edad, sexo, educación, vínculo conyugal, medios en el hogar, vivir solo, autopercepción de salud y presencia de comorbilidades

Este estudio analiza el impacto de la soledad en la salud mental de las personas mayores en condiciones de aislamiento social y confinamiento, como lo ocurrido durante la pandemia causada por la COVID-19. Los resultados sugieren que la depresión, la ansiedad y el insomnio se incrementan con los sentimientos de soledad en la vida adulta.

Similar a lo reportado en la población europea, en un estudio que abarcó 50 609 personas de 50 años y más de 26 países en el período de junio a agosto 2020, procedentes del estudio Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE)⁽¹³⁾; en el estudio cubano aproximadamente el 30 % de los encuestados reportaron alguna afectación de su salud mental (estado de ánimo depresivo, ansiedad o trastornos del sueño) durante la pandemia por la COVID-19. De igual forma cerca del 60 % de las personas entrevistadas en nuestro estudio y de 64 % a 73 % en Europa que refirieron estado de ánimo depresivo, síntomas de ansiedad y trastornos del sueño señalaron que estos empeoraron durante la actual pandemia por la COVID-19. A pesar de las diferencias en el número de personas encuestadas en ambos estudios, llama la atención estos resultados en Cuba, donde el número de personas enfermas, la letalidad y la mortalidad fue inferior a la reportada en Europa. Estos resultados enfatizan la repercusión de la pandemia en la afectación de la salud mental de las personas mayores cubanas y la necesidad de continuar otros estudios que permitan identificar los factores de riesgo, sociodemográficos, contextuales, relacionados con la salud física y económicos que puedan estar influyendo en los hallazgos reportados. Por otra parte, la pandemia ha tenido un efecto desfavorable en el bienestar y la calidad de vida de las personas estudiadas. Entre los pacientes que reportaron sentimientos de soledad, el 52 % refirió que estos sentimientos se incrementaron durante la pandemia.

En nuestro país, más de medio millón de personas mayores viven solas, que representa un 22,5 % de personas mayores solas,⁽¹⁴⁾ ello indica la necesidad de prestar una especial atención a este grupo vulnerable, que experimenta un estrés adicional y afectación de su salud mental.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Por otra parte, se ha demostrado que la depresión y la ansiedad, incrementan la mortalidad en adultos mayores en estudios poblacionales y la comorbilidad de depresión y ansiedad incrementa la mortalidad de

las personas mayores en un 30 % controlando otras variables confusoras como factores sociodemográficos y otras condiciones de salud y enfermedades crónicas.⁽⁸⁾ En el Estudio Envejecimiento y Alzheimer en Cuba,⁽⁹⁾ la asociación de depresión y ansiedad en personas mayores incrementó la mortalidad en un 35 %.⁽⁸⁾ Ello es importante, para alertar a las autoridades de salud acerca de la necesidad urgente del diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la depresión.

Diversas investigaciones reportan en personas mayores en condiciones de aislamiento social, elevados niveles de estrés, ansiedad y depresión asociada con los sentimientos de soledad.^(13,16) De forma similar, se ha reportado el empeoramiento o la aparición de síntomas psicológicos y conductuales en una alta proporción de 25 % a 60 % de pacientes con deterioro cognitivo como resultado del aislamiento social.^(17,18)

Una fortaleza del estudio es la utilización del GMS y su algoritmo diagnóstico AGECAAT para depresión, ansiedad y trastornos del sueño, a diferencia de otros estudios que se basan en el autorreporte por medio de preguntas simples para evaluar la presencia de síntomas relacionados con la salud mental, así como los sentimientos de soledad y no escalas y criterios diagnósticos establecidos. Por otra parte, el encuestar a la población seleccionada en una sola fase, utilizando un cuestionario estandarizado aplicado por personal especializado como el que se presenta, nos ha permitido obtener una información detallada relacionada con la salud física y mental de las personas mayores, con una alta tasa de respuesta.

Las siguientes limitaciones deben ser consideradas al interpretar los resultados obtenidos. En primer lugar, las entrevistas fueron realizadas en los meses de octubre a noviembre del 2020, durante la fase 3 de normalidad de la pandemia en La Habana, cuando las medidas sanitarias permitían entrevistas cara a cara respetando el distanciamiento físico y otras medidas. A partir del mes de enero del presente año, se ha producido un incremento en el número de casos con una mayor dispersión de la pandemia a todo el país, por lo que los resultados en estos momentos pudieran reflejar mayor confinamiento, sentimientos de soledad y, por tanto, mayor afectación en la salud mental (depresión, ansiedad e insomnio). Por tanto, las prevalencias y asociaciones reportadas pudieran estar subestimadas. En segundo lugar, los datos se basan en el auto reporte, por lo que existe el riesgo de sesgos de información o auto reporte. Debe señalarse que una metodología similar fue la utilizada en el estudio SHARE COVID-19 y que en nuestro caso las entrevistas fueron realizadas por médicos especialistas utilizando el Estado Mental Geriátrico de Copeland y cols. una entrevista semiestructurada de amplio uso internacional.⁽¹²⁾

Finalmente, el diseño de corte transversal, no permite realizar inferencias causales, pues la relación entre soledad y trastornos de la salud mental pudiera ser bidireccional.

CONCLUSIONES

El aislamiento social y las medidas de restricción durante la pandemia por la COVID-19 han tenido consecuencias negativas en la salud mental y el bienestar de las personas mayores estudiadas; se necesita continuar estudios que permitan

identificar factores de riesgo asociados con la soledad en personas mayores cubanas y desarrollar intervenciones para disminuir los efectos del aislamiento social en la salud mental de las personas mayores en situaciones como la actual pandemia y en períodos de normalidad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67: 489 - 96.
2. Prina AM, Ferri CP, Guerra M, Brayne C, Prince M. Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross - cultural study. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 485 - 91.

3. WHO (2017) Depression and other common mental disorders: Global health estimates, Geneva, CH: World Health Organization. 2017
4. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020;7:547-60.
5. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. *Pers Relat.* 1981;3:31-56.
6. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Commun.* 2017;25(3):799-812.
7. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatr.* 2016;28(4):557-76.
8. Yu - Tzu Wu, Carolina Kralj, Daisy Acosta, Juan J. Llibre Rodríguez, A. Matthew Prina, et al. The association between, depression, anxiety, and mortality in older people across eight low - and middle - income countries: Results from the 10/66 cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2020;35:29-36.
9. Llibre Rodríguez JJ, Valhuerdi A, López AM, Noriega L *et al.* Cuba's Aging and Alzheimer Longitudinal Study. *MEDICC Review*, Jan 2017;19(1)
10. Prince M, Ferri CP, Acosta D, Albanese E, Arizaga R, Dewey M, Rodrigues JL, et al. 2007. The protocols for the 10/66 Dementia Research Group population-based research programme. *BMC Public Health* 2007;7(1):165.
11. Matthew Prina, Daisy Acosta, Isaac Acostas, Mariella Guerra, Juan J. Llibre Rodriguez, and Martin Prince. Cohort Profile: The 10/66 study. *International Journal of Epidemiology*, 2016, 1-10 doi: 10.1093/ije/dyw056.
12. Copeland JRM, Dewey ME, Griffith-Jones HM. A computerised psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE-CAT. *Psychol Med.* 1986; 16:89-99.
13. Santini ZI and Koyanagi A. (2021) Loneliness and its association with depressed mood, anxiety symptoms, and sleep problems in Europe during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica* 1-4. doi: 10.1017/neu.2020.48
14. ONEI/CEPDE. Cuba: Dinámica demográfica. Impacto de los factores demográficos en la pandemia COVID-19. Oficina Nacional de Estadística e Información [Internet]. 2020. [citado 23 May 2020]. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/node/14818>
15. Shrira A, Hoffman Y, Bodner E, Palgi Y. COVID-19-related loneliness and psychiatric symptoms among older adults: the buffering role of subjective age. *Am J Geriatr Psychiatry.* (2020). doi: 10.1016/j.jagp.2020.05.018. [Epub ahead of print
16. Emerson KG. Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Rev Panam Salud Publica.* (2020) 44: e81. doi: 10.26633/RPSP.2020.81
17. Canevelli M, Valletta M, Toccaceli Blasi M, Remoli G, Sarti G, Nuti F, et al. Facing dementia during the COVID-19 outbreak. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:1673-6. doi: 10.1111/jgs.16644
18. Fahed M, Barron GC, Steffens DC. Ethical and logistical considerations of caring for older adults on inpatient psychiatry during the COVID-19 pandemic. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;28:829- 34. doi: 10.1016/j.jagp.2020.04.027