

Ribeiro DK, Carbogim FC, Braz PR, Lavado-Huarcaya SSL, Diaz-Oviedo A, Bulgarelli AF, et al. Cross-national prevalence of mental disorders in older adults exposed to COVID-19 information. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4632 [cited \_\_\_\_\_. Available from: \_\_\_\_\_. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7580.4632>

## Introducción

El 30 de enero de 2020 y posteriormente el 11 de marzo del mismo año, se reconoció el riesgo para la salud pública y la capacidad de contagio del coronavirus SARS-CoV-2, responsable de la enfermedad COVID-19. Aproximadamente cuatro años después, se notificaron más de 772 millones de casos y aproximadamente 7 millones de muertes en todo el mundo, los continentes europeo y americano se destacaron en la prevalencia de casos y muertes notificadas, respectivamente<sup>(1)</sup>.

La salud de la población de América Latina y el Caribe fue la más afectada, a nivel mundial, por la pandemia de COVID-19. A pesar de las diferentes medidas que se tomaron en los sistemas de salud y la diversidad social y política, los grupos históricamente vulnerables, como las mujeres, las personas no blancas, las personas en situación de pobreza y/o calle, los estudiantes y los adultos mayores, vivieron la pandemia de manera diferente y sufrieron el agravamiento de las desigualdades históricas en la región<sup>(2-3)</sup>.

La complejidad de la experiencia de la pandemia se incrementó por el exceso y la velocidad de la información producida y difundida en los medios de comunicación masivos tradicionales, y aumentó aún más debido a las redes sociales. En este contexto, se tarda en reconocer el origen, la intención y la calidad de la información, y a este fenómeno se lo denomina infodemia<sup>(4)</sup>. Esto puede provocar cambios en la percepción del riesgo, sentimientos y sensaciones de confusión y desorientación, reticencia, parálisis, negación, desconfianza, entre otros, que se relacionan con las experiencias previas de los individuos y con personas de confianza, el sistema de salud y el gobierno de la región<sup>(5-6)</sup>.

En menos de un año de haberse reconocido la pandemia, se informó la rudimentaria estructura y coordinación de los gobiernos latinoamericanos para manejar la infodemia<sup>(7)</sup>, en base al análisis de los sitios *web* de los ministerios de salud de 10 países. Paralelamente<sup>(8)</sup>, en un estudio ecológico descriptivo, se destaca que, en seis países latinoamericanos estudiados, los lugares con mayor dificultad para reconocer noticias falsas y el papel central que juegan las redes sociales como medio de información coincidieron con las mayores tasas de mortalidad por COVID-19 en ese período.

Además, en los medios de comunicación de Brasil y Chile en 2020/2021 se encontraron discursos del tipo "ya vivieron su vida", que culpaban a la gravedad de la pandemia y a la homogeneidad de las muertes, cuando se referían a las personas mayores. Aunque también se reconoce el posible empeoramiento de la salud mental después de la pandemia, producto del ridículo, abandono, dependencia y control al que fue sometida esa población<sup>(9)</sup>.

El agravamiento de la vulnerabilidad de las personas mayores va más allá de la histórica condición socioeconómica-demográfica de inequidades, y se suma al conocido aumento del envejecimiento poblacional que durante la pandemia de COVID-19 se refleja en la tasa de mortalidad proporcional al aumento de la edad<sup>(1-2)</sup>. La necesidad de investigar, manejar y fortalecer las políticas públicas forma parte del movimiento por la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, que en las Américas es coordinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>(10)</sup>.

La realización del presente estudio se justifica por la escasez de estudios que incluyan exclusivamente poblaciones de adultos mayores y/o las implicancias para la salud mental derivadas de la infodemia en países de América Latina, como Perú, Brasil y México. Si bien se considera que síntomas complejos como ansiedad, depresión e insomnio, durante la pandemia, se informan en revisiones sistemáticas con población adulta en diferentes regiones del mundo, cuando se asocian a los medios de comunicación, el foco está principalmente en los medios de comunicación sociales<sup>(11-13)</sup>.

Por lo tanto, se busca verificar la asociación entre la exposición a noticias e información sobre COVID-19, a través de redes sociales, televisión y radio, y la detección de ansiedad y depresión geriátrica comparando adultos mayores de Perú, Brasil y México.

## Método

### Diseño del estudio

Estudio transversal, realizado con adultos mayores de 60 años, entre julio de 2020 y junio de 2022, en Perú, Brasil y México. Derivado de la parte 1 de la investigación "Infodemia COVID-19 y sus repercusiones en la salud mental de las personas mayores durante y después de la pandemia: estudio multicéntrico en Brasil, Perú, Colombia, México y Portugal", que tiene como objetivo "analizar la relación entre la infodemia COVID-19 y las repercusiones en la salud mental de las personas mayores".

### Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Humanos de Brasil (CAAE: 31932620.1.1001.5147, bajo dictamen n° 4.134.050), Perú y México (Universidad Autónoma de San Luis Potosí, bajo registro CONBIOÉTICA-24-CEI-002-20230925).

### Criterios de selección

Se incluyeron personas mayores de 60 años, con capacidad cognitiva conservada, acceso a *e-mail* y/o

redes sociales y/o teléfono. Fueron excluidas las personas mayores que, según el autoinforme de la persona contactada, no estaban en condiciones de responder las preguntas de forma independiente.

## Escenarios

Los participantes residen en una de las siguientes ciudades: Brasil - Brasília, Divinópolis, Juiz de Fora, Porto Alegre, Río de Janeiro, Ribeirão Preto, São Paulo y Viçosa; México - Cuidado Valles, Matehuala, Rioverde, Salinas de Hidalgo, San Luis Potosí, Soledad de Graciano Sánchez y Tamazunchale; Perú - Arequipa, Cerro de Pasco, Chiclayo, Huánuco, Iquitos, Lima, Puno- Juliaca, Tacna, Tarapoto, Tumbes y Trujillo.

## Recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante *web-based survey*, en una muestra no probabilística, difundida por *e-mail*, redes sociales (*WhatsApp*, *Facebook* e *Instagram*) y difundida por sociedades científicas de geriatría y gerontología, instituciones de salud, asociaciones de jubilados y centros de investigación. Se realizaron 15 entrevistas piloto en cada país para adaptar el idioma a las preguntas.

El *link* para acceder al cuestionario lleva al Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI), sólo los participantes que dieron su consentimiento tuvieron acceso a las preguntas, todas ellas figuraban como obligatorias. Todos recibieron una copia del FCLI firmada por el investigador a través de *e-mail* o redes sociales. También se contactó telefónicamente a las personas mayores, para invitarlos a participar de la investigación, en el momento de la llamada o al reprogramar, se les leyó el FCLI y se les indicó que dieran su consentimiento para grabar la llamada telefónica. Posteriormente, también se les envió el FCLI firmado por el investigador a través de *e-mail* o redes sociales.

## Instrumentos

El cuestionario estuvo compuesto por los siguientes segmentos: identificación, perfil sociodemográfico, exposición a noticias e información relacionada con la COVID-19<sup>(14-15)</sup>, impacto de los signos y síntomas en los trastornos psicopatológicos al estar en contacto con información sobre COVID-19 (investigación en desarrollo), Escala de Estrés Percibido, Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI)<sup>(16)</sup> y Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)<sup>(17)</sup>. El presente estudio analiza el perfil sociodemográfico de los segmentos, la exposición

a noticias e información relacionada con la COVID-19, GAI y GDS-15)<sup>(16-17)</sup>.

Para los datos recolectados en Brasil, el GAI<sup>(18)</sup>, validado con personas mayores del país, consta de 20 ítems de autorespuesta con preguntas binarias (de acuerdo/en desacuerdo) y un punto de corte <13 (no caso) y ≥13 (caso). La GDS-15<sup>(19)</sup>, también validada, contiene 15 preguntas, de las cuales 10 obtienen puntos si se responden positivamente y el resto si se responden negativamente, con un punto de corte <6 para no caso y ≥6 para caso.

Los datos recolectados en México siguen GAI<sup>(20)</sup>, versión validada en español con personas mayores de Madrid, debido a la falta de un estudio de validación en el país. El inventario consta de 20 ítems dicotómicos (de acuerdo/en desacuerdo), con un punto de corte de ≥11 para caso y <11 para no caso. GDS-15, validada con adultos mayores mexicanos<sup>(21)</sup>, consta de 15 preguntas con opciones con respuesta sí/no, de las cuales 10 obtienen puntos si se responden positivamente y el resto si se responden negativamente. Los autores no indican un punto de corte, se compararon puntajes altos (10 o más síntomas) y puntajes bajos (menos de cinco síntomas) para depresión. Se consideró ≥5 como caso y <5 como no caso.

En Perú se utilizó GAI<sup>(20)</sup>, versión validada en español con adultos mayores de Madrid, debido a la falta de un estudio de validación en el país. El inventario consta de 20 ítems dicotómicos (de acuerdo/en desacuerdo), con un punto de corte de ≥11 para caso y <11 para no caso. En la evaluación de los síntomas de depresión se utilizó el referencial validado para adultos mayores colombianos, compuesto por 15 ítems dicotómicos con respuesta sí/no, de las cuales 10 obtienen puntos si se responden positivamente y el resto si se responden negativamente, el punto de corte propuesto fue ≥5 para sospecha de depresión<sup>(22)</sup>.

Las variables independientes relacionadas con los resultados se organizaron en los siguientes bloques jerárquicos del modelo de análisis:

Bloque 1 - Variable de origen de los participantes: Perú, Brasil y México.

Bloque 2 - Variables socioeconómicas y demográficas: sexo; franja etaria; estado civil; raza/color de piel; vive con; situación de residencia; zona de residencia; máximo nivel educativo; cambio en los ingresos debido a la pandemia de COVID-19.

Bloque 3 - Variables de exposición a noticias e información sobre COVID-19: tipo de medio; frecuencia de exposición en la última semana; horas de exposición.

## Procesamiento y análisis de datos

En el análisis de los datos recolectados, los participantes recibieron un código numérico para mantener la

confidencialidad, la tabulación se realizó en Hojas de cálculo de Google y enviada al *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 23.0 para Windows. Todas las variables fueron sometidas a análisis descriptivo, se calculó la distribución de frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Para analizar las asociaciones se utilizó la prueba de chi-cuadrado ( $X^2$ ) de independencia de Pearson en el análisis bivariado de cada bloque para las variables independientes categóricas nominales, y la prueba U de Mann-Whitney para las variables independientes ordinales.

Seguido del análisis de regresión logística binaria jerárquica, en el que, inicialmente, todas las variables de los respectivos bloques conformaron análisis por separado. Para realizar la comparación, según el bloque fuente, las variables se introdujeron en el modelo multivariado final. Para todas las pruebas se consideró un nivel de significación del 5% y un intervalo de confianza del 95%.

## Resultados

De los 7.976 participantes, 4.377 (54,9%) procedían de Perú, 3.307 (41,5%) de Brasil y 292 (3,7%) de México. De esta muestra, 4.937 (61,9%) declararon ser mujeres y 4.724 (59,2%) informaron ser de color de piel/raza no blanca, que incluye negra, mulata, asiática e indígena. La franja etaria más frecuente fue la de 60 a 64 años,

con 2.584 (32,4%) personas mayores. Con respecto al estado civil, 4.642 (58,2%) personas mayores declararon estar casadas o vivir en pareja.

En cuanto a la vivienda, 6.514 (81,7%) informaron tener vivienda propia, 6.830 (85,6%) viven en zona urbana y 3.744 (46,9%) viven con tres o más personas. Con respecto al nivel educativo más alto señalado, la educación superior fue la más frecuente, con 2.120 (26,6%) personas mayores. En relación a la influencia de la pandemia de COVID-19 en los ingresos, 4.112 (51,6%) participantes consideraron que no hubo cambios en los ingresos.

Respecto a la información sobre COVID-19 en las redes sociales, 4.259 (53,4%) participantes informaron no utilizar las redes sociales y 3.261 (40,9%) no informaron ninguna exposición en la semana anterior a la encuesta.

Para 6.187 (77,6%) participantes, la televisión (TV) fue el medio utilizado para acceder a noticias e información sobre COVID-19, sin embargo, 4.322 (54,2%) informaron haber visto televisión pocas veces o algunas veces en la semana anterior a la encuesta. Para 2.596 (32,5%) personas mayores, el uso de la televisión fue de tres horas o más por semana.

Respecto al uso de la radio, 4.568 (57,3%) manifestaron no haber accedido en ningún momento a noticias o información sobre COVID-19 a través de este medio en la semana previa a la encuesta. Los datos tabulados por país se pueden ver en la Tabla 1 a continuación:

Tabla 1 – Frecuencias según características socioeconómicas y demográficas, y exposición a noticias e información sobre COVID-19 de personas mayores (n\* = 7.976). Perú, Brasil, México, 2022

Variables	Países							
	Perú Frecuencia (n=4.377) <sup>†</sup>		Brasil Frecuencia (n=3.307) <sup>‡</sup>		México Frecuencia (n=292) <sup>§</sup>		Frecuencia total (n=7.976)*	
	N <sup>  </sup>	% <sup>  </sup>	N <sup>  </sup>	% <sup>  </sup>	N <sup>  </sup>	% <sup>  </sup>	N <sup>  </sup>	% <sup>  </sup>
<b>Bloque 2 - Variables socioeconómicas y demográficas</b>								
<b>Sexo biológico</b>								
Femenino	2.452	56,0	2.250	68,0	239	81,8	4.941	61,9
Masculino	1.925	44,0	1.039	31,4	53	18,2	3.017	37,8
Prefiero no declarar	0	0,0	18	0,5	0	0,0	18	0,2
<b>Franja etaria (años)</b>								
60-64	1.241	28,4	1.285	38,9	61	20,9	2.587	32,4
65-69	1.284	29,3	921	27,9	86	29,5	2.291	28,7
70-74	705	16,1	503	15,2	60	20,5	1.268	15,9
75-79	547	12,5	334	10,1	43	14,7	924	11,6
80 o más	600	13,7	264	8,0	42	14,4	906	11,4
<b>Estado civil</b>								
Soltero(a)	423	9,7	365	11,0	36	12,3	824	10,3
Casado(a)/en pareja	2.670	61,0	1.835	55,5	137	46,9	4.642	58,2
Divorciado(a)/separado(a)	322	7,4	509	15,4	23	7,9	854	10,7
Viudo(a)	962	22,0	598	18,1	96	32,9	1.656	20,8

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	Países							
	Perú Frecuencia (n=4.377) <sup>†</sup>		Brasil Frecuencia (n=3.307) <sup>‡</sup>		México Frecuencia (n=292) <sup>§</sup>		Frecuencia total (n=7.976) <sup>*</sup>	
	N <sup>  </sup>	% <sup>¶</sup>	N <sup>  </sup>	% <sup>¶</sup>	N <sup>  </sup>	% <sup>¶</sup>	N <sup>  </sup>	% <sup>¶</sup>
<b>Raza/Color de piel</b>								
Blanco	607	13,9	2.364	71,5	281	96,2	3.252	40,8
No blanco	3.770	86,1	943	28,5	11	3,8	4.724	59,2
<b>Número de residentes en el hogar</b>								
Vive solo	189	4,3	587	17,8	33	11,3	809	10,1
Uno o dos	1.412	32,3	1.886	57,0	125	42,8	3.423	42,9
Tres o más	2.776	63,4	834	25,2	134	45,9	3.744	46,9
<b>Vivienda propia</b>								
No	872	19,9	551	16,7	39	13,4	1462	18,3
Sí	3.505	80,1	2.756	83,3	253	86,6	6.514	81,7
<b>Zona de residencia</b>								
Urbana	3.380	77,2	3.160	95,6	290	99,3	6.830	85,6
Rural	997	22,8	147	4,4	2	0,7	1.146	14,4
<b>Máximo nivel educativo</b>								
No estudió o no completó la educación básica	355	8,1	295	8,9	25	8,6	675	8,5
Educación básica o primaria	1.133	25,9	713	21,6	116	39,7	1.962	24,6
Educación secundaria	1.305	29,8	718	21,7	56	19,2	2.079	26,1
Educación superior completa	1.446	33,0	645	19,5	29	9,9	2.120	26,6
Otros	138	3,2	936	28,3	66	22,6	1.140	14,3
<b>Cambios en los ingresos durante la pandemia de COVID-19</b>								
No	1.536	35,1	2.437	73,8	139	47,6	4.112	51,6
Sí, mis ingresos aumentaron	172	3,9	80	2,4	15	5,1	267	3,3
Sí, mis ingresos disminuyeron	2.669	61,0	787	23,8	138	47,3	3.594	45,1
<b>Bloque 3 - Variables de exposición a noticias e información sobre COVID-19</b>								
<b>Usa las redes sociales para acceder a noticias e información sobre COVID-19**</b>								
No	2.719	62,1	1.361	41,2	179	61,3	4.259	53,4
Sí	1.658	37,9	1.943	58,8	113	38,7	3.714	46,6
<b>Frecuencia de exposición en la última semana a noticias e información sobre COVID-19 en redes sociales</b>								
Ni una sola vez	2.280	52,1	822	24,9	159	54,5	3.261	40,9
Pocas veces y algunas veces	1.571	35,9	1.464	44,3	102	34,9	3.137	39,3
A menudo	526	12,0	1.021	30,9	31	10,6	1.578	19,8
<b>Horas de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en redes sociales**</b>								
0 horas	2.097	47,9	848	25,7	182	62,3	3.127	39,2
1 hora	1.080	24,7	811	24,6	49	16,8	1.940	24,3
2 a 5 horas	1.004	22,9	1.084	32,8	58	19,9	2.146	26,9
6 horas o más	196	4,5	560	17,0	3	1,0	759	9,5
<b>Usa la televisión para acceder a noticias e información sobre COVID-19**</b>								
No	1.002	22,9	624	18,9	160	54,8	1.786	22,4
Sí	3.375	77,1	2.680	81,1	132	45,2	6.187	77,6

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	Países							
	Perú Frecuencia (n=4.377) <sup>†</sup>		Brasil Frecuencia (n=3.307) <sup>‡</sup>		México Frecuencia (n=292) <sup>§</sup>		Frecuencia total (n=7.976) <sup>*</sup>	
	N <sup>  </sup>	% <sup>  </sup>	N <sup>  </sup>	% <sup>  </sup>	N <sup>  </sup>	% <sup>  </sup>	N <sup>  </sup>	% <sup>  </sup>
<b>Frecuencia de exposición en la última semana a noticias e información sobre COVID-19 en la televisión</b>								
Ni una sola vez	601	13,7	394	11,9	41	14,0	1.036	13,0
Pocas veces y algunas veces	2.669	61,0	1.440	43,5	213	72,9	4.322	54,2
A menudo	1.107	25,3	1.473	44,5	38	13,0	2.618	32,8
<b>Horas de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la televisión**</b>								
0 horas	597	13,6	431	13,1	53	18,2	1.081	13,6
1 hora	1.595	36,4	884	26,8	111	38,0	2.590	32,5
2 horas	947	21,6	686	20,8	71	24,3	1.704	21,4
3 horas o más	1.238	28,3	1.301	39,4	57	19,5	2.596	32,5
<b>Usa la radio para acceder a noticias e información sobre COVID-19**</b>								
No	1.866	42,6	2.429	73,5	273	93,5	4.568	57,3
Sí	2.511	57,4	876	26,5	19	6,5	3.406	42,7
<b>Frecuencia de exposición en la última semana a noticias e información sobre COVID-19 en la radio</b>								
Ni una sola vez	1.317	30,1	1.956	59,1	211	72,3	3.484	43,7
Pocas veces y algunas veces	2.333	53,3	956	28,9	65	22,3	3.354	42,1
A menudo	727	16,6	395	11,9	16	5,5	1.138	14,3
<b>Horas de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la radio**</b>								
0 horas	1.330	30,4	2.083	63,0	223	76,4	3.636	45,6
1 hora y más	3.047	69,6	1.223	37,0	69	23,6	4.339	54,4

\*(n=7.976) = Población de estudio; <sup>†</sup>Muestra total de Perú; <sup>‡</sup>Muestra total de Brasil; <sup>§</sup>Muestra total de México; <sup>||</sup>N = Distribución de los participantes en cada respuesta; <sup>||</sup>% = Porcentaje con respecto al total de respuestas en la columna correspondiente a cada variable; \*\*El número total de encuestados es menor que la población total del estudio (7.976)

De las 7.976 personas mayores participantes, 3.395 (42,6%) lograron ser sometidas a pruebas de detección de ansiedad geriátrica, mientras que 4.581 (57,4%) no. En el análisis bivariado de las variables socioeconómicas y demográficas (bloque 2), obtuvieron diferencias significativas, con valor  $p < 0,001$ , los

siguientes ítems: sexo biológico, franja etaria, país de origen, estado civil, raza/color de piel, número de residentes en el hogar, zona de residencia y cambio en los ingresos durante la pandemia de COVID-19. Además, del ítem máximo nivel educativo con valor  $p = 0,032$  (Tablas 2 y 3).

Tabla 2 – Detección o no de ansiedad y depresión geriátrica y valor  $p^*$  de las características socioeconómicas y demográficas, y exposición a noticias e información sobre COVID-19 de personas mayores ( $n^† = 7976$ ). Perú, Brasil, México, 2022

Variables	Detección de ansiedad geriátrica				p*	Detección de depresión geriátrica				p*
	No		Sí			No		Sí		
	N‡	%§	N‡	%§		N‡	%§	N‡	%§	
Bloque 1 - Variable de origen de los participantes y Bloque 2 - Variables socioeconómicas y demográficas										
Sexo biológico										
Femenino	2.985	65,2	1.956	57,6		2.036	62,8	2.905	61,4	
Masculino	1.584	34,6	1.433	42,2	<0,001	1.199	37,0	1.818	38,4	0,434
Prefiero no declarar	12	0,3	6	0,2		7	0,2	11	0,2	

(continúa en la página siguiente...)



(continuación...)

Variables	Detección de ansiedad geriátrica				p*	Detección de depresión geriátrica				p*
	No		Sí			No		Sí		
	N†	%§	N†	%§		N†	%§	N†	%§	
País										
Perú	1.599	34,9	2.778	81,8	<0,001	1.134	35,0	3.243	68,5	<0,001
Brasil	2.712	59,2	595	17,5		1.987	61,3	1.320	27,9	
México	270	5,9	22	0,6		121	3,7	171	3,6	
Estado civil										
Soltero(a)	434	9,5	390	11,5	<0,001	352	10,9	472	10,0	<0,001
Casado(a)/En pareja	2.662	58,1	1.980	58,3		1.842	56,8	2.800	59,1	
Divorciado(a)/Separado(a)	552	12,0	302	8,9		432	13,3	422	8,9	
Viudo(a)	933	20,4	723	21,3		616	19,0	1.040	22,0	
Raza/Color de piel										
Blanco	2.492	54,4	760	22,4	<0,001	1.674	51,6	1.578	33,3	<0,001
No blanco	2.089	45,6	2.635	77,6		1.568	48,4	3.156	66,7	
Vivienda propia										
No	828	18,1	634	18,7	0,501	549	16,9	913	19,3	0,008
Sí	3.753	81,9	2.761	81,3		2.693	83,1	3.821	80,7	
Zona de residencia										
Urbana	4.050	88,4	2.780	81,9	<0,001	2.920	90,1	3.910	82,6	<0,001
Rural	531	11,6	615	18,1		322	9,9	824	17,4	
Bloque 3 - Variables de exposición a noticias e información sobre COVID-19										
Usa las redes sociales para acceder a noticias e información sobre COVID-19										
No	2.300	50,2	1.959	57,7	<0,001	1.613	49,8	2.646	55,9	<0,001
Sí	2.278	49,8	1.436	42,3		1.627	50,2	2.087	44,1	
Usa la televisión para acceder a noticias e información sobre COVID-19										
No	1.060	23,2	726	21,4	0,061	690	21,3	1.096	23,2	0,052
Sí	3.518	76,8	2.669	78,6		2.550	78,7	3.637	76,8	
Usa la radio para acceder a noticias e información sobre COVID-19										
No	2.877	62,8	1.691	49,8	<0,001	2.111	65,2	2.457	51,9	<0,001
Sí	1.702	37,2	1.704	50,2		1.129	34,8	2.277	48,1	

\*p = Chi-cuadrado de Pearson; †Población de estudio; ‡N = Distribución de participantes en cada respuesta; §% = Porcentaje respecto al total de respuestas en la columna correspondiente a cada variable

Tabla 3 – Detección o no de ansiedad y depresión geriátrica y valor p\* de las características socioeconómicas y demográficas, y exposición a noticias e información sobre COVID-19 de personas mayores (n<sup>†</sup> = 7976). Perú, Brasil, México, 2022

Variables	Detección de ansiedad geriátrica				p*	Detección de depresión geriátrica				p*
	No		Sí			No		Sí		
	N <sup>‡</sup>	% <sup>§</sup>	N <sup>‡</sup>	% <sup>§</sup>		N <sup>‡</sup>	% <sup>§</sup>	N <sup>‡</sup>	% <sup>§</sup>	
Bloque 1 - Variable de origen de los participantes y Bloque 2 - Variables socioeconómicas y demográficas										
Franja etaria (años)										
60 – 64	1.570	34,3	1.017	30,0	<0,001	1.191	36,7	1.396	29,5	<0,001
65 – 69	1.303	28,4	988	29,1		889	27,4	1.402	29,6	

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	Detección de ansiedad geriátrica				p*	Detección de depresión geriátrica				p*
	No		Sí			No		Sí		
	Nº	%§	Nº	%§		Nº	%§	Nº	%§	
70 – 74	730	15,9	538	15,8		514	15,9	754	15,9	
75 – 79	507	11,1	417	12,3	<0,001	358	11,0	566	12,0	<0,001
80 o más	471	10,3	435	12,8		290	8,9	616	13,0	
Número de residentes en el hogar										
Vive solo	569	12,4	240	7,1		427	13,2	382	8,1	
Una o dos personas	2.155	47,0	1.268	37,3	<0,001	1.520	46,9	1.903	40,2	<0,001
Tres o más personas	1.857	40,5	1.887	55,6		1.295	39,9	2.449	51,7	
Máximo nivel educativo										
No estudió o no completó la educación básica	403	8,8	272	8,0		234	7,2	441	9,3	
Educación básica o primaria	1.163	25,4	799	23,5	0,032	751	23,2	1.211	25,6	<0,001
Educación secundaria	1.135	24,8	944	27,8		807	24,9	1.272	26,9	
Educación superior completa	1.029	22,5	1.091	32,1		784	24,2	1.336	28,2	
Otros	851	18,6	289	8,5		666	20,5	474	10,0	
Cambios en los ingresos durante la pandemia de COVID-19										
No	2.564	56,0	1.548	45,6		1.977	61,0	2.135	45,1	
Sí, mis ingresos aumentaron	149	3,3	118	3,5	<0,001	105	3,2	162	3,4	<0,001
Sí, mis ingresos disminuyeron	1.866	40,8	1.728	50,9		1.158	35,7	2.436	51,5	
Bloque 3 - Variables de exposición a noticias e información sobre COVID-19										
Frecuencia de exposición en la última semana a noticias e información sobre COVID-19 en redes sociales										
Ni una sola vez	1.686	36,8	1.575	46,4		1.146	35,3	2.115	44,7	
Pocas veces y algunas veces	1.913	41,8	1.224	36,1	<0,001	1.325	40,9	1.812	38,3	<0,001
A menudo	982	21,4	596	17,6		771	23,8	807	17,0	
Horas de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en redes sociales										
0 horas	1.635	35,7	1.492	43,9		1.118	34,5	2.009	42,4	
1 hora	1.059	23,1	881	25,9	<0,001	836	25,8	1.104	23,3	<0,001
2 a 5 horas	1.368	29,9	778	22,9		930	28,7	1.216	25,7	
6 horas o más	515	11,3	244	7,2		355	11,0	404	8,	
Frecuencia de exposición en la última semana a noticias e información sobre COVID-19 en la televisión										
Ni una sola vez	572	12,5	464	13,7		421	13,0	615	13,0	
Pocas veces y algunas veces	2.414	52,7	1.908	56,2	<0,001	1.662	51,3	2.660	56,2	<0,001
A menudo	1.595	34,8	1023	30,1		1.159	35,7	1.459	30,8	
Horas de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la televisión										
0 horas	590	12,9	491	14,5		479	14,8	602	12,7	
1 hora	1.501	32,8	1.089	32,1	0,012	1.028	31,7	1.562	33,0	0.075
2 horas	924	20,2	780	23,0		708	21,9	996	21,0	
3 horas o más	1.561	34,1	1.035	30,5		1.024	31,6	1.572	33,2	

(continúa en la página siguiente...)



(continuación...)

Variables	Detección de ansiedad geriátrica				p*	Detección de depresión geriátrica				p*
	No		Sí			No		Sí		
	N <sup>‡</sup>	% <sup>§</sup>	N <sup>‡</sup>	% <sup>§</sup>		N <sup>‡</sup>	% <sup>§</sup>	N <sup>‡</sup>	% <sup>§</sup>	
Frecuencia de exposición en la última semana a noticias e información sobre COVID-19 en la radio										
Ni una sola vez	2.180	47,6	1.304	38,4	<0,001	1.656	51,1	1.828	38,6	<0,001
Pocas veces y algunas veces	1.838	40,1	1.516	44,7		1.190	36,7	2.164	45,7	
A menudo	563	12,3	575	16,9		396	12,2	742	15,7	
Horas de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la radio										
0 horas	2.295	50,1	1.341	39,5	<0,001	1.779	54,9	1.857	39,2	<0,001
1 hora y más	2.285	49,9	2.054	60,5		1.462	45,1	2.877	60,8	

\*p = Prueba U de Mann-Whitney; †Población de estudio; ‡N = Distribución de participantes en cada respuesta; §% = Porcentaje respecto al total de respuestas en la columna correspondiente a cada variable

En la asociación de la variable detección/no detección de ansiedad con las variables de exposición a noticias e información (bloque 3), se observaron diferencias significativas en los ítems: uso, frecuencia y horas de exposición a través de redes sociales para acceder a noticias e información sobre COVID-19 con valor  $p < 0,001$ . Para uso, frecuencia y horas de exposición a la radio para acceder a noticias e información sobre COVID-19 con valor  $p < 0,001$ . Con respecto a la televisión, sólo las variables frecuencia y horas de exposición resultaron significativas, con valor  $p < 0,001$  y valor  $p = 0,012$ , respectivamente.

En cuanto a la detección de depresión geriátrica, 4.734 (59,4%) indicaron detección, mientras que 3.242 (40,6%) no. Las siguientes variables socioeconómicas y demográficas (bloques 1 y 3) fueron significativas en el análisis bivariado: franja etaria, país de origen, estado civil, raza/color de piel, número de residentes en el hogar, zona de residencia, máximo nivel educativo y cambio en los ingresos durante la pandemia de COVID-19, con valor  $p < 0,001$  para cada ítem. Sólo el ítem vivienda propia, entre las diferencias significativas, alcanzó valor  $p = 0,008$ .

Del análisis de asociación bivariada entre detección/no detección de depresión geriátrica y las variables de exposición a noticias e información (bloque 3), resultaron estadísticamente significativos los ítems: uso, frecuencia y horas de exposición a través de redes sociales para acceder a noticias e información sobre COVID-19 con valor  $p < 0,001$  para cada ítem. Para uso, frecuencia y horas de exposición a la radio para acceder a noticias e información sobre COVID-19 con valor  $p < 0,001$ , respectivamente. Respecto a la TV, sólo el ítem frecuencia fue significativo, con valor  $p < 0,001$ .

En el análisis multivariado, las siguientes variables presentaron valor  $p < 0,05$  en la regresión independiente de los bloques, para la detección de ansiedad: bloque 1, país de origen; bloque 2, sexo, franja etaria, estado civil,

raza/color de piel (no blanco), número de residentes en el hogar, zona de residencia, educación (secundaria o superior) y cambio en los ingresos durante la pandemia de COVID-19 (disminución de los ingresos); bloque 3, frecuencia (a menudo) y horas (dos horas o más) de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en redes sociales, uso y horas (una hora) de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en televisión, y uso, frecuencia (a menudo) y ni una hora de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la radio.

Sin embargo, en el modelo final (Tabla 4), con  $R^2$  de Nagelkerke=0,312 y valor  $p < 0,001$  de la prueba de Hosmer y Lemeshow, las siguientes variables siguieron siendo significativas: país de origen, sexo (masculino), estado civil, raza (no blanca), cambio en los ingresos durante la pandemia de COVID-19, frecuencia (a menudo) y horas (dos horas o más) de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en redes sociales, uso de la televisión y horas (una hora) para acceder a noticias e información sobre COVID-19, y frecuencia (algunas veces) de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la radio.

Para la detección de depresión, en la regresión independiente de los bloques, las variables que presentaron diferencias estadísticamente significativas fueron: bloque 1, país de origen; bloque 2, sexo (masculino), franja etaria, estado civil (divorciado/separado), raza/color de piel (no blanco), número de residentes en el hogar, zona de residencia, máximo nivel educativo (otros) y cambio en los ingresos durante la pandemia de COVID-19 (disminución de los ingresos); bloque 3, uso, frecuencia (algunas veces y a menudo) y horas (una hora o más) de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en redes sociales, uso y horas (una hora o más) de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en televisión, y uso y horas (una hora o más) de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la radio.

Tabla 4 – Modelo final de detección o no de ansiedad geriátrica y valor p\* de las características socioeconómicas, demográficas y exposición a noticias e información sobre COVID-19 de personas mayores (n<sup>+</sup> = 7.976). Perú, Brasil, México, 2022

Variables	Exposición (B) ajustado en el bloque (IC 95%) <sup>†</sup>	p*	Exposición (B) ajustado en el modelo final (IC 95%) <sup>†</sup>	p*
<b>Bloque 1 - Variable de origen de los participantes</b>				
<b>País</b>				
Perú			Ref <sup>§</sup>	
Brasil	0,13 0,11-0,14	<0,001	0,10 0,09-0,12	<0,001
México	0,05 0,03-0,07	<0,001	0,05 0,03-0,08	<0,001
<b>Bloque 2 - Variables socioeconómicas y demográficas</b>				
<b>Sexo biológico</b>				
Femenino			Ref <sup>§</sup>	
Masculino	1,13 1,02-1,25	0,018	1,13 1,01-1,26	0,031
Prefiero no declarar	0,85 0,31-2,38	0,761	2,46 0,90-6,72	0,079
<b>Franja etaria (años)</b>				
60-64			Ref <sup>§</sup>	
65-69	1,14 1,00-1,29	0,043	1,07 0,94-1,23	0,300
70-74	1,18 1,02-1,37	0,031	0,99 0,84-1,16	0,900
75-79	1,26 1,07-1,49	0,006	1,05 0,88-1,27	0,577
80 o más	1,45 1,22-1,73	<0,001	1,04 0,86-1,26	0,690
<b>Estado civil</b>				
Soltero(a)			Ref <sup>§</sup>	
Casado(a)/en pareja	0,61 0,52-0,73	<0,001	0,68 0,57-0,82	<0,001
Divorciado(a)/separado(a)	0,63 0,51-0,78	<0,001	0,74 0,59-0,93	0,009
Viudo(a)	0,70 0,58-0,84	<0,001	0,72 0,59-0,89	0,002
<b>Raza/Color de piel</b>				
Blanco			Ref <sup>§</sup>	
No blanco	3,63 3,26-4,05	<0,001	1,39 1,21-1,59	<0,001
<b>Número de residentes en el hogar</b>				
Vive solo			Ref <sup>§</sup>	
Uno o dos	1,26 1,04-1,51	0,017	1,06 0,87-1,30	0,563
Tres o más	1,76 1,45-2,12	<0,001	1,02 0,82-1,25	0,886
<b>Vivienda propia</b>				
No			Ref <sup>§</sup>	
Sí	1,10 0,97-1,24	0,146	1,13 0,99-1,30	0,073

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	Exposición (B) ajustado en el bloque (IC 95%) <sup>‡</sup>	p*	Exposición (B) ajustado en el modelo final (IC 95%) <sup>‡</sup>	p*
<b>Zona de residencia</b>				
Urbana			Ref <sup>§</sup>	
Rural	1,34 1,17-1,54	<0,001	0,92 2,79-1,06	0,257
<b>Máximo nivel educativo</b>				
No estudió o no completó la educación básica			Ref <sup>§</sup>	
Educación básica o primaria	1,15 0,95-1,39	0,139	0,92 0,75-1,13	0,420
Educación secundaria	1,60 1,32-1,94	<0,001	1,04 0,83-1,28	0,754
Educación superior completa	2,21 1,82-2,68	<0,001	1,22 0,97-1,53	0,082
Otros	1,28 1,01-1,61	0,039	1,21 0,94-1,58	0,144
<b>Cambios en los ingresos durante la pandemia de COVID-19</b>				
No			Ref <sup>§</sup>	
Sí, mis ingresos aumentaron	1,06 0,81-1,39	0,671	0,71 0,53-0,95	0,021
Sí, mis ingresos disminuyeron	1,12 1,01-1,24	0,029	0,72 0,64-0,81	<0,001
<b>Bloque 3 - Variables de exposición a noticias e información sobre COVID-19</b>				
<b>Usa las redes sociales para acceder a noticias e información sobre COVID-19</b>				
No			Ref <sup>§</sup>	
Sí	1,05 0,92-1,20	0,448	0,98 0,85-1,14	0,819
<b>Frecuencia de exposición en la última semana a noticias e información sobre COVID-19 en redes sociales</b>				
Ni una sola vez			Ref <sup>§</sup>	
Pocas veces y algunas veces	0,77 0,65-0,91	0,002	1,13 0,93-1,36	0,217
A menudo	0,94 0,76-1,15	0,528	1,59 1,25-2,03	<0,001
<b>Horas de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en redes sociales</b>				
0 horas			Ref <sup>§</sup>	
1 hora	1,14 0,96-1,35	0,137	1,04 0,85-1,26	0,710
2 a 5 horas	0,77 0,64-0,92	0,004	0,73 0,59-0,90	0,003
6 horas o más	0,62 0,49-0,78	<0,001	0,87 0,67-1,14	0,324
<b>Usa la televisión para acceder a noticias e información sobre COVID-19</b>				
No			Ref <sup>§</sup>	
Sí	1,20 1,04-1,39	0,010	1,20 1,02-1,41	0,031
<b>Frecuencia de exposición en la última semana a noticias e información sobre COVID-19 en la televisión</b>				
Ni una sola vez			Ref <sup>§</sup>	
Pocas veces y algunas veces	1,07 0,88-1,30	0,492	0,97 0,78-1,21	0,810
A menudo	0,84 0,67-1,04	0,112	0,92 0,71-1,18	0,502

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	Exposición (B) ajustado en el bloque (IC 95%) <sup>‡</sup>	p <sup>*</sup>	Exposición (B) ajustado en el modelo final (IC 95%) <sup>‡</sup>	p <sup>*</sup>
<b>Horas de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la televisión</b>				
0 horas			Ref <sup>§</sup>	
1 hora	0,78 0,64-0,95	0,013	0,70 0,56-0,88	0,002
2 horas	0,98 0,79-1,21	0,818	0,97 0,76-1,23	0,782
3 horas o más	0,83 0,67-1,03	0,094	0,84 0,66-1,07	0,162
<b>Usa la radio para acceder a noticias e información sobre COVID-19</b>				
No			Ref <sup>§</sup>	
Sí	1,30 1,14-1,48	<0,001	1,03 0,88-1,20	0,724
<b>Frecuencia de exposición en la última semana a noticias e información sobre COVID-19 en la radio</b>				
Ni una sola vez			Ref <sup>§</sup>	
Pocas veces y algunas veces	1,01 0,87-1,18	0,852	0,77 0,65-0,91	0,003
A menudo	1,26 1,04-1,53	0,018	1,06 0,85-1,32	0,615
<b>Horas de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la radio</b>				
0 horas			Ref <sup>§</sup>	
1 hora y más	1,22 1,05-1,42	0,010	0,85 0,71-1,01	0,067

\*p = Valor p; <sup>‡</sup>Población de estudio; <sup>‡</sup>(IC 95%) = Intervalo de confianza del 95%; <sup>§</sup>Ref = Categoría de referencia

En el modelo final (Tabla 5), con R<sup>2</sup> de Nagelkerke=0,169 y valor p<0,001 de la prueba de Hosmer y Lemeshow, las siguientes variables presentaron valor p<0,05: país de origen, sexo (masculino), franja etaria (80 años o más), raza (no blanca), educación (de educación básica o primaria en

adelante), cambio en los ingresos durante la pandemia de COVID-19 (disminución de los ingresos), uso y horas (una hora o más) de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la televisión, y horas (una hora o más) de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la radio.

Tabla 5 – Modelo final de detección o no de depresión geriátrica y valor p\* de las características socioeconómicas, demográficas y exposición a noticias e información sobre COVID-19 de las personas mayores (n<sup>+</sup> = 7.976). Perú, Brasil, México, 2022

Variables	Exposición (B) ajustado en el bloque (IC 95%) <sup>‡</sup>	p <sup>*</sup>	Exposición (B) ajustado en el modelo final (IC 95%) <sup>‡</sup>	p <sup>*</sup>
<b>Bloque 1 - Variable de origen de los participantes</b>				
<b>País</b>				
Perú			Ref <sup>§</sup>	
Brasil	0,23 0,21-0,26	<0,001	0,23 0,19-0,26	<0,001
México	0,49 0,39-0,63	<0,001	0,45 0,34-0,60	<0,001
<b>Bloque 2 - Variables socioeconómicas y demográficas</b>				
<b>Sexo biológico</b>				
Femenino			Ref <sup>§</sup>	
Masculino	0,88 0,80-0,98	0,014	0,83 0,75-0,92	0,001
Prefiero no declarar	1,29 0,49-3,41	0,610	2,07 0,79-5,44	0,138

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	Exposición (B) ajustado en el bloque (IC 95%) <sup>‡</sup>	p*	Exposición (B) ajustado en el modelo final (IC 95%) <sup>‡</sup>	p*
<b>Franja etaria (años)</b>				
60-64			Ref <sup>§</sup>	
65-69	1,26 1,12-1,43	<0,001	1,17 1,04-1,33	0,012
70-74	1,26 1,09-1,46	0,002	1,09 0,94-1,27	0,241
75-79	1,29 1,09-1,51	0,003	1,15 0,97-1,37	0,110
80 o más	1,70 1,43-2,03	<0,001	1,43 1,18-1,72	<0,001
<b>Estado civil</b>				
Soltero(a)			Ref <sup>§</sup>	
Casado(a)/en pareja	0,98 0,83-1,15	0,775	1,08 0,91-1,28	0,405
Divorciado(a)/separado(a)	0,77 0,63-0,94	0,010	0,87 0,71-1,07	0,200
Viudo(a)	1,02 0,85-1,22	0,864	1,05 0,86-1,26	0,647
<b>Raza/Color de piel</b>				
Blanco			Ref <sup>§</sup>	
No blanco	1,62 1,47-1,80	<0,001	0,86 0,76-0,98	0,022
<b>Número de residentes en el hogar</b>				
Vive solo			Ref <sup>§</sup>	
Uno o dos	1,19 1,01-1,41	0,043	1,05 0,88-1,25	0,583
Tres o más	1,46 1,22-1,74	<0,001	0,96 0,80-1,15	0,655
<b>Vivienda propia</b>				
No			Ref <sup>§</sup>	
Sí	0,93 0,82-1,05	0,259	0,93 0,81-1,05	0,246
<b>Zona de residencia</b>				
Urbana			Ref <sup>§</sup>	
Rural	1,46 1,26-1,69	<0,001	1,09 0,93-1,27	0,283
<b>Máximo nivel educativo</b>				
No estudió o no completó la educación básica			Ref <sup>§</sup>	
Educación básica o primaria	0,91 0,75-1,10	0,337	0,76 0,62-0,93	0,007
Educación secundaria	1,00 0,82-1,21	0,990	0,71 0,58-0,88	0,001
Educación superior completa	1,12 0,92-1,36	0,246	0,71 0,57-0,88	0,002
Otros	0,70 0,56-0,87	0,001	0,66 0,52-0,83	<0,001
<b>Cambios en los ingresos durante la pandemia de COVID-19</b>				
No			Ref <sup>§</sup>	
Sí, mis ingresos aumentaron.	1,26 0,97-1,63	0,084	0,97 0,74-1,27	0,815
Sí, mis ingresos disminuyeron.	1,66 150-1,83	<0,001	1,19 1,07-1,33	0,001

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	Exposición (B) ajustado en el bloque (IC 95%)*	p*	Exposición (B) ajustado en el modelo final (IC 95%)*	p*
<b>Bloque 3 - Variables de exposición a noticias e información sobre COVID-19</b>				
<b>Usa las redes sociales para acceder a noticias e información sobre COVID-19</b>				
No			Ref <sup>§</sup>	
Sí	1,15 1,01-1,31	0,037	1,13 0,99-1,30	0,078
<b>Frecuencia de exposición en la última semana a noticias e información sobre COVID-19 en redes sociales</b>				
Ni una sola vez			Ref <sup>§</sup>	
Pocas veces y algunas veces	0,81 0,69-0,96	0,015	1,12 0,94-1,34	0,216
A menudo	0,68 0,55-0,84	<0,001	1,00 0,80-1,26	0,968
<b>Horas de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en redes sociales</b>				
0 horas			Ref <sup>§</sup>	
1 hora	0,82 0,69-0,98	0,026	0,86 0,71-1,04	0,114
2 a 5 horas	0,82 0,68-0,98	0,031	0,92 0,76-1,12	0,398
6 horas o más	0,76 0,60-0,95	0,017	1,08 0,85-1,38	0,529
<b>Usa la televisión para acceder a noticias e información sobre COVID-19</b>				
No			Ref <sup>§</sup>	
Sí	0,79 0,68-0,91	0,001	0,86 0,73-1,00	0,047
<b>Frecuencia de exposición en la última semana a noticias e información sobre COVID-19 en la televisión</b>				
Ni una sola vez			Ref <sup>§</sup>	
Pocas veces y algunas veces	1,01 0,83-1,23	0,940	0,91 0,74-1,12	0,362
A menudo	0,88 0,70-1,09	0,244	0,94 0,74-1,19	0,590
<b>Horas de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la televisión</b>				
0 horas			Ref <sup>§</sup>	
1 hora	1,44 1,18-1,76	<0,001	1,36 1,10-1,68	0,005
2 horas	1,41 1,13-1,75	0,002	1,36 1,09-1,72	0,008
3 horas o más	1,59 1,28-1,97	<0,001	1,66 1,32-2,09	<0,001
<b>Usa la radio para acceder a noticias e información sobre COVID-19</b>				
No			Ref <sup>§</sup>	
Sí	1,23 1,08-1,41	0,002	1,08 0,93-1,25	0,305
<b>Frecuencia de exposición en la última semana a noticias e información sobre COVID-19 en la radio</b>				
Ni una sola vez			Ref <sup>§</sup>	
Pocas veces y algunas veces	1,05 0,90-1,22	0,541	0,90 0,77-1,06	0,217
A menudo	1,06 0,87-1,29	0,539	0,98 0,80-1,21	0,868
<b>Horas de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la radio</b>				
0 horas			Ref <sup>§</sup>	
1 hora y más	1,49 1,28-1,74	<0,001	1,21 1,03-1,43	0,020

\*p = Valor p; <sup>†</sup>Población de estudio; <sup>‡</sup>(IC 95%) = Intervalo de confianza del 95%; <sup>§</sup>Ref = Categoría de referencia

## Discusión

Este estudio analizó la asociación entre la exposición a noticias e información sobre COVID-19 y el impacto en la salud mental de los adultos mayores en Perú, Brasil y México. La prevalencia de detección de ansiedad geriátrica entre los participantes fue del 42,6%. Cabe destacar que, sólo en la muestra de adultos mayores de Perú, la prevalencia fue mayoritaria para el resultado, con 63,5%. Se detectaron síntomas de depresión en el 59,4% de la muestra y la frecuencia fue de 74,1% en las muestras de participantes peruanos y 58,6% en la muestra mexicana.

Los hallazgos están por encima de la frecuencia observada en una revisión sistemática<sup>(13)</sup> centrada en América Latina, que estima una prevalencia del 35% (IC 95%: 31%-38%) para ansiedad y 35% (IC 95%: 31%-39%) para síntomas de depresión. En otras regiones del mundo<sup>(11)</sup>, la prevalencia de los síntomas de ansiedad varía de 7,4% a 47,82% y los de depresión de 14,14% a 48,3%. Sin embargo, cabe aclarar que las revisiones no cuentan con una muestra compuesta exclusivamente por personas mayores y los instrumentos utilizados para la detección de síntomas difieren de los aplicados en el estudio. Además, el inicio del período de recolección de datos coincidió con el primer pico más alto de muertes por COVID-19 registrado en las Américas, principalmente el 18 de enero de 2021, lo que también puede haber contribuido a los distintos hallazgos presentes en la literatura<sup>(1)</sup>.

Con respecto al uso de medios de comunicación para acceder a noticias e información sobre COVID-19, el 77,6% de los participantes indicó que lo hizo mediante la televisión, el 46,6% que usó redes sociales y el 42,7% recurrió a la radio. Sólo en la muestra de adultos mayores brasileños, se observó que prevalencia el uso de redes sociales, con 58,8%. Sólo en la muestra de participantes peruanos predominó el uso de la radio, con 57,4%. Los participantes mexicanos se destacan por no utilizar la televisión, con una frecuencia de 54,8%, además de no presentar una frecuencia predominantemente positiva en ninguno de los tres medios.

Se puede observar que no hubo concordancia entre los tres países sobre ninguno de los ítems. Un análisis del periodismo mundial a inicios de 2023, indica que el acceso a internet en Perú, Brasil y México es del 87%, 83% y 67%, respectivamente, y que el acceso *online* (incluyendo redes sociales) es la principal fuente de acceso a noticias, aunque se percibe una disminución generalizada de dicho consumo. Esa reducción también se identifica en los medios tradicionales, como la televisión y los periódicos impresos<sup>(23)</sup>.

En Brasil, el consumo de noticias *online* (incluyendo redes sociales) disminuyó del 90% al 79% en los últimos

10 años, especialmente el uso de *WhatsApp*. El 51% de los participantes mencionó la televisión. De forma similar, el consumo en Perú y México de noticias *online* (incluyendo redes sociales) es del 80%, principalmente a través de *Facebook*. La diferencia radica en el consumo de la televisión, que es del 51% en Perú y del 42% en México<sup>(23)</sup>.

Distinguir los hallazgos entre países nos inspira a enfatizar el contexto de esos territorios y a comprender el comportamiento informacional de la muestra poblacional compuesta exclusivamente por personas mayores. Se observa que los participantes buscaron noticias e información sobre COVID-19, incluso a través de medios digitales (redes sociales). Sin embargo, no se midió la calidad de la información, el nivel de confianza ni el nivel de alfabetización de las personas mayores.

En un estudio prepandemia sobre el acceso a los medios digitales de las personas mayores en algunos países de América Latina, incluidos Perú y México, se observó que las personas mayores representaban menos del 10% de la población de usuarios, y que predomina el uso para obtener información, seguido de la comunicación<sup>(24)</sup>. Durante la pandemia<sup>(8)</sup>, indican que en Perú la incapacidad para reconocer noticias falsas alcanzó al 79% de la población. Por encima de México, con 66%, y Brasil, con 62%.

Esto se combina con baja alfabetización digital de las personas mayores<sup>(25)</sup> y niveles decrecientes de confianza pública en las noticias, principalmente debido a la situación política y el comportamiento de sus presidentes, a saber, Brasil con un 43% de confianza, seguido de México con un 36% y Perú con un 33%<sup>(23)</sup>.

En nuestra muestra, la asociación bivariada del uso de medios para el resultado detección de ansiedad presentó diferencias estadísticamente significativas en el uso de redes sociales ( $X^2=43,6$  y valor  $p<0,001$ ) y radio ( $X^2=135,0$  y valor  $p<0,001$ ). Sin embargo, sólo en el caso de la radio había una frecuencia del 50% de que el resultado se produjera o no. Con respecto a la detección de depresión, para las redes sociales ( $X^2=29,0$  y valor  $p<0,001$ ), la televisión ( $X^2=3,83$  y valor  $p<0,050$ ) y la radio ( $X^2=138,0$  y valor  $p<0,001$ ) la frecuencia del resultado fue mayor independientemente del uso.

Una revisión integradora analizó el impacto de las redes sociales digitales en la percepción de soledad y aislamiento social en las personas mayores e indicó que el uso de estos medios tiene el potencial de reducir los sentimientos de soledad y aislamiento social y de promover una mayor interacción y un sentido de pertenencia en las personas mayores<sup>(26)</sup>.

Esos hallazgos coinciden parcialmente con los resultados del presente estudio, ya que también identificamos una asociación significativa entre la



exposición a las redes sociales y los cambios en la salud mental de los participantes durante la pandemia. Sin embargo, a diferencia de los resultados encontrados en la revisión integradora, nuestro estudio indicó que la exposición frecuente a las redes sociales se asoció con una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, lo que sugiere que el contexto de la pandemia puede haber influido negativamente en esa relación<sup>(26)</sup>.

Por lo tanto, los hallazgos señalan a las personas mayores que consumen información sobre COVID-19 y en las que se pueden detectar trastornos mentales, especialmente depresión, pero que, dentro de los límites del método y los análisis, no es posible inferir la dirección de las reacciones considerando el contexto conocido de los participantes.

En el modelo final de detección de ansiedad geriátrica, con una variación de 31,18% explicada por el  $R^2$  de Nagelkerke y el valor  $p < 0,001$  de Hosmer y Lemeshow, controlado por factores socioeconómicos, se estima que los adultos mayores participantes en Brasil tuvieron 0,10 (IC 95%: 0,09-0,12 y valor  $p < 0,001$ ) veces la probabilidad de detección de trastornos de ansiedad y los adultos mayores en México, 0,05 (IC 95%: 0,03-0,08 y valor  $p < 0,001$ ) veces la probabilidad, en función de la categoría de referencia, adultos mayores de Perú.

Con respecto a la exposición a noticias e información sobre COVID-19, los tres medios presentaron diferente significación. El uso de redes sociales con este fin indicó 1,59 (IC 95%: 1,25-2,03 y valor  $p < 0,001$ ) veces la probabilidad de detección de ansiedad geriátrica en relación a quienes no lo utilizaron de esta manera. De forma similar, pasar de 2 a 5 horas en redes sociales presentó 0,73 (IC 95%: 0,59-0,90 y valor  $p = 0,003$ ) veces las posibilidades de detección en comparación con quienes no estuvieron expuestos en ningún momento.

En cuanto a la televisión, el uso para informarse sobre COVID-19 supuso 1,20 (IC 95%: 1,02-1,41 y valor  $p = 0,031$ ) veces la probabilidad de que se produzca el resultado en comparación con quienes no la utilizan. Los expuestos a una hora tienen 0,70 (IC 95%: 0,56-0,88 y valor  $p = 0,002$ ) veces la probabilidad de detección en comparación con quienes no tienen ninguna hora de exposición con esta intención. La radio, solo la frecuencia, una o dos veces por semana, indica 0,77 (IC 95%: 0,65-0,91 y valor  $p = 0,003$ ) veces más probabilidad del resultado que aquellos que no estuvieron expuestos a información sobre COVID-19.

En el segundo modelo, con resultado depresión y una variación explicada del 16,89% según  $R^2$  de Nagelkerke y valor  $p < 0,001$  de Hosmer y Lemeshow, controlado por factores socioeconómicos, los brasileños presentaron 0,23 (IC 95%: 0,19-0,26 y valor  $p < 0,001$ ) veces la probabilidad

de detección y los mexicanos 0,45 (IC 95%: 0,34-0,60 y valor  $p < 0,001$ ) veces la probabilidad de detección, con respecto a los adultos mayores peruanos.

Sólo en la televisión y la radio se observó significación en el resultado. Tres horas o más de exposición a noticias e información sobre COVID-19 en la televisión arrojó 1,66 (IC 95%: 1,32-2,09 y valor  $p < 0,001$ ) veces más que quienes no se expusieron ninguna hora para ello. El tiempo de exposición también fue relevante en la radio, una hora o más indicó 1,21 (IC 95%: 1,03-1,43 y valor  $p = 0,020$ ) veces más en comparación con quienes no consumían este medio.

Estos resultados reafirman la asociación entre consumo de medios (digitales o no) de información sobre COVID-19 y la posibilidad de detectar los trastornos mentales analizados en participantes de edad avanzada. La ausencia o el bajo consumo de alguno de los medios no indicó mayor probabilidad de obtener resultados en ninguna de las variables asociadas.

En una revisión sistemática<sup>(27)</sup>, el uso de las redes sociales es una de las causas de la infodemia y entre los impactos se destacan los problemas psicológicos. El ambiente propicio para la circulación de desinformación (de diversas maneras) fueron las redes sociales y, inevitablemente, estuvieron desbordadas. En un "círculo vicioso de infodemia"<sup>(27)</sup> el impacto en la salud mental amplifica la maquinaria infodémica que se manifiesta nuevamente en forma de trastornos que empeoran.

En el movimiento de gestión de la infodemia se discute la desigualdad en el acceso a información de calidad, actualizada y acorde a las necesidades de las personas y las comunidades. En términos de daño potencial a la salud, los estados emocionales, que derivan de una sobrecarga de información, pueden no desencadenarse debido a la información, sino derivar de estados previamente existentes, que pueden influir en el comportamiento de los individuos<sup>(6)</sup>.

Debido a los límites que impone el objetivo del artículo, no es posible abarcar todos los matices de la complejidad de la información para la salud, pero se suma la discusión<sup>(28)</sup> de que la sobrecarga de información no es un proceso agudo, sino estructural, que forma parte de la determinación social de la salud. La desigualdad informativa, la infodemia, el edadismo, los monopolios mediáticos y el modelo manicomial de salud operan en el mismo universo de comercialización de la vida. La ruptura de esas estructuras prevé no sólo el antagonismo, sino la construcción de un proyecto de sociedad que incluya también la garantía del derecho a una información de calidad, gratuita, segura y accesible.

Una limitación del estudio radica en el esfuerzo por utilizar los mismos instrumentos de detección de ansiedad

y depresión geriátrica en los tres países, lo que puede haber influido en la prevalencia. Además, como es típico de los estudios observacionales transversales, no se puede determinar si la relación cronológica entre la recolección de datos y la pandemia de COVID-19 modificaría los hallazgos. También somos conscientes de la posibilidad de que existan sesgos de selección e información en la recolección de datos mediante *web-based survey*, en una muestra no probabilística, lo que restringe la generalización de los hallazgos.

Este estudio contribuye significativamente al avance científico al demostrar que hay diferencias transnacionales en la prevalencia de ansiedad y depresión geriátricas asociadas al consumo de medios durante la pandemia en adultos mayores en Perú, Brasil y México. Los hallazgos son relevantes para la práctica de la enfermería gerontológica en esos países, ya que orientan estrategias específicas para promover la salud mental y la alfabetización en salud adaptadas a las realidades locales.

## Conclusión

Se encontró una asociación entre la exposición frecuente a los medios de comunicación y una mayor prevalencia de ansiedad y depresión geriátrica en los adultos mayores estudiados. La diferencia significativa en la prevalencia del resultado, al comparar los tres países, fue pequeña. Estos resultados enfatizan que es necesario crear estrategias específicas para el manejo de la infodemia a fin de proteger la salud mental de los adultos mayores en América Latina.

Dadas las limitaciones del estudio, las personas mayores en los países latinoamericanos analizados coinciden con lo descrito en la literatura, que indica que dicha población está presente y adopta medios digitales (en este estudio, enfocado en redes sociales). Además, la salud mental de los ancianos, que se extiende a las relaciones con la información, confirma los hallazgos que indican que demandan y necesitan cuidados y políticas públicas focalizadas. Por lo tanto, se destaca que no se pretende delimitar y reforzar estereotipos biomédicos sobre la experiencia y relación de los individuos con los trastornos mentales, ya que una posible sintomatología de manera aislada no determina el comportamiento y las elecciones de los individuos.

La investigación nos permite contribuir al conocimiento producido y centrado en América Latina, con articulación actual, vinculado a la pandemia de COVID-19 y a las implicaciones futuras, articulándolo al envejecimiento poblacional y a la gestión de la infodemia, así como a las políticas de salud pública. Se espera contribuir a investigaciones que incluyan el derecho a

la información y el envejecimiento saludable e invertir en prevención y promoción de la salud a través de la educación –alfabetización en salud– y de la participación –escuchar las demandas y necesidades de salud– para crear y/o fortalecer políticas públicas intersectoriales conscientes del poder de los pueblos latinoamericanos.

## Referencias

1. World Health Organization. WHO COVID-19 Dashboard [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2024 [cited 2024 Apr 8]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c>
2. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. The sociodemographic impacts of the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean [Internet]. Santiago: ECLAC; 2022 [cited 2024 Apr 8]. Available from: <https://repositorio.cepal.org/items/f4b8b516-9119-41a4-ac2d-5464a1d18687>
3. Santos IDM, Machado CV, Pereira AMM, Andrade CLT. COVID-19 in Latin America: inequalities and response capacity of health systems to health emergencies. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 8];47(1):1-9. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.88>
4. World Health Organization. Infodemic [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2024 [cited 2024 Apr 8]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1)
5. White B, Phuong L, Roach J, Teggelove N, Wallace H. Pandemics, infodemics and health promotion. *Health Promot J Austr.* 2023;34(1):169-72. <https://doi.org/10.1002/hpja.644>
6. Purnat TD, Briand S, Nguyen T, editors. Managing Infodemics in the 21st Century: addressing new public health challenges in the information ecosystem [Internet]. Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2023 [cited 2024 Apr 8]. 144 p. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-27789-4>
7. Haraki CAC. COVID-19 infodemic management strategies in South America. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45(1):1-6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.43>
8. Nieves-Cuervo GM, Manrique-Hernández EF, Robledo-Colonia AF, Grillo Ardila EK. Infodemic: fake news and COVID-19 mortality trends in six Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45(1):1-8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.44>
9. Araujo PO, Freitas RA, Duarte ED, Cares LJ, Rodríguez KA, Guerra V, et al. 'The other' of the COVID-19 pandemic: ageism toward the elderly people in newspapers in Brazil and Chile. *Saude Debate.* 2022;46(134):613-29. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213402>

10. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action (2021-2030) [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2020 [cited 2024 Apr 8]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52902>
11. Phalswal U, Pujari V, Sethi R, Verma R. Impact of social media on mental health of the general population during Covid-19 pandemic: A systematic review. *J Educ Health Promot*. 2023;12:23. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_460\\_22](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_460_22)
12. Rocha YM, Moura GA, Desidério GA, Oliveira CH, Lourenço FD, Nicolette LDF. The impact of fake news on social media and its influence on health during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Z Gesundh Wiss*. 2023;31(7):1007-16. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01658-z>
13. Zhang SX, Batra K, Xu W, Liu T, Dong RK, Yin A, et al. Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America – a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022;31:e23. <https://doi.org/10.1017/s2045796021000767>
14. Ahmad AR, Murad HR. The impact of social media on panic during the COVID-19 pandemic in Iraqi Kurdistan: Online questionnaire study. *J Med Internet Res*. 2020;22(5):e19556. <https://doi.org/10.2196/19556>
15. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
16. Pachana NA, Byrne GJ, Siddle H, Koloski N, Harley E, Arnold E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(1):103-14. <https://doi.org/10.1017/s1041610206003504>
17. Lopez MN, Quan NM, Carvajal PM. A psychometric study of the Geriatric Depression Scale. *Eur J Psychol Assess*. 2010;26(1):55-60. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000008>
18. Massena PN, Araújo NB, Pachana N, Laks J, Pádua AC. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory--GAI-BR. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(7):1113-9. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001021>
19. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;858-65. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(199910\)14:10%3C858::aid-gps35%3E3.0.co;2-8](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199910)14:10%3C858::aid-gps35%3E3.0.co;2-8)
20. Márquez-González M, Losada A, Fernández-Fernández V, Pachana NA. Psychometric properties of the Spanish version of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(1):137-44. <https://doi.org/10.1017/S1041610211001505>
21. Acosta Quiroz CO, García-Flores R, Echeverría-Castro SB. The Geriatric Depression Scale (GDS-15): Validation in Mexico and Disorder in the State of Knowledge. *Int J Aging Hum Dev*. 2021;93(3):854-63. <https://doi.org/10.1177/0091415020957387>
22. Campo-Arias A, Urruchurtu Mendoza Y, Solano Morales T, Vergara Pino AJ, Cogollo Z. Internal consistency and exploratory factorial analysis of the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Cartagena (Colombia). *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2008 [cited 2024 Apr 09];24(1):1-9. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522008000100002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522008000100002&lng=en)
23. Newman N, Fletcher R, Eddy K, Robertson CT, Nielsen RK. Reuters Institute Digital News Report 2023 [Internet]. Oxford: Reuters Institute for the Study of Journalism; 2023 [cited 2024 Apr 10]. Available from: <https://doi.org/10.60625/risj-p6es-hb13>
24. Sunkel G, Ullmann H. Older adults in the digital age in Latin America: bridging the digital age divide. *CEPAL Rev* [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 8];127:215-23. Available from: <https://www.cepal.org/en/publications/44722-older-adults-digital-age-latin-america-bridging-digital-age-divide>
25. Santos RC, Pena BS, Castro EAB, Carbogim FC, Rocha FP, Barbosa JLMB, et al. Digital health literacy and its repercussions on the health of the elderly: a scoping review. *Rev Cubana Inform Cienc Salud* [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 8];34. Available from: <https://acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/2509>
26. Kusumota L, Diniz MAA, Ribeiro RM, Silva ILC, Figueira ALG, Rodrigues FR, et al. Impact of digital social media on the perception of loneliness and social isolation in older adults. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2022;30:e3573. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5641.3573>
27. Pian W, Chi J, Ma F. The causes, impacts and countermeasures of COVID-19 "Infodemic": A systematic review using narrative synthesis. *Inf Process Manage*. 2021;58(6):102713. <https://doi.org/10.1016/j.ipm.2021.102713>
28. Paes B, Johnson O, Vieira CV. Working towards Healthier Information Ecosystems: Collective Visions from Civil Society in Latin America and the Caribbean [Internet]. [s.l.]: The Engine Room; 2024 [cites 2025 March 16]. Available from: <https://engn.it/infoecosystems2024>

---

## Contribución de los autores

### Criterios obligatorios

**Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición,**

**análisis o interpretación de los datos para el trabajo; que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual; que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas:** Daniele Knopp Ribeiro, Fábio da Costa Carbogim, Patricia Rodrigues Braz, Sofia Sabina Lavado-Huarcaya, Aracely Díaz-Oviedo, Alexandre Favero Bulgarelli, Rosimere Ferreira Santana, Ione Carvalho Pinto, Fabiana Costa Machado Zacharias, Ricardo Bezerra Cavalcante.

#### **Contribuciones específicas**


**Curación de datos:** Patricia Rodrigues Braz, Sofia Sabina Lavado-Huarcaya, Aracely Díaz-Oviedo, Ricardo Bezerra Cavalcante. **Obtención de financiación:** Patricia Rodrigues Braz, Sofia Sabina Lavado-Huarcaya, Aracely Díaz-Oviedo, Ricardo Bezerra Cavalcante. **Supervisión y gestión del proyecto:** Sofia Sabina Lavado-Huarcaya, Aracely Díaz-Oviedo, Ricardo Bezerra Cavalcante.

**Conflicto de intereses:** los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 17.07.2024  
Aceptado: 03.04.2025

Editora Asociada:  
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

---

Autor de correspondencia:  
Ricardo Bezerra Cavalcante  
E-mail: ricardo.cavalcante@ufjf.br  
 <https://orcid.org/0000-0001-5381-4815>

**Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.  
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.