



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSGRADO

POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

MARIO ANGELO CENEDESI JÚNIOR

**PARTICULARIDADES Y ASPECTOS COMUNES ENTRE LOS
FACTORES COGNITIVOS Y PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN DE MAYORES,
EN EL CONTEXTO DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DE COVID-19,
EN INÚBIA PAULISTA-SP Y RIBEIRÃO PRETO-SP, BRASIL, ENTRE 2020-2022**

BUENOS AIRES, ARGENTINA

2023

MARIO ANGELO CENEDESI JÚNIOR

**PARTICULARIDADES Y ASPECTOS COMUNES ENTRE LOS
FACTORES COGNITIVOS Y PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN DE MAYORES,
EN EL CONTEXTO DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DE COVID-19,
EN INÚBIA PAULISTA-SP Y RIBEIRÃO PRETO-SP, BRASIL, ENTRE 2020-2022**

Tesis presentada al Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales como requisito parcial para obtención del título de Doctor en Salud Pública con mención en Epidemiología.

Directora: Prof. Dra. PhD. Silvia Elena Vouillat

BUENOS AIRES, ARGENTINA

2023

MARIO ANGELO CENEDESI JÚNIOR

**PARTICULARIDADES Y ASPECTOS COMUNES ENTRE LOS
FACTORES COGNITIVOS Y PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN DE MAYORES,
EN EL CONTEXTO DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DE COVID-19,
EN INÚBIA PAULISTA-SP Y RIBEIRÃO PRETO-SP, BRASIL, ENTRE 2020-2022**

Tesis presentada a la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales como uno de los requisitos para obtener el título de Doctor en Salud Pública con mención en Epidemiología.

COMISIÓN EXAMINADORA – TESIS APROBADA

Nombre del jurado

Institución de Origen

Nombre del jurado

jurado

Institución de Origen

Nombre del jurado

Institución de Origen

BUENOS AIRES, ARGENTINA, 2023

A los más de 705 mil brasileños y brasileñas que
han perdido sus vidas para la COVID-19

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a Quien sirvo, que me ama tal como soy.

A mi esposa Renata, por creer siempre en mi desarrollo académico y personal, así como comprender todas las veces que necesitaba estar fuera de su compañía para trabajar o incluso estudiar.

A mis padres, Mario y Rosirene, por las *'resmas de sulfite e canetinhas'*.

A mi abuela Rosa, por introducirme en el universo de la Salud.

A mi hermano y demás familiares, por animarme a estudiar.

A mi directora, Prof. Dr. Silvia Elena Vouillat, por acompañarme durante los 3 años de cursada del Doctorado, así como acompañarme en este estudio, guiándome con respeto y maestría.

A mis profesores del Doctorado, por la transmisión de conocimientos.

A mis profesores y mis profesoras, de toda la vida, por el ejemplo dado. Prometo honrarlos y honrarlas diariamente.

A los jurados y juradas de la defensa de esta tesis, por los aportes y contribuciones.

Al Profesor Dr. Heitor Marques Honório, de la Facultad de Odontología de Bauru, Universidad de São Paulo, por las clases de Bioestadística.

A mi amiga Josenilda Vaz, por la discusión de varios temas utilizados en esta tesis.

A mis amigas del Doctorado, Dirce Pacheco, Priscila Castro, Gerusa Tomaz Faria y Jayna Epaminondas Rodrigues, por caminar conmigo, lado a lado, durante mi viaje doctoral. A mis otros amigos y otras amigas, por su compañía a lo largo de los años.

A mi psicoterapeuta, Lucas Vinco, por no permitir que yo me afunde en mi ansiedad.

A mis amigos y a mis amigas de trabajo del Primer Nivel de Atención a la Salud de Guatapará-SP, por me permitir intentar hacer una Salud Pública de calidad junto de ellos y de ellas.

A las Secretarías Municipales de Salud de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, por autorizar esta investigación.

A las personas que aceptaron participar en la investigación presentada en esta tesis, colaborando así para el crecimiento de la Ciencia.

“En prever está todo el arte de salvar”.

José Martí (1853-1895)

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 ha cambiado la rutina de la población brasileña, así como en otras partes del mundo. El confinamiento social, aunque muy importante como medida para evitar la propagación del virus, acabó provocando numerosos problemas en la Salud de la población, incluso en la Salud Mental. Entre los grupos vulnerables en relación con la enfermedad se encuentran los ancianos, quienes están en crecimiento numérico, en los últimos años. Por lo tanto, estudiar los efectos cognitivos y psicosociales de la población de mayores es algo sumamente necesario a fin de mitigar las consecuencias, brindar recomendaciones y la toma de decisiones que promuevan el bienestar de las personas. De esa manera, ¿cuáles son los efectos cognitivos (capacidad de calcular, capacidad de identificar sus emociones y las de los otros, habilidad lingüística, dificultad de atención, concentración y memoria) y psicosociales (sentido del humor, sensación de soledad, miedo, preocupación, y sus relaciones con su alrededor), bien como las particularidades y los aspectos comunes entre los resultados de las muestras analizadas, que se han presentado en la población de mayores de 60 años en las ciudades de Inúbia Paulista-SP e Ribeirão Preto-SP, Brasil, en el periodo del confinamiento por COVID-19, entre los años de 2020 y 2022? Este estudio evaluó muestras de ancianos (mayores de 60 años) de dos ciudades geográficamente distintas del interior del estado de São Paulo: Inúbia Paulista-SP (257 individuos (universo: 725)) y Ribeirão Preto-SP (417 individuos (universo: 113.652)). Se trata de un estudio científico de propósito básico, observacional, análisis epidemiológico, descriptivo-analítico, transversal, con enfoque/método mixto (cuali-cuantitativo). A esas muestras se les aplicó cuestionarios con 46 preguntas, en el último trimestre de 2022, con el fin de conocer el perfil sociodemográfico, la funcionalidad de esos adultos mayores, los posibles efectos cognitivos y psicosociales, las particularidades y los aspectos comunes a las dos ciudades, así como preguntas sobre el uso y evaluación de Mental Servicios de Salud – se excluyeron profesionales de la Salud y las personas con patologías neurológicas/psiquiátricas elevadas. Las dos muestras presentaron el género femenino como predominante. La funcionalidad de las dos ciudades fue similar, prácticamente la mitad de las muestras se declaró independientes y la otra mitad parcialmente dependientes. En cuanto a los efectos cognitivos, la muestra de Ribeirão Preto-SP mostró tasas más altas, mientras que la muestra de Inúbia Paulista-SP mostró valores más altos en las respuestas relacionadas con los efectos psicosociales. Cuanto a tener contacto con alguien (aunque sea de forma virtual), las dos muestras presentaron casi la totalidad de los individuos diciendo haber tenido contacto con

alguien – aun así, la gran mayoría relató la presencia de soledad. Aunque diferentes ciudades, con sus idiosincrasias, es de suma importancia comprender y destacar los aspectos comunes a ellas, en situaciones de crisis sanitaria, justamente para la ampliación (o misma creación) de Políticas Públicas de Salud Mental específicamente a los mayores, para, así, poder mejorar la calidad de vida de esta población, con prácticas de prevención y promoción de Salud.

Palabras-clave: CO0VID-19; mayores; confinamiento social; funcionalidad; Salud Pública.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has changed the routine of the Brazilian population, as well as in other parts of the world. Social confinement, although very important as a measure to prevent the spread of the virus, ended up causing numerous problems in the Health of the population, including Mental Health. Among the vulnerable groups in relation to the disease are the elderly, who have been in numerical growth in recent years. Therefore, studying the cognitive and psychosocial effects of the elderly population is extremely necessary in order to mitigate the consequences, provide recommendations, and make decisions that promote people's well-being. In this way, what are the cognitive effects (ability to calculate, ability to identify their emotions and those of others, linguistic ability, difficulty in attention, concentration and memory) and psychosocial effects (sense of humor, feeling of loneliness, fear, concern, and its relationships with its surroundings), as well as the particularities and common aspects between the results of the analyzed samples, which have been presented in the population of people over 60 years of age in the cities of Inúbia Paulista-SP and Ribeirão Preto-SP, Brazil, during the period of confinement due to COVID-19, between 2020 and 2022? This study evaluated samples of elderly people (over 60 years old) from two geographically different cities in the interior of the state of São Paulo: Inúbia Paulista-SP (257 individuals (universe: 725)) and Ribeirão Preto-SP (417 individuals (universe: 113,652)). This is a scientific study with a basic purpose, observational, epidemiological analysis, descriptive-analytical, cross-sectional, with a mixed approach/method (qualitative-quantitative). Questionnaires with 46 questions were applied to these samples, in the last quarter of 2022, in order to know the sociodemographic profile, the functionality of these older adults, the possible cognitive and psychosocial effects, the particularities and aspects common to the two cities, as well as questions about the use and evaluation of Mental Health Services - Health professionals and people with high neurological/psychiatric pathologies were excluded. The two samples presented the female gender as predominant. The functionality of the two cities was similar, practically half of the samples declared themselves independent and the other half partially dependent. Regarding cognitive effects, the sample from Ribeirão Preto-SP showed higher rates, while the sample from Inúbia Paulista-SP showed higher values in responses related to psychosocial effects. Regarding having contact with someone (albeit virtually), the two samples presented almost all of the individuals saying they had had contact with someone – even so, the vast majority reported the presence of loneliness. Although different cities, with their idiosyncrasies, it is extremely important to understand and highlight the aspects common to them, in

situations of health crises, precisely for the expansion (or even creation) of Public Mental Health Policies specifically for the elderly, so as to be able to improve the quality of life of this population, with prevention and health promotion practices.

Keywords: COVID-19; elderly; lockdown; functionality; Public Health.

RESUMO

A pandemia da COVID-19 mudou a rotina da população brasileira, assim como em outras partes do mundo. O confinamento social, embora muito importante como medida de prevenção da propagação do vírus, acabou por causar inúmeros problemas na Saúde da população, inclusive na Saúde Mental. Entre os grupos vulneráveis em relação à doença estão os idosos, que vêm apresentando crescimento numérico nos últimos anos. Portanto, estudar os efeitos cognitivos e psicossociais da população idosa é extremamente necessário para amenizar as consequências, fornecer recomendações e tomar decisões que promovam o bem-estar das pessoas. Desta forma, quais são os efeitos cognitivos (capacidade de cálculo, capacidade de identificar as próprias emoções e as dos outros, capacidade linguística, dificuldade de atenção, concentração e memória) e efeitos psicossociais (senso de humor, sentimento de solidão, medo, preocupação e suas relações com o entorno), bem como as particularidades e aspectos comuns entre os resultados das amostras analisadas, que foram apresentados na população de pessoas com mais de 60 anos nas cidades de Inúbia Paulista-SP e Ribeirão Preto- SP, Brasil, durante o período de confinamento devido à COVID-19, entre 2020 e 2022? Este estudo avaliou amostras de idosos (acima de 60 anos) de duas cidades geograficamente distintas do interior do estado de São Paulo: Inúbia Paulista-SP (257 indivíduos (universo: 725)) e Ribeirão Preto-SP (417 indivíduos (universo: 113.652)). Trata-se de um estudo científico de finalidade básica, observacional, de análise epidemiológica, descritivo-analítico, transversal, com abordagem/método misto (quali-quantitativo). A estas amostras foram aplicados questionários com 46 questões, no último trimestre de 2022, de forma a conhecer o perfil sociodemográfico, a funcionalidade destes idosos, os possíveis efeitos cognitivos e psicossociais, as particularidades e aspectos comuns às duas cidades, bem como perguntas sobre o uso e avaliação de serviços de saúde mental - foram excluídos profissionais de saúde e pessoas com patologias neurológicas/psiquiátricas altas. As duas amostras apresentaram o sexo feminino como predominante. A funcionalidade das duas cidades foi semelhante, praticamente metade das amostras declarou-se independente e a outra metade parcialmente dependente. Em relação aos efeitos cognitivos, a amostra de Ribeirão Preto-SP apresentou índices mais elevados, enquanto a amostra de Inúbia Paulista-SP apresentou valores mais elevados nas respostas relacionadas aos efeitos psicossociais. Sobre ter contato com alguém (ainda que virtualmente), as duas amostras apresentaram quase a totalidade dos indivíduos afirmando ter tido contato com alguém – ainda assim, a grande maioria relatou a presença de solidão. Embora

diferentes cidades, com suas idiossincrasias, é de extrema importância compreender e destacar os aspectos comuns a elas, em situações de crise sanitária, justamente para a ampliação (ou mesmo criação) de Políticas Públicas de Saúde Mental específicas para idosos, de modo melhorar a qualidade de vida dessa população, com práticas de prevenção e promoção da saúde.

Palavras-chave: COVID-19; idosos; confinamento social; funcionalidade; Saúde Pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Flujo aéreo de aviones, en diciembre de 2019, y los casos positivos de COVID-19, en marzo de 202 – leyenda en portugués.....	29
Figura 2 – Pirámides etarias brasileñas: la realidad 2000 y proyección de 2025 y de 2050	34
Figura 3 – Organigrama de la Red Municipal (gubernamental) de Salud, excluyendo las unidades hospitalarias (figura en portugués).....	41
Figura 4 – Mapa del estado de São Paulo, enseñando las ubicaciones de las ciudades de Inúbia Paulista-SP, Ribeirão Preto-SP y São Paulo-SP (capital), bien como la ubicación de la provincia de São Paulo en Brasil	42
Figura 5 – 18ª clasificación del Plano SP, Brasil, en 15 de enero de 2021 (en portugués).....	71
Figura 6 – 24ª clasificación del Plano SP, Brasil, en 03 de marzo de 2021 (en portugués)	72
Figura 7 - Síntesis de los datos referentes a las olas epidemiológicas de la pandemia por COVID-19, en Brasil, entre los años 2020-2022	73
Figura 8 - Representación gráfica de los números absolutos de casos y de muertes, en relación a la pandemia por COVID-19, en Brasil, entre 2020-2023	74
Figura 9 - Esquemmatización de la metodología del estudio.....	121
Figura 10 - Nube de palabras sintetizando las principales percepciones de las entrevistas, en las dos ciudades	178

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 – Matriz de operacionalización de las variables del estudio.....	111
Tabla 2 – Representación de los datos estadísticos en relación a la edad, en las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP.....	125
Tabla 3 – Síntesis de las enfermedades crónicas apuntadas en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos y relativos	129
Tabla 4 – Síntesis de las enfermedades crónicas apuntadas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos y relativos	130
Tabla 5 - Asociación estadística entre género y enfermedades crónicas, en la muestra de Inúbia Paulista-SP.....	185
Tabla 6 - Asociación estadística entre género y enfermedades crónicas, en la muestra de Ribeirão Preto-SP.....	186
Tabla 7 - Efectos cognitivos auto percibidos en las ciudades evaluadas por la investigación ..	190
Tabla 8 - Asociación entre género y efectos cognitivos, durante la pandemia por COVID-19, en la muestra de Inúbia Paulista-SP	194
Tabla 9 – Asociación entre género y efectos cognitivos, durante la pandemia por COVID-19, en la muestra de Ribeirão Preto-SP.....	196
Tabla 10 – Asociación estadística entre la contaminación por COVID-19 y los efectos cognitivos, en la muestra de Inúbia Paulista-SP.....	198
Tabla 11 – Asociación estadística entre la contaminación por COVID-19 y los efectos cognitivos, en la muestra de Ribeirão Preto-SP	199
Tabla 12 – Asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y los efectos cognitivos, en la muestra de Inúbia Paulista-SP	201
Tabla 13 – Asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y los efectos cognitivos, en la muestra de Ribeirão Preto-SP.....	202
Tabla 14 – Asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y la funcionalidad, en mayores, en la muestra de Inúbia Paulista-SP.....	205
Tabla 15 – Asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y la funcionalidad, en mayores, en la muestra de Ribeirão Preto-SP	206
Tabla 16 – Asociación estadística entre funcionalidad y efectos cognitivos, en la muestra de Inúbia Paulista-SP	208
Tabla 17 – Asociación estadística entre funcionalidad y efectos cognitivos, en la muestra de Ribeirão Paulista-SP	210

Tabla 18 – Efectos psicosociales auto percibidos en las ciudades evaluadas por la investigación	212
Tabla 19 – Asociación estadística entre género y los efectos psicosociales, en la muestra de Inúbia Paulista-SP	216
Tabla 20 – Asociación estadística entre género y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP	217
Tabla 21 – Asociación estadística entre COVID+ y los efectos psicosociales, en la muestra de Inúbia Paulista-SP	218
Tabla 22 – Asociación estadística entre COVID+ y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP	219
Tabla 23 – Asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y los efectos psicosociales, en la muestra de Inúbia Paulista-SP	220
Tabla 24 – Asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP	221
Tabla 25 – Asociación estadística entre la funcionalidad y los efectos psicosociales, en la muestra de Inúbia Paulista-SP	224
Tabla 26 – Asociación estadística entre la funcionalidad y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP	226
Tabla 27 – Asociación estadística entre género y realizar acompañamiento en Salud Mental, en la muestra de Inúbia Paulista-SP	239
Tabla 28 – Asociación estadística entre género y realizar acompañamiento en Salud Mental en la muestra de Ribeirão Preto-SP	240
Tabla 29 - Correlación entre los efectos cognitivos analizados en la muestra de Inúbia Paulista-SP	245
Tabla 30 - Correlación entre los efectos cognitivos analizados en la muestra de Ribeirão Preto-SP	246
Tabla 31 – Correlación estadística entre los efectos psicosociales, en la muestra de Inúbia Paulista-SP	247
Tabla 32 – Correlación estadística entre los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP	248
Tabla 33 – Análisis sintética de las principales particularidades y aspectos comunes entre las amuestras de las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP	250
Tabla 34 - Clasificación de pacientes en esferas de atención, según la gravedad de los síntomas presentados	267

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Análisis gráfico de la edad de la muestra de Inúbia Paulista-SP	126
Gráfico 2 – Análisis gráfico de la edad de la muestra de Ribeirão Preto-SP	126
Gráfico 3 – Distribución de géneros, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	127
Gráfico 4 – Distribución de géneros, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos.....	127
Gráfico 5 – Distribución de géneros, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	127
Gráfico 6 – Distribución de géneros, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	127
Gráfico 7 – Representación gráfica de personas que presentan enfermedades crónicas en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	128
Gráfico 8– Representación gráfica de personas que presentan enfermedades crónicas en Inúbia Paulista-SP, en números relativos.....	128
Gráfico 9– Representación gráfica de personas que presentan enfermedades crónicas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	128
Gráfico 10– Representación gráfica de personas que presentan enfermedades crónicas en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	128
Gráfico 11 – Representación de las enfermedades crónicas apuntadas en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	130
Gráfico 12– Representación de las enfermedades crónicas apuntadas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	130
Gráfico 13– Representación de las personas que han tenido COVID-19, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos.....	131
Gráfico 14– Representación de las personas que han tenido COVID-19, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	131
Gráfico 15– Representación de las personas que han tenido COVID-19, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	131
Gráfico 16– Representación de las personas que han tenido COVID-19, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos.....	131
Gráfico 17– Representación de la necesidad de hospitalización por COVID-19, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos.....	132
Gráfico 18– Representación de la necesidad de hospitalización por COVID-19, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	132
Gráfico 19 – Representación de la necesidad de hospitalización por COVID-19, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	132

Gráfico 20 – Representación de la necesidad de hospitalización por COVID-19, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	132
Gráfico 21 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2021, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	133
Gráfico 22 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2021, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	133
Gráfico 23 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2021, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	133
Gráfico 24 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2021, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	133
Gráfico 25 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2021, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	134
Gráfico 26 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2021, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	134
Gráfico 27 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2022, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	134
Gráfico 28 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2022, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	134
Gráfico 29 – Representación del uso del teléfono, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	135
Gráfico 30 – Representación del uso del teléfono, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	135
Gráfico 31 – Representación del uso del teléfono, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	135
Gráfico 32 – Representación del uso del teléfono, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	135
Gráfico 33 – Representación de la relación con los viajes, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	136
Gráfico 34 – Representación de la relación con los viajes, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	136
Gráfico 35 – Representación de la relación con los viajes, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	136
Gráfico 36 – Representación de la relación con los viajes, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	136

Gráfico 37 – Representación de la relación con la realización de compras, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos.....	137
Gráfico 38 – Representación de la relación con la realización de compras, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	137
Gráfico 39 – Representación de la relación con los viajes, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	137
Gráfico 40– Representación de la relación con los viajes, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos.....	137
Gráfico 41 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	138
Gráfico 42 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Inúbia Paulista-SP, en números relativos.....	138
Gráfico 43 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	138
Gráfico 44 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	138
Gráfico 45 – Representación de la relación cuanto al trabajo doméstico, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos.....	139
Gráfico 46 – Representación de la relación cuanto al trabajo doméstico, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	139
Gráfico 47 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	139
Gráfico 48 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	139
Gráfico 49 – Representación de la relación cuanto al uso de medicamentos, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	140
Gráfico 50 – Representación de la relación cuanto al uso de medicamentos, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos.....	140
Gráfico 51 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	140
Gráfico 52 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	140
Gráfico 53 – Representación de la relación cuanto al trabajo doméstico, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos.....	141

Gráfico 54 – Representación de la relación cuanto al trabajo doméstico, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	141
Gráfico 55 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	141
Gráfico 56 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	141
Gráfico 57 – Representación de la relación de personas de convivio, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	142
Gráfico 58 – Representación de la relación de personas de convivio, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	142
Gráfico 59 – Representación de la relación de personas de convivio, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	142
Gráfico 60 – Representación de la relación de personas de convivio, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos.....	142
Gráfico 61 – Representación de la relación del empeoramiento de la orientación, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	143
Gráfico 62 – Representación de la relación del empeoramiento de la orientación, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos.....	143
Gráfico 63 – Representación de la relación del empeoramiento de la orientación, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	143
Gráfico 64 – Representación de la relación del empeoramiento de la orientación, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	143
Gráfico 65 – Representación de la relación del empeoramiento de la memoria, durante el confinamiento en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos.....	144
Gráfico 66 – Representación de la relación del empeoramiento de la memoria, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos.....	144
Gráfico 67 – Representación de la relación del empeoramiento de la memoria, durante el confinamiento en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	144
Gráfico 68 – Representación de la relación del empeoramiento de la memoria, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	144
Gráfico 69 – Representación de la relación del empeoramiento de la atención y concentración, durante el confinamiento en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	145
Gráfico 70 – Representación de la relación del empeoramiento de la atención y concentración, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos.....	145

Gráfico 71 – Representación de la relación del empeoramiento de la atención y concentración, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	145
Gráfico 72 – Representación de la relación del empeoramiento de la atención y concentración, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	145
Gráfico 73 – Representación de la relación del hecho de realizar algunas tareas con más lentitud, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	146
Gráfico 74 – Representación de la relación del hecho de realizar algunas tareas con más lentitud, por durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	146
Gráfico 75 – Representación de la relación del hecho de realizar algunas tareas con más lentitud, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	146
Gráfico 76 – Representación de la relación del hecho de realizar algunas tareas con más lentitud, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	146
Gráfico 77 – Representación de la relación de la dificultad de encontrar una palabra, de realizar tareas de planificación y/o pasar de una tarea a otra, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos.....	147
Gráfico 78 – Representación de la relación de la dificultad de encontrar una palabra, de realizar tareas de planificación y/o pasar de una tarea a otra, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	147
Gráfico 79 – Representación de la relación de la dificultad de encontrar una palabra, de realizar tareas de planificación y/o pasar de una tarea a otra, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	147
Gráfico 80 – Representación de la relación de la dificultad de encontrar una palabra, de realizar tareas de planificación y/o pasar de una tarea a otra, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	147
Gráfico 81 – Representación de la relación de la disminución de la capacidad de identificación las propias emocionales y las de los demás, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	148
Gráfico 82 – Representación de la relación de la disminución de la capacidad de identificación las propias emocionales y las de los demás, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos.....	148
Gráfico 83 – Representación de la relación de la disminución de la capacidad de identificación las propias emocionales y las de los demás, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos	148

Gráfico 84 – Representación de la relación de la disminución de la capacidad de identificación las propias emocionales y las de los demás durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	148
Gráfico 85 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad de cálculo, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	149
Gráfico 86 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad de cálculo, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos.....	149
Gráfico 87 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad de cálculo, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	149
Gráfico 88 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad de cálculo, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	149
Gráfico 89 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad lingüística, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	150
Gráfico 90 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad lingüística, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos.....	150
Gráfico 91 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad lingüística, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	150
Gráfico 92 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad lingüística, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	150
Gráfico 93 – Representación de las respuestas en relación ase mantener activo o mentalmente activo, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos y relativos	151
Gráfico 94 – Representación de las respuestas en relación ase mantener activo o mentalmente activo, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos y relativos.....	151
Gráfico 95 – Representación de las respuestas en relación a ‘otros’ cuanto a se mantener activo o mentalmente activo, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos (en relación al total de 113 personas que han contestado ‘otros’ y en relación al n (257)).....	153
Gráfico 96 – Representación de las respuestas en relación a ‘otros’ cuanto a se mantener activo o mentalmente activo, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos (en relación al total de 159 personas que han contestado ‘otros’ y en relación al n (417)).....	154
Gráfico 97 – Representación de las respuestas cuanto a tener miedo de que la Salud se vea afectada, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	155
Gráfico 98 – Representación de las respuestas cuanto a tener miedo de que la Salud se vea afectada, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos.....	155
Gráfico 99 – Representación de las respuestas cuanto a tener miedo de que la Salud se vea afectada, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	155

Gráfico 100 – Representación de las respuestas cuanto a tener miedo de que la Salud se vea afectada, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	155
Gráfico 101 – Representación de las respuestas cuanto a querer cooperar o ser solidario para ayudar a otras personas, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	156
Gráfico 102 – Representación de las respuestas cuanto a querer cooperar o ser solidario para ayudar a otras personas, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos	156
Gráfico 103 – Representación de las respuestas cuanto a querer cooperar o ser solidario para ayudar a otras personas, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	156
Gráfico 104 – Representación de las respuestas cuanto a querer cooperar o ser solidario para ayudar a otras personas, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos.....	156
Gráfico 105 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por el aislamiento o por estar limitado cuanto a los movimientos, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos....	157
Gráfico 106 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por el aislamiento o por estar limitado cuanto a los movimientos, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos	157
Gráfico 107 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por el aislamiento o por estar limitado cuanto a los movimientos, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos	157
Gráfico 108 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por el aislamiento o por estar limitado cuanto a los movimientos, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos.....	157
Gráfico 109 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por no poder compartir tiempo con los seres queridos, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos.....	158
Gráfico 110 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por no poder compartir tiempo con los seres queridos, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos	158
Gráfico 111 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por no poder compartir tiempo con los seres queridos, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos	158
Gráfico 112 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por no poder compartir tiempo con los seres queridos, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos.....	158
Gráfico 113 – Representación de las respuestas en relación a querer investigar o mantenerse actualizado cuanto a los impactos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos	159
Gráfico 114 – Representación de las respuestas en relación a querer investigar o mantenerse actualizado cuanto a los impactos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos.....	159
Gráfico 115 – Representación de las respuestas en relación a querer investigar o mantenerse actualizado cuanto a los impactos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos	159

Gráfico 116 – Representación de las respuestas en relación a querer investigar o mantenerse actualizado cuanto a los impactos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos.....	159
Gráfico 117 – Representación de las respuestas en relación a creer que usa su sentido de humor para adaptarse a la situación (del confinamiento), en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos.....	160
Gráfico 118 – Representación de las respuestas en relación a creer que usa su sentido de humor para adaptarse a la situación (del confinamiento), en Inúbia Paulista-SP, en número relativos.....	160
Gráfico 119 – Representación de las respuestas en relación a creer que usa su sentido de humor para adaptarse a la situación (del confinamiento), en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos.....	160
Gráfico 120 – Representación de las respuestas en relación a creer que usa su sentido de humor para adaptarse a la situación (del confinamiento), en Ribeirão Preto-SP, en número relativos.....	160
Gráfico 121 – Representación de las respuestas en relación a sentirse ansioso por no poder predecir lo que va a pasar (en términos del confinamiento), en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos.....	161
Gráfico 122 – Representación de las respuestas en relación a sentirse ansioso por no poder predecir lo que va a pasar (en términos del confinamiento), en Inúbia Paulista-SP, en número relativos.....	161
Gráfico 123 – Representación de las respuestas en relación a sentirse ansioso por no poder predecir lo que va a pasar (en términos del confinamiento), en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos.....	161
Gráfico 124 – Representación de las respuestas en relación a sentirse ansioso por no poder predecir lo que va a pasar (en términos del confinamiento), en Ribeirão Preto-SP, en número relativos.....	161
Gráfico 125 – Representación de las respuestas en relación a sufrir de soledad o sentirse solo, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos.....	162
Gráfico 126 – Representación de las respuestas en relación a sufrir de soledad o sentirse solo, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos.....	162
Gráfico 127 – Representación de las respuestas en relación a sufrir de soledad o sentirse solo, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos.....	162
Gráfico 128 – Representación de las respuestas en relación a sufrir de soledad o sentirse solo, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos.....	162

Gráfico 129 – Representación de las respuestas en relación a tener miedo de no poder afrontar positivamente el confinamiento se necesita prologarlo mucho más, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos.....	163
Gráfico 130 – Representación de las respuestas en relación a tener miedo de no poder afrontar positivamente el confinamiento se necesita prologarlo mucho más, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos.....	163
Gráfico 131 – Representación de las respuestas en relación a tener miedo de no poder afrontar positivamente el confinamiento se necesita prologarlo mucho más, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos.....	163
Gráfico 132 – Representación de las respuestas en relación a tener miedo de no poder afrontar positivamente el confinamiento se necesita prologarlo mucho más, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos.....	163
Gráfico 133– Representación de las respuestas en relación a con cuántas personas de tu entorno familiar, amigos, vecino con los que no convive ha tenido contacto (conversaciones – presencial o virtual), en los últimos 7 días, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos	164
Gráfico 134– Representación de las respuestas en relación a con cuántas personas de tu entorno familiar, amigos, vecino con los que no convive ha tenido contacto (conversaciones – presencial o virtual), en los últimos 7 días, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos.....	164
Gráfico 135 – Representación de las respuestas en relación a con cuántas personas de tu entorno familiar, amigos, vecino con los que no convive ha tenido contacto (conversaciones – presencial o virtual), en los últimos 7 días, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos.....	164
Gráfico 136 – Representación de las respuestas en relación a con cuántas personas de tu entorno familiar, amigos, vecino con los que no convive ha tenido contacto (conversaciones – presencial o virtual), en los últimos 7 días, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos	164
Gráfico 137 – Representación de las respuestas en relación a con quién ha estado en contacto, en la última semana, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos y relativos	165
Gráfico 138 – Representación de las respuestas en relación a con quién ha estado en contacto, en la última semana, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos y relativos	165
Gráfico 139 – Representación de las respuestas en relación a qué ayudó a las personas a sentirse mejor durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos	167
Gráfico 140 – Representación de las respuestas en relación a qué ayudó a las personas a sentirse mejor durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos	168
Gráfico 141 – Representación de las respuestas en relación a qué ayudó a las personas a sentirse mejor durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos.....	169

Gráfico 142 – Representación de las respuestas en relación a qué ayudó a las personas a sentirse mejor durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos	170
Gráfico 143 – Representación de las respuestas en relación a hacer correctamente el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos	171
Gráfico 144 – Representación de las respuestas en relación a hacer correctamente el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos	171
Gráfico 145 – Representación de las respuestas en relación a hacer correctamente el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos	171
Gráfico 146 – Representación de las respuestas en relación a hacer correctamente el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos.....	171
Gráfico 147 – Representación de las respuestas en relación a seguir durante la pandemia de COVID-19 en algún servicio específico de Salud Mental, en Inúbia Paulista-SP, en valores absolutos	172
Gráfico 148 – Representación de las respuestas en relación a seguir durante la pandemia de COVID-19 en algún servicio específico de Salud Mental, en Inúbia Paulista-SP, en valores relativos.....	172
Gráfico 149 – Representación de las respuestas en relación a seguir durante la pandemia de COVID-19 en algún servicio específico de Salud Mental, en Ribeirão Preto-SP, en valores absolutos	172
Gráfico 150 – Representación de las respuestas en relación a seguir durante la pandemia de COVID-19 en algún servicio específico de Salud Mental, en Ribeirão Preto-SP, en valores relativos.....	172
Gráfico 151 Representación de las respuestas en relación al hecho de haber acudido a alguna consulta en el Centro de Salud, durante la pandemia del COVID-19, por problemas de Salud Mental, en Inúbia Paulista-SP, en valores absolutos	173
Gráfico 152 – Representación de las respuestas en relación al hecho de haber acudido a alguna consulta en el Centro de Salud, durante la pandemia del COVID-19, por problemas de Salud Mental, en Inúbia Paulista-SP, en valores relativos.....	173
Gráfico 153 – Representación de las respuestas en relación al hecho de haber acudido a alguna consulta en el Centro de Salud, durante la pandemia del COVID-19, por problemas de Salud Mental, en Ribeirão Preto-SP, en valores absolutos.....	173
Gráfico 154 – Representación de las respuestas en relación al hecho de haber acudido a alguna consulta en el Centro de Salud, durante la pandemia del COVID-19, por problemas de Salud Mental, en Ribeirão Preto-SP, en valores relativos	173

Gráfico 155 – Representación de las respuestas en relación a la importancia de iniciar (o continuar) algún seguimiento psicosocial, por cuenta de la pandemia, en Inúbia Paulista-SP, en valores absolutos	174
Gráfico 156 – Representación de las respuestas en relación a la importancia de iniciar (o continuar) algún seguimiento psicosocial, por cuenta de la pandemia, en Inúbia Paulista-SP, en valores relativos.....	174
Gráfico 157 – Representación de las respuestas en relación a la importancia de iniciar (o continuar) algún seguimiento psicosocial, por cuenta de la pandemia, en Ribeirão Preto-SP, en valores absolutos	174
Gráfico 158 – Representación de las respuestas en relación a la importancia de iniciar (o continuar) algún seguimiento psicosocial, por cuenta de la pandemia, en Ribeirão Preto-SP, en valores relativos.....	174
Gráfico 159 – Representación de las respuestas en relación al hecho de creer que los servicios de Salud Mental de la ciudad están preparados para atender a todas las personas que necesitan atención en Salud Mental, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	176
Gráfico 160 – Representación de las respuestas en relación al hecho de creer que los servicios de Salud Mental de la ciudad están preparados para atender a todas las personas que necesitan atención en Salud Mental, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos.....	176
Gráfico 161 – Representación de las respuestas en relación al hecho de creer que los servicios de Salud Mental de la ciudad están preparados para atender a todas las personas que necesitan atención en Salud Mental, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	176
Gráfico 162 – Representación de las respuestas en relación al hecho de creer que los servicios de Salud Mental de la ciudad están preparados para atender a todas las personas que necesitan atención en Salud Mental, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos	176
Gráfico 163 – Representación de las explicaciones mediante el ‘porqué’ en la pregunta #45, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos	177
Gráfico 164 – Representación de las explicaciones mediante el ‘porqué’ en la pregunta #45, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos.....	177
Gráfico 165 – Representación gráfica de los contaminados por COVID-19 en la muestra de Inúbia Paulista-SP	182
Gráfico 166 – Representación gráfica de los contaminados por COVID-19 en la muestra de Ribeirão Preto-SP.....	182
Gráfico 167 – Representación gráfica de la cobertura vacunal contra las formas graves de COVID-19, en la muestra de Inúbia Paulista-SP, en los años 2021 y 2022.....	183

Gráfico 168 – Representación gráfica de la cobertura vacunal contra las formas graves de COVID-19, en la muestra de Ribeirão Preto-SP, en los años 2021 y 2022	183
Gráfico 169 – Prevalencia del género en función de la presencia de enfermedades crónicas, en la muestra de Inúbia Paulista-SP	185
Gráfico 170 – Prevalencia del género en función de la presencia de enfermedades crónicas, en la muestra de Ribeirão Preto-SP.....	186
Gráfico 171 – Prevalencia de los géneros femenino y masculino cuanto a la funcionalidad auto declarada, en la muestra de Inúbia Paulista-SP.....	189
Gráfico 172 – Prevalencia de los géneros femenino y masculino cuanto a la funcionalidad auto declarada, en la muestra de Ribeirão Preto-SP.....	189
Gráfico 173 – Respuestas cuanto a los efectos cognitivos por escala tipo Likert, en Inúbia Paulista-SP.....	191
Gráfico 174 – Respuestas cuanto a los efectos cognitivos por escala tipo Likert, en Ribeirão Preto-SP.....	191
Gráfico 175 – Representación gráfica de la asociación entre el género y los efectos cognitivos, en la muestra de Inúbia Paulista-SP.....	195
Gráfico 176 – Representación gráfica de la asociación estadística entre la contaminación por COVID-19 y los efectos cognitivos, en la muestra de Ribeirão Preto-SP	200
Gráfico 177 - Representación gráfica de la asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y los efectos cognitivos, en la muestra de Ribeirão Preto-SP	203
Gráfico 178 – Representación gráfica de la asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y la funcionalidad, en mayores, en la muestra de Inúbia Paulista-SP	205
Gráfico 179 – Representación gráfica de la asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y la funcionalidad, en mayores, en la muestra de Ribeirão Preto-SP.....	206
Gráfico 180 – Representación gráfica de la asociación estadística entre la funcionalidad y los efectos cognitivos, en la muestra de Inúbia Paulista-SP.....	209
Gráfico 181 – Representación gráfica de la asociación estadística entre la funcionalidad y los efectos cognitivos, en la muestra de Inúbia Paulista-SP.....	211
Gráfico 182 – Respuestas cuanto a los efectos psicosociales por escala tipo Likert, en Inúbia Paulista-SP.....	213
Gráfico 183 – Respuestas cuanto a los efectos psicosociales por escala tipo Likert, en Inúbia Paulista-SP.....	213
Gráfico 184 – Representación gráfica de la asociación estadísticamente positiva entre COVID-19+ y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP	219

Gráfico 185 – Representación gráfica de la asociación estadísticamente positiva entre la presencia de enfermedad crónica y los efectos psicosociales, en Ribeirão Preto-SP	221
Gráfico 186 – Representación gráfica de la asociación estadísticamente positiva estadística entre la funcionalidad y los efectos psicosociales, en la muestra de Inúbia Paulista-SP.....	225
Gráfico 187 – Representación gráfica de la asociación estadísticamente positiva estadística entre la funcionalidad y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP	227
Gráfico 188 – Representación gráfica de la asociación estadísticamente positiva estadística entre la funcionalidad y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP	239

LISTA DE ABREVIACIONES

AIDS	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária, <i>en portugués</i>
APA	American Psychological Association
Art.	Artículo
AVD	Actividades de la Vida Diaria
CAPS	Centro de Atención Psicosocial
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, <i>en portugués</i>
DRS	Departamento Regional de Salud
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EEUU	Estados Unidos de la América
EJA	Educación de Jóvenes y Adultos
ELSI	Estudio Longitudinal de Salud de los Ancianos
ESF	Estrategia de Salud de la Familia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, <i>en portugués</i>
OMS	Organización Mundial de Salud
OPAS	Organización Pan-americana de la Salud
p. ej.	Por ejemplo
PBI	Producto Bruto Interno
PNAS	Primer Nivel de Atención a la Salud
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAPS	Red de Atención Psicosocial
SAD	Servicio de Atención Domiciliaria
SAMU	Servicio de Atendimento Mueble de Urgencias
SNAS	Segundo Nivel de Atención a la Salud
SP	São Paulo, <i>en portugués</i>
STAI	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo
SUS	Sistema Único de Salud
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, <i>en portugués (em español, Formulario de Consentimiento Informado)</i>

TSE	Tribunal Superior Eleitoral, <i>en portugués</i>
UBDS	Unidades Básicas Distritales de Salud
UBS	Unidad Básica de Salud
UCES	Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales
UCI	Unidad de cuidados intensivos
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WHO	World Health Organization, <i>en inglés</i>
WHOQOL	Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud
α	Alpha, <i>en griego</i>

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN.....	28
1.1 Objetivos.....	45
1.1.1 Objetivo general.....	45
1.1.2 Objetivos específicos.....	45
1.2 Hipótesis.....	46
1.3 Justificación.....	47
1.4 Marco Conceptual.....	48
1.5 Estructura de la Tesis.....	55
2 MARCO TEÓRICO.....	56
2.1 Historia de las principales pandemias: desde la antigüedad hasta la pandemia de COVID-19 – la globalización y el confinamiento.....	56
2.2 El confinamiento por COVID-19 en Brasil, en el estado de São Paulo y en las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, entre los años 2020 y 2022.....	67
2.3 Marcos normativos y de jurisdicción con relación al confinamiento por la pandemia de COVID-19 en el estado de São Paulo, específicamente en las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, entre los años 2020 y 2022.....	75
2.3.1 Leyes federales en relación a la pandemia de COVID-19.....	75
2.3.2 Decretos del gobierno del estado de São Paulo.....	75
2.3.3 Decretos del municipio de Inúbia Paulista-SP.....	77
2.5.4 Leyes, ordenanzas y decretos del municipio de Ribeirão Preto-SP.....	77
2.4 La funcionalidad del mayor: aspectos de autonomía e independencia cuanto a las actividades de la vida diaria.....	80
2.5 La Salud Mental: aspectos cognitivos, emocionales y sociales/conductuales.....	86
2.5.1 Conceptos de Salud Mental y lo ‘normal’.....	88
2.5.2 Cognición.....	91
2.5.3 Psicosocial: lo emocional frente a la interacción social.....	92
2.5.4 Sobre la taxonomía de los trastornos mentales.....	94
2.5.5 Principales signos y síntomas en la Salud Mental, en el contexto de los mayores.....	96
2.6 El impacto de los medios de comunicación acelerados en la Salud Mental de una sociedad también acelerada.....	105
3 METODOLOGÍA.....	109
3.1 Tipo de trabajo.....	109

3.2 Población, universo, muestra y unidad de análisis	109
3.3 Factores de inclusión y de exclusión	110
3.4 Variables	110
3.5 Procedimiento y selección de participantes	119
3.6 Técnicas, instrumentos y análisis de los datos.....	121
3.7 Ética en la investigación.....	123
3.8 Limitaciones del método	124
3.9 Presentación de los datos obtenidos	125
4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	179
4.1 Género	179
4.2 Contaminación por COVID-19, hospitalización y vacunación	181
4.3 Enfermedades crónicas / comorbilidades y la asociación con el género	184
4.4 Funcionalidad.....	187
4.5 Efectos cognitivos y sus asociaciones con género, contaminación por COVID-19, enfermedades crónicas, funcionalidad y correlaciones.....	190
4.6 Efectos psicosociales y sus asociaciones con género, contaminación por COVID-19, enfermedades crónicas, funcionalidad y correlaciones.....	212
4.7 Sentido de humor y cooperar/ser solidario.....	228
4.8 Convivencia durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 y el contacto con otras personas	230
4.9 Mantenerse mentalmente activo y lo que ha ayudado a los mayores a sentirse mejor durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19.....	232
4.10 Acompañamiento en Salud Mental y evaluación de los Servicios de Salud Mental	238
4.11 Aspectos comunes a las poblaciones de las dos ciudades evaluadas en el contexto de la crisis por la pandemia por COVID-19	241
4.12 Análisis interpretativo de la subjetividad cuanto a la colecta de los datos cualitativos.....	251
5 CONCLUSIÓN	259
5.1 Sugerencias.....	266
5.1.1 Propuesta #1	266
5.1.2 Propuesta #2	271
REFERENCIAS	277
APÉNDICES.....	309
ANEXOS	321

1 INTRODUCCIÓN

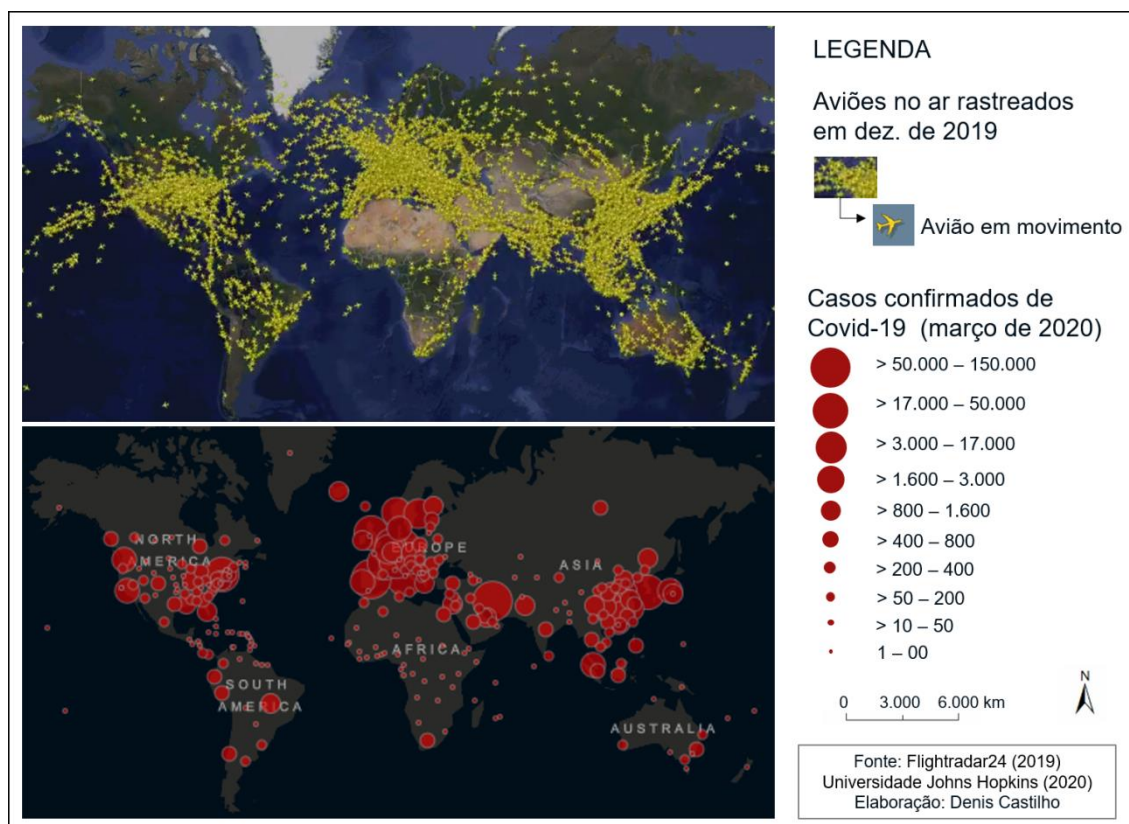
El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de Salud (OMS/WHO) declaró que el brote de un nuevo coronavirus (llamado de COVID-19) constituyó una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, el nivel de alerta más alto de la Organización, según lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional (OPAS sitio web). Esta decisión buscó mejorar la coordinación, la cooperación y la solidaridad a nivel mundial para detener la propagación del virus.

Gracias a la globalización (o mundialización, proceso en el cual existe el acortamiento de las distancias a favor del tiempo) a otros factores, que se explicarán más adelante (como cierta irresponsabilidad de algunos países para empezar las medidas contra la propagación de la enfermedad, bien como la falta de preparación de algunos Sistemas de Salud, asociado a la falta de recursos y gestión), la enfermedad se ha propagado muy rápidamente, de manera global.

Así, la OMS declaró la pandemia por el nuevo Coronavirus el 11 de marzo de 2020, cuya enfermedad ya había llegado a 114 países y contaminado 118 mil personas, con 4.291 óbitos (OPAS, 2020). Importante destacar, en ese punto, que el mundo contemporáneo, globalizado, es caracterizado (bajo una óptica de integración) por un aumento de los flujos de personas, mercaderías, capitales y servicios (Werminghoff, 2020); las redes técnicas de espacios están cada vez más comprimidas por el tiempo, o sea: la biopolítica, término trabajado por el filósofo Paul Preciado, y cuyo concepto indica que la misma globalización que integra acaba por fragmentar y producir selectividad en los flujos más presentes que nunca (Preciado, 2020).

La figura 1 (con leyenda en portugués) presenta la relación directa entre los flujos aéreos de aviones, en diciembre de 2019, y los casos confirmados de COVID-19, en marzo de 2020.

Figura 1 – Flujo aéreo de aviones, en diciembre de 2019, y los casos positivos de COVID-19, en marzo de 2020 – leyenda en portugués



Fuente: Castilho, 2020

La transmisión de la enfermedad incluye el contacto directo con las gotas aéreas liberadas durante la conversación, tos y estornudos de personas infectadas (Muralidar, 2020).

Las infecciones por SARS-CoV-2 van desde ser asintomáticas hasta severamente sintomáticas. Los síntomas más comunes que se presentaron en los pacientes COVID-19 positivos fueron fiebre, dolor de cabeza, tos, mialgia, producción de esputo, diarrea y disnea. Aún, complicaciones adicionales como neumonía, síndrome respiratorias agudas, lesión cardíaca aguda y algunas otras afectaciones secundarias (incluso infecciosas) existieron en los individuos con etapa avanzada de infección en unidades hospitalarias, con altas posibilidades de muerte en esos casos (especialmente si los pacientes tenían comorbilidades clínicas) (Wu, 2020; Huang, 2020).

Así, una gran cantidad de pacientes ha requerido ser hospitalizada, por lo que los Sistemas de Salud de todo el mundo, los cuales no estaban preparados para este contingente de personas necesitadas de camas de enfermería y Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en virtud de lo cual dicha situación terminó por generar una importante sobrecarga de esos mismos Sistemas de Salud, así como personas que murieron sin el soporte necesario (como sin respiradores mecánicos, oxígeno o incluso camas de hospital) (Cambi, 2020).

Desde entonces, la OMS, en consonancia con los Ministerios de Salud de cada país, han lanzado una serie de recomendaciones para la población, con el fin de informarla sobre temas de transmisión, prevención y procedimientos en caso de contagio de la enfermedad (OMS, 2020a).

Una de las recomendaciones repasadas a la población en general es el *lockdown* (del inglés *confinamiento*), que refiere al hecho de mantenerse aislado lo máximo posible de otras personas en situaciones de transmisibilidad por enfermedades infecto contagiosas (mismo aislarse de personas de su convivencia diaria (Pressmann, 2005)

A partir de lo dicho previamente y frente a los conceptos de la OMS, los objetivos estratégicos mundiales para control y ralentización de la transmisión y reducción de la mortalidad, en situaciones críticas como esta, son: movilizar, controlar, contener y reducir la propagación de la enfermedad, bien como desarrollar vacunas eficaces, estrategias esas que se relacionan con el distanciamiento social necesario como medida para prevenir la propagación del virus de la COVID-19, con la población mayoritariamente orientada a la necesidad de salir de su hogar solo en caso de necesidad (mercado / farmacia / asistencia sanitaria, por ejemplo (p. ej.) (WHOa/OMS, 2020).

Es importante aclarar que hay otros tipos de cambios con referencia a los hábitos de vida, como el uso constante de mascarillas/tapa bocas/ cubre bocas, el distanciamiento/alejamiento y aislamiento social (incluyendo dentro de la propia familia), el '*home office*' (cambios en la manera de trabajo, como trabajar desde casa, sin necesitar desplazarse y quedarse en la oficina u otros), el cierre de inúmeros segmentos comerciales (quedándose abiertos solamente segmentos laborales de carácter 'esencial', como farmacias, mercados, hospitales, el sector de la construcción civil, con definiciones dadas por los gobiernos, y cuya flexibilización de horarios y días también han sido moderados por ellos), cambios de salario (o mismo demisiones), prohibición de circulación en las calles en determinados horarios, y otros (bien como la

prohibición de entrada en diversos países), tal como lo expresa la WHO/OMS a partir de inúmeros informes y orientaciones desde el principio de la pandemia y ajustados por los Ministerios de Salud y Gobiernos de los países (WHOa/OMS, 2020).

Desde el comienzo de la pandemia, el mundo presenta aproximadamente 684 millones de personas infectadas por Sars-CoV-2 y más de 6.800.000 muertos (Brasil, solamente, es responsable por cerca de 12% de estos números, siendo el primer caso confirmado el 26 de febrero de 2020: un señor que había llegado de Italia) (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, 2023).

Sin embargo, a partir de la última semana de noviembre de 2020, el mundo se ha brindado con la primera vacuna para casos graves de la COVID-19 (Reino Unido ha vacunado su primer ciudadano (una señora de 90 años) el 08 de diciembre de 2020 con una vacuna ARN mensajero, la BN162b2, de Pfizer/BioNTec; Brasil ha vacunado su primera persona (una enfermera mujer y negra) el 17 de enero de 2021 con la vacuna china Coronavac, de Sinovac, aprobada para uso en el país, a nivel de emergencia, por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA)) (Dias, 2020a).

A través de grupos prioritarios, siendo primeramente destinada a su principal grupo de riesgo (los mayores, los inmunosuprimidos, los indígenas, los institucionalizados, la población privada de libertad y los profesionales de Salud que estaban trabajando directamente con los pacientes COVID-19 positivos (o mismos sospechosos) – llamados de ‘línea de frente’), la vacunación ha caminado y logrado números descomunales (Dias, 2020b; Brasil/Ministério da Saúde, 2021).

A partir de lo mencionado precedentemente, se ha visto la reducción creciente de los casos, y, sobre todo, de las internaciones y de los óbitos (Amit et al, 2021; Santos Filho et al, 2021), por lo cual es adecuado y pertinente describir que las vacunas, en ese momento, todavía estaban a nivel de emergencias (sobre todo por el hecho de que los estudios sobre las vacunas eran muy incipientes. Tal hecho, asociado a una política de desconstrucción de una Salud Pública sólida y firme, en Brasil, por sus gobernantes, y a las *fake news*, ha provocado incertidumbres y miedo en parte de la población), pero su uso se hacía cada vez más necesario y urgente (Mores, 2020).

Desafortunadamente, muchas informaciones han sido propagadas de manera incorrecta, lo que ha ocasionado una ola creciente de miedo, inseguridad, confusión y reducción en el impacto de las Políticas Públicas de enfrentamiento a la crisis sanitaria, especialmente por parte de la población. En respeto a eso, el director-

general de la OMS, Tedros Adanom Ghebreyesus, ha llamado de '*infodemia*', proceso en el cual no solamente el virus es letal, pero, también, rumores, los cuales se propagan fácilmente, creando, así, una cacofonía de informaciones conflictantes – es la cantidad de información en detrimento de la calidad (WHO, 2021).

De igual manera a la rápida diseminación del virus de la COVID-19 (o mismo de otras enfermedades, por consecuencia de la globalización), las redes de comunicación, cada vez más rápidas y eficientes, especialmente por causa de la proliferación de la Internet, permiten el acceso a informaciones en cualquier parte del mundo de manera casi que instantánea, informaciones esas que poden ser relacionadas de la siguiente manera: ¿informaciones globalizadas (informaciones por todo el mundo, cada cual de acuerdo con su localidad) o globalización de las informaciones (cuando una única información rompe con las fronteras y llega a otros lugares, de manera rápida)? (Palley, 2018).

Por eso, es necesario que las fuentes de informaciones a la población sean claras, coherentes, ágiles y transparentes, y la responsabilidad por eso no es apenas gubernamental, pero de todos, incluso la Comunidad Científica y otros órganos, como escuelas, iglesias, empresas y otros, bien como de las propias personas (Gallotti, 2020; Moraes, 2020).

Al mismo tiempo que la población era vacunada de manera progresiva, el segundo semestre de 2021 ha sido el más duro cuanto a casos (débiles y graves), con pérdidas catastróficas, con profesionales de Salud agotados y con los Sistemas de Salud cada vez más en colapso – en Brasil, la primera semana de abril de 2021 ha presentado, en un solo día, más de 4 mil óbitos por la enfermedad (G1.com, 2021).

Además, se suma a esa situación la nosofobia o el miedo de contraer la enfermedad, tanto en profesionales de Salud, como en la población en general, particularmente en los mayores de 60 años, por caracterizarse por un miedo recurrente y persistente, a diferencia de la hipocondría, que no solo presenta síntomas a nivel físico, sino también síntomas cognitivos, emocionales y conductuales, con sensación de inseguridad en muchos aspectos de la vida, desde la perspectiva individual a la colectiva, desde el funcionamiento cotidiano de la sociedad hasta los cambios en las relaciones interpersonales (Frasquilho, 2020).

En línea con lo mencionado previamente, los Sistemas de Salud de los países han entrado en colapso, los profesionales de la Salud se agotaron por las largas horas de

trabajo y, además, uno de los métodos más eficaces para controlar la enfermedad, que es la distancia social, tiene un impacto considerable en Salud Mental de la población (Faro, 2020; Whilder-Smith, 2020).

Estudios con la población de China, primer país que adoptó la cuarentena y el aislamiento social como medidas de protección frente a la propagación del nuevo coronavirus, indican que existen posibles consecuencias psicológicas de este confinamiento masivo. Los resultados mostraron una mayor tasa de ansiedad, depresión, consumo nocivo de alcohol y menor bienestar mental que las tasas habituales de la población antes de esa enfermedad (Xiang, 2020; Zhu, 2020).

En línea con lo desarrollado anteriormente, se suma el confinamiento, que puede desencadenar inúmeros otros efectos emocionales, psicosociales y también cognitivos, como sentimiento de tristeza, confusión sobre la noción de tiempo y espacio, pérdida de la memoria, pereza mental, irritabilidad consigo mismo y con las personas con las que vive, dificultad para dormir, falta de apetito, cambios de humor y estrés (Schmidit et al, 2020).

Barros y Botega (2013) muestran que cerca de 30% de las personas presentaban algún trastorno de Salud Mental común (no incapacitante) antes del comienzo de la pandemia – número que ha subido hasta más de 40%, en la pandemia, de acuerdo con la OMS, y que podrá llegar hasta los 50%, después de ella, lo que implica en un gran problema de Salud Pública (actualmente y, sobre todo, a los próximos años) (WHO, 2021).

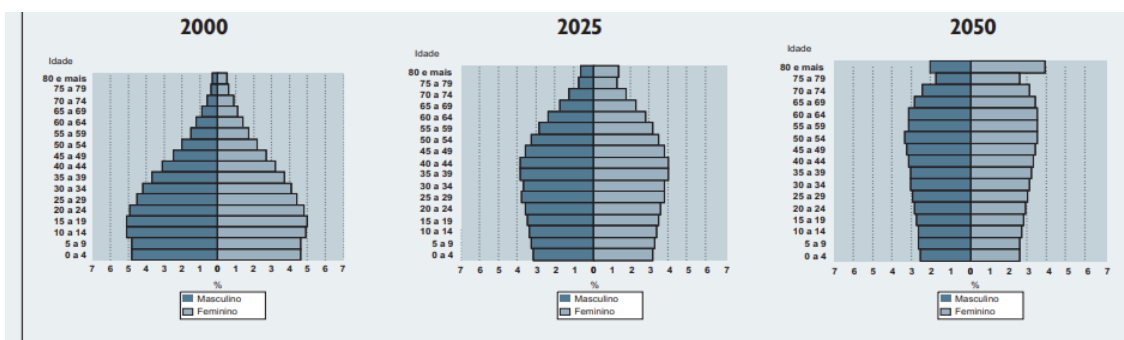
El 2017, la población brasileña era de 208,5 millones de habitantes, con la siguiente distribución: 28,6% de personas de 0 hasta 19 años; 56,8% de personas de 20 hasta 59 años; 14,6% de personas por encima de los 60 años, lo que correspondía a 30,44 millones de personas (número ese cerca de 4,8 millones de personas más que el 2012, un crecimiento de aproximadamente 18%; al considerarse la población de mayores el año de 2006, el número es de 17,6 millones, lo que muestra un crecimiento importante), como enseñan los datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2018). De esa manera, es imprescindible estudiarlos, comprenderlos para, así, poder ofrecer un servicio de Salud de calidad y compatible con las necesidades de esa población.

El envejecimiento, antes considerado un fenómeno aislado, ahora es parte de la realidad de la mayoría de las sociedades. El mundo está envejeciendo. Eso es tan

cierto que se estima que para el año 2050 habrá alrededor de dos mil millones de personas de sesenta años y más en el mundo, la mayoría de ellos viviendo en países en vías de desarrollo, como Brasil. De acuerdo con la OMS, en 2030 esa población será más grande que los de 0 hasta 14 años, siendo, así, la cuarta población más grande de ancianos del globo (Jornal da USP, 2018).

El retrato y el crecimiento de la población anciana brasileña, en un período de 50 años, se puede ver en las pirámides etarias de la figura 2.

Figura 2 – Pirámides etarias brasileñas: la realidad 2000 y proyección de 2025 y de 2050



Fuente: Ministério da Saúde, Brasil, 2006.

En la figura 2, se nota claramente el crecimiento del número de mayores, en Brasil, de manera progresiva, a lo largo de los años.

El envejecimiento de la población es una respuesta a los cambios en algunos indicadores de Salud, especialmente la disminución de la fecundidad y la mortalidad y el aumento de esperanza de vida. No es homogéneo para todos los seres humanos, sufriendo la influencia de procesos de discriminación y exclusión asociados a género, etnia, racismo, condiciones sociales y económicas, región geográfica de origen y lugar de residencia (Casemiro y Ferreira, 2020).

La Organización Panamericana de la Salud (OPAS) define el envejecimiento como

un proceso secuencial, individual, acumulativo, irreversible, universal y no patológico de deterioro de un organismo maduro, propio de todos los miembros de una especie, de manera que el tiempo te hace menos capaz de hacer frente a las tensiones del medio ambiente y, por lo tanto, aumenta tu posibilidad de muerte (OPAS, 2003, p.15).

Así, el envejecimiento puede entenderse como un proceso natural y es la disminución progresiva de la reserva funcional de los individuos – senescencia – que, en condiciones normales, no suele dar ningún problema. Sin embargo, bajo condiciones de sobrecarga, como enfermedades, accidentes y/o estrés emocional, puede causar una condición patológica que requiere asistencia: la senilidad. Se debería notar que ciertas alteraciones resultantes del proceso de senescencia pueden tener sus efectos minimizado por la asimilación de un estilo de vida más activo (Gato, 2018).

Hay que evitar continuamente dos grandes errores. El primer es considerar que todos los cambios que se pasan con los ancianos se deben a su envejecimiento natural, que se puede prevenir con la detección temprana y el tratamiento de ciertas enfermedades, y la segundo es tratar el envejecimiento natural como enfermedad, con la realización de pruebas y tratamientos innecesarios, provenientes de señales y síntomas que pueden explicarse fácilmente por la senescencia (Casemiro y Ferreira, 2020).

El mayor reto en el cuidado de las personas mayores es poder contribuir a que, a pesar de las limitaciones progresivas que pueden ocurrir, se pueden redescubrir posibilidades y vivir su propia vida con la mayor calidad posible. Esa posibilidad crece en la medida en que la sociedad considera el contexto familiar y social y logra reconocer el potencial y el valor de las personas mayores. Por lo tanto, parte de las dificultades de los ancianos está más relacionado con una [des]cultura que los devalúa y limita (Daniel, Antunes y Amaral, 2015).

Es en ese contexto, la llamada “evaluación funcional” se vuelve imprescindible para el establecimiento de un adecuado juicio clínico, diagnóstico y pronóstico, los cuales servirán de base para las decisiones sobre los tratamientos y cuidados necesarios para personas mayores. Es un parámetro que, asociado a otros indicadores de Salud, puede utilizarse para determinar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones a ser propuestas (Pavarini y Neri, 2000).

La evaluación funcional busca verificar, de manera sistemática, como a través de índices, en qué nivel las enfermedades o lesiones impiden su desempeño, de forma autónoma e independiente, de las actividades diarias o actividades de la vida diaria de las personas mayores, permitiendo el desarrollo de un plan de cuidados más adecuado (Pavarini y Neri, 2000; Hekman, 2006).

La capacidad funcional emerge, así, como un nuevo paradigma de la Salud Pública, propuesto en Brasil por Política Nacional de Salud del Adulto Mayor (en portugués 'Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, PNSPI) de Brasil. Independencia y autonomía, en la medida de lo posible, son metas a alcanzar en el cuidado de la Salud de las personas mayores. La dependencia es el más grande temor en este grupo de edad y evitarla o postergarla pasa ser una función del equipo de Salud, especialmente en el Primer Nivel de Atención a la Salud (PNAS).

El cuidado a la persona mayor debe ser un trabajo conjunto entre el equipo de Salud, la familia y el propio anciano (Brasil, 2006).

Los lineamientos esenciales definidos en el PNSPI son:

- *promoción del envejecimiento saludable dirigido a desarrollar acciones que orientan a los adultos mayores sobre la importancia de mejorar sus habilidades funcionales, mediante la adopción temprana de hábitos de vida saludables y la eliminación (o disminución) del nocivo para su Salud;*

- *mantenimiento de la capacidad funcional de los mayores relacionada con acciones encaminadas a la prevención de las pérdidas funcionales en dos niveles específicos:*

1) *prevención de problemas de Salud que determinan acciones encaminadas a la inmunización de los ancianos;*

2) *refuerzo de acciones dirigidas a detección temprana de enfermedades no transmisibles, con la introducción de nuevas medidas, tales como anticipación de daño sensorial, uso de protocolos para situaciones de riesgo de caídas, cambios de humor y pérdidas cognitivas, prevención de pérdida de dientes y otros trastornos de la cavidad bucal, prevención de carencias nutricionales, evaluación de capacidades y pérdidas funcionales en el entorno domiciliario y prevención del aislamiento social;*

- *asistencia a las necesidades de Salud de las personas mayores, extendida a entornos ambulatorios, hospital y domiciliar;*

- *rehabilitación de la capacidad funcional comprometida con un enfoque especial en la rehabilitación precozmente, es decir, prevenir la evolución y recuperar la pérdida funcional incipiente, con el fin de evitar que las limitaciones de la capacidad funcional avancen y hacer que esas limitaciones sean mitigadas;*

- *fomentar la participación y fortalecer el control social;*
- *formación y educación continua de los profesionales de la salud del Sistema Único de Salud (SUS) en el área de Salud del anciano;*
- *difusión e información de la PNSPI para profesionales de la Salud, gestores y usuarios del SUS;*
- *promoción de la cooperación nacional e internacional de experiencias en el cuidado de Salud de los ancianos;*
- *apoyar el desarrollo de estudios e investigaciones que evalúen la calidad y mejorar la atención de la Salud de las personas mayores (Brasil, 2006).*

En este contexto, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores se convierte en un desafío actual, en la medida en que puede tener consecuencias inquietantes a niveles económicos, sociales, epidemiológicos y familiares, que requieren una concentración de esfuerzos en las diferentes áreas profesionales, visando un mayor conocimiento sobre el fenómeno de la envejecimiento y, principalmente, cómo envejecer de forma saludable, priorizando estos esfuerzos para mantener la independencia y autonomía del individuo (Freire, 2000).

Para el Sistema de Salud, con este nuevo perfil epidemiológico en el país, se vuelve creciente la demanda de prevención y promoción de Salud a pacientes de edad avanzada, para procedimientos diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, servicios de rehabilitación física y mental y por programas que incluyen equipos multiprofesionales (diferente especialidades) interdisciplinarios (que actúan de manera conectada), los cuales cuidan de manera integral, favoreciendo la percepción del equilibrio mente-cuerpo a través de la actividad física, actividades artísticas y también culturales (Ramos, 2003; Veras, 2003; Veras et al., 2008).

La OMS recomienda que las Políticas Públicas de Salud en el área del envejecimiento tengan en cuenta la consideración de los determinantes sociales de la Salud a lo largo del curso de la vida (sociales, económicos, conductuales, personales, laborales, culturales, además del entorno físico y el acceso a servicios), con énfasis en temas de género y desigualdades sociales (Veras et al. 2008).

Sin embargo, existe una creciente necesidad de abordar el rápido incremento de los problemas de Salud en los mayores; así como diseñar proyectos y ofrecer programas

de atención, prevención, promoción y tratamiento de enfermedades, bien como aumentar el alcance y efectividad de los servicios de Salud para esta población a través de una serie de reformas sistemáticas (Bipartisan, 2004).

No obstante, el precario y desorganizado sistema de atención no ofrece condiciones para que estas necesidades se satisfagan de la forma más adecuada. Cada vez es más necesario ampliar los conocimientos sobre la Salud Física y Mental de las personas mayores, la prevención y el control de enfermedades crónico-degenerativas, así como la adecuación de la formación de profesionales para la atención a personas mayores (Freire, 2000; Papaleo Neto y Pontes, 2002; Veras, 2003).

Dichas personas, a partir de una estimación general hecha en base a los registros consultados en las organizaciones, presentan aproximadamente un 70% de enfermedades crónicas no transmisibles – como hipertensión, diabetes *mellitus*, lumbago crónico, osteoartritis y, incluso, la depresión – (Romero y Silva, 2021).

Al analizarse tal población, 10,8% de la población de mayores de Brasil viven solos, 39,8% viven con una sola persona y 49,4% viven con dos o más personas. En relación a la pandemia por COVID-19, 56,9% dijeron que han hecho un confinamiento intenso (con salidas únicamente para mercado o asistencia social) y 12,2% dijeron que no han hecho ningún confinamiento o poco han cambiado su rutina (Romero y Silva, 2021).

En esa misma línea de investigación científica en el marco de la evaluación de población de personas mayores de 60 AÑOS, es posible considerar que, dentro de un mismo país, en ciudades geográficamente y territorialmente distintas (cantidad de habitantes, con perfiles y características diferentes, distribución de grupos etarios distintos, ubicación distinta en la misma provincia, con productos brutos internos (PBI) distintos), la población de mayores de 60 años presenta necesidades de Salud Mental distintas frente a la situación de la pandemia, como una respuesta diferente al confinamiento, según los principios fisiológicos y psicológicos de cada una de las personas (Gallo et al, 2019).

Si bien, las ciudades presentadas en esta investigación tienen dinámicas distintas en relación a ritmos y hábitos distintos de vida, en general y particularmente, relacionadas con las características y perfiles poblacionales que presentan en forma especial las personas que conforman el grupo etario de referencia. Se considera destacable, significativo e importante, poder clarificar los espacios y

tiempos en los que transcurre el proceso de envejecimiento, ya sea a nivel demográfico, físico, emocional, psicológico, conductual y social, entre otros.

De modo que la existencia de variantes y diferencias no impide el esclarecimiento de los escenarios, a la vez que permite considerar la toma de decisión, adecuada, oportuna, y vinculada con las necesidades particulares y específicas de la población adultos mayores de 60 años, en periodo de crisis y confinamiento, entendidas como trascendentes para el desarrollo de las poblaciones y comunidades y para el diseño de intervenciones de Salud y acciones específicas a partir del diseño de Políticas Públicas (Cepal, 2018).

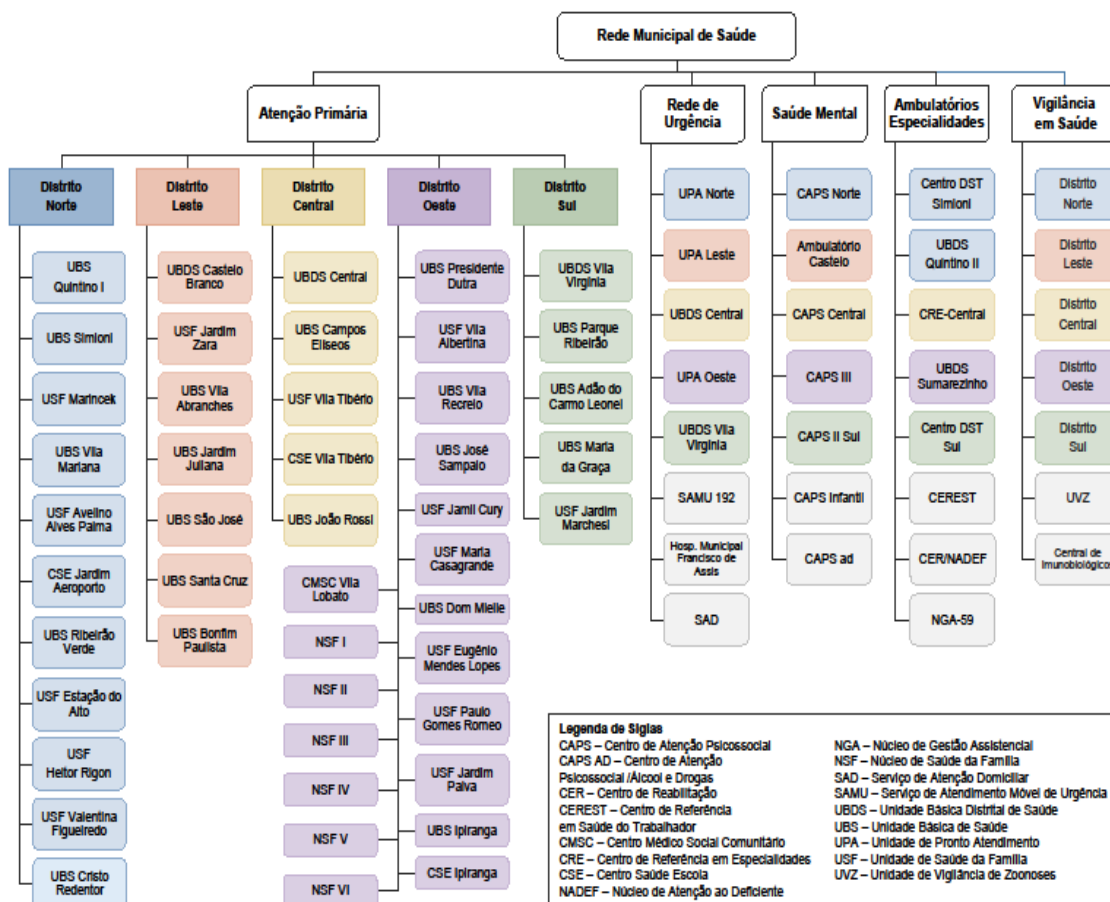
A partir de la ausencia de descripción, análisis y estimaciones científicas complementarias con enfoque epidemiológico en el campo de la Salud Pública, referida a las Políticas Públicas vinculadas con la caracterización de los escenarios cotidianos, donde se introduce la noción de vejez desde una perspectiva de ciclo en vida, en el periodo del confinamiento por la COVID-19, entre los años 2020-2022, este trabajo intenta describir y analizar los efectos cognitivos y psicosociales de los mayores de 60 años de dos ciudades del estado (provincia) de São Paulo, Brasil: Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, bien como los diferenciales, particulares y especificidades de los sujetos que componen dichas poblaciones, así como los aspectos comunes entre ambas, a fin de considerar las necesidades y posibilitar el mejoramiento de la calidad de vida, en relación a las necesidades y factores relacionados con el confinamiento.

Las características geográficas de las ciudades son las siguientes:

- Inúbia Paulista-SP: ubicada en el oeste de la provincia, a casi 600km lejos de la ciudad de São Paulo capital (en la segunda región más pobre de la provincia), presenta densidad poblacional de 45,1 habitantes por kilómetro cuadrado y su principal fuente de riqueza es agrícola. La ciudad cuenta con 4019 habitantes (de acuerdo con el IBGE) (IBGEa, 2021). Es una ciudad fundada el 1959. Solamente presenta una única unidad de Salud, que es de PNAS (Unidad Mixta: Unidad Básica de Salud (UBS) y Estrategia de la Salud de la Familia (ESF)), no presentando ninguna otra unidad de Salud de otra clasificación. El año de 2019, ha presentado 2300 consultas de mayores de 60 años en el PNAS (datos fornecidos por la secretaria Municipal de Salud de Inúbia Paulista-SP, de manera verbal);

- Ribeirão Preto: ubicada en el nordeste de la provincia, a casi 350km lejos de la ciudad de São Paulo capital (una de las ciudades más ricas y desarrolladas de la provincia), presenta densidad poblacional de 1093,6 habitantes por kilómetro cuadrado y su principal fuente de riqueza está basada en el comercio, prestación de servicios e industria – su PBI es 3 veces más grande que lo de Inúbia Paulista-SP. La ciudad cuenta con 711.825 habitantes (IBGEb, 2021). Es una ciudad fundada el 1856. La red de Salud pública (gubernamental) presenta 47 unidades de Salud de PNAS (UBSs, ESFs y Unidades Básicas Distritales de Salud (UBDS)), 05 unidades de emergencia, 07 ambulatorios de especialidades, 09 hospitales, Servicio de Atendimento Mueble de Urgencias (SAMU), Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) y 07 unidades específicas de Salud Mental – aún presenta otras muchas unidades de Salud Suplementar (red privada). Es un polo regional de Salud, responsable por 26 ciudades. El año 2019, ha presentado 141.705 consultas de mayores de 60 años en el PNAS. La figura 3 enseña la organización de la red municipal (gubernamental) de Salud, con todas las unidades de atención a la población, excluyendo las unidades hospitalarias.

Figura 3 – Organograma de la Red Municipal (gubernamental) de Salud, excluyendo las unidades hospitalarias (figura en portugués)



Fuente: Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – 2022-2025. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP, 2021.

Figura 4 – Mapa del estado de São Paulo, enseñando las ubicaciones de las ciudades de Inúbia Paulista-SP, Ribeirão Preto-SP y São Paulo-SP (capital), bien como la ubicación de la provincia de São Paulo en Brasil



Fuente: Google Maps (modificado pelo autor, 2023)

Esas unidades del PNAS ofrecen atención general a diversos problemas de Salud, como hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, problemas osteomusculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) – lo que significa que no presentan atención exclusiva a problemas de Salud Mental.

Paralelamente a eso, y conforme dicho por Romero y Silva (2021), la búsqueda por los pacientes en las unidades de Salud, antes de la pandemia por COVID-19, se quedaba más cuenta de las ECNT, sin llevar en cuenta específicamente la necesidad de atención a temas como Salud Mental. Sin embargo, la búsqueda de los mayores a las unidades de Salud ha crecido por cuenta de problemas de Salud Mental (como depresión y ansiedad, p. ej.), a partir del confinamiento de la pandemia por COVID-19 (WHO, 2020) – en Brasil, son escasos los estudios específicos en esa temática y llevando en cuenta las características de la población estudiada (que pueden cambiar desde una región hasta otra).

Así, hay que tenerse en cuenta los siguientes datos:

- a) el envejecimiento de la población brasileña;
- b) los cambios en la rutina de la población de mayores;
- c) la creciente búsqueda por atención en Salud Mental, en las unidades de PNAS, a partir de la pandemia por COVID-19;
- d) el hecho de que, mientras hagan características peculiares entre las dos ciudades (por ritmos de vida distintos), existe la posibilidad de que se extraiga algo común entre ellas, sobre todo en épocas de crisis sanitaria, justamente para ampliación de Políticas Públicas de Salud.

Actuando en la línea de frente, en unidades diversas de Salud (UCI COVID, unidades de PNAS y unidades de Atención de Urgencias y Emergencias), el autor de esta tesis se ha deparado con un aumento en la demanda de atención por parte de los mayores, los cuales acudían a los servicios de Salud con quejas relacionadas con crisis de ansiedad, pánico, alteraciones de memoria, preocupación y miedo excesivos, a menudo relacionados con la pandemia (incluso, en muchos casos, relatadas por parte del propio paciente)

En todos esos abordajes profesionales, como médico, después de la acogida inicial y estabilización del paciente, el autor ha buscado un servicio de apoyo para seguimiento de esas personas mayores y ha podido observar la escasez de esos servicios y también la falta de preparación del personal, de las unidades en que trabajaba, en cuanto a la recepción y continuidad de los cuidados.

En una investigación inicial sobre el tema, ha dado cuenta de que había poca Literatura Científica, adaptada a la realidad brasileña, que relataba la percepción de los pacientes ancianos cuanto a los síntomas cognitivos y psicosociales que se habían desarrollado durante el período pandémico. Y, principalmente, poca Literatura cuanto, a los aspectos comunes a diversas localidades como una base sólida para la ampliación de Políticas Públicas en Salud Mental, con especificidad a los mayores.

De esa manera, la formulación del problema de investigación científica de este estudio consiste en responder a la siguiente pregunta: ¿cuáles son los efectos cognitivos (capacidad de calcular, capacidad de identificar sus emociones y las de los otros, habilidad lingüística, dificultad de atención, concentración y memoria) y psicosociales (sentido del humor, sensación de soledad, miedo, preocupación, y sus relaciones con su alrededor), en torno a los aspectos específicos, particulares y

comunes que se han presentado en las poblaciones de mayores de 60 años en las ciudades de Inúbia Paulista-SP e Ribeirão Preto-SP, Brasil, en el periodo del confinamiento por COVID-19, entre los años de 2020 y 2022?

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo general

- Describir y analizar los efectos cognitivos (capacidad de calcular, capacidad de identificar sus emociones y las de los otros, habilidad lingüística, dificultad de atención, de concentración y cambios de memoria) y psicosociales (sentido del humor, sensación de soledad, miedo, preocupación y sus relaciones con el alrededor) en torno a los aspectos específicos, particulares y comunes que se han presentado en las poblaciones de mayores de 60 años en las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, Brasil, en el periodo del confinamiento por COVID-19, entre los años 2020-2022.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar el perfil socio demográfico de la población de mayores de 60 años de dos ciudades geográficamente distintas de la provincia de São Paulo, Brasil (Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP);

- Indicar el grado de autonomía y de funcionalidad (dependencia e independencia) de los mayores investigados;

- Establecer la necesidad de acompañamiento en servicios de Salud Mental (en PNAS o en servicios especializados) según la percepción de los propios sujetos que integran las poblaciones objetos (los mayores de 60 años de las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, Brasil);

- Considerar el sentido del humor, sensación de soledad, preocupación y vínculos sociales de las poblaciones objeto de estudio;

- Listar el reconocimiento de emociones y capacidades de concentración, atención y memoria de las poblaciones objeto de estudio;

- Estimar posibles diferencias entre los resultados de las poblaciones de las dos ciudades geográficamente distintas;

- Destacar los aspectos comunes entre poblaciones diferentes para la implementación de Políticas Públicas en situaciones de crisis de Salud Pública.

1.2 Hipótesis

1. La población compuesta por personas mayores de 60 años presenta efectos cognitivos y/o psicosociales durante el periodo del confinamiento por la pandemia de COVID-19, alterados en forma distinta entre las poblaciones de las diferentes ciudades, relacionadas con su idiosincrasia, y también presentan factores troncales a ambas poblaciones estudiadas, según las particularidades y especificidades de cada uno de los sujetos que las componen

1.3 Justificación

El confinamiento por la pandemia por la COVID-19 ha traído cambios importantes en la cotidianidad de la población (sobre todo en los mayores, que están en constante aumento poblacional, en Brasil (IBGE, 2018)), como el aislamiento social (Wu, 2020). Eso ha provocado, de una manera general, aumento de síntomas como depresión, ansiedad, entre otros (WHO, 2020).

La relevancia de la presente investigación se relaciona con la posibilidad de esclarecer el perfil socio demográfico de la población de mayores de 60 años, de dos ciudades geográficamente distintas de la provincia de São Paulo, Brasil (Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP), su grado de autonomía e independencia, en el periodo de confinamiento, así como establecer los posibles efectos cognitivos (capacidad de calcular, capacidad de identificar sus emociones, habilidad lingüística, dificultad de atención, concentración y memoria) y psicosociales (sentido del humor, sensación de soledad, miedo, preocupación, y las relaciones con las otras personas), en el periodo del confinamiento por la COVID-19, entre los años de 2020-2022.

A partir del aporte de datos científicos y la construcción de conocimiento, se estima poder establecer las particularidades de cada población evaluada, así como también los aspectos troncales, es decir, comunes a ellas, relacionadas con el periodo del confinamiento, a fin de considerar las mejoras a nivel de intervenciones de prevención y asistencia en las instituciones de Salud, en los distintos niveles de atención a la Salud, bien como también de los servicios de Salud Mental.

Este estudio también se justifica por la posibilidad de desarrollar y producir conocimientos con relevancia científica vinculada con el tema con el fin de considerar mejores medios de atención de la Salud Mental (en toda la red de Salud: desde las unidades de PNAS hasta los servicios específicos de Salud Mental, bien como los profesionales y, principalmente, el cuidado enfocado a las poblaciones que acompañan en estos servicios), con estrategias y protocolos que fortalezcan los aspectos técnico-profesionales para garantizar una mejor oferta de calidad de vida a las personas mayores de 60 años, tal como es definida la población objeto de estudio.

1.4 Marco Conceptual

Tal como se ha hecho referencia anteriormente, entre el final de diciembre/2019 y enero/20, la OMS se recibió una notificación de un grupo de personas internadas con neumonía de causa desconocida, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China. Después de exámenes específicos, un nuevo coronavirus ha sido descubierto y ha sido catalogado como SARS-COV-2, causador de la enfermedad COVID-19 (Li, 2020; Zhu, 2020). En el final de febrero/2020, y por cuenta de la globalización (o sea, la enfermedad se alastró a otros países), Brasil ha tenido su primer caso (Duarte, 2020).

A partir de ese momento, el Ministerio de Salud de Brasil, en consonancia con la OMS, ha lanzado una serie de recomendaciones para la población con el fin de informarla sobre temas de transmisión, prevención y procedimientos en caso de contagio de la COVID-19 (contagio ese que se da por dispersión de gotas, con contaminación a través del tracto respiratorio) (OMS, 2020a).

El *lockdown* (del inglés, *confinamiento*) presenta, como bases, en este sentido, el distanciamiento social como medida para prevenir la propagación del COVID-19, con la población mayoritariamente orientada a la necesidad de salir de su hogar solo en caso de necesidad (mercado / farmacia / asistencia sanitaria, por ejemplo) – aún, la pandemia de la COVID-19 ha provocado y, en la actualidad, sigue provocando cambios importantes en la rutina de las personas (Silva, 2020).

Tales cambios pueden ser mencionados entre otros, como el uso constante de mascarillas, el distanciamiento/alejamiento y aislamiento social (incluyendo dentro de la propia familia), el '*home office*' (cambios en la manera de trabajo), el cierre de inúmeros segmentos comerciales, cambios de salario (o mismo demisiones), prohibición de circulación en las calles en determinados horarios, y otros (OMS/WHO, 2020).

Al inicio de esta tesis, el primer cuatrimestre de 2021, el mundo presentaba aproximadamente cerca de 120 millones de personas infectadas y más de 2.600.000 muertos, en poco más de un año de pandemia. Actualmente, dos años después de esos datos, el mundo presenta aproximadamente 684 millones de infectados y 6.800.000 muertos (Brasil, 2023).

Estudios con la población de China, primer país que adoptó la cuarentena y el aislamiento social como medidas de protección frente a la propagación del nuevo

coronavirus, indican que existen posibles consecuencias mentales en el periodo de este confinamiento masivo. Los resultados mostraron una mayor tasa de ansiedad, depresión, consumo nocivo de alcohol y menor bienestar mental que las tasas habituales de la población (Xiang, 2020; Zhu, 2020).

En general, los pacientes con confirmación o sospecha de COVID-19 pueden temer las consecuencias de la infección, tanto físicos, emocionales, conductuales, como afectivos, algunos de ellos potencialmente mortales, mientras que aquellos en cuarentena pueden experimentar aburrimiento, soledad e ira (Reichert, 2017; Holmes, 2020).

Se suma a lo mencionado anteriormente que existe la posibilidad de pérdidas económicas en las zonas más afectadas y una creciente preocupación por las consecuencias prácticas de la pandemia en el sector económico (Llosa-Fernandez, 2018; Pancani 2020). Se ha visto, por ejemplo, que el estrés por pérdidas económicas sería un riesgo psicosocial muy común en épocas de recesión económica, pobreza y desempleo, es decir, son factores que también podrían afectar negativamente la Salud Mental de las personas, durante este período (OPAS, 2002; Reynolds, 2008; Morens, 2009).

Sin embargo, no se puede decir que la nueva rutina pandémica solo tenga impactos negativos en la Salud Mental de las personas. Temas como 'tener más tiempo para uno mismo', 'quedarse más tiempo con la familia', 'comenzar nuevos estudios (aunque sea virtualmente) o incluso un nuevo trabajo (mismo que sea en casa)' pueden considerarse impactos positivos y ser un '*start*' para afrontar la nueva rutina, y no para acomodarse con ella (Cambi, 2020) – eso es un tema que, prácticamente, no presenta trabajos científicos en la Literatura Mundial en Salud, por eso la importancia de también ser estudiado.

El confinamiento puede desencadenar inúmeros efectos psicosociales/cognitivos, como sentimiento de tristeza, confusión sobre la noción de tiempo y espacio, pérdida de la memoria, pereza mental, irritabilidad consigo mismo y con las personas con las que vive, dificultad para dormir, falta de apetito, cambios de humor y estrés, bien como dificultad de relacionamiento interpersonal (Romero y Silva, 2021).

En línea con lo aclarado previamente, es importante considerar el campo de la Salud Mental, de acuerdo con la OMS, como un estado de bienestar en el que el individuo es capaz de utilizar sus propias capacidades, recuperarse del estrés de la

rutina, ser productivo y contribuir a su comunidad. La Salud Mental implica mucho más que la ausencia de enfermedad mental (OPAS, 2022).

La expectativa de la OMS es que entre un tercio y la mitad de toda la población que sufre una pandemia, como COVID-19, pueda desencadenar un malestar psicológico agudo y posibles trastornos psicopatológicos si no se hace nada. En Brasil, el escenario provocado por la pandemia es aún más preocupante en el campo de la Salud Mental, porque se suma a una serie de retrocesos en la Política Nacional de Salud Mental (OPAS, 2020).

Dichos retrocesos son altamente significativos, ya que establecen diferencias en la disminución del acceso a tratamientos basados en evidencia científica, y valores éticos y humanitarios, en la población de un país de más de 210 millones de habitantes y que en 2017 (período prepandémico por coronavirus) presentaba 5,8% de personas con depresión y 9,3% con ansiedad, según datos de la OPAS – con cifras que empeoran durante y después de la pandemia (OPAS, 2017).

En un país de dimensiones continentales como Brasil, contar con una Política Nacional de Salud Mental sólida y fortalecida es de suma importancia. La Política Nacional de Salud Mental, Alcohol y otras Drogas se rige por los lineamientos de la Reforma Psiquiátrica y la Ley No. 10.216 – superando el modelo de asilo y garantizando los derechos de ciudadanía de la persona con trastorno mental. En esa perspectiva, prioriza iniciativas que tienen como objetivo garantizar una atención integral centrada en los territorios, en la perspectiva de garantizar los derechos con la promoción de la autonomía y el ejercicio de la ciudadanía, buscando la inclusión social progresiva (Brasil, 2001).

La Red de Atención Psicosocial (RAPS) – Ordenanza GM / MS No. 3.088 / 2011 - recomienda ayudar a las personas con sufrimiento o trastorno mental y con necesidades derivadas del consumo de crack, alcohol y otras drogas. La RAPS consta de 7 componentes: PNAS (Unidades Básicas de Salud y Estrategia de Salud de la Familia); Atención psicosocial especializada – aquí están los Centro de Atención Psicosocial (CAPS); Atención de urgencia y emergencia; Atención residencial de transición; Atención hospitalaria; Estrategias de desinstitucionalización; Rehabilitación psicosocial.

Los CAPS se organizan en 05 tipos: CAPS I (municipios con una población entre 20.000 y 70.000 habitantes, abierto de lunes a viernes, de 8 a 18h), CAPS II

(municipios con una población entre 70.000 y 200.000 habitantes, abierto de lunes a viernes, de 8 a 18h, pudiendo tener un tercer período hasta las 21h), CAPS III (municipios con una población superior a 200.000 habitantes, abierto de lunes a viernes, de 8 a 18h, y un tercer período hasta las 21h), CAPSi III (solo para niños y adolescentes, en municipios con población superior a 200.000 habitantes, abierto de lunes a viernes, de 8 a 18h, con un tercer período hasta las 21h) y CAPSad (para consumidores de alcohol) y drogas, para la atención diaria a la población con trastornos derivados del uso y dependencia de sustancias psicoactivas, como alcohol y otras drogas, en municipios con población superior a 200.000 habitantes, abierto de lunes a viernes, de 8 a 18h, y un tercer periodo hasta las 21h) (Ferreira et al, 2016).

Hoy, Brasil tiene 2657 CAPS actuantes en todo el país (es decir, más de 92 mil brasileños a ser atendidos en cada CAPS), y, como muestra su definición, las ciudades con menos de 20 mil habitantes no tienen el centro.

Entonces, surge una pregunta central tal como: ¿cómo es el seguimiento de la Salud Mental en esas ciudades? En los CAPS, mientras la orientación a los municipios es que cuenten con un equipo mínimo (psiquiatra, psicólogo, trabajador social), en la práctica ni siempre existe una atención bien estructurada, lo que, en consecuencia, hace que los pacientes no sean acompañados de la manera que necesitan – muchos a menudo, hasta como dice la RAPS, son acompañados solamente en el PNAS (y eso, en la gran mayoría de las veces, no tienen la estructura mencionada, siendo el paciente solo acompañado por su médico de cabecera, y sin ningún otro seguimiento psicosocial, a partir de una equipe multiprofesional) (Ferreira et al, 2016).

Por si fuera poco, de 2019 a 2022, Brasil ha experimentado un desmantelamiento de su Política Nacional de Salud Mental, período durante el cual se emitieron alrededor de quince documentos normativos, entre ordenanzas, resoluciones, decretos y avisos, que conforman lo que la nota técnica 11/2019-CGMAD / DAPES / SAS / MS pasó a denominarse “Nueva Política Nacional de Salud Mental”.

Dicha ‘nueva política’ se caracterizó por el fomento de la hospitalización psiquiátrica y su desvinculación de la política de alcohol y otras drogas (que ha pasado a denominarse “política nacional de drogas”, con gran énfasis en la financiación de comunidades terapéuticas y una política prohibicionista y punitiva de cuestiones derivadas del consumo de alcohol y otras drogas). Aún, ha existido un proyecto de ley del gobierno derechista de 2019-2022, con tendencia a incrementar la bajada de la Política Nacional de Salud Mental, es decir, lo que ya era difícil, con poca accesibilidad

y posibilidad de asistir a toda la gente necesitada, tendería a empeorar (Brasil, 2019). No obstante, el 2023 ha cambiado el gobierno federal, de manera que, gradualmente, los retrocesos han sido bajados – lo que ha dado fuerzas, en ese momento, a la población.

Actualmente, el porcentaje de mayores (>60 años), en Brasil, es de 14,5% (en 2018), pero podrá llegar a 25% en 2060, según datos del IBGE (IBGE, 2017). Para Moraes, Moraes y Lima (2010), los mayores pueden caracterizarse por su involución morfofuncional en el ámbito biológico y neuropsicológico con el declive de las capacidades cognitivas.

En Brasil, según Pinheiro Junior (2004), la caracterización de la población de mayores se choca con una posible definición sociológica cuando se entiende que el anciano es el individuo que está al margen de la sociedad por no ser económicamente más productivo, lo que no siempre ocurre (de este grupo, solo 37,5% son jubilados (datos de antes de la pandemia, también de acuerdo con Romero y Silva (2021)).

El estudio de Romero y Silva (2021) se ha desarrollado en un muestreo población de mayores de 60 años (sin límite superior de edad), género (masculino, femenino u otro), con o sin estudio (nivel educacional) que trabajan fuera de casa o no, que viven solas o conjuntamente con sus familias. Ese grupo, también como visto, de una manera general, presenta cerca de 70% de ECNT (como hipertensión, *diabetes mellitus*, lumbago crónico, osteoartritis y, incluso, la depresión y otros trastornos mentales). A pesar de ello, ese estudio no ha evaluado porcentaje de posibles cambios en la Salud Mental, cualquier que sean (como p. ej., no han evaluado efectos cognitivos/psicosociales de la población).

En contrapartida, Borim, Barros y Botega (2013) han hecho un estudio que muestra que cerca de 30% de los mayores presentan algún trastorno de Salud Mental común (no incapacitante), números que han subido hasta más de 40%, en la pandemia, de acuerdo con la OMS, y hasta la mitad, después de la pandemia. Aún, aprox. 27% presentan algún déficit cognitivo (como pérdida de memoria, lenguaje, desorientación en tiempo y espacio, y otros). Mientras esas cifras, solamente cerca de 7% de los atendimientos en servicios de Salud Mental son de mayores de 60 años, algo que necesita ser ampliado, conforme muestra el estudio 'Epidemiological profile of patients treated in a Center for Psychosocial Care' (Mangualde, 2012).

Sin embargo, esas variables pueden cambiar de región a región – por eso la necesidad de evaluar estos datos en las ciudades que se van a investigar, de manera individual, y sin comparaciones, visto que no son ciudades con ritmos idénticos, pero sí con sus idiosincrasias, tales como formas de ser, características de las personas, en ese caso mayores de 60 años, que la o las distingue o distinguen, tanto en forma individual como poblacional, de las demás en relación a las diferentes manifestaciones de vulnerabilidad a fin de favorecer el estado de Salud de la población en general (Chicaiza Chunchu, 2023).

De igual manera, y sobre todo en situaciones de crisis sanitarias, como el caso de la pandemia por la COVID-19, conocer los aspectos troncales es algo importante justamente para la elaboración de las Políticas Públicas de Salud, con la finalidad de hacer cambios prácticos y positivos en la vida de los mayores (Romero y Silva, 2021).

En la línea de los cuidados en Salud Mental, en cuanto a efectos cognitivos y psicosociales, a continuación, es necesario trazar algunas definiciones de algunas alteraciones relacionadas a la Salud Mental (como las alteraciones cognitivas y las alteraciones psicosociales), importantes para comprensión de ese trabajo, conforme Piccolo (2010):

- alteraciones cognitivas: pensada inicialmente por Jean Piaget, se basa en el proceso de aprendizaje y elaboración del conocimiento. Es a partir del proceso cognitivo que el ser humano es capaz de desarrollar sus capacidades intelectuales y emocionales. En la práctica, se relaciona con la memoria, la capacidad de cálculo, la capacidad lingüística, la dificultad en la atención, la concentración, la capacidad de calcular, la capacidad para identificar las propias emociones y las emociones de los demás a su alrededor, entre otras;

- alteraciones psicosociales: desarrollada inicialmente por Erik Erikson, tiene como elemento clave la implicación de los aspectos psicológicos (como sentimiento de soledad, miedo, preocupación, sentido del humor, y otros) y su interacción social.

Las personas mayores pueden estar socialmente aisladas sin reportar sentimientos de soledad y pueden estar solas incluso sin aislamiento social, pero ambas condiciones pueden dañar su salud física y mental (Wu, 2020). Por lo tanto, se puede esperar que la situación de vulnerabilidad se intensifique en estudios representativos de la población anciana.

De esta manera, conocer la nueva cotidianidad de los mayores, frente a la pandemia, bien como sus características relacionadas a Salud Mental (aspectos cognitivos y psicosociales (emocionales y sociales)), es entender lo que han pasado, durante el período de confinamiento, y, así, proponer datos sólidos, a partir de las diferencias y de los aspectos comunes, entre los expuestos por las poblaciones evaluadas, como p. ej., la sugerencia de cambios en las Políticas Públicas en los ámbitos municipales, de manera que sea capaz de atestiguar toda la demanda posible (o, al mínimo, lo máximo posible) (Romero y Silva, 2021).

1.5 Estructura de la Tesis

Esa tesis está desarrollada de la siguiente manera:

- Capítulo 1: *INTRODUCCIÓN*: en ese punto, se presenta la temática de la tesis, bien como sus objetivos (general y específicos), la hipótesis, la justificación del estudio y el marco conceptual;
- Capítulo 2: *MARCO TEÓRICO*: aquí están los puntos esenciales de base de la tesis, de manera capitular, que sirven de apoyo para sustentar una discusión fuerte;
- Capítulo 3: *METODOLÓGIA*: se presenta los elementos metodológicos utilizados en el estudio, las características éticas, bien como la presentación de los datos recolectados;
- Capítulo 4: *RESULTADOS Y DISCUSIÓN*: en ese momento se presenta los análisis estadísticos de los datos, sus interpretaciones y la discusión de los hallazgos en relación a la Literatura Mundial, buscando enfocar las particularidades y destacar los aspectos comunes entre las ciudades;
- Capítulo 5: *CONCLUSIÓN*: se hace el cierre de la tesis, enfocando los aspectos finales del estudio, además de la sugerencia de planes de acción sobre la temática presentada.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Historia de las principales pandemias: desde la antigüedad hasta la pandemia de COVID-19 – la globalización y el confinamiento

En la Historia de la Humanidad, las grandes pandemias han representado importantes retos para la raza humana y el desarrollo de la sociedad. Durante diversos siglos, las plagas (que, en latín significa golpe) han causado estragos, con el poder de aterrorizar la población – como p. ej. las diez plagas del Egipto, del libro del Éxodo, en la Biblia. Desde la antigüedad, y producidas por diferentes infecciones de causas distintas (incluso también las causas bacteriana y viral, posteriormente descubiertas), con expansión por múltiples países y continentes, su aparición provocaba desolación y mortandad (Gullot y Serpa, 2020).

El término ‘epidemia’ se refiere a una enfermedad que acomete un gran número de personas (o mismos animales) en un mismo lugar, en un periodo determinado de tiempo. Ya el término ‘pandemia’ significa una epidemia que se ha extendido a muchos países, siendo determinado actual y oficialmente por la OMS (Ledermann, 2003).

Al observarse el contexto histórico-social, a través de distintas épocas, las pandemias han desencadenado relevantes eventos, entre los cuales se destacan la distribución global en prácticamente todas las latitudes, la rápida propagación, fomentando, así, miedo en la población (principalmente cuanto a la contagiosidad y la probable muerte), provocando, de esa manera y por consecuencia, desolación social (Gullot y Serpa, 2020).

Abajo la óptica de la Salud Pública, las pandemias pueden provocar colapsos en los Sistemas de Salud, agotamiento de recursos profesionales (sea por cuestiones de Salud Mental, o mismo por la baja de los profesionales, que también están expuestos a la contaminación), de tecnologías y, no menos importante, de procedimientos para el diagnóstico rápido de la enfermedad en cuestión. (Ledermann, 2003).

La primera pandemia registrada – y el primer brote importante de cualquier enfermedad registrada con fiabilidad – se conoce como ‘la plaga de Justiniano’, el emperador bizantino. Comenzó el 541 d.C. en Constantinopla (actual Estambul,

Turquía), se extendiendo hacia el este por Persia y hacia el oeste, en el sur de Europa, matando entre 30-40% de la población mundial de la época. La enfermedad era causada por la bacteria *Yersinia pestis* (descubierta por Alexandre Yersin, en 1894), que suele transmitirse de roedores (ratas) a humanos por la picadura de la pulga infectada, pero también al inhalar partículas cuando una víctima tose o estornuda, o por contacto directo con el tejido infectado – aunque actualmente haya estudios que ratifican la idea de que la culpa no ha sido de las ratas, sino del hombre, en cuyos cuerpos habitaban las pulgas que transmitían la enfermedad. Sus síntomas comprendían tres formas: bubónica, neumónica y la septicémica. La bubónica, concentrada en los ganglios linfáticos, era la más común. Ya la neumónica, concentrada en los pulmones, era más mortífera, pero más difícil de contraer y representaba solo una pequeña parte de los casos. Por último, la septicémica es cuando la bacteria adentraba la corriente sanguínea, provocando una cascada inflamatoria descontrolada, que, en casi la totalidad de los casos, conducía el individuo a la muerte (Sáez, 2016).

La segunda grande pandemia de esa enfermedad, y, seguramente la más importante de la Historia de la Humanidad, ha sido la Peste Negra, que ha matado un 60% de los 80 millones de habitantes europeos, y entre 75-200 millones de personas en todo el mundo, entre los años 1347-1453 (aunque algunos pequeños brotes han reaparecido, después, como la Gran Peste de Londres, en 1665). Los famosos ‘bubones’ negros, que aparecían en el cuello, axilas e ingle, eran los ganglios linfáticos inflamados, muy dolorosos (Clínica Mayo, 2019).

La tercera y última pandemia de la enfermedad, conocida como la Peste Moderna, comenzó en China en la década de 1860, provocando entre 10 y 12 millones de muertes en todo el mundo. Debido a la rápida propagación de la peste y a su elevado número de víctimas, la bacteria *Yersinia pestis* se ha utilizado, durante siglos, como arma biológica en tiempos de guerra: se catapultaban cadáveres sobre las murallas de las ciudades y se arrojaban pulgas infectadas desde aviones, en tiempos más modernos (Clínica Mayo, 2019).

La Gripe Española azotó al mundo en otoño de 1918, y mató a más personas que la Primera Guerra Mundial, estimando que el número de muertos asciende de 50 hasta 100 millones de personas. Hasta entonces, la gripe no era considerada una enfermedad alarmante (aunque la gripe rusa, en el final del siglo XIX, hubiese matado cerca de 1 millón de personas (Alfeiran, 2014)), visto que la gente rara vez moría, y cuando eso se pasaba, estaba más relacionado con niños, ancianos y personas con

sistemas inmunológicos debilitados – eso se ha cambiado en la Gripe Española, que ha acometido bien a jóvenes adultos con buena salud, que morían en masa. Mientras el nombre sea ‘gripe española’, los primeros casos han aparecido oficialmente en Estados Unidos (muy probablemente en los campos de entrenamiento militar) – en el comienzo, se ocultó su rápida expansión por la prensa de los países europeos en conflicto por la guerra, que impidió la divulgación de su impacto sobre las vidas humanas, pero no ha sido así en España, país que era neutral en la guerra y ha publicado los efectos de la enfermedad en su población, ganando, de esa forma, la gran fama. Fue una gripe de evolución fulminante, sobre la cual los expertos han evaluado en años posteriores que el agente causal era una mutación de cepa aviar (Echeverri Dávila y Ramiro Fariñas, 2017).

La Gripe Asiática fue registrada por primera vez en la península de Yunán, China. El virus de la influenza A (H2N2), también de procedencia aviar, apareció en 1957 y en menos de un año se había propagado por todo el mundo. Ha atacado por su rápida expansión a niños menores, escolares, adolescentes y también adultos jóvenes. La identificación temprana de la pandemia ha permitido que la letalidad no alcanzase los niveles de la Gripe Española (Echeverri Dávila y Ramiro Fariñas, 2017).

Ya la pandemia de la Gripe de Hong Kong ha surgido cerca de diez años después de la anterior, en 1968, y se ha expandido a todo el mundo con un padrón muy similar a la Gripe Asiática, pero con intensidad menor que ella. Ha sido la última gran pandemia por gripe del siglo XX, siendo el virus causal una variante del virus de la gripe A (H3N2). Se ha empezado en China, y se ha extendido a Hong-Kong, donde en solamente dos semanas ha infectado a medio millón de personas, y, después, ha seguido el modelo de contaminación mundial de la gripe de 1957. De inicio, ha llegado a EEUU transportada por los soldados, los cuales regresaban de la Guerra de Vietnam, progresando con alta mortalidad. Simultáneamente, se difundió a Inglaterra, y después se extendió por toda Europa, aunque la expansión ha sido más lenta. Ha cursado con algunas otras olas, posteriormente (Cervera, 2020).

Sin embargo, seguramente el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/AIDS) representó la última gran crisis sanitaria del siglo XX. Surgida en el país africano República del Congo, en 1981, el virus causal ataca el sistema inmunológico y debilita los mecanismos de defensa contra las infecciones y determinados tipos de cáncer. Esa pandemia continúa siendo un grave problema de Salud en todo el globo, siendo que más de dos tercios de las personas que padecen la enfermedad viven en África y proceden de grupos sociales de bajos

ingresos económicos. La distribución de nuevos infectados predomina en la actualidad en Europa oriental, Asia central, Oriente medio y África oriental, bien como en las Américas. En 2018, fallecieron por VIH más de 770 mil personas y se infectaron otras 1,7 millones a nivel global – hasta finales de 2018, el VIH había producido un aproximado de 37,9 millones de pérdidas vidas humanas (WHO, 2019).

Entre el final de diciembre/2019 y principio de enero/2020, la OMS recibió una notificación de un grupo de personas internadas con neumonía de causa desconocida, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China. Las características de esta neumonía eran fiebre, tos y malestar torácico, y en casos graves disnea e infiltración pulmonar bilateral. Entre los primeros 27 pacientes hospitalizados documentados, la mayoría de los casos estaban relacionados epidemiológicamente con el mercado de mariscos de Huanan, un mercado húmedo ubicado en el centro de Wuhan, que vendía no solamente mariscos, sino también animales vivos, incluidas aves y vida silvestre (Zhu et al, 2020; Li, 2020). Después de exámenes específicos, un nuevo coronavirus ha sido descubierto y ha sido catalogado como SARS-Cov-2, causador de la enfermedad COVID-19. Según un estudio retrospectivo, el inicio del primer caso conocido se remonta al 8 de diciembre de 2019 (Ben et al, 2021). El 11 de marzo de 2020, la OMS declaraba oficialmente la pandemia de la COVID-19, que ha ocasionado millones de infectados y muertos, en todo el mundo, con consecuencias catastróficas a los Servicios de Salud y a las esferas de la sociedad (social, económica, y otros).

Pero ¿por qué se estudiar (o, al menos, se conocer) las características de las pandemias anteriores a la pandemia de COVID-19? Justamente porque la pandemia de COVID-19 tiene muchas características semejantes a las otras, de manera que conocerlas es entender que hacer para minimizar lo más posible la actual.

Las transformaciones políticas, culturales y sociales desencadenadas a partir de la segunda mitad del siglo XX modificaron el campo académico de la Historia con la incorporación de temas como la Salud y la enfermedad, pero, también, en la forma en que las relaciones entre sociedad, Medicina, Salud y la enfermedad se entienden. De esa manera, y desde el surgimiento de la pandemia del VIH/AIDS en la década de 1980, que sacudió el optimismo sanitario posterior a la Segunda Guerra Mundial, las epidemias han sido objetos cada vez más frecuentados por investigadores de distintas posturas metodológicas y filiaciones teóricas ubicados en múltiples instituciones y países (Gullot y Serpa, 2020).

No menos importante es la existencia de Sistemas y Servicios Públicos de Salud capaces de atender emergencias sanitarias y la presencia de políticas e instituciones para el desarrollo científico y tecnológico. El ataque sistemático a la ciencia y los científicos, a los organismos internacionales y la política de desinformación operada por movimientos y gobiernos de extrema derecha son acciones que dificultan las respuestas públicas y las de la sociedad, reproduciendo iniquidades. Dimensiones y efectos de ese proceso han sido destacados en estudios sobre epidemias y pandemias: exclusión y desigualdades, asimetrías de información y poder a nivel local, regional y global, los cuales llevan las marcas del colonialismo, del imperialismo y del racismo (Chakraborty y Maity, 2020).

Investigadores de las Ciencias Sociales y Humanas han sostenido que las epidemias son, al mismo tiempo, fenómenos biológicos y sociales. Son procesos sociales irreductibles a una Historia de fenómenos naturales y que articulan inexorablemente patógenos, seres humanos y el medio ambiente, en el tiempo y el espacio. También se ha instado a los historiadores a debatir cómo y cuándo se puede establecer el fin de una pandemia a la luz de las experiencias históricas. Si las enfermedades y las epidemias no son fenómenos estrictamente biológicos, el fin de la pandemia ciertamente no viene determinado únicamente por la existencia de vacunación masiva, una solución terapéutica eficaz, un descenso de la tasa de contagio, la consecución de la inmunidad natural en la población o la disminución de los registros de casos y defunciones. Eso se debe, también, a la forma en que las sociedades perciben la experiencia epidémica en el presente, cómo comparten la memoria de epidemias pasadas, cómo entienden e imaginan que la vida social, interrumpida por ellas, fue o será restablecida, y por los intereses políticos y económicos involucrados en ese fin. Convivir con ciclos epidémicos, eventualmente más leves o controlables, o con la endemidad de la enfermedad, es también una forma de sellar su fin (Greene y Vargha, 2020; Hochman, 2021).

Las epidemias, como eventos desorganizadores y trágicos, permiten revelar y comprender las múltiples caras de las sociedades, generalmente profundamente jerarquizadas, injustas y desiguales. Posibilitan el análisis de las contingencias, la pluralidad de posibilidades e intereses, la diversidad de elecciones posibles de los individuos históricos, y las transformaciones y dudas permanentes de la propia vida social. Revelan las incertidumbres propias del conocimiento científico y de la Salud, y, por qué no decirlo, de los científicos que, en una situación muy inestable, se ven obligados a disputar aún más la comprensión del fenómeno, los consejos de la

población y de las autoridades y los cuidados de los pacientes con otros actores sociales. Si bien pueden debilitarse coyunturalmente, en esos procesos se reafirma la relación entre Salud y Poder (Chakraborty y Maity, 2020).

Si antes las epidemias se llevaban de un rincón a otro en las bodegas de los barcos (estando ligada, p. ej., a la gran expansión del comercio, que se produjo por toda Europa, a través de nuevas rutas), en la actualidad uno de los responsables de la rápida propagación de enfermedades es la globalización, como se mencionó en la introducción de esta tesis. Fortes y Ribeiro (2014) traen como consecuencias de la globalización la apertura de fronteras al comercio, los flujos de capital económico, el uso creciente de tecnologías, así como el cambio climático y los cambios en el medio ambiente, el aumento de la migración de poblaciones en búsqueda de mejores condiciones de vida y trabajo, desastres naturales, entre otros. Señalan también que, si bien la globalización afecta, directamente o no, a cualquier espacio o persona del planeta, no significa que sus reflejos y consecuencias afecten a todos de la misma manera y que tengan las mismas repercusiones en todas las regiones.

Las actividades antropogénicas son consideradas en gran parte responsables de los diversos cambios en el ciclo natural del medio ambiente. Sin embargo, vale la pena mencionar que el ser humano no está fuera del medio ambiente, por el contrario, al ser parte de él, también se ve afectado por las consecuencias de ese mismo medio ambiente, bien como de sus acciones. La urbanización desenfrenada y sin planificación, caracterizada por la formación de ciudades y aglomeraciones de personas, se suman a las causas de los impactos negativos sobre el medio ambiente. Así, los cambios ocasionados al medio ambiente tienen consecuencias negativas y afectan la calidad de vida de las poblaciones y uno de los ámbitos afectados es la Salud. Problemas relacionados con el cambio climático, la contaminación, la falta de infraestructura en las ciudades, incluida la falta de saneamiento básico en varias regiones, la manipulación de animales silvestres (incluso su consumo), entre otras causas, han provocado el surgimiento de enfermedades que han llegado a azotar a la sociedad (Atalan, 2020).

La pandemia de Gripe Española fue el evento histórico más evocado, discutido y recordado en la pandemia de COVID-19. Diversas cuestiones han surgido y han sido una forma de buscar estabilizar el entendimiento ante las inmensas incertidumbres del 2020 en torno al conocimiento sobre el modo de transmisión y tratamiento, las distintas respuestas de los poderes públicos, el papel de la prensa, las disputas y ofertas de atención, terapias y curas, el papel de los médicos y otros profesionales de la Salud,

de las instituciones asistenciales, de la desconfianza y de la culpabilización del “otro” y del extranjero (Fortes y Ribeiro, 2014).

Ante esta pandemia, se produce un cambio repentino en el flujo 'normal' de la vida en sociedad, donde los 'invisibles' comenzaron a aparecer y a 'gritar el grito' de los silenciados. La clase trabajadora – formal, informal, por cuenta propia, pequeños y medianos empresarios –, que se encontraba en una encrucijada entre el empleo y la Salud, entre morir de hambre o morir a consecuencia del COVID-19, necesitaba, como nunca antes, la protección del Estado. Y ese mismo Estado, el Gobierno, como máximo Gestor de la Salud Pública, tiene la obligación de frenar la evolución y propagación del virus, bien como de cuidar de su gente (Atalan, 2020).

De esa manera, medida que fueron consideradas por organismos específicos, como la OMS y por varios científicos y especialistas en el campo de la Salud y adoptada por varios países, como Italia, China, España, Francia, Reino Unido, Portugal, Estados Unidos, Brasil, Argentina y varios otros, son el aislamiento social (o confinamiento, del inglés lockdown), el distanciamiento social y la cuarentena (Russell et al, 2020; Chakraborty y Maity, 2020; covid.saude.gov.br, 2023).

Las medidas de aislamiento social en prevención de la transmisión de enfermedades contagiosas datan del siglo XIV, por ejemplo, en el año 1374 en Italia, ante el temor de llegar a los puertos de barcos con sujetos que por su origen pudieran estar contagiados. Fue en 1377, en el puerto de Ragusa (actualmente Dubrovnik, Croacia, en el Mar Adriático), que por primera vez se estableció un aislamiento de 30 días, en una etapa inicial. Ese entrenamiento duró hasta la cuarentena en 1383, en el puerto francés de Marsella, sobre el Mediterráneo, si se establecía ya era por un período de cuarenta días o más la hospitalización de los enfermos. Pero, los intereses económicos de la época contra el aislamiento determinaron que la Academia Francesa de Medicina decretara que la Peste Bubónica y la Fiebre Amarilla no eran enfermedades transmisibles (Chakraborty y Maity, 2020).

Así, actualmente esas son medidas preventivas de comportamiento epidemiológico muy interesante. El aislamiento social (o confinamiento) es una medida en la que se instruye a las personas a no salir de casa (o salir durante el tiempo estrictamente necesario), con el fin de tratar de evitar la propagación de un virus a través del contacto entre individuos infectados y no infectados, los cuales, normalmente, a través de ambientes públicos y casas de amigos y familiares (Prado et al, 2020; Oliveira y Araújo, 2020) – no obstante, se diferencia del aislamiento realizado en hospitales, que

corresponde a la separación espacial de las personas hospitalizadas con enfermedades transmisibles de las hospitalizadas por otras enfermedades, con el fin de protegerlas de la infección (Atalan, 2020; Wilder-Smith y Freedman, 2020).

A su vez, ese confinamiento social también se diferencia de la cuarentena, condición determinada para aquellas personas con síntomas de la enfermedad en espera de confirmación por pruebas y personas asintomáticas (o con síntomas leves/débiles) que dieron positivo, además de quienes tuvieron contacto directo con esas personas, quienes deberán, de forma obligatoria, a permanecer en sus domicilios, sin salir, en ningún caso, durante el tiempo necesario para superar la transmisión viral (Chinazzi et al, 2020).

Además, es importante resaltar que tanto el confinamiento como la cuarentena deben aplicarse en asociación con el distanciamiento social, medida en la que las personas deben mantener una distancia mínima de un metro y medio entre ellas, evitando, así, aglomeraciones (Chinazzi et al, 2020). Eso suele ocurrir bajo la orientación del Gobierno que, preocupado por el riesgo de contagio masivo, hace uso de esas medidas preventivas que separan a las personas y trata de interrumpir o dificultar la transmisión del virus, ya que, al tratarse de una enfermedad transmitida por gotitas respiratorias, requiere distanciamiento entre las personas. Tales medidas se vuelven muy útil en lugares donde ya se ha producido la transmisión comunitaria, cuando las conexiones entre los casos no son claras e incluso cuando las restricciones impuestas a las personas que se comprueba que están expuestas son insuficientes para evitar que se produzca la transmisión (Wilder-Smith y Freedman, 2020).

En un estudio experimental en el que participaron 149 países, Islan et al. (2020) han encontrado que hacer cumplir cualquier las medidas de distancia, sobre todo el confinamiento, ha reducido en un 13% la incidencia de COVID-19. En cuanto al tiempo de instalación del confinamiento, los autores afirman que la rápida implementación de estas medidas promueve una reducción más significativa en comparación con una implementación retrasada.

Figueiredo et al. (2020) estimaron el impacto de las políticas de confinamiento en la incidencia y mortalidad de COVID-19 en China, que reportó una reducción diaria de 6,43% en el número de casos y de 7,88% en muertes registradas. Molefi et al. (2020) identificaron una disminución del 47% en los casos diarios comparando los períodos pre y post-intervención. Siedner et al. (2020), que han evaluado el efecto de las políticas de distanciamiento social en los Estados Unidos (EEUU), encontraron una

disminución diaria estadísticamente significativa del 0,8 % en la epidemia media de COVID-19. Ghanbari et al. (2020) evaluaron el impacto de las políticas de confinamiento en el SARS-CoV-2 en Irán, y los resultados indicaron una disminución promedio de 28.857 en nuevos casos confirmados y 24.67 muertes después de la intervención política.

Evaluando como las políticas de confinamiento afectaron la propagación de la epidemia de SARS-CoV-2 en España e Italia, Tobías (2020) ha informado que el primer confinamiento ha reducido la incidencia en ambos países, aunque las tendencias siguieron siendo positivas. Tras el segundo y más estricto confinamiento, la pendiente del número de casos de incidencia cambió y se volvió negativo. Aún en Europa, Vokó y Pitter (2020) encontraron una reducción promedio de 0.9% en la incidencia de COVID-19 en 28 países.

En Brasil, Colnago et. al (2021), a partir de un estudio realizado en el interior del estado de São Paulo, han concluido que el confinamiento fue efectivo en la reducción de nuevos casos, hospitalizaciones y muertes causadas por la COVID-19, especialmente en un escenario de la variante P.1 – incluso comparando con municipios cercanos, los cuales no adoptaron la misma política de confinamiento y que tuvieron casos en aumento, en el mismo período.

No obstante, el confinamiento nunca sería efectivo si no se adoptaran de manera conjunta y consciente otras medidas por parte de la población, como: el lavado frecuente de manos con agua y jabón; uso de mascarillas al salir de casa; no tocarse los ojos, la nariz o la boca con las manos, protegiéndose con el codo al toser o estornudar; no saludar con besos, abrazos o apretones de manos; no compartir objetos en uso como vasos, cubiertos, pajitas, etc.; el uso de alcohol al 70% en las manos y la limpieza frecuente de celulares, juguetes, llaves, controles remotos, etc.; mantener la casa ventilada y limpia (Wilder-Smith y Freedman, 2020).

Entretanto, aunque el confinamiento ha sido sumamente importante para contener la rápida transmisión de la COVID-19, siendo totalmente necesario a la realidad del mundo, algunas situaciones sociales adversas se han que mencionar:

1. la primera es que el confinamiento ha provocado inúmeros impactos en distintas áreas de la sociedad: en la Economía (primeramente local y, por consecuencia, global: con el cierre de inúmeros establecimientos (principalmente comerciales) y por los cambios laborales, el desempleo ha crecido absurdamente,

incluso con gente pasando hambre; en la Educación (sobre todo de los niños, con problemas de aprendizaje que van perdurar por años); en la calidad del aire (en este caso, una cuestión positiva: con la menor circulación de vehículos, la tendencia es que el aire se ponga más limpio); en el turismo (con el cierre de las fronteras, el turismo se ha disminuido bruscamente); en el abuso y violencia de géneros (la agresión a las mujeres, incluso del feminicidio, asociado al aumento del consumo de alcohol, p. ej. – pero, infelizmente, por más que haga la presencia del alcohol, esos crímenes han sido cometidos de manera muy consciente por parte de sus agentes); y, también (y, para la realidad de esta tesis, la más importante), en la Salud, sea de la Salud Física, con la disminución de las actividades físicas fuera de casa o la disminución de la asistencia a otras enfermedades que no sean la COVID-19 (como cuidados para con pacientes portadores de cánceres y otras enfermedades graves), sea de la Salud Mental (síntomas como ansiedad, depresión, miedo, tensión para vivir en sociedad, y tantos otros, son reales y precisan ser bien estudiados, en las diferentes poblaciones (etarias, por géneros, en contextos distintos)) (Wilder-Smith y Freedman, 2020; Orellana et al, 2022); por otro lado, hay que destacar, también, el sentimiento de responsabilidad y solidaridad para con los otros, por parte de la población mismo (Mauss, 2008; Morais y Tenório, 2017) – o sea, mismo en condiciones difíciles, como la pandemia por COVID-19, se puede tener respeto y amor por los demales, incluso por los desconocidos (Pargament et al, 2020; Porreca, 2021; Villalba et al, 2023).

2. la segunda: el confinamiento no ha afectado a todos de la misma manera. Muy claramente, los más pobres, desde el punto de vista socioeconómico, fueron los más afectados. Es difícil pensar un confinamiento adecuado en una casa donde duermen más de 5 personas en una sola habitación (la realidad de muchas familias, especialmente en Brasil). Es difícil pedirle a las personas que se laven las manos con agua y jabón siendo que más del 15% de los brasileños no tienen acceso al agua tratada y casi 50% no tienen saneamiento básico (G1.com, 2022) – en relación al mundo, la fecha es de 46% de falta de saneamiento básico (WHO, 2023); en línea con lo dicho previamente, se presentan inconvenientes para solicitar a las personas realizar un confinamiento adecuado, como que se queden en casa y solo salgan para las actividades esenciales, cuando su trabajo es informal y necesitan trabajar de forma autónoma, todos los días, para llevar comida a casa. Mientras muchos se quedaban en sus cómodas casas, con sus salarios garantizados, grabando y publicando videos, en sus redes sociales, sobre qué hacer durante el ocio, muchas familias padecían de hambre, volviéndose aún más vulnerables, frágiles y al margen de la sociedad – el

nuevo coronavirus es realmente el virus de la globalización: es el virus de la desigualdad, en proporciones sociales (Jackson-Filho et al, 2020; Santos, 2021).

3. la tercera: obviamente hubo irresponsabilidad y demora por parte de las autoridades gubernamentales, en distintos países, en aplicar las medidas de confinamiento. Cuando algunos países repasaron a sus poblaciones las alertas de la OMS, miles de personas infectadas ya han estaban en circulación (Aquino et al, 2020), lo que muestra, muchas veces, un irrespeto a la Vida de la población (Habermas, 2002);

4. la cuarta y última: los Estados no pueden ser negligentes frente a sus pueblos, no les forneciendo lo básico, a partir de criterios, claro, como la equidad (Aquino et al, 2020).

A partir de todo eso que ha sido expuesto, ¿cómo ha sido la propuesta de confinamiento en Brasil, en el estado de São Paulo, y, principalmente, en las ciudades de Inúbia-SP y Ribeirão Preto-SP (que, incluso, presentaron particulares y aspectos comunes)?

2.2 El confinamiento por COVID-19 en Brasil, en el estado de São Paulo y en las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, entre los años 2020 y 2022

A partir de documentación sólida, se intenta construir, en este capítulo, de manera cronológica, lo que se sucedió en Brasil, a partir de febrero de 2020, en relación a la pandemia de COVID-19.

El 6 de febrero de 2020, el entonces presidente de Brasil, Jair Messias Bolsonaro, sancionó la Ley nº 13.979/2020 (que empieza a valer a partir del 07/02/2020), que preveía medidas de combate al COVID-19 en Brasil – la ley incluía, p. ej., la cuarentena (art. 2, II) , que contemplaba la *“restricción de actividades [...] para evitar una posible contaminación o propagación del coronavirus”*, la determinación de la vacunación obligatoria y otras medidas profilácticas (art. 3, III.d), como el uso obligatorio de mascarillas/cubre bocas/ tapa bocas, como protección individual (art. 3, III-A) y, entre otros, la posibilidad de que la cuarentena fuera instituida por el gestor local de Salud (art. 3, párrafo 7, inciso II) – incluso con las reglas para la repatriación de brasileños que se encontraban en Wuhan, que fueron traídos a Brasil por el propio gobierno federal brasileño (34 pasajeros que llegaron a Brasil el 9 de febrero, en aviones de la Fuerza Aérea Brasileña, y pasaron 18 días en cuarentena en la Base Aérea de Anápolis, interior del estado de Goiás) (Brasil , 2020).

El 26 de febrero, Brasil presentó el primer caso confirmado de COVID-19: un hombre de 61 años, que vivía en São Paulo, y que había llegado de Italia hacía unos días (G1.com, 2020).

El 11 de marzo de 2020, la OMS declara oficialmente la pandemia de COVID-19 (OPAS, 2020).

Es importante señalar que, incluso antes del inicio oficial de la pandemia, e incluso en contra de las disposiciones de la Ley Federal que él mismo había firmado, el entonces presidente Bolsonaro minimizó la posible gravedad de la enfermedad y la importancia de las medidas preventivas, permaneciendo como uno de los pocos líderes mundiales que se negó a reconocer la amenaza que representaba la enfermedad. Son innumerables los artículos periodísticos (inclusive sustentados por artículos científicos serios, como lo publicado por Calil (2021)) que dan a conocer sus

posiciones públicas contrarias a las medidas implementadas en estados y municipios y que alientan a sus seguidores, en las redes sociales, a incumplir las recomendaciones de distanciamiento social (Estadão, 2020; G1.com, 2020; UOL, 2020). Incluso se empezó un abierto conflicto político entre el presidente y el entonces ministro de la Salud, Luiz Henrique Mandetta (médico), quien venía defendiendo las medidas recomendadas por la OMS y apoyando las más rigurosas iniciativas locales y regionales de medidas de control de COVID-19 (Aquino et al, 2020). O sea, Brasil, definitivamente, estaba en una crisis sanitaria importante (Ferigato, Campos y Ballarin, 2007, Sturmberg, Tsasis y Hoemeke, 2022).

El 17 de marzo, Brasil tiene su primera muerte por COVID-19: un hombre de 62 años con hipertensión arterial sistémica, diabetes *mellitus* e hiperplasia prostática benigna (G1.com, 2020).

El 24 de marzo, el entonces presidente Bolsonaro hizo unas declaraciones en televisión, en las que instó a la población cuanto a la 'vuelta a la normalidad' y al fin del 'confinamiento masivo'. La declaración terminó contradiciendo a los expertos y autoridades de Salud Pública en Brasil y en todo el mundo, que predicaban el distanciamiento social, así como la cuarentena y el confinamiento, como medidas para prevenir la propagación de COVID-19 (Aquino et al, 2020; G1.com, 2020). Al día siguiente, 25 de los 27 gobernadores de los estados brasileños declararon que mantendrían las iniciativas de prevención a la propagación masiva de la pandemia, especialmente el estado de São Paulo (G1.com, 2020).

Aun así, el 28 de marzo, Brasil ya tenía 113 muertes por COVID-19, exactamente 11 días después de la primera muerte (G1.com, 2020).

Brasil es una República Federativa compuesta por 26 estados y un Distrito Federal, y esas 27 unidades de la Federación tienen cierta autonomía administrativa, por lo que pueden tener algunas leyes diferentes entre sí (siempre que no entren en conflicto con la Constitución Federal Brasileña y otras leyes generales, como el Código Penal, p. ej.). Esa autonomía administrativa de los estados (así como de los municipios) en áreas como Salud, Educación y Comercio, prevista en la propia Constitución Federal, restringe la posibilidad de injerencia directa del Gobierno Federal en las decisiones de los gobiernos locales – ese fue incluso objeto de discusión por la Corte Suprema de Justicia Federal Brasileña (en portugués, Tribunal Superior Federal (TSE)), prevaleciendo el reconocimiento de la autonomía de los estados y municipios en

cuanto a la adopción de medidas de emergencia en materia de Salud Pública (Aquino et al, 2020).

Paralelamente, el entonces gobernador del estado de São Paulo, João Dória, sancionó el Decreto N° 64.881, de 23 de marzo de 2020, sobre la cuarentena en todo el estado de São Paulo a partir del 24 de marzo y con una duración inicial hasta 7 de abril (cabe señalar que, si bien se decretó una cuarentena en el estado, aún de conformidad con la Ley Federal antes mencionada, la medida de Salud Pública adoptada fue un confinamiento, ya que se redujo a toda la población de los 645 municipios paulistas) – incluso teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 3, § 7, inciso II de la Ley Federal N° 13.979/2020. Así, solo se autorizó el funcionamiento de las actividades esenciales (mercados, farmacias, hospitales, servicios de entrega (*delivery, drive thru*) y otros), recomendándose el desplazamiento de personas solo para esas actividades (Governo do Estado de São Paulo, 2020).

Y así se extendió el confinamiento en el estado de São Paulo, de diferentes formas, por regiones, hasta el 16 de agosto de 2021 (pero algunos otros decretos se han extendido hasta meados del 2022). A principios de junio de 2020, y teniendo en cuenta que la pandemia mostraba características que durarían algunos años, el estado de São Paulo, a través de su Centro de Contingencia del Coronavirus de la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo, creó el Plan São Paulo-SP (un plan que evaluaba periódicamente las características regionales del estado, en relación a la COVID-19), con el objetivo de flexibilizar el confinamiento, de forma segura, visando la reapertura consciente de los establecimientos, de manera a reanudar la Economía con seguridad, teniendo en cuenta los siguientes índices epidemiológicos (Plano São Paulo, 2020):

- capacidad del Sistema de Salud: (A) tasa de ocupación de camas UCI COVID y (B) porcentaje de camas UCI COVID por cada 100.000 habitantes;

- evolución de la epidemia: (A) número de casos, (B) número de hospitalizaciones y (C) número de muertes.

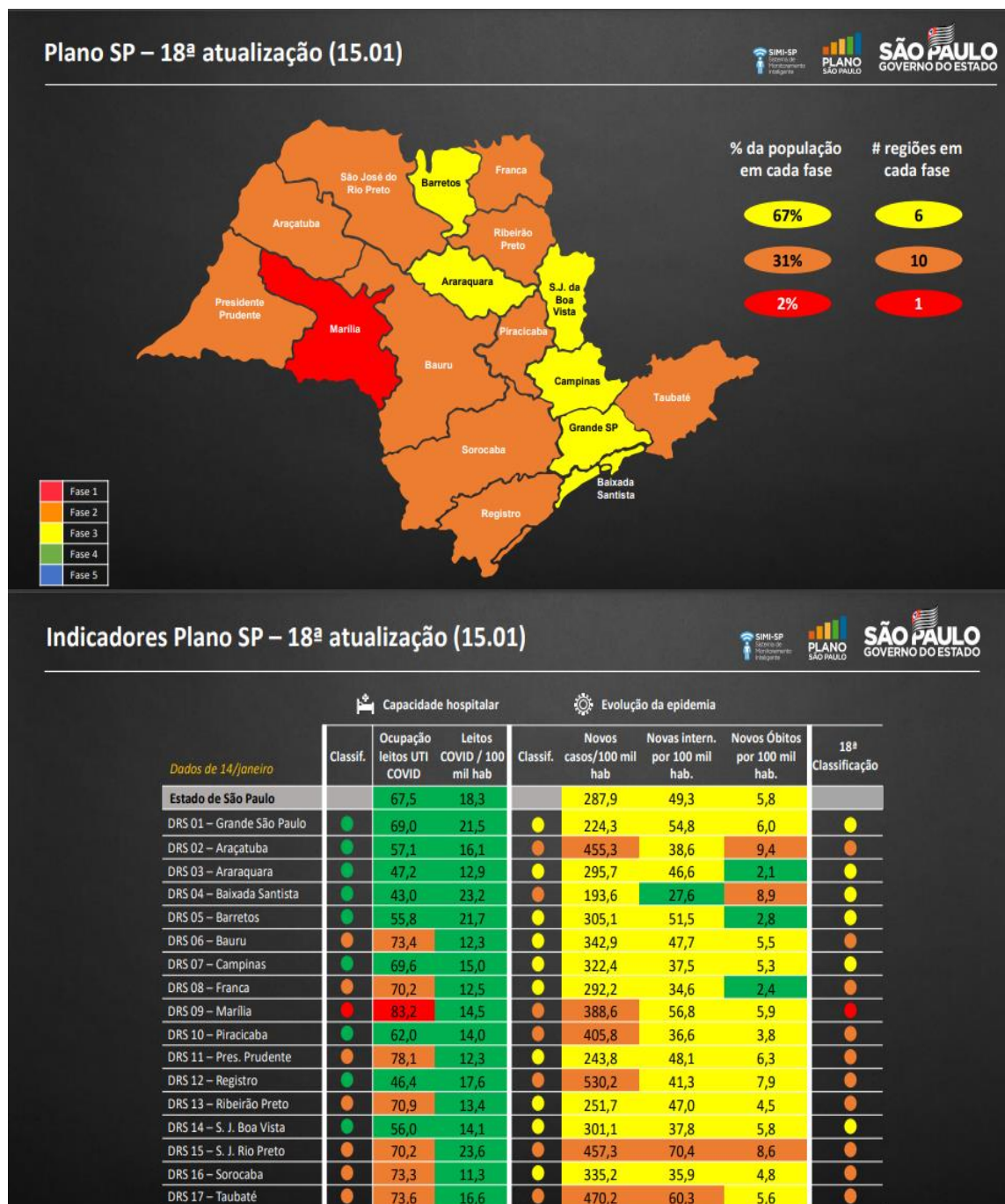
El estado de São Paulo estaba dividido en 17 Departamentos Regionales de Salud (DRS), que fueron clasificados según una escala de cinco niveles de apertura económica: fases 1 a 5, siendo la fase 1 la más rígida (con cierre de todos los sectores no esenciales), fases 2 a 4 como intermedias (como, p. ej., que algunos sectores no esenciales podrían funcionar, pero con capacidad reducida al 40, 60, 80% de su capacidad máxima) y la fase 5 como la más suave (funcionando prácticamente con

normalidad, como antes el decreto) – las clasificaciones se realizaron en el DRS de forma independiente, entre sí. La reclasificación de la fase a una más restrictiva se hizo semanalmente, en caso de que la región tuviera índices de empeoramiento. Para que hubiera un ascenso a una fase con menos restricciones y más vacantes se necesitaban dos semanas. Finalmente, el Plano São Paulo otorgó autonomía a los alcaldes (gobiernos municipales) para aumentar las restricciones de acuerdo con los límites establecidos por el estado de São Paulo, pero no para reducir esas mismas restricciones, lo que solo podría ocurrir de acuerdo con la autorización del gobierno del estado de São Paulo (Plano São Paulo, 2020).

La ciudad de Inúbia Paulista-SP está ubicada en la DRS IX (región de Marília) y la ciudad de Ribeirão Preto-SP está ubicada en la DRS XIII (región de Ribeirão Preto-SP) (Plano São Paulo, 2020).

La Figura 5 muestra la 18ª clasificación de DRS en el estado de São Paulo, por Plano SP, el 15 de enero de 2021 (en portugués), que muestra diferencias de clasificación, por fases 1 a 5, entre regiones, además de mostrar el cálculo de esa clasificación, con base en los índices mencionados anteriormente en este capítulo. La Figura 6 muestra la clasificación 24 de Plano SP, el 3 de marzo de 2021 (en portugués), cuando todos los DRS estaban en la fase 1.

Figura 5 – 18ª clasificación del Plano SP, Brasil, en 15 de enero de 2021 (en portugués)



Fuente: Plano SP – Centro de Contingencia de Coronavirus de la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo

Figura 6 – 24ª clasificación del Plano SP, Brasil, en 03 de marzo de 2021 (en portugués)



Fuente: Plano SP – Centro de Contingencia de Coronavirus de la secretaria de Salud del Estado de São Paulo

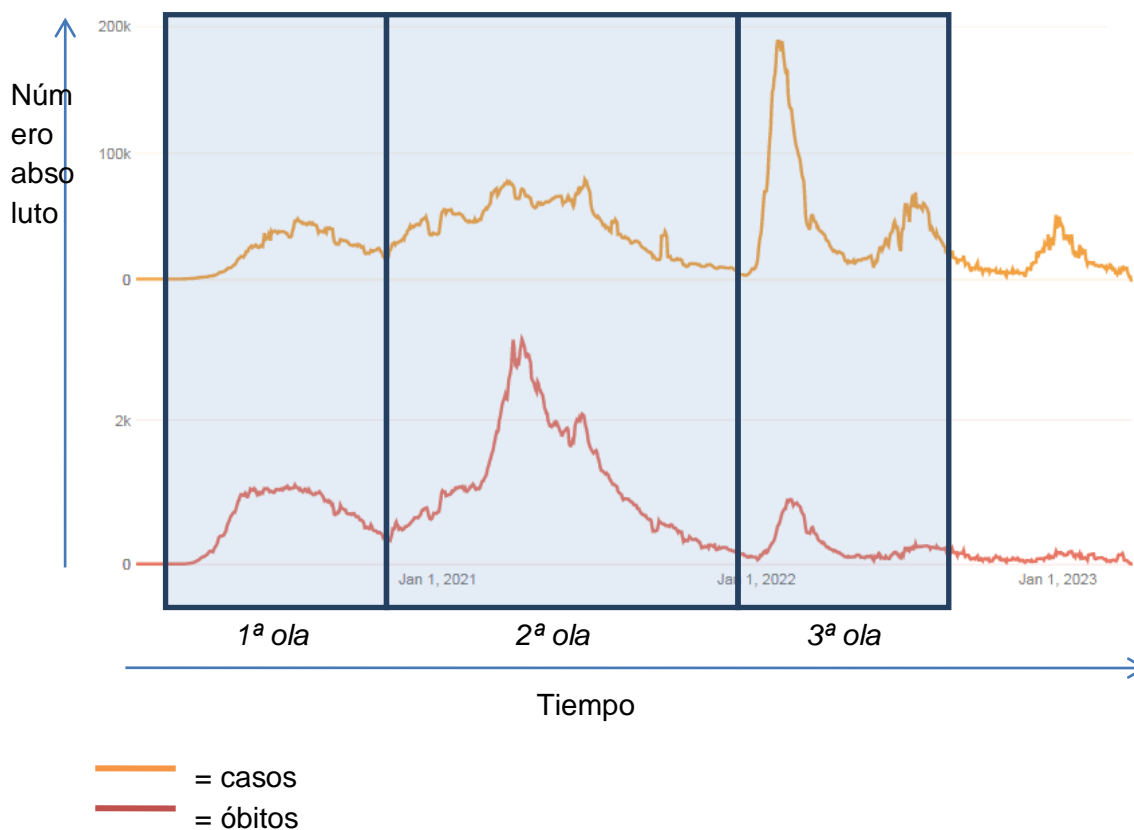
Es importante decir que Brasil ha presentado 3 olas epidemiológicas, siendo: la primera totalmente anterior a la vacunación; la segunda (y la más intensa) durante el primer año de la vacunación; y la tercera (y más blanda) de menor duración – la figura 7 sintetiza los datos referentes a las ondas epidemiológicas, bien como la figura 8 que presenta la evolución de los casos y de los óbitos en el tiempo.

Figura 7 - Síntesis de los datos referentes a las olas epidemiológicas de la pandemia por COVID-19, en Brasil, entre los años 2020-2022

Características	Olas epidemiológicas		
	Primera	Segunda	Tercera
Fecha de inicio	23.feb.2020	08.nov.2020	26.dic.2021
Fecha de término	07.nov.2020	25.dic.2021	21.may.2022
Duración	37 semanas	59 semanas	23 semanas
Óbitos	162.269	455.379	46.046

Fuente: Moura et al, 2022 [modificado por el autor]

Figura 8 - Representación gráfica de los números absolutos de casos y de muertes, en relación a la pandemia por COVID-19, en Brasil, entre 2020-2023



Fuente: Johns Hopkins University, 2023 [modificado por el autor, 2023]

Es adecuado destacar que el confinamiento practicado por las poblaciones de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP no fue el mismo, precisamente porque esas ciudades estaban insertas en diferentes DRS y, como se ha visto, presentaban características epidemiológicas diferentes, de modo que la clasificación de las fases 1 a 5 también fue diferente, durante el período del decreto del estado de São Paulo. Además, esas ciudades presentaron sus decretos municipales, que, en ocasiones, endurecieron aún más las medidas impuestas por el estado de São Paulo, según sus particularidades epidemiológicas: son ciudades con ritmos y perfiles de población diferentes entre sí.

Así, y llevando en cuenta que los confinamientos han sido distintos en las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, ¿Cómo han sido los reglamentos jurídicos específicos al confinamiento en Brasil, en el estado de São Paulo y en esas ciudades?

2.3 Marcos normativos y de jurisdicción con relación al confinamiento por la pandemia de COVID-19 en el estado de São Paulo, específicamente en las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, entre los años 2020 y 2022

Abajo, y de manera cronológica ascendente, se presentan algunas de las leyes, algunas ordenanzas y algunos decretos en relación al confinamiento por la pandemia por COVID-19 en las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP. Es importante recordar que las ciudades brasileñas presentan cierta autonomía administrativa, de manera también presentan sus decretos propios, en consonancia con los decretos del estado de São Paulo e las leyes federales – mientras hagan otras leyes y otros decretos con relación a la pandemia por COVID-19, este capítulo se centra solamente en las normativas relacionadas al confinamiento por la pandemia por COVID-19.

2.3.1 Leyes federales en relación a la pandemia de COVID-19

Ley Nº 13.979, DE 06/02/2022. Dispone medidas para hacer frente a la emergencia de salud pública de trascendencia internacional derivada del coronavirus responsable del brote de 2019 (Brasil, 2020).

2.3.2 Decretos del gobierno del estado de São Paulo

Decreto Nº 64.881, DE 22/03/2020. Decreta cuarentena en todo el Estado de São Paulo debido a la pandemia de COVID-19 (Governo do Estado de São Paulo, 2020).

Decreto Nº 69.420, DE 06/04/2020. Extiende la cuarentena en todo el estado por otros 15 días, para el período del 8 al 22 de abril de 2020.

Decreto Nº 64.946, DE 17/04/2020. Prorroga la medida de cuarentena de que trata el Decreto Nº 64.881, de 22 de marzo de 2020.

Decreto Nº 64.949, DE 23/04/2020. Adiciona al Decreto Nº 64.881, del 22 de marzo de 2020 (que decreta cuarentena en el Estado), un artículo con recomendación para el uso de mascarillas por parte de la población.

Decreto N° 64.953, DE 27/04/2020. Prorroga el plazo a que se refiere el “*caput*” del artículo 2 del Decreto N° 64.879, de 20 de marzo de 2020, que determinó la suspensión de actividades de carácter no esencial en la Administración Pública Estatal, en el contexto de la pandemia del COVID-19.

Decreto N° 64.967, DE 8/5/2020. Extiende hasta el 31 de mayo para todo el estado la cuarentena, medida establecida por el Decreto Nro.64.881, de 22 de marzo de 2020.

Decreto N° 64.975, DE 13/05/2020. Da nueva redacción a las disposiciones del Decreto N° 64.881, de 22 de marzo de 2020, que instituyó medida de cuarentena en el Estado de São Paulo.

Decreto N° 64.987, DE 19/05/2020. Suspende el horario de trabajo de las oficinas públicas estatales con sede en el municipio de São Paulo el 22 de mayo de 2020 y toma medidas al respecto.

Decreto N° 64.994, DE 28/05/2020. Extiende la cuarentena válida para todo el estado de São Paulo hasta el 15 de junio e instituye el Plan São Paulo.

Decreto N° 65.014, DE 10/06/2020. Prorroga la medida de cuarentena a que se refiere el Decreto N° 64.881, de 22 de marzo de 2020, hasta el 28 de junio.

Decreto N° 65.032, DE 27/06/2020. Prorroga la medida de cuarentena de que trata el Decreto N° 64.881, de 22 de marzo de 2020, hasta el 14 de julio.

Decreto N° 65.044, DEL 3/7/2020. Modifica el Anexo III del Decreto N° 64.994, de 28 de mayo de 2020, y detalla el funcionamiento de determinados sectores durante la cuarentena, según las fases del Plan São Paulo.

Decreto N° 65.056, DE 10/7/2020. Prorroga la medida de cuarentena de que trata el Decreto N° 64.881, de 22 de marzo de 2020, hasta el 30 de julio de 2020.

Otros: Decreto N° 65.088, DEL 24/7/2020; Decreto N° 65.114, DE 7/8/2020; Decreto N° 65.143, DE 21/08/2020; Decreto N° 65.170, DE 4/9/2020; Decreto N° 65.184, DE 18/09/2020; Decreto N° 65.237, DE 09/10/2020; Decreto N° 65.295, DE 16/11/2020; Decreto N° 65.319, DE 30/11/2020; Decreto N° 65.320, DE 30/11/2020; Decreto N° 65.437, DE 30/12/2020; Decreto N° 65.487, DE 22/01/2021; Decreto N° 65.502, DE 05/02/2021; Decreto N° 65.529, DE 19/02/2021; Decreto N° 65.545, DE

03/03/2021; Decreto N° 65.563, DE 11/03/2021; Decreto N° 65.596, DE 23/03/2021; Decreto N° 65.613, DE 09/04/2021; Decreto N° 65.635, DE 16/04/2021; Decreto N° 65.663, DE 30/04/2021; Decreto N° 65.671, DE 04/05/2021; Decreto N° 65.680, DE 07/05/2021; Decreto N° 65.716, DE 21/05/2021; Decreto N° 65.731, DE 28/05/2021; Decreto N° 65.792, DE 11/06/2021; Decreto N° 65.839, DE 30/06/2021; Decreto N° 65.856, DE 07/07/2021.

Decreto N° 65.897, de 30/07/2021. Dispone sobre la medida de cuarentena de que trata el Decreto N° 64.881, de 22 de marzo de 2020, y prevé medidas adicionales.

2.3.3 Decretos del municipio de Inúbia Paulista-SP

Decretos N° 3511/2020, 3512/2020, 3515/2020, 3520/2020, 3523/2020, 3527/2020, 3526/2020, 3531/2020, 3539/2020, 3547/2020, 3525/5020/2, 302 3.555/2020. Dispone medidas para atender la emergencia de Salud Pública de trascendencia internacional derivada del COVID-19 (coronavirus) además del decreto anterior y otras medidas.

Decreto N° 3.513/2020. Reconoce el estado de calamidad pública, derivado de la pandemia del COVID-19, dispone la adopción, en el ámbito de la Administración Pública Municipal Directa e Indirecta, de nuevas medidas temporales y de emergencia para prevenir el contagio, y toma otras medidas.

Otros: Decreto N° 3.529/2020; Decreto N° 3542/2020; Decretos N° 3.578/2020 y 3.583/2020; Decretos N° 3593/2021, 3597/2021, 3614/2021 y 3653/2021; Decreto N° 3.618/2021; Decreto N° 3.624/2021; Decreto N° 3.657/2021; Decretos N° 3659/2021, 3661/2021, 3665/2021, 3669/2021 y 3673/2021; Decreto N° 3684/2021; Decretos N° 3691/2021 y 3697/2021; Decretos N° 3724/2022, 3741/2022, 3750/2022, 3755/2022 y 3859/2022; Decreto N° 3.813/2022.

2.5.4 Leyes, ordenanzas y decretos del municipio de Ribeirão Preto-SP

Ley Ordinaria 14.469/2020 – Dispone la obligación de las sucursales bancarias en Ribeirão Preto de programar la atención a ancianos, embarazadas y discapacitados físicos durante el período de la pandemia de COVID-19 (Coronavirus) y otras medidas.

Otras: Ley Ordinaria 14.480/2020; Ley Ordinaria 14515/2020; Ley Ordinaria 14.567/2021.

Ordenanza N° 008/2020-ADM – Secretaría de Administración Municipal: Dr. Marine Oliveira Vasconcelos, Secretaria Municipal de Administración, en los términos de la Ley, Considerando la emisión del Decreto N° 065/2020, modificado por el Decreto N° 068/2020, que “dispone para la adopción, en el ámbito de la administración directa e indirecta, de medidas temporales y medidas de emergencia para prevenir el contagio por “COVID19” (nuevo Coronavirus), así como sobre recomendaciones en el sector privado municipal, según se especifica”

Otras: Ordenanza N° 019/2020-SPG; Ordenanza N° 020/2020-ADM.

Decreto N° 065/2020 - Dispone para la adopción, en el ámbito de la administración directa e indirecta, de medidas temporales y de emergencia para prevenir el contagio por "COVID-19" (nuevo coronavirus), así como recomendaciones en el sector privado municipal.

Decretos N° 068/2020, 081/2020, 084/2020 y 099/2020 - Modifica la redacción del Decreto N° 065, de 16 de marzo de 2020, que dispone la adopción, en el ámbito de la administración directa e indirecta, de medidas de emergencia de prevención de contagio por “COVID-19” (nuevo coronavirus), así como sobre recomendaciones en el sector privado municipal, según se especifica.

Decreto N° 069/2020 - Declara estado de emergencia de Salud Pública, establece medidas para hospitales, ferias, cines, clubes, gimnasios y otros, según se especifica y dispone otras medidas.

Otros: Decreto N° 074/2020; Decreto N° 076/2020; Decreto N° 086/2020; Decreto N° 100/2020; Decreto N° 101/2020; Decreto N° 106/2020; Decreto N° 091/2020; Decreto N° 119/2020; Decreto N° 120/2020; Decreto N° 129/2020; Decreto N° 133/2020; Decretos N° 135/2020 y 210/2020; Decreto N° 142/2020; Decreto N° 146/2020; Decreto N° 147/2020; Decretos N° 159/2020, 175/2020, 188/2020 y 209/2020; Decreto N° 163/2020; Decreto N° 164/2020; Decreto N° 170/2020; Decreto N° 189/2020; Decretos N° 223/2020 y 267/2020; Decreto N° 234/2020; Decretos N° 251/2020, 284/2020 y 021/2021; Decreto N° 268/2020; Decreto N° 316/2020; Decreto N° 003/2021; Decreto N° 032/2021 y 037/2021; Decreto N° 040/2021; Decretos N° 049/2021 y 050/2021.

En resumen, la población de esas ciudades llevó a cabo los confinamientos propuestos (o, al menos, deberían haberlos llevado a cabo, según las recomendaciones del gobierno).

De tal manera, como se ha visto hasta aquí, el confinamiento puede haber afectado la salud de la población, especialmente la salud mental de la población de la tercera edad (en constante crecimiento poblacional) – sin embargo, muy probablemente los ancianos no presentaron afectaciones de manera igual, tanto por su idiosincrasia como, incluso por cuenta de una particularidad importante, tal como su funcionalidad, que puede variar de un individuo a otro. De esa manera, ¿cuáles son esas características, llevando en cuenta los conceptos de funcionalidad, autonomía, dependencia e independencia?

2.4 La funcionalidad del mayor: aspectos de autonomía e independencia cuanto a las actividades de la vida diaria

La población brasileña está pasando por un proceso de envejecimiento, hecho que conduce a una nueva mirada en la atención de la Salud en el país. En un proceso terapéutico, hay profesionales sanitarios técnicamente preparados para presentar los tratamientos que consideran más adecuados; por otro lado, existe un paciente vulnerable, afectado por una enfermedad, que muchas veces no logra posicionarse frente al tratamiento que se le ofrece dicho profesional (Andriolo, 2016; Gomes et al, 2021). Sumado a esa situación, en muchos casos, se observa la injerencia de la familia o personas de la relación del anciano en el proceso de su atención a la Salud (Daley y Spinks, 2000). Ante tal situación, uno se pregunta cómo salvaguardar el deseo del paciente anciano, que puede estar debilitado por la enfermedad y, muchas veces, por la edad, y garantizar su autodeterminación frente a una cultura del cuidado que tiende a subestimar la capacidad de los ancianos para gestionar su propia Salud y, en consecuencia, sus propias vidas (Paranhos y Albuquerque, 2018).

Respeto a la autonomía, se le han dado diferentes interpretaciones a ese término, algunas de mayor alcance, otras de menor alcance. Albuquerque (2016) señala que existe una importante apreciación de la autonomía en el campo de la Bioética, y que en los Derechos Humanos. Para ello, se parte de la indagación de los conceptos de autonomía desde diferentes perspectivas teóricas: la autonomía biomédica tradicional, la autonomía vista desde una perspectiva sociológica (centrada en la normalización social de las conductas y modos de actuar en sociedad) y, por último, la autonomía relacional (Cunha et al, 2012).

La autonomía del mayor se define como la capacidad de afrontar, controlar y tomar decisiones personales sobre cómo vivir diariamente, de acuerdo con sus propias reglas y preferencias, conforme apuntado por Barros et al (2012) Desde el punto de vista de la Gerontología (rama de la Ciencia que estudia a las personas mayores), la autonomía es vista como la capacidad de emitir juicios y actuar, y puede ser vista desde dos perspectivas: como una tarea ética, para las personas mayores, y como un requerimiento moral, para su cuidador (Lopes dos Santos, Virtuoso Júnior y Sindra, 2008; Ells, Hunt y Evans, 2011;).

Beauchamp y Childress (2013), autores clásicos del estudio de la Bioética, destacan la relación entre la autonomía y la idea de autogobierno, partiendo del supuesto de que el individuo estaría libre de control, interferencia o cualquier limitación

que le impidiera ejercer una elección de manera ilustrada. Para esos autores, un sujeto con autonomía es aquel que actúa libremente, según su propio pensamiento y planificación, incluyendo la posibilidad de equiparación a *“un gobierno independiente, que controla sus territorios y establece sus políticas”*. A su vez, Durkheim (2002) sostiene que la autonomía es una capacidad construida socialmente, es decir, su ejercicio por parte del paciente anciano se da a partir de la integración del elemento relacional. Por lo tanto, ahora según ese autor, la autonomía sería un ideal difícilmente alcanzable, ya que siempre dependería de las relaciones intersubjetivas y sus modos de organización social. Las ideas que de ello surgen, como manifestaciones y comportamientos, son el resultado de fenómenos sociales de los que los individuos forman parte. Así, bajo su entendimiento, la conciencia individual no determina las acciones de una persona, sino que, por el contrario, sufre los efectos de la conciencia de la colectividad (Philip et al, 2020).

Varios estudios se han esforzado por analizar el impacto de la autonomía en los individuos en diferentes etapas de la vida (Barbosa, (2005); Maciel et al (2010), Philip et al, 2020). Finalmente, se prestó especial atención a la población adulta mayor debido a las transformaciones socioeconómicas, culturales y fisiológicas que impactan en el envejecimiento (Albuquerque, 2016).

El estudio de la autonomía de los ancianos representa un tema nuevo en el área del envejecimiento de la población, con discusión reciente sobre su impacto frente al aumento de la proporción de ancianos (Gomes et al, 2021).

En el ámbito de la percepción de la vida, la moralidad, conceptualizada como satisfacción con la vida, satisfacción interna por alcanzar alguna meta, o como capacidad de resiliencia (adaptarse a los inevitables cambios de la vida), es un predictor positivo de la percepción de autonomía. Así, los ancianos que tienen buena moral tienen una buena percepción de su autonomía personal. Aun así, analizando las perspectivas de vida de los ancianos, conocimiento del autocuidado, es un factor asociado positivamente a un mayor nivel de percepción de autonomía (Fonseca et al, 2010; Gomes et al, 2021).

En cuanto a los aspectos individuales psicosociales y sociodemográficos del anciano, la raza y la edad (o grupo de edad) son factores asociados a la percepción de autonomía del anciano. Ser un adulto mayor blanco puede mostrar niveles más altos de autonomía percibida en relación con los no blancos (afroamericanos, hispanos y asiáticos). En cuanto a la edad, los ancianos más mayores (más de 80 años) tienen un

40 % más de probabilidades de dejar que otras personas decidan por ellos en comparación con los ancianos más jóvenes, de 60 a 69 años, sumado al nivel educativo, ya que a medida que aumentan los años de escolaridad completados, es más probable que los ancianos tomen sus decisiones activamente (Morsch et al, 2017; Araújo et al, 2021).

El concepto de Moral definido por Menninger (1988) fue el núcleo de algunos estudios que analizaron su relación con la autonomía de las personas mayores. Según ese autor, la Moralidad se define como la satisfacción con la vida, y refleja una buena Salud Mental. De esa forma, el optimismo ante las situaciones cotidianas es fundamental para la satisfacción con la vida y la preservación del equilibrio emocional. Las personas mayores que tienen una buena satisfacción con la vida tienen un menor riesgo de desarrollar trastornos depresivos, así como una mayor supervivencia (Niklasson, 2015). O sea, una buena perspectiva de la vida está estrechamente relacionada con una mayor percepción de autonomía (Niklasson et al, 2017).

El estado general de Salud y calidad de vida de la persona mayor tiene un gran impacto en la percepción de autonomía (Pires, 2023), y se considera saludable cuando es capaz de realizar sus actividades de la vida diaria, así como cuando es libre de actuar como quiera, de ser dueño de su vida, relacionado con una mayor autonomía activa (Fonseca, 2010), es decir una calidad de vida satisfactoria en el ámbito físico y mental, está relacionada con una mayor autonomía activa por parte de los ancianos.

Envejecer no es sinónimo de discapacidad (Paranhos y Albuquerque, 2018). Para que un paciente anciano ejerza efectivamente su autonomía, es necesario, inicialmente, que se comprenda ciertas especificidades que hacen que ese grupo sea especialmente vulnerable y, por lo tanto, más sujeto a una autonomía comprometida. El envejecimiento presenta dos vertientes, como se afirma en la Introducción de esa tesis: la de la senescencia, entendida como un envejecimiento natural y saludable del cuerpo en su conjunto, y la de la senilidad, en la que se puede observar la asociación de procesos patológicos malsanos (Saquetto et al. al, 2013).

La autonomía es una necesidad básica que está ligada al envejecimiento, y el entorno social influye directamente en la determinación de cómo se vivirá esta fase de la vida, en sus comportamientos y actitudes (Teixeira, 2002).

No todo paciente anciano que depende del cuidado de terceros tiene comprometida su autonomía: lo que sucede es que no se les da la oportunidad de posicionarse y

expresar sus deseos, ya que eso, muchas veces, está reñido con la convicción del profesional de la Salud o la voluntad de la familia, como en el caso del paciente anciano que no quiere ser tratado y opta por Cuidados Paliativos (Pelluchon, 2016).

A partir de la situación de vulnerabilidad acrecentada por la enfermedad y la edad, se desprende que, para ejercer su autonomía, el anciano debe insertarse en un contexto social que lo apoye, lo involucre y le dé seguridad. Como persona que se encuentra en un estado de mayor vulnerabilidad, la autonomía del paciente anciano es la avalada por los Derechos Humanos, es decir, una autonomía relacional (Beauchamp y Childress, 2013; Gomes et al, 2021).

Mantener la autonomía e independencia en el envejecimiento es crucial, tanto como mejorar la salud física (Baltes, 1996; Fraser & Gordon, 1994; Plath, 2009). Las definiciones de independencia y dependencia varían según el contexto cultural y social (Ball et al, 2004). En algunos casos, la dependencia se debe a la incapacidad funcional, mientras que, en otros, es una construcción social influenciada por estructuras sociales y percepciones culturales. Por lo tanto, es esencial promover la salud mental y las relaciones sociales junto con la salud física para lograr un envejecimiento satisfactorio (Fine & Glendinning, 2005; Held, 2005; Lynch, 2009; Barken, 2019).

Entre los factores asociados a la independencia de los ancianos, la buena funcionalidad (mayor nivel funcional y menor necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria, o sea, con autonomía e independencia) fue puntuado como importante predictor. Esa correlación puede deberse a la mayor libertad para desarrollar sus acciones, realizando sus metas y deseos, presente en ancianos funcionalmente independientes (Santos, Corrêa y Rolim, 2016).

La baja funcionalidad del anciano puede influir en su proceso de cuidado (Souza et al, 2021; Souza Filho et al, 2021). En los ancianos más dependientes para realizar las actividades de la vida diaria y, en consecuencia, con menor funcionalidad, existe una imagen creciente de infantilización del anciano, seguida de los 'súper cuidadores', de los cuidadores formales y/o informales (Gomes et al, 2021). Ese escenario de dependencia funcional junto con la infantilización de las personas mayores puede privar a esas personas mayores de su capacidad para tomar decisiones activas (Cimarolli, Reinhardt y Horowitz, 2006).

El apoyo social se entiende como la red de personas existentes y disponibles en las que existe una relación de confianza, aprecio y que se preocupan por el individuo, la cual puede estar compuesta por familiares y/o amigos, o cuidadores formales (Sarason et al, 1983). Ese apoyo tiene la función de amortiguar el estrés resultante del proceso de envejecimiento y, aplicado correctamente, inserta al anciano en su contexto social, consintiendo su participación en la vida cotidiana, respetando así su autonomía (Geib, 2012). El ambiente familiar, que presenta el diálogo entre el anciano y su cónyuge y/o hijos, propicia un ambiente de cuidado y respeto mutuo y promueve la libertad y capacidad del anciano para desarrollar diversas acciones de su libre elección. Ese entorno, que favorece el bienestar psicológico y social e inserta al anciano en su contexto familiar, conduce a una mayor percepción de autonomía por parte de los ancianos casados y con hijos (Gomes et al, 2021).

Los ancianos, aunque gocen de buena Salud, pasan por un proceso de pérdida de movilidad, audición y visión, se vuelven menos ágiles mentalmente y, por tanto, tardan más en comprender lo que sucede a su alrededor, así como presentan mayor dificultad para expresar sus pensamientos y deseos (Theme et al, 2013). Comúnmente, la dependencia física se confunde con la dependencia en la toma de decisiones y, no pocas veces, no se tiene en cuenta el deseo del paciente anciano (Teixeira, 2002) – estudios en esa línea se han desarrollado en el mundo: en Suecia, haciendo referencia a las reacciones de las personas mayores en los procesos de atención domiciliaria (Janlöv et al, 2005); en Australia, revelando comprensiones predominantemente individualistas cuanto a su independencia (Plath, 2008).

Hammarström y Torres (2010) categorizaron a las personas mayores que reciben atención domiciliaria en la comunidad según su capacidad para conciliar recibir atención, agencia y autodeterminación. Algunas experimentaron sentimientos negativos, mientras que la mayoría pudo equilibrar la dependencia de los servicios de atención con la sensación de independencia – eso muestra que las personas mayores pueden distinguir entre recibir ayuda y sentirse dependientes, y algunos logran combinarlos con éxito, según Timonen y Lolich (2020).

La funcionalidad o capacidad funcional (autonomía más independencia) se refiere a un estado objetivo, que puede ser valorado instrumentalmente como un atributo individual (Dourado et al, 2005; Neto, Termelini y Forlenza 2005; Machado et al, 2007; Timonen y Lolich, 2020).

Actualmente, existen algunos instrumentos destinados a evaluar la capacidad funcional de las personas mayores, como el Índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), desarrollado por Katz y publicado por primera vez en 1963 (Katz, 1963), el Barthel Índice, también muy utilizado en Gerontología, creado por Mahoney y Barthel en 1965 (Mahoney y Barthel, 1965), adaptado por Sequeira (Sequeira, 2007) y, entre otros, el Índice de Lawton y Brody, que es un cuestionario complejo utilizado para evaluar actividades de la vida diaria, evaluando la autonomía e independencia del anciano en cuanto a la realización de las tareas diarias necesarias para vivir de forma independiente en su comunidad, habiéndose desarrollado evaluando a los ancianos en la comunidad en 1969 – en esa prueba, al individuo se le preguntará sobre las tareas del día a día, tales como: usar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, usar medios de transporte, manejo de medicamentos, responsabilidad en asuntos financieros, entre otras (Lawton y Brody, 1969), presentando algunas adaptaciones culturales, según el lugar donde se aplique.

Por último, y no menos importante, la comunicación es un factor clave para la funcionalidad de las personas mayores. Las personas mayores que tienen con quien expresarse acaban siendo más activas (Costa y Costa, 2015).

Las dificultades de comunicación pueden ser muy comunes en la población anciana, ya sea por soledad o incluso secundarias a alguna ECNT, como, p. ej., accidente cerebrovascular y otras (Maciel et al, 2010; Malta et al (2017); Gong et al (2018); Marmamula et al (2021); Francisco et al, 2022). El proceso de envejecimiento está directamente relacionado con las experiencias de vida de cada persona, y estas experiencias constituyen y son constituidas por los entornos psicosociales, biológicos, físicos y culturales que son experimentados por la persona que envejece (Costa y Costa, 2015; Goethals et al, 2020). En otros casos, la pérdida de funciones cognitivas puede estar relacionada con el estilo de vida, o en situaciones que se desencadenan en la vida cotidiana, sobre las cuales el anciano no tiene autonomía para cambiar (Coutinho, 2018), como el confinamiento por la pandemia COVID-19. El aislamiento de una persona mayor (población más susceptible a tantos cambios) puede generar un gran impacto psicosocial, así como importantes cambios cognitivos, lo que requiere un mayor estudio en cuanto a la Salud Mental de este grupo poblacional.

A partir del propuesto en ese apartado, se puede entender que la relación Salud Mental y la funcionalidad de los mayores es algo variable y a depender, justamente, de su independencia y autonomía, como también por las idiosincrasias.

Así, entonces, es significativo poder responder la siguiente pregunta ¿cuáles son los posibles efectos de Salud Mental (cognición y psicosociales (emocionales y sociales)) en respeto a los mayores de 60 años, llevando en cuenta su idiosincrasia y sus peculiaridades?

2.5 La Salud Mental: aspectos cognitivos, emocionales y sociales/conductuales

Investigar la Salud Mental durante una epidemia, o, mejor dicho, durante una pandemia, ha demostrado ser un tema de necesidad latente, con importancia, complejidad y emergencia, ya que el comportamiento de las personas puede intervenir para aumentar o disminuir la propagación de la enfermedad en cuestión (Faro et al, 2020). En su amplitud, la Salud Mental involucra aspectos cognitivos, psicológicos, conductuales, sociales, económicos e, incluso, culturales y de accesibilidad (OMS, 2003). Así, y como se ha comentado en ese trabajo, la Salud Mental no es la ausencia o presencia de trastornos mentales, sino un estado de bienestar, en el que el individuo es capaz de utilizar y reconocer sus propias capacidades, hacer frente a las tensiones cotidianas de sus vidas y, en consecuencia, contribuir al desarrollo de las comunidades, respetando las emociones propias, así como las de los demás (OMS, 2003).

Como referenciado por Fiorilho y Gordwood (2020), por Pereira et al (2020) y por Usher, Bhullar y Jackson (2020), con relación a la pandemia del COVID-19, el distanciamiento social, específicamente el confinamiento, es, sin duda alguna, la estrategia más eficiente para evitarse el contagio. Pero, según Jiménez-Pavón, Carbonell-Baeza y Lavie (2020), puede causar daños en la Salud Mental de la población, pudiendo también conducir a un aumento del sedentarismo y la inactividad física, lo que favorece la aparición de enfermedades físicas y mentales, así como el aumento del riesgo de muerte, especialmente en poblaciones más vulnerables, como los ancianos.

Por regla general, las pandemias, según Huremovic (2019), concentran cierto malestar y tendencia a pensamientos recurrentes y desorganizados sobre un posible contagio. Esa preocupación, exagerada por la propia Salud y la Salud de sus seres queridos, asociada a una excesiva vigilancia corporal, en situaciones en las que el sujeto se concentra excesivamente en las señales corporales, como palpitaciones, frecuencia respiratoria, entre otras, puede traer al individuo cierto malestar psicológico.

De acuerdo con la Teoría Cognitiva del Comportamiento, que es una de las teorías psicológicas actuales, las creencias disfuncionales sobre la propia Salud pueden conducir a interpretaciones erróneas de las sensaciones corporales (Beck, 2013).

Tales creencias pueden persistir e, incluso, progresar a síntomas más intensos, como ansiedad y ataques de pánico (Asmundson et al., 2010). Esos factores, a su vez, afectan aún más a las personas que tienen algún trastorno mental previo a la pandemia, lo que, sin embargo, no se limita a ese grupo.

El estrés que provoca el riesgo inminente de verse afectado por el COVID-19 y morir por esa enfermedad, especialmente entre las personas de los grupos de mayor riesgo, como los ancianos, p. ej., así como el estrés que provoca la incertidumbre del impacto económico desencadenada por la pandemia, puede aumentar significativamente el riesgo de ansiedad y depresión en la población (Usher, 2020). Esos sentimientos, como advierten Kitamura et al (2022), pueden durar semanas, meses o incluso años. Las *fake news*, las falsas propagadas entre los individuos y/o incluso a través de las redes sociales, también pueden suscitar ansiedad y un sentimiento de inestabilidad ante todo lo que está viviendo el individuo.

Los estudios actuales han encontrado que COVID-19 se propaga rápidamente, trayendo la sensación de riesgo constante de infección, lo que puede conducir a un estado de hipervigilancia corporal que, según Bao et al (2020), puede aumentar la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y provocan niveles elevados de glucocorticoides, que se relacionan con la ansiedad y el trastorno depresivo (Lupien et al, 2009).

Conforme lo expresado previamente, también se encuentran ante pacientes que ya tienen problemas de Salud Mental previos a la pandemia, presentando episodios recurrentes en su estado mental, como ataques de pánico desencadenados por el miedo, destacan Kozloff et al (2020) y Tsamakidis et al (2020). Esos pacientes pueden tener dificultades para recibir el tratamiento o incluso para continuar con el tratamiento iniciado antes de la COVID-19 y, por lo tanto, aumentan el riesgo de recaídas en crisis o brotes y comportamientos incontrolables (Li et al, 2020). Las personas con esquizofrenia y trastornos relacionados pueden tener un mayor riesgo de infectarse con COVID-19 debido a las características mismas de esos trastornos, como delirios, alucinaciones, comportamiento desorganizado, deterioro cognitivo y mala percepción (Kozloff et al, 2020). Además, pueden experimentar recaídas si la disponibilidad de medicamentos regulares o la adherencia a los medicamentos cambia durante la pandemia (Chatterjee, Barika y Mukherjee, 2020). La continuidad de la atención a esos pacientes es de fundamental importancia para evitar descompensaciones durante la pandemia y sus posteriores consecuencias (Kozloff et al, 2020).

Autores como Dørheim, Bjorvatn y Eberhard-Gran (2012) y Qiu et al (2020) advierten de un aumento en la aparición de trastornos mentales y síntomas depresivos y de ansiedad entre las mujeres durante una pandemia (en consonancia con lo discutido por Souza et al (2018), por Nair et al (2021) y por Pérez Díaz et al (2022), específicamente en relación a la pandemia por COVID-19). Entre los factores enumerados como posibles causas están: mayor vulnerabilidad socioeconómica (Cobos y Almendros, 2008); mayor ejercicio del rol de cuidadores principales en el hogar, incluyendo a personas en grupos de riesgo (Calasanti, 2004); y porque se encuentran en mayor número entre los profesionales de la Salud de primera línea, como lo muestran Qiu et al (2020).

Huremović (2019) señala que los familiares de víctimas fatales de COVID-19 enfrentan desafíos que pueden impactar su Salud Mental de modos relacionados, p. ej., con una muerte inesperada que puede ser bastante dolorosa, principalmente por el hecho restrictivo como la prohibición de contacto con el paciente durante los últimos días de vida y la inviabilidad de estar presente o incluso de tener un entierro. Siempre, según el autor, las pandemias perturban el sentido de la realidad y el orden, dando lugar a una forma diferente de almacenar y metabolizar recuerdos y experiencias. El regreso a la normalidad puede ir acompañado de represión e incluso amnesia del caos y el trauma que precedieron a la recuperación. Esos familiares de víctimas de COVID-19 que fallecieron pueden tener mayor riesgo de sufrir un trastorno relacionado con el duelo prolongado, lo que puede comprometer su bienestar físico y mental, como lo exponen Zhai y Du (2020).

2.5.1 Conceptos de Salud Mental y lo 'normal'

Como se mencionó anteriormente en ese trabajo, la Salud Mental va más allá de tener o no tener una enfermedad de ese aspecto, o mismo de ser 'normal'. Investigar, leer y ocuparse de la Salud Mental está relacionado con las diversas posibilidades de utilizar y reconocer las emociones en un proceso continuo de ejercicio, aprendizaje y reaprendizaje (OPAS, 2022).

Pero, ¿que es lo normal? Reafirmando su raíz durkheimiana¹, la etnopsiquiatría clásica admite que la normalidad puede ser equivalente al comportamiento promedio de los individuos (Devereux, 1971).

Si bien existen fenómenos ajustados a la cultura y considerados normales por ella – tales fenómenos no necesariamente implican normalidad mental. Mientras que en una sociedad enferma el ajuste al estándar hegemónico corresponde simultáneamente a la normalidad cultural y la anormalidad mental, en una sociedad sana coinciden la normalidad cultural y la normalidad mental. Eso significa que la norma no define un estándar cultural general, sino que también puede expresar los estándares de las subculturas y sus individuos. Para Devereux (1971), la clave de la Salud Mental será precisamente la capacidad de saber adaptarse a los cambios.

El ejercicio del ser incluye errores, fracasos, privaciones, opciones, deseos, angustias existenciales, desafíos y contradicciones. Cuando hay un concepto de Salud que impide la conexión con la vida cotidiana, que excluye las oscilaciones, las aventuras posibles y las elecciones singulares, relacionando cualquier desviación de la regla con un tipo de delito que merece un castigo determinado, la sociedad está, contrariamente a producir Salud, regulando el comportamiento. Así, parece imprescindible que se reformule el concepto de Salud Mental, abarcando las oscilaciones de la vida, incluyendo la posibilidad misma de la enfermedad. El foco podría estar más centrado en la capacidad de afrontar los problemas. La idea de Salud Mental como apertura al riesgo, según Canguilhem (1990) y Capon (2003), parece interesante en la medida en que el individuo podría, a partir del contacto con el discurso científico sobre riesgos y enfermedades, llevar una existencia guiada por un interior y personal ajuste con respecto a las elecciones "saludables" que desea hacer.

Sin embargo, además de las transformaciones que se han producido en los últimos años en torno a la atención a los pacientes con trastornos graves, se aprecia la permanencia de la lógica psiquiátrica clásica en el discurso de la psiquiatría biológica. Según Pereira (2000), Russo (2006) y Caponi (2009), está presente en el diagnóstico, en la construcción y operación de manuales de clasificación psiquiátrica, en la

1 Emile Dürkheim (1858 – 1917) fue un psicólogo francés, considerado el fundador de la sociología. En sus estudios definió los hechos sociales como *"los modos de pensar, actuar y sentir, externos al individuo, dotados de un poder coercitivo en virtud del cual se le oponen"*. El hecho social, por tanto, concierne a todo lo que es general, que es independiente de las manifestaciones individuales y que obliga, impulsa a los individuos a pensar, actuar e incluso sentir de una determinada manera.

construcción de instrumentos de investigación epidemiológica sobre personas con problemas de Salud Mental y en la forma en que se produce el proceso de medicalización de lo social. Se evidencia un dudoso discurso que, por un lado, deconstruye los saberes psiquiátricos tradicionales y relativiza el concepto de enfermedad mental, ampliando la perspectiva sobre el sufrimiento psíquico, apostando por la rehabilitación psicosocial, por acciones humanizadas, evitando estigmas y prejuicios y, por otro lado, una postura clasificadora, estandarizadora y biologizadora que refiere a la enfermedad mental como interna al sujeto donde la única forma de tratamiento de los síntomas sería la medicación. Esa dualidad forma parte de la rutina de los servicios sin reflexionar sobre las contradicciones de estos enfoques y las consecuencias de su uso (Saraceno, 1999; Amarante, 2007).

Caponi (2003), a partir de las ideas de Canguilhem (1990), afirma que, además de ese carácter utópico y subjetivo, la definición de la OMS permite utilizar el concepto para legitimar estrategias de control y exclusión de todo lo que se considera fuera de lugar: lo ordinario, no deseado o peligroso. El concepto de Salud Mental tiende a confundirse con el concepto de frecuencia. Hay una aproximación entre Salud y normalidad y la construcción de instrumentos de medida que asignan parámetros “científicos” que definirán ese rango. Esos instrumentos suelen ser escalas construidas a partir de cuestionarios sobre el problema en cuestión. Las respuestas más frecuentes se consideran el patrón de normalidad y lo “anormal” se ubica en los bordes de la curva de normalidad. Esa lógica de construcción epistemológica hace que cualquier expresión que difiera esté en desacuerdo con las respuestas más frecuentes se considere “patológica”, lo que no necesariamente es cierto.

En su obra “Lo normal y lo patológico”, Canguilhem (1990) argumentó que la Medicina explica sus enfermedades como desviaciones de una media estadística que indica la frecuencia de este fenómeno en la población general, siendo el tratamiento un proceso de normalización. Caponi (2003), por su vez, afirma que el concepto de normalidad es doble, es decir, por un lado, se refiere al promedio estadístico y por otro se convierte en un concepto evaluativo vinculado a lo que se considera deseable en un momento histórico dado en una sociedad determinada.

La definición de Salud Mental o Salud Psíquica sigue siendo todavía más complicada porque, además de estar directamente ligada a la cuestión de lo normal y lo patológico, implica la compleja discusión sobre la 'locura' y todos los estigmas asociados a ella. Atribuir un diagnóstico psiquiátrico a una persona significa, la

mayoría de las veces, ubicarla en un espacio que puede ser iatrogénico (Canguilhem, 1990). Pero, no es solamente eso.

Actualmente, entiéndese la Salud Mental en los aspectos cognitivo y psicosocial, siendo el término psicosocial una combinación de las emociones con lo social. Si bien de manera práctica esos términos no se pueden separar, entrelazándose entre sí, aquí, en ese trabajo, de manera didáctica y pedagógica, se lo hará (Papalia y Felderman, 2013).

El desarrollo humano es un proceso complejo y multifacético que involucra interacciones entre aspectos físicos, emocionales y sociales. P. ej., las infecciones de oído frecuentes en la infancia pueden retrasar el desarrollo del lenguaje, y los cambios físicos durante la pubertad pueden la formación de la identidad. En adultos mayores, cambios cerebrales pueden llevar al deterioro intelectual e incluso de personalidad. El desarrollo cognitivo y emocional está interconectado, afectando la autoestima y las relaciones sociales. La automotivación y la confianza son cruciales para el éxito escolar, mientras que la ansiedad puede obstaculizarlo (Papalia y Feldeman, 2013).

Según Papalia y Feldman (2013), los científicos del desarrollo estudian los tres dominios o aspectos principales del *yo*: físico, cognitivo y psicosocial. El crecimiento del cuerpo y el cerebro, las habilidades sensoriales, las habilidades motoras y la Salud son parte del desarrollo físico. El aprendizaje, la atención, la memoria, el lenguaje, el pensamiento, el razonamiento y la creatividad conforman el desarrollo cognitivo. Las emociones, la personalidad y las relaciones sociales son aspectos del desarrollo psicosocial. Ese documento se centrará en los últimos dos aspectos mencionados, conforme se verá adelante.

2.5.2 Cognición

La cognición se refiere a la capacidad de procesar información y adquirir conocimiento a partir de estímulos. La neurociencia cognitiva busca comprender cómo el cerebro da lugar a actividades mentales, incluyendo la percepción y la memoria. La mente humana es el resultado de las acciones cerebrales, desde las más simples como caminar hasta las cognitivas complejas como el pensamiento y la creatividad (Zandi, 2004); McDougall, Becker y Arheart, 2006; Minett et al, 2008; Fonseca, 2014; Tsutsumimoto et al, 2017).

Comprender el desarrollo de los procesos mentales es fundamental para entender el funcionamiento de la mente humana. Jean Piaget (1896-1980) consideraba que la adquisición de conocimiento es un proceso activo donde el sujeto selecciona, filtra y da sentido a la información del mundo exterior. La interacción entre naturaleza y cultura contribuye a la formación del cerebro y las sinapsis (Piaget, 1971; Jungwirth et al, 2004; Parente, 2006; Caramelli y Beato, 2008).

La plasticidad sináptica se refiere a la adaptación del sistema nervioso a estímulos, y la mayoría de los sistemas cerebrales son plásticos, lo que significa que se modifican con la experiencia y el aprendizaje. Eso ocurre en todas las etapas de desarrollo y continúa en la edad adulta, lo que demuestra la capacidad de adaptación constante del cerebro a los estímulos y la base biológica de la individualidad (Ledoux, 2002; Fonseca, 2014; Yim et al. Al, 2017).

En relación a esa temática (cuanto a la cognición y sus cambios, sobre todo en los mayores), en cuanto a la pérdida de memoria, algunos autores enseñan sobre cambios de memoria, sobre todo en el contexto de la pandemia por COVID-19, como es el caso de Kiely, Brady y Byles (2019), Barber y Kim (2021), Fiorenzato et al (2021), Mattioli et al (2021), Paolini et al (2021), Menze et al (2022), Vernuccio et al (2022). Todavía, otros importantes estudios hablan sobre la relación directa entre la COVID-19 y los cambios cognitivos, como, Miskowiaka et al (2021), Yu-Hui et al (2022) – esas cuestiones serán mejores abordadas posteriormente, en este estudio.

2.5.3 Psicosocial: lo emocional frente a la interacción social

Erik Homburger Erikson desarrolló la Teoría Psicosocial del desarrollo humano en la mitad del siglo XX, basándose en conceptos de Freud², pero enfatizando la influencia de la sociedad en la personalidad. Su teoría se centra en etapas psicosociales donde el individuo enfrenta crisis que afectan su yo y se extienden a lo largo de toda la vida (Rabello y Passos, 2001).

2 Sigmund Freud (1856-1939) fue un neurólogo y psiquiatra austriaco. Es el fundador de la Teoría del Psicoanalista. Realiza el estudio de la vida psíquica y demuestra que el individuo no es consciente de todo lo que sucede en su mente, porque hay una parte inconsciente que determina su vida. Rompió con el racionalismo científico imperante en la época, y con la idea del hombre capaz de controlarse a sí mismo y al mundo. Freud construyó los conceptos que vinieron a fundamentar el primer tópico o esquema propuesto por él para la estructura del psiquismo: consciente, preconscious e inconsciente.

Erikson subraya la importancia del entorno en la formación de la identidad y la subjetividad de cada persona. Argumenta que el desarrollo psicológico se produce a través de etapas y fases, y que, en cada etapa, el individuo crece en respuesta a las demandas internas y las influencias del entorno social y cultural. Erikson destaca el papel central del ego en su teoría, considerándolo como el resultado de la interacción entre la organización interna y la social, y la capacidad del individuo para unificar su experiencia y acción de manera adaptativa. Su enfoque se aleja de la sexualidad de Freud hacia aspectos sociales y relaciones interpersonales. O sea, Erikson propuso una teoría del desarrollo psicosocial que enfatiza la influencia de la sociedad en la formación de la personalidad a lo largo de la vida, con un enfoque en las etapas psicosociales y la importancia del ego en la integración de experiencias afectivas (Carpigiani, 2010).

A partir de eso, algunos conceptos son esenciales para ser entendidos: sensaciones, emociones y sentimientos, desde el concepto 'psicosocial'.

Las sensaciones pueden definirse como la impresión que un estímulo (interno o externo) produce en un órgano receptor. Por lo tanto, la sensación es un fenómeno puramente perceptivo, básicamente una actividad de los sentidos (Ries, 2004; Reeve, 2006; Park et al, 2007; Park et al, 2018).

Las emociones, según Bock, Furtado y Teixeira (2008), son expresiones de afecto que se acompañan de reacciones corporales intensas y breves en respuesta a eventos, ya sean inesperados o imaginados. Estas reacciones orgánicas son involuntarias y están más allá del control del individuo, destacando la estrecha relación entre los sentimientos y las respuestas físicas. Los autores mencionan que

hasta podemos 'aguantar el llanto', pero no podemos dejar de 'llorar por dentro', de sentir ese nudo en la garganta – a veces incluso lo intentamos, pero no podemos contener dos o tres lágrimas que brotan traicionándonos y mostrando nuestra emoción (Bock, Furtado y Teixeira, 2008, p. 167).

Las emociones son respuestas breves e intensas acompañadas de reacciones corporales que actúan como descargas de tensión en un organismo, conforme los

mencionados autores en el párrafo anterior. Reeve (2006) destaca que las emociones son multidimensionales y comprenden aspectos subjetivos, biológicos y sociales, con un propósito definido. Las reacciones biológicas preparan al organismo para adaptarse a situaciones, mientras que las señales sociales comunican la intensidad y calidad de la emoción a los demás. Las emociones son procesos coordinados y sincronizados que implican estados de sentimientos y activación, ayudando al individuo a adaptarse a desafíos y oportunidades en eventos importantes de la vida. Los sentimientos son emociones conscientes y requieren la existencia de tres componentes procedimentales: la representación del estímulo emocional, la recuperación de significados asociados y la percepción consciente de los estados corporales (Manco, De Marco y Venneri, 2020). En resumen, las sensaciones son reacciones corporales a estímulos, los sentimientos son experiencias subjetivas, y las emociones son expresiones intensas y breves observables por los demás. Además, los sentimientos duran más y son menos explosivos que las emociones, conforme mencionado por Gustavsson y Beckman (2020) y Hammerschmidt y Santana (2020).

Finalmente, hay que considerar la posibilidad de que haya una relación entre el género femenino y la presencia de efectos psicosociales, conforme muestran Parlapani et al (2020) y Romero et al (2021) – sin embargo, por su vez, otros autores, como Moustakopoulou et al (2023) hablan sobre la no relación, o sea, la falta de consenso entre esa posible relación, de manera que los estudios en esa temática necesitan ser ampliados y con factores llevados en cuenta, como el papel de la mujer en su familia (Guirdelli, 2012), la posibilidad de expresión de sus deseos y emociones (Deng et al, 2016; Uribe et al, 2018), sus ECNT y otros, incluso el desfecho de la mortalidad femenina (Faro et al, 2020; Newman y Zainal, 2020; Pereira et al, 2022)..

2.5.4 Sobre la taxonomía de los trastornos mentales

La aplicación de los métodos de clasificación tiene diferentes usos según el enfoque que se le dé al objeto de estudio y puede servir para aplicaciones clínicas, científicas o estadísticas. Independientemente de la Ciencia, es fundamental tener claro el tipo de información que se puede obtener con cada herramienta, evitando así la formulación de juicios distorsionados. En una visión más amplia, es posible aceptar que, a pesar de las muchas limitaciones, el uso de la CIE-10 y el DSM-5 permite obtener información importante sobre individuos diagnosticados con un determinado

trastorno mental. Es posible inferir que pacientes con el mismo trastorno, compartiendo rasgos similares, pueden presentar comportamientos similares. Asimismo, nombrar clases de respuesta puede ayudar a identificar comportamientos similares (Surís, Holliday y North, 2016).

El DSM-5, publicado oficialmente el 18 de mayo de 2013, es la edición más actualizada del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (del inglés, *American Psychological Association*, APA). La publicación es el resultado de un proceso de doce años de estudios, revisiones e investigaciones de campo realizados por cientos de profesionales divididos en diferentes grupos de trabajo. El objetivo final era asegurar que la nueva clasificación, con la inclusión, reformulación y exclusión de diagnósticos, proporcionaría una fuente segura y con base científica para su aplicación en la investigación y la práctica clínica. Además, el uso del manual APA posibilita la comunicación entre profesionales, aportando estandarización en el lenguaje psiquiátrico y facilitando el diálogo entre las diferentes áreas (Stein y Reed, 2019).

La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, propuesta por la OMS, en su 10ª versión, de 1992), a diferencia del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales), engloba todas las condiciones clínicas, no solo las de Salud Mental – en 2019, la OMS aprobó la CIE- 11, que fue aprobado en 2022, que todavía no es muy utilizado, dando paso a la CIE-10 (Surís, Holliday y North, 2016; Stein y Reed, 2019).

Los defensores del modelo de clasificación riguroso argumentan que los trastornos mentales se pueden dividir en un conjunto de trastornos separados que son mutuamente excluyentes, pero exhaustivos, y se pueden clasificar por las entidades descritas anteriormente, particularmente con respecto a la finalización de guías y otros documentos.

Sin embargo, ese requisito aparentemente simple es imposible de lograr, ya que existe una gran superposición entre los diversos síndromes y que la clasificación de la Salud Mental de los seres humanos, a diferencia de la Botánica, es compleja (Goldberg, 2011). Parafraseando a Hacking, *'la mayoría de los críticos se han preocupado por los árboles (los tipos de desorden reconocidos por los libros de texto), pero pocos han pensado en el bosque'*. (Hackeo, 2013).

2.5.5 Principales signos y síntomas en la Salud Mental, en el contexto de los mayores

Una vez que las enfermedades cambian de acuerdo con los grupos de edad, este apartado se propone a presentar los principales signos y síntomas en la Salud Mental en relación al contexto de los mayores, llevando en cuenta los aspectos sociales y biológicos (Zambrano-Calozuma y Estrada Cherre, 2019).

2.5.5.1 Ansiedad

El concepto de ansiedad, según varios autores como Banaco (2001), Zamignani y Banaco (2005) y Côelho y Tourinho (2008), se entiende mejor al considerar las complejas relaciones entre el organismo y su entorno. Esas relaciones pueden involucrar contingencias correspondientes, operantes y condicionamientos. Independientemente del enfoque utilizado, la ansiedad implica componentes aversivos en las contingencias que generan este estado. El modelo de supresión condicionada de Estes y Skinner (1961) describe la ansiedad como una respuesta a estímulos aversivos condicionados, que puede actuar como motivación para comportamientos reforzados negativamente. Cuando no hay posibilidad de escape o evitación, se observa el proceso de supresión condicionada, donde se reducen las conductas reforzadas positivamente. Esta definición reconoce la complejidad de las relaciones conductuales que involucran la ansiedad, ya sea en un contexto respondiente u operante, destacando la necesidad de un análisis funcional específico para cada una de estas relaciones.

La descripción de la ansiedad presentada por Estes y Skinner (1961) se basa en dos puntos: (1) el proceso de condicionamiento respondedor que provoca ciertas respuestas fisiológicas y (2) el proceso correspondiente al efecto de esta condición fisiológica (estado de ansiedad) bajo operante, identificando, así, el proceso de supresión condicionada. De esa manera, con base en una concepción skinneriana³, la

3 La teoría de Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) se basa en la idea de que el aprendizaje ocurre como resultado de cambios en el comportamiento manifiesto. Los cambios en el comportamiento son el resultado de una respuesta individual a los eventos (estímulos) que ocurren en el medio ambiente. Así, una respuesta produce una consecuencia. Cuando se refuerza (recompensa) un patrón particular de Estímulo-Respuesta (S-R), el individuo está condicionado para reaccionar. La característica que distingue al condicionamiento operante de formas anteriores de conductismo es que el organismo puede emitir respuestas, en lugar

ansiedad puede definirse como una nomenclatura generalmente atribuida a: (A) encuestados provocados por un estímulo aversivo condicionado; (B) que puede servir como operación motivadora para emitir respuestas reforzadas negativamente; y (C) pero en la condición en que no existen respuestas posibles de escape o evitación, se observa el proceso de supresión condicionada, es decir, la disminución en la emisión de conductas operantes reforzadas positivamente (Millenson, 1975; Banaco, 2001; Queiroz y Guilhardi, 2001; Zamignani y Banaco, 2005). Esa definición contempla las múltiples relaciones conductuales que establece lo que se conoce como ansiedad, ya sea respondiente u operante, señalando, así, la necesidad de un análisis funcional específico para cada una de estas relaciones.

La ansiedad es una emoción común en la vida de las personas y puede tener un propósito útil al actuar como una señal de alerta en situaciones conflictivas. Sin embargo, cuando los niveles de ansiedad se vuelven incontrolables, pueden dar lugar a síntomas desagradables, como palpitaciones, dolor en el pecho, malestar abdominal e inquietud. Esto puede afectar la salud física y mental, especialmente en los ancianos, cuya fragilidad debido a la edad puede intensificar estos síntomas, perjudicando su calidad de vida (Oliveira et al, 2006; Uchmanowicz y Gobbens, 2015; Delphin-Combe et al, 2016; Machado et al, 2016).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo excesivo y una preocupación constante por amenazas, lo que perturba la rutina diaria. Estos trastornos son complejos y pueden estar influenciados por factores ambientales y genéticos, así como por cambios biológicos relacionados con la edad. La ansiedad también está relacionada con trastornos del estado de ánimo y puede asociarse con depresión, fragilidad y otros problemas psicológicos. En general, la ansiedad afecta a un gran número de personas, independientemente de su origen étnico, nivel educativo, género o ingresos, y es especialmente prevalente en la población anciana. Además, puede tener un impacto negativo en la calidad de vida y aumentar los riesgos de sufrimiento y discapacidad (Antunes et al, 2005; Wolitzky-Taylor et al, 2010; Prina et al, 2011; Lampl et al, 2016).

La ansiedad, patológicamente, puede estar presente en algunos trastornos específicos, como el Trastorno de Ansiedad Generalizada (caracterizada por aprensión

de simplemente provocar respuestas debido a un estímulo externo. *"El condicionamiento operante da forma al comportamiento como un escultor da forma a la arcilla"*.

o preocupación excesivas por múltiples problemas cotidianos), Trastorno de Pánico (ataques de pánico inesperados y recurrentes que no están relacionados con estímulos o situaciones específicas), Agorafobia (marcado miedo o ansiedad, que se presenta en diversas situaciones en las que el individuo cree que es difícil escapar o recibir ayuda, si es necesario, como usar el transporte público, estar en aglomeraciones o incluso estar solo fuera del hogar) Fobia Específica (miedo o ansiedad excesivos y marcados, que se producen tras la exposición o exposición anticipada a uno o más objetos o situaciones específicas (p. ej. ciertos animales, viajes aéreos, alturas, espacios cerrados, sangre o lesiones)), Trastorno de Ansiedad Social (ansiedad excesiva que se presenta en situaciones de interacción social o de desempeño frente a otras personas), Mutismo Selectivo (que suele darse en los niños, provocando que no hablen en situaciones sociales en las que existe una expectativa o demanda de que hablen, como, p. ej., en el ámbito escolar. En casa, en presencia de la familia inmediata, hablan sin problema, pero, muchas veces, no lo hacen con amigos cercanos o parientes más lejanos, y asociada a otras patologías) y otras. (O'Connor, 2010; Eckholdt, Watson y O'Connor, 2018 Sample, 2019; Frota et al, 2022)

La Literatura Científica ha revelado una relación inversamente proporcional entre la calidad de vida y la ansiedad clínica en los ancianos, como investigaciones de Oliveira et al. (2017) y Fazzi et al. (2015). Eso significa que a medida que la ansiedad clínica aumenta, la calidad de vida tiende a disminuir en las personas mayores. Los estudios han demostrado que los ancianos con ansiedad experimentan niveles más altos de angustia, deterioro funcional y buscan más atención médica, lo que puede resultar en mayores costos para los sistemas de atención médica. Además, los problemas de memoria en los ancianos también se asocian con niveles elevados de ansiedad y estrés, lo que puede estar relacionado con cambios psicológicos (López et al, 2020; Philip et al, 2020; Röhr, Reininghaus y Riedel-Heller, 2020; Whatley et al, 2020; KneppleCarney et al, 2021).

La calidad de vida, por lo tanto, puede verse influenciada por diferentes circunstancias, generando diferentes niveles de ansiedad, con una creciente necesidad de comprender cómo se configuran las influencias de la ansiedad en la salud de las personas mayores (Loureiro et al, 2014). Manifestaciones psicológicas inapropiadas en términos de intensidad, frecuencia o duración, como la ansiedad, pueden causar malestar en el bienestar y, en consecuencia, interferir en la calidad de vida, principalmente al restringir su vida social (Uchmanowicz y Gobbens, 2015).

2.5.5.2 Miedo

La discusión sobre el miedo admite enfoques muy diferentes. Delumeau (1989) expone algunas de las formas en que podemos estudiar esa emoción. El autor se refiere a los diferentes sentidos en los que se puede estudiar el miedo. Primero, conceptualiza el miedo como una emoción básica, como un componente básico de la experiencia humana (Santos, 2003; Oliveira, 2021; Oliveira, Lira y Abreu, 2021).

En un sentido estricto del término, el miedo se concibe como una emoción de choque por la percepción de un peligro presente y urgente que amenaza la preservación de ese individuo (Vrach y Tomar, 2020; Viana, Lima Silva y Lima, 2020). Entonces, provoca una serie de efectos en el organismo que lo hacen capaz de una reacción de defensa como la huida, p. ej.

Para Delpierre (1974),

el miedo puede provocar efectos contrastantes según los individuos y las circunstancias, o incluso reacciones alternas en una misma persona: aceleración o ralentización de los movimientos del corazón, respiración demasiado rápida o lenta, contracción o dilatación de los vasos sanguíneos, hiper o hiposecreción de glándulas, estreñimiento o diarrea, poliuria o anuria, conducta inmovilizadora o exteriorización violenta. En los casos límite, la inhibición conducirá a la pseudoparálisis ante el peligro (estados catalépticos) y la exteriorización dará lugar a una tormenta de movimientos salvajes e inadaptados, propios del pánico (Delpierre, 1974, apud Delumeau, 1989:23).

Parece, por lo tanto, que el miedo es una emoción básica, no sólo en el sujeto, sino en diferentes formas de vida, acercándose a una reacción biológica común. Ese hecho acerca el miedo humano al miedo animal, siendo el miedo tomado como un mecanismo fisiológico. Para Delumeau (1989), sin embargo, el miedo se vuelve más complejo cuando se trata de la esfera humana. El autor cita a Caillois (1961) al referirse al miedo en los animales que, según él: “es único, idéntico a sí mismo, inmutable: el miedo a ser devorado”, mientras que en el ser humano los miedos son

múltiples, porque son el resultado de su imaginación y, así, sujetos a descripciones históricas porque sufren variaciones (Caillois, 1961 apud Delumeau, 1989:19). Delumeau (1989) se refiere específicamente a un miedo humano, más complejo y diferenciado que el miedo animal. El uso continuo de la misma palabra podría transmitir una sensación de miedo universal, presente e inmutable en diferentes formas de vida. Autores como Delumeau (1961) y Solomon (1995) dejan claro, no obstante, que el significado del término ha variado a lo largo de la Historia: no solo se ha producido un cambio en las formas en que se presenta el miedo, sino también en la propia naturaleza del miedo y de la concepción del miedo, que sufre modificaciones.

La visión del miedo, como contingente, implica la aceptación de que, aunque el nombre sea el mismo, las características que componen la emoción, lo que se acepta como característico de la emoción, varía en cada cultura y en cada época que atraviesa un determinado momento (Moreira y Souza, 2021). En ese sentido, el miedo no es solo una reacción emocional, que contiene creencias detrás de él. El miedo no implica, por tanto, una naturaleza única e inmutable (Solomon, 1995).

Es un sentimiento históricamente construido, aprendido y enseñado de diferentes maneras, según la época. Hay una serie de emociones que se reconocen como miedo, y, por acuerdo público en el lenguaje, hay algunos comportamientos que son concebidos como miedo. El miedo, aquí, se aborda como algo conocido (como la gran parte del as personas reconoce el sentimiento o sensación de miedo, nadie tiene dudas de que tiene miedo). Puede ser una reacción de escape, una reacción de retirada, una reacción de negación, una reacción de precaución, una reacción de inhibición. Tales reacciones forman parte de otros complejos emocionales, pero con configuraciones diferentes. La caracterización del miedo no es sencilla y en ese sentido sería diferente a otras emociones similares, de terror, susto, pavor. Es un intento de pensar la emoción desde ese punto de vista que no puede descartar ni minimizar la importancia del aspecto social (Santos, 2003).

2.5.5.3 Soledad

Según Murthy (2022), la soledad es un sentimiento subjetivo que indica la falta de conexiones sociales que el individuo necesita. Puede ser un sentimiento de impotencia, abandono o separación del grupo al que se pertenece, aunque se esté rodeado de otras personas. Lo que el individuo necesita cuando está solo es el

sentimiento de cercanía, confianza y el afecto de verdaderos amigos, seres queridos y su comunidad. Aún según ese autor, contrariamente al sentimiento de soledad, que es subjetivo, el aislamiento describe el estado físico objetivo de estar solo y sin contacto con otras personas. Se considera un factor de riesgo para la soledad porque es más probable que el individuo se sienta solo si interactúa poco con otras personas.

Es cierto que el sentimiento de soledad puede estar presente en los seres humanos, en diferentes etapas de la vida, y tiende a ser más característico en los casos de vaciamiento de las relaciones sociales. Aun así, es la ruptura de la relación fundamental entre el individuo y el mundo (Pocinho y Macedo, 2017). El psicoanalista Gregory Zilboorg publicó, en un artículo a fines de la década de 1930, el primer análisis psicológico de la soledad. Incluso Freud había abordado el tema sólo marginalmente, a pesar de la extensa y antigua reflexión sobre la condición solitaria en el arte, la literatura y la filosofía. Así, Zilboorg distinguía entre *estar* solo y *ser* solo, definiendo la primera situación como un estado normal y transitorio y la segunda como una experiencia abrumadoramente persistente (Zilboorg, 1938). Es decir, la soledad no es simplemente lo que uno siente cuando está solo, sino que puede tener lugar cuando uno no encuentra la compañía deseada, o cuando, de alguna forma, uno se siente aislado, o siente un desfase entre uno mismo y los demás (Pocinho y Macedo, 2017).

Los sentimientos de soledad pueden surgir en cualquier grupo de edad, pero son especialmente importantes no sólo por su prevalencia, sino también por sus consecuencias, en adolescentes y ancianos. En los últimos, la situación se agrava cuando necesitan ser institucionalizados después de haber convivido con la familia y haber contado con el apoyo de una verdadera y sana solidaridad intergeneracional (Neto, 2000; Azeredo, 2008; Azeredo, 2011). Sentirse solo es, por tanto, un fenómeno creciente en una sociedad moderna y posmoderna, al que no son ajenas la evolución demográfica y la urbanización de los espacios rurales, y que puede convertirse en el corto plazo en una lacra, que urge solucionar. Para ellos, es necesario reconocer la soledad como un problema tanto de salud como social, con tendencia a empeorar (Azeredo, 2008).

En esa perspectiva, Harry Stack Sullivan definió, en la década de 1950, la soledad como una *'experiencia extremadamente desagradable que conduce a una necesidad extrema e inadecuada de intimidad humana'* (Sullivan, 1953, p.290) y marcó el pensamiento de Frieda Fromm-Reichmann, la cual se convirtió en el nombre de referencia en ese campo, en ese momento). Al igual que Sullivan y Zilborg, Frieda

Fromm-Reichmann también rastreó los orígenes de la soledad en las experiencias de la infancia, argumentando que la soledad es uno de los fenómenos psicológicos más importantes en el desarrollo de la enfermedad mental, como un estado extremo y destructivo, asociado con el pánico y la ansiedad (Azeredo y Afonso, 2016).

Hay algunos estudios que analizan la relación entre soledad y depresión, alcoholismo, enfermedad física y duelo, pero faltan investigaciones sobre la relación entre soledad y trastornos psiquiátricos. En ese sentido, un estudio alemán demostró que quienes se sienten solos tienen más probabilidades de sufrir demencia en un plazo de 3 años, en comparación con quienes no la experimentaron (Harison, 2012).

Así, si por un lado la soledad resulta de la distancia entre la calidad de las relaciones sociales y las expectativas previas del sujeto, por otro lado, corresponde invariablemente a experiencias subjetivas dolorosas e incluso de carácter subversivo. En opinión de Augusto, Oliveira y Pocinho (2008), la soledad es una experiencia inherente a la vulnerabilidad humana, en relación con la alienación, la pérdida y el aislamiento.

Ni todas las personas solitarias están deprimidas. Sin embargo, la ocurrencia simultánea de síntomas de soledad y síntomas depresivos es ampliamente observada en las investigaciones en esa área, y los ítems que miden la soledad han sido incluidos en algunas medidas de síntomas depresivos, particularmente en los ancianos, en los diversos estudios que tratan sobre factores asociados con condiciones de soledad y depresión, sus riesgos y la resiliencia (Cacioppo, Hughes et al, 2006). Así, aquellos que han sufrido formas crónicas de soledad tienden a tener niveles más altos de depresión que aquellos que han experimentado una soledad reactiva o situacional, siendo la soledad un factor de riesgo independiente para los síntomas depresivos (Adams, Sanders & Auth, 2004; Cacioppo, Hawkley, et al., 2006; Lim & Kua, 2011).

Peplay y Perlman (1982), citados por Neto (2001), refieren que sentirse solo no es sinónimo de estar solo, representando este último un aislamiento objetivo, mientras que el primero es más subjetivo. Para Hossen (2002), mientras el aislamiento es objetivo, ya que mide el número de contactos sociales, la soledad es subjetiva, expresando la insatisfacción de la persona con estos contactos sociales. Ese último resulta de la discrepancia entre lo que se espera de una relación y la realidad observada.

Aun así, es necesario diferenciar soledad de solitud. Mientras que la soledad resulta de una mala relación, la solitud sería la capacidad de estar solo, de forma positiva, como búsqueda de autoconocimiento y fuente de creatividad (Mansur, 2008).

2.5.5.4 Tristeza

La tristeza es un estado en el que una persona deja de sentirse “llena”, siendo considerada una de las emociones básicas, junto con la alegría y el miedo. Hay muchas razones que pueden causar tristeza, que van desde la pérdida de un ser querido hasta no lograr una meta deseada. Pero quizás lo más grave es la presencia de una enfermedad, sobre todo si esta enfermedad es incurable o crónica. Cuando una persona se siente mal, por ejemplo, por padecer una enfermedad crónica o incurable, su estado de ánimo puede cambiar significativamente, lo que puede llevar al paciente a un estado de melancolía, o incluso depresión (ya enfermedades) (Davidoff, 2001; Lebrasseur et al, 2021).

La tristeza suele provenir de una pérdida o de un acontecimiento que aparenta ser negativo, o simplemente porque no alcanza las expectativas deseadas. Aun así, es una emoción adecuada, normal y racional que surge de una valoración objetiva de las circunstancias que nos afectan. Expresa falta de alegría, consternación, angustia y desánimo o frustración en relación con algo o alguien (Oliveira, Brêtas y Yamaguti (2007).

La tristeza puede ser fugaz y durar solo horas, días o incluso semanas. Sin embargo, cuando esa tristeza dura más de dos semanas y cambia la forma en que el individuo siente, piensa y actúa, puede ser que esté ante un problema más grave, es decir, la depresión (Davidoff, 2001).

Las consecuencias de la tristeza pueden variar de y según la causa y la intensidad, dividiéndose en puntos positivos y negativos. La tristeza da lugar a un tipo de sensación corporal que puede evolucionar o involucionar, según cómo la afronte cada individuo. Esa emoción puede caracterizarse por un sentimiento de negación, tratando de ocultar la causa de su aflicción, pero también puede servir para el crecimiento a través de la reflexión y una aguda capacidad de observación – ese sufrimiento puede ser una condición que promueve la maduración y el crecimiento individual, proporcionando atribución de nuevos significados a la propia existencia humana (Borges, 2005).

Por fin, se debe concluir ese punto diciendo que los síntomas, como depresión, tristeza, miedo, ansiedad, pueden presentar correlación entre sí, incluso cursando con la soledad, conforme apuntan diversos autores: Bobes-Bascarpan et al (2020), Bruine (2020); Callow et al (2020), Ekoh et al (2020), Emerson (2020), Kwegyir, 2020 Nwachukwu et al (2020), Picaza Gorrochategi et al (2020), Wong et al (2020), Zhang et al (2020), Arpasi-Quisque et al (2023) y otros.

En línea con lo desarrollado, es importante llevar en cuentas las transformaciones sociales de la sociedad – sus aspectos teóricos, prácticos y como la sociedad se está comportando frente a esos cambios importantes, en los últimos años, sobre todo con la influencia rápida y desgobernada de los medios de comunicación. Por fin, ¿cuáles son justamente los impactos de los medios de comunicación acelerados en una sociedad ya acelerada?

2.6 El impacto de los medios de comunicación acelerados en la Salud Mental de una sociedad también acelerada

La sociedad está en constante transformación. La velocidad a la que se transmite la información es prácticamente idéntica a la velocidad del tiempo real – lo cierto es que 'en vivo', desde los cantos de los televisores, como en un partido de fútbol o un programa humorístico, nunca tuvo tanto sentido como ahora.

La cantidad de información puesta a disposición por los medios de comunicación ha crecido exponencialmente. P. ej., en 2012 se han creado 571 nuevos sitios cada minuto, el sitio web de videos de YouTube ha recibido 48 horas de videos, el sitio de búsqueda de Google ha realizado 2 millones de búsquedas, se han publicado 100,000 nuevos *tweets* por minuto, se han enviado más de 204 millones de correos electrónicos, entre otros. (Domo, 2012).

Las redes sociales, que a priori servían únicamente para el intercambio de mensajes entre personas, acabaron convirtiéndose en motores estratégicos e importantes de las ventas (como afirma Ramos (2020), un verdadero '*ocio entendido como consumo*'), así como de la difusión de información y las noticias. La frecuencia con la que las noticias llegan a la sociedad es cada vez mayor, muchas veces el individuo ni siquiera necesita buscarlas: es la propia noticia la que acaba llegando a él, a través de los correos electrónicos, de los mensajes, del celular y de las redes. Es la aceleración de la información frente a una sociedad ya acelerada – y también cansada, frente al Positivismo y las exigencias desmedidas (como también describe el filósofo coreano Byung-Chul Han en sus obras que critican las redes sociales y la cultura de los iguales), predicadas principalmente por los medios de comunicación (Han, 2015).

La Teoría de la Aceleración Social, propuesta por el sociólogo alemán Hartmut Rosa, redefine la modernidad al enfocarse en la creciente aceleración de procesos en la sociedad. Esta aceleración temporal es fundamental para comprender la modernidad y abarca aspectos tecnológicos, económicos, sociales y culturales. Rosa conecta esta idea con análisis de pensadores clásicos en sociología como Max Weber, Émile Durkheim, Georg Simmel y Karl Marx. La aceleración social se manifiesta en la contemporaneidad como la queja sobre la escasez de tiempo y la necesidad de vivir a un ritmo frenético, lo que puede ser paradójico en una sociedad altamente tecnológica. La teoría de Rosa identifica tres dimensiones de aceleración social: tecnológica,

cambio social y ritmo de vida, que están interconectadas en la práctica. (Castro Neto, 2021; Rosa, 2003, 2016).

La era de la contingencia se caracteriza por un aumento constante en la cantidad de actividades que deben llevarse a cabo, y esto no se limita solo a la producción. El crecimiento cuantitativo de estas actividades supera la velocidad de la aceleración tecnológica, lo que resulta en una aceleración generalizada del crecimiento cuantitativo. Esto se traduce en un aumento constante en el ritmo de vida. La aceleración tecnológica es una respuesta cultural, política y estructural a la escasez de tiempo y se manifiesta en el desarrollo técnico en áreas como el transporte, la producción, los datos y las comunicaciones. La construcción de la web y las tecnologías de la información han acelerado aún más este proceso al permitir la transmisión de información en tiempo real. Esto ha llevado a una revolución en la velocidad de las comunicaciones y ha conectado a las personas en todo el mundo de manera instantánea. La aceleración del ritmo de vida es una paradoja, ya que aumenta a medida que disminuyen los recursos temporales disponibles debido a la aceleración del cambio social. En resumen, la aceleración social contemporánea afecta todos los aspectos de la vida cotidiana y lleva a un aumento constante en el ritmo de vida de las personas. (Han, 2015; Rosa, 2019; Montero, 2020; Brown, 2015).

En resumen, las personas se apresuran constantemente para hacer frente a la creciente cantidad de actividades que deben realizar. Este aumento en el ritmo de vida es una respuesta a la aceleración del mundo social, como observó Georg Simmel en el pasado. En la era actual, la división entre el tiempo del mundo social y el tiempo del ser social es cada vez más evidente, lo que genera angustia y desorientación temporal. La revolución digital y la compulsión por la acción también han reducido la estabilidad en la vida profesional y familiar, lo que caracteriza la era de la incertidumbre y la contingencia. Esto ha llevado a un enfoque en el presente y patrones de identidad situacionales e intrageneracionales. Además, el alto ritmo de vida actual está relacionado con la fatiga y el agotamiento debido a la presión por la hiperactividad y el rendimiento en la sociedad capitalista contemporánea. (Montero, 2020; Castro Neto, 2021; Rosa, 2019; Han, 2015).

En la estructura patológica de la sociedad del desempeño, analizada por Byung-Chul Han, se identifican los problemas neuronales que caracterizan la positivización general de la “sociedad del cansancio”, como la depresión y el síndrome de *burnout*. Es decir, en una sociedad donde el futuro se acorta en un presente prolongado, como identifica el autor de ‘Sociedad del Cansancio’, un exceso de positividad también se

manifiesta como un exceso de estímulos, información e impulsos (Han, 2015). El imperativo de aceleración que hay sobre el ser social contemporáneo, ligado a la excesiva presión por el trabajo, el desempeño y la innovación y, por tanto, a la consolidación del proceso destructivo de autoexploración individual, tiende a neutralizar las potencialidades del sujeto contemporáneo, debilitándole a través de su propio agotamiento. En definitiva, se observan signos marcados del endurecimiento y agotamiento de una sociedad acelerada, como efectos no intencionados de los procesos de aceleración tecnológica y social (Montero, 2020).

Un estudio de 2020 muestra que los brasileños ocupan el 3er lugar en el *ranking* de la población que pasa más tiempo en las redes sociales: alrededor de 3h31min, por día (solo detrás de Filipinas (3h53min) y Colombia (3h45min) – en ese sentido, el tiempo promedio del mundo es de 2h24min de uso por día) (Global Digital Overview, 2020). Y no es solo en relación con los jóvenes: otro estudio, ya de 2021, muestra que cerca del 97% de los ancianos brasileños han accedido a internet, el año 2021 (CNN Brasil, 2021).

Los medios digitales son altamente eficaces en la difusión de información debido a su capacidad para alcanzar a muchas personas rápidamente a través de una variedad de tipos de contenido. Sin embargo, esta tecnología, si no se usa con moderación, puede tener efectos negativos en la salud mental, especialmente después de la pandemia. Las emociones comunes durante las epidemias, como la incertidumbre y el miedo, aumentan el riesgo de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión. Durante crisis como la pandemia de COVID-19, las personas buscan información para mantenerse informadas, pero esta búsqueda desorganizada puede llevar a la creencia en información no verificada o poco confiable. (O'Brien, Moore y McNicholas, 2020; Kitamura et al, 2022; Gao et al, 2020).

Cuando la información oficial es escasa o irregular, las personas pueden verse expuestas a información engañosa, lo que aumenta las emociones negativas y los malentendidos sobre el tema. El uso de datos de redes sociales puede proporcionar una comprensión oportuna del impacto de las emergencias de Salud Pública, pero también puede tener consecuencias negativas para la Salud Mental de las personas expuestas a estas plataformas. Según una revisión hecha por Delgado et al (2021), los signos y síntomas más frecuentes relacionados con la "Infodemia" en adultos y ancianos incluyen ansiedad, depresión, estrés y miedo. Estos síntomas están relacionados con el tiempo de exposición a la información transmitida por las redes sociales digitales, y las fuentes de información desempeñan un papel fundamental en

su desarrollo. La vulnerabilidad a la información excesiva es más evidente en los ancianos, ya que pueden no conocer o practicar las recomendaciones de verificación de la información en medio de la proliferación de noticias engañosas en el ciberespacio (Estabel, Luce y Santini, 2020; Gao et al., 2020; Li et al., 2020; Torales et al., 2020).

Las personas que siguen más noticias relacionadas con la COVID-19, especialmente los mayores, tienden a experimentar niveles más altos de ansiedad. Durante crisis epidémicas anteriores, se ha destacado la importancia de proporcionar actualizaciones oficiales regulares y monitorear las redes sociales para reducir la exposición a información engañosa y la angustia. Es esencial que el público sea crítico con la información de los medios y evite absorber datos engañosos que pueden provocar pánico y depresión (Moghanibash-Mansourieh, 2020).

El miedo a la contaminación y la pérdida de seres queridos puede aumentar la preocupación y la ansiedad, especialmente en los ancianos, que tienen una alta tasa de mortalidad. Para reducir la exposición a información estresante, se recomienda limitar el tiempo dedicado a noticias y equilibrarlo con actividades de refuerzo positivo, como escuchar música o ver películas (Wang et al, 2020).

Es importante que las personas mayores adquieran habilidades para seleccionar y priorizar noticias y reconozcan las noticias falsas, que a menudo están relacionadas con la Salud y pueden generarles ansiedad. Además, los medios de comunicación pueden desempeñar un papel positivo al informar sobre la epidemia de manera objetiva y promover servicios de asesoramiento psicológico. Se deben ofrecer múltiples canales de apoyo, como líneas directas, consultas en línea y atención externa, con un enfoque especial en la detección de signos de depresión y ansiedad (Kitamura et al., 2022; Roy et al., 2020; Shigemura et al., 2020; Tian et al., 2020).

3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo de trabajo

Se ha realizado un trabajo académico y científico de finalidad básica, naturaleza observacional, análisis epidemiológico, objetivo descriptivo analítico (descriptivo correlacional), corte transversal, método/abordaje mixto (cuali-cuantitativo) con mayores de 60 años en las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, Brasil, en el último cuatrimestre de 2022.

3.2 Población, universo, muestra y unidad de análisis

La unidad de análisis es cada uno de los mayores de 60 años de las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, Brasil, a partir de una muestra de cada ciudad, de esta manera:

- Inúbia Paulista-SP: población de mayores de 60 años de 725, con una muestra de 252 (realizadas 257 entrevistas);

- Ribeirão Preto-SP: población de mayores de 60 años de 113.652, con una muestra de 383 (realizadas 417 entrevistas).

Así, el presente estudio cuenta con un total de 674 entrevistas – las poblaciones se han obtenido a partir de los datos publicados en el sitio web del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística.

Las muestras han sido calculadas a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

en que:

- N = tamaño de la población

- p = probabilidad a favor
- e = margen de error (adoptado 5%)
- z = escore z (adoptado z = 1,96, debido a 95% de nivel de confianza)

3.3 Factores de inclusión y de exclusión

Factores de inclusión: personas mayores de 60 años (a partir de 11 de marzo de 2020, fecha del comienzo de la pandemia de COVID-19), que han tenido o no COVID-19, en condiciones físicas y mentales de contestar las encuestas;

Factores de exclusión: personas menores de 60 años en 11 de marzo de 2020; personas mayores de 60 años que sean profesionales de Salud; mayores de 60 años en situación de institucionalización o que presenten patologías neurológicas/psicológicas de manera que no os permita contestar la encuesta por cuestiones cognitivas (hasta pueden presentar alguna condición física y/o mental leve preexistente, pero que esta no los incapacite de contestar a la encuesta).

3.4 Variables

Las variables son las características estudiadas en esa investigación, y se dividen en cualitativas (nominales y ordinales) y cuantitativas (discretas y continuas), a partir de la aplicación de cuestionarios:

- características demográficas analizadas: edad, género (autopercebido), si presenta o no enfermedades (y cuáles son, por grupos), si ha tenido o no COVID-19, si ha ingresado o no por COVID-19, si se ha vacunado o no para COVID-19 en 2021 y en 2022, con cuantas personas ha convivido durante el confinamiento;

- cómo es su funcionalidad (se recibe y hace llamadas sola o con ayuda de alguien, se viaja (y si sí, se sola o acompañada), si hace compras (y si sí, se sola o acompañada), como es el preparo de su alimentación (si necesita ayuda o si la hace sola), como es su trabajo doméstico (si lo hace sola, parcialmente o con ayuda), como es la toma de sus medicaciones (sin o con asistencia de alguien), como maneja su dinero (independientemente o con ayuda de alguien);

- adhesión al confinamiento en la pandemia (con cuantas personas ha convivido durante el confinamiento (de manera total y en relación), con cuantas personas ha tenido contacto en la última semana, - mensuración de posibles efectos cognitivos (su orientación temporal, memoria, atención y concentración, realización de tareas diarias, habilidad lingüística, habilidad de cálculos, y otros) y efectos afectivo-emocionales y cuestiones psicosociales (si presenta miedo, soledad, tristeza, sentido de humor, ansiedad, y la interacción social con los que están a su alrededor);

- si la persona ha sido acompañada, durante la pandemia, por algún profesional en algún servicio de Salud Mental por cuenta de sentimientos como ansiedad, miedo u otros) y se juzga importante empezar ese acompañamiento psicosocial (por percibir la necesidad de hacerlo).

En la secuencia, se presenta la tabla 1, con la operacionalización de las 46 variables.

Tabla 1 – Matriz de operacionalización de las variables del estudio

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
1. Edad	Cuantitativa discreta	Pregunta abierta, em años	Será clasificada la edad en años, a partir da la respuesta, sin agrupamientos previo	Frecuencia absoluta Frecuencia relativa (porcentaje) Moda Mediana
2. Género	Cualitativa nominal politómica	Masculino Femenino No me identifico con ningún de los dos	Será clasificado según la respuesta del género (o cuanto a no identificación del entrevistado con los dos tipos fornecidos como respuesta)	Cuartiles Frecuencia absoluta Frecuencia relativa (porcentaje)
3. Si presenta enfermedad crónica	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Se considera 'sí' si el entrevistado presenta alguna enfermedad crónica	Frecuencia absoluta Frecuencia relativa (porcentaje)
4. Si 'sí' a la pregunta anterior, cual enfermedad presenta	Cualitativa nominal politómica	Enf. Cardiovasculares Enf. Pulmonares Enf. Digestivas	Y 'no' si es el contrario Si el entrevistado ha contestado 'sí' en la pregunta anterior, contesta en esa cual(es) es(son) su(s) enfermedad(es) por grupos, previamente	Frecuencia absoluta Frecuencia relativa (porcentaje)

			Enf. Osteomusculares	explicado	
			Enf. Neurológicas	Sí presenta 'otras enfermedades' no catalogadas en las posibilidades de respuestas, puede poner 'otras enfermedades' e decir cual(es)	
			Enf. Psiquiátricas		
			Enf. Endocrinológicas		
			Otras enfermedades	Si contesta 'no' en la anterior, no contesta nada en esta	
5.	Si há tenido COVID	Cualitativa nominal dicotómica	Sí	Se considera 'sí' si el entrevistado ha tenido COVID	Frecuencia absoluta
			No	Y 'no' si es el contrario	Frecuencia relativa (porcentaje)
6.	Si ha ingresado por COVID	Cualitativa nominal dicotómica	Sí	Se considera 'sí' si el entrevistado ha ingresado por COVID	Frecuencia absoluta
			No	Y 'no' si es el contrario	Frecuencia relativa (porcentaje)
7.	Si ha vacunado por COVID en 2021	Cualitativa ordinal	Si, completamente	Se considera 'si, completamente' si el entrevistado ha recibido 3 dosis de la vacuna para formas graves de SARS-COV-2	Frecuencia absoluta
			Sí, parcialmente	Se considera 'si, parcialmente' si el entrevistado ha recibido 1 o 2 dosis de la vacuna	Frecuencia relativa (porcentaje)
			No	Se considera 'no' si el entrevistado no ha recibido ninguna dosis de la vacuna	
8.	Si ha vacunado por COVID en 2022	Cualitativa ordinal	Si, completamente	Sí considera 'si, completamente' si el entrevistado ha recibido todas las dosis indicadas a su edad y condición previa de Salud	Frecuencia absoluta
			Sí, parcialmente	Si considera 'si, parcialmente' si el entrevistado ha recibido una cantidad menor de dosis que la programada para su edad y condición de Salud	Frecuencia relativa (porcentaje)
			No	Si considera 'no' si el entrevistado no ha recibido ninguna dosis de la vacuna	

9. Autonomía en relación al uso del teléfono	Cualitativa ordinal	Recibe y hace llamadas sin asistencia	Respuesta de acuerdo con el grado de autonomía del entrevistado frente al tema propuesto, con 3 posibilidades de contestación de acuerdo con su autonomía (la primera con total autonomía, la segunda con autonomía parcial y la tercera sin ninguna autonomía)	Frecuencia absoluta
		Necesita de asistencia para realizar llamadas telefónicas		Frecuencia relativa (porcentaje)
		No tiene el hábito o es incapaz de usar el teléfono		
10. Autonomía en relación a viajes	Cualitativa ordinal	Realiza viajes solo(a)	Respuesta de acuerdo con el grado de autonomía del entrevistado frente al tema propuesto, con 3 posibilidades de contestación de acuerdo con su autonomía (la primera con total autonomía, la segunda con autonomía parcial y la tercera sin ninguna autonomía)	Frecuencia absoluta
		Solamente viaja cuando tiene compañía		Frecuencia relativa (porcentaje)
		No tiene el hábito o es incapaz de viajar		
11. Autonomía en relación a compras	Cualitativa ordinal	Realiza compras solo(a)	Respuesta de acuerdo con el grado de autonomía del entrevistado frente al tema propuesto, con 3 posibilidades de contestación de acuerdo con su autonomía (la primera con total autonomía, la segunda con autonomía parcial y la tercera sin ninguna autonomía)	Frecuencia absoluta
		Solamente hace compras cuando tiene compañía		Frecuencia relativa (porcentaje)
		No tiene el hábito o es incapaz de hacer compras		
12. Autonomía en relación al preparo de las refecciones	Cualitativa ordinal	Planea y cocina las refecciones completas	Respuesta de acuerdo con el grado de autonomía del entrevistado frente al tema propuesto, con 3 posibilidades de contestación de acuerdo con su autonomía (la primera con total autonomía, la segunda con autonomía parcial y la tercera sin ninguna autonomía)	Frecuencia absoluta
		Prepara solamente refecciones pequeñas o cuando recibe ayuda		Frecuencia relativa (porcentaje)
		No tiene el hábito o es incapaz de preparar refecciones		
13. Autonomía en relación al preparo del trabajo doméstico	Cualitativa ordinal	Realiza tareas pesadas	Respuesta de acuerdo con el grado de autonomía del entrevistado frente al tema propuesto, con 3 posibilidades de contestación de acuerdo con su autonomía (la primera con total autonomía, la segunda con autonomía parcial y la tercera sin ninguna autonomía)	Frecuencia absoluta
		Realiza tareas leves, necesitando de ayuda en las pesadas		Frecuencia relativa (porcentaje)
		No tiene el hábito o es incapaz de realizar trabajos domésticos		
14. Autonomía en relación al uso de	Cualitativa ordinal	Hace uso de los medicamentos sin asistencia	Respuesta de acuerdo con el grado de autonomía del entrevistado frente al tema propuesto, con 3	Frecuencia absoluta

	las medicaciones		Necesita de recuerdos o asistencia	posibilidades de contestación de acuerdo con su autonomía (la primera con total autonomía, la segunda con autonomía parcial y la tercera sin ninguna autonomía)	Frecuencia relativa (porcentaje)
			Es incapaz de controlar solo(a) el uso de los medicamentos		
15.	Autonomía en relación al manejo del dinero	Cualitativa ordinal	Rellena cheques y paga cuentas sin auxilio	Respuesta de acuerdo con el grado de autonomía del entrevistado frente al tema propuesto, con 3 posibilidades de contestación de acuerdo con su autonomía (la primera con total autonomía, la segunda con autonomía parcial y la tercera sin ninguna autonomía)	Frecuencia absoluta
			Necesita de auxilio para el uso de cheques y cuentas		Frecuencia relativa (porcentaje)
			No tiene el hábito de manejar dinero, cuentas...		
16.	Con cuántas personas vivía en el confinamiento	Cuantitativa discreta	0	Según la cantidad de personas que el entrevistado residía	Frecuencia absoluta
			1		
			2		Frecuencia relativa (porcentaje)
			3 o más		
17.	Si ha empeorado su orientación	Cualitativa ordinal	Nada	Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre su orientación, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
			Poco		Frecuencia relativa (porcentaje)
			Un poco		
			Bastante		
			Mucho		
18.	Si ha empeorado su memoria	Cualitativa ordinal	Nada	Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre su memoria, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
			Poco		Frecuencia relativa (porcentaje)
			Un poco		
			Bastante		
			Mucho		
19.	Si ha empeorado su atención y concentración	Cualitativa ordinal	Nada	Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre su atención y concentración, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
			Poco		Frecuencia relativa (porcentaje)
			Un poco		
			Bastante		
			Mucho		
20.	Si ha pasado a realizar tareas más lentamente	Cualitativa ordinal	Nada	Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre realizar tareas más lentamente, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
			Poco		Frecuencia relativa (porcentaje)
			Un poco		
			Bastante		
			Mucho		

21. Si es más difícil encontrar una palabra, realizar tareas de planeamiento y/o pasar de una tarea a otra	Cualitativa ordinal	Mucho	Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre si presenta alguna dificultad para encontrar alguna palabra, realizar tareas de planeamiento o mismo pasar de una tarea para otra, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
		Nada		Frecuencia relativa (porcentaje)
		Poco		
		Un poco		
22. Si ha disminuido la capacidad de identificar sus emociones y las de los otros	Cualitativa ordinal	Bastante	Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre su capacidad de identificar sus emociones y las de los otros, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
		Mucho		Frecuencia relativa (porcentaje)
		Nada		
		Poco		
23. Si ha empeorado la capacidad de calcular	Cualitativa ordinal	Un poco	Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre si ha empeorado la capacidad de calcular, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
		Bastante		Frecuencia relativa (porcentaje)
		Mucho		
		Nada		
24. Si ha empeorado la capacidad lingüística	Cualitativa ordinal	Poco	Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre la percepción de su capacidad lingüística, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
		Un poco		Frecuencia relativa (porcentaje)
		Bastante		
		Mucho		
25. Como se mantiene mentalmente activo	Cualitativa nominal politómica	Lectura (periódicos/revistas, libros, tablets, móviles...)	Pregunta sobre como el entrevistado se ha mantenido mentalmente activo, con posibilidades cerradas de respuesta u otros (sin necesitar especificar cuales los otros tipos, en esa pregunta)	Frecuencia absoluta
		Juegos de mesa		Frecuencia relativa (porcentaje)
		Aplicaciones de programas de estimulación cognitiva		
		Curso online (idiomas...)		
26. Si ha contestado 'otros', en la pregunta anterior, especifica cual	Cualitativa nominal	Otros (pregunta abierta)	Si el entrevistado ha contestado 'sí' en la pregunta anterior, en esa contestaba cual(es) la(s) otra(s) posibilidad a que ha recorrido para mantenerse mentalmente activo	Frecuencia absoluta
				Frecuencia relativa (porcentaje)
27. Si tiene miedo de que su Salud sea afectada	Cualitativa ordinal	Nunca	Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre si tiene miedo de que su Salud sea afectada, de manera	Frecuencia absoluta
		Raramente		Frecuencia relativa

			Muchas veces	creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	(porcentaje)
			La mayor parte del tiempo		
28. Si quiere cooperar o mostrar solidaridad para ayudar otras personas	Cualitativa ordinal	Siempre		Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre su deseo de cooperar o mismo mostrar solidaridad para ayudar otras personas, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
		Nunca			Frecuencia relativa (porcentaje)
		Raramente			
		Muchas veces			
			La mayor parte del tiempo		
29. Si se siente triste por el aislamiento o limitado en sus movimientos	Cualitativa ordinal	Siempre		Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre el hecho de sentir tristeza por el aislamiento o mismo limitado en sus movimientos, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
		Nunca			Frecuencia relativa (porcentaje)
		Raramente			
		Muchas veces			
			La mayor parte del tiempo		
30. Si se siente triste por no poder compartir tiempo con sus entes queridos	Cualitativa ordinal	Siempre		Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre sentir tristeza por no poder compartir tiempo con sus entes queridos, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
		Nunca			Frecuencia relativa (porcentaje)
		Raramente			
		Muchas veces			
			La mayor parte del tiempo		
31. Si quieres investigar y mantenerse actualizado(a) con los impactos de la pandemia en la Salud, sociales y económicos	Cualitativa ordinal	Siempre		Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre el deseo de investigar o mantenerse actualizado con los impactos de la pandemia en Salud, sociales y económicos, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
		Nunca			Frecuencia relativa (porcentaje)
		Raramente			
		Muchas veces			
			La mayor parte del tiempo		
32. Si usa su sentido de humor para adaptarse a la situación	Cualitativa ordinal	Siempre		Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre usar su sentido de humor para adaptarse a la situación, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
		Nunca			Frecuencia relativa (porcentaje)
		Raramente			
		Muchas veces			
			La mayor parte del tiempo		
33. Si se ha sentido ansioso(a) por no ser capaz de prever lo que iba a pasarse	Cualitativa ordinal	Siempre		Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre sentirse ansioso por no ser capaz de prever lo que iba a pasarse, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
		Nunca			Frecuencia relativa (porcentaje)
		Raramente			
		Muchas veces			
			La mayor parte del tiempo		
			Siempre		

34. Si ha sufrido de soledad	Cualitativa ordinal	Nunca	Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre haber sufrido de soledad, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
		Raramente		Frecuencia relativa (porcentaje)
		Muchas veces		
		La mayor parte del tiempo		
35. Si ha tenido miedo de no poder convivir positivamente con el aislamiento si necesario prolongarlo por mucho más tiempo	Cualitativa ordinal	Siempre	Respuesta de acuerdo con la percepción del entrevistado sobre el hecho de haber tenido miedo de no poder convivir positivamente con el aislamiento si necesario prolongarlo por mucho más tiempo, de manera creciente (nada > poco > un poco > bastante > mucho)	Frecuencia absoluta
		Nunca		Frecuencia relativa (porcentaje)
		Raramente		
		Muchas veces		
36. Con cuantas personas con las cuales no vive ha tenido contacto (directo o indirectamente) en los últimos 7 días	Cuantitativa continua	Nadie	Según la cantidad de personas con las cuales ha tenido contacto en los últimos 7 días, de acuerdo con las opciones que se ha ofrecido	Frecuencia absoluta
		1-2 personas		Frecuencia relativa (porcentaje)
		3-5 personas		
		6-8 personas		
37. Con quien ha entrado en contacto en la última semana	Cualitativa nominal politémica	9 o más personas	Según con quien ha entrado en contacto, en la última semana, de acuerdo la clasificación social que se ha ofrecido	Frecuencia absoluta
		Familia		Frecuencia relativa (porcentaje)
		Amigos		
		Vecinos		
38. Si existe algún otro aspecto que le preocupa con la situación que no ha sido mencionado en el cuestionario – y cual	Cualitativa nominal	Otros	Según la posibilidad de que haya algún otro aspecto que preocupaba el entrevistado – y, si sí, que contestase cual(es)	Frecuencia absoluta
		Todos los anteriores (pregunta abierta)		Frecuencia relativa (porcentaje)
39. Qué le ha ayudado a sentirse mejor durante el aislamiento	Cualitativa nominal	(pregunta abierta)	Según algo(s) que haya ayudado el entrevistado a sentirse mejor durante el aislamiento – y, si sí, que contestase cual(es)	Frecuencia absoluta Frecuencia relativa (porcentaje)
40. Si piensa que ha realizado el aislamiento de manera adecuada	Cualitativa ordinal	Si, totalmente	Respuesta de acuerdo con los informes y recomendaciones de la OMS, MS o mismo locales – ‘sí totalmente’ si el entrevistado a seguido a rigor todas las recomendaciones; ‘sí, parcialmente’ si el entrevistado ha seguido solamente algunas de las	Frecuencia absoluta
		Si, parcialmente		Frecuencia relativa (porcentaje)
		No		
		No sé opinar		

41. Si acompaña (o ha acompañado), durante la pandemia, en algún servicio específico de Salud Mental	Cualitativa nominal dicotómica	Sí	recomendaciones; 'no' si no ha seguido ninguna de las recomendaciones; 'no sé opinar' si el entrevistado no está seguro cuanto a su respuesta, basado en sus prácticas durante el aislamiento	Frecuencia absoluta	
		No			Se considera 'sí' si el entrevistado ha acompañado (o acompaña actualmente) en algún servicio específico de Salud Mental, durante la pandemia
42. Si ha acudido a alguna consulta en el Centro de Salud, durante la pandemia, por cuenta de problemas de Salud Mental	Cualitativa nominal dicotómica	Sí	Y 'no' si es el contrario Se considera 'sí' si el entrevistado ha acudido a alguna consulta, por cuenta de problemas de Salud Mental, en el Centro de Salud	Frecuencia absoluta	
		No			Frecuencia relativa (porcentaje)
43. Si creé que es importante empezar (o dar continuidad) a algún acompañamiento psicosocial por cuenta de lo que ha vivido (o vive) en la pandemia	Cualitativa nominal politómica	Sí	Se considera 'sí' si el entrevistado piensa que es importante empezar (o mismo dar continuidad) a algún acompañamiento psicosocial por cuenta de lo que ha vivido (o vive actualmente) en la pandemia	Frecuencia absoluta	
		No			Frecuencia relativa (porcentaje)
		No sé opinar			Y 'no' si es el contrario
44. Sí ha contestado 'sí' en la pregunta anterior, diga porqué	Cualitativa nominal	(pregunta abierta)	Se considera 'no' si es el contrario	Frecuencia absoluta	
			Se considera 'no sé opinar' si el entrevistado no tiene una opinión formada a respecto del tema		Frecuencia relativa (porcentaje)
45. Si piensa que los servicios de Salud Mental (o Centros de Salud) de su ciudad está preparados para cuidar de usted y de todos los que necesitan de cuidados en Salud Mental	Cualitativa ordinal	Sí, totalmente	Se considera 'si, totalmente' si el entrevistado piensa que los servicios de Salud Mental están totalmente preparados para recibirle y a todos los que necesitan de cuidados en Salud Mental, de manera total	Frecuencia absoluta	
		Sí, parcialmente			Frecuencia relativa (porcentaje)
		No			
		No sé opinar			Se considera 'si, parcialmente' si el entrevistado piensa que los servicios de Salud

			Mental están parcialmente preparados para recibirle y a todos los que necesitan de cuidados en Salud Mental, de manera total	
			Se considera 'no' si el entrevistado piensa que los servicios de Salud Mental no están preparados	
			Se considera 'no sé opinar' si el entrevistado no tiene una opinión formada sobre el tema	
46. Si ha contestado 'no' en la pregunta anterior, diga por qué	Cualitativa nominal	(pregunta abierta)	Si el entrevistado ha contestado 'no', en la pregunta anterior, contestaba por qué en esa pregunta	Frecuencia absoluta Frecuencia relativa (porcentaje)

Fuente: elaboración propia, 2023

3.5 Procedimiento y selección de participantes

El estudio se ha empezado con el levantamiento bibliográfico extenso, profundo y exhaustivo, seguido de la aplicación de las encuestas.

Las entrevistas y los cuestionarios autoadministrados se han aplicado de manera aleatoria, a pacientes que, mientras esperaban por una consulta médica del PNAS, en la sala de espera de los Centros de Salud (en UBSs y ESFs), han podido participar del estudio, de esta manera:

- Inúbia Paulista-SP: por presentar solamente un Centro de Salud en la ciudad, las entrevistas y encuestas han sido administradas en la sala de espera de ese único Centro de Salud. Aún, a partir de un listado de mayores y sus direcciones, datos fornecidos por la secretaria Municipal de Salud, se ha realizado búsqueda directa activa en los domicilios de los mayores, por no presentar el muestreo necesario solamente con los que han acudido a las consultas en el PNAS (por ser una ciudad pequeña, con pocas consultas al día);

- Ribeirão Preto-SP: conforme ya dicho, esa ciudad presenta 47 Centros de Salud, distribuidos entre las 05 aéreas de la ciudad (norte, sur, leste, oeste y central), siendo

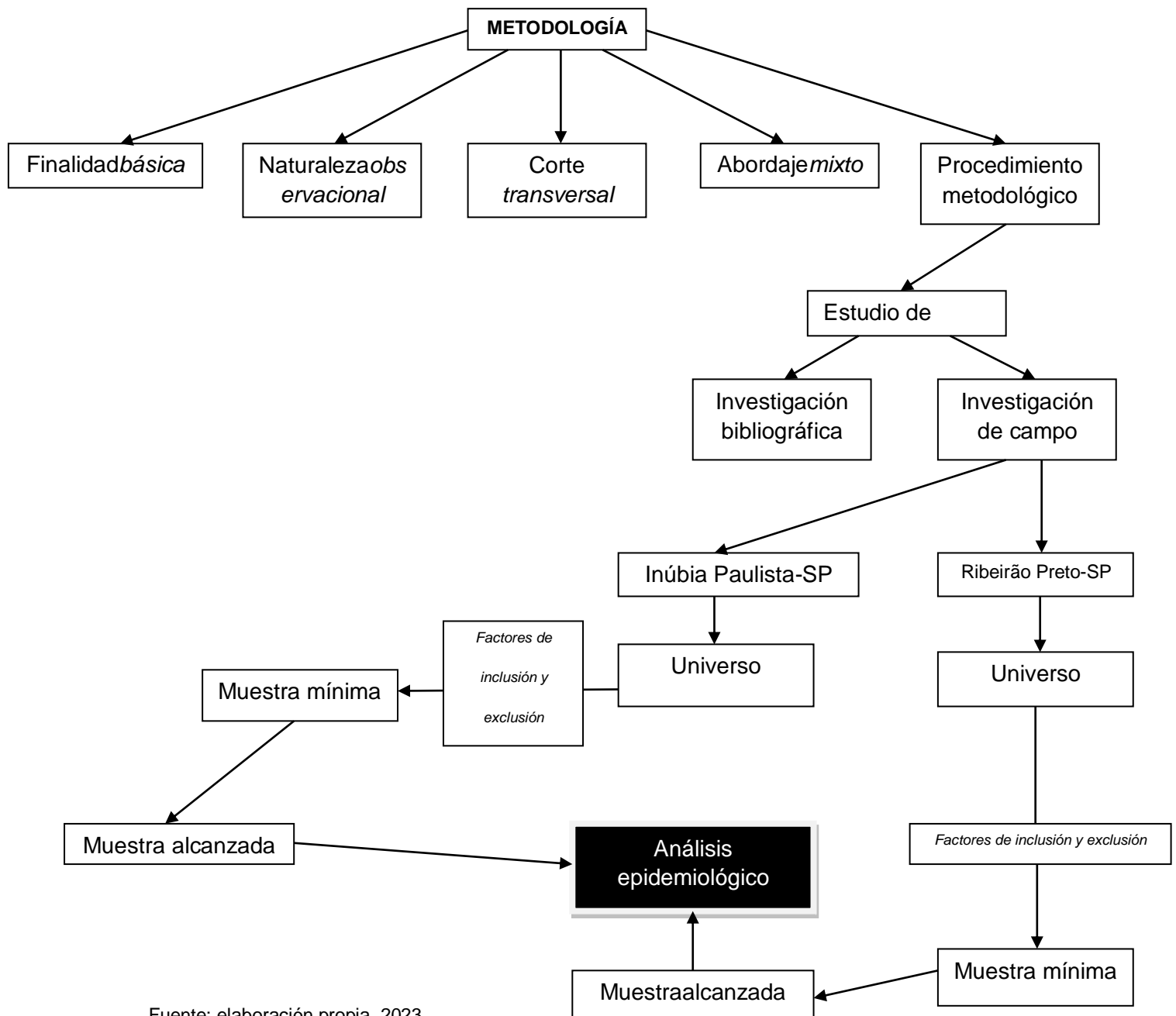
elegidas de manera aleatoria 05 unidades de Salud (una para cada área: Norte: ESF Heitor Rigon; Sur: UBDS Vila Virgínia; Leste: UBS São José; Oeste: UBDS Sumarezinho; Central: ESF Vila Tibério), para hacer la investigación, de manera que las encuestas han sido realizadas en las salas de espera de esas unidades – también datos (nombres de los mayores y listado de sus direcciones) han sido fornecidos por la Secretaria Municipal de Salud para búsqueda directa activa.

Las notas han sido registradas en el cuaderno de ‘Notas de Campo’, para posterior análisis cualitativo.

Es importante decir que la participación en la investigación ha sido anónima y voluntaria (se han abordado a los posibles investigados, les siendo presentada la investigación en desarrollo, y esta persona ha sido invitada a participar, pudiendo aceptar o no), mediante firma del Consentimiento Informado (en portugués, ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’ (TCLE)) – el investigado ha podido retirarse de la investigación en cualquier momento que desee, sin que eso le ha ocasionado algún daño o exposición. Todavía, la aplicación de los cuestionarios se ha dado por el propio tesista y por otra persona entrenada, de manera a tener un muestro heterogéneo (mismo con personas analfabetas, que no han podido contestar directamente, pero que lo han hecho a través del entrevistador).

La figura 9 es un esquema que sintetiza la metodología aplicada de este trabajo.

Figura 9 - Esquematación de la metodología del estudio



Fuente: elaboración propia, 2023

3.6 Técnicas, instrumentos y análisis de los datos

Ha sido aplicado un cuestionario con 46 preguntas a los pacientes de las muestras, a través de Google Forms®, una plataforma online de encuestas. Los cuestionarios han sido hechos directamente en la plataforma, de la siguiente manera: el entrevistador ha hecho una entrevista con el entrevistado, presentándole el trabajo, el Consentimiento Informado

(obteniendo su firma y sanando sus dudas sobre su participación) y, después, presentando el cuestionario de la investigación, de manera a explicarle las encuestas al entrevistado. El entrevistador ha hecho la lectura de cada cuestión, una a una y, después de la respuesta dada por el entrevistado, el entrevistador ha marcado/señalado exactamente la respuesta del entrevistado, sin interferencias, en la plataforma (en la presencia del entrevistado, en tiempo real). Como dicho anteriormente, eso se ha dado en las Salas de Espera de las consultas médicas del PNAS o en busca activa de los pacientes (es decir, en sus casas).

El cuestionario está dividido de la siguiente manera, en 4 partes (apéndices 1 a 4, en portugués);

- parte 1: subcuestionario socio demográfico (edad, género, si presenta enfermedades crónicas (y cuales, por grupos de enfermedades (cardiaca, respiratoria, digestiva, y otras), si ha tenido o no COVID-19, si ha ingresado o no por COVID-19, si se ha vacunado o no para COVID-19);

- parte 2, *Índice de Lawton y Brody*, instrumento ya validado y adaptado a la cultura brasileña, que es una evaluación de las condiciones del anciano para realizar las actividades instrumentales de la vida cotidiana, evaluando su grado de independencia y autonomía, por medio de 07 preguntas estructuradas al paciente;

- parte 3, subcuestionario semi-estructurado '*Efectes cognitius i psicossocials del confinament en persones grans*', instrumento ya validado por la Fundació Salut i Envel·liment de la Universitat Autònoma de Barcelona, España, adaptado a la realidad brasileña, con 24 preguntas, con respuestas tipo escala de Likert, en su mayoría – su uso ya está autorizado, a través de correo electrónico (apéndice 5);

- parte 4, subcuestionario semi-estructurado que pregunta si el paciente ya acompaña en algún servicio de Salud Mental, durante la pandemia, y si piensa ser importante empezar algún acompañamiento psicosocial (actual o en los próximos meses), por cuenta de que ha vivido, cuanto, a sus efectos cognitivos y psicosociales, en la pandemia, y por qué piensa ser importante tal acompañamiento, con 07 preguntas.

Al final, las respuestas han sido automáticamente organizadas y guardadas en planillas de Microsoft Excel®), con los análisis estadísticos hechos por el software Jamovi®.

Se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para determinar la parametricidad de los datos cuantitativos ($n > 20$). Los datos colectados de las entrevistas están enseñados, uno a uno, por el número de pregunta, en el cuestionario, en el apartado 3.8 'Presentación de los datos obtenidos'. Cuanto, a posibles asociaciones y correlaciones,

esos análisis se encuentran en el capítulo 4, 'Resultados y Discusión'. Se realizó el Test de Cronbach para evaluar la fiabilidad de los subcuestionarios (partes 2, 3 y 4). Después de eso, se utilizaron los siguientes testes no paramétricos de grupos independientes: el Test de Mann Whitney, para evaluar posibles asociaciones entre variables cualitativas nominales x variables cualitativas ordinales; el Test Chi-Cuadrado de Pearson, para evaluar asociaciones entre variables cualitativas nominales x variables cualitativas nominales (que no presentan orden); el Test de Kruskal-Wallis (seguido del Test de Comparaciones Múltiples de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner) para evaluar asociaciones entre variables cualitativas ordinales x variables cualitativas ordinales; el Test de Correlación de Spearman, para evaluar correlaciones entre las variables cualitativas ordinales, entre sí. Los análisis estadísticos utilizados (bien como su interpretación estadística) se basan en los libros de Callegari-Jacques (2003), de Arango (2009), de Glantz (2013) y de Normando y Honório (2023).

Algunas variables, provenientes de preguntas abiertas, han tenido sus respuestas agrupadas en categorías, de acuerdo con un eje temático común o similar. Por último, los resultados se presentan en forma de tablas y gráficos, y para todos los análisis el nivel de significación fue de 5%.

3.7 Ética en la investigación

Se declara que el tesista no presenta ningún tipo de conflicto de intereses (de manera sola, junto con algún participante de la investigación o cualquier otro colaborador), directa o indirectamente, para el desarrollo de esta investigación.

La investigación (en la fase de proyecto), después de aprobada por las autoridades de UCES, ha sido remitida para aprobación por las Secretarías Municipales de Salud de los dos municipios y, luego de esas aprobaciones, se ha enviado a Plataforma Brasil, a través de su plataforma virtual, por ser el máximo organismo federal brasileño de investigación en seres humanos. Dicha instancia ha procedido a un Comité de Ética para evaluación ética y autorización oficial (Comité de Ética del Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto-SP, Brasil), siendo también evaluada por CONEP (en portugués, '*Conselho Nacional de Ética em Pesquisa*', en español Consejo Nacional de Ética en Investigación, de Brasília-DF, Brasil), ya que las Secretarías Municipales de Salud de las referidas ciudades no cuentan con Comités de Ética propios – el trabajo ha sido evaluado por CONEP justamente por ser el centro organizador (UCES) fuera de Brasil.

El proyecto tiene autorización a través del número CAAE 55625822.2.0000.5378, parecer número 5.588.847, de 18 de agosto de 2022 (anexo 1). De igual manera, ha respetado la resolución 510/2016 de la CONEP.

Solo después que el proyecto estaba oficialmente autorizado se ha dado comienzo a la investigación. Es importante aclarar que la Plataforma Brasil ha solicitado periódicamente algún informe o reporte sobre la investigación, que también se ha enviado a través de la plataforma virtual.

Todos los 674 participantes han firmado el Consentimiento Informado (en portugués, TCLE), que asegura la dignidad humana en todas las etapas de la investigación (apéndice 6).

Asimismo, esta tesis ha sido sometido a 2 revisiones por su contenido anti plagio, con contenido 100% libre de plagio (como se ve en el Anexo 2). De igual manera, se declara que esta tesis ha sido escrita sin el uso de softwares de Inteligencia Artificial.

Por fin, esta tesis está escrita no llevando en cuenta el lenguaje neutro, lo que no implica irrespeto a la causa (o mismo a las personas) de los que luchan por ese tipo de lenguaje.

3.8 Limitaciones del método

Mientras la muestra sea una representación del universo, no se puede generalizar oficialmente los resultados al universo (pero si una inferencia). En ese caso, los sujetos de la investigación son limitados, pero pueden servir de modelo para la apreciación y formulación de una nueva herramienta de análisis. Sin embargo, aunque existen dificultades, complejidades y riesgos, lo que se pretendía era que toda la investigación se realizara con rigor científico, según los pasos metodológicos, para permitir conclusiones muy fiables y relevantes para la profundización del conocimiento científico. En suma, el proceso metodológico viene a permitir la aprehensión de la Ciencia como un procedimiento vivo y no como un producto fragmentado.

3.9 Presentación de los datos obtenidos

Abajo, se presentan los datos obtenidos con la aplicación de las entrevistas a los 674 individuos participantes.

Una vez que ese estudio evalúa dos ciudades, los datos abajo las representan, de manera separada.

Pregunta #1 – ¿Cuál es su edad (en años)?

Inúbia Paulista-SP ha presentado 257 evaluados, con edad mínima de 61 años y máxima de 92 años, siendo la moda 62, mediana 67, cuartil 25 63,0, cuartil 50 67,0, cuartil 75 74,0 (realizada la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov en la muestra, con $p < 0.001$, luego es una variable con distribución anormal (que no comprende desviación estándar y promedio, pero sí mediana y cuartiles)).

Ribeirão Preto-SP ha presentado 417 evaluados, con edad mínima de 61 años y máxima de 97 años, siendo la moda 63, mediana 69, cuartil 25 66,0, cuartil 50 69,0 y cuartil 75 74,0 (realizada la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, con $p < 0.001$, luego es una variable con distribución anormal (que no comprende desviación estándar y promedio, pero sí mediana y cuartiles)).

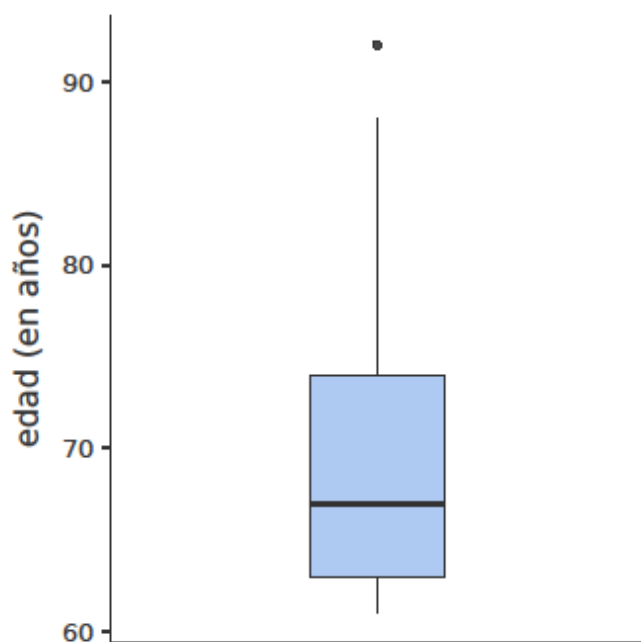
La tabla 2 representa el análisis descriptivo de las dos muestras, mientras los gráficos 1 y 2 muestran el análisis gráfico de las dos ciudades.

Tabla 2 – Representación de los datos estadísticos en relación a la edad, en las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP

	Inúbia Paulista-SP	Ribeirão Preto-SP
N	257	417
Edad mínima	61	61
Edad máxima	92	97
Moda	62	63
p Kolmogorov-Smirnov	< 0.001	<0.001
25° percentil	63	66
Mediana / 50° percentil	67	69
50° percentil	74	74

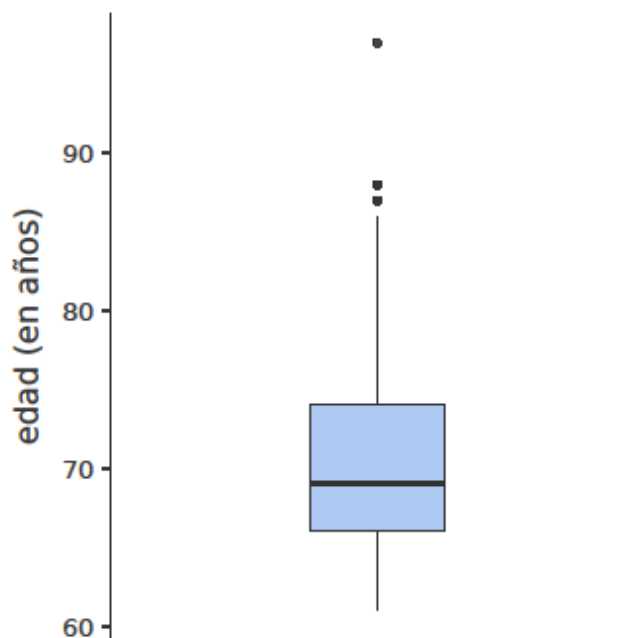
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 1 – Análisis gráfico de la edad de la muestra de Inúbia Paulista-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 2 – Análisis gráfico de la edad de la muestra de Ribeirão Preto-SP



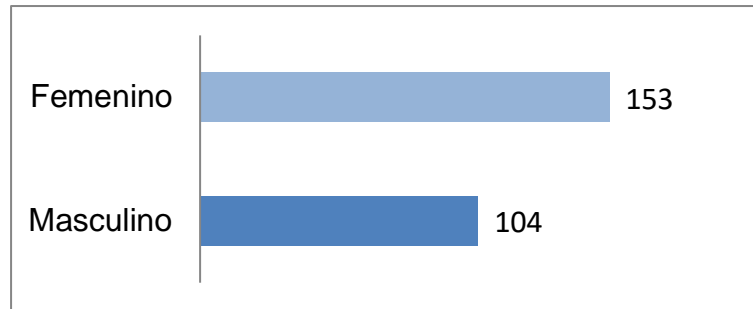
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #2 – ¿Cual su género?

Inúbia Paulista-SP presenta 104 personas que se identifican con el género masculino (40,46%), 153 con el género femenino (59,53%) y ninguna que no se identifica con los géneros – números absolutos representados en el gráfico 3 y los relativos en el gráfico 4.

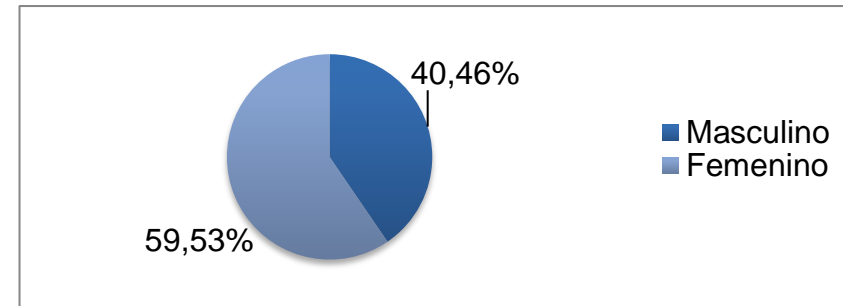
Ribeirão Preto-SP presenta 183 personas que se identifican con el género masculino (43,88%), 234 con el género femenino (56,11%) y ninguna que no se identifica con los géneros – números absolutos representados en el gráfico 5 y los relativos en el gráfico 6.

Gráfico 3 – Distribución de géneros, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



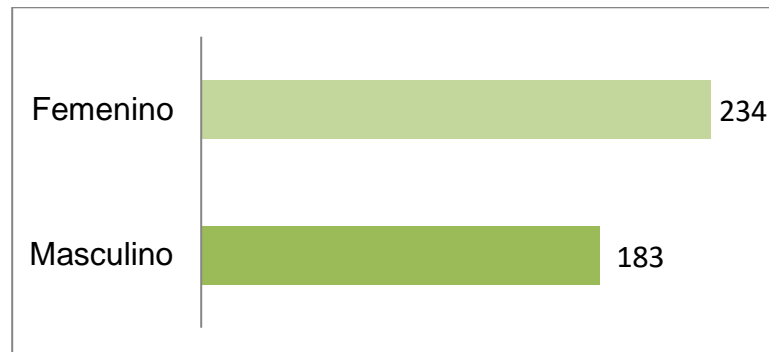
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 4 – Distribución de géneros, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



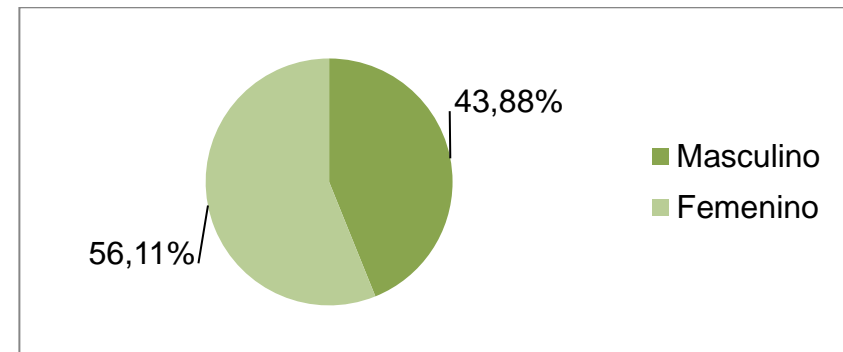
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 5 – Distribución de géneros, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 6 – Distribución de géneros, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



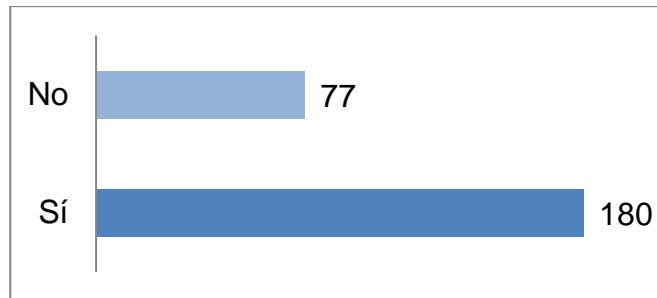
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #3 – ¿Presenta alguna enfermedad crónica?

En Inúbia Paulista-SP, 180 personas han respondido que sí (70,03%) y 77 personas que no (29,96%) – números absolutos representados en el gráfico 7 y los relativos en el gráfico 8.

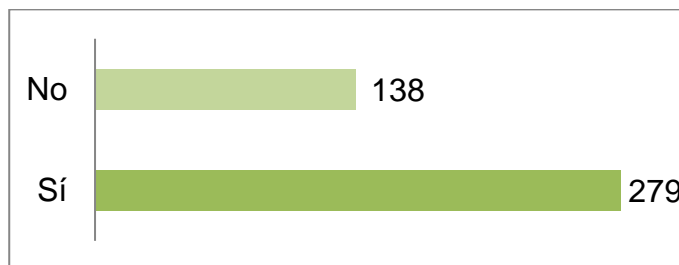
En Ribeirão Preto-SP, 279 personas han respondido que sí (66,90%) y 138 personas que no (33,10%) – números absolutos representados en el gráfico 9 y los relativos en el gráfico 10.

Gráfico 7 – Representación gráfica de personas que presentan enfermedades crónicas en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



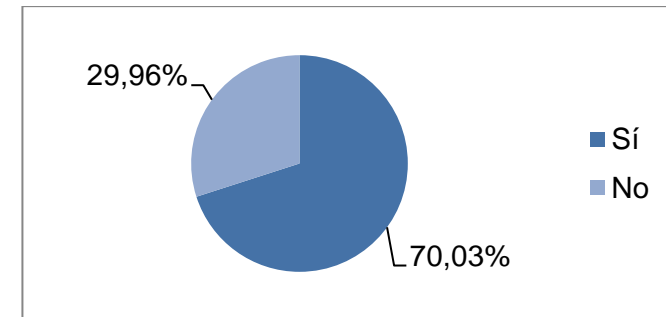
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 9– Representación gráfica de personas que presentan enfermedades crónicas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



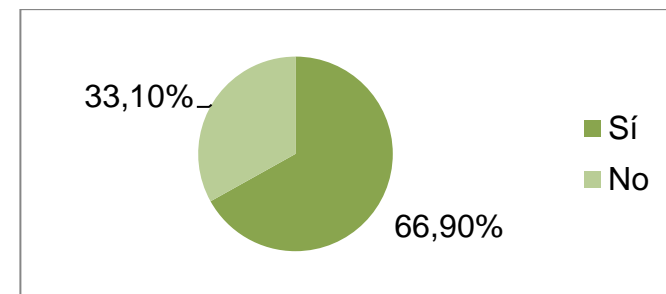
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 8– Representación gráfica de personas que presentan enfermedades crónicas en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 10– Representación gráfica de personas que presentan enfermedades crónicas en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #4 – Si ha contestado Sí en la pregunta #3, dile a cuál grupo pertenece su enfermedad (enfermedades esas divididas por grupo nosológicos, y recordando que una misma persona puede presentar más de una enfermedad).

En Inúbia Paulista-SP, de las 180 personas que han contestado Sí en la pregunta #3, 131 (72,36%) han dicho que presentaban enfermedades cardiovasculares; 5 (2,77%) han dicho que presentaban enfermedades pulmonares; 6 (3,33%) han dicho que presentaban enfermedades digestivas; 20 (11,11%) han dicho que presentaban enfermedades osteomusculares; 3 (1,66%) han dicho que presentaban enfermedades neurológicas; 11 (6,11%) han dicho que presentaban enfermedades psiquiátricas; 75 (41,66%) han dicho que presentaban enfermedades endocrinológicas – la tabla 3 representa sintetiza los datos presentados, bien como el gráfico 11.

En Ribeirão Preto-SP, de las 279 personas que han contestado Sí en la pregunta #3, 185 (66,31%) han dicho que presentaban enfermedades cardiovasculares; 19 (6,81%) han dicho que presentaban enfermedades pulmonares; 7 (2,51%) han dicho que presentaban enfermedades digestivas; 69 (24,73%) han dicho que presentaban enfermedades osteomusculares; 5 (1,79%) han dicho que presentaban enfermedades neurológicas; 12 (4,30%) han dicho que presentaban enfermedades psiquiátricas; 7 (2,51%) han dicho que presentaban enfermedades endocrinológicas; 7 (2,51%) han contestado 'otras' (p. ej. enfermedades renales, cáncer de mama) – los datos están representados en la tabla 4 y en el gráfico 12.

Tabla 3 – Síntesis de las enfermedades crónicas apuntadas en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos y relativos

Enfermedades crónicas	Absoluto	Relativo (%)
Cardiovasculares	131	72,37
Pulmonares	5	2,77
Digestivas	6	3,33
Osteomusculares	20	11,11
Neurológicas	3	1,66
Psiquiátricas	11	6,11
Endocrinológicas	75	41,66

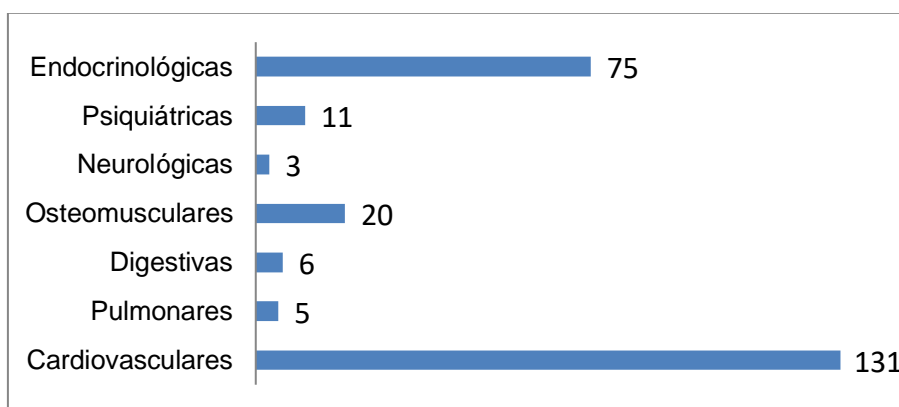
Fuente: elaboración propia, 2023

Tabla 4 – Síntesis de las enfermedades crónicas apuntadas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos y relativos

Enfermedades crónicas	Absoluto	Relativo (%)
Cardiovasculares	185	66,31
Pulmonares	19	6,81
Digestivas	7	2,51
Osteomusculares	69	24,73
Neurológicas	5	1,79
Psiquiátricas	12	4,30
Endocrinológicas	141	50,53
Otras (renales, CA mama, p.ej.)	7	2,51

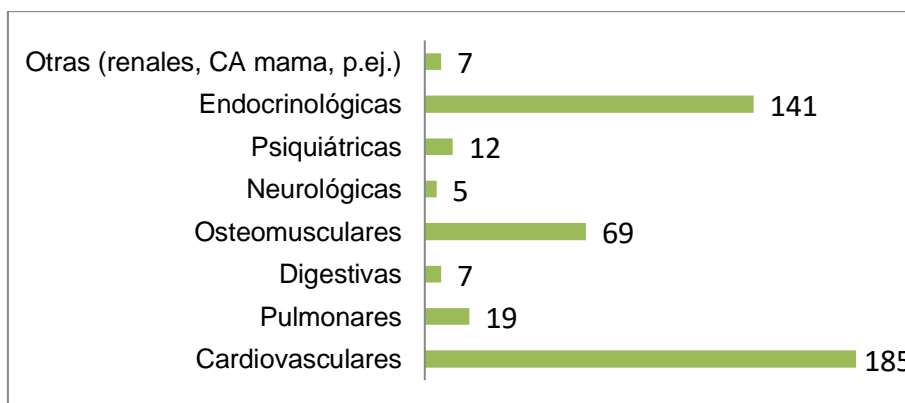
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 11 – Representación de las enfermedades crónicas apuntadas en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 12– Representación de las enfermedades crónicas apuntadas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



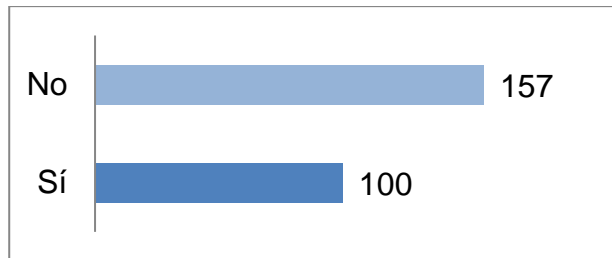
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #5 - ¿Ha tenido COVID-19?

En Inúbia Paulista-SP, 100 personas (38,91%) han contestado que han tenido COVID-19 y 157 personas (61,08%) han contestado que no – números absolutos representados en el gráfico 13 y los relativos en el gráfico 14.

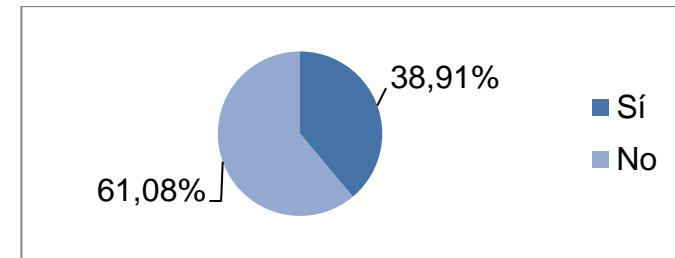
En Ribeirão Preto-SP, 138 personas (33,10%) han contestado que han tenido COVID-19 y 279 personas (66,90%) han contestado que no – números absolutos representados en el gráfico 15 y los relativos en el gráfico 16.

Gráfico 13– Representación de las personas que han tenido COVID-19, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



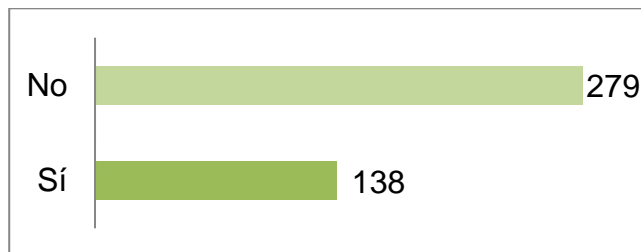
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 14– Representación de las personas que han tenido COVID-19, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



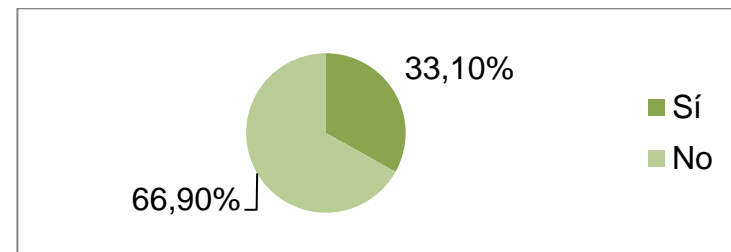
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 15– Representación de las personas que han tenido COVID-19, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 16– Representación de las personas que han tenido COVID-19, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



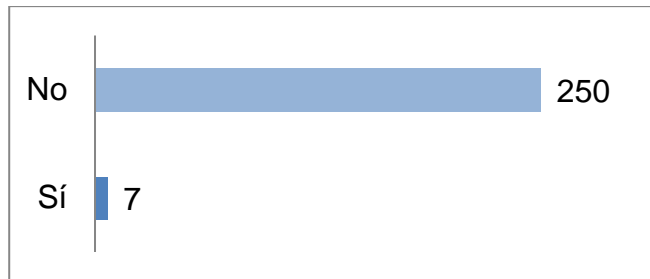
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #6 - ¿Tuviste que ser hospitalizado(a) por COVID-19?

En Inúbia Paulista-SP, 7 personas (2,72%) han contestado que 'sí' y 250 personas (97,27%) han contestado que 'no' – números absolutos representados en el gráfico 17 y los relativos en el gráfico 18.

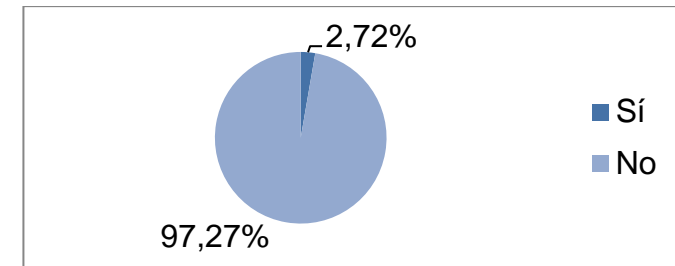
En Ribeirão Preto-SP, 33 personas (7,91%) han contestado que 'sí' y 384 personas (92,08%) han contestado que 'no' – números absolutos representados en el gráfico 19 y los relativos en el gráfico 20.

Gráfico 17– Representación de la necesidad de hospitalización por COVID-19, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



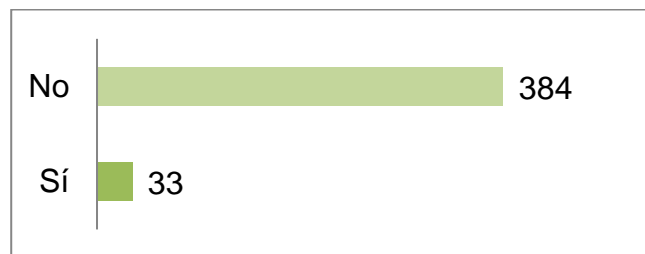
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 18– Representación de la necesidad de hospitalización por COVID-19, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



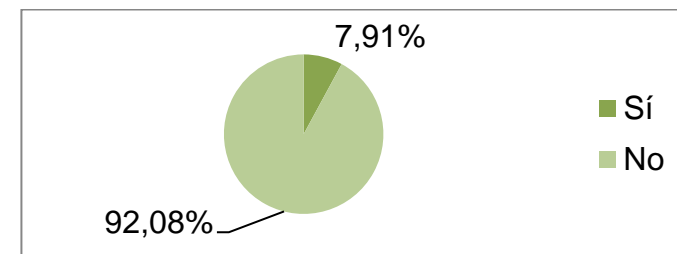
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 19 – Representación de la necesidad de hospitalización por COVID-19, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 20 – Representación de la necesidad de hospitalización por COVID-19, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



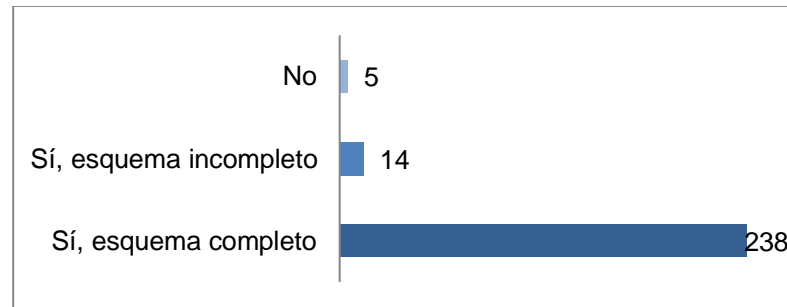
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #7 - ¿Ha sido vacunado(a) para el COVID-19 el 2021?

En Inúbia Paulista, 238 personas (92,60%) han contestado que 'sí, esquema completo'; 14 personas (5,44%) han contestado que 'sí, esquema incompleto'; 5 personas (1,94%) han contestado que 'no' – números absolutos representados en el gráfico 21 y los relativos en el gráfico 22.

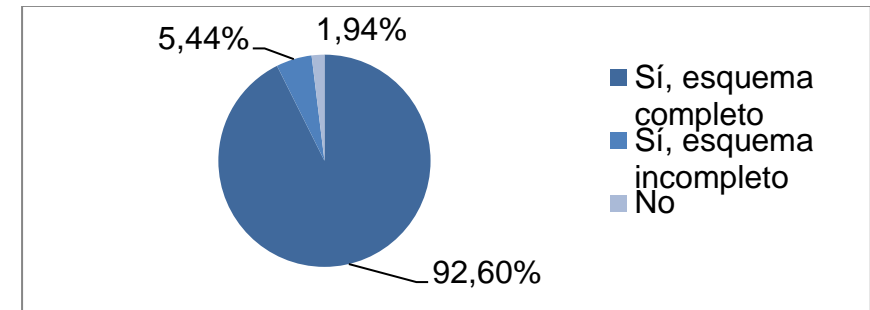
En Ribeirão Preto-SP, 370 personas (88,72%) han contestado que 'sí, esquema completo'; 39 personas (9,35%) han contestado que 'sí, esquema incompleto'; 8 personas (1,92%) han contestado que 'no' – números absolutos representados en el gráfico 23 y los relativos en el gráfico 24.

Gráfico 21 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2021, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



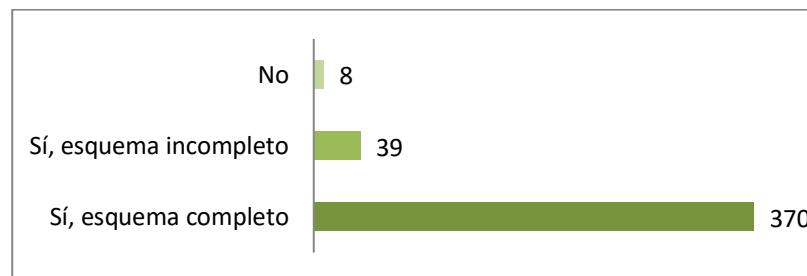
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 22 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2021, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



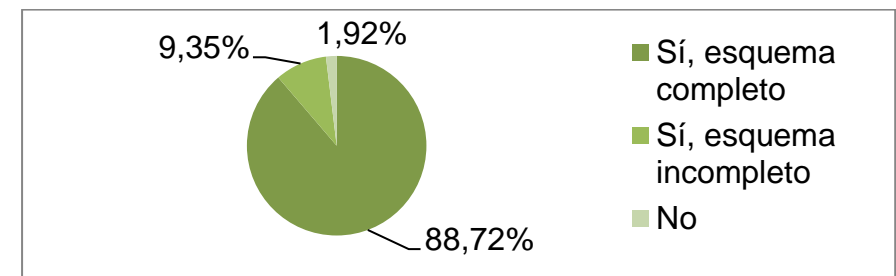
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 23 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2021, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 24 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2021, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



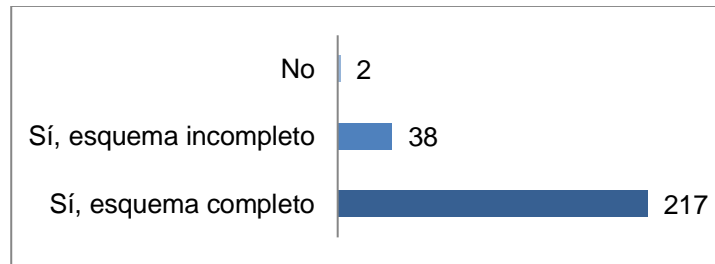
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #8 - ¿Ha sido vacunado(a) para el COVID-19 el 2022?

En Inúbia Paulista, 217 personas (84,43%) han contestado que ‘sí, esquema completo’; 38 personas (14,78%) han contestado que ‘sí, esquema incompleto’; 2 personas (0,77%) han contestado que ‘no’ – números absolutos representados en el gráfico 25 y los relativos en el gráfico 26.

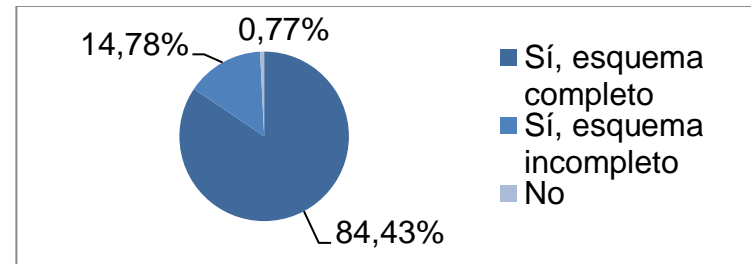
En Ribeirão Preto-SP, 351 personas (84,17%) han contestado que ‘sí, esquema completo’; 38 personas (9,11%) han contestado que ‘sí, esquema incompleto’; 28 personas (6,71%) han contestado que ‘no’ – números absolutos representados en el gráfico 27 y los relativos en el gráfico 28.

Gráfico 25 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2021, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



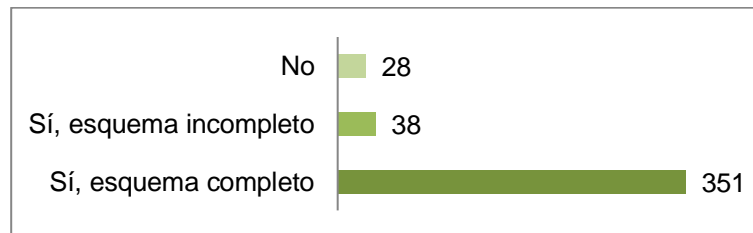
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 26 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2021, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



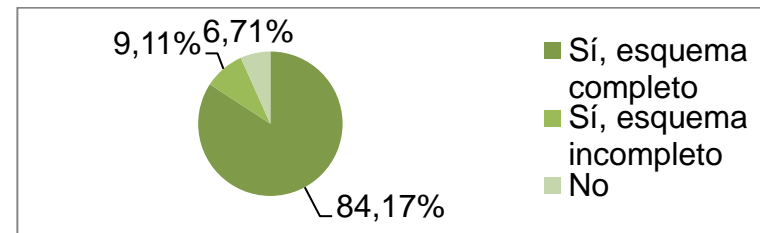
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 27 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2022, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 28 – Representación de la vacunación de COVID-19 el 2022, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



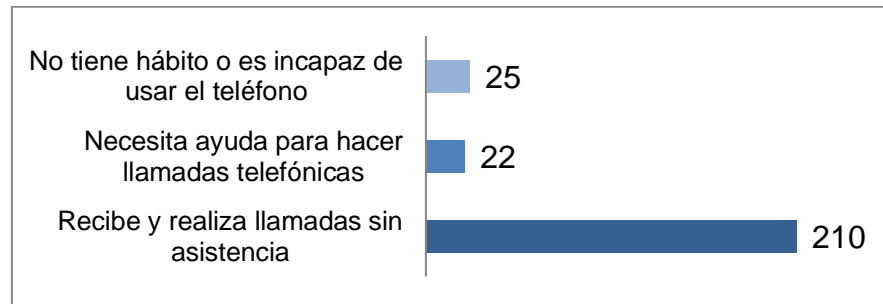
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #9 – En cuanto al teléfono:

En Inúbia Paulista-SP, 210 (81,72%) dicen que reciben y realizan llamadas sin asistencia; 22 (8,56%) necesitan ayuda para hacer llamadas telefónicas; 25 (9,72%) no tienen hábito o son incapaces de usar el teléfono – números absolutos representados en el gráfico 29 y los relativos en el gráfico 30.

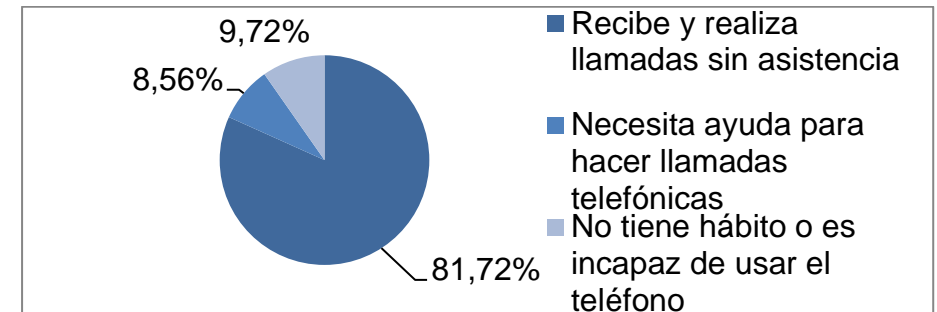
En Ribeirão Preto-SP, 361 (86,57%) dicen que reciben y realizan llamadas sin asistencia; 41 (9,83%) necesitan ayuda para hacer llamadas telefónicas; 15 (3,60%) no tienen hábito o son incapaces de usar el teléfono – números absolutos representados en el gráfico 31 y los relativos en el gráfico 32.

Gráfico 29 – Representación del uso del teléfono, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



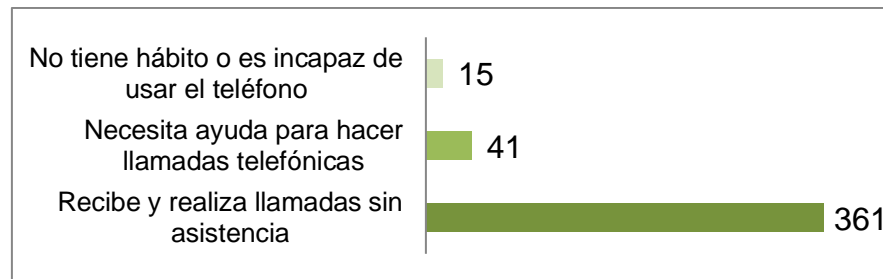
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 30 – Representación del uso del teléfono, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



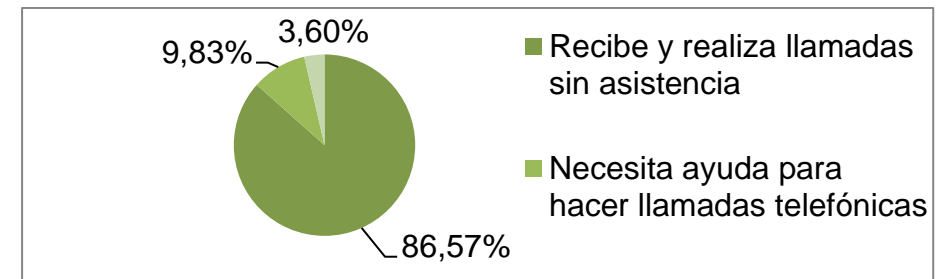
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 31 – Representación del uso del teléfono, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 32 – Representación del uso del teléfono, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



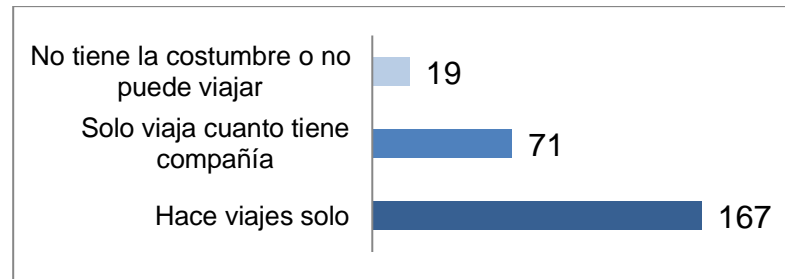
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #10 – En relación con los viajes:

En Inúbia Paulista-SP, 167 (64,98%) dicen hacer viajes solo; 71 (27,62%) solo viajan cuando tienen compañía; 19 (7,39%) no tienen la costumbre o no pueden viajar – números absolutos representados en el gráfico 33 y los relativos en el gráfico 34.

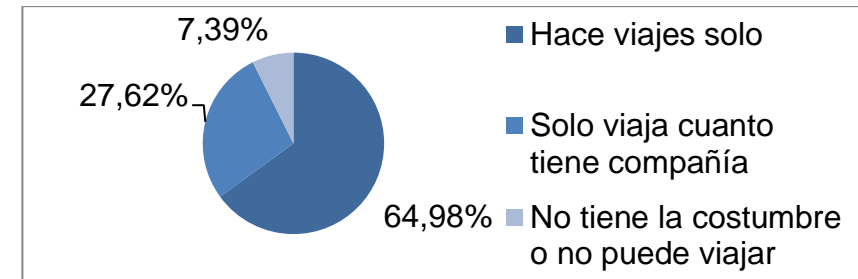
En Ribeirão Preto-SP, 274 (65,70%) dicen hacer viajes solo; 114 (27,33%) solo viajan cuando tienen compañía; 29 (6,96%) no tienen la costumbre o no pueden viajar – números absolutos representados en el gráfico 35 y los relativos en el gráfico 36.

Gráfico 33 – Representación de la relación con los viajes, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



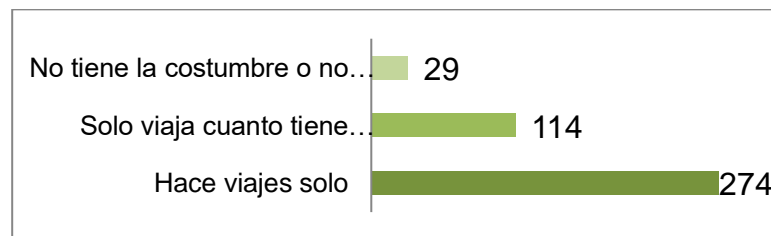
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 34 – Representación de la relación con los viajes, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



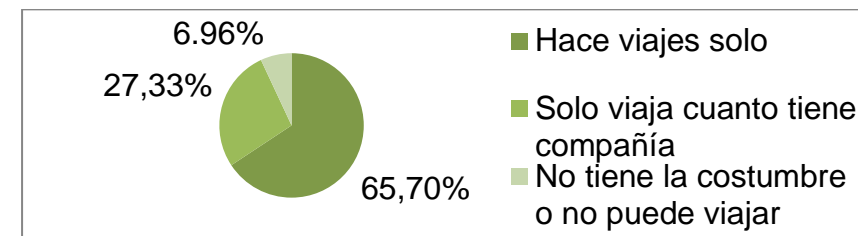
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 35 – Representación de la relación con los viajes, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 36 – Representación de la relación con los viajes, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



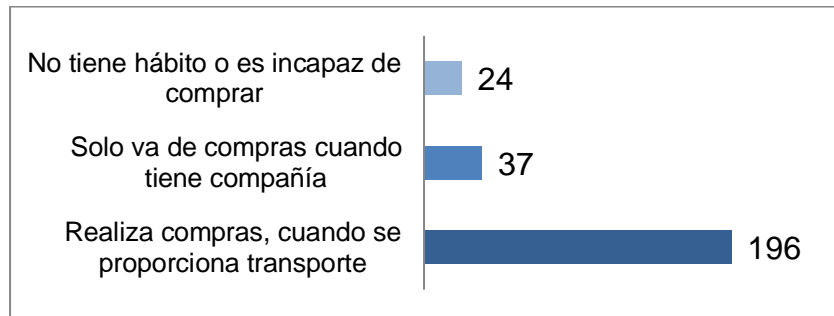
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #11 – En relación con la realización de compras:

En Inúbia Paulista-SP, 196 (76,26%) dicen que realizan compras, cuando se les proporciona transporte; 37 (14,39%) solo van de compras cuando tienen compañía; 24 (9,33%) no tienen hábito o son incapaces de comprar – números absolutos representados en el gráfico 37 y los relativos en el gráfico 38.

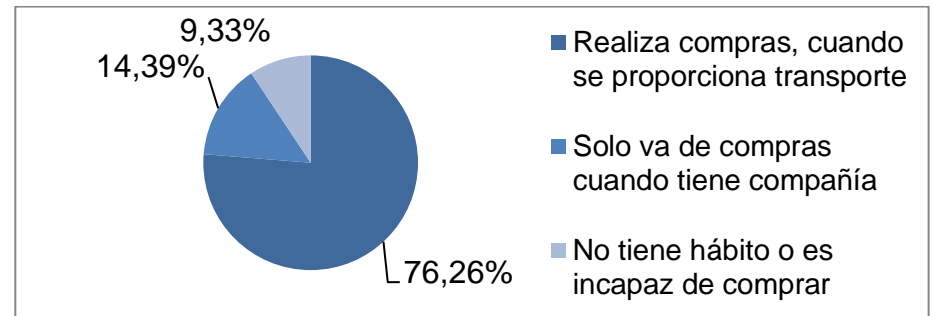
En Ribeirão Preto-SP, 322 (77,21%) dicen que realizan compras, cuando se les proporciona transporte; 61 (14,60%) solo van de compras cuando tienen compañía; 34 (8,19%) no tienen hábito o son incapaces de comprar – números absolutos representados en el gráfico 39 y los relativos en el gráfico 40.

Gráfico 37 – Representación de la relación con la realización de compras, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



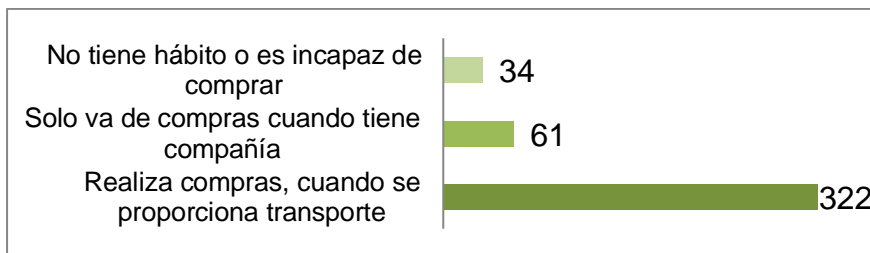
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 38 – Representación de la relación con la realización de compras, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



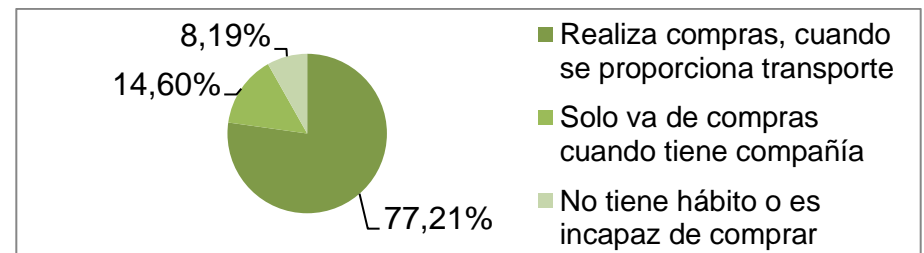
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 39 – Representación de la relación con los viajes, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 40– Representación de la relación con los viajes, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



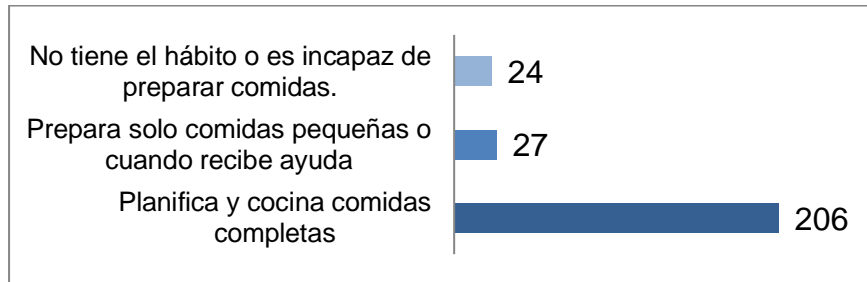
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #12 – En cuanto a la preparación de comidas:

En Inúbia Paulista-SP, 206 (80,15%) dicen que planifican y cocinan comidas completas; 27 (10,50%) preparan solo comidas pequeñas o cuando reciben ayuda; 24 (9,33%) no tienen el hábito o son incapaces de preparar comidas – números absolutos representados en el gráfico 41 y los relativos en el gráfico 42.

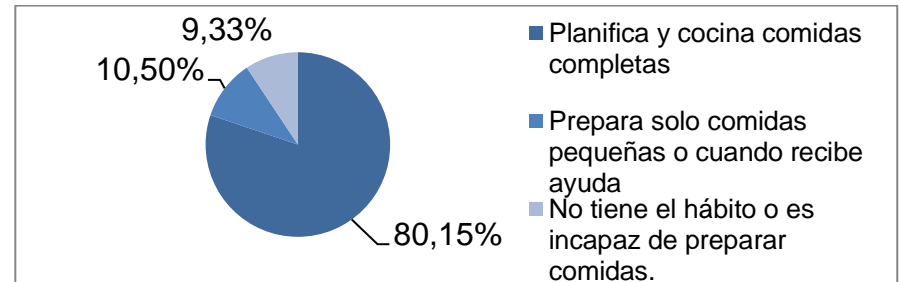
En Ribeirão Preto-SP, 325 (77,93%) dicen que planifican y cocinan comidas completas; 47 (11,27%) preparan solo comidas pequeñas o cuando reciben ayuda; 45 (10,80%) no tienen el hábito o son incapaces de preparar comidas – números absolutos representados en el gráfico 43 y los relativos en el gráfico 44.

Gráfico 41 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



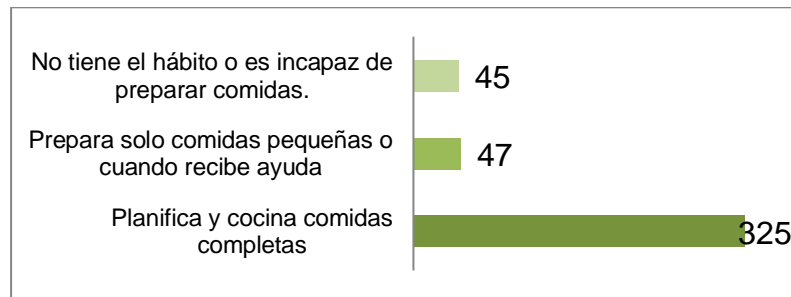
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 42 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



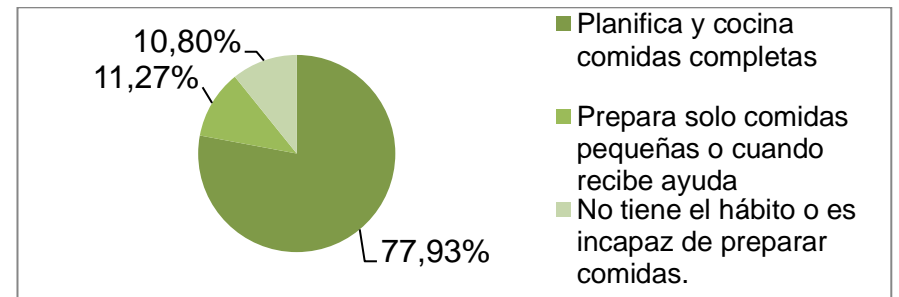
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 43 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 44 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



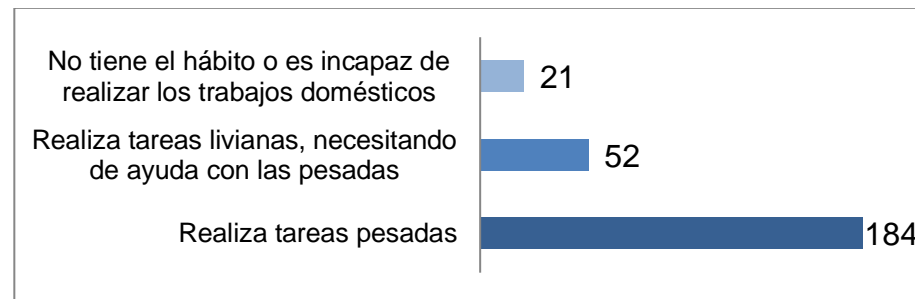
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #13 – En cuanto al trabajo doméstico:

En Inúbia Paulista-SP, 184 (71,59%) dicen que realizan tareas pesadas; 52 (20,23%) realizan tareas livianas, necesitando de ayuda con las pesadas; 21 (8,17%) no tienen el hábito o son incapaces de realizar los trabajos domésticos – números absolutos representados en el gráfico 45 y los relativos en el gráfico 46.

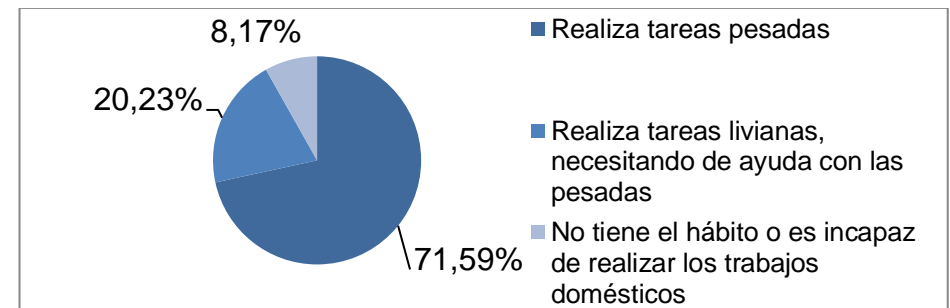
En Ribeirão Preto-SP, 280 (67,14%) dicen que realizan tareas pesadas; 90 (21,58%) realizan tareas livianas, necesitando de ayuda con las pesadas; 47 (11,27%) no tienen el hábito o son incapaces de realizar los trabajos domésticos – números absolutos representados en el gráfico 47 y los relativos en el gráfico 48.

Gráfico 45 – Representación de la relación cuanto al trabajo doméstico, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



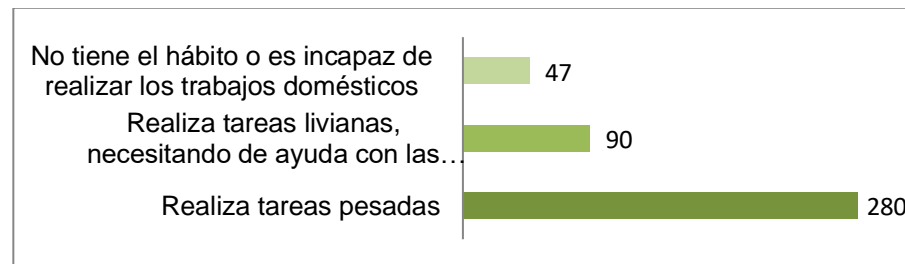
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 46 – Representación de la relación cuanto al trabajo doméstico, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



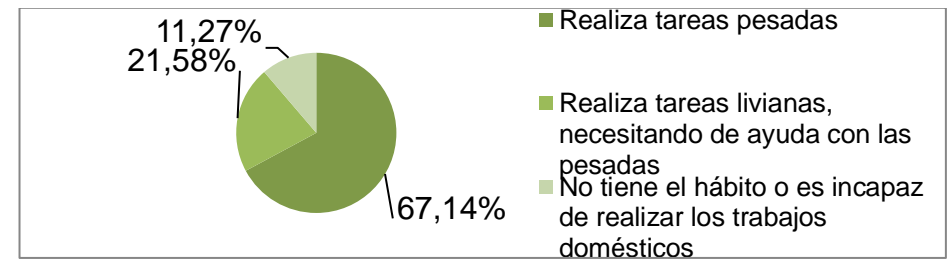
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 47 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 48 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



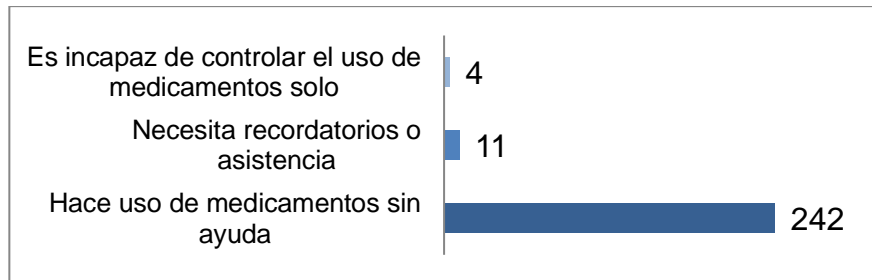
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #14 – En cuanto al uso de medicamentos:

En Inúbia Paulista-SP, 242 (94,16%) dicen que hacen uso de medicamentos sin ayuda; 11 (4,28%) necesitan recordatorios o asistencia; 4 (1,55%) son incapaces de controlar el uso de medicamentos solo – números absolutos representados en el gráfico 49 y los relativos en el gráfico 50.

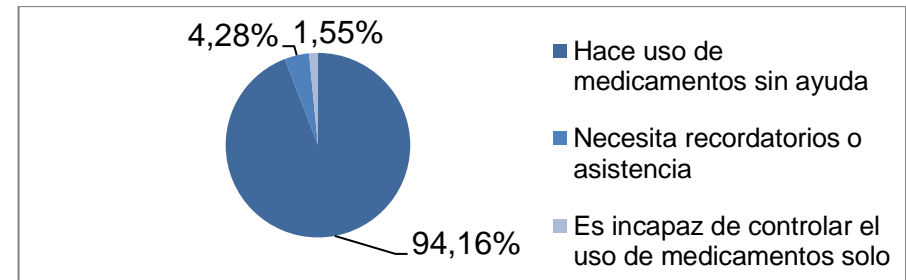
En Ribeirão Preto-SP, 360 (86,33%) dicen que hacen uso de medicamentos sin ayuda; 48 (11,51%) necesitan recordatorios o asistencia; 9 (2,16%) son incapaces de controlar el uso de medicamentos solo – números absolutos representados en el gráfico 51 y los relativos en el gráfico 52.

Gráfico 49 – Representación de la relación cuanto al uso de medicamentos, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



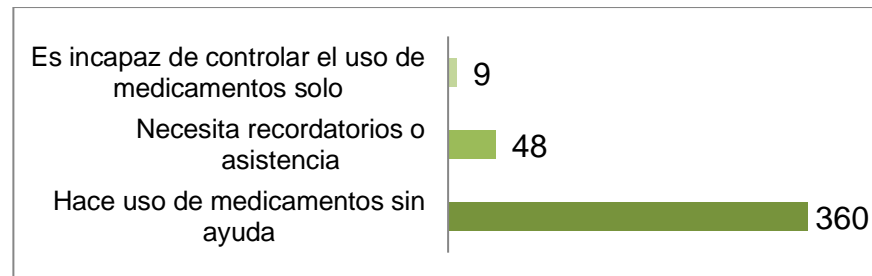
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 50 – Representación de la relación cuanto al uso de medicamentos, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



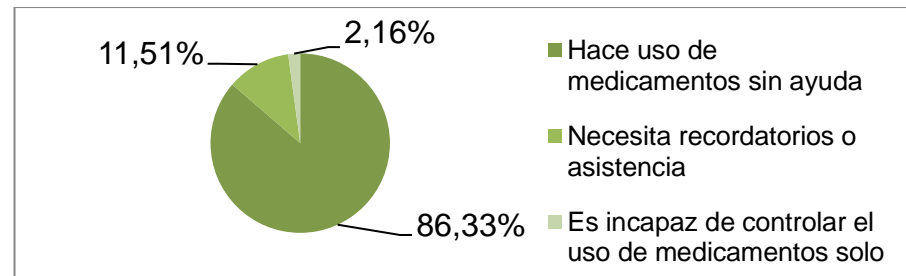
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 51 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 52 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



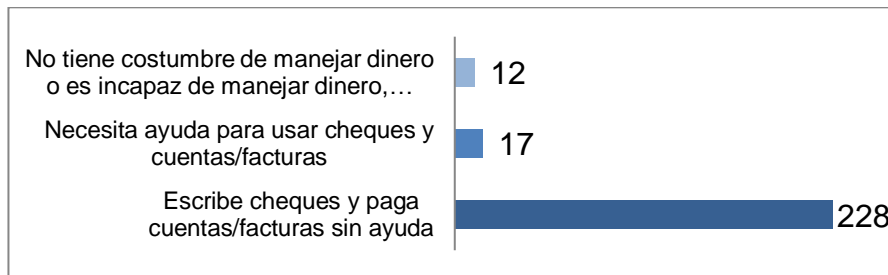
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #15 – En cuanto al manejo del dinero:

En Inúbia Paulista-SP, 228 (88,71%) dicen que escriben cheques y pagan cuentas/facturas sin ayuda; 17 (6,61%) necesitan ayuda para usar cheques y cuentas/facturas; 12 (4,66%) no tiene costumbre de manejar dinero o es incapaz de manejar dinero, cuentas/facturas... – números absolutos representados en el gráfico 53 y los relativos en el gráfico 54.

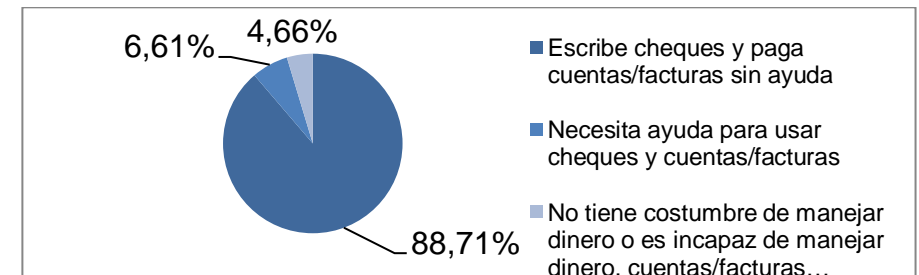
En Ribeirão Preto-SP, 348 (83,45%) dicen que escriben cheques y pagan cuentas/facturas sin ayuda; 52 (12,47%) necesitan ayuda para usar cheques y cuentas/facturas; 17 (4,07%) no tiene costumbre de manejar dinero o es incapaz de manejar dinero, cuentas/facturas... – números absolutos representados en el gráfico 55 y los relativos en el gráfico 56.

Gráfico 53 – Representación de la relación cuanto al trabajo doméstico, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



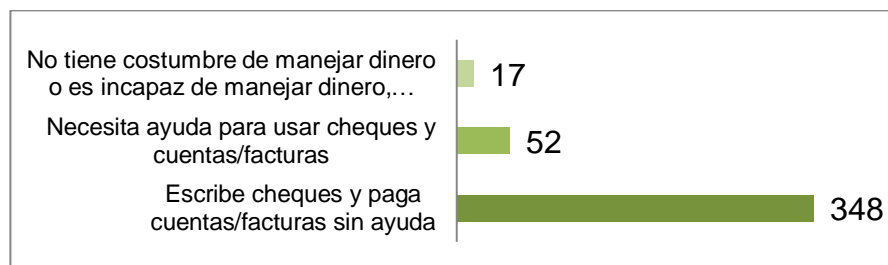
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 54 – Representación de la relación cuanto al trabajo doméstico, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



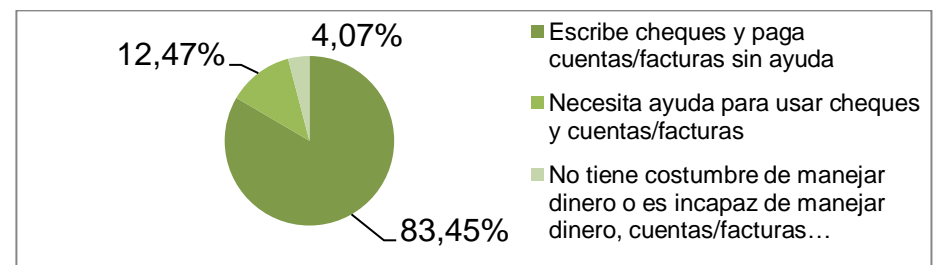
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 55 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 56 – Representación de la relación con la preparación de comidas en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



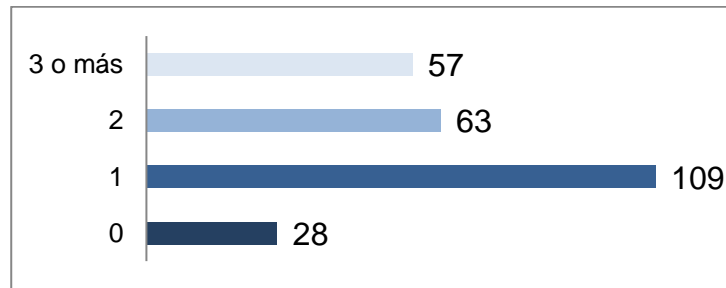
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #16 – “¿Con cuántas personas conviviste durante el confinamiento?”

En Inúbia Paulista, 28 (10,89%) han contestado que convivían con nadie durante el confinamiento; 109 (42,41%) convivieron con 1 persona; 63 (24,51%) convivieron con 2 personas; 57 (22,17%) convivieron con 3 personas o más – números absolutos representados en el gráfico 57 y los relativos en el gráfico 58.

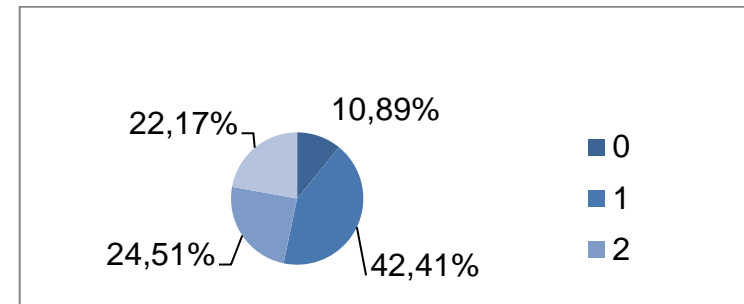
En Ribeirão Preto-SP, 60 (14,39%) han contestado que convivían con nadie durante el confinamiento; 118 (28,30%) convivieron con 1 persona; 83 (19,90%) convivieron con 2 personas; 156 (37,41%) convivieron con 3 personas o más – números absolutos representados en el gráfico 59 y los relativos en el gráfico 60.

Gráfico 57 – Representación de la relación de personas de convivio, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



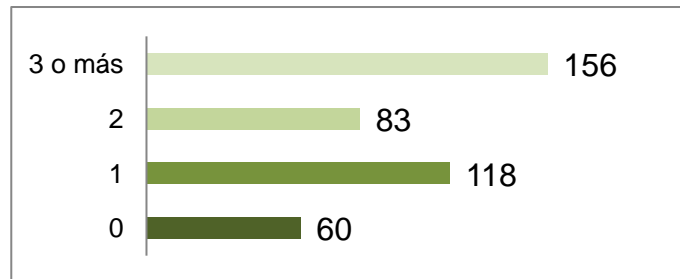
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 58 – Representación de la relación de personas de convivio, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



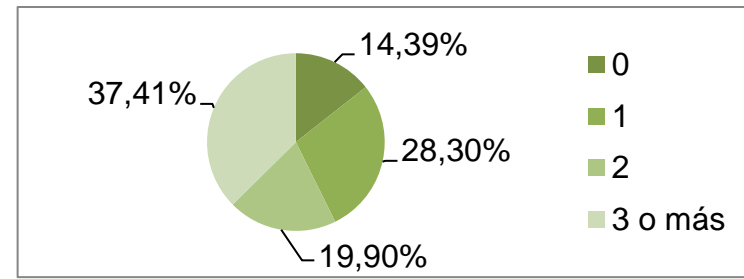
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 59 – Representación de la relación de personas de convivio, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 60 – Representación de la relación de personas de convivio, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



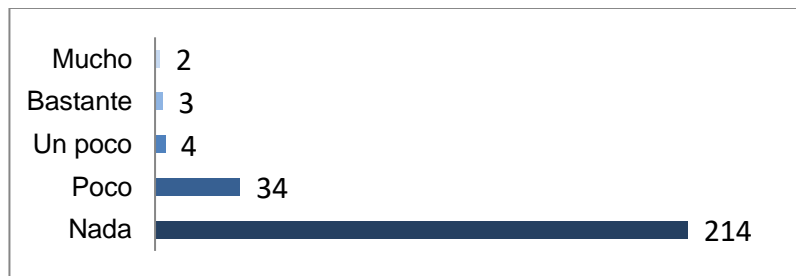
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #17 – “¿Cree que el confinamiento ha empeorado su orientación (p. ej.: dificultad para saber qué día de la semana es, qué día del mes...)?”

En Inúbia Paulista-SP, 214 (83,26%) han contestado ‘nada’; 34 (13,22%) han contestado ‘poco’; 4 (1,55%) han contestado ‘un poco’; 3 (1,17%) han contestado ‘bastante’; 2 (0,78%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 61 y los relativos en el gráfico 62.

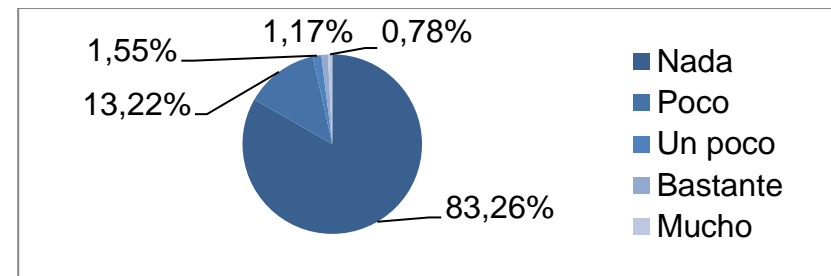
En Ribeirão Preto-SP, 289 (69,30%) han contestado ‘nada’; 42 (10,07%) han contestado ‘poco’; 57 (13,67%) han contestado ‘un poco’; 22 (5,27%) han contestado ‘bastante’; 7 (1,68%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 63 y los relativos en el gráfico 64.

Gráfico 61 – Representación de la relación del empeoramiento de la orientación, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



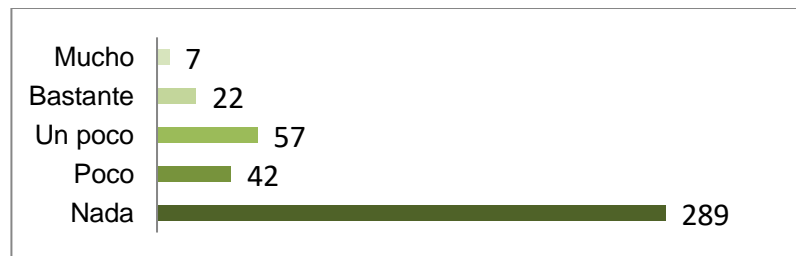
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 62 – Representación de la relación del empeoramiento de la orientación, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



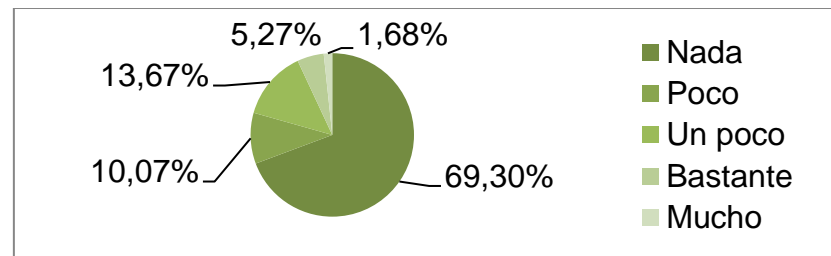
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 63 – Representación de la relación del empeoramiento de la orientación, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 64 – Representación de la relación del empeoramiento de la orientación, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



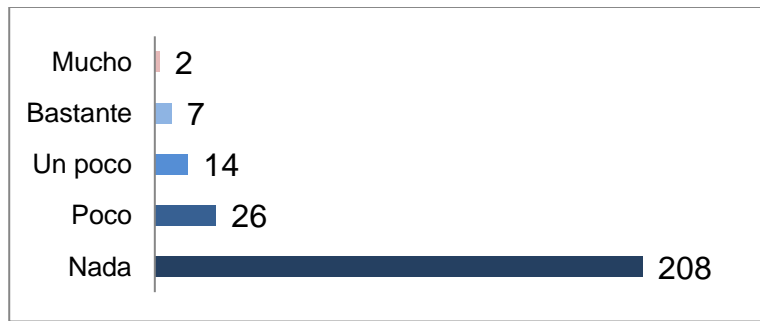
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #18 – “¿Cree que el confinamiento ha empeorado su memoria (p. ej.: dificultad para encontrar tus objetos personales -gafas, teléfono...-, recordar hechos, conversaciones, nombres de personas...)?”

En Inúbia Paulista-SP, 208 (80,93%) han contestado ‘nada’; 7 (2,72%) han contestado ‘poco’; 14 (5,44%) han contestado ‘un poco’; 26 (10,11%) han contestado ‘bastante’; 2 (0,78%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 65 y los relativos en el gráfico 66.

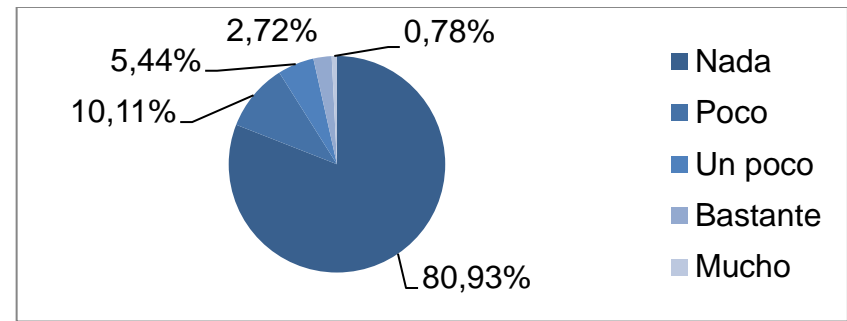
En Ribeirão Preto-SP, 283 (67,86%) han contestado ‘nada’; 47 (11,27%) han contestado ‘poco’; 54 (12,95%) han contestado ‘un poco’; 20 (4,79%) han contestado ‘bastante’; 13 (3,11%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 67 y los relativos en el gráfico 68.

Gráfico 65 – Representación de la relación del empeoramiento de la memoria, durante el confinamiento en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



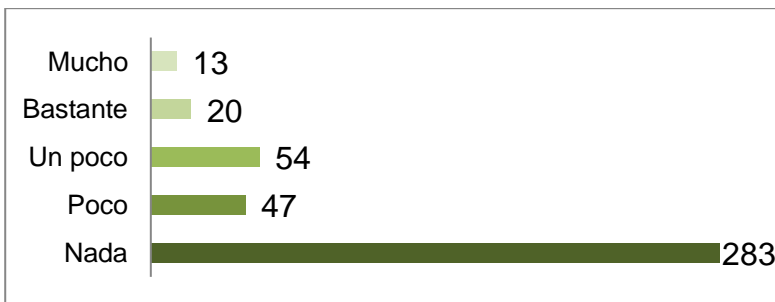
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 66 – Representación de la relación del empeoramiento de la memoria, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



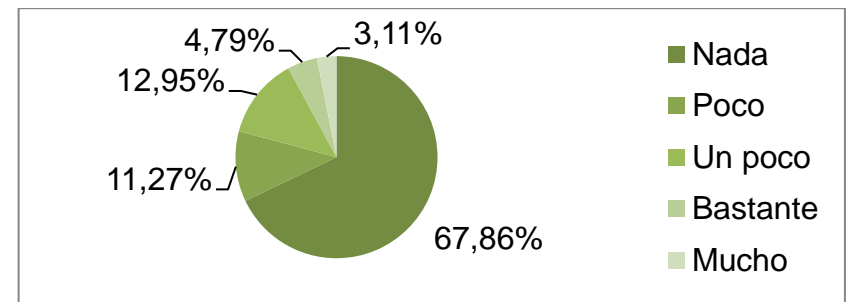
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 67 – Representación de la relación del empeoramiento de la memoria, durante el confinamiento en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 68 – Representación de la relación del empeoramiento de la memoria, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



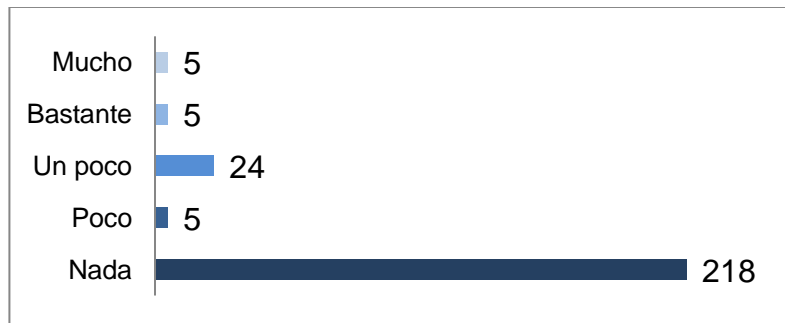
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #19 – “¿Cree que el confinamiento ha empeorado su atención y concentración (por ejemplo: dificultad para concentrarte en una tarea como leer, escribir, jugar a juegos de mesa...)?”

En Inúbia Paulista-SP, 218 (84,82%) han contestado ‘nada’; 5 (1,95%) han contestado ‘poco’; 24 (9,33%) han contestado ‘un poco’; 5 (1,95%) han contestado ‘bastante’; 5 (1,95%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 69 y los relativos en el gráfico 70.

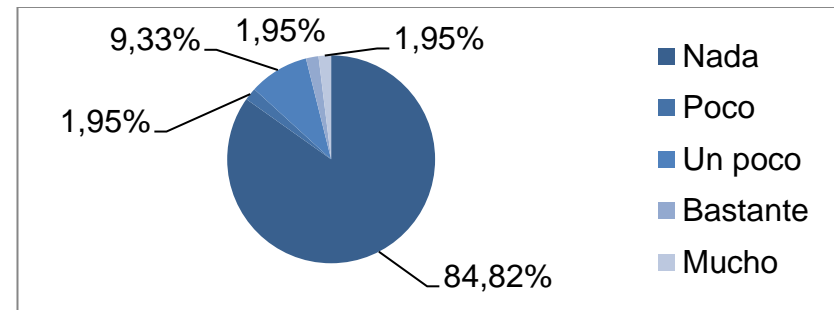
En Ribeirão Preto-SP, 294 (70,50%) han contestado ‘nada’; 56 (13,44%) han contestado ‘poco’; 32 (7,67%) han contestado ‘un poco’; 25 (5,99%) han contestado ‘bastante’; 10 (2,40%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 71 y los relativos en el gráfico 72.

Gráfico 69 – Representación de la relación del empeoramiento de la atención y concentración, durante el confinamiento en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



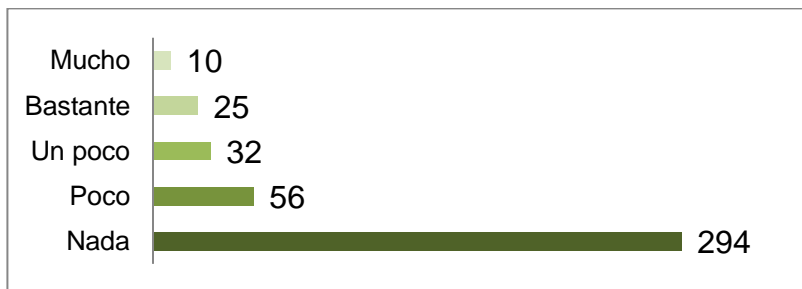
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 70 – Representación de la relación del empeoramiento de la atención y concentración, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



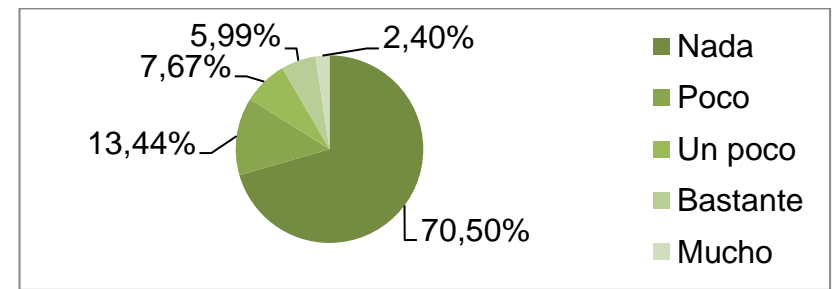
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 71 – Representación de la relación del empeoramiento de la atención y concentración, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 72 – Representación de la relación del empeoramiento de la atención y concentración, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



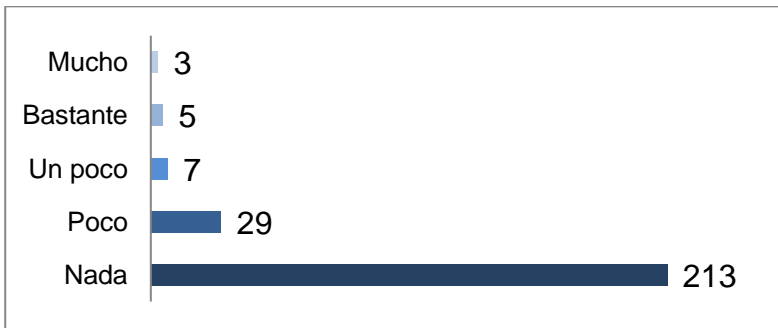
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #20 – “¿Cree que debido al confinamiento empezaste a realizar algunas tareas con más lentitud (por ejemplo: leer, escribir, calcular...)?”

En Inúbia Paulista-SP, 213 (82,87%) han contestado ‘nada’; 29 (11,28%) han contestado ‘poco’; 7 (2,72%) han contestado ‘un poco’; 5 (1,95%) han contestado ‘bastante’; 5 (1,94%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 73 y los relativos en el gráfico 74.

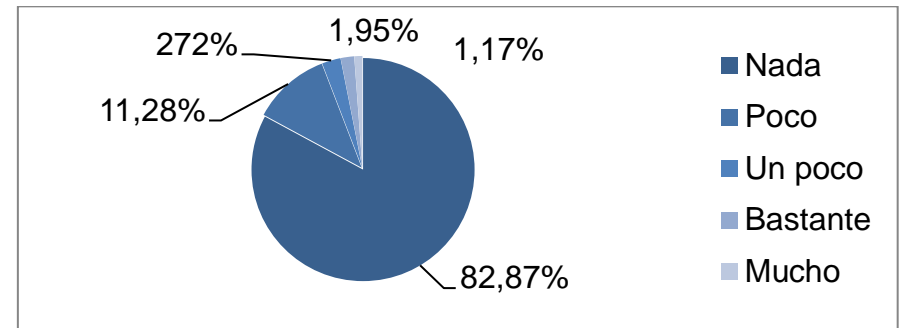
En Ribeirão Preto-SP, 290 (69,54%) han contestado ‘nada’; 45 (10,79%) han contestado ‘poco’; 55 (13,19%) han contestado ‘un poco’; 19 (4,55%) han contestado ‘bastante’; 8 (1,92%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 75 y los relativos en el gráfico 76.

Gráfico 73 – Representación de la relación del facto de realizar algunas tareas con más lentitud, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



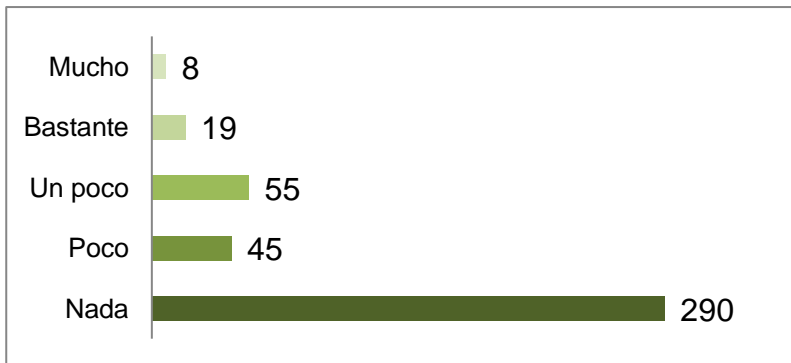
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 74 – Representación de la relación del facto de realizar algunas tareas con más lentitud, por durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



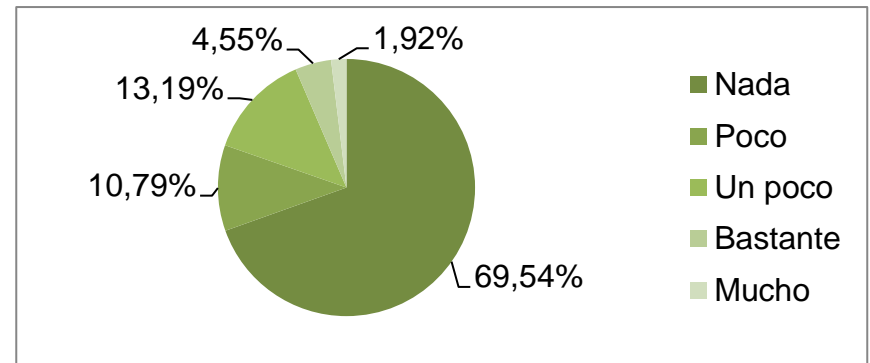
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 75 – Representación de la relación del facto de realizar algunas tareas con más lentitud, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 76 – Representación de la relación del facto de realizar algunas tareas con más lentitud, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



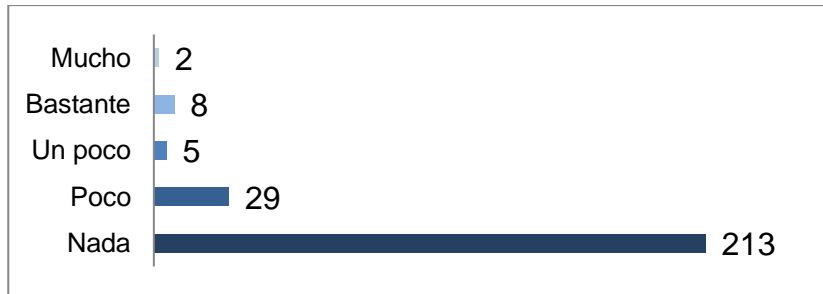
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #21 – “¿Cree que el confinamiento le dificulta encontrar una palabra, realizar tareas de planificación y/o pasar de una tarea a otra?”

En Inúbia Paulista-SP, 213 (82,87%) han contestado ‘nada’; 29 (11,28%) han contestado ‘poco’; 5 (1,95%) han contestado ‘un poco’; 8 (3,11%) han contestado ‘bastante’; 2 (0,78%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 77 y los relativos en el gráfico 78.

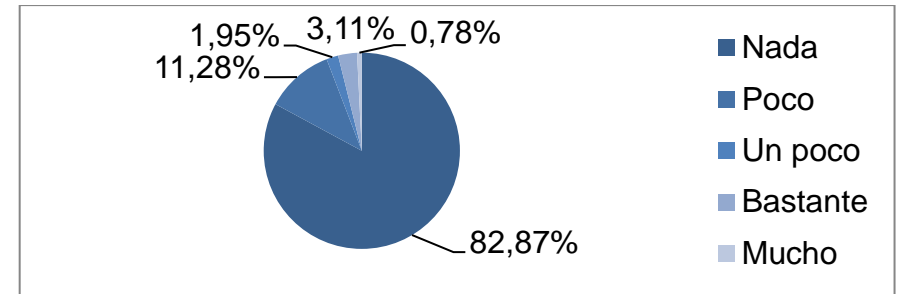
En Ribeirão Preto-SP, 290 (69,54%) han contestado ‘nada’; 51 (12,23%) han contestado ‘poco’; 45 (10,79%) han contestado ‘un poco’; 22 (5,27%) han contestado ‘bastante’; 9 (2,15%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 79 y los relativos en el gráfico 80.

Gráfico 77 – Representación de la relación de la dificultad de encontrar una palabra, de realizar tareas de planificación y/o pasar de una tarea a otra, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



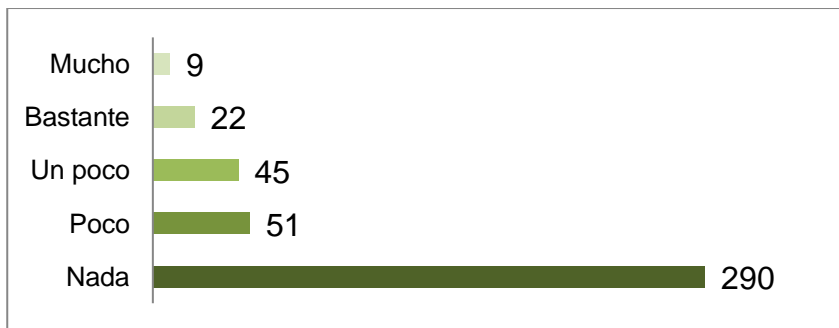
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 78 – Representación de la relación de la dificultad de encontrar una palabra, de realizar tareas de planificación y/o pasar de una tarea a otra, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



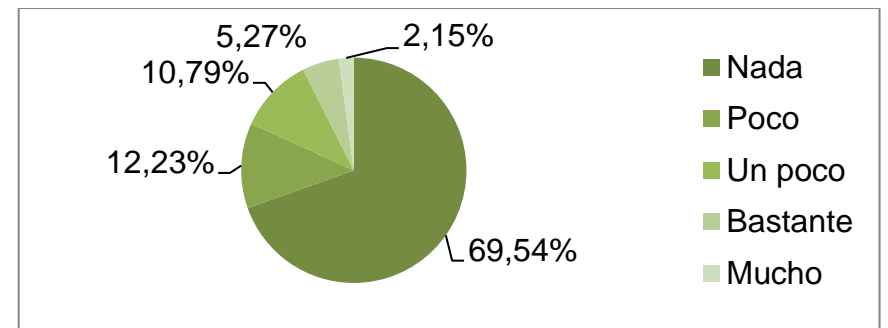
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 79 – Representación de la relación de la dificultad de encontrar una palabra, de realizar tareas de planificación y/o pasar de una tarea a otra, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 80 – Representación de la relación de la dificultad de encontrar una palabra, de realizar tareas de planificación y/o pasar de una tarea a otra, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



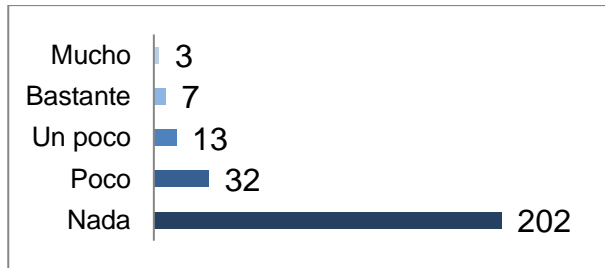
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #22 – “¿Cree que el confinamiento ha disminuido su capacidad para identificar tus emociones y las de los demás?”

En Inúbia Paulista-SP, 202 (78,60%) han contestado ‘nada’; 32 (12,45%) han contestado ‘poco’; 13 (5,05%) han contestado ‘un poco’; 7 (2,72%) han contestado ‘bastante’; 3 (1,17%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 81 y los relativos en el gráfico 82.

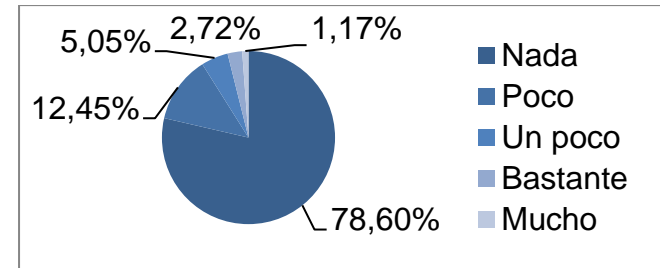
En Ribeirão Preto-SP, 299 (71,70%) han contestado ‘nada’; 44 (10,55%) han contestado ‘poco’; 46 (11,03%) han contestado ‘un poco’; 20 (4,79%) han contestado ‘bastante’; 8 (1,92%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 83 y los relativos en el gráfico 84.

Gráfico 81 – Representación de la relación de la disminución de la capacidad de identificación las propias emocionales y las de los demás, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



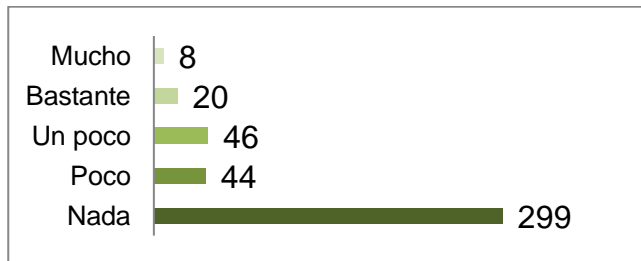
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 82 – Representación de la relación de la disminución de la capacidad de identificación las propias emocionales y las de los demás, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



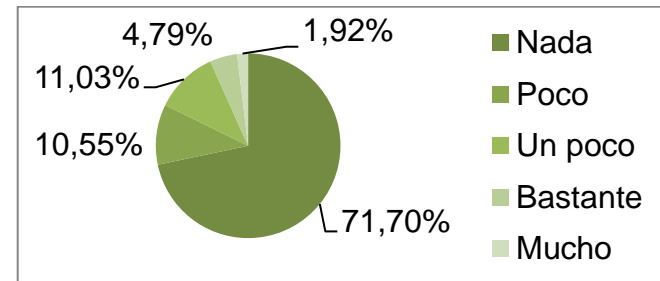
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 83 – Representación de la relación de la disminución de la capacidad de identificación las propias emocionales y las de los demás, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 84 – Representación de la relación de la disminución de la capacidad de identificación las propias emocionales y las de los demás durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



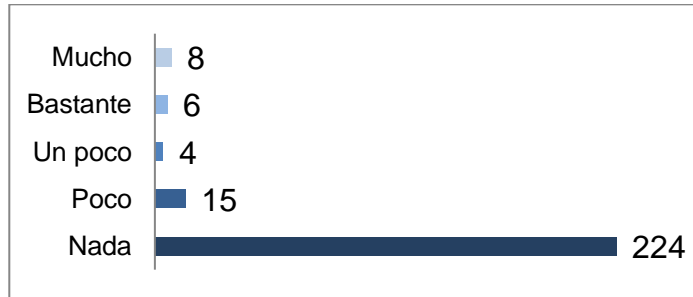
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #23 – “¿Cree que el confinamiento ha empeorado su capacidad de cálculo (ej.: sumar, restar...)?”

En Inúbia Paulista-SP, 224 (87,15%) han contestado ‘nada’; 15 (5,83%) han contestado ‘poco’; 4 (1,55%) han contestado ‘un poco’; 6 (2,33%) han contestado ‘bastante’; 8 (3,11%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 85 y los relativos en el gráfico 86.

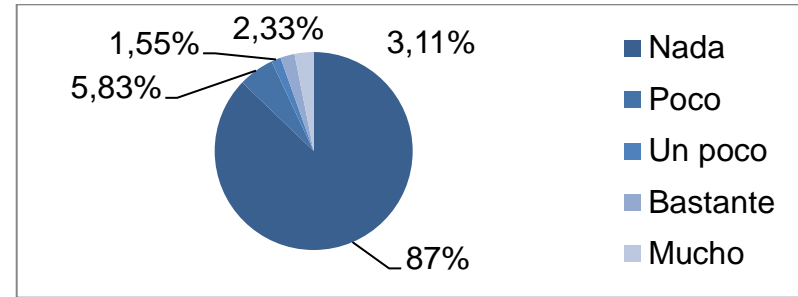
En Ribeirão Preto-SP, 310 (74,34%) han contestado ‘nada’; 46 (11,03%) han contestado ‘poco’; 38 (9,11%) han contestado ‘un poco’; 13 (3,11%) han contestado ‘bastante’; 10 (2,41%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 87 y los relativos en el gráfico 88.

Gráfico 85 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad de cálculo, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



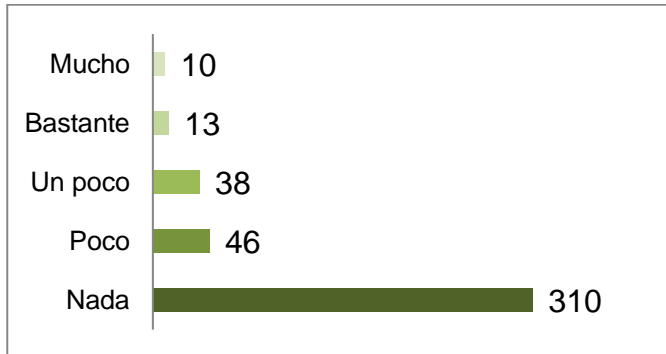
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 86 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad de cálculo, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



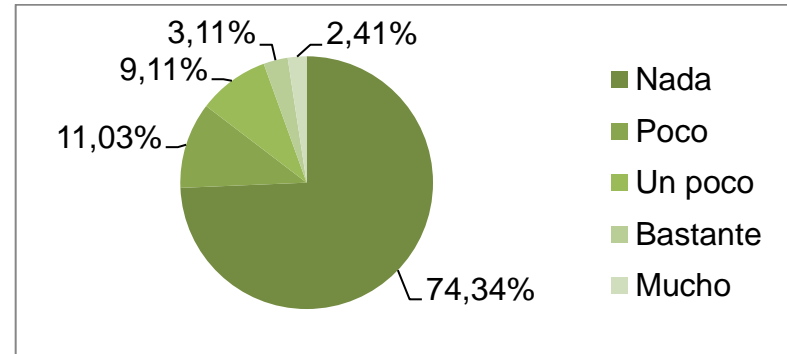
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 87 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad de cálculo, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 88 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad de cálculo, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



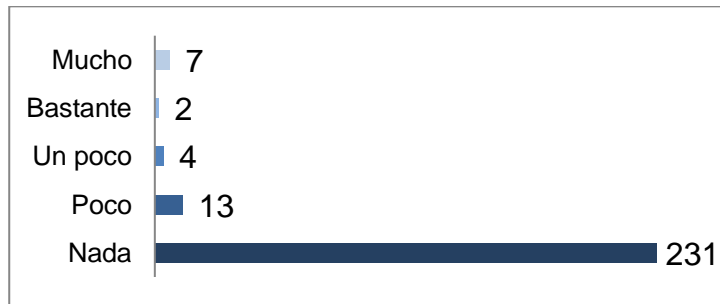
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #24 – “¿Cree que el confinamiento ha empeorado su capacidad lingüística (ej.: hablar, escribir...)?”

En Inúbia Paulista-SP, 231 (89,88%) han contestado ‘nada’; 13 (5,05%) han contestado ‘poco’; 4 (1,55%) han contestado ‘un poco’; 2 (0,78%) han contestado ‘bastante’; 7 (2,72%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 89 y los relativos en el gráfico 90.

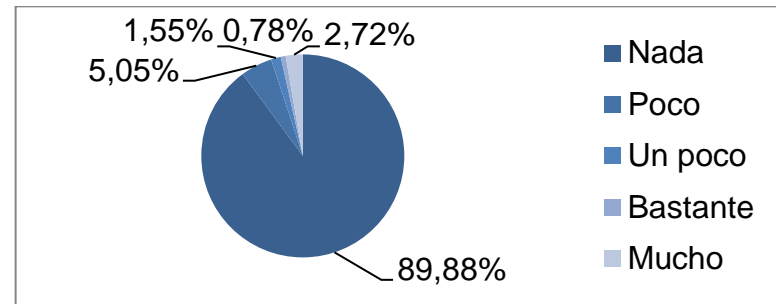
En Ribeirão Preto-SP, 309 (74,10%) han contestado ‘nada’; 41 (9,83%) han contestado ‘poco’; 39 (9,35%) han contestado ‘un poco’; 19 (4,55%) han contestado ‘bastante’; 9 (2,16%) han contestado ‘mucho’ – números absolutos representados en el gráfico 91 y los relativos en el gráfico 92.

Gráfico 89 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad lingüística, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



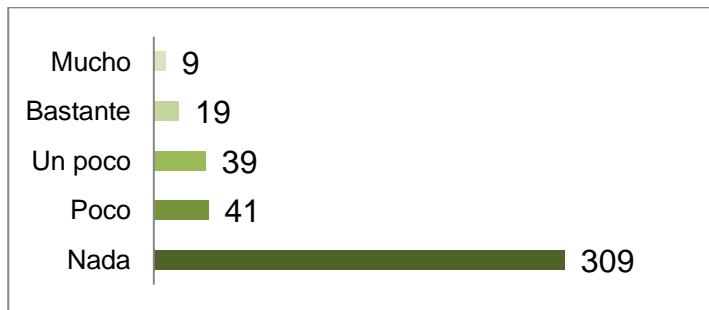
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 90 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad lingüística, durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



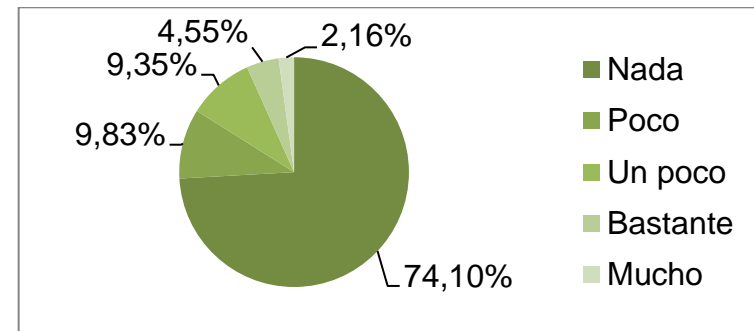
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 91 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad lingüística, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 92 – Representación de la relación del empeoramiento de la capacidad lingüística, durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



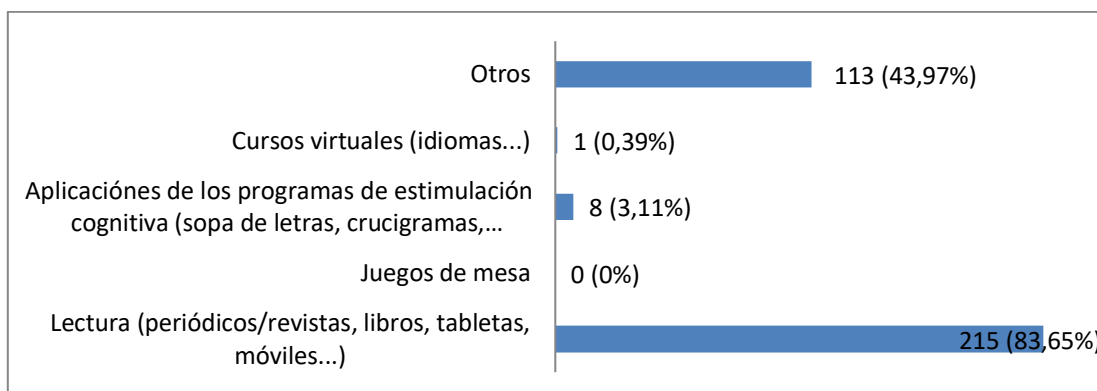
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #25 – “¿Cómo se mantiene activo o mentalmente activo?” (recordando que puede existir más de una respuesta por individuo).

En Inúbia Paulista, 215 (83,65%) han contestado ‘lectura (periódicos/revistas, libros, tabletas, móviles....)’; nadie (0%) ha contestado ‘juegos de mesa’; 8 (3,11%) han contestado ‘aplicaciones de los programas de estimulación cognitiva (sopa de letras, crucigramas, Sudoku, Cubo de Rubik...)’; 1 (0,39%) ha contestado ‘cursos virtuales (idiomas...)’; 113 (43,97%) han contestado ‘otros’ – el gráfico 93 representa los valores absolutos y relativos de la respuesta.

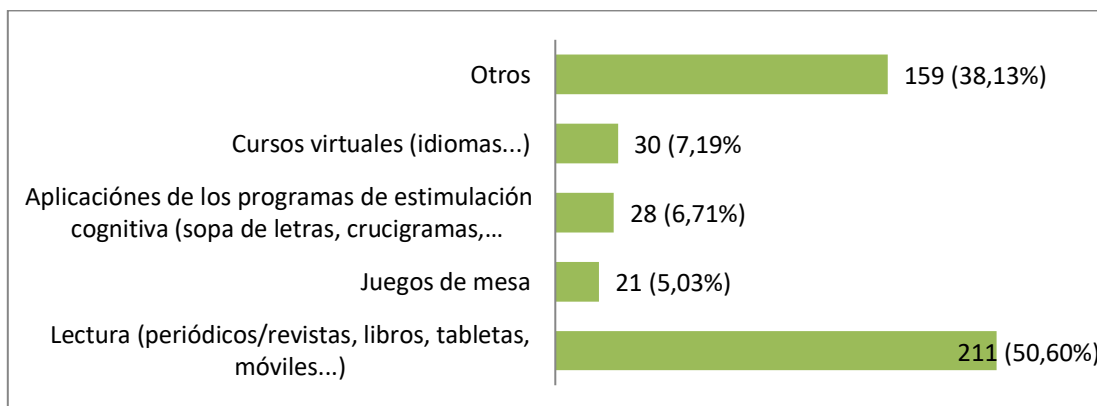
En Ribeirão Preto-SP, 211 (50,60%) han contestado ‘lectura (periódicos/revistas, libros, tabletas, móviles....)’; 21 (5,03%) ha contestado ‘juegos de mesa’; 28 (6,71%) han contestado ‘aplicaciones de los programas de estimulación cognitiva (sopa de letras, crucigramas, Sudoku, Cubo de Rubik...)’; 30 (7,19%) ha contestado ‘cursos virtuales (idiomas...)’; 159 (38,13%) han contestado ‘otros’ – el gráfico 94 representa los valores absolutos y relativos de la respuesta.

Gráfico 93 – Representación de las respuestas en relación ase mantener activo o mentalmente activo, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos y relativos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 94 – Representación de las respuestas en relación ase mantener activo o mentalmente activo, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos y relativos



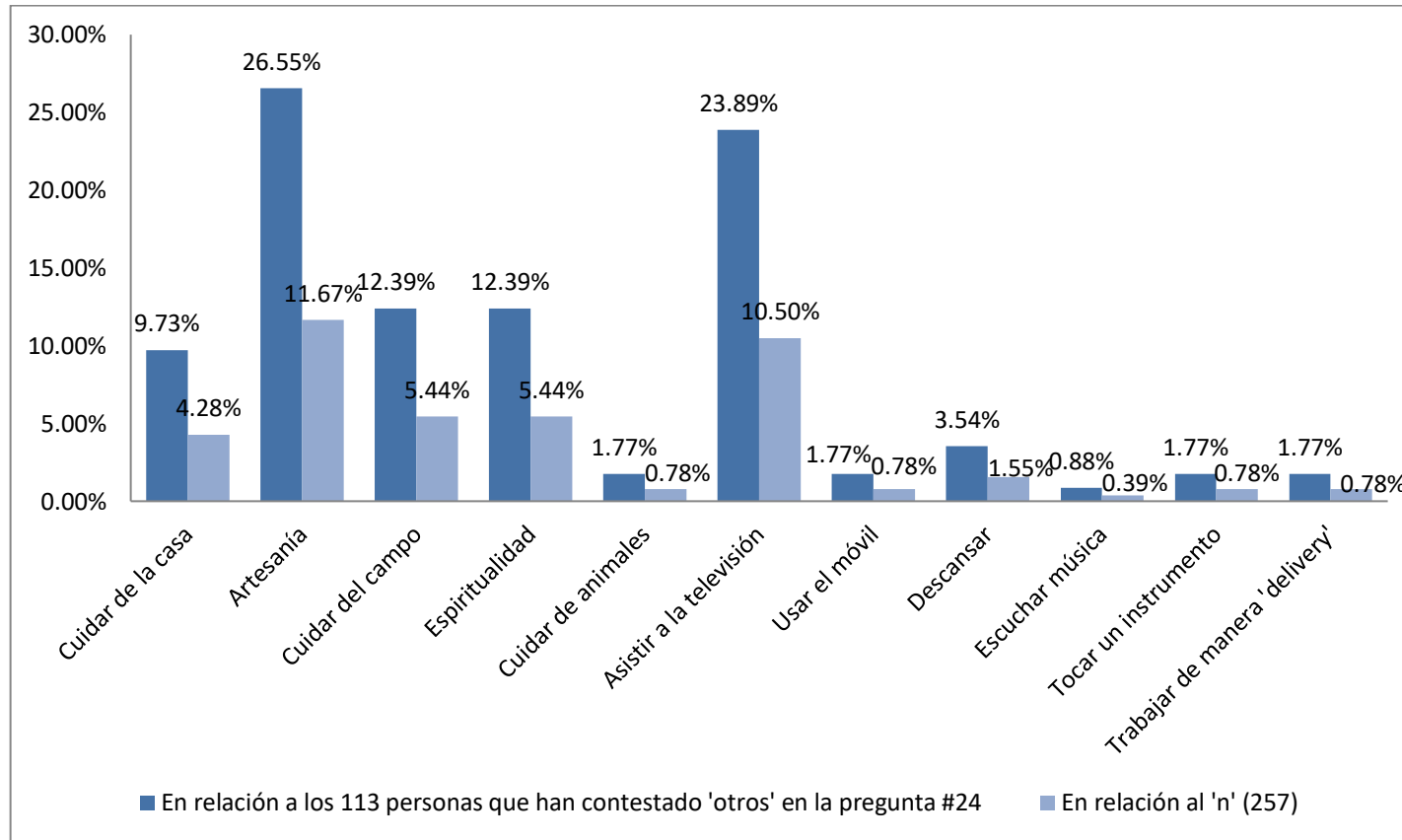
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #26 – “Si respondió ‘otros’, en la pregunta anterior, especifique cuáles” (recordando que puede existir más de una respuesta por individuo).

En Inúbia Paulista, de las 113 personas que han contestado ‘otros’, en la pregunta #24: 11 han contestado alguna respuesta con relación a la temática ‘cuidar de la casa’; 30 han contestado alguna respuesta con relación a la temática ‘artesanía’; 14 han contestado alguna respuesta con relación a ‘cuidar del campo’; 14 han contestado alguna respuesta con relación a ‘espiritualidad’; 2 han contestado alguna respuesta en relación a ‘cuidar de los animales’; 27 han contestado alguna respuesta relacionada a ‘asistir a la televisión’; 2 han contestado alguna respuesta en relación a ‘usar el móvil (que no sea para lectura)’; 4 personas han contestado alguna respuesta con relación a ‘descansar/ocio’; 1 ha contestado ‘escuchar música’; 2 han contestado alguna respuesta con relación a ‘tocar un instrumento’; 2 han contestado alguna respuesta con relación a ‘trabajar de manera *delivery*’ – el gráfico 95 representa los valores relativos de la respuesta.

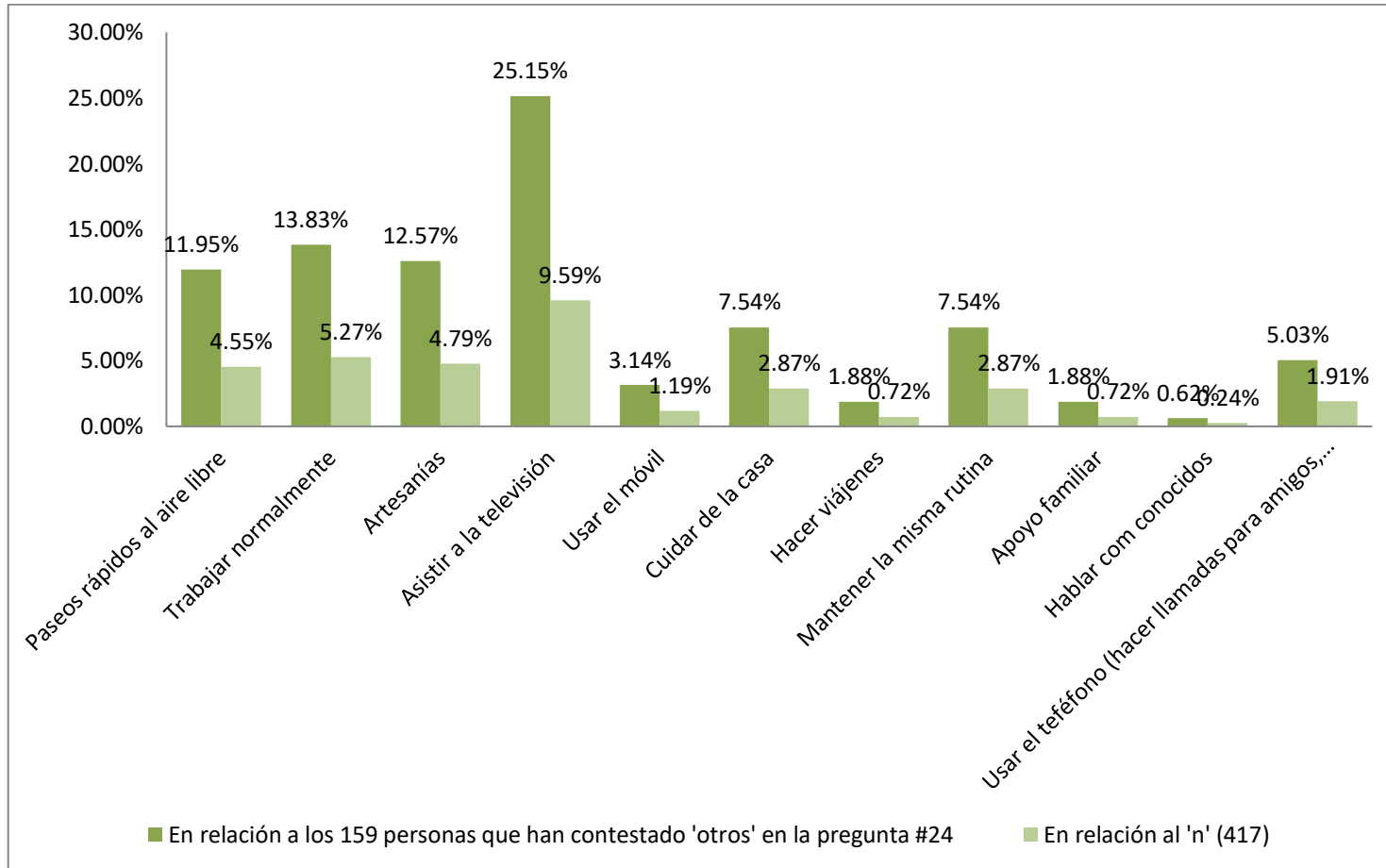
En Ribeirão Preto-SP, de las 159 personas que han contestado ‘otros’, en la pregunta #24: 19 han contestado alguna respuesta con relación a la temática ‘paseos rápidos al aire libre’; 22 han contestado alguna respuesta con relación al tema ‘trabajar normalmente’; 20 han contestado alguna respuesta con relación a ‘artesanías’; 40 han contestado alguna respuesta en la línea de ‘asistir a la televisión’; 5 han contestado alguna respuesta a respecto de ‘usar el móvil’; 12 han contestado alguna respuesta en la temática de ‘cuidar de la casa’; 3 han contestado alguna respuesta en relación a ‘hacer viajes’; 12 han contestado alguna respuesta con respecto a ‘mantener la misma rutina’; 3 han contestado alguna respuesta sobre ‘apoyo familiar’; 1 ha contestado la respuesta ‘hablar con conocidos’; 8 han contestado alguna respuesta en relación a ‘usar el teléfono/hacer llamadas’ – el gráfico 96 representa los valores relativos de la respuesta.

Gráfico 95 – Representación de las respuestas en relación a ‘otros’ cuanto a se mantener activo o mentalmente activo, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos (en relación al total de 113 personas que han contestado ‘otros’ y en relación al n (257))



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 96 – Representación de las respuestas en relación a 'otros' cuanto a se mantener activo o mentalmente activo, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos (en relación al total de 159 personas que han contestado 'otros' y en relación al n (417))



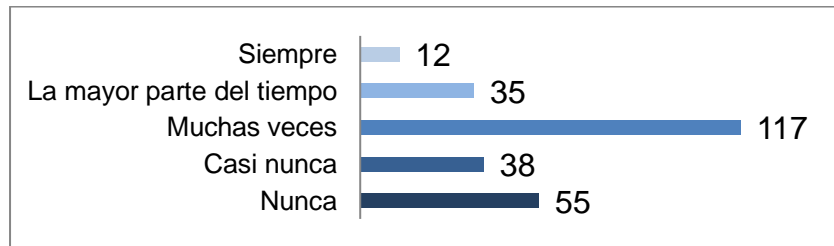
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #27 – “¿Tienes miedo de que tu Salud se vea afectada?”

En Inúbia Paulista-SP, 55 (21,40%) han contestado ‘nunca’; 38 (14,78%) han contestado ‘casi nunca’; 117 (45,52%) han contestado ‘muchas veces’; 35 (13,62%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 12 (4,67%) han contestado ‘siempre’– números absolutos representados en el gráfico 97 y los relativos en el gráfico 98.

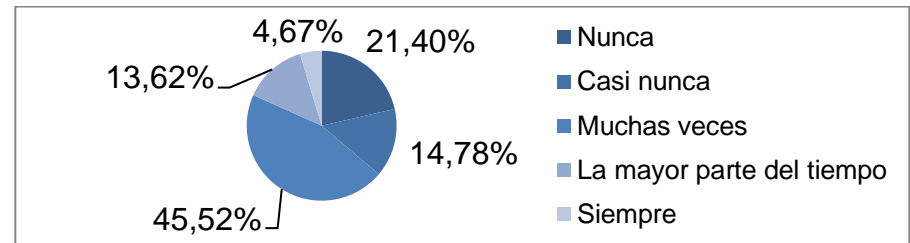
En Ribeirão Preto-SP, 131 (31,41%) han contestado ‘nunca’; 40 (9,59%) han contestado ‘casi nunca’; 113 (27,10%) han contestado ‘muchas veces’; 85 (20,38%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 48 (11,51%) han contestado ‘siempre’– números absolutos representados en el gráfico 99 y los relativos en el gráfico 100.

Gráfico 97 – Representación de las respuestas cuanto a tener miedo de que la Salud se vea afectada, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



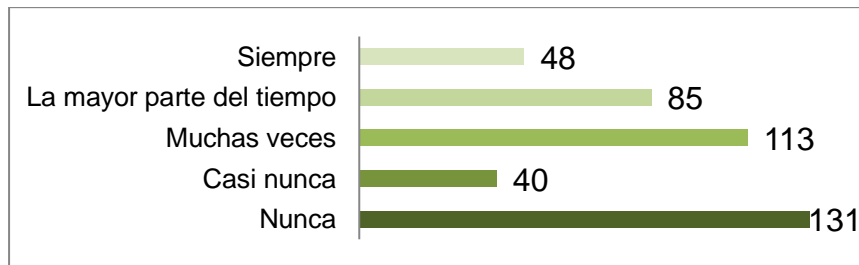
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 98 – Representación de las respuestas cuanto a tener miedo de que la Salud se vea afectada, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



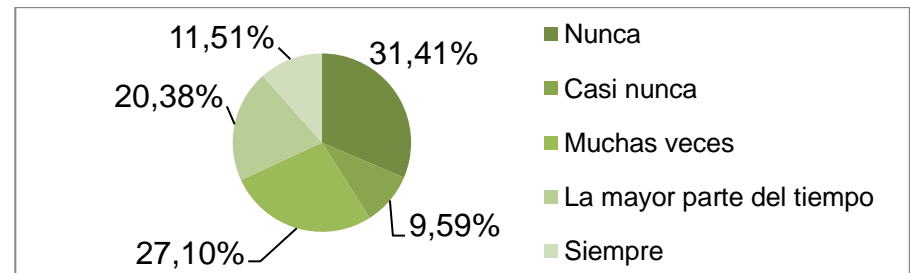
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 99 – Representación de las respuestas cuanto a tener miedo de que la Salud se vea afectada, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 100 – Representación de las respuestas cuanto a tener miedo de que la Salud se vea afectada, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



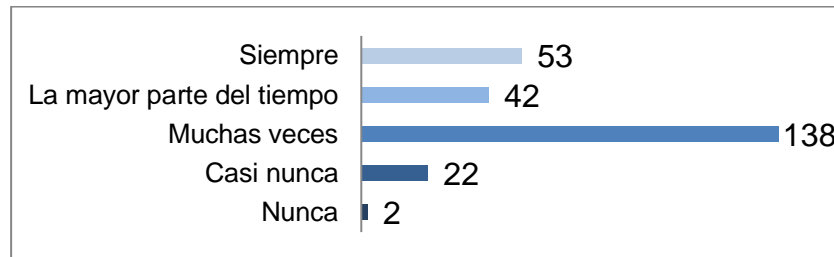
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #28 – “¿Quiere cooperar o ser solidario para ayudar a otras personas?”

En Inúbia Paulista-SP, 2 (0,78%) han contestado ‘nunca’; 22 (8,56%) han contestado ‘casi nunca’; 138 (53,69%) han contestado ‘muchas veces’; 42 (16,34%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 53 (20,62%) han contestado ‘siempre’– números absolutos representados en el gráfico 101 y los relativos en el gráfico 102.

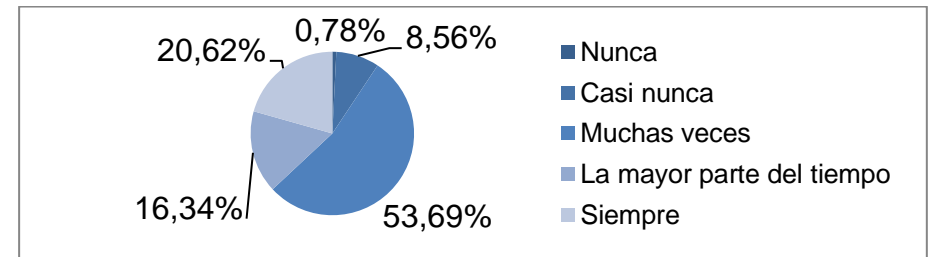
En Ribeirão Preto-SP, 63 (15,10%) han contestado ‘nunca’; 60 (14,38%) han contestado ‘casi nunca’; 199 (47,72%) han contestado ‘muchas veces’; 48 (11,51%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 47 (11,27%) han contestado ‘siempre’– números absolutos representados en el gráfico 103 y los relativos en el gráfico 104.

Gráfico 101 – Representación de las respuestas cuanto a querer cooperar o ser solidario para ayudar a otras personas, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



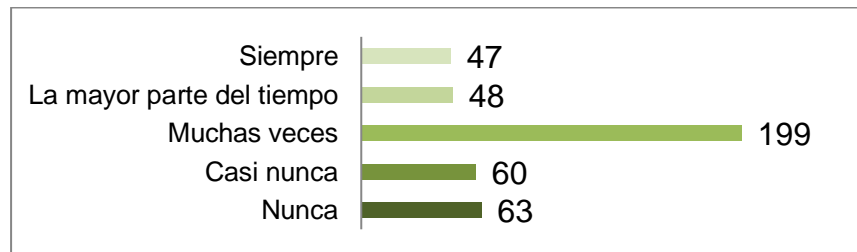
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 102 – Representación de las respuestas cuanto a querer cooperar o ser solidario para ayudar a otras personas, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



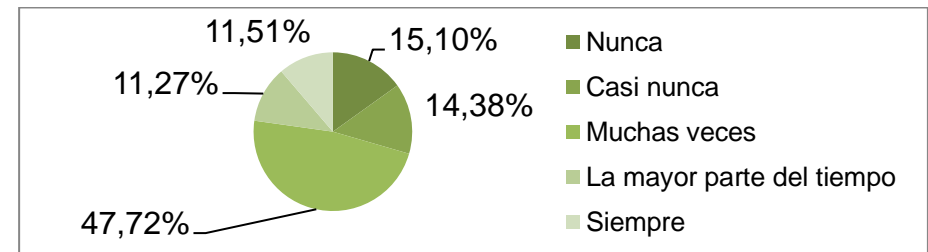
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 103 – Representación de las respuestas cuanto a querer cooperar o ser solidario para ayudar a otras personas, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 104 – Representación de las respuestas cuanto a querer cooperar o ser solidario para ayudar a otras personas, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



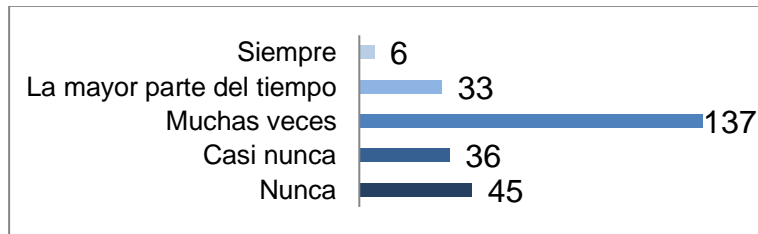
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #29 – “¿Se siente triste por estar aislado y limitado en sus movimientos?”

En Inúbia Paulista-SP, 45 (17,51%) han contestado ‘nunca’; 36 (14,00%) han contestado ‘casi nunca’; 137 (53,30%) han contestado ‘muchas veces’; 33 (12,84%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 6 (2,33%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 105 y los relativos en el gráfico 106.

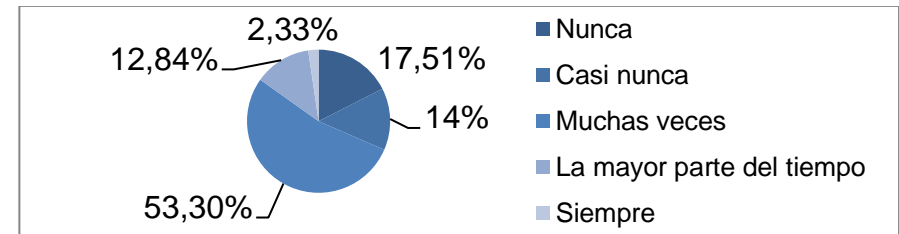
En Ribeirão Preto-SP, 184 (44,12%) han contestado ‘nunca’; 72 (17,26%) han contestado ‘casi nunca’; 97 (23,26%) han contestado ‘muchas veces’; 43 (10,31%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 21 (5,03%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 107 y los relativos en el gráfico 108.

Gráfico 105 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por el aislamiento o por estar limitado cuanto a los movimientos, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos



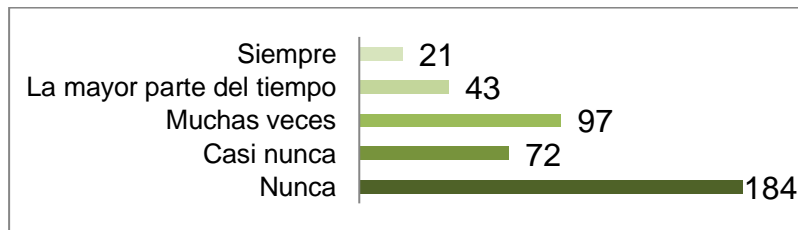
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 106 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por el aislamiento o por estar limitado cuanto a los movimientos, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos



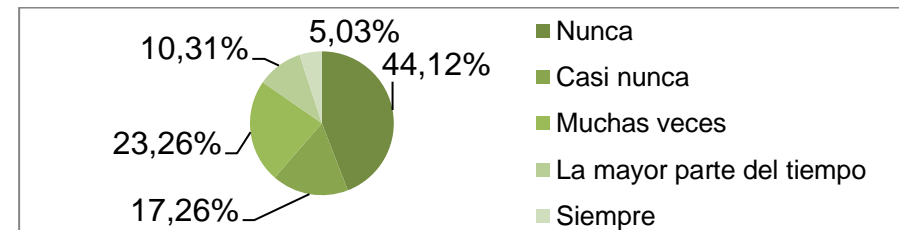
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 107 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por el aislamiento o por estar limitado cuanto a los movimientos, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 108 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por el aislamiento o por estar limitado cuanto a los movimientos, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos



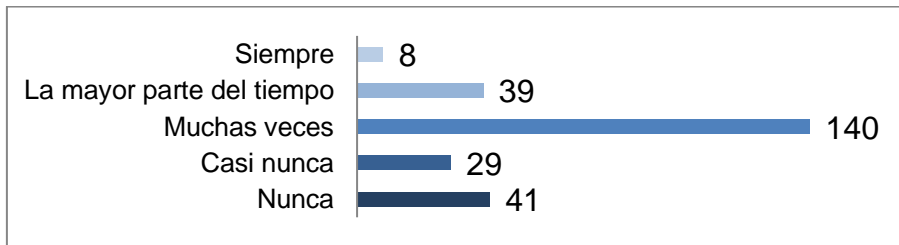
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #30 – “¿Se siente triste por no poder compartir tiempo con sus seres queridos?”

En Inúbia Paulista-SP, 41 (15,95%) han contestado ‘nunca’; 29 (11,28%) han contestado ‘casi nunca’; 140 (54,47%) han contestado ‘muchas veces’; 39 (15,17%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 8 (3,11%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 109 y los relativos en el gráfico 110.

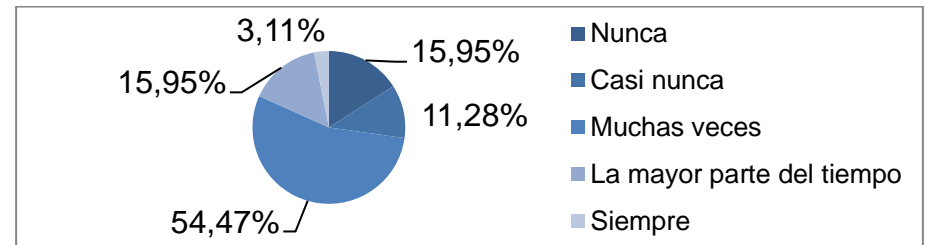
En Ribeirão Preto-SP, 137 (32,85%) han contestado ‘nunca’; 66 (15,82%) han contestado ‘casi nunca’; 133 (31,89%) han contestado ‘muchas veces’; 44 (10,55%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 37 (8,87%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 111 y los relativos en el gráfico 112.

Gráfico 109 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por no poder compartir tiempo con los seres queridos, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos



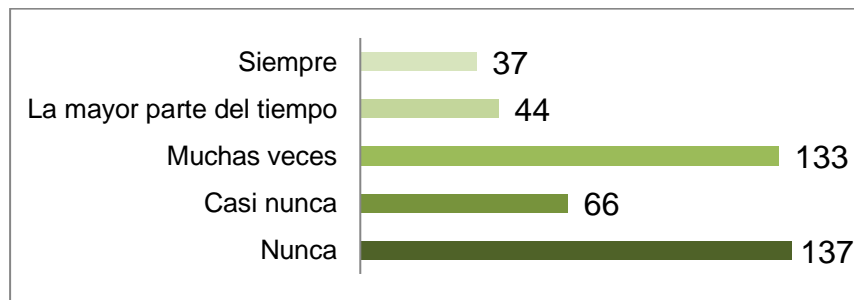
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 110 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por no poder compartir tiempo con los seres queridos, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos



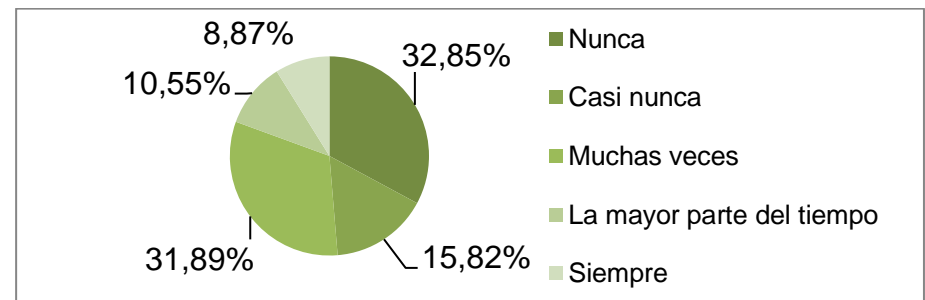
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 111 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por no poder compartir tiempo con los seres queridos, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 112 – Representación de las respuestas en relación a la tristeza por no poder compartir tiempo con los seres queridos, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos



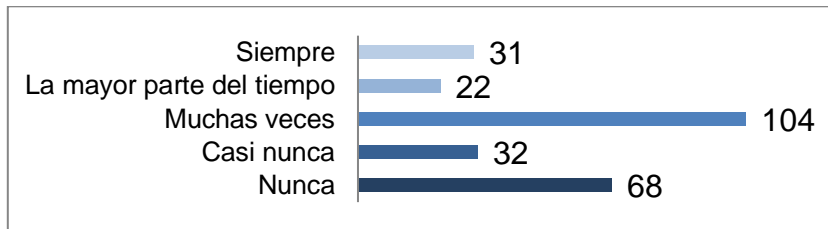
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #31 – “¿Quiere investigar y mantenerse actualizado cuanto a los impactos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia?”

En Inúbia Paulista-SP, 68 (26,46%) han contestado ‘nunca’; 32 (12,45%) han contestado ‘casi nunca’; 104 (40,46%) han contestado ‘muchas veces’; 22 (8,56%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 31 (12,06%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 113 y los relativos en el gráfico 114.

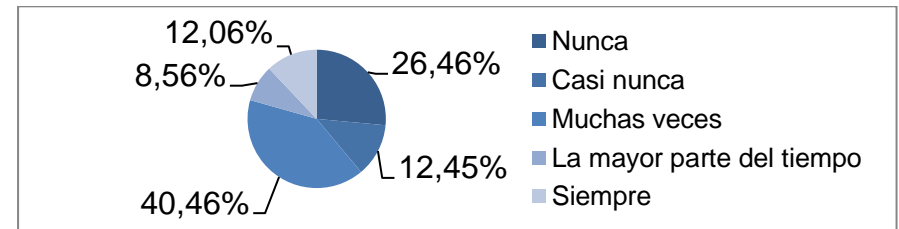
En Ribeirão Preto-SP, 87 (20,86%) han contestado ‘nunca’; 53 (12,71%) han contestado ‘casi nunca’; 104 (24,94%) han contestado ‘muchas veces’; 52 (12,47%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 121 (29,01%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 115 y los relativos en el gráfico 116.

Gráfico 113 – Representación de las respuestas en relación a querer investigar o mantenerse actualizado cuanto a los impactos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos



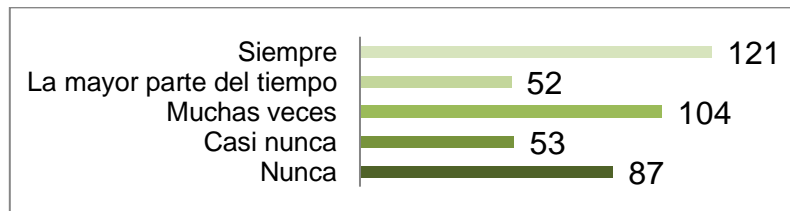
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 114 – Representación de las respuestas en relación a querer investigar o mantenerse actualizado cuanto a los impactos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos



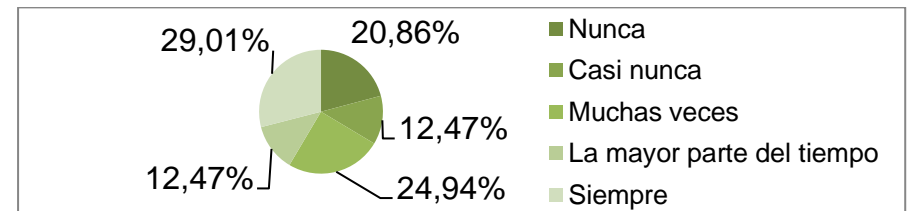
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 115 – Representación de las respuestas en relación a querer investigar o mantenerse actualizado cuanto a los impactos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 116 – Representación de las respuestas en relación a querer investigar o mantenerse actualizado cuanto a los impactos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos



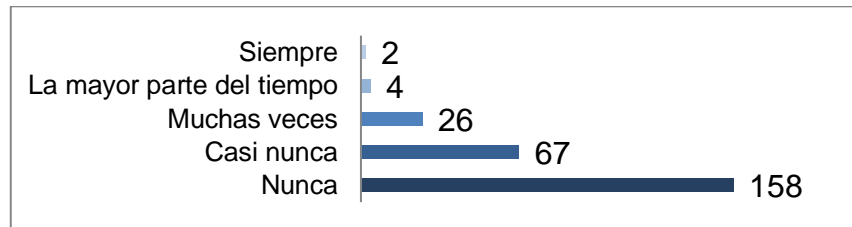
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #32 – “¿Cree que usa su sentido del humor para adaptarse a la situación?”

En Inúbia Paulista-SP, 158 (61,48%) han contestado ‘nunca’; 67 (26,07%) han contestado ‘casi nunca’; 26 (10,11%) han contestado ‘muchas veces’; 4 (1,55%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 2 (0,78%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 117 y los relativos en el gráfico 118.

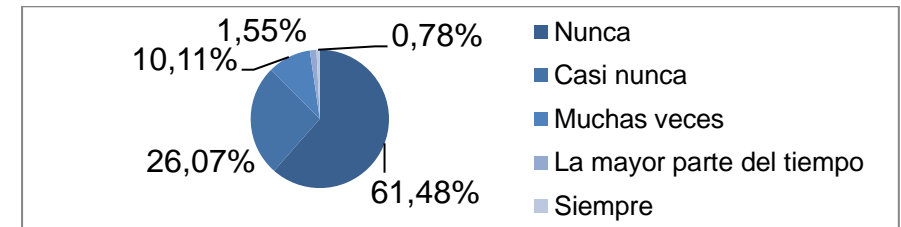
En Ribeirão Preto-SP, 115 (27,57%) han contestado ‘nunca’; 62 (14,86%) han contestado ‘casi nunca’; 157 (37,64%) han contestado ‘muchas veces’; 45 (10,79%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 38 (9,11%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 119 y los relativos en el gráfico 120.

Gráfico 117 – Representación de las respuestas en relación a creer que usa su sentido de humor para adaptarse a la situación (del confinamiento), en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos



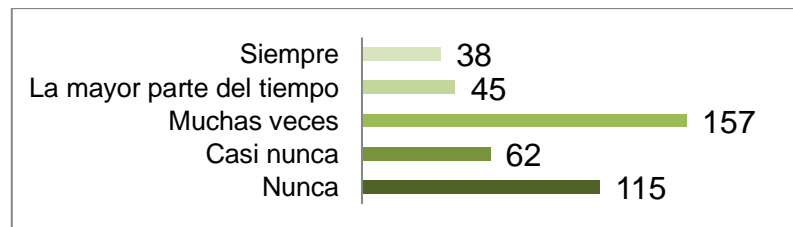
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 118 – Representación de las respuestas en relación a creer que usa su sentido de humor para adaptarse a la situación (del confinamiento), en Inúbia Paulista-SP, en número relativos



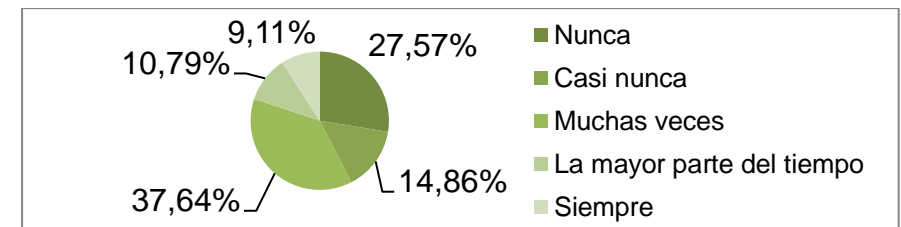
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 119 – Representación de las respuestas en relación a creer que usa su sentido de humor para adaptarse a la situación (del confinamiento), en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 120 – Representación de las respuestas en relación a creer que usa su sentido de humor para adaptarse a la situación (del confinamiento), en Ribeirão Preto-SP, en número relativos



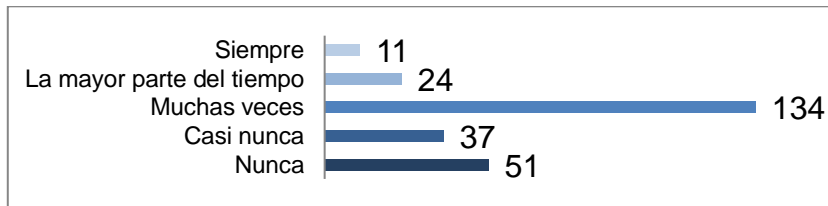
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #33 – “¿Se siente ansioso por no poder predecir lo que va a pasar?”

En Inúbia Paulista-SP, 51 (19,84%) han contestado ‘nunca’; 37 (14,39%) han contestado ‘casi nunca’; 134 (52,14%) han contestado ‘muchas veces’; 24 (9,30%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 11 (4,30%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 121 y los relativos en el gráfico 122.

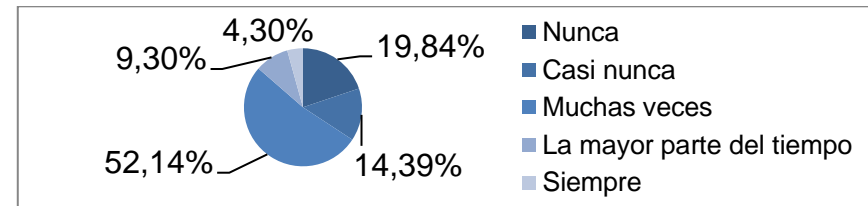
En Ribeirão Preto-SP, 156 (37,41%) han contestado ‘nunca’; 65 (15,58%) han contestado ‘casi nunca’; 121 (29,01%) han contestado ‘muchas veces’; 45 (10,79%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 30 (7,19%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 123 y los relativos en el gráfico 124.

Gráfico 121 – Representación de las respuestas en relación a sentirse ansioso por no poder predecir lo que va a pasar (en términos del confinamiento), en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos



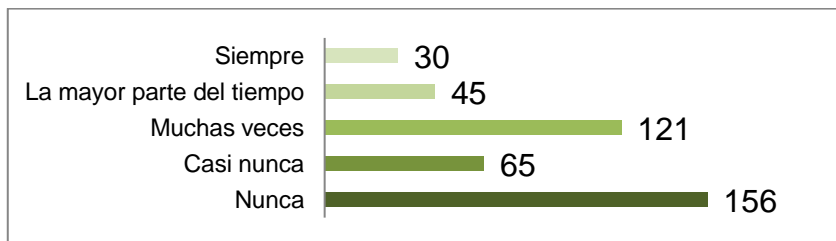
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 122 – Representación de las respuestas en relación a sentirse ansioso por no poder predecir lo que va a pasar (en términos del confinamiento), en Inúbia Paulista-SP, en número relativos



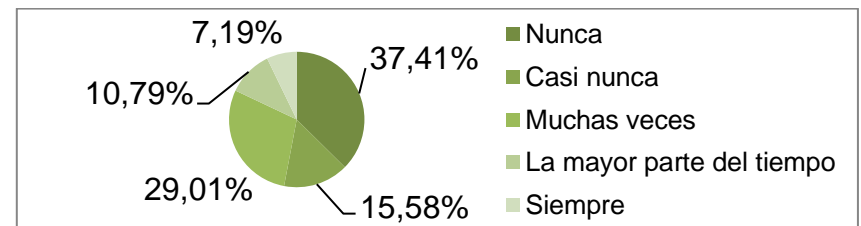
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 123 – Representación de las respuestas en relación a sentirse ansioso por no poder predecir lo que va a pasar (en términos del confinamiento), en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 124 – Representación de las respuestas en relación a sentirse ansioso por no poder predecir lo que va a pasar (en términos del confinamiento), en Ribeirão Preto-SP, en número relativos



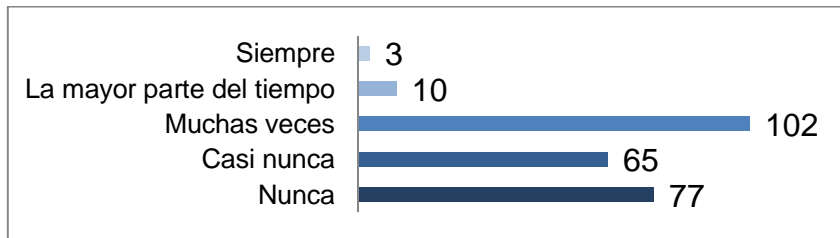
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #34 – “¿Sufrir de soledad o se siente solo?”

En Inúbia Paulista-SP, 77 (29,97%) han contestado ‘nunca’; 65 (25,30%) han contestado ‘casi nunca’; 102 (39,68%) han contestado ‘muchas veces’; 10 (3,89%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 3 (1,16%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 125 y los relativos en el gráfico 126.

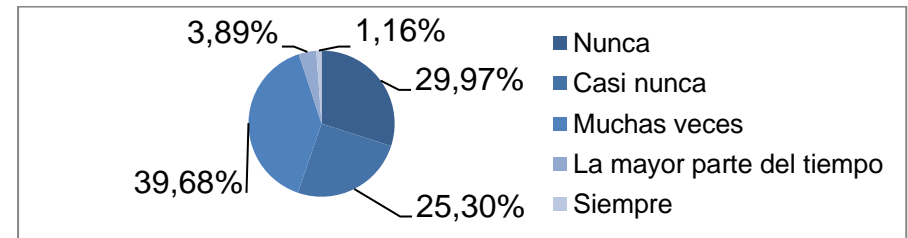
En Ribeirão Preto-SP, 77 (29,97%) han contestado ‘nunca’; 65 (25,30%) han contestado ‘casi nunca’; 102 (39,68%) han contestado ‘muchas veces’; 10 (3,89%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 3 (1,16%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 127 y los relativos en el gráfico 128.

Gráfico 125 – Representación de las respuestas en relación a sufrir de soledad o sentirse solo, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos



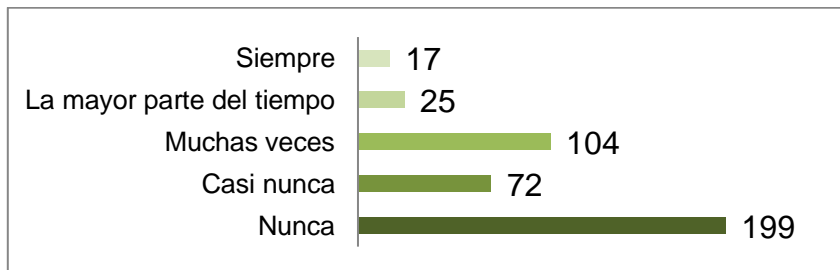
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 126 – Representación de las respuestas en relación a sufrir de soledad o sentirse solo, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos



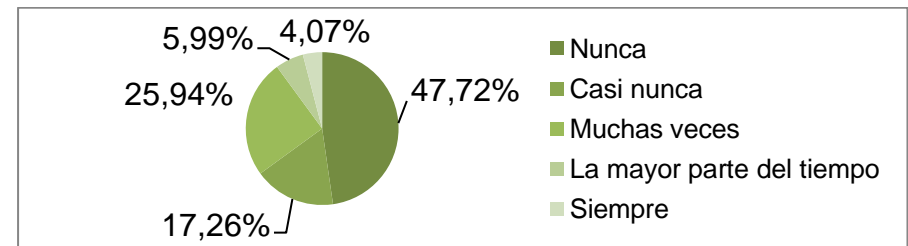
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 127 – Representación de las respuestas en relación a sufrir de soledad o sentirse solo, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 128 – Representación de las respuestas en relación a sufrir de soledad o sentirse solo, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos



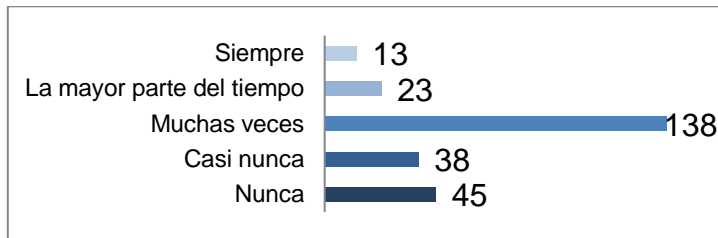
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #35 – “¿Tiene miedo de no poder afrontar positivamente el confinamiento si necesita prolongarlo mucho más?”

En Inúbia Paulista-SP, 45 (17,51%) han contestado ‘nunca’; 38 (14,78%) han contestado ‘casi nunca’; 138 (53,69%) han contestado ‘muchas veces’; 23 (8,94%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 13 (5,05%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 129 y los relativos en el gráfico 130.

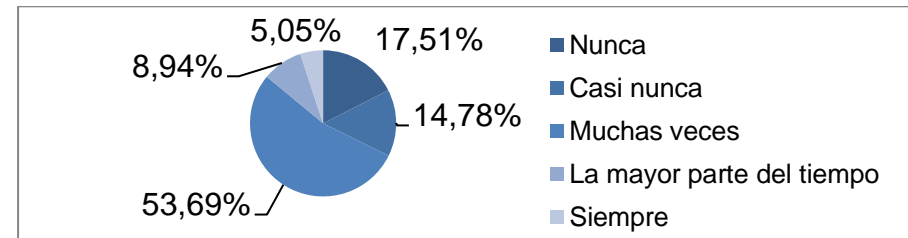
En Ribeirão Preto-SP, 183 (43,89%) han contestado ‘nunca’; 65 (15,58%) han contestado ‘casi nunca’; 121 (29,01%) han contestado ‘muchas veces’; 28 (6,71%) han contestado ‘la mayor parte del tiempo’; 20 (4,79%) han contestado ‘siempre’ – números absolutos representados en el gráfico 131 y los relativos en el gráfico 132.

Gráfico 129 – Representación de las respuestas en relación a tener miedo de no poder afrontar positivamente el confinamiento se necesita prologarlo mucho más, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos



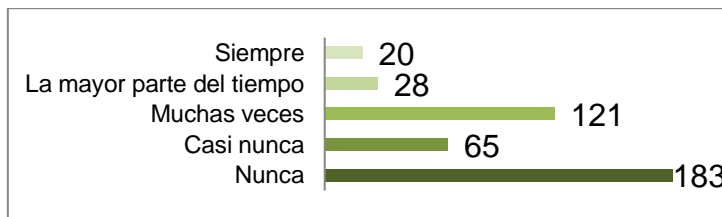
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 130 – Representación de las respuestas en relación a tener miedo de no poder afrontar positivamente el confinamiento se necesita prologarlo mucho más, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos



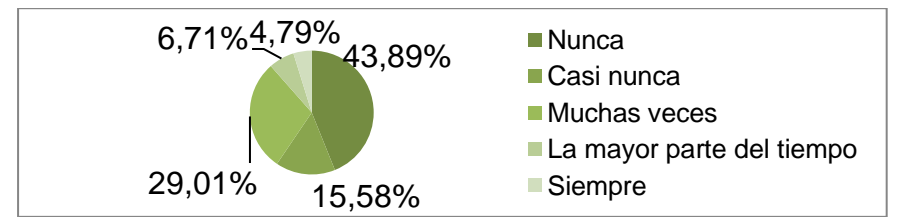
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 131 – Representación de las respuestas en relación a tener miedo de no poder afrontar positivamente el confinamiento se necesita prologarlo mucho más, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 132 – Representación de las respuestas en relación a tener miedo de no poder afrontar positivamente el confinamiento se necesita prologarlo mucho más, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos



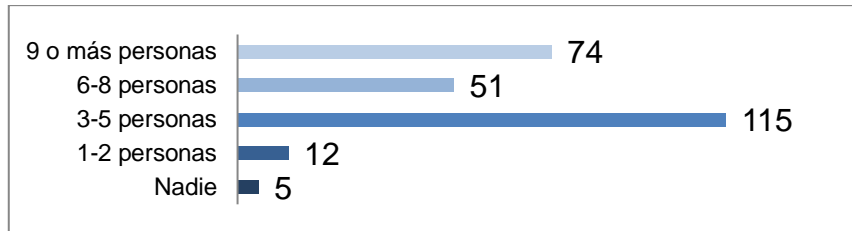
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #36 – “¿Con cuántas personas de su entorno familiar, amigos, vecinos con los que no convives ha tenido contacto (conversaciones) (presencial o virtual) en los últimos 7 días?”

En Inúbia Paulista-SP, 5 (1,94%) han contestado ‘nadie’; 12 (4,66%) han contestado ‘1-2 personas’; 115 (44,74%) han contestado ‘3-5 personas’; 51 (19,84%) han contestado ‘6-8 personas’; 74 (28,79%) han contestado ‘9 o más personas’ – números absolutos representados en el gráfico 133 y los relativos en el gráfico 134.

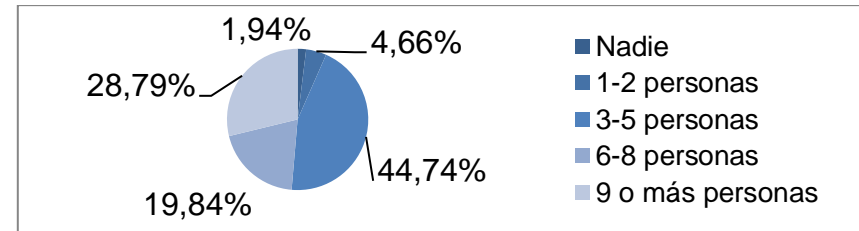
En Ribeirão Preto-SP, 8 (1,92%) han contestado ‘nadie’; 47 (11,27%) han contestado ‘1-2 personas’; 124 (29,73%) han contestado ‘3-5 personas’; 77 (18,46%) han contestado ‘6-8 personas’; 161 (38,60%) han contestado ‘9 o más personas’ – números absolutos representados en el gráfico 135 y los relativos en el gráfico 136.

Gráfico 133– Representación de las respuestas en relación a con cuántas personas de tu entorno familiar, amigos, vecino con los que no convive ha tenido contacto (conversaciones – presencial o virtual), en los últimos 7 días, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos



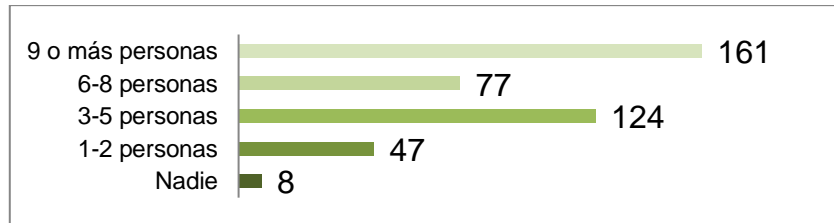
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 134– Representación de las respuestas en relación a con cuántas personas de tu entorno familiar, amigos, vecino con los que no convive ha tenido contacto (conversaciones – presencial o virtual), en los últimos 7 días, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos



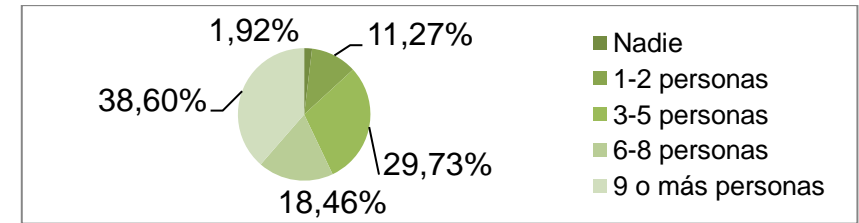
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 135 – Representación de las respuestas en relación a con cuántas personas de tu entorno familiar, amigos, vecino con los que no convive ha tenido contacto (conversaciones – presencial o virtual), en los últimos 7 días, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 136 – Representación de las respuestas en relación a con cuántas personas de tu entorno familiar, amigos, vecino con los que no convive ha tenido contacto (conversaciones – presencial o virtual), en los últimos 7 días, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos



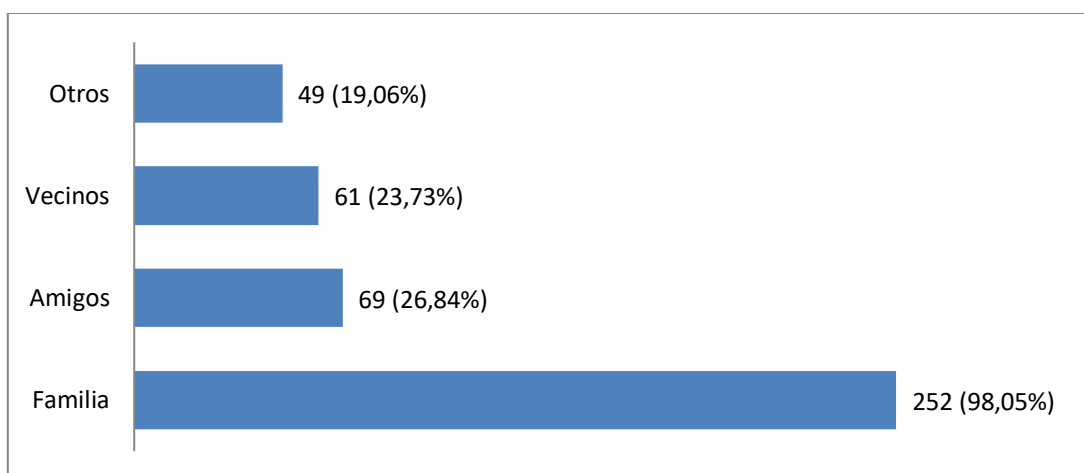
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #37 – “¿Con quién ha estado en contacto, en la última semana?” (recordando que una misma persona puede contestar más de una opción, al mismo tiempo)

En Inúbia Paulista-SP, 252 (98,05%) contestaron ‘familia’; 69 (26,84%) contestaron ‘amigos’; 61 (23,73%) contestaron ‘vecinos’; 49 (19,06%) contestaron ‘otros’ (sin especificar cuáles) – el gráfico 137 representa los valores absolutos y relativos de la respuesta.

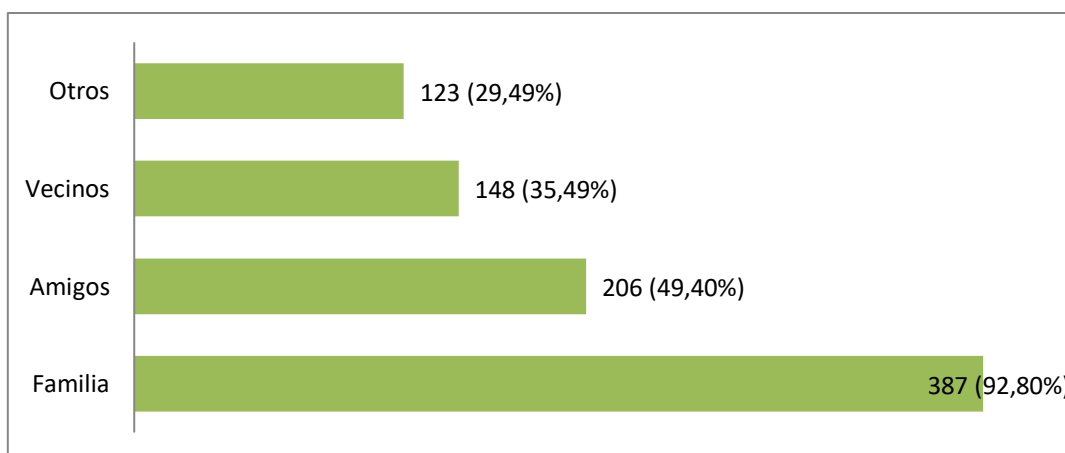
En Ribeirão Preto-SP, 387 (92,80%) contestaron ‘familia’; 206 (49,40%) contestaron ‘amigos’; 148 (35,49%) contestaron ‘vecinos’; 123 (29,49%) contestaron ‘otros’ (sin especificar cuáles) – el gráfico 138 representa los valores absolutos y relativos de la respuesta.

Gráfico 137 – Representación de las respuestas en relación a con quién ha estado en contacto, en la última semana, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos y relativos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 138 – Representación de las respuestas en relación a con quién ha estado en contacto, en la última semana, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos y relativos



Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #38 – *“¿Hay otros aspectos que le preocupan sobre la situación que no fueron mencionados en el cuestionario que acaba de completar? ¿Cual?”*

En Inúbia Paulista-SP, las respuestas todas han sido en torno del miedo, como síntoma, por 7 personas: 3 personas hablaron sobre el miedo de contraer la COVID-19, en específico sobre los síntomas gripales; 2 personas comentaron sobre ‘miedo de la muerte’; 2 personas hablaron sobre el hecho de que ‘es la COVID-19 para siempre?’ y el miedo que eso les acarrea; todas las otras 250 personas han contestado ‘no’.

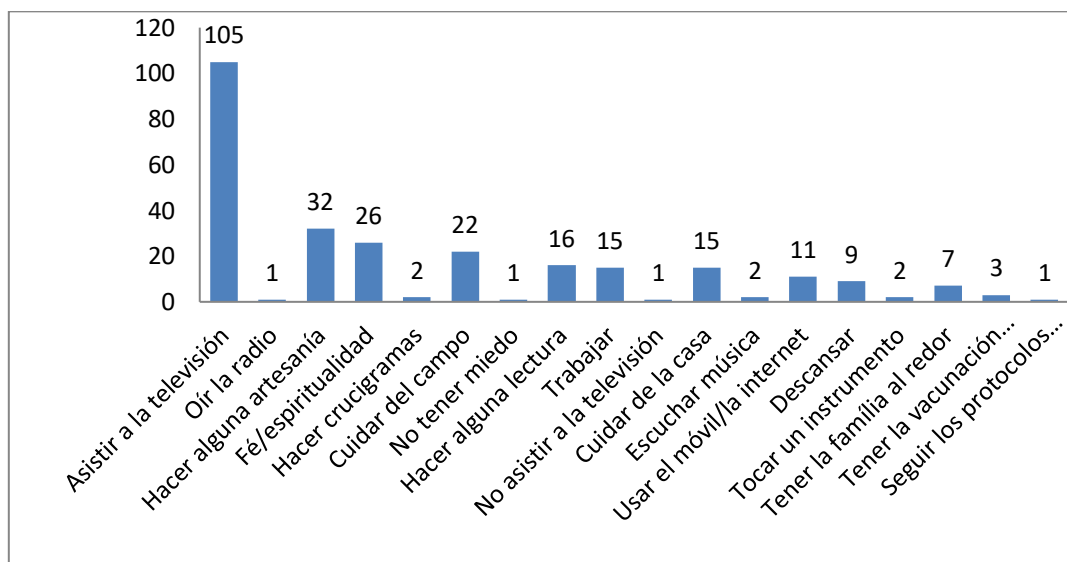
En Ribeirão Preto-SP, las respuestas se han dividido en 2 grupos: ‘preocupación’ y ‘miedo’, respuestas esas dadas por 118 personas. En relación a ‘preocupación’, 18 contestaron ‘preocupación con la salud de los familiares’; 13 han hablaron ‘preocupación con la Economía’; 2 hablaron ‘preocupación con la vacunación de COVID-19’; 2 contestaron ‘preocupación con la conducción del tema dada por el Gobierno’; 2 hablaron ‘preocupación con los hijos perdieren el empleo’; 1 contestó ‘preocupación con los profesionales de Salud’; 1 habló ‘preocupación por no poder participar de los velorios’; 1 contestó ‘preocupación con mis posibles limitaciones’; 1 habló sobre ‘preocupación con mi compulsión alimentar’; 1 habló ‘preocupación con la Salud de mis familiares’. En relación a ‘miedo’, 21 contestaron ‘miedo de perder los familiares’; 18 hablaron ‘miedo de contraer la COVID-19’; 16 contestaron ‘miedo de morir’; 7 hablaron ‘miedo de que mi Salud sea afectada’; 5 hablaron sobre ‘miedo de no tener alimentos y medicina/remedios’; 4 contestaron ‘miedo de las posibles secuelas de la COVID-19’; 2 hablaron sobre el ‘miedo del futuro/desconocido’; 1 habló sobre ‘miedo de perder los pelos de mi cabeza’; 1 contestó ‘miedo de otra ola de la COVID-19’; 1 contestó ‘miedo de ser ingresado en hospital y ser intubado (IOT)’; todas las otras 299 personas han contestado ‘no’.

Pregunta #39 – “¿Qué le ayudó a sentirse mejor durante el confinamiento?”
(recordando que una misma persona puede contestar más de una opción, al mismo tiempo)

El gráfico 139 representa los valores absolutos de la respuesta, en relación a Inúbia Paulista-SP, una a una. Ya el gráfico 140 representa los valores relativos de la misma pregunta, también en relación a Inúbia Paulista-SP.

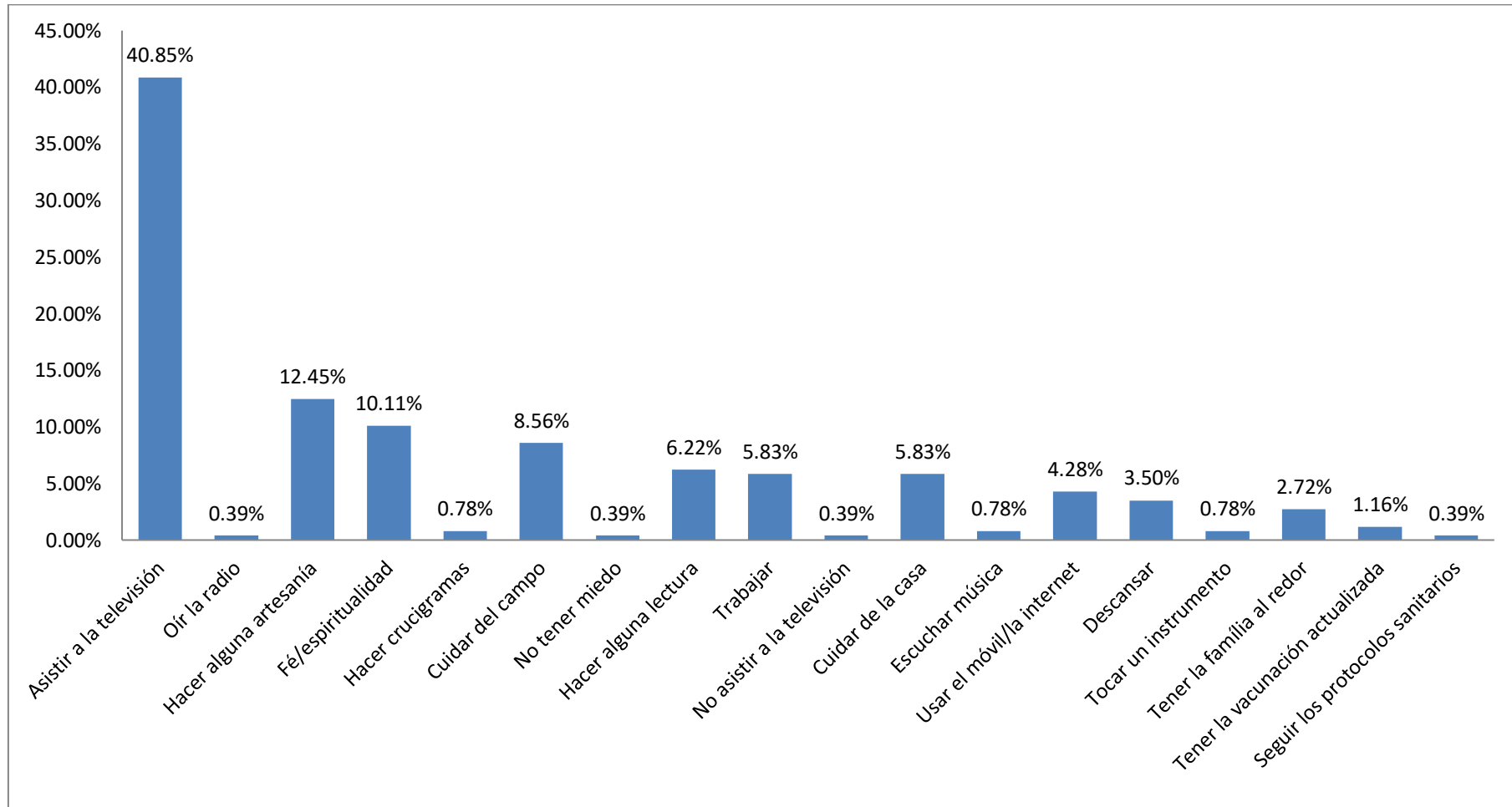
El gráfico 141 representa los valores absolutos de la respuesta, en relación a Ribeirão Preto-SP, una a una. Ya el gráfico 142 representa los valores relativos de la misma pregunta, también en relación a Ribeirão Preto-SP.

Gráfico 139 – Representación de las respuestas en relación a qué ayudó a las personas a sentirse mejor durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos



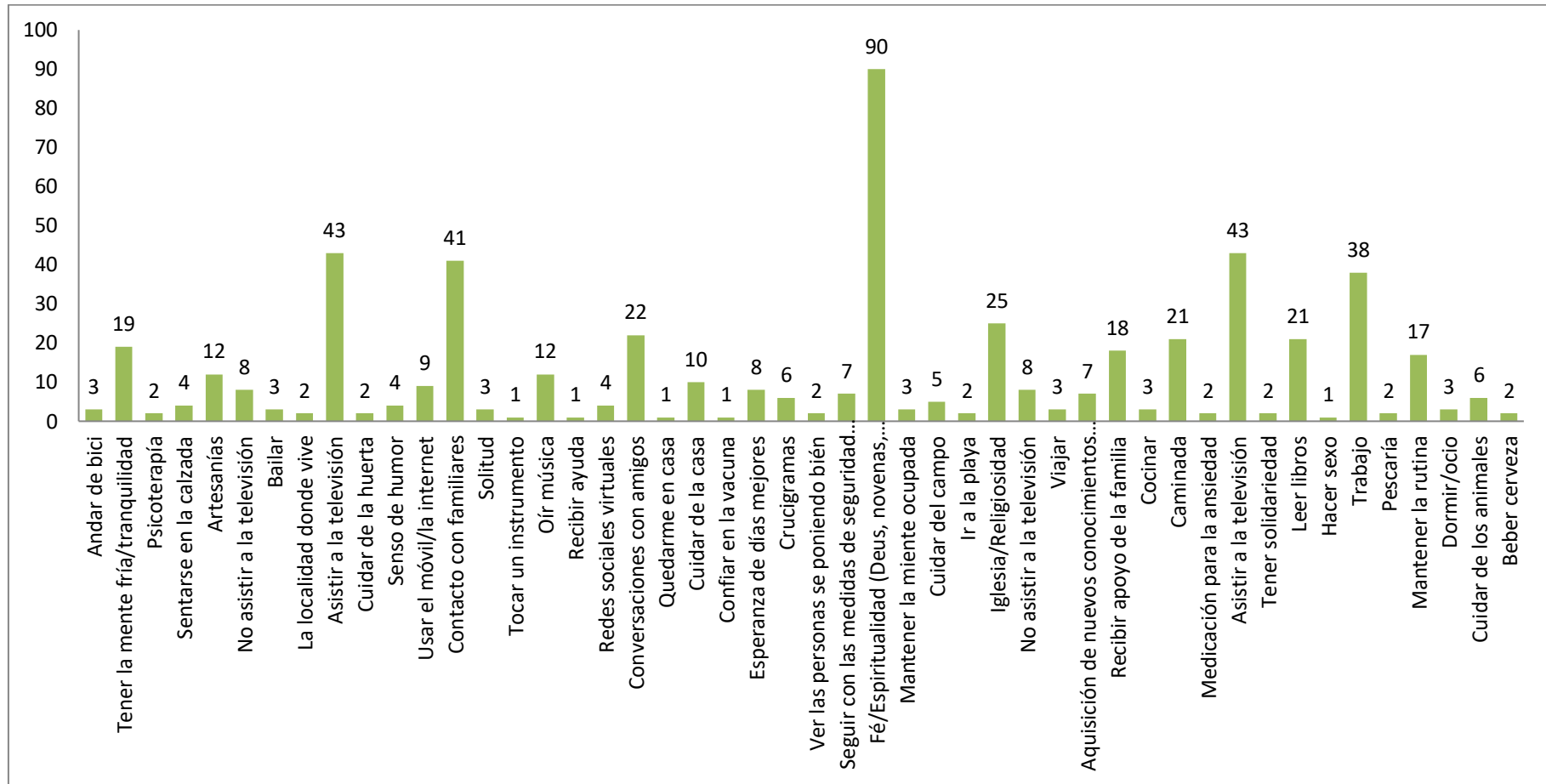
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 140 – Representación de las respuestas en relación a qué ayudó a las personas a sentirse mejor durante el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos



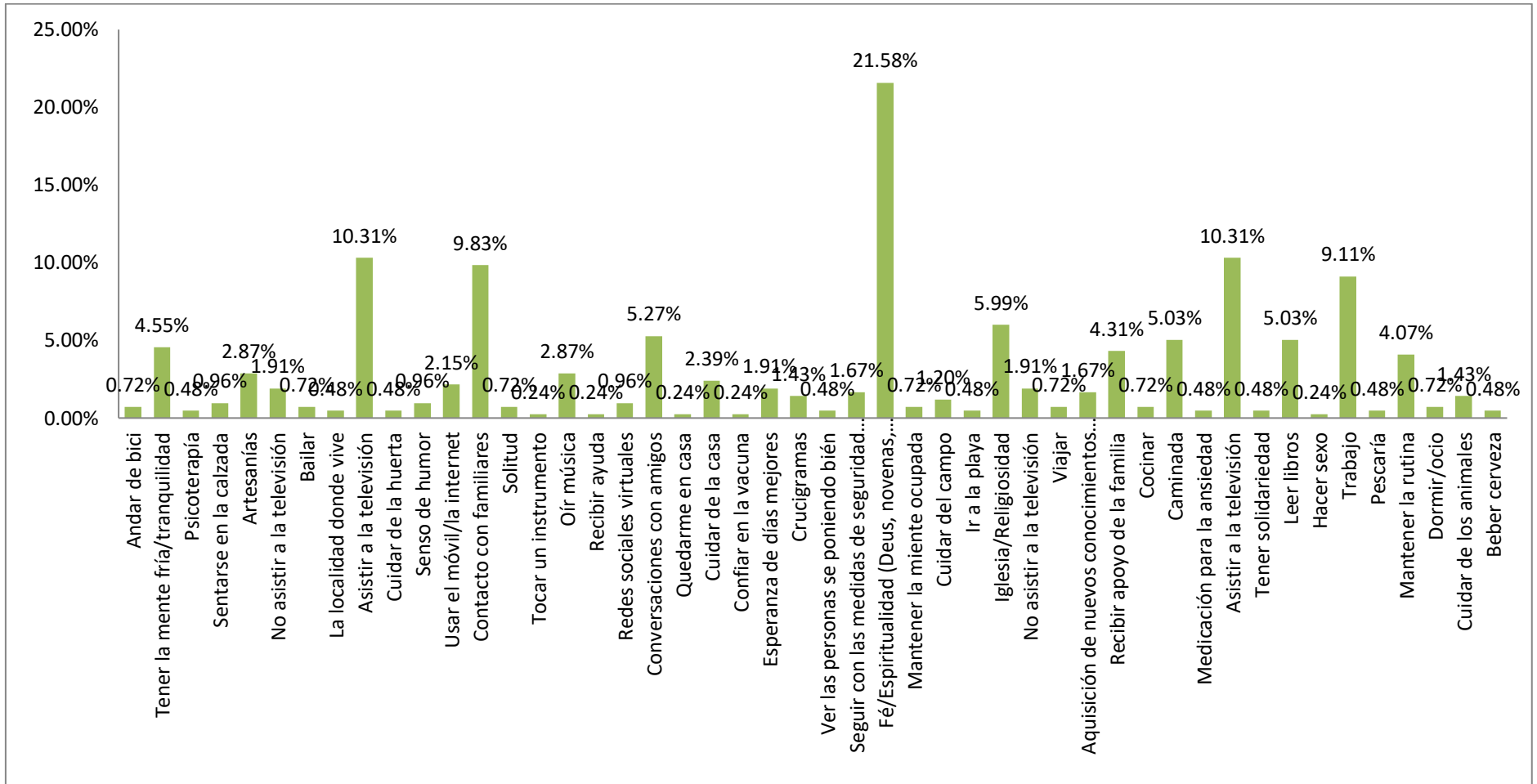
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 141 – Representación de las respuestas en relación a qué ayudó a las personas a sentirse mejor durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 142 – Representación de las respuestas en relación a qué ayudó a las personas a sentirse mejor durante el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos



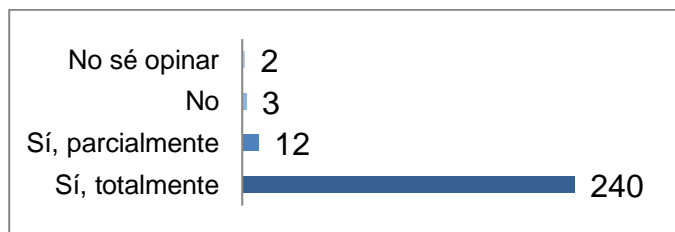
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #40 – “¿Cree que llevó a cabo el confinamiento correctamente, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Brasil?”

En Inúbia Paulista-SP, 240 (93,38%) han contestado ‘sí, totalmente’; 12 (4,67%) han contestado ‘sí, parcialmente’; 3 (1,16%) han contestado ‘no’; 2 (0,78%) han contestado ‘no sé opinar’ – números absolutos representados en el gráfico 143 y los relativos en el gráfico 144.

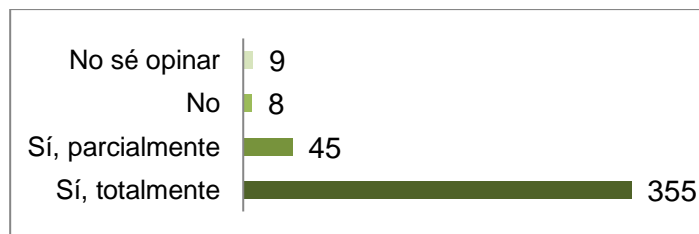
En Ribeirão Preto-SP, 355 (85,13%) han contestado ‘sí, totalmente’; 45 (10,79%) han contestado ‘sí, parcialmente’; 8 (1,91%) han contestado ‘no’; 9 (2,15%) han contestado ‘no sé opinar’ – números absolutos representados en el gráfico 145 y los relativos en el gráfico 146.

Gráfico 143 – Representación de las respuestas en relación a hacer correctamente el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en número absolutos



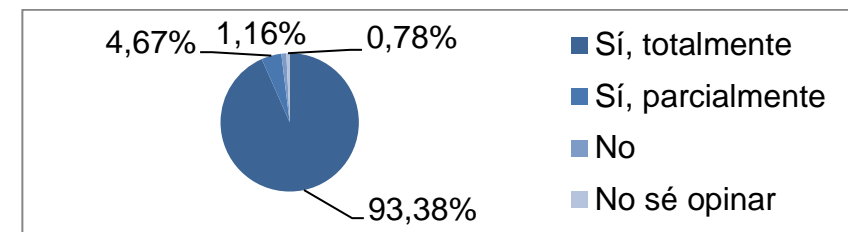
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 145 – Representación de las respuestas en relación a hacer correctamente el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en número absolutos



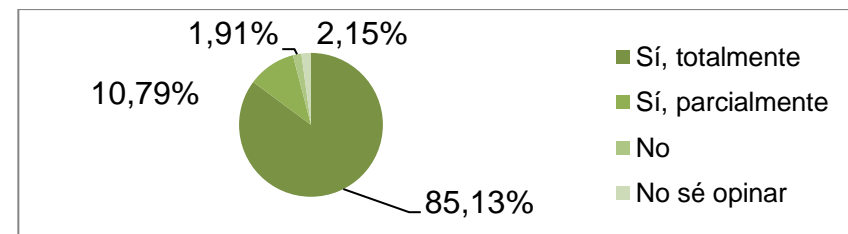
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 144 – Representación de las respuestas en relación a hacer correctamente el confinamiento, en Inúbia Paulista-SP, en número relativos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 146 – Representación de las respuestas en relación a hacer correctamente el confinamiento, en Ribeirão Preto-SP, en número relativos



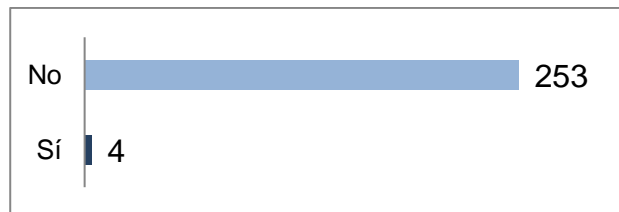
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #41 – “¿Sigues (o siguió), durante la pandemia de COVID-19, en algún servicio específico de Salud Mental?”

En Inúbia Paulista-SP, 4 (1,55%) han contestado que ‘sí’; 253 (98,44%) han contestado que ‘no’ – números absolutos representados en el gráfico 147 y los relativos en el gráfico 148.

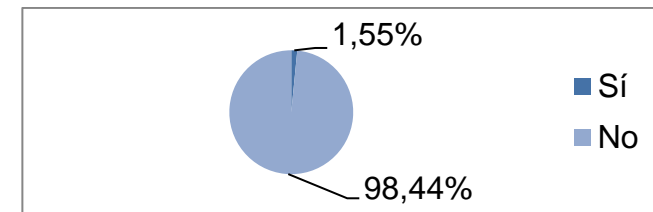
En Ribeirão Preto-SP, 37 (8,87%) han contestado que ‘sí’; 380 (91,12%) han contestado que ‘no’ – números absolutos representados en el gráfico 149 y los relativos en el gráfico 150.

Gráfico 147 – Representación de las respuestas en relación a seguir durante la pandemia de COVID-19 en algún servicio específico de Salud Mental, en Inúbia Paulista-SP, en valores absolutos



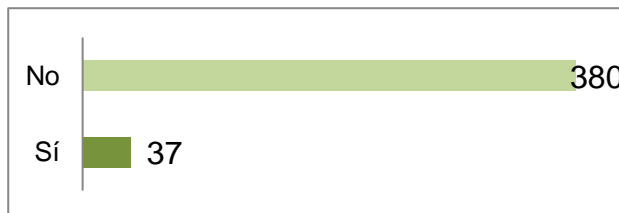
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 148 – Representación de las respuestas en relación a seguir durante la pandemia de COVID-19 en algún servicio específico de Salud Mental, en Inúbia Paulista-SP, en valores relativos



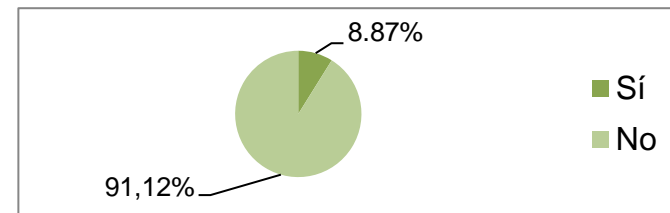
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 149 – Representación de las respuestas en relación a seguir durante la pandemia de COVID-19 en algún servicio específico de Salud Mental, en Ribeirão Preto-SP, en valores absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 150 – Representación de las respuestas en relación a seguir durante la pandemia de COVID-19 en algún servicio específico de Salud Mental, en Ribeirão Preto-SP, en valores relativos



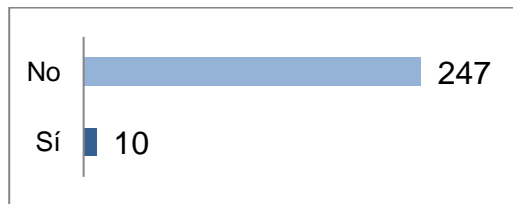
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #42 – “¿Fuiste a alguna consulta en el Centro de Salud durante la pandemia del COVID-19 por problemas de Salud Mental, como depresión, ansiedad u otros?”

En Inúbia Paulista-SP, 10 (3,89%) han contestado que ‘sí’; 247 (96,11%) han contestado que ‘no’ – números absolutos representados en el gráfico 151 y los relativos en el gráfico 152.

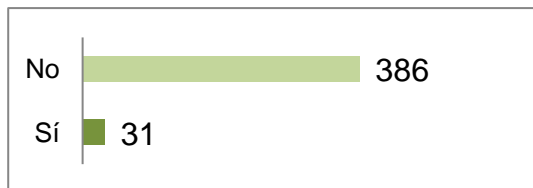
En Ribeirão Preto-SP, 31 (7,43%) han contestado que ‘sí’; 386 (92,56%) han contestado que ‘no’ – números absolutos representados en el gráfico 153 y los relativos en el gráfico 154.

Gráfico 151 Representación de las respuestas en relación al facto de haber acudido a alguna consulta en el Centro de Salud, durante la pandemia del COVID-19, por problemas de Salud Mental, en Inúbia Paulista-SP, en valores absolutos



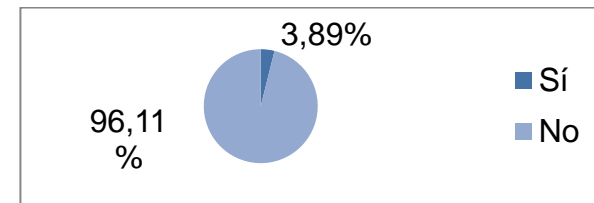
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 153 – Representación de las respuestas en relación al facto de haber acudido a alguna consulta en el Centro de Salud, durante la pandemia del COVID-19, por problemas de Salud Mental, en Ribeirão Preto-SP, en valores absolutos



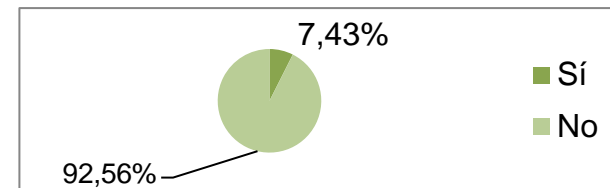
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 152 – Representación de las respuestas en relación al facto de haber acudido a alguna consulta en el Centro de Salud, durante la pandemia del COVID-19, por problemas de Salud Mental, en Inúbia Paulista-SP, en valores relativos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 154 – Representación de las respuestas en relación al facto de haber acudido a alguna consulta en el Centro de Salud, durante la pandemia del COVID-19, por problemas de Salud Mental, en Ribeirão Preto-SP, en valores relativos



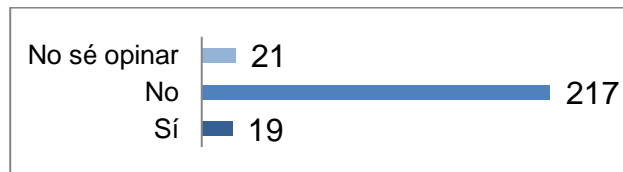
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #43 – “¿Crees que es importante iniciar (o continuar) algún seguimiento psicosocial (actualmente o en los próximos meses), por lo que has vivido (o estás viviendo) durante la pandemia?”

En Inúbia Paulista-SP, 19 (7,39%) han contestado ‘sí’; 217 (84,43%) han contestado ‘no’; 21 (8,17%) han contestado ‘no sé opinar’ – números absolutos representados en el gráfico 155 y los relativos en el gráfico 156.

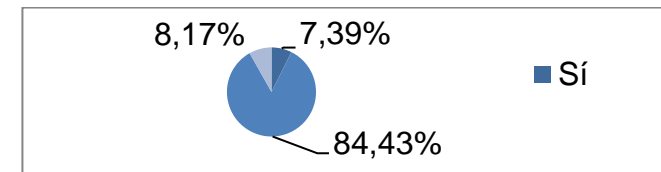
En Ribeirão Preto-SP, 82 (19,66%) han contestado ‘sí’; 316 (75,77%) han contestado ‘no’; 19 (4,55%) han contestado ‘no sé opinar’ – números absolutos representados en el gráfico 157 y los relativos en el gráfico 158.

Gráfico 155 – Representación de las respuestas en relación a la importancia de iniciar (o continuar) algún seguimiento psicosocial, por cuenta de la pandemia, en Inúbia Paulista-SP, en valores absolutos



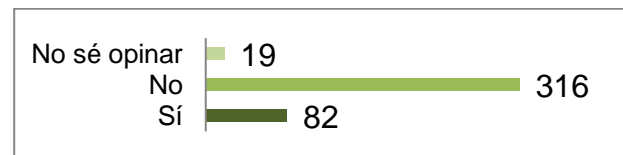
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 156 – Representación de las respuestas en relación a la importancia de iniciar (o continuar) algún seguimiento psicosocial, por cuenta de la pandemia, en Inúbia Paulista-SP, en valores relativos



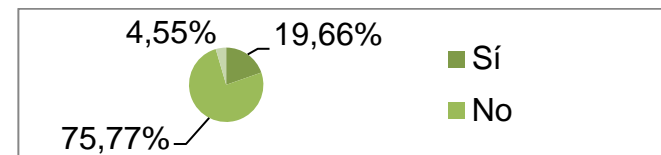
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 157 – Representación de las respuestas en relación a la importancia de iniciar (o continuar) algún seguimiento psicosocial, por cuenta de la pandemia, en Ribeirão Preto-SP, en valores absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 158 – Representación de las respuestas en relación a la importancia de iniciar (o continuar) algún seguimiento psicosocial, por cuenta de la pandemia, en Ribeirão Preto-SP, en valores relativos



Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #44 – *“Si respondió Sí a la pregunta #43 (la anterior), por favor diga por qué”*

En Inúbia Paulista-SP, las 19 personas que han contestado ‘sí’ en la pregunta #44 (la anterior) han contestado, de una manera general, ‘para mejor la parte psicológica’.

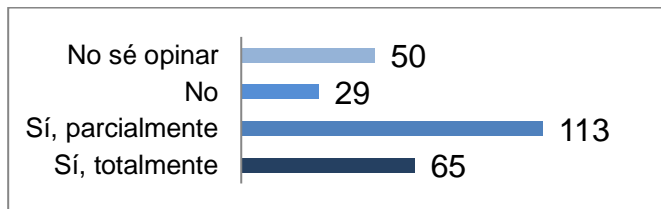
En Ribeirão Preto-SP, las 95 personas que han contestado ‘sí’ en la pregunta #44 (la anterior): 89 han contestado ‘necesidad en Salud Mental’; 4 han respondido ‘prevención de problemas mentales’; 1 ha dicho ‘miedo de las personas’; y ha contestado ‘por sentirme perjudicado psicológica y físicamente por el confinamiento’.

Pregunta #45 – “¿Cree que los servicios (o Centros de Salud) de Salud Mental de su ciudad están preparados para atenderle a usted y a todas aquellas personas que necesitan atención en Salud Mental?”

En Inúbia Paulista-SP, 65 (25,29%) han contestado ‘sí, totalmente’; 113 (43,97%) han contestado ‘sí, parcialmente’; 29 (11,28%) han contestado ‘no’; 50 (19,45%) han contestado ‘no sé opinar’ – números absolutos representados en el gráfico 159 y los relativos en el gráfico 160.

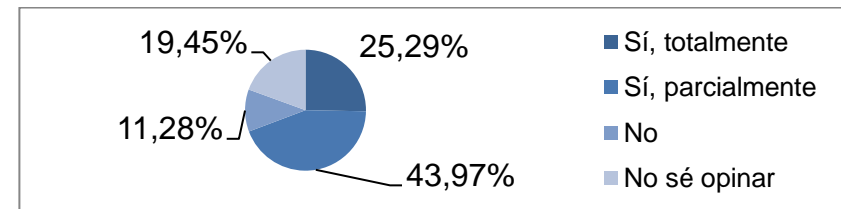
En Ribeirão Preto-SP, 184 (44,12%) han contestado ‘sí, totalmente’; 96 (23,02%) han contestado ‘sí, parcialmente’; 84 (20,14%) han contestado ‘no’; 53 (12,71%) han contestado ‘no sé opinar’ – números absolutos representados en el gráfico 161 y los relativos en el gráfico 162.

Gráfico 159 – Representación de las respuestas en relación al hecho de creer que los servicios de Salud Mental de la ciudad están preparados para atender a todas las personas que necesitan atención en Salud Mental, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



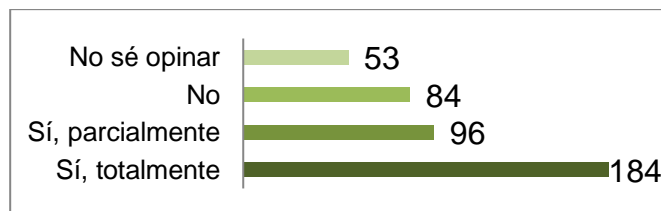
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 160 – Representación de las respuestas en relación al hecho de creer que los servicios de Salud Mental de la ciudad están preparados para atender a todas las personas que necesitan atención en Salud Mental, en Inúbia Paulista-SP, en números relativos



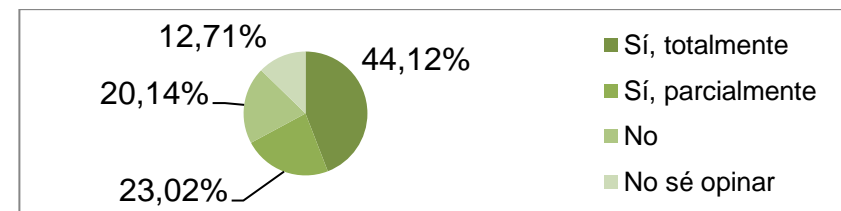
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 161 – Representación de las respuestas en relación al hecho de creer que los servicios de Salud Mental de la ciudad están preparados para atender a todas las personas que necesitan atención en Salud Mental, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 162 – Representación de las respuestas en relación al hecho de creer que los servicios de Salud Mental de la ciudad están preparados para atender a todas las personas que necesitan atención en Salud Mental, en Ribeirão Preto-SP, en números relativos



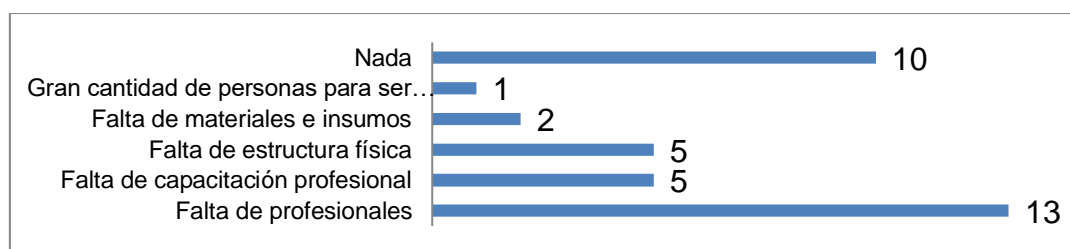
Fuente: elaboración propia, 2023

Pregunta #46 – “Si respondió ‘no’ a la pregunta #45 (la anterior), por favor diga por qué” (las respuestas han sido agrupadas, por grupos temáticos – recordando que una misma persona puede contestar más de una opción, al mismo tiempo)

En Inúbia Paulista-SP, 13 personas han contestado ‘falta de profesionales médicos’; 5 han respondido ‘falta de capacitación profesional’; 5 han contestado ‘falta de estructura física’; 2 han respondido ‘falta de materiales e insumos’; 1 ha contestado ‘gran cantidad de personas para ser consultada’; 10 no han dicho ‘nada’ (mismo les siendo preguntado) – el gráfico 163 representa esas respuestas.

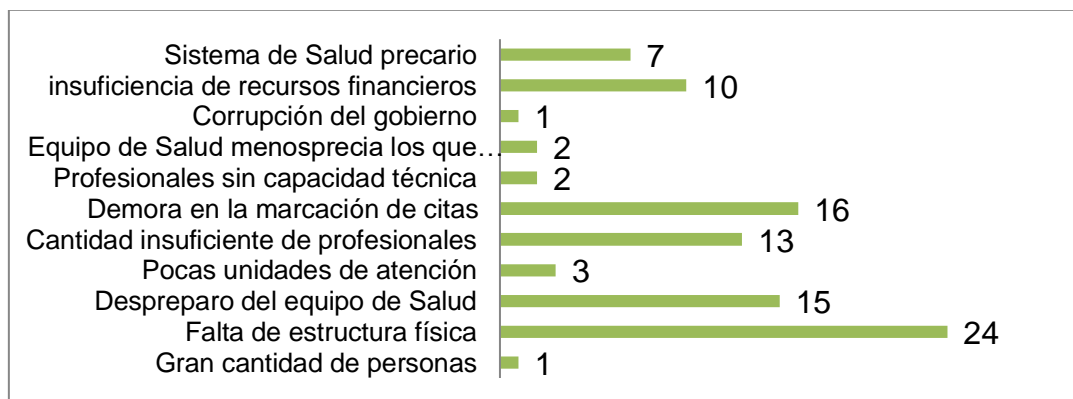
En Ribeirão Preto-SP, 24 han contestado ‘falta de estructura física’; 16 han respondido ‘demora en la marcación de citas’; 15 han dicho ‘falta de preparación del equipo de Salud’; 13 han contestado ‘demora cantidad insuficiente de profesionales’; 10 han contestado ‘insuficiencia de recursos financieros’; 7 han respondido ‘Sistema de Salud precario’; 3 han dicho ‘pocas unidades de atención’; 2 han contestado ‘profesionales sin capacidad técnica’; 2 han respondido ‘equipo de Salud menosprecia los que necesitan de atención en Salud Mental’; 1 ha contestado ‘corrupción del gobierno’ – respuestas en el gráfico 164.

Gráfico 163 – Representación de las explicaciones mediante el ‘porqué’ en la pregunta #45, en Inúbia Paulista-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 164 – Representación de las explicaciones mediante el ‘porqué’ en la pregunta #45, en Ribeirão Preto-SP, en números absolutos



Fuente: elaboración propia, 2023

Notas de Campo:

La nube de palabras abajo representa las principales percepciones del entrevistador durante las 674 entrevistas (figura 10).

Figura 10- Nube de palabras sintetizando las principales percepciones de las entrevistas, en las dos ciudades



Fuente: elaboración propia, 2023

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Género

En cuanto al género, las dos ciudades evaluadas tenían más de la mitad de su muestra reconociéndose como pertenecientes al género femenino (y con resultados similares, siendo la diferencia entre ellas ligeramente superior al 3,4% – $p < 0,001$). Esos datos corroboran los datos encontrados en la Literatura: un fenómeno que acompaña el envejecimiento de la población, especialmente en Brasil, es la feminización de la vejez, o sea, la mayor proporción de mujeres frente a hombres en la población anciana, especialmente en edades más avanzadas. En el año 2012, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, Londres, Reino Unido, encontró que por cada 100 mujeres de 60 años o más, en todo el mundo, había alrededor de 84 hombres, y por cada 100 mujeres de 80 años o más, había solo 61 hombres (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012).

Sobre las variaciones existentes entre las regiones del mundo, como se mencionó anteriormente, la proporción de mujeres supera la mitad de la población adulta mayor, tal como lo observa la Organización de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2010), datos similares a los encontrados por Souza et al (2018) y por Pérez Díaz et al (2022). Sin embargo, en general, a pesar de vivir más, las mujeres tienen una peor calidad de vida en comparación con los hombres, principalmente por el efecto de las relaciones de género que estructuran todo su ciclo de vida y acaban condicionando el acceso a recursos y oportunidades, lo que acaba generando una continua e impactos acumulativos en la vida social y económica (Calasanti, 2004). Muchos factores dan a las mujeres menos seguridad, protección y bienestar en la vejez, los cuales se pueden destacar, p. ej., mayor probabilidad de trabajar en el sector informal, menores niveles de ingreso y educación, y mayor número de enfermedades crónicas y discapacidades (Cobos y Almendros, 2008). Con respecto a los hombres, una de las preocupaciones está relacionada con la necesidad de promover una cultura de autocuidado, pero no se puede ignorar que, especialmente en relación con las licencias laborales por jubilación, la red de apoyo de los hombres mayores es más limitada, hecho que así también los hace socialmente vulnerables (OMS, 2001).

Ante las diferencias entre hombres y mujeres en sus experiencias y oportunidades a lo largo de la vida, se puede afirmar que el enfoque de género es sumamente

necesario para la efectividad de la propuesta política de Envejecimiento Activo, que actualmente se reconoce como una de las principales estrategias para responder a la revolución del envejecimiento de la población (OMS, 2002). El concepto de Envejecimiento Activo, adoptado por la OMS, se aplica a los individuos y, sobre todo, a la comunidad. En cuanto a las personas, se les otorga la facultad de disfrutar de las oportunidades que se les brindan, de acuerdo con sus necesidades, capacidades y preferencias, de manera equitativa. En relación con la comunidad, se espera que las oportunidades de Salud, Seguridad y Aprendizaje Permanente sean optimizadas a través de políticas públicas sólidas, ya que son condiciones necesarias para mantener una vida activa (Centro Internacional de Longevidade Brasil, 2015).

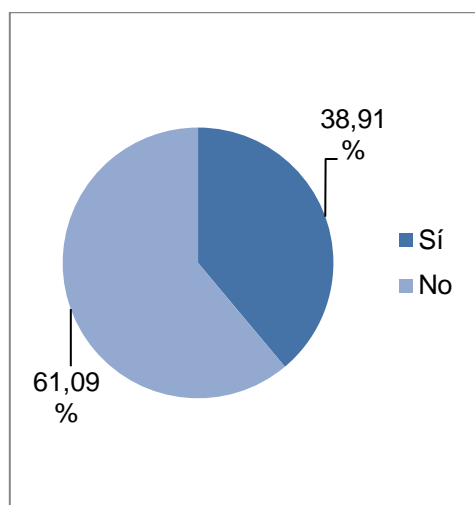
El género puede ser un factor importante en la Salud Mental, con diferencias en incidencia, manifestación clínica, y resultados del tratamiento (Nair et al, 2021), como se verá en este capítulo más adelante.

4.2 Contaminación por COVID-19, hospitalización y vacunación

Con relación a haber tenido COVID-19, la muestra de Inúbia Paulista-SP evidencia que el 38,91% tenía la enfermedad, y la muestra de Ribeirão Preto-SP dice que el 33,10% contrajo la enfermedad (conforme se puede notar en los gráficos 165 e y 166) – esos datos son superiores (prácticamente el doble) a los presentados por el sitio web del Ministerio de Salud de Brasil, que dice que alrededor del 17% de la población brasileña ha sido contaminada (covid.saude.gov.br, 2023). Eso puede estar relacionado con el hecho de que los datos difundidos por el Ministerio de Salud presentan todos los casos positivos, no siendo presentados por grupos de edad (a diferencia de las defunciones, que se presentan por grupo de edad – por lo tanto, en la práctica, la población mayor de 60 años sí puede presentar más del 17% de contaminados (Russell et al, 2020)).

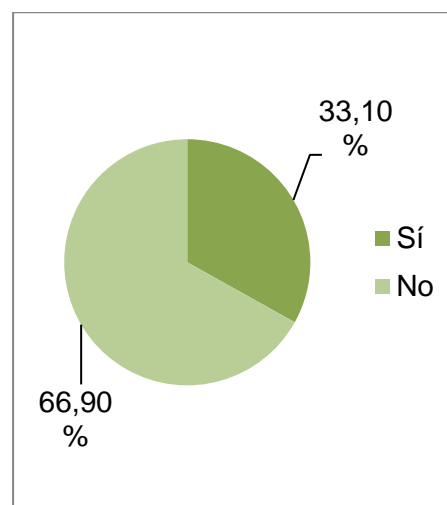
Otra cuestión para una posible explicación para eso es que puede existir un subregistro de casos positivos de la enfermedad (incluso en relación con el auto test, y la orientación de los órganos de Salud es realizar un test oficial, en un centro de Salud, tras un posible 'positivo' en el auto test, precisamente para confirmar la enfermedad y realizar la notificación, lo que muchas veces no acaba ocurriendo, ya sea por falta de pruebas para confirmarlo, o incluso por parte de la población, que muchas veces no lo hace. buscar el Centro de Salud), siendo el valor real muy superior al presentado en las estadísticas, como lo muestran Oliveira y Araújo (2020) y Prado et al (2020), lo que termina minimizando los casos y su impacto real en la Salud local, subestimando la gravedad de la enfermedad y la necesidad real de cuidados.

Gráfico 165 – Representación gráfica de los contaminados por COVID-19 en la muestra de Inúbia Paulista-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

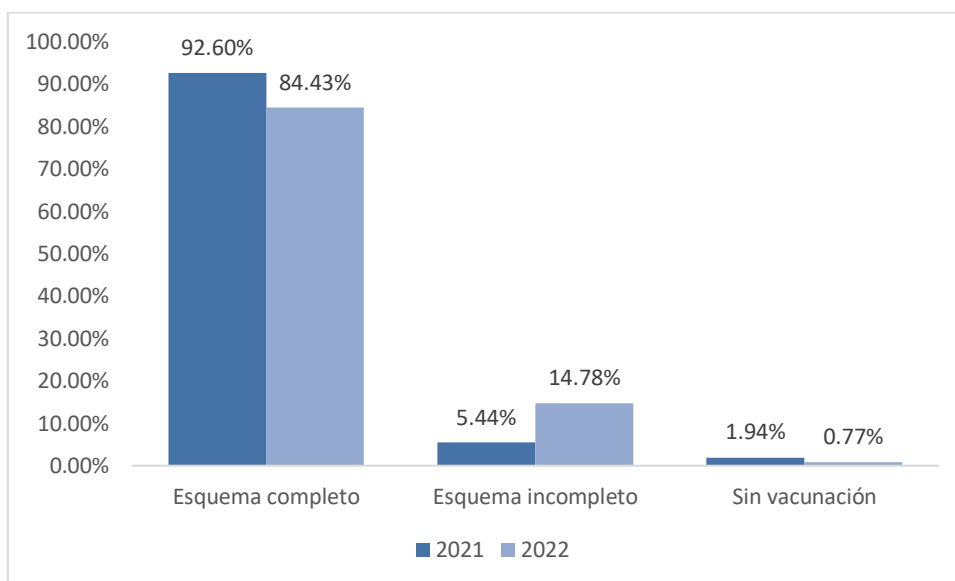
Gráfico 166 – Representación gráfica de los contaminados por COVID-19 en la muestra de Ribeirão Preto-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

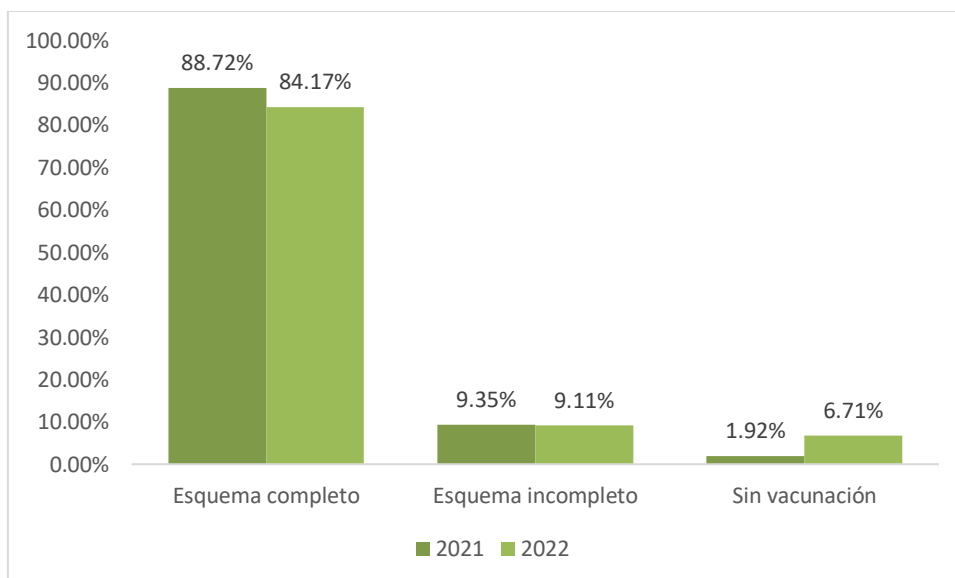
En cuanto a la hospitalización por COVID-19, los pacientes entrevistados en Inúbia Paulista-SP relataron que el 2,72% de la muestra necesitó ser hospitalizado, mientras que los pacientes de Ribeirão Preto-SP relataron que el 7,91% de la muestra fueron hospitalizados – esa diferencia, entre los municipios, pueden estar relacionada con la vacunación, siendo diferente el porcentaje de vacunados entre los dos municipios – en 2021, la muestra de Inúbia Paulista-SP relató que 92,60% se adhirieron al esquema completo propuesto por los órganos de Salud y 5,44% fueron vacunados de forma incompleta, mientras que Ribeirão Preto-SP presentó 88,72% con esquema de vacunación completo y 9,35% con esquema incompleto – en 2022, los dos municipios presentaron resultados similares, en relación a la vacunación con esquema completo (Inúbia Paulista-SP: 84,43%; Ribeirão Preto -SP: 84,17%), con diferencia en vacunación con esquema incompleto (Inúbia Paulista-SP: 14,78%; Ribeirão Preto-SP: 9,11%) – esa discusión se presenta, de manera visual, en los gráficos 167 y 168. Son datos importantes, dado que la mayoría de los hospitalizados por COVID-19, durante la pandemia, eran ancianos (y, de esos, gran parte tampoco estaba vacunada, según datos de Orellana et al (2022)). Sin embargo, no se preguntó a los encuestados si dicha hospitalización ocurrió antes o después del inicio de la vacunación en Brasil (finales de enero de 2021).

Gráfico 167 – Representación gráfica de la cobertura vacunal contra las formas graves de COVID-19, en la muestra de Inúbia Paulista-SP, en los años 2021 y 2022



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 168 – Representación gráfica de la cobertura vacunal contra las formas graves de COVID-19, en la muestra de Ribeirão Preto-SP, en los años 2021 y 2022



Fuente: elaboración propia, 2023

4.3 Enfermedades crónicas / comorbilidades y la asociación con el género

En cuanto a la presencia de comorbilidades (enfermedades crónicas), las dos ciudades presentan la gran mayoría de muestras que se declaran con alguna enfermedad crónica, con datos similares a los encontrados en la Literatura Mundial, como p. ej., los estudios de Theme et al (2013), Malta et al (2017), Gong et al (2018) y Marmamula et al (2021), que muestran la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el 65-75 % de los encuestados (Inúbia Paulista-SP presentó el 70,03% y Ribeirão Preto-SP, el 66,90%).

Sobre la prevalencia de enfermedades, por agrupamiento, las dos ciudades presentaron 'enfermedades cardiovasculares' como primera opción, 'enfermedades endocrinas', como segunda opción y 'enfermedades musculo esqueléticas', como tercera opción, datos que son similares a los presentados por Francisco y otros (2022).

Las ECNT (cardiovasculares, respiratorias crónicas, endocrinológicas, cáncer, entre otras) son responsables de cerca del 70% de todas las muertes en el mundo, con un estimado de 38 millones de muertes anuales. De esas muertes, 16 millones ocurren prematuramente (menores de 70 años) y casi 28 millones ocurren en países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2014a; OMS, 2014b). En Brasil, en 2014, el 10,1% de las hospitalizaciones fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio y, del total de estas hospitalizaciones, el 57,2% fueron entre personas con 60 años o más (Brasil, 2016). En cuanto a la evidencia científica, los estudios indican un aumento de las ECNT en los adultos mayores, específicamente, por el crecimiento de los cuatro principales factores de riesgo (tabaco, sedentarismo, uso nocivo de alcohol y dietas poco saludables) (OMS, 2014c). Los costos socioeconómicos asociados a las ECNT tienen repercusiones en las economías de los países, estimándose en US\$ 7 billones, durante 2011-2025, en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2014a). Así, la reducción global de las ECNT es una condición necesaria para el desarrollo del siglo XXI (Francisco et al, 2022).

Buscando una posible asociación estadística entre la presencia de enfermedades crónicas y el género, se realizó la Prueba de Chi-Cuadrado, que mostró la siguiente diferencia: la muestra de Inúbia Paulista-SP mostró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,003$, o sea, $p < 0,05$), mostrando que los hombres tienen alrededor de un 17% menos de probabilidad de tener una enfermedad crónica, en comparación con las mujeres, como se muestra en la tabla 5 y en el gráfico 169. Por otro lado, la

muestra de Ribeirão Preto-SP no presentó asociación estadísticamente significativa ($p = 0,103$, o sea, $p > 0,05$), como se muestra en la tabla 6 y en el gráfico 170.

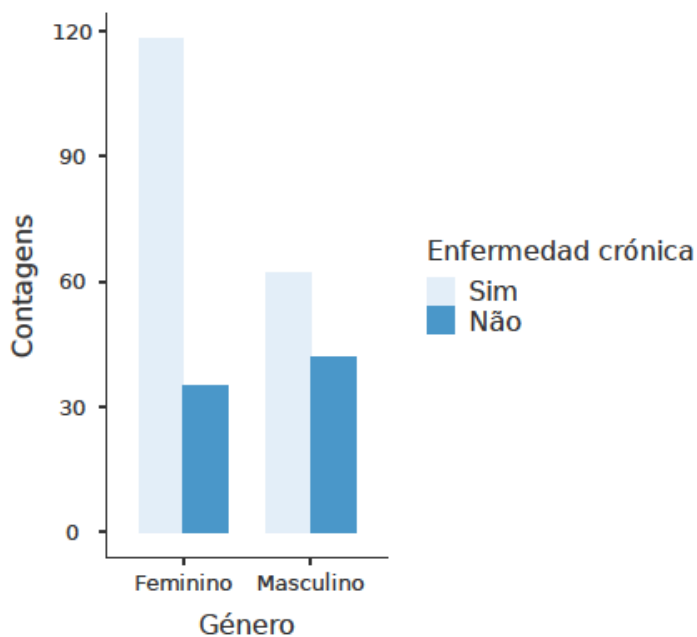
Tabla 5 - Asociación estadística entre género y enfermedades crónicas, en la muestra de Inúbia Paulista-SP

Género		Enfermedad crónica		Total	Oddis Ratio	p
		Sí	No			
Femenino	Observado	118	35	153	0.826	0.003
	Esperado	107.2	45.8	153		
	% en línea	77.1 %	22.9 %	100.0 %		
Masculino	Observado	62	42	104		
	Esperado	72.8	31.2	104		
	% en línea	59.6 %	40.4 %	100.0 %		
Total	Observado	180	77	257		
	Esperado	180.0	77.0	257		
	% en línea	70.0 %	30.0 %	100.0 %		

Test Chi-Cuadrado

Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 169 – Prevalencia del género en función de la presencia de enfermedades crónicas, en la muestra de Inúbia Paulista-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

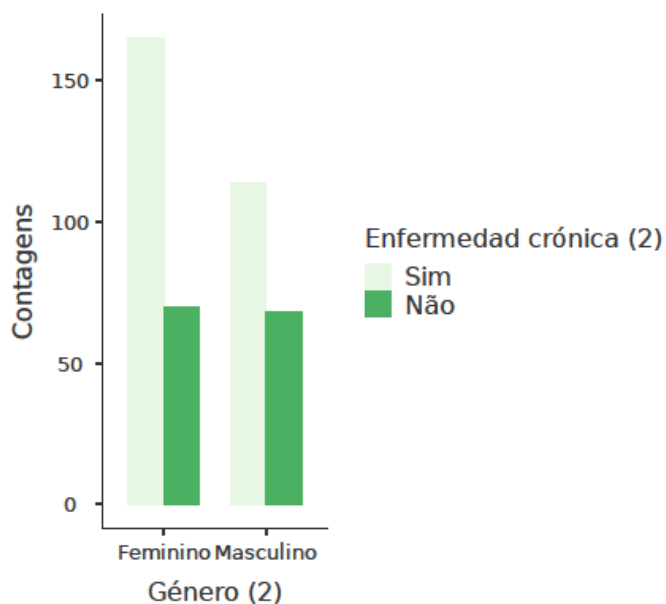
Tabla 6 - Asociación estadística entre género y enfermedades crónicas, en la muestra de Ribeirão Preto-SP

Género		Enfermedad crónica			p
		Sí	No	Total	
Femenino	Observado	165	70	235	0.103
	Esperado	157	77.8	235	
	% en línea	70.2 %	29.8 %	100.0 %	
Masculino	Observado	114	68	182	
	Esperado	122	60.2	182	
	% en línea	62.6 %	37.4 %	100.0 %	
Total	Observado	279	138	417	
	Esperado	279	138.0	417	
	% en línea	66.9 %	33.1 %	100.0 %	

Test Chi-Cuadrado

Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 170 – Prevalencia del género en función de la presencia de enfermedades crónicas, en la muestra de Ribeirão Preto-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Los datos encontrados en este estudio (aunque con diferencias estadísticas entre ellos) están en línea con los presentados por el Ministerio de Salud de Brasil, en 2013, que presenta el género femenino como el más prevalente en relación a la presencia de comorbilidades clínicas, lo que podría explicarse precisamente por el hecho de que las mujeres buscan más servicios de salud (así, los hombres sí podrían presentar problemas de salud, pero estos no son reportados); Además, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida y, por tanto, podrían tener más comorbilidades precisamente porque viven más. Sin embargo, aún es necesario ampliar los estudios, en este sentido, precisamente para rastrear otras posibles relaciones, como genéticas, inmunológicas y otras (Ministério da Saúde, 2013).

4.4 Funcionalidad

Los adultos mayores son considerados los más vulnerables al impacto negativo del aislamiento social, principalmente por su reducida movilidad física y deterioro de su Salud general, además de cambios en el contexto de vida asociados al avance de la edad (Hämmig, 2019). El aislamiento social predispone a la instalación o agudización de criterios de fragilidad y empeoramiento de la capacidad funcional en la población anciana, requiriendo especial atención, pues además de los cambios propios del envejecimiento, también están las consecuencias provocadas por la exposición a las medidas de confinamiento derivadas de la COVID-19 (Araújo et al, 2021).

En general, los ancianos tienden a perder fuerza en las piernas a medida que envejecen, en contraste con una menor pérdida de fuerza en los brazos. Esto se debe en parte a que suelen pasar la mayoría del tiempo en casa, lo que limita su actividad física. A diferencia de las extremidades inferiores, las tareas domésticas ayudan a mantener la fuerza en los brazos. La función muscular es esencial para la independencia de las personas mayores en las actividades diarias. Sin embargo, durante la pandemia de COVID-19, se aconsejó a los ancianos quedarse en casa para evitar el contagio, lo que tuvo un impacto negativo en su funcionalidad (Philip et al., 2020).

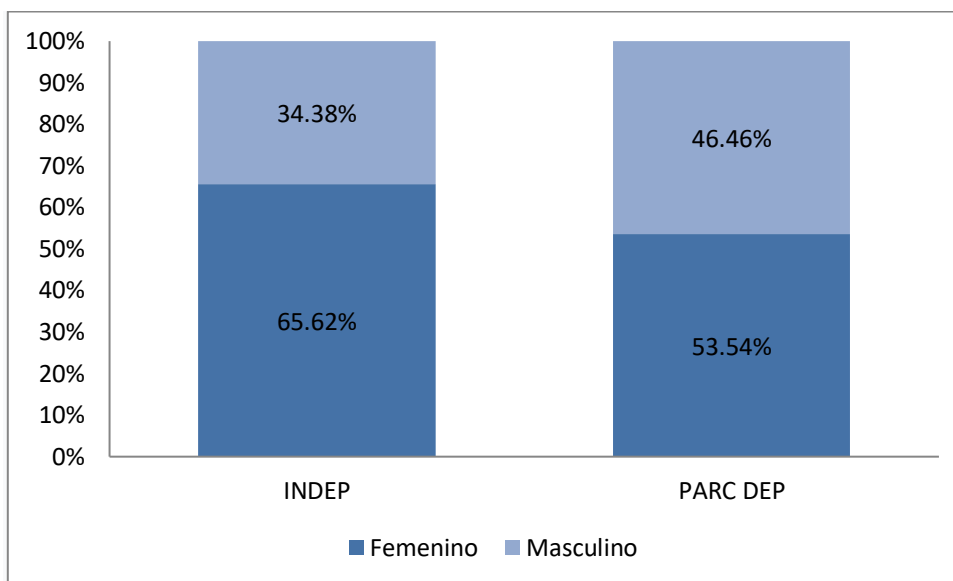
Identificar la funcionalidad de las personas mayores es fundamental para promover el envejecimiento activo y mantener a las personas mayores independientes el mayor tiempo posible (Andriolo, 2016). El presente trabajo mostró que la mayoría de los ancianos son independientes para las AIVD, en línea con los resultados propuestos

por Barros et al (2012), que destacan la independencia funcional de la mayoría de la población mayor de 60 años. La presencia de deterioro funcional no puede atribuirse al envejecimiento normal, sino a las discapacidades más frecuentes en los ancianos (Barbosa, 2005).

En cuanto a la funcionalidad, los entrevistados de este estudio respondieron el subcuestionario 'Índice de Lawton y Brody', que evalúa las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). El subcuestionario evaluó uso de teléfono, viajes, compras, preparación de comidas, tareas del hogar, uso de medicamentos y manejo de dinero, con respuestas tipo Likert, a las que se les asignó puntajes que oscilaron entre 1 (relacionado con mayor dependencia), 2 (dependencia mediana) y 3 (relacionado con menor dependencia), con respuestas totales que oscilan entre 7 y 21 puntos, así: 7 = dependiente; 8-20 = parcialmente dependiente; 21 = independiente. Al analizar la confiabilidad del subcuestionario, la muestra de Inúbia Paulista-SP presenta $\alpha = 0,854$, y Ribeirão Preto-SP presenta $\alpha = 0,847$ (consistencia interna muy confiable) (George y Mallery, 2003).

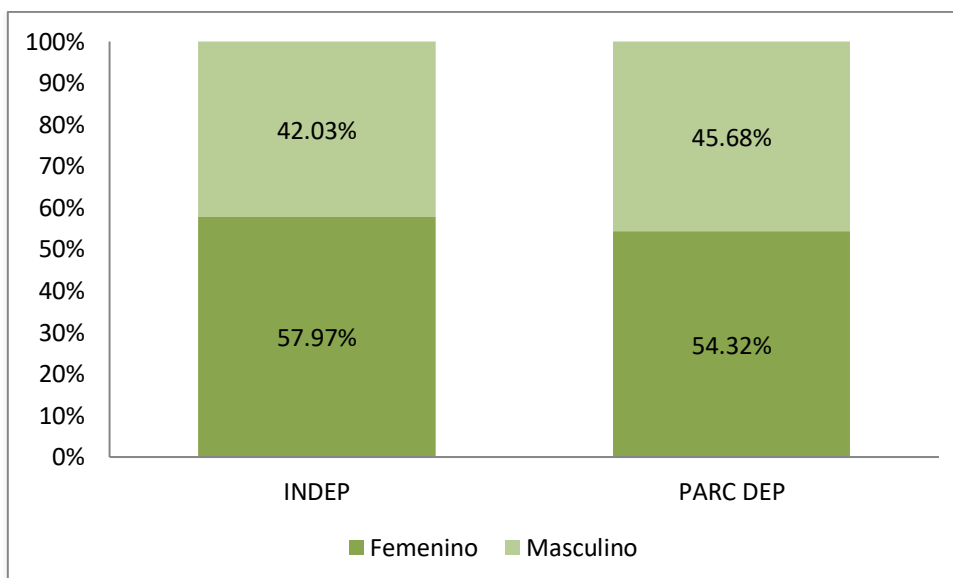
Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP presentan datos similares: Inúbia Paulista-SP presenta 128 personas que se declararon 'independientes' (49,80%), 127 que se declararon 'parcialmente dependientes' (49,41%) y 2 si se declararon 'dependientes' (0,77%); en Ribeirão Preto-SP, 207 personas se declararon 'independientes' (49,64%), 208 se declararon 'parcialmente dependientes' (49,88%) y 2 se declararon 'dependientes' (0,48%). Aun así, en ambas ciudades el porcentaje de mujeres que se declaran independientes es superior al de los hombres (Inúbia Paulista-SP: 84 mujeres (65,62%) y Ribeirão Preto-SP: 120 mujeres (57,97%)), y el porcentaje de mujeres que se declaran parcialmente dependientes también es mayor (Inúbia Paulista: 68 mujeres (53,54%) y Ribeirão Preto-SP: 113 (54,32%)) – esa discusión se ve claramente en el gráfico 171 (para la muestra de Inúbia Paulista-SP) y el gráfico 172 (para la muestra de Ribeirão Preto-SP).

Gráfico 171 – Prevalencia de los géneros femenino y masculino cuanto a la funcionalidad auto declarada, en la muestra de Inúbia Paulista-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 172 – Prevalencia de los géneros femenino y masculino cuanto a la funcionalidad auto declarada, en la muestra de Ribeirão Preto-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Sin embargo, las muestras de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP no muestran asociación estadísticamente significativa entre funcionalidad y género (en Inúbia Paulista-SP, $p = 0,140 (> 0,05)$; en Ribeirão Preto-SP, $p = 0,347 (> 0,05)$ - realizada la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado).

4.5 Efectos cognitivos y sus asociaciones con género, contaminación por COVID-19, enfermedades crónicas, funcionalidad y correlaciones

Con respecto específicamente a los posibles efectos cognitivos durante el período de confinamiento por la pandemia de COVID-19, para facilitar la discusión, los resultados de las dos ciudades se agruparon aquí en 'no' (las respuestas dadas, en la encuesta, como 'nada ') y 'sí' (todas las respuestas dadas como 'poco', 'un poco', 'bastante' y 'mucho'), vistas en la tabla 7. Después de realizar un análisis estadístico de este subcuestionario por ciudad, con 8 variables, fueron encontrados los siguientes resultados: Inúbia Paulista-SP: α de Cronbach = 0,959; Ribeirão Preto-SP: α de Cronbach = 0,970. Por su vez, los gráficos 173 (Inúbia Paulista-SP) y 174 (Ribeirão Preto-SP) muestran las respuestas de los efectos cognitivos por escala tipo Likert.

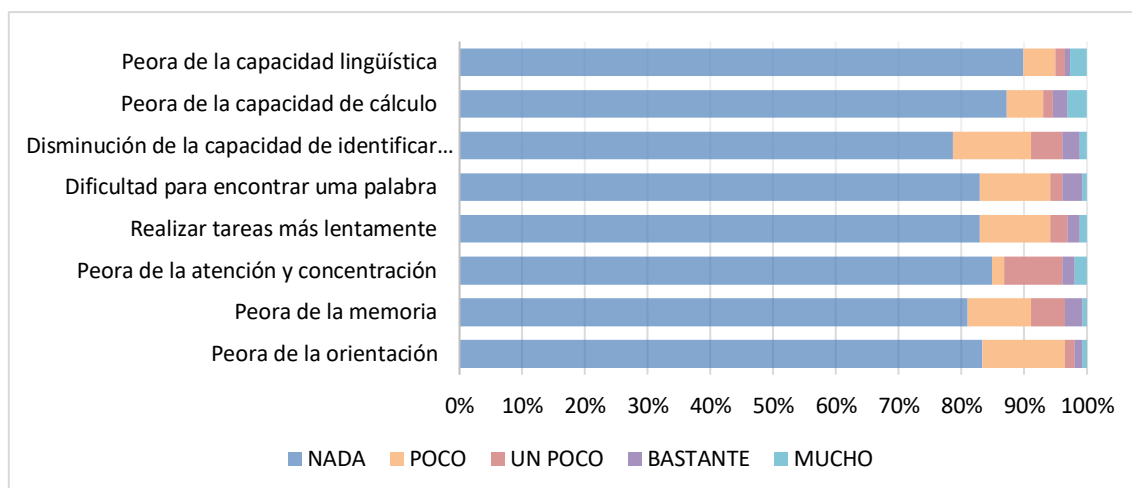
Estimando una diferencia entre las dos ciudades (pero no comparándolas, ya que son ciudades completamente diferentes), se observa un mayor porcentaje de efectos cognitivos auto percibidos en Ribeirão Preto-SP (en algunos casos, incluso más del doble), en relación a Inúbia Paulista-SP.

Tabla 7 - Efectos cognitivos auto percibidos en las ciudades evaluadas por la investigación

Variable	Ciudad			
	Inúbia Paulista-SP		Ribeirão Preto-SP	
	No (%)	Sí (%)	No (%)	Sí (%)
Empeoramiento de la orientación	83,26	16,74	69,30	30,70
Empeoramiento de la memoria	80,93	19,07	67,86	32,14
Empeoramiento de la atención y de la concentración	84,82	15,18	70,50	29,50
Realizar tareas con más lentitud	82,87	17,13	69,54	30,46
Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	82,87	17,13	69,54	30,46
Disminución de la capacidad de identificar emociones	78,60	21,40	71,70	28,30
Empeoramiento de la capacidad de calcular	87,15	12,85	74,34	25,66
Empeoramiento de la capacidad lingüística	89,88	10,12	74,10	25,90

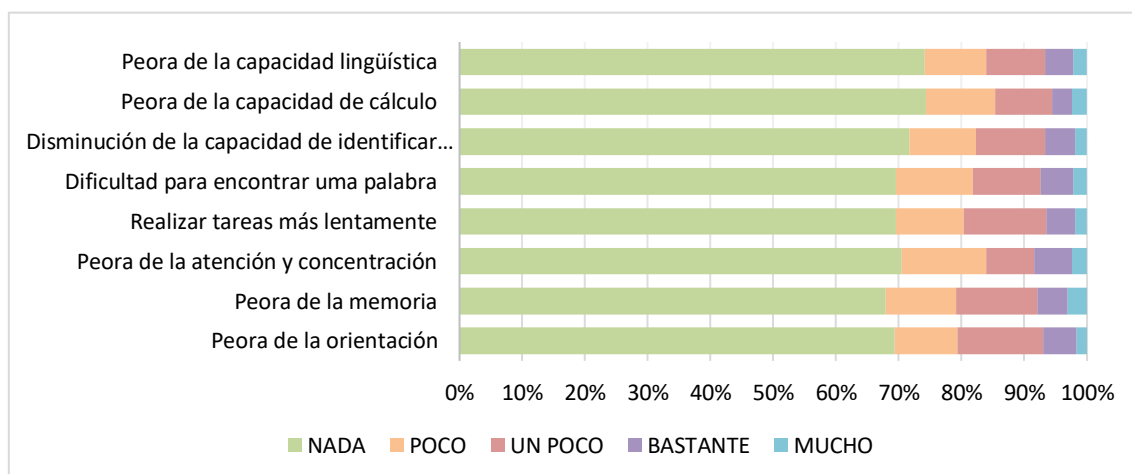
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 173 – Respuestas cuanto a los efectos cognitivos por escala tipo Likert, en Inúbia Paulista-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 174 – Respuestas cuanto a los efectos cognitivos por escala tipo Likert, en Ribeirão Preto-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

De acuerdo con los datos del presente estudio, las muestras de ambas ciudades reportaron, como síntoma cognitivo más presente, el empeoramiento de la memoria, y como síntomas menos reportados, el empeoramiento de la capacidad de cálculo y la capacidad lingüística. Estos datos también concuerdan con la Literatura Mundial sobre el tema, según los estudios reportados en el párrafo anterior, entre otros (Barguilla et al, 2020; Ismail et al, 2021).

En ese estudio, no se evaluó el estado neurológico previo de los pacientes, aunque se excluyó a aquellos con demencia severa. Sin embargo, se observó que en todos los pacientes, independientemente de su historial cognitivo, hubo una aparición o empeoramiento del estado cognitivo, especialmente en la memoria. La memoria es un proceso mental ampliamente estudiado, con quejas comunes entre los adultos mayores. Aunque existen diferencias en la investigación sobre el envejecimiento y la memoria, la mayoría de los estudios coinciden en que las dificultades de memoria pueden deberse a varios factores, incluyendo la atención, la motivación, la carga emocional y el estilo de vida.

En cuanto a la memoria a corto plazo, se observan algunas alteraciones, especialmente en la memoria de trabajo, mientras que las funciones independientes de este factor de memoria no parecen verse afectadas por el envejecimiento. La memoria semántica tiende a mantenerse, pero la memoria episódica y prospectiva es más vulnerable a los efectos del envejecimiento. Curiosamente, el vocabulario, que desempeña un papel importante en la memoria, puede mejorar con la edad en lugar de deteriorarse (Kessels et al, 2007).

Es importante destacar que las creencias negativas sobre la memoria de los adultos mayores pueden ser perjudiciales y subestimar sus capacidades. Además, las alteraciones cognitivas subjetivas declaradas por los pacientes suelen estar relacionadas con cambios objetivos observados en pruebas clínicas (Yim et al. al, 2017; Park et al, 2018).

La pandemia de COVID-19 ha generado un interés creciente en la salud mental de los adultos mayores, y varios estudios han informado un empeoramiento de la memoria y otras funciones cognitivas durante este período. Sin embargo, los resultados varían en función de diversos factores, como el sexo y la actividad laboral (Fiorenzato et al., 2021).

Los datos del presente estudio están en consonancia con los datos presentados en numerosos estudios, como el de Menze et al (2022), quienes muestran en su estudio un empeoramiento de la memoria, la capacidad de cálculo y la lógica; Paolini et al (2021) realizaron un estudio de cohorte en 3 etapas, con una diferencia de 2 semanas, con 38 ancianos italianos, mostrando empeoramiento de la memoria, orientación, atención y concentración en la 2ª y 3ª etapas; Vernuccio et al (2022) llevaron a cabo un estudio de cohortes con 100 ancianos italianos, mostrando deterioros cognitivos

(principalmente deterioro de la memoria); Mattioli et al (2021) presentan la presencia de alteraciones de la memoria en su estudio, pero en menor medida (6,6%).

En resumen, este estudio destaca la complejidad de la relación entre el envejecimiento y la memoria, subrayando la importancia de considerar múltiples factores en la evaluación de la función cognitiva en adultos mayores, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19.

En cuanto a una posible asociación entre el género y los efectos cognitivos evaluados, se realizó la prueba de Mann Whitney (prueba no paramétrica), encontrando resultados muy diferentes en las dos muestras.

La muestra de Inúbia Paulista-SP presenta asociación estadísticamente significativa en todas las variables dependientes, con excepción del deterioro de la memoria. Sin embargo, al realizar el análisis descriptivo no se encontró cambio vía cuartiles (especialmente en la mediana). Así, el análisis incluyó los deciles, encontrándose alteración en el decil 9 (percentil 90), mostrando el sexo femenino como el más relacionado con los efectos cognitivos (mismo en cuya asociación no se encontró asociación estadísticamente significativa) – la tabla 8 muestra la asociación entre efectos de género y cognitivos en la muestra de Inúbia Paulista-SP - el gráfico 175 muestra, por su vez, por gráfico Q-Q, la distribución de las respuestas, en la ciudad de Inúbia Paulista-SP. Ya la muestra de Ribeirão Preto-SP, por otro lado, no presenta asociación estadísticamente significativa en ninguna variable, como se puede ver en la Tabla 9.

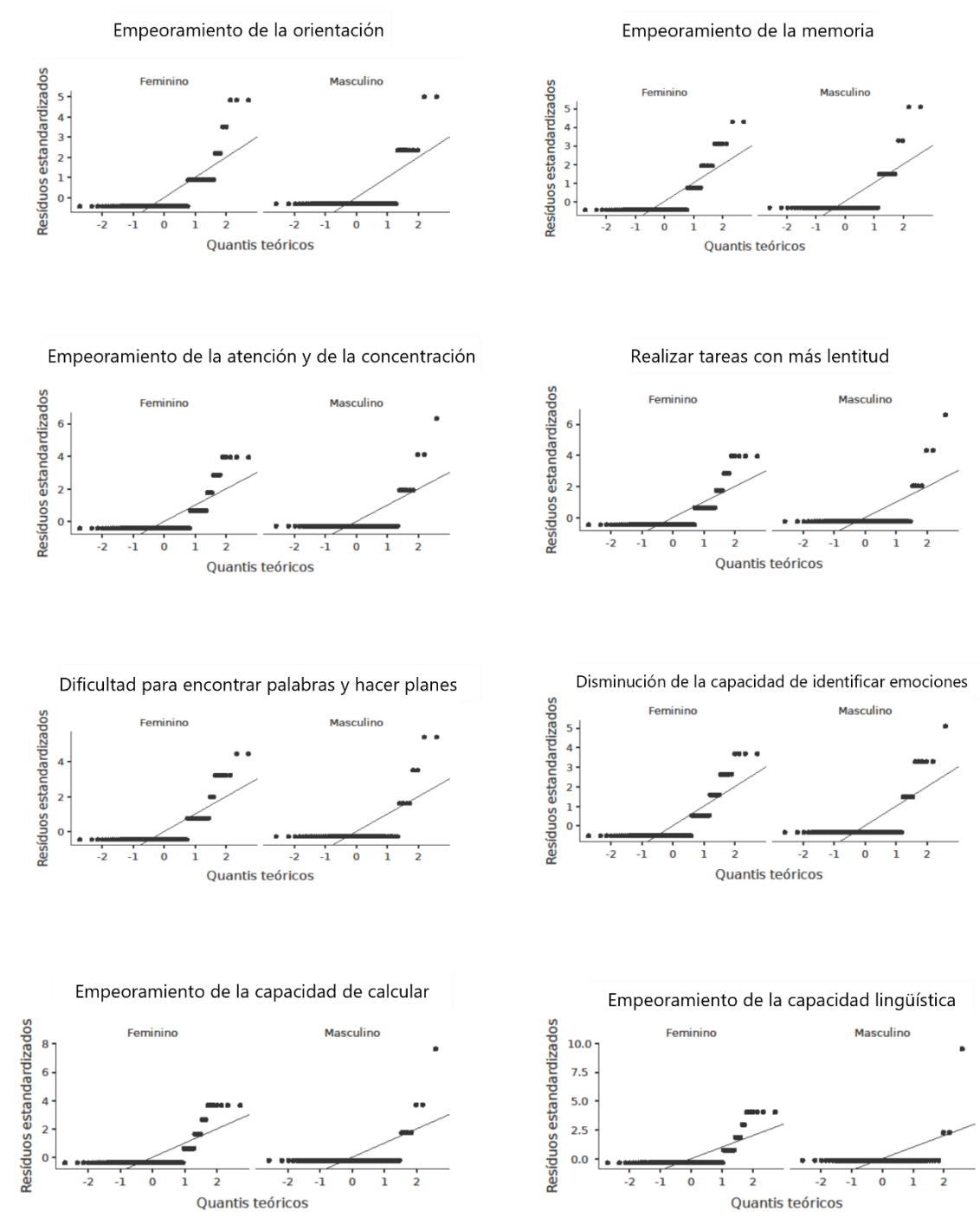
Tabla 8 - Asociación entre género y efectos cognitivos, durante la pandemia por COVID-19, en la muestra de Inúbia Paulista-SP

	Género	N	Percentiles				p
			25th	50th	75th	90th	
Empeoramiento de la orientación	Femenino	153	1.00	1.00	1.00	2.00	0.008
	Masculino	104	1.00	1.00	1.00	1.00	
Empeoramiento de la memoria	Femenino	153	1.00	1.00	1.00	2.80	0.052
	Masculino	104	1.00	1.00	1.00	2.00	
Empeoramiento de la atención y de la concentración	Femenino	153	1.00	1.00	1.00	2.00	0.010
	Masculino	104	1.00	1.00	1.00	1.00	
Realizar tareas con más lentitud	Femenino	153	1.00	1.00	1.00	2.00	<.001
	Masculino	104	1.00	1.00	1.00	1.00	
Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	Femenino	153	1.00	1.00	1.00	2.00	0.004
	Masculino	104	1.00	1.00	1.00	1.00	
Disminución de la capacidad de identificar emociones	Femenino	153	1.00	1.00	2.00	3.00	0.002
	Masculino	104	1.00	1.00	1.00	2.00	
Empeoramiento de la capacidad de calcular	Femenino	153	1.00	1.00	1.00	2.00	0.014
	Masculino	104	1.00	1.00	1.00	1.00	
Empeoramiento de la capacidad lingüística	Femenino	153	1.00	1.00	1.00	2.00	0.002
	Masculino	104	1.00	1.00	1.00	1.00	

Test de Mann Whitney

Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 175 – Representación gráfica de la asociación entre el género y los efectos cognitivos, en la muestra de Inúbia Paulista-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Tabla 9– Asociación entre género y efectos cognitivos, durante la pandemia por COVID-19, en la muestra de Ribeirão Preto-SP

	Género	N	Percentiles				p
			25th	50th	75th	90th	
Empeoramiento de la orientación	Femenino	235	1.00	1.00	2.00	3.00	0.681
	Masculino	182	1.00	1.00	2.00	3.00	
Empeoramiento de la memoria	Femenino	235	1.00	1.00	2.00	3.00	0.151
	Masculino	182	1.00	1.00	2.00	3.00	
Empeoramiento de la atención y de la concentración	Femenino	235	1.00	1.00	2.00	3.00	0.448
	Masculino	182	1.00	1.00	2.00	3.00	
Realizar tareas con más lentitud	Femenino	235	1.00	1.00	2.00	3.00	0.826
	Masculino	182	1.00	1.00	2.00	3.00	
Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	Femenino	235	1.00	1.00	2.00	3.00	0.479
	Masculino	182	1.00	1.00	2.00	3.00	
Disminución de la capacidad de identificar emociones	Femenino	235	1.00	1.00	2.00	3.00	0.487
	Masculino	182	1.00	1.00	2.00	3.00	
Empeoramiento de la capacidad de calcular	Femenino	235	1.00	1.00	1.00	3.00	0.627
	Masculino	182	1.00	1.00	2.00	3.00	
Empeoramiento de la capacidad lingüística	Femenino	235	1.00	1.00	2.00	3.00	0.994
	Masculino	182	1.00	1.00	2.00	3.00	

Test Mann Whitney

Fuente: elaboración propia, 2023

En cuanto a la presencia de efectos cognitivos en relación con el género, Kiely, Brady y Byles (2019) muestran en su revisión narrativa que, en comparación con los hombres mayores, las mujeres mayores tienen más probabilidades de sufrir trastornos mentales, aunque la diferencia de género es menor que a edades más jóvenes. Por otro lado, los impactos de la mala Salud Mental relacionada con la mortalidad, incluido el suicidio, son más graves en los hombres mayores; sin embargo, estos patrones de género varían según el país y otros contextos sociales (como el nivel educativo). Sin embargo, en relación específicamente a la pandemia de COVID-19, los resultados

encontrados en la Literatura Mundial no son unánimes (así como los encontrados en las muestras de las dos ciudades, de este estudio), en el grupo de edad adoptado por el presente estudio. Barber y Kim (2021) muestran en su estudio con 156 adultos mayores norteamericanos (65-81 años) que los hombres tuvieron menos efectos cognitivos durante el período de pandemia de COVID-19 ($p < 0,01$). Silva et al (2021) muestran, en su estudio con 86 ancianos brasileños, que el deterioro cognitivo fue similar entre hombres y mujeres ($p 0,864$).

Los factores propuestos para explicar esas diferencias en los trabajos (incluido el presente estudio, con una diferencia entre las muestras de las dos ciudades) incluyen normas culturales y sociales, diferenciación de roles de género, desventaja y (des)empoderamiento a lo largo de la vida (especialmente por parte de las mujeres) y los estilos de afrontamiento de los hombres mayores (Lyons et al, 2018). Sin embargo, poca investigación ha probado explícitamente esas explicaciones. Hasta la fecha, la investigación se ha centrado predominantemente en identificar las diferencias en la Salud Mental de hombres y mujeres mayores. En particular, la mayoría de los estudios se han restringido a comparaciones binarias, sin datos para separar las dinámicas de sexo y género, y pocos estudios han examinado la Salud Mental de adultos pertenecientes a minorías, como los no binarios, en la edad adulta (Smith, Mouzon y Elliott, 2018).

Específicamente en relación con el COVID-19, algunos estudios intentan rastrear una posible asociación entre la contaminación por COVID-19 y los efectos cognitivos (Hampshire et al (2000), Miskowiaka et al (2021), Yu-Hui et al (2022)). Con relación al presente estudio, las muestras presentaron resultados completamente diferentes, en este tema: la muestra de Inúbia Paulista-SP no presentó asociación estadísticamente significativa en todas las variables ($p > 0,05$), según la tabla 10, a diferencia de Ribeirão Preto -SP, que mostró una asociación estadísticamente significativa en todas las variables ($p < 0,001$), como se muestra en la tabla 11, mostrando una relación entre la contaminación por COVID-19 y los efectos cognitivos informados (el gráfico 176 enseña justamente esa asociación estadística).

Esa diferencia puede deberse a algunos puntos: el primero de ellos puede explicarse por el hecho de que algunas personas mayores no presentaron síntomas sugestivos de COVID-19, por lo que, así, no buscaron atención y, por lo tanto, no fueron atendidos (pero, todavía, pueden haber tenido la enfermedad); el segundo punto sería el hecho de que se debe tener en cuenta la clínica, los aspectos epidemiológicos y el curso de atención del paciente, especialmente en lo que se

refiere a la posibilidad de hipoxia encefálica (por disnea, síntoma recurrente en pacientes con casos moderados y severos de la enfermedad) y/o coagulopatías (que podrían conducir a isquemia en algunas áreas del cerebro; en este sentido, Hampshire et al (2000) presenta un brillante estudio de cohortes sobre la relación entre los valores de dímero D y los síntomas en pacientes con trastornos mentales); tercer punto es el número de infecciones, con qué variable se contaminó el paciente (es posible que diferentes variables tengan diferentes efectos cognitivos), si el paciente tuvo síntomas leves, moderados o severos, si el paciente estuvo hospitalizado (y por cuántos días permaneció hospitalizado), si fue sometido a intubación oro traqueal (por cuántos días, si hubo falla en la extubación), cuáles son las comorbilidades del paciente, qué posibles complicaciones tuvo el paciente durante y después del período de contagio por COVID-19, entre otros puntos (Miskowiaka et al, 2021) – en ese sentido, los estudios complementarios son importantes para dilucidar mejor este tema.

Tabla 10– Asociación estadística entre la contaminación por COVID-19 y los efectos cognitivos, en la muestra de Inúbia Paulista-SP

		Estadística	p
Empeoramiento de la orientación	U de Mann-Whitney	7412	0.249
Empeoramiento de la memoria	U de Mann-Whitney	7774	0.846
Empeoramiento de la atención y de la concentración	U de Mann-Whitney	7739	0.762
Realizar tareas con más lentitud	U de Mann-Whitney	7688	0.671
Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	U de Mann-Whitney	7753	0.799
Disminución de la capacidad de identificar emociones	U de Mann-Whitney	7462	0.348
Empeoramiento de la capacidad de calcular	U de Mann-Whitney	7482	0.276
Empeoramiento de la capacidad lingüística	U de Mann-Whitney	7634	0.478

Test de Mann Whitney

Fuente: elaboración propia, 2023

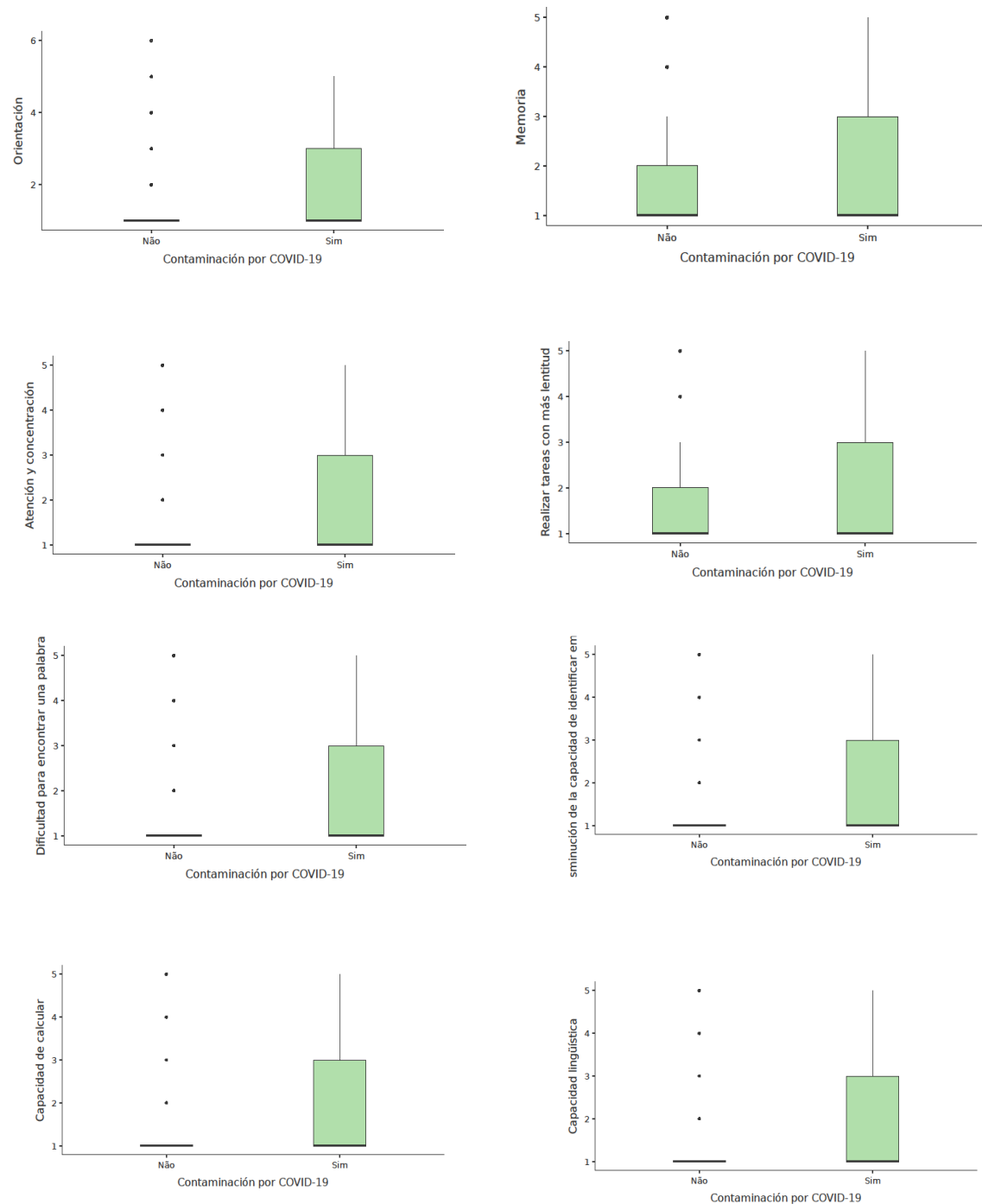
Tabla 11– Asociación estadística entre la contaminación por COVID-19 y los efectos cognitivos, en la muestra de Ribeirão Preto-SP

	COVID +	N	Percentis			p
			25th	50th	75th	
Empeoramiento de la orientación	No	278	1.00	1.00	1.00	< .001
	Sí	139	1.00	1.00	3.00	
Empeoramiento de la memoria	No	278	1.00	1.00	2.00	< .001
	Sí	139	1.00	1.00	3.00	
Empeoramiento de la atención y de la concentración	No	278	1.00	1.00	1.00	< .001
	Sí	139	1.00	1.00	3.00	
Realizar tareas con más lentitud	No	278	1.00	1.00	2.00	< .001
	Sí	139	1.00	1.00	3.00	
Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	No	278	1.00	1.00	1.00	< .001
	Sí	139	1.00	1.00	3.00	
Disminución de la capacidad de identificar emociones	No	278	1.00	1.00	1.00	< .001
	Sí	139	1.00	1.00	3.00	
Empeoramiento de la capacidad de calcular	No	278	1.00	1.00	1.00	< .001
	Sí	139	1.00	1.00	3.00	
Empeoramiento de la capacidad lingüística	No	278	1.00	1.00	1.00	< .001
	Sí	139	1.00	1.00	3.00	

Test de Mann Whitney

Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 176 – Representación gráfica de la asociación estadística entre la contaminación por COVID-19 y los efectos cognitivos, en la muestra de Ribeirão Preto-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

En cuanto a la posible asociación estadística entre la presencia de enfermedades crónicas y efectos psicosociales, se realizó la prueba de Mann Whitney. La muestra de Inúbia Paulista-SP no presentó asociación estadísticamente significativa, con excepción de las variables 'deterioro de la memoria' (p 0,035) e 'deterioro de la capacidad de cálculo' (p 0,021) (se realizó análisis descriptivo, con se encontró diferencia en el decil 9, ya que no se encontraron diferencias en los cuartiles), como se

muestra en la tabla 12. La muestra de Ribeirão Preto-SP presenta asociación estadísticamente significativa en todas las variables analizadas ($p < 0,05$), conforme se observa en la tabla 13 y en el gráfico 177.

Tabla 12– Asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y los efectos cognitivos, en la muestra de Inúbia Paulista-SP

	Enfermedad crónica	N	Percentiles				p
			25th	50th	75th	90th	
Empeoramiento de la orientación	Sí	180	1.00	1.00	1.00	2.00	0.133
	No	77	1.00	1.00	1.00	2.00	
Empeoramiento de la memoria	Sí	180	1.00	1.00	1.00	2.10	0.035
	No	77	1.00	1.00	1.00	1.40	
Empeoramiento de la atención y de la concentración	Sí	180	1.00	1.00	1.00	2.00	0.120
	No	77	1.00	1.00	1.00	1.40	
Realizar tareas con más lentitud	Sí	180	1.00	1.00	1.00	2.00	0.056
	No	77	1.00	1.00	1.00	1.40	
Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	Sí	180	1.00	1.00	1.00	2.00	0.058
	No	77	1.00	1.00	1.00	1.40	
Disminución de la capacidad de identificar emociones	Sí	180	1.00	1.00	1.00	3.00	0.089
	No	77	1.00	1.00	1.00	2.00	
Empeoramiento de la capacidad de calcular	Sí	180	1.00	1.00	1.00	2.00	0.021
	No	77	1.00	1.00	1.00	1.00	
Empeoramiento de la capacidad lingüística	Sí	180	1.00	1.00	1.00	2.00	0.399
	No	77	1.00	1.00	1.00	1.00	

Test Mann Whitney. Fuente: elaboración propia, 2023

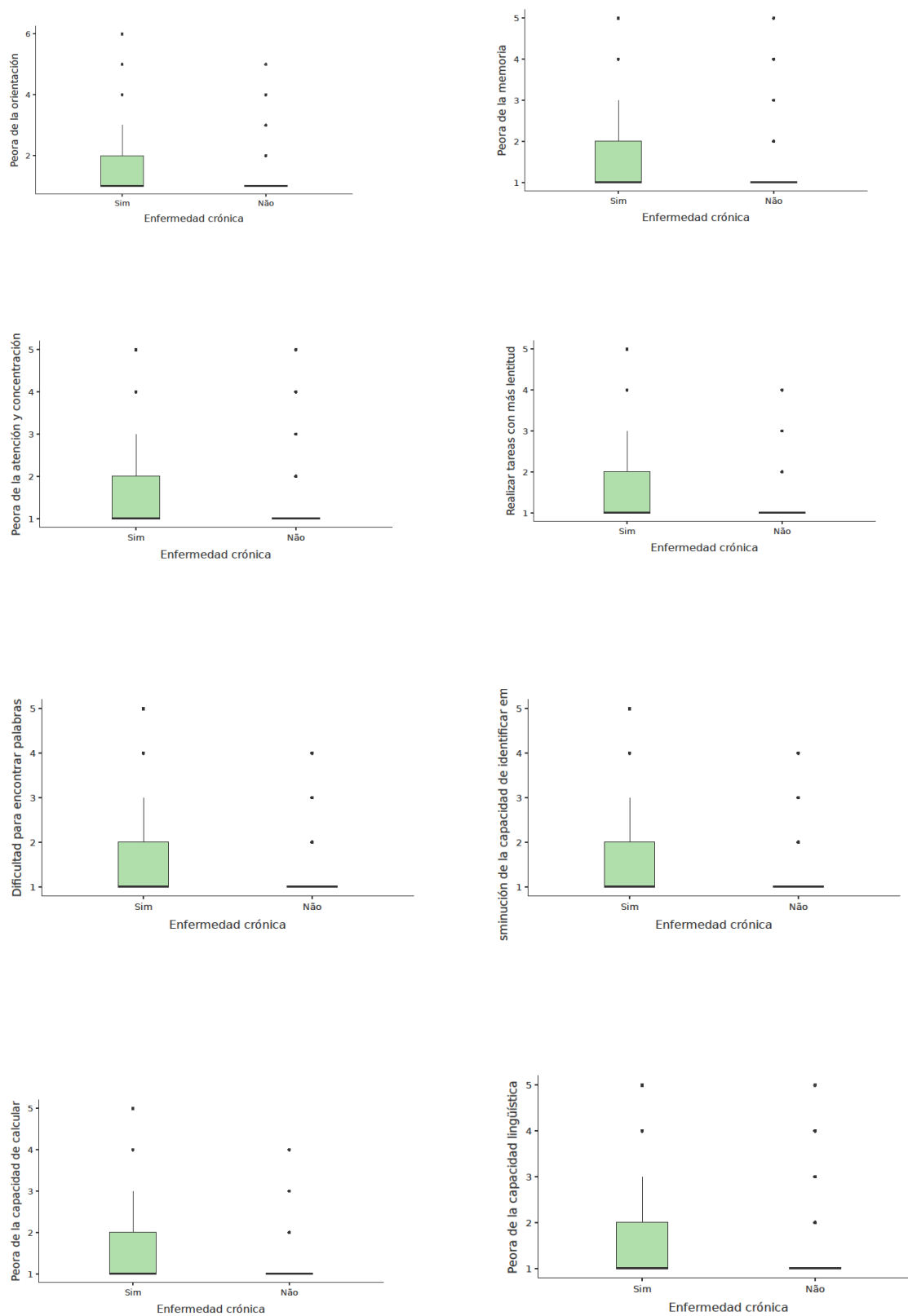
Tabla 13– Asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y los efectos cognitivos, en la muestra de Ribeirão Preto-SP

	Enfermedad crónica	N	Percentis			p
			25th	50th	75th	
Empeoramiento de la orientación	Sí	279	1.00	1.00	2.00	0.011
	No	138	1.00	1.00	1.00	
Empeoramiento de la memoria	Sí	279	1.00	1.00	2.00	0.001
	No	138	1.00	1.00	1.00	
Empeoramiento de la atención y de la concentración	Sí	180	1.00	1.00	2.00	0.033
	No	77	1.00	1.00	1.00	
Realizar tareas con más lentitud	Sí	180	1.00	1.00	2.00	< .001
	No	77	1.00	1.00	1.00	
Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	Sí	180	1.00	1.00	2.00	< .001
	No	77	1.00	1.00	1.00	
Disminución de la capacidad de identificar emociones	Sí	180	1.00	1.00	2.00	0.001
	No	77	1.00	1.00	1.00	
Empeoramiento de la capacidad de calcular	Sí	180	1.00	1.00	2.00	0.004
	No	77	1.00	1.00	1.00	
Empeoramiento de la capacidad lingüística	Sí	180	1.00	1.00	2.00	0.002
	No	77	1.00	1.00	1.00	

Test Mann Whitney

Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 177 - Representación gráfica de la asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y los efectos cognitivos, en la muestra de Ribeirão Preto-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Con respecto a esa discusión, la Literatura Mundial no es unánime en que las enfermedades crónicas del paciente pueden estar relacionadas con los efectos cognitivos que aparecen (o se exacerban) durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 – incluso hay pocos estudios en esa línea (y los que describen el tema utilizan como comorbilidades preexistentes sólo cuestiones de Salud Mental, no comorbilidades físicas). Souza Filho et al (2021) no encontraron asociación estadísticamente significativa en ese sentido, diciendo que no hubo relación entre las variables estudiadas. Brooks (2021) dice que existe una relación positiva entre las comorbilidades previas (en este caso, en Salud Mental, como el Parkinson) y la aparición de nuevos efectos cognitivos (además del empeoramiento de los ya existentes). Souza et al (2021) hablan de una posible relación entre comorbilidades y efectos cognitivos, pero teniendo en cuenta que quizás las personas mayores con comorbilidades tendrían menos funcionalidad (o, al menos, realizarían menos actividad física).

Con base en eso, se intentó en este estudio rastrear una posible asociación entre la presencia de enfermedad crónica y la funcionalidad en las muestras evaluadas. Después de realizar la Prueba de Chi-cuadrado, las dos muestras presentaron asociación estadísticamente significativa, siendo la muestra de Inúbia Paulista-SP con p 0,029 (tabla 14 y gráfico 178) y la muestra de Ribeirão Preto-SP con p 0,040 (tabla 15 y gráfico 179), o sea, de acuerdo con lo sugerido por Souza et al (2021). Sin embargo, es necesario desarrollar más estudios en esta línea, especialmente teniendo en cuenta enfermedades que, a priori, no provocan cambios en la Salud Mental.

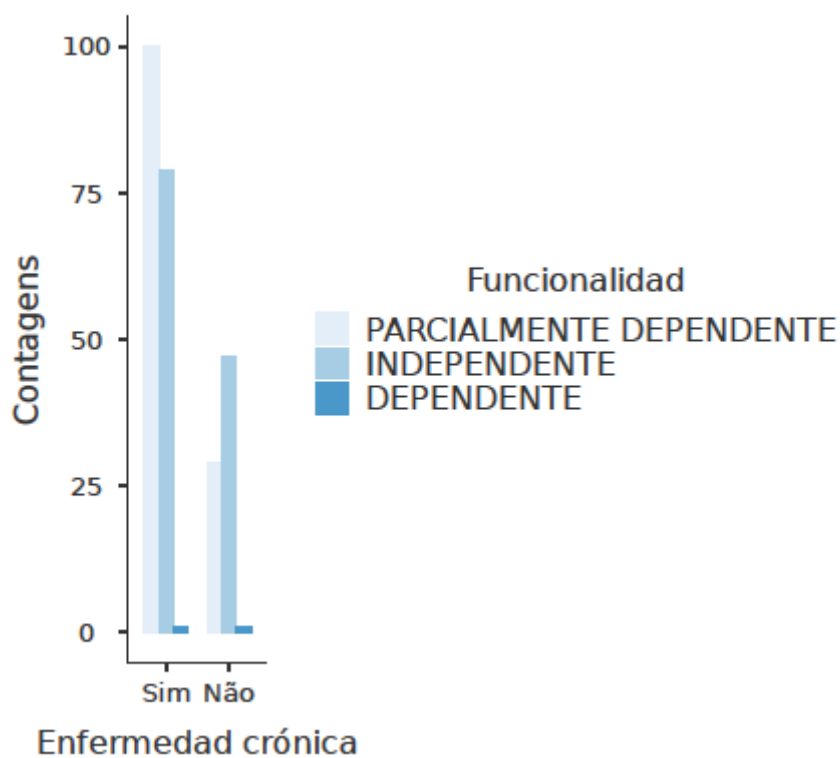
Tabla 14– Asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y la funcionalidad, en mayores, en la muestra de Inúbia Paulista-SP

Enfermedad crónica		Funcionalidad			Total
		PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE	
Sí	Observado	100	79	1	180
	Esperado	90.4	88.2	1.401	180.0
	% en línea	55.6 %	43.9 %	0.6 %	100.0 %
No	Observado	29	47	1	77
	Esperado	38.6	37.8	0.599	77.0
	% en línea	37.7 %	61.0 %	1.3 %	100.0 %
Total	Observado	129	126	2	257
	Esperado	129.0	126.0	2.000	257.0
	% en línea	50.2 %	49.0 %	0.8 %	100.0 %

Test Chi-Cuadrado (p 0.029)

Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 178 – Representación gráfica de la asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y la funcionalidad, en mayores, en la muestra de Inúbia Paulista-SP



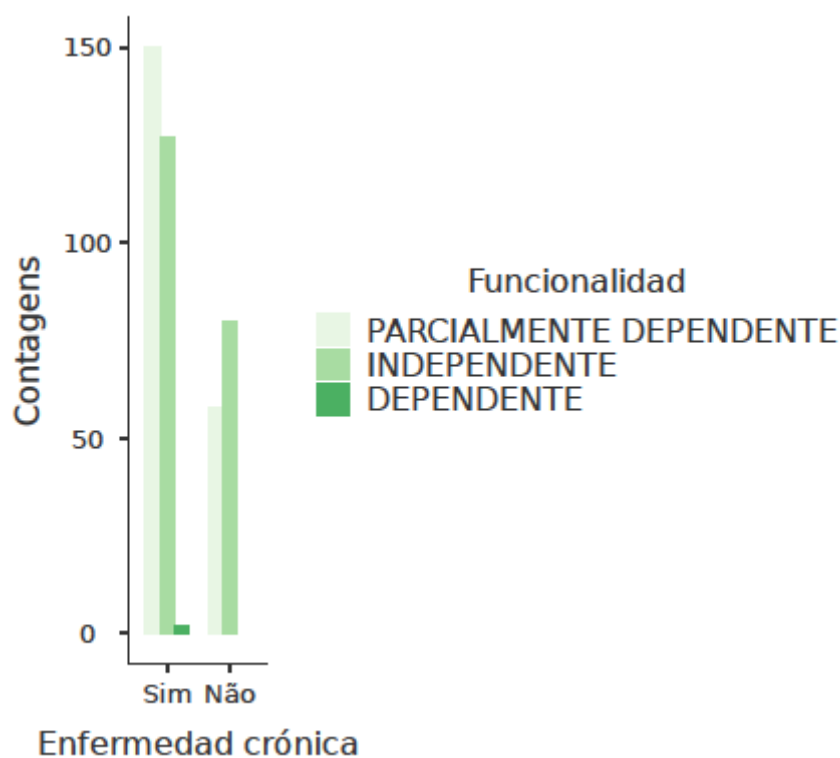
Fuente: elaboración propia, 2023

Tabla 15– Asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y la funcionalidad, en mayores, en la muestra de Ribeirão Preto-SP

Enfermedad crónica		Funcionalidad			Total
		PARCIALMENTE DEPENDENTE	INDEPENDENTE	DEPENDENTE	
Sí	Observado	150	127	2	279
	Esperado	139.2	138.5	1.338	279
	% en línea	53.8 %	45.5 %	0.7 %	100.0 %
No	Observado	58	80	0	138
	Esperado	68.8	68.5	0.662	138
	% en línea	42.0 %	58.0 %	0.0 %	100.0 %
Total	Observado	208	207	2	417
	Esperado	208.0	207.0	2.000	417
	% en línea	49.9 %	49.6 %	0.5 %	100.0 %

Test Chi-Cuadrado (p 0.040)
Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 179 – Representación gráfica de la asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y la funcionalidad, en mayores, en la muestra de Ribeirão Preto-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

La práctica de ejercicios físicos es fundamental para el anciano ya que influye en la realización de las actividades de la vida diaria. Estos ejercicios pueden generar numerosos beneficios corporales, tales como: movilidad articular, fuerza, equilibrio, coordinación, agilidad, resistencia, relajación y concentración para realizar las diferentes tareas cotidianas. Actuarán en la liberación de endorfinas, dopaminas, opioides, entre otros, colaborando para una posible inmuno y neuro protección (Goethals et al, 2020). Para Maciel et al. (2010), la participación en programas de actividad física es una estrategia para reducir y prevenir una serie de alteraciones funcionales asociadas al proceso de envejecimiento en Salud Mental.

En cuanto a una posible asociación entre la funcionalidad y los efectos cognitivos, las dos ciudades mostraron resultados similares (se realizó la Prueba no paramétrica de Kruskal Wallis): Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP mostraron una asociación estadísticamente significativa en los 8 puntos evaluados ($p < 0,05$), siendo la mediana de los pacientes que se declararon 'dependientes' mayor que las otras medianas, por lo que se puede decir que los pacientes que se declararon 'dependientes' tuvieron efectos cognitivos más pronunciados, sin diferencia estadística entre las categorías 'parcialmente dependiente' e 'independiente' – los datos referentes a esa discusión, en Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, están íntegramente representados en las tablas 16 y 17, respectivamente – la representación gráfica se encuentra en los gráficos 180 y 181.

El deterioro de las funciones cognitivas se caracteriza por el deterioro progresivo de las capacidades intelectuales, como, p. ej., la pérdida del juicio, la memoria, el razonamiento abstracto y las habilidades visuoespaciales, que afectan la capacidad funcional del individuo en su vida diaria (y viceversa), generando un efecto 'bola de nieve', lo que implica una pérdida de independencia y autonomía, que varía según el grado de gravedad, con la consiguiente pérdida de calidad de vida para los ancianos (Neto, Termelini y Forlenza 2005). Los datos presentados en este estudio, en ese punto, están en línea con los resultados de los estudios de Machado et al (2007) y Dourado et al (2005), en estudios previos al COVID-19, y el estudio de Silva et al (2022), siendo ese último un estudio de cohortes que evaluó a personas mayores antes y después del confinamiento por la pandemia de COVID-19, siendo los posibles efectos cognitivos más pronunciados en personas mayores con mayor grado de dependencia, tales como: carácter dependiente que caracteriza el efecto cognitivo, el predominio en mujeres y la asociación con la incapacidad para realizar las actividades cotidianas. Por se tratar de un Test de Kruskal Wallis, en la secuencia se ha realizado el Test de Comparaciones Múltiples de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner, para cada variable (encontrando 3 posibilidades de comparaciones: parcialmente dependiente x independiente; parcialmente dependiente x dependiente; independiente x dependiente), encontrando siempre el $p < 0,05$, con múltiples W.

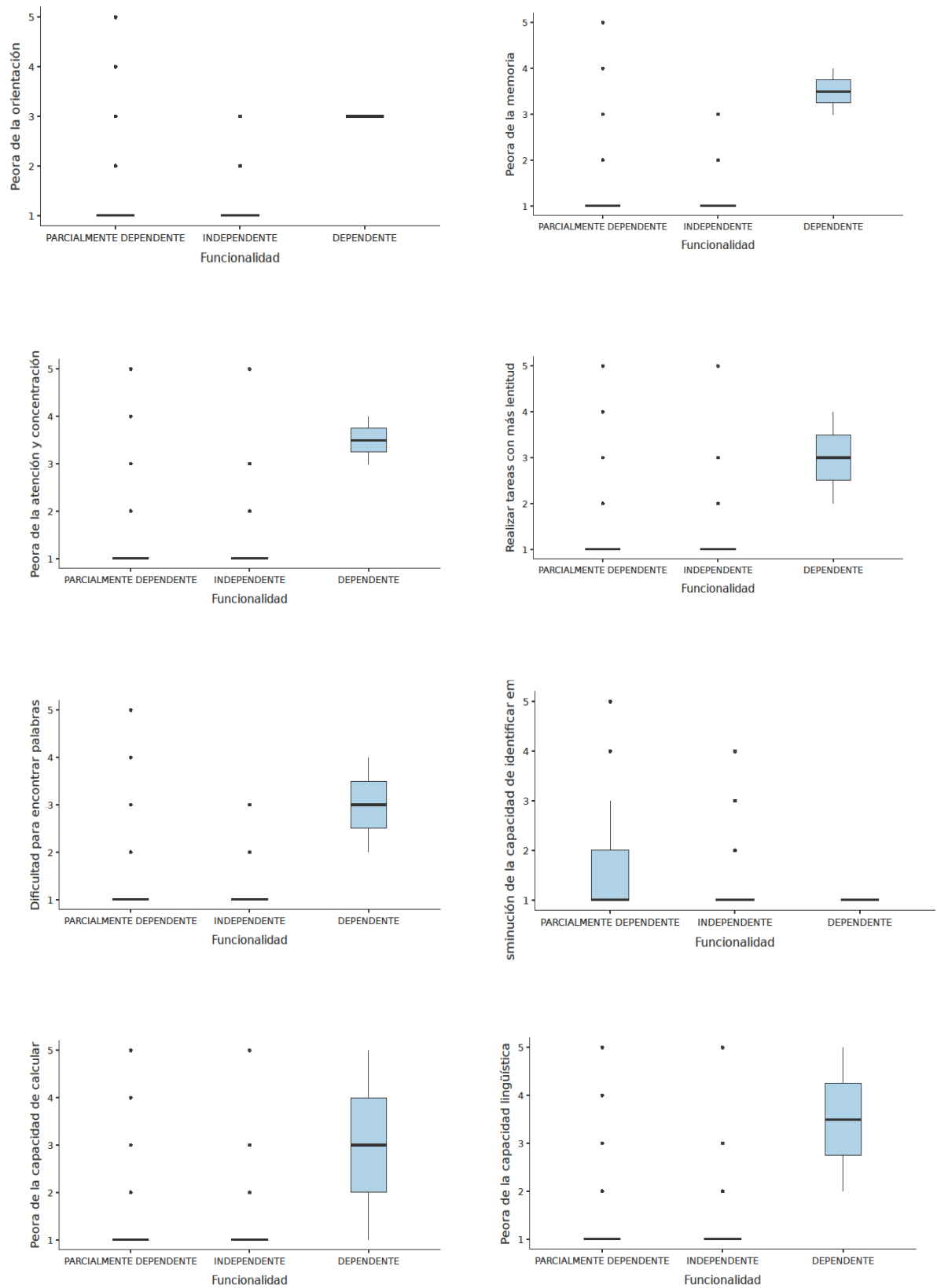
Tabla 16 – Asociación estadística entre funcionalidad y efectos cognitivos, en la muestra de Inúbia Paulista-SP

	Funcionalidad	N	Percentis			p
			25th	50th	75th	
Empeoramiento de la orientación	PARCIALMENTE	129	1.00	1.00	1.00	0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	126	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	3.00	3.00	3.00	
Empeoramiento de la memoria	PARCIALMENTE	129	1.00	1.00	1.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	126	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	3.25	3.50	3.75	
Empeoramiento de la atención y de la concentración	PARCIALMENTE	129	1.00	1.00	1.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	126	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	3.25	3.50	3.75	
Realizar tareas con más lentitud	PARCIALMENTE	129	1.00	1.00	1.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	126	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	2.50	3.00	3.50	
Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	PARCIALMENTE	129	1.00	1.00	1.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	126	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	2.50	3.00	3.50	
Disminución de la capacidad de identificar emociones	PARCIALMENTE	129	1.00	1.00	2.00	0.003
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	126	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	1.00	1.00	1.00	
Empeoramiento de la capacidad de calcular	PARCIALMENTE	129	1.00	1.00	1.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	126	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	2.00	3.00	4.00	
Empeoramiento de la capacidad lingüística	PARCIALMENTE	129	1.00	1.00	1.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	126	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	2.75	3.50	4.25	

Test de Kruskal Wallis.

Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 180 – Representación gráfica de la asociación estadística entre la funcionalidad y los efectos cognitivos, en la muestra de Inúbia Paulista-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

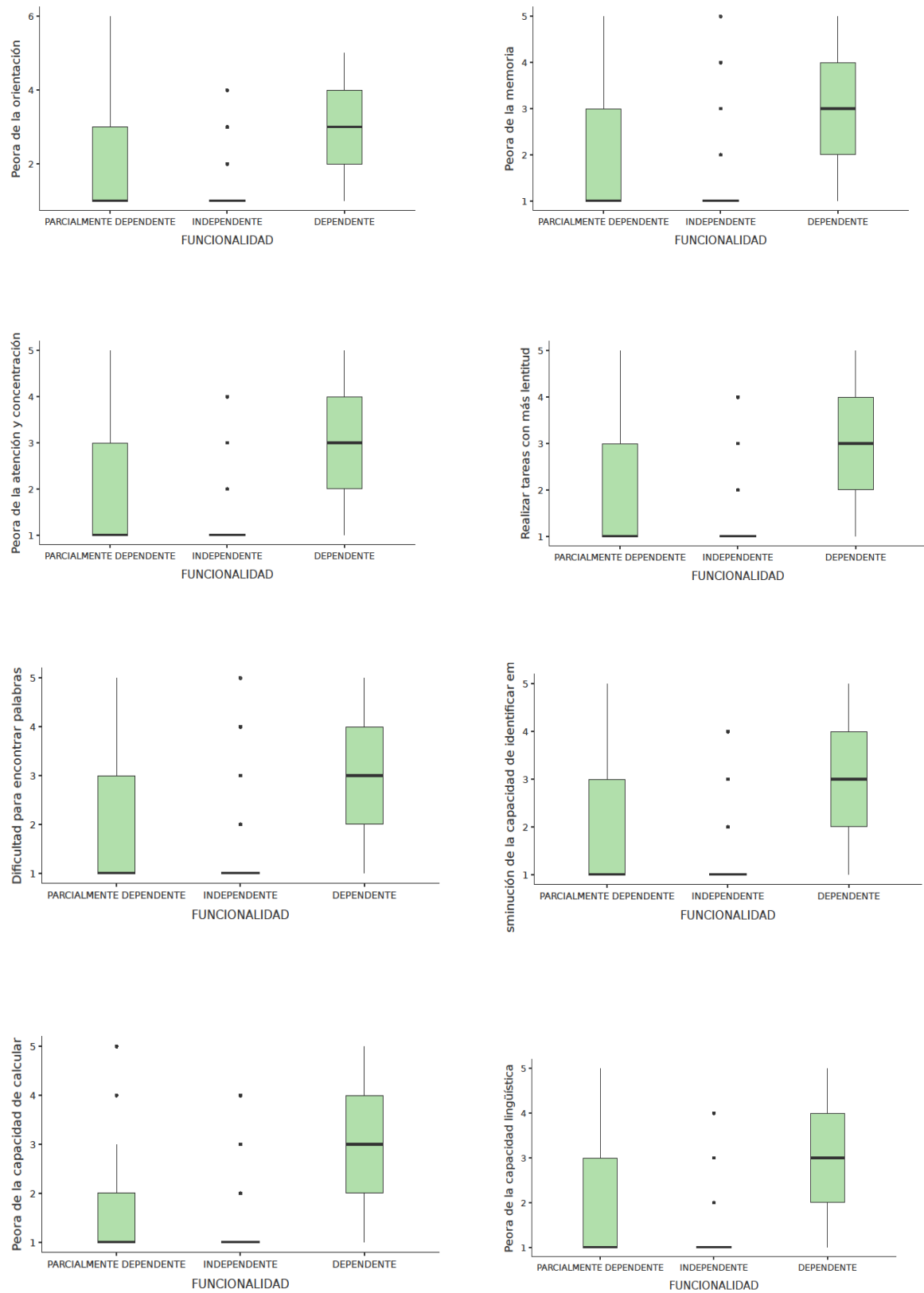
Tabla 17 – Asociación estadística entre funcionalidad y efectos cognitivos, en la muestra de Ribeirão Paulista-SP

	Funcionalidad	N	Percentis			p
			25th	50th	75th	
Empeoramiento de la orientación	PARCIALMENTE	208	1.00	1.00	3.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	207	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	2.00	3.00	4.00	
Empeoramiento de la memoria	PARCIALMENTE	208	1.00	1.00	3.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	207	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	2.00	3.00	4.00	
Empeoramiento de la atención y de la concentración	PARCIALMENTE	208	1.00	1.00	3.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	207	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	2.00	3.00	4.00	
Realizar tareas con más lentitud	PARCIALMENTE	208	1.00	1.00	3.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	207	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	2.00	3.00	4.00	
Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	PARCIALMENTE	208	1.00	1.00	3.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	207	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	2.00	3.00	4.00	
Disminución de la capacidad de identificar emociones	PARCIALMENTE	208	1.00	1.00	3.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	207	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	2.00	3.00	4.00	
Empeoramiento de la capacidad de calcular	PARCIALMENTE	208	1.00	1.00	2.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	207	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	2.00	3.00	4.00	
Empeoramiento de la capacidad lingüística	PARCIALMENTE	208	1.00	1.00	3.00	<0.001
	DEPENDIENTE					
	INDEPENDIENTE	207	1.00	1.00	1.00	
	DEPENDIENTE	2	2.00	3.00	4.00	

Test de Kruskal Wallis

Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 181 – Representación gráfica de la asociación estadística entre la funcionalidad y los efectos cognitivos, en la muestra de Inúbia Paulista-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

4.6 Efectos psicosociales y sus asociaciones con género, contaminación por COVID-19, enfermedades crónicas, funcionalidad y correlaciones

Con respecto a los posibles efectos psicosociales durante el período de confinamiento debido a la pandemia de COVID-19, nuevamente para facilitar la discusión, los resultados de las dos ciudades también se agruparon aquí en 'no' (las respuestas dadas, en la encuesta, como 'nada') y 'sí' (todas las respuestas dadas como 'poco', 'un poco', 'bastante' y 'mucho'), vistas en la tabla 18. Después de realizar un análisis estadístico de este subcuestionario por ciudad, con 9 variables, se encontraron los siguientes resultados: Inúbia Paulista-SP: α de Cronbach = 0,784; Ribeirão Preto-SP: α de Cronbach = 0,845.

Estimando una diferencia entre las dos ciudades (pero no comparándolas, ya que son ciudades completamente diferentes), se observa un mayor porcentaje de efectos psicosociales auto percibidos en Ribeirão Preto-SP (con excepción de las variables 'querer investigar y mantenerse actualizado' y 'usando el sentido del humor para adaptarse a la situación'), en relación a Inúbia Paulista-SP.

Tabla 18– Efectos psicosociales auto percibidos en las ciudades evaluadas por la investigación

Variable	Ciudad			
	Inúbia Paulista-SP		Ribeirão Preto-SP	
	No (%)	Sí (%)	No (%)	Sí (%)
Miedo de que la Salud se vea afectada	21,40	78,60	31,41	68,59
Querer cooperar o ser solidario	0,78	99,22	15,1	84,90
Tristeza por estar aislado y limitado	17,51	82,49	44,12	55,88
Tristeza por no poder compartir tiempo	15,95	84,05	32,85	67,15
Querer investigar y mantener actualizado	26,46	73,54	20,86	79,14
Usar el sentido de humor para adaptarse	61,48	38,52	27,57	72,43
Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	19,84	80,16	37,41	62,59
Sufrir de soledad o sentirse solo	29,97	70,03	47,72	52,28
Miedo de no soportar prolongar el confinamiento	17,51	82,49	43,89	56,11

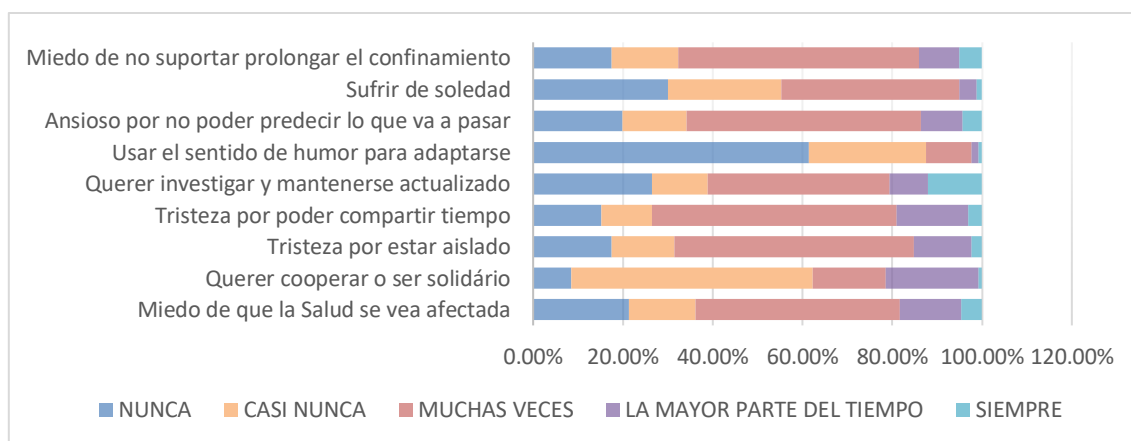
Fuente: elaboración propia, 2023

Como se ve en la tabla 18, sentimientos como miedo, ansiedad y tristeza estuvieron presentes en el cotidiano de los ancianos evaluados en el estudio, en confinamiento por la pandemia de COVID-19 – en Inúbia Paulista-SP, la tristeza alcanzó el 84,05%,

con el valor más bajo (soledad) 70,03%; en Ribeirão Preto-SP, el miedo alcanzó 68,59%, con el valor más bajo (también soledad) 52,28% – resultados muy superiores a los encontrados por Schütz et al (2021), que evaluaron un grupo de ancianos en el sur de Brasil , que mostró un 18,6% de ansiedad y un 5,82% de soledad (aquí, en ese punto, las variables 'querer cooperar o ser solidario', 'querer investigar y mantenerse al día' y 'usar el sentido del humor para adaptarse' no han sido llevadas en cuenta, de manera que se discutirán, en detalles, y por separado, a continuación).

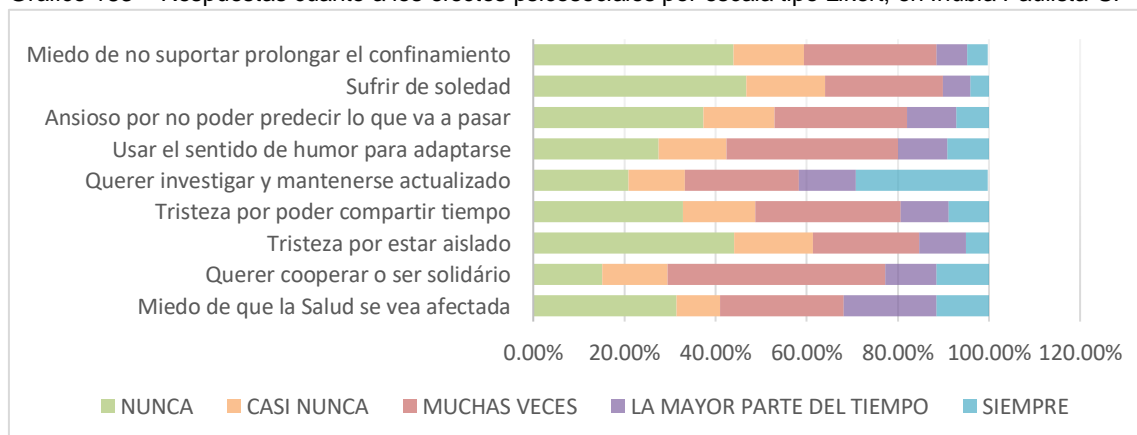
Los gráficos 182 e 183 muestran las respuestas cuanto a los efectos psicosociales por escala Likert, por ciudades.

Gráfico 182 – Respuestas cuanto a los efectos psicosociales por escala tipo Likert, en Inúbia Paulista-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 183 – Respuestas cuanto a los efectos psicosociales por escala tipo Likert, en Inúbia Paulista-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Ese es un tema sumamente importante y necesario para la discusión. La Asociación de Gobiernos Locales (LGA) de Inglaterra ha reconocido que el aislamiento social tendrá un impacto inmediato en la Salud Mental, incluida la ansiedad, causada por las preocupaciones sobre el brote, la posible enfermedad y la soledad causada por el autoaislamiento y el confinamiento (LGA, 2020). A más largo plazo, también se prevé que habrá otros problemas de Salud Mental, incluidos trastorno de estrés postraumático, depresión, mayor riesgo de suicidio, autolesiones y duelo causado por el duelo (O'Connor, 2010); Eckholdt, Watson y O'Connor, 2018).

Nuevamente, y como se indicó en la discusión sobre los efectos cognitivos, este estudio no evaluó la Salud Mental antes de la pandemia. La Literatura Mundial muestra, en gran parte de sus estudios, la presencia de efectos psicosociales en los adultos mayores, en el período de confinamiento por la pandemia del COVID-19. Lebrasseur et al (2021) realizaron una revisión que incluyó 135 artículos, y encontraron, en la mayoría de los estudios, la presencia de síntomas como tristeza, ansiedad, miedo y soledad (esos estudios evaluaron pacientes con y sin alguna enfermedad previa en Salud Mental). Aun así, en la mayoría de los estudios, síntomas como la depresión, la tristeza, el miedo y la ansiedad se relacionaron con la soledad experimentada durante los períodos de confinamiento, en varias partes del mundo: Emerson (2020) muestra síntomas de estrés y soledad en personas jóvenes y mayores, en EUA; Wong et al (2020) muestran un aumento significativo de la soledad, la ansiedad y el insomnio, desde el inicio del confinamiento por la pandemia de la COVID-19, en una población de 583 personas mayores en Hong Kong; Bobes-Bascarán et al (2020) muestran en su estudio español, con 2194 personas mayores entrevistadas telefónicamente, la presencia de estilos evitativo y depresivo; Ekoh et al (2020) muestran la presencia de tristeza, ansiedad, miedo y soledad en los discursos de los adultos mayores evaluados por su estudio con un enfoque estrictamente cualitativo, en Nigeria (otros estudios, con resultados similares: Bruine, 2020; Callow et al, 2020; Kwegyir, 2020; Nwachukwu et al, 2020; Picaza Gorrochategi et al, 2020; Zhang et al, 2020).

Asimismo, los cambios en la rutina pueden dar lugar a sentimientos como el miedo, la soledad, la ira, la ansiedad, el estrés, la desesperación, etc. Los períodos de incertidumbre y falta de control diario (como cuando el confinamiento, o incluso la pandemia, o incluso si el individuo mismo sobreviviría a la pandemia) pueden generar sentimientos de miedo y ansiedad (Vrach y Tomar, 2020). En los casos en que hay muertes de seres queridos y conocidos, se dificulta el proceso de duelo, lo que puede

llevar a los adultos mayores a desarrollar depresión y, en algunos casos, hasta ideas suicidas (Viana, Lima Silva y Lima, 2020). De esa forma, pueden surgir inquietudes y dudas sobre las incertidumbres del futuro, el fin del aislamiento y cuándo serán realmente protegidos (Moreira e Souza, 2021), como se ve en este estudio.

Oliveira et al (2021) destacan la intersección entre los sentimientos, las emociones y el sistema inmunológico, que son interdependientes y auto influyentes. Los sentimientos positivos o negativos influyen en las emociones y en el sistema inmunológico, de manera positiva o negativa; las emociones positivas o negativas influyen en los sentimientos y en el sistema inmunológico de forma positiva o negativa; y el sistema inmunológico, en pleno funcionamiento o debilitado, incide directamente en el estado emocional y los sentimientos de esta persona mayor (Oliveira, Lira y Abreu, 2021).

El envejecimiento natural ya afecta al sistema inmunológico de las personas mayores, lo que se conoce como senectud inmunológica. Esto hace que su capacidad de defensa contra virus sea más lenta (Oliveira, Lira y Carvalho Abreu, 2021). El aislamiento social durante la pandemia ha agravado este debilitamiento inmunológico y ha tenido un impacto negativo en la salud emocional de los ancianos, generando sentimientos de inutilidad, ansiedad, tristeza y depresión. Además, la exposición a noticias falsas y el miedo a enfermarse también han contribuido a un estado de ánimo más bajo (Goulart et al., 2020; Canali y Scortegagna, 2021).

Estudios muestran que los efectos psicosociales del aislamiento no son exclusivos de la pandemia de COVID-19, ya que se han observado en otras situaciones de aislamiento social, como epidemias anteriores. Además, la pérdida de amigos o familiares de la misma edad durante la pandemia puede agravar aún más las reacciones emocionales de los ancianos, incluyendo depresión, trastorno de estrés postraumático y síntomas de duelo prolongado (Vrach y Tomar, 2020).

Otro problema reside en el campo de que es posible que los efectos psicosociales del aislamiento social sean severamente experimentados por ese grupo de edad como resultado de la pérdida, temporal (p. ej., hospitalización) o permanente (como la muerte) de amigos o familiares en el mismo grupo de edad. Las personas mayores que pierden a sus seres queridos tienen más probabilidades de experimentar reacciones de duelo complicadas, como depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y síntomas de duelo prolongado (Almeida Costa, 2020).

Por otro lado, no se puede dejar de mencionar algunos estudios que comentan que los adultos mayores sintieron menos efectos psicosociales, en comparación con los adultos jóvenes (Whatley et al, 2020, lo que podría explicarse por la capacidad de resiliencia, las experiencias ya vividas por esas personas mayores, así como su propósito de vida (López et al, 2020; Röhr, Reininghaus y Riedel-Heller, 2020) – en ese caso, la resiliencia, en una persona mayor cuya Salud Mental está bien entrenada, en el campo de sus emociones, podría ser un aliado del sistema inmunológico, es decir, una posible regulación de las emociones y mejores estrategias de afrontamiento en caso de eventos estresantes (Philip et al, 2020; KneppleCarney et al, 2021), lo que también ser una explicación para las diferencias en los resultados entre las dos ciudades evaluadas.

En cuanto a una posible asociación entre el género y los efectos psicosociales, se realizó la prueba no paramétrica de Mann Whitney para muestras independientes, y la muestra de Inúbia Paulista-SP no presentó asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$), como se muestra en el tabla 19; la muestra de Ribeirão Preto-SP presenta asociación estadísticamente significativa en las siguientes variables: 'querer cooperar o solidarizarse', 'sentirse triste por no poder compartir tiempo con los seres queridos' y 'sentirse ansioso' ($p < 0,05$), asociando el género femenino con efectos psicosociales, como se muestra en la tabla 20.

Tabla 19– Asociación estadística entre género y los efectos psicosociales, en la muestra de Inúbia Paulista-SP

		Estadística	p
Miedo de que la Salud se vea afectada	U de Mann-Whitney	7627	0.551
Querer cooperar o ser solidario	U de Mann-Whitney	7217	0.166
Tristeza por estar aislado y limitado	U de Mann-Whitney	7861	0.859
Tristeza por no poder compartir tiempo	U de Mann-Whitney	7212	0.164
Querer investigar y mantener actualizado	U de Mann-Whitney	7536	0.452
Usar el sentido de humor para adaptarse	U de Mann-Whitney	7564	0.439
Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	U de Mann-Whitney	7569	0.474
Sufrir de soledad o sentirse solo	U de Mann-Whitney	6935	0.065
Miedo de no soportar prolongar el confinamiento	U de Mann-Whitney	7812	0.789

Test Mann Whitney

Fuente: elaboración propia, 2023

Tabla 20– Asociación estadística entre género y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP

	Género	N	Percentis			p
			25th	50th	75th	
Miedo de que la Salud se vea afectada	Femenino	235	1.00	2.00	3.00	0.052
	Masculino	182	1.00	2.00	3.00	
Querer cooperar o ser solidario	Femenino	235	2.00	3.00	4.00	0.030
	Masculino	182	2.00	3.00	3.00	
Tristeza por estar aislado y limitado	Femenino	235	1.00	2.00	3.00	0.354
	Masculino	182	1.00	2.00	3.00	
Tristeza por no poder compartir tiempo	Femenino	235	1.00	3.00	3.00	0.006
	Masculino	182	1.00	2.00	3.00	
Querer investigar y mantener actualizado	Femenino	235	2.00	3.00	5.00	0.104
	Masculino	182	2.00	3.00	5.00	
Usar el sentido de humor para adaptarse	Femenino	235	1.00	3.00	3.00	0.208
	Masculino	182	1.00	3.00	3.00	
Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	Femenino	235	1.00	3.00	3.00	0.038
	Masculino	182	1.00	2.00	3.00	
Sufrir de soledad o sentirse solo	Femenino	235	1.00	2.00	3.00	0.797
	Masculino	182	1.00	2.00	3.00	
Miedo de no soportar prolongar el confinamiento	Femenino	235	1.00	2.00	3.00	0.282
	Masculino	182	1.00	2.00	3.00	

Test Mann Whitney

Fuente: elaboración propia, 2023

Esos resultados están en línea con la Literatura Mundial, que presenta una falta de consenso con respecto a la asociación estricta y obligatoria entre el género y la presencia de efectos psicosociales (Moustakopoulou et al, 2023). Sin embargo, estudios que muestran esa asociación, como el clásico estudio de Romero et al (2021) y otros, como el estudio griego de Parlapani et al (2020), con 103 personas mayores, muestran la figura de la mujer asociada, en su mayoría, a efectos psicosociales, pero no solo en relación con la tristeza y la ansiedad, sino también en relación con la depresión, el miedo, la soledad y otros. Esos resultados pueden ser una consecuencia de la carga que tienen las mujeres en el cuidado del entorno del hogar, que aumentó durante la pandemia, cuando muchas mujeres mayores, p. ej., son responsables del cuidado de los nietos, del esposo, de otras personas mayores e incluso de sus propios hijos (Guiraldelli, 2012). La mayor vulnerabilidad económica de las mujeres, debido a su experiencia en el curso de la vida, la

desvalorización de su fuerza laboral y la menor posibilidad de empleo formal, conforme enseñan Plant et al (2000), en comparación con los hombres, también puede conducir a un mayor sentimiento de ansiedad en las mujeres, sobre todo en períodos de aumento del desempleo y de la pobreza, lo que podría ser una explicación para los datos encontrados en Ribeirão Preto-SP, en ese punto de la discusión. Sin embargo, algunos autores señalan que se debe considerar que los estereotipos impuestos culturalmente conducen a diferencias de género en la experiencia emocional y la expresividad de los sentimientos (Deng et al, 2016; Rico-Urbe et al, 2018), en los que las mujeres muestran mayor expresividad, y los hombres tienen experiencias emocionales más fuertes, como la ira y la agresión. Aunque la intensidad del reporte de tristeza y soledad en la población masculina es menor (o como en los resultados de este estudio, la misma), sus efectos pueden ser más fatales, como lo señala un estudio de metaanálisis sobre todas las causas de mortalidad (Newman y Zainal, 2020).

En cuanto a una posible asociación entre el encuestado haber sido contaminado por COVID-19 y los efectos psicosociales, se realizó la prueba no paramétrica de Mann Whitney para muestras independientes, la muestra de Inúbia Paulista-SP no mostró una asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$), como se muestra en la Tabla 21. La muestra de Ribeirão Preto-SP, por el contrario, presenta una asociación estadísticamente significativa en todos los efectos psicosociales (con excepción de 'querer cooperar o mostrar solidaridad', 'querer investigar' y 'usar el sentido del humor para adaptarse'), con $p < 0,05$, como se muestra en la tabla 22 (en algunos casos, se debe mirar el percentil 90 (9 decil) para encontrar la diferencia estadística – el gráfico 184 muestra tal asociación en la muestra de Ribeirão Preto-SP (solamente las asociaciones estadísticamente significativas).

Tabla 21 – Asociación estadística entre COVID+ y los efectos psicosociales, en la muestra de Inúbia Paulista-SP

		Estadística	p
Miedo de que la Salud se vea afectada	U de Mann-Whitney	6930	0.094
Querer cooperar o ser solidario	U de Mann-Whitney	7535	0.552
Tristeza por estar aislado y limitado	U de Mann-Whitney	7395	0.393
Tristeza por no poder compartir tiempo	U de Mann-Whitney	7080	0.146
Querer investigar y mantener actualizado	U de Mann-Whitney	6973	0.114
Usar el sentido de humor para adaptarse	U de Mann-Whitney	7215	0.207
Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	U de Mann-Whitney	7111	0.169
Sufrir de soledad o sentirse solo	U de Mann-Whitney	7810	0.943
Miedo de no soportar prolongar el confinamiento	U de Mann-Whitney	7466	0.471

Test Mann Whitney

Fuente: elaboración propia, 2023

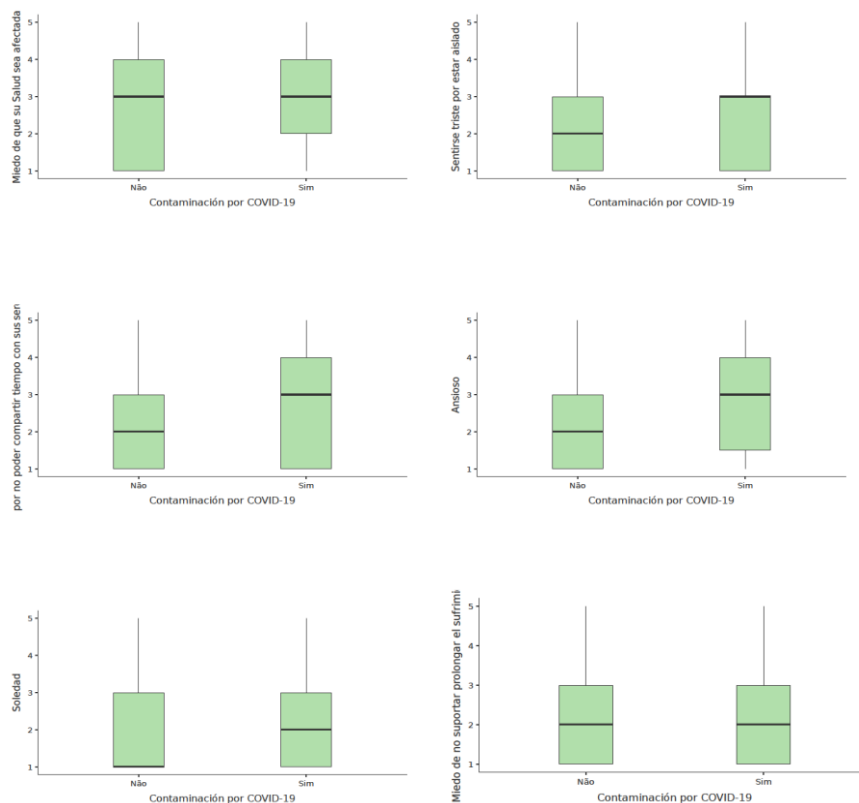
Tabla 22– Asociación estadística entre COVID+ y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP

	COVID+	N	Percentis				p
			25th	50th	75th	90th	
Miedo de que la Salud se vea afectada	No	278	1.00	3.00	4.00	4.00	0.004
	Sí	139	2.00	3.00	4.00	5.00	
Querer cooperar o ser solidario	No	278	2.00	3.00	3.00	5.00	0.615
	Sí	139	2.00	3.00	3.00	5.00	
Tristeza por estar aislado y limitado	No	278	1.00	2.00	3.00	4.00	<.001
	Sí	139	1.00	3.00	3.00	4.00	
Tristeza por no poder compartir tiempo	No	278	1.00	2.00	3.00	4.00	<.001
	Sí	139	1.00	3.00	4.00	5.00	
Querer investigar y mantener actualizado	No	278	2.00	3.00	5.00	5.00	0.700
	Sí	139	2.00	3.00	5.00	5.00	
Usar el sentido de humor para adaptarse	No	278	1.00	3.00	3.00	4.00	0.414
	Sí	139	1.00	3.00	3.00	4.00	
Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	No	278	1.00	2.00	3.00	4.00	<.001
	Sí	139	1.50	3.00	4.00	5.00	
Sufrir de soledad o sentirse solo	No	278	1.00	1.00	3.00	3.00	0.002
	Sí	139	1.00	2.00	3.00	4.00	
Miedo de no soportar prolongar el confinamiento	No	278	1.00	2.00	3.00	3.00	0,016
	Sí	139	1.00	2.00	3.00	4.00	

Test Mann Whitney

Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 184 – Representación gráfica de la asociación estadísticamente positiva entre COVID-19+ y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Los resultados de la muestra de Ribeirão Preto-SP están en la línea de algunos estudios, que hablan de la presencia de efectos psicosociales (especialmente ansiedad y miedo) en relación a la contaminación por COVID-19, no solo porque pueda haber algún trastorno orgánico, sobre el paciente, lo que se traduce en efectos psicosociales (como los problemas inmunológicos, descritos anteriormente), pero también por el miedo que se sufre al contaminarse, bien como la incertidumbre de volver a contaminarse o ver a sus familiares y seres queridos pasando por un proceso similar (Peres et al, 2021). Los estudios demuestran que los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión están relacionados con el miedo en crisis graves de Salud Pública como la relacionada con el COVID-19, además de que las personas que tienen mucho miedo pueden tener una percepción errónea de la amenaza, y pueden tener comportamientos indeseables, así como en casos de miedo bajo, que no reflejan una mayor capacidad de protección frente a la crisis (Faro et al, 2020; Pereira et al, 2022).

Con relación a una posible asociación entre la presencia de enfermedades crónicas y efectos psicosociales, se realizó la prueba no paramétrica de Mann Whitney para muestras independientes, y la muestra de Inúbia Paulista-SP no mostró asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$), como se muestra en la tabla 23. Por su parte, la muestra de Ribeirão Preto-SP mostró asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en las variables 'sentirse triste por estar aislado', 'sentirse triste por no poder compartir tiempo con los seres queridos' y 'sentirse ansioso ', como se muestra en la tabla 24 y el gráfico 185.

Tabla 23– Asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y los efectos psicosociales, en la muestra de Inúbia Paulista-SP

		Estadística	p
Miedo de que la Salud se vea afectada	U de Mann-Whitney	6102	0.108
Querer cooperar o ser solidario	U de Mann-Whitney	6679	0.614
Tristeza por estar aislado y limitado	U de Mann-Whitney	6274	0.190
Tristeza por no poder compartir tiempo	U de Mann-Whitney	6415	0.301
Querer investigar y mantener actualizado	U de Mann-Whitney	6129	0.124
Usar el sentido de humor para adaptarse	U de Mann-Whitney	6454	0.314
Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	U de Mann-Whitney	6454	0.346
Sufrir de soledad o sentirse solo	U de Mann-Whitney	5891	0.054
Miedo de no soportar prolongar el confinamiento	U de Mann-Whitney	6503	0.393

Test Mann Whitney.. Fuente: elaboración propia, 2023

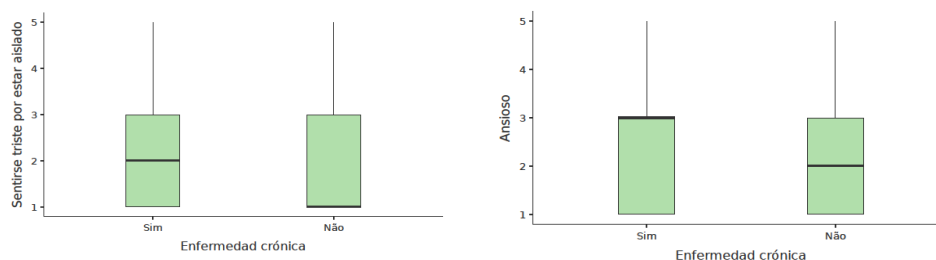
Tabla 24– Asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP

	Enfermedad crónica	N	Percentis			p
			25th	50th	75th	
Miedo de que la Salud se vea afectada	Sí	279	1.00	3.00	4.00	0.051
	No	138	1.00	3.00	4.00	
Querer cooperar o ser solidario	Sí	279	2.00	3.00	3.00	0.148
	No	138	2.00	3.00	3.00	
Tristeza por estar aislado y limitado	Sí	279	1.00	2.00	3.00	0.016
	No	138	1.00	1.00	3.00	
Tristeza por no poder compartir tiempo	Sí	279	1.00	3.00	3.00	0.005
	No	138	1.00	2.00	3.00	
Querer investigar y mantener actualizado	Sí	279	2.00	3.00	5.00	0.079
	No	138	1.00	3.00	5.00	
Usar el sentido de humor para adaptarse	Sí	279	1.00	3.00	3.00	0.151
	No	138	1.00	3.00	3.00	
Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	Sí	279	1.00	3.00	3.00	0.015
	No	138	1.00	2.00	3.00	
Sufrir de soledad o sentirse solo	Sí	279	1.00	2.00	3.00	0.230
	No	138	1.00	1.00	3.00	
Miedo de no soportar prolongar el confinamiento	Sí	279	1.00	2.00	3.00	0.088
	No	138	1.00	1.50	3.00	

Test Mann Whitney

Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 185 – Representación gráfica de la asociación estadísticamente positiva entre la presencia de enfermedad crónica y los efectos psicosociales, en Ribeirão Preto-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Del mismo modo que el temor de que otros pasen por lo que pasó el entrevistado infectado con COVID-19 (incluso con síntomas leves), una posible explicación para la asociación estadísticamente significativa en la muestra de Ribeirão Preto-SP reside en el hecho de que, como ya se ha visto, los ancianos constituyen un grupo de riesgo para la COVID-19, especialmente aquellos con comorbilidades (así como la mayoría de las muertes son en pacientes ancianos con comorbilidades). De esa forma, es

posible comprender síntomas como la tristeza y la ansiedad en ese grupo de pacientes, durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19, con un sufrimiento anticipado con relación a lo que podría ocurrirles más gravemente a ellos mismos o a sus seres queridos (Gustavsson y Beckman, 2020; Hammerschmidt y Santana, 2020). Otro dato importante es que, durante la pandemia, gran parte de los cuidados electivos/rutinarios destinados a la Salud del Anciano (y sus consecuencias) fueron interrumpidos, hecho que también pudo haber generado tristeza y, sobre todo, ansiedad, en ese grupo (Röhr et al., 2020; Pagotto et al, 2021). En Brasil, un análisis reciente del Estudio Longitudinal de Salud de los Ancianos (ELSI-Brasil) mostró que aproximadamente 34 millones de personas mayores de 50 años tienen ≥ 1 riesgo de morbilidad por COVID-19 grave, con distribución similar entre regiones. Las morbilidades más prevalentes relacionadas con la COVID-19 grave en ese grupo fueron: enfermedades cardiovasculares (56 %), obesidad (39 %), artritis (21 %) y depresión (18,5 %) (Nunes et al, 2020).

En un estudio realizado en Estados Unidos con 630 adultos con alguna enfermedad crónica, de los cuales el 62,7% eran adultos mayores de entre 60 y 88 años, el estudio identificó que uno de cada cuatro participantes (24,6%) estaba “muy preocupado” en infectarse con el nuevo coronavirus. El miedo a la amenaza de un brote pandémico fue más reportado por personas mayores de 70 años y el 58,6% informó que las infecciones por coronavirus les hicieron cambiar “mucho” su rutina y actividades de la vida diaria (Wolf et al, 2020).

En cuanto a una posible asociación entre la funcionalidad y los efectos psicosociales evaluados, las dos ciudades presentaron resultados diferentes (nuevamente, se realizó la Prueba no paramétrica de Kruskal Wallis): la muestra Inúbia Paulista-SP no presentó asociación estadísticamente significativa en sus variables, con $p > 0.05$, con excepción de la variable 'quería investigar y actualizar' (tabla 25 y gráfico 186); la muestra de Ribeirão Preto mostró asociación estadística en 7 efectos psicosociales evaluados ($p < 0,05$), como sigue:

- la variable 'miedo a que su salud se vea afectada', cuando asociada a 'dependiente', tuvo una mediana más alta - una posible explicación para eso podría ser que el individuo ya tenía miedo, en relación a su Salud, previo a la pandemia (siendo que este individuo ya es funcionalmente dependiente de otro(s), lo que pudo haber sido maximizado durante los períodos de confinamiento;
- las variables 'sentirse triste por estar aislado', 'sentirse triste por no poder compartir tiempo con los seres queridos', 'sentirse ansioso', 'sufrir soledad' y 'tener

miedo de no poder hacer frente a la necesidad de prolongar el encierro', al asociarse con 'parcialmente dependiente', tiene una mediana más alta – muy probablemente sentimientos derivados de la relación social vivida con otras personas, pero sin que exista un grado de pérdida total de la propia funcionalidad;

- la variable 'use su sentido del humor', cuando se asoció con 'independiente' y 'parcialmente dependiente', tuvo la misma mediana (y mayor que 'dependiente'); esa discusión se representa en la tabla 26 y en el gráfico 187.

Por se tratar de una prueba de Kruskal Wallis, en la secuencia se ha realizado el Test de Comparaciones Múltiplas de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner, para cada variable (encontrando 3 posibilidades de comparaciones: parcialmente dependiente x independiente; parcialmente dependiente x dependiente; independiente x dependiente). En los casos (y solamente en esos) que el Test de Kruskal Wallis ha presentado el $p < 0.05$, se ha encontrado también el $p < 0.05$, con múltiplos W.

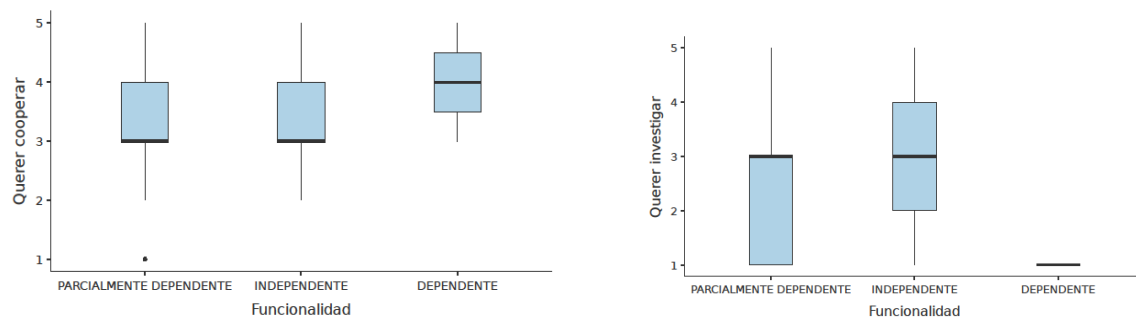
Tabla 25 – Asociación estadística entre la funcionalidad y los efectos psicosociales, en la muestra de Inúbia Paulista-SP

	Funcionalidad	N	Percentis			p
			25th	50th	75th	
Miedo de que la Salud se vea afectada	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	129	2.00	3.00	3.00	0.331
	INDEPENDIENTE	126	2.00	3.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	3.50	4.00	4.50	
Querer cooperar o ser solidario	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	129	3.00	3.00	4.00	0.063
	INDEPENDIENTE	126	3.00	3.00	4.00	
	DEPENDIENTE	2	3.50	4.00	4.50	
Tristeza por estar aislado y limitado	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	129	2.00	3.00	3.00	0.381
	INDEPENDIENTE	126	2.00	3.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	3.25	3.50	3.75	
Tristeza por no poder compartir tiempo	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	129	2.00	3.00	3.00	0.195
	INDEPENDIENTE	126	3.00	3.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	3.25	3.50	3.75	
Querer investigar y mantener actualizado	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	129	1.00	3.00	3.00	0.010
	INDEPENDIENTE	126	2.00	3.00	4.00	
	DEPENDIENTE	2	1.00	1.00	1.00	
Usar el sentido de humor para adaptarse	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	129	1.00	1.00	2.00	0.430
	INDEPENDIENTE	126	1.00	1.00	2.00	
	DEPENDIENTE	2	1.00	1.00	1.00	
Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	129	2.00	3.00	3.00	0.390
	INDEPENDIENTE	126	2.00	3.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	3.25	3.50	3.75	
Sufrir de soledad o sentirse solo	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	129	1.00	2.00	3.00	0.415
	INDEPENDIENTE	126	1.00	2.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	3.00	3.00	3.00	
Miedo de no soportar prolongar el confinamiento	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	129	2.00	3.00	3.00	0.802
	INDEPENDIENTE	126	2.00	3.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	2.00	3.00	4.00	

Test de Kruskal-Wallis

Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 186 – Representación gráfica de la asociación estadísticamente positiva estadística entre la funcionalidad y los efectos psicosociales, en la muestra de Inúbia Paulista-SP



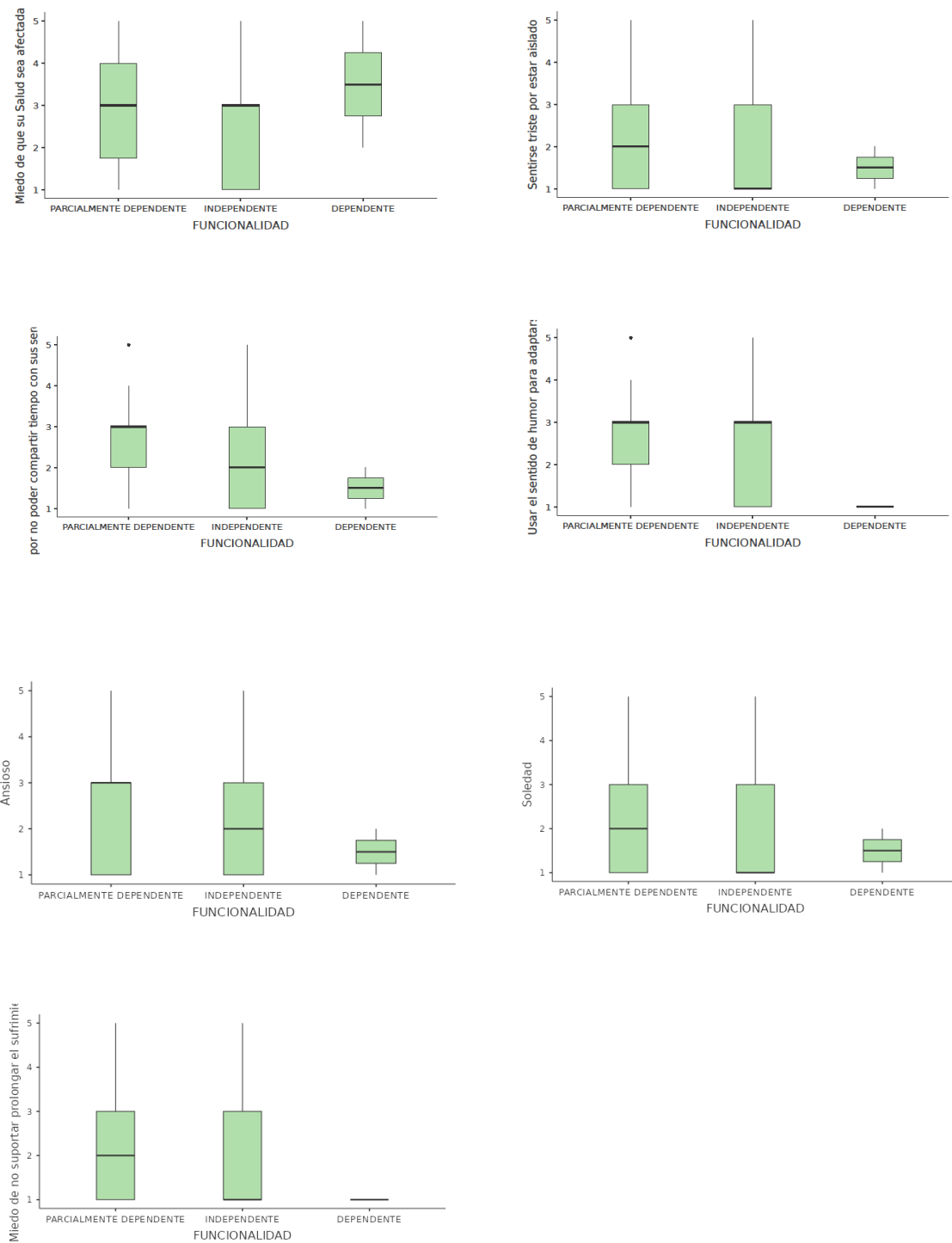
Fuente: elaboración propia, 2023

Tabla 26– Asociación estadística entre la funcionalidad y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP

	Funcionalidad	N	Percentis			p
			25th	50th	75th	
Miedo de que la Salud se vea afectada	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	208	1.75	3.00	4.00	<.001
	INDEPENDIENTE	207	1.00	3.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	2.75	3.50	4.25	
Querer cooperar o ser solidario	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	208	3.00	3.00	4.00	0.069
	INDEPENDIENTE	207	2.00	3.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	2.25	2.50	2.75	
Tristeza por estar aislado y limitado	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	208	1.00	2.00	3.00	<.001
	INDEPENDIENTE	207	1.00	1.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	1.25	1.50	1.75	
Tristeza por no poder compartir tiempo	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	208	2.00	3.00	3.00	<.001
	INDEPENDIENTE	207	1.00	2.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	1.25	1.50	1.75	
Querer investigar y mantener actualizado	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	208	2.00	3.00	5.00	0.118
	INDEPENDIENTE	207	1.00	3.00	5.00	
	DEPENDIENTE	2	2.00	3.00	4.00	
Usar el sentido de humor para adaptarse	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	208	2.00	3.00	3.00	0.024
	INDEPENDIENTE	207	1.00	3.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	1.00	1.00	1.00	
Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	208	1.00	3.00	3.00	<.001
	INDEPENDIENTE	207	1.00	2.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	1.25	1.50	1.75	
Sufrir de soledad o sentirse solo	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	208	1.00	2.00	3.00	<.001
	INDEPENDIENTE	207	1.00	1.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	1.25	1.50	1.75	
Miedo de no soportar prolongar el confinamiento	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	208	1.00	2.00	3.00	<.001
	INDEPENDIENTE	207	1.00	1.00	3.00	
	DEPENDIENTE	2	1.00	1.00	1.00	

Test de Kruskal Wallis. Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 187 – Representación gráfica de la asociación estadísticamente positiva estadística entre la funcionalidad y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Los datos presentados en las dos muestras muestran una correlación entre todas las variables psicosociales, a excepción de las variables 'querer cooperar o ser solidario', 'investigar y mantenerse actualizado' y 'usar el sentido del humor para adaptarse', que mostró $p > 0,05$ en algunos análisis. Esos datos van en la línea de lo expuesto por Eiguren et al (2021), quienes muestran un estudio con 115 mayores españoles, mostrando una relación entre la soledad, la ansiedad y la depresión. Asimismo, Arpasi-Quisque et al (2023), quienes evaluaron a un grupo de 384 adultos mayores en Lima, Perú, mostrando una correlación entre la soledad, la ansiedad, el miedo y la tristeza, en el contexto de la pandemia por COVID-19.

4.7 Sentido de humor y cooperar/ser solidario

En cuanto al sentido del humor, Villalba et al (2023) muestran que el sentido del humor se asocia negativamente con el aumento de los niveles de ansiedad, siendo el humor en el manejo de la situación especialmente beneficioso para los adultos mayores (incluso puede ser, un afrontamiento particularmente efectivo como estrategia para adultos mayores). Una explicación puede ser que las emociones positivas experimentadas a través del humor puedan generar una gama más amplia de recursos fundamentales necesarios para enfrentar la ansiedad durante la pandemia (datos similares a los encontrados en este estudio, en las muestras de las dos ciudades evaluadas).

En cuanto a las personas mayores con ganas de cooperar y solidarizarse, los resultados de este estudio están en línea con lo discutido por Porreca (2021). La crisis sanitaria del COVID-19 ha despertado a la humanidad al desafío de la impotencia y la soledad, relegando a un segundo plano cuestiones esenciales para la supervivencia. Las personas fueron privadas del tacto, del abrazo, del contacto, de la presencia del otro. La solidaridad, como acción humana multidimensional, constituye una necesidad colectiva urgente entre las personas, especialmente en este tiempo de pandemia en el que se enfrenta la alta transmisibilidad del nuevo coronavirus y conviven una gran proporción de muertos y contagiados oligosintomáticos o asintomáticos. Esas realidades justifican las decisiones y acciones solidarias colectivas de cara al mundo, encaminadas a evitar la propagación del virus, especialmente entre la población con mayor riesgo de contagio y entre aquellas personas más afectadas por la crisis económica y social (Pargament et al, 2020). Además de esos percances, cabe señalar

que el aislamiento social por sí solo aceleró el aumento de la pobreza y generó necesidades básicas en las poblaciones más vulnerables.

Enfrentar solidariamente la pandemia de la COVID-19 es un proceso en el que las personas se esfuerzan por comprender y aprender a lidiar con las demandas urgentes para mantener su propia vida y la de los demás, teniendo en cuenta las abrumadoras amenazas del Sars-COV-2 (Jackson-Filho et al, 2020). El proceso solidario de enfrentar esa realidad requiere de evaluaciones serias y concretas de la situación de la pandemia. Para que eso suceda, es importante distinguir dos necesidades. La primera está relacionada con situaciones más graves y urgentes, que son dañinas, amenazantes y fatales. La segunda se refiere a aquellas actividades de prevención de la Salud y cambios de estilo de vida, con un impulso de afecto y responsabilidad en las relaciones con los demás (Mauss, 2008). El resultado de esas evaluaciones definirá los recursos y restricciones personales y colectivos para las acciones frente al COVID-19.

Durkheim, en 1893, en la construcción de su tesis doctoral, observó que el individuo tiene una conciencia colectiva de valores de ese grupo en el que estaría inserto, lo cual es transmitido por su vida social, y la suma de la conciencia individual con el colectivo formaría el ser social, el cual tendría una vida social entre los miembros del grupo. Así, para Durkheim, la solidaridad social estaría formada por los lazos que unen a los individuos, miembros de una sociedad, y por la conciencia colectiva, formando una cohesión social entre los individuos, de tipo mecánico y/u orgánico (Durkheim, 2008). La solidaridad también puede entenderse como complemento de la justicia, en la que cada uno se hace responsable del otro (una forma de intersubjetividad compartida) practicando la cooperación con el fin de preservar la libertad, la integridad física y el respeto a la vida (Habermas, 2002).

Así, la solidaridad se entiende como la acción o intervención de personas asociadas, en red o no, cooperando entre sí, en tanto se ven y se reconocen como pertenecientes a una misma humanidad, miembros de una misma sociedad ligados por una intersubjetividad, o incluso por fraternidad, caminando con ideas similares hacia un mismo fin, guiadas por el principio de donación/don (Morais y Tenório, 2017). La pandemia no solo ha puesto de manifiesto las desigualdades y vulnerabilidades sociales, aunque esas sigan siendo flagrantes. Pero sacó a la luz la privación de derechos y recursos esenciales para la vida, especialmente en la salud pública, lo que reveló un sistema de salud precario, sobrecargado y obsoleto, ante lo cual los gobiernos quedaron sorprendidos (Porreca, 2021).

Si bien los adultos mayores son el grupo más vulnerable, muchos adultos mayores todavía realizaban acciones solidarias, desde coser mascarillas de tela para que las usaran otras personas (en la época en que estaban permitidas), hasta formar canastas básicas de alimentos, para ser distribuidas a los más necesitados (Historia del día, 2020). Incluso sin salir de casa, pudieron mostrar su solidaridad con quienes necesitaban atención.

4.8 Convivencia durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 y el contacto con otras personas

En cuanto al número de personas con las que convivieron las muestras, durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19, Inúbia Paulista-SP muestra que el 10,89% no vivía personalmente con nadie, mientras que Ribeirão Preto-SP tenía el 14,39%. Esos datos están por debajo de los encontrados por Emerson (2020), quien evaluó el distanciamiento social, en adultos mayores, en el contexto de la pandemia de COVID-19, que encontró un valor de 37,5% en su estudio brasileño.

En la misma línea, las muestras de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP mostraron resultados similares en cuanto a que muy pocas no tenían contacto con personas con las que no convivían (como amigos, vecinos, familiares), en el último 7 días antes de la aplicación del cuestionario de la encuesta – aún, 9 de cada 10 personas de las dos muestras dijeron haber tenido contacto con algún familiar.

A partir de ese análisis, es necesario hacer algunas consideraciones.

La primera trata sobre el contexto social de los ancianos brasileños. La familia, por tanto, representa un elemento fundamental para el bienestar de las personas mayores, que encuentran en ese entorno apoyo e intimidad para las diferentes situaciones que pueden encontrar, relaciones que aseguran un espacio de pertenencia a la familia (Araújo et al., 2012). La familia contemporánea ha sufrido transformaciones en relación con el surgimiento de nuevos roles, y la longevidad ha facilitado la convivencia entre generaciones, llegando a incluir hasta cuatro generaciones en una misma residencia. Ese panorama acaba demostrando que la familia, a pesar de los cambios ante diferentes situaciones, sigue siendo un lugar sumamente importante para la crianza del afecto y la protección de los ancianos (Araújo, 2010).

Así, los lazos que los ancianos establecen a lo largo de su vida son formados por el grupo familiar, y por las amistades en la comunidad donde viven. Esas relaciones brindan sentido de pertenencia, y ese factor ha sido reconocido como un aspecto fundamental para envejecer con calidad de vida. Por lo tanto, esas redes de apoyo pueden ayudar a las personas mayores durante su proceso de envejecimiento, asegurándoles una mayor autonomía, independencia, bienestar y Salud (Triadó y Villar, 2007).

En cuanto al contacto con amigos, la muestra de Inúbia Paulista-SP respondió que el 26,84% tenía contacto con amigos, mientras que la muestra de Ribeirão Preto-SP respondió el 49,40%. Según Triadó y Villar (2007), las amistades constituyen un apoyo social importante (especialmente cuando los amigos se encuentran en el mismo grupo de edad, lo que puede indicar experiencias de vida similares, recuerdos, opiniones y valores similares). Esas amistades son generalmente relaciones libres, voluntarias, basadas en la reciprocidad y el afecto, diferenciándolas así de las relaciones familiares, que son esenciales para el sujeto. Construir relaciones de amistad en la vejez no es una tarea sencilla, debido a la posible limitación del anciano a la vida familiar y la pérdida de compañeros. Cuando trascienden la familia, las relaciones se amplían, enriqueciendo y brindando oportunidades para diferentes formas de vivir (Argimon y Vitola, 2009).

Esa es una discusión extremadamente pertinente. Vivir solo y envejecer se consideran los fenómenos demográficos más relevantes de las últimas décadas (Klinenberg, 2016). En la vida cotidiana de muchas personas mayores, ese sentimiento es común, sin embargo, todavía es silenciado por la sociedad (Azeredo y Afonso, 2016). La soledad, importante predictor de mortalidad y factores de riesgo clínico en la vejez, como la disminución de la capacidad funcional, debe ser tratada como un factor de riesgo y problema de salud grave (Pantell et al, 2013; Valtorta et al, 2018). Hoy en día, se sabe que la soledad en el envejecimiento puede precipitar problemas y problemas de salud, como un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, independientemente de los factores de riesgo tradicionales para estas enfermedades, y así puede acelerar la muerte (Valtorta et al, 2018). Las personas mayores pueden estar socialmente aisladas sin reportar sentimientos de soledad, y pueden estar solas incluso sin aislamiento social, pero ambas condiciones pueden causar daños a su Salud Física y Mental (Huang et al, 2019; Wu, 2020).

Por lo tanto, el distanciamiento social no debe confundirse con la soledad. Es más, el individuo ni siquiera necesita estar solo para experimentarla, según Tatit y Rosa

(2013) y como se ve, en la práctica, en el presente estudio, al fin y al cabo, como afirma Dunker (2011), la soledad es una versión de lo que el Psicoanálisis llama separación o castración, ya que, en esa experiencia, el objeto con el cual uno podría identificarse, para cubrir la propia falta y la falta en el *otro*, es finalmente desplazado de su función de cobertura.

La contemporaneidad – Postmodernidad, Modernidad tardía y Modernidad Líquida – se marca como un período de posibilidades diversas que generan incertidumbres, fragmentaciones y contradicciones. La soledad surge de esa incertidumbre, creando una distancia entre el *yo individual* y la realidad y la comunidad. La soledad y la individualidad empiezan a llenar el espacio que antes pertenecía a las relaciones interpersonales. El individuo contemporáneo vive en una soledad rutinaria, cotidiana, en la que va desapareciendo en sí mismo o desde sí mismo poco a poco, sin dejar huellas de que un día fue alguien o estuvo aquí (Figueira y Ferreira, 2022). Eso es lo que dice Bauman (2004) sobre la 'liquidez'. La sociedad es líquida, las relaciones son líquidas. El individuo busca placeres instantáneos, así como relaciones que demanden poca responsabilidad. Aquí hay dos cuestiones importantes y distintas, pero que merecen atención: en el primer escenario, está el anciano que, ya desgastado por las relaciones superficiales, y ya enfermo, en el campo de las emociones, tiende a aislarse, no deseando relaciones socioafectivas con los demás (en ese punto, no se habla del sentimiento de soledad, sino de la soledad, como algo que trae sufrimiento (Almeida y Naffah Neto, 2019)); en el segundo escenario, están los mayores que, al buscar compañía y tratar de establecer relaciones socioafectivas, no las encuentran en quienes les rodean (Kallas, 2016).

4.9 Mantenerse mentalmente activo y lo que ha ayudado a los mayores a sentirse mejor durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19

En cuanto a mantenerse mentalmente activo, durante los periodos de confinamiento por la pandemia de la COVID-19, la respuesta más común, en las muestras de ambas ciudades, fue 'leer (periódicos/revistas, libros, tabletas, móviles...)' (aunque con diferencia entre las dos muestras: Inúbia Paulista-SP: 83,65%; Ribeirão Preto-SP: 50,60%).

La lectura reduce los factores de riesgo para todos los tipos de demencia. Mejora la sinapsis de las neuronas, y eso ayuda a la memoria de trabajo, la planificación de las

funciones cognitivas, la memoria inmediata, la memoria retardada, la interacción social y el lenguaje (Barcelos, 2016).

Crespi et al. (2017) son enfáticos al afirmar que varias áreas cerebrales se articulan entre sí durante la ejecución de alguna actividad mental, lo que da credibilidad a la efectividad de la lectura como ejercicio cognitivo neuro protector. Esa afirmación se corrobora en la teoría de Vygotsky que garantiza un potencial de prevención cognitiva a partir de una ayuda proximal, que dice que el cerebro humano es capaz de responder dinámicamente a los estímulos ambientales, a través de reorganizaciones sinápticas funcionales (neuro plasticidad), que acaban por madurar cognitivamente el individuo. De esa forma, es posible plantear que los impulsos sociales, como el estímulo, son factores que contribuyen al éxito de los sujetos alfabetizados que no tienen el hábito de la lectura (Lima, 2022), incluso en los adultos Dahene (2013). Para que esos procesos neurobiológicos sean efectivos en la prevención de enfermedades, la Salud Mental también necesita una intervención social, ya que muchas personas son más susceptibles a las influencias del entorno en el que viven. Es decir, *“la lectura abre una ventana a las interacciones entre la cultura y el cerebro”* (Dahene, 2012. p. 320).

En ese contexto, Paulo Freire, destacado educador brasileño, con enfoque en la Educación de Jóvenes y Adultos (EJA), afirma que *“la lectura del mundo precede a la lectura de la palabra”* (Freire, 2003, pág. 13). Por lo tanto, no se trata sólo de descifrar palabras, es un proceso denso, amplio, que alcanza otras dimensiones, a saber, la simbólica, con ilustraciones de imágenes de la experiencia de la vida cotidiana adquirida culturalmente en los modelos mentales que cada individuo trae consigo y comparte culturalmente, conforme enseñan Araújo y Silveira (2012).

Sin embargo, más que animar a las personas mayores a la práctica de la lectura (con rebajas en los precios de los libros, facilitar el acceso a las bibliotecas y otros espacios colectivos de lectura, libros con letra y tamaño de letra adecuados a la edad (para facilitar la visualización de los contenidos), figuras que ilustran y resumen el tema escrito de manera adecuada), es fundamental alfabetizar al adulto mayor, en su totalidad. Una encuesta del IBGE de 2017 (la más reciente) muestra que el 7% de la población brasileña es analfabeta, número que salta al 19,3% en la población anciana (IBGE, 2018), lo que también puede perturbar otras áreas (afectando, incluso, la funcionalidad de las personas mayores, como el uso incorrecto de medicamentos o incluso la dificultad para comprender las pautas de Salud, p. ej. (Silva y Santos, 2010)), es decir, la alfabetización de las personas mayores es un desafío, como

identificar los posibles percances en esa trayectoria, y debe ser una meta, con Políticas Públicas dirigidas específicamente a ese tema – aunque los artículos 20 y 21 del Estatuto de las Personas Mayores rezan sobre el derecho y la garantía del acceso de las personas mayores a la Educación, inclusive, con la adecuación de los currículos para atender ellos (Brasil, 2003); sin embargo, en la práctica, no contemplan la posibilidad de cursos de alfabetización para aquellos que no pudieron tener esa habilidad desarrollada a la edad establecida por la ley Araújo y Silveira, 2012).

En cuanto a lo que les ayudó a sentirse mejor durante el confinamiento, las dos muestras respondieron, mayoritariamente, ver televisión, hacer algunas manualidades y fe/espiritualidad.

La población brasileña, en cierto modo, es asidua a ver la televisión. Desde programas gastronómicos, periodísticos, de entretenimiento (como, p. ej., películas, telenovelas o programas sobre la vida de los famosos), deportivos, entre otros. Se sabe que equipos como la televisión, los videojuegos, la computadora, la tableta y especialmente los teléfonos celulares son atractivos para que la población mantenga un comportamiento sedentario (Martins, Torres y Oliveira, 2017) y, por lo tanto, existe más riesgo para la Salud cuando el contexto se convierte en un incentivo para que las personas se acerquen con dicho equipo, como es el caso del período de distanciamiento social establecido para contener la propagación del COVID-19 (Munster et al, 2020). Datos de la última década sobre el comportamiento sedentario de la población brasileña, como los estudios de Mendes et al (2013) y Mielke et al (2015), ya indicaban valores elevados de tiempo de pantalla en los años previos a la propagación de la COVID-19, generando así una situación preocupante para el público del presente estudio, que ya tenía evidencia de riesgo para la Salud en ese indicador, y la pandemia del COVID-19 parece haber incrementado la adopción de ese comportamiento nocivo para la Salud. Ferreira et al (2021) presentan un estudio que dice que el 86,7% de la población investigada (adultos mayores de 60 años, con foco en el presente estudio) relata pasar una cantidad excesiva de horas diarias en condiciones de bajo gasto energético, relacionado con el tiempo de pantalla, durante el período en el que permanecieron la mayor parte del día en sus hogares, cumpliendo con las recomendaciones de distanciamiento social. Así, el hábito de realizar actividades físicas, fuera del alcance de las pantallas, es de suma importancia para una vida con cualidad (Ferreira et al, 2021).

En relación a la práctica de la artesanía, relatada por la gran parte de las dos muestras, Fabietti (2004) relata que el arte, como instrumento creativo, ofrece ayuda a

los ancianos, capacitándolos para desarrollar nuevas posturas y construir una vida más gratificante. La expresión artística trabajada en personas de diferentes grupos de edad es capaz de traer varios beneficios tales como: mayor creatividad y sentido estético, mejor interacción social y consecuente aumento de la autoestima, desarrollo personal y estética de singularidad, lo que resulta ser restaurador de equilibrio emocional (Fortunato, 2005). Entre las actividades artísticas, se destacan las actividades laborales de las artes manuales, que, según Fróis (2000), implica experimentar la formación del gusto y la apreciación por la Estética y por el Arte mismo, así como en relación con la materialización de las prácticas artísticas.

Aun así, es importante resaltar que las actividades manuales desarrollan, en los más diversos aspectos del desarrollo de la socialización y la formación de la persona, la construcción del conocimiento. Sin embargo, trabajar con manualidades para adultos mayores debe respetar la diversidad y posibilidades de cada uno, independientemente de las diferencias sociales, lingüísticas, étnicas, culturales, de ritmo de aprendizaje, desde una perspectiva de interacción y de compartir sentimientos y saberes (Dias, 2019). Desde una perspectiva terapéutica, las actividades de trabajo manual de las artes también pueden contribuir como un instrumento capaz de llevar a la persona a analizarse a sí misma, convirtiéndose así en un recurso que posibilite la reconciliación con *“las raíces más profundas, como para ser completo y total, haciéndolo capaz de alcanzar el placer de hacer y vivir. Y animarlos, especialmente a los mayores, a ejercitar su sensibilidad artística”* (Camargo, 1999, p. 69).

En relación con la fe y la espiritualidad, se cree que son recursos utilizados para el enfrentamiento, la comprensión, la aceptación de las adversidades, teniendo la función de apoyar, adaptar, consolar y promover la confianza en las tribulaciones, así como la resiliencia (Margaça y Rodrigues, 2019). La espiritualidad es un proceso vivencial cuyas características incluyen la búsqueda de sentido y propósito, los vínculos con uno mismo, con la naturaleza o con una deidad (lo Sagrado), valores y trascendencia, que ayudan a superar los problemas y circunstancias desagradables de la vida cotidiana (Omán, 2015). Esas definiciones de espiritualidad permiten mirar esta variable como un dominio fuera de los sistemas religiosos particulares y, aunque muestran variaciones entre ellos, comparten la idea de la importancia de la espiritualidad como contexto en el que las personas pueden encontrar sentido a la vida, tener esperanza y ser resilientes ante las situaciones adversas. Se ha comenzado a atribuir más importancia a la espiritualidad del individuo, especialmente

en lo que se refiere a comprender cómo las creencias interfieren en el nivel de Salud y el aprendizaje de estrategias resilientes (Pinto y Pais-Ribeiro, 2007). En cuanto a la religiosidad, esa se presenta como un conjunto de creencias en una deidad, que presuponen un compromiso religioso y una participación y adhesión a las prácticas y rituales de una institución religiosa (p. ej., asistencia a la iglesia) (Krause, 2011).

En cierto modo, las personas practican rituales de adoración a su Sagrado para hacer frente a incidentes estresantes y angustiosos de la vida, para los cuales no son (o, al menos, no están) lo suficientemente preparados (Sinding Bentzen, 2019).

En lo que respecta específicamente al contexto de la pandemia de COVID-19, se puede apreciar que las prácticas espirituales son instrumentos importantes en la vida de los adultos mayores, ya que estas dimensiones posibilitan el bienestar, la adaptación y la superación de dificultades, como la aparición de enfermedades, la fragilidad de la salud, la comprensión del momento de protegerse en casa y/o el proceso de aceptación del duelo de un ser querido (Mota et al, 2022). Las dimensiones religiosa y espiritual se consideran factores de protección, fortaleza y bienestar que influyen en la resiliencia del individuo, ya que ayudan en la búsqueda de estrategias de afrontamiento, sentido de la vida, comprensión y aceptación de la vida cotidiana (Margaça y Rodrigues, 2019).

Lo interesante, en ese caso, es que no se trata de un tema exclusivo de la fe cristiana, sino universal. Khorany et al (2023) realizaron un estudio descriptivo con 400 adultos mayores en Irán (población islámica), el cual mostró una relación negativa significativa entre el bienestar espiritual y el miedo al COVID-19 ($p < 0,013$), siendo este el bienestar espiritual puede brindar apoyo social a las personas, lo que también podría, a su vez, reducir el miedo, la ansiedad y crear paz. Schonthal y Jayatilake (2021) presentan estrategias espirituales de la fe budista en Sri Lanka (estrategias individuales y colectivas, como formas especiales de bendición pública y cambios en las ceremonias y rituales públicos) para enfrentar el COVID-19, especialmente en el campo de la ansiedad. Fátima et al (2021) demostraron, en su estudio con 647 adultos de 18 a 60 años en Nigeria e India, que las prácticas hindúes ayudaron a reducir la ansiedad, la depresión, la tristeza y otros síntomas psicosociales – finalmente, dicen que la confrontación religiosa fue estadísticamente mayor en la India (en comparación con Nigeria), basado en el hecho de que la población de la India mostró menos cambios en el patrón de culto a lo Sagrado.

Asimismo, Iglesias y entidades religiosas han intensificado sus actividades en el ámbito asistencial, además de brindar el apoyo espiritual necesario a sus fieles (de forma virtual, como llamadas telefónicas), como muestra el caso clínico de Del Castillo, Biana y Joaquín (2020), estudio que muestra acciones desarrolladas por algunas iglesias cristianas en São Paulo, Brasil.

Siguiendo en esta temática de mantenerse mentalmente activo, algunos adultos mayores respondieron 'trabajando normalmente', lo que hay que ver con calma. Romero et al (2021) muestran en su estudio con 9.173 adultos mayores que alrededor del 50% trabajaba antes de la pandemia, número que disminuyó a alrededor del 8,3% continuaba trabajando normalmente y el 21,2% continuaba trabajando desde casa. Camarano publica en el capítulo 18 del libro organizado por Silva, Corseuil y Costa (2022), a través del Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA) que, en 2018 (es decir, antes de la pandemia), los adultos mayores aportaban el 62,9% de los ingresos de sus casas, y sólo el 53,6% de sus ingresos procedían de su jubilación. En ese sentido, la discusión sobre la cuestión de si el anciano evaluado confinó adecuadamente la pandemia de COVID-19, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y del Ministerio de Salud de Brasil: en Inúbia Paulista-SP, el 93,38% dijo haberlo hecho correctamente, y en Ribeirão Preto-SP ese número baja para 85,13%. Es decir: una parte de las personas mayores no realizó correctamente el confinamiento, no solo porque no quisiera hacerlo, sino muchas veces por la necesidad de trabajar (y en trabajos sin posibilidad de home office, como porteros, profesionales de la limpieza y otros, recordando que ese estudio no evaluó a los profesionales de la Salud, que trabajaron constantemente durante la pandemia, incluso durante los períodos de confinamiento) (IPEA, 2020).

En cuanto a haber otros aspectos que preocupaban a las muestras, sin haber sido mencionados en el cuestionario, la mayor respuesta encontrada fue la preocupación por la Salud de los familiares y el miedo a perderlos (incluyendo la superación del propio miedo a morir). Esas son ciertamente respuestas que no están solo en el campo de la preocupación por aquellos que te brindan o participan en su cuidado, sino más bien en una preocupación amorosa y empática por los suyos. En ese sentido, Derrer-Merk et al (2022) realizaron un estudio en el Reino Unido con 33 adultos mayores, en el que se esbozan, entre otras cuestiones, las preocupaciones de esos adultos mayores en el contexto de la pandemia, que están en consonancia con los datos presentados en el presente estudio. Es de interés aquí resaltar la dificultad de encontrar artículos que hablen de las preocupaciones y miedos de los adultos mayores

sin tener en cuenta la preocupación por su propia Salud, sino con cuestiones externas a ellos mismos – la gran mayoría de los artículos hablan de preocupaciones y miedos en relación con las personas mayores, de manera 'centrípeta' y no 'centrífuga', es decir, desde el punto de vista de los cuidadores, familiares, sociedad y Estado hacia las personas mayores (o sea, *hacia* las personas mayores), pero no bajo la perspectiva de esos ancianos hacia sus cuidadores, familiares, la sociedad e incluso el Estado (o sea, *a partir* de las personas mayores) – por último, la muestra de Ribeirão Preto, p. ej., también presentó respuestas como 'preocupación por la economía del país y por la situación gubernamental', en relación con la conducción del tema.

4.10 Acompañamiento en Salud Mental y evaluación de los Servicios de Salud Mental

En cuanto al hecho de haber asistido a una consulta en el Centro de Salud durante la pandemia de COVID-19 por un problema de Salud Mental, el 3,89% de la muestra de Inúbia Paulista-SP respondió que sí, mientras que en Ribeirão Preto-SP el número encontrado fue de 7,43%. Sin embargo, al cuestionar la importancia de iniciar, o incluso continuar, algún seguimiento en ese sentido, a partir de lo que vivieron (o aún vivían) durante la pandemia, los valores para 'no' son 84,43% en Inúbia Paulista-SP y 75,77%, en Ribeirão Preto-SP (aunque los resultados presentados en ese trabajo muestran la necesidad de ese seguimiento en un porcentaje mucho mayor de personas). Aunque esos hallazgos son similares a los encontrados por el Instituto IPSOS, que realizó una encuesta en 29 países, junto con The Policy Institute y King's College London (2019), que informó que Brasil es el 3º país que más piensa en Salud Mental, solo por detrás de Colombia y México, ese valor es inversamente proporcional a pensar en un seguimiento especializado en Salud Mental (como consultas, p. ej.), siendo Brasil el 4º país que más cree que, con el tiempo, los temas de Salud Mental pueden mejorar sin ayuda médica (incluso un 13% piensa que aumentar el gasto en servicios de Salud Mental es un desperdicio).

Al rastrear una posible relación entre el género y la respuesta en cuanto al seguimiento en Salud Mental, utilizando la Prueba de Chi-Cuadrado, la muestra de Inúbia Paulista-SP presenta una asociación estadísticamente significativa (p 0,041 – como se ve en la tabla 27 y en el gráfico 188), mostrando que los hombres son más propensos a decir 'no' al seguimiento en Salud Mental, mientras que la muestra de Ribeirão Preto-SP no muestra una asociación significativa (p 0,801 – como se ve en la

tabla 28). Por lo tanto, se vuelve, más que nunca, importante fortalecer las Políticas Públicas en Salud Mental, especialmente en el campo de la Educación en Salud, orientando a la población sobre los signos, síntomas, posibles desenlaces y la necesidad de, una vez reconocidos tales síntomas, buscar ayuda especializada.

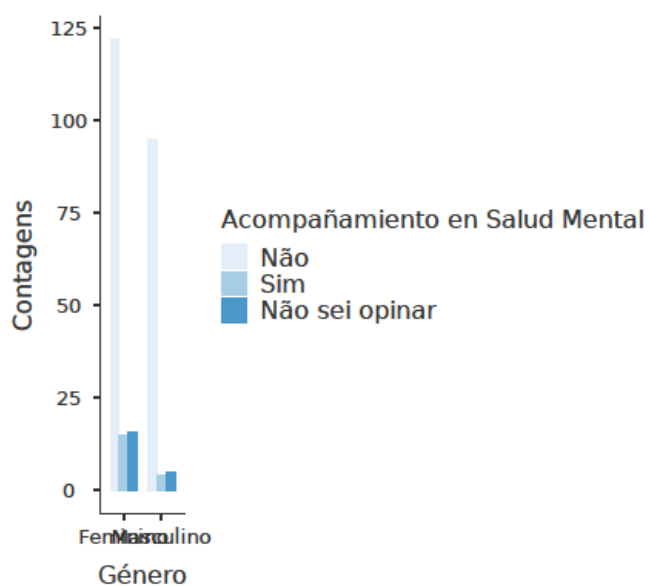
Tabla 27– Asociación estadística entre género y realizar acompañamiento en Salud Mental, en la muestra de Inúbia Paulista-SP

Género		Hacer acompañamiento en Salud Mental			Total	p
		No	Sí	No sé opinar		
Femenino	Observado	122	15	16	153	0.041
	%	79.7 %	9.8 %	10.5 %	100.0 %	
Masculino	Observado	95	4	5	104	
	%	91.3 %	3.8 %	4.8 %	100.0 %	
Total	Observado	217	19	21	257	
	%	84.4 %	7.4 %	8.2 %	100.0 %	

Test Chi-Cuadrado

Fuente: elaboración propia, 2023

Gráfico 188 – Representación gráfica de la asociación estadísticamente positiva estadística entre la funcionalidad y los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP



Fuente: elaboración propia, 2023

Tabla 28– Asociación estadística entre género y realizar acompañamiento en Salud Mental en la muestra de Ribeirão Preto-SP

Género		Hacer acompañamiento en Salud Mental			Total	p
		No	No sé opinar	Sí		
Femenino	Observado	176	12	47	235	0.801
	%	74.9 %	5.1 %	20.0 %	100.0 %	
Masculino	Observado	140	7	35	182	
	%	76.9 %	3.8 %	19.2 %	100.0 %	
Total	Observado	316	19	82	417	
	%	75.8 %	4.6 %	19.7 %	100.0 %	

Test Chi-Cuadrado

Fuente: elaboración propia, 2023

En relación a la evaluación de si los servicios de Salud Mental del municipio están preparados para atender al entrevistado y a todas las personas que necesitan atención en Salud Mental, la muestra de Inúbia Paulista-SP mostró que 25,29% respondieron 'sí, totalmente' y 43,97% respondieron 'sí, parcialmente', mientras que la muestra de Ribeirão Preto-SP presentó 44,12% respondiendo 'sí, totalmente' y 23,02% respondiendo 'sí, parcialmente'. Quienes respondieron que no dijeron que no creían en la eficiencia del servicio por falta de profesionales, falta de preparación profesional (por lo tanto, falta de preparación del equipo de Salud, lo que también impacta en la forma en que el equipo trata a los pacientes (en algunos casos, con desacato), falta de estructura física, falta de materiales e insumos, alta demanda de atención (incluyendo retrasos en la programación de citas), recursos económicos insuficientes, pocas unidades de servicio e incluso corrupción gubernamental.

Esos datos están en línea con los presentados por el Instituto IPSOS y The Policy Institute y King's College London (2019), que encontraron que cerca del 69% de los brasileños creen que la Salud Mental y Física son igualmente importantes, pero no ven que haya la misma atención del Sistema de Salud para ambos, siendo el tema descuidado por las autoridades de Salud, con poca inversión, lo que termina resultando en pocos profesionales y retraso en la atención, por las largas colas, lo que también se ve en la revisión sistemática realizada por Costa, Colugnati y Ronzani (2015).

4.11 Aspectos comunes a las poblaciones de las dos ciudades evaluadas en el contexto de la crisis por la pandemia por COVID-19

Con la pandemia de la COVID-19, mucho se ha hablado del término 'crisis sanitaria', que es, según Moebus y Fernandes (s.f.), un estado en el que hay que tomar una decisión, concepto ese ampliado por Ferigato, Campos y Ballarin (2007), que dicen sobre '*separación, cambio, desequilibrio transitorio, con una posible ocasión de crecimiento*'. Es incluso en las crisis que se tiene la oportunidad de evaluar Políticas Públicas sobre un tema determinado – en el caso de la pandemia de COVID-19, con relación a los ancianos, como se estudia y presenta en ese trabajo, Políticas Públicas en Salud Mental y sobre el cuidado de las personas mayores, teniendo en cuenta, sobre todo, la accesibilidad a los servicios de Salud y la calidad de la atención prestada.

Entre las diversas definiciones de Política Pública (como la de Lynn (1980), Dye (1984) y Peters (1986), por ejemplo), se encuentra la de Mead (1995), que define Política Pública como '*el campo dentro del estudio de Política que analiza el Gobierno a la luz de los grandes problemas públicos*', es decir, colectivos. Aunque puede haber diferentes enfoques, las definiciones prácticas de Políticas Públicas deben asumir una visión holística, desde una perspectiva de que el todo es más importante que la suma de las partes y los individuos, instituciones, ideologías e intereses particulares (Souza, 2006). Una Política Pública parte de la demanda de la comunidad, es decir, de lo común a la mayoría, incluso con necesidades específicas de adaptación, frente a un grupo social con particularidades, a través del principio de equidad.

La pandemia reveló debilidades en las Políticas Sociales y de Salud, expresadas en insuficiente capacidad gubernamental para enfrentar una emergencia sanitaria compleja, fragmentación de las políticas públicas y límites de comunicación con la sociedad (Sturmberg, Tsasis y Hoemeke, 2022).

Así, conocer los aspectos troncales, entre las poblaciones evaluadas, en las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, es algo de suma importancia justamente para se pensar lo que hay de común, en situaciones de crisis sanitaria.

Con relación al género, como se mencionó, las dos ciudades presentaron el género femenino como el más prevalente, demostrando la importancia de la mujer en la composición de la sociedad brasileña, así como la necesidad de fortalecer la Salud de la Mujer, en lo que se refiere a la generación de atención específica a la mujer y sus necesidades. El fortalecimiento de la Red de Atención a la Mujer es un aspecto que se debe tener en cuenta, incluso en materia de Seguridad, Educación, Empleo y otros

(como reducir la carga que tiene la mujer dentro de la familia, como responsable de la educación de los hijos) (Cobos y Almendros, 2008).

Los ancianos mostraron una disminución en la adherencia a la vacunación, del primero al segundo año de disponibilidad de la vacuna, en ambas ciudades, según cuestiones como la Infodemia, ya bien explicada en este trabajo.

En cuanto al confinamiento en sí, las dos muestras enseñaron un alto porcentaje de personas mayores que dijeron haber completado correctamente el aislamiento. En esa línea, se debe tener en cuenta que la mayoría de las personas de ambas muestras analizadas es portadora de comorbilidades clínicas, especialmente enfermedades cardiovasculares, de manera que es importante que suscite la siguiente discusión: lamentablemente, durante la pandemia del COVID-19, una gran cantidad de profesionales de la Salud fueron reasignados a áreas más críticas de atención al paciente, y muchas veces se dejó de lado el seguimiento de enfermedades de base, como frecuentes y necesarias, como realizó PNAS (The Lancet, 2020). Por lo tanto, hay una reducción en el seguimiento de los pacientes con ECNT, lo que podría haber perjudicado la Salud de los pacientes (la OMS muestra que alrededor del 75% de los países, incluido Brasil, han reducido la atención a los pacientes con ECNT (OMS, 2020)). En ese sentido, es necesario retomar la atención plena a la Salud de las personas con ECNT. Es fundamental, más que nunca, el trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud, desarrollando, a través de la búsqueda activan en los domicilios (trabajo ese coordinado por el PNAS), acciones de promoción de la Salud (así como de prevención de nuevas enfermedades y eventos), con enfoque en la atención individual, una a una, en hogares y comunidades (Kluge et al, 2020).

A continuación, se intentó evaluar una posible relación estadística entre la presencia de comorbilidades y la adherencia al confinamiento, y las muestras de las dos ciudades evaluadas no mostraron relación estadísticamente significativa. Por lo tanto, se entiende que la conciencia de la necesidad del confinamiento iba mucho más allá del simple individualismo, de querer protegerse a sí mismo (por tener una enfermedad que lo pone a uno en un 'nivel superior en términos de vulnerabilidad', o mismo por el miedo, que ha sido tan frecuentemente visto en los resultados), pero sí por una lucha por la colectividad, con preocupación sí por su propia vida, sin embargo, también, por la de los demás (conocidos y desconocidos) (Pargament et al, 2020; Porreca, 2021; Villalba et al, 2023). A final, como escribió Judith Butler,

el virus no discrimina. Podríamos decir que nos trata por igual, poniéndonos igualmente en riesgo de enfermarnos, perder a alguien cercano y vivir en un

mundo marcado por una amenaza inminente. Por la forma en que se mueve y ataca, el virus demuestra que la comunidad humana es igual de precaria (Judith Butler, 2020).

En cuanto a la funcionalidad, aunque estadísticamente diferente, las dos ciudades tenían prácticamente la mitad de la muestra independiente y la otra mitad parcialmente (había muy pocos pacientes totalmente dependientes). Es decir, los datos evaluados muestran que los ancianos oscilan entre la independencia y la dependencia parcial (pero, aun así, con necesidad de seguimiento y cuidado por parte de un familiar o cuidador). Mientras tanto, se discute sobre la necesidad de fortalecer los lazos sociales de los adultos mayores, para que se sientan parte de su comunidad, y que tengan a quien acudir en caso de alguna necesidad (Almeida y Naffah Neto, 2019).

Asimismo, la presencia de enfermedad crónica y la funcionalidad fue un aspecto común de las muestras de ambas ciudades, mostrando la relación entre estas dos variables, con el fin de corroborar la práctica de actividades físicas, el seguimiento de las ECNT y otros temas a estudiar, como muestran Souza et al (2021).

En cuanto a los efectos cognitivos y psicosociales, en las dos muestras (que presentan resultados diferentes en cuanto a prevalencia/incidencia y análisis estadísticos) se observa que gran parte de la población tiene alguna necesidad, siendo la alteración de la memoria auto percibida el efecto cognitivo más reportado y la ansiedad, el miedo y la soledad como los efectos psicosociales más encontrados (subjétivamente). Esa discusión es importante precisamente por el hecho de que la memoria es sumamente importante en el día a día de las personas mayores, dándole la posibilidad de funcionalidad – así como la ansiedad, que, a priori, es algo beneficioso, pero que, si no se gestiona correctamente, se vuelve deletéreo para la Salud Mental del adulto mayor (Vrach y Tomar, 2020).

En cuanto al miedo, existe un gran temor en relación con la Salud de los familiares, además del miedo en relación a la propia salud. En cuanto a la soledad, si bien la discusión ya ha sido sólida y profunda, con anterioridad a ese punto, se agrega aquí el hecho de que, aún en condiciones diferentes, mientras la rutina de las ciudades (y sus especificidades), los mayores tienen el mismo sentimiento de querer pertenecer a su grupo, incluso a una edad avanzada, no siendo concebible que sean dejados y dejadas de lado, o mismo olvidados y olvidadas (a la semejanza de los resultados encontrados y discutidos por Romero et al (2020)). Se dice, como se planteó en el párrafo anterior de este punto (y un poco ampliado aquí): hay necesidad de trabajar y fortalecer los lazos sociales (familiar, amigo, cónyuge, vínculo con su equipo de

Salud), trabajando con confianza, como elemento indispensable, en la vida de ese anciano (Almeida y Naffah Neto, 2019).

Al analizar las correlaciones entre los efectos cognitivos y entre los efectos psicosociales, en ambas ciudades, se observa que la mayoría de las correlaciones presentan $p < 0,05$, es decir, son estadísticamente significativas (incluso como describe el trabajo de Cardoso et al (2021)). Eso va en contra de lo expuesto por la OPS (2018), que menciona la posibilidad de que una persona tenga más de una necesidad en Salud Mental, es decir, un mismo individuo con ansiedad puede sufrir de soledad, tristeza y miedo, entre otros, p. ex. Las tablas 29-32 muestran precisamente esa correlación (Test de Correlación de Spearman).

Tabla 29 - Correlación entre los efectos cognitivos analizados en la muestra de Inúbia Paulista-SP

		Empeoramiento de la orientación	Empeoramiento de la memoria	Empeoramiento de la atención y de la concentración	Realizar tareas con más lentitud	Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	Disminución de la capacidad de identificar emociones	Empeoramiento de la capacidad de calcular	Empeoramiento de la capacidad lingüística
Empeoramiento de la orientación	Rho de Spearman	—							
	p-value	—							
Empeoramiento de la memoria	Rho de Spearman	0.787**	—						
	p-value	< .001	—						
Empeoramiento de la atención y de la concentración	Rho de Spearman	0.648*	0.792**	—					
	p-value	< .001	< .001	—					
Realizar tareas con más lentitud	Rho de Spearman	0.550*	0.732**	0.812**	—				
	p-value	< .001	< .001	< .001	—				
Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	Rho de Spearman	0.578*	0.756**	0.816**	0.818**	—			
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—			
Disminución de la capacidad de identificar emociones	Rho de Spearman	0.403*	0.523*	0.502*	0.535*	0.594*	—		
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—		
Empeoramiento de la capacidad de calcular	Rho de Spearman	0.495*	0.696*	0.755**	0.834**	0.746**	0.556*	—	
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
Empeoramiento de la capacidad lingüística	Rho de Spearman	0.620*	0.702**	0.760**	0.758**	0.721**	0.445*	0.709**	—
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—

Test de Correlación de Spearman
Fuente: elaboración propia, 2023

Tabla 30 - Correlación entre los efectos cognitivos analizados en la muestra de Ribeirão Preto-SP

		Empeoramiento de la orientación	Empeoramiento de la memoria	Empeoramiento de la atención y de la concentración	Realizar tareas con más lentitud	Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	Disminución de la capacidad de identificar emociones	Empeoramiento de la capacidad de calcular	Empeoramiento de la capacidad lingüística
Empeoramiento de la orientación	Rho de Spearman	—							
	p-value	—							
Empeoramiento de la memoria	Rho de Spearman	0.792**	—						
	p-value	< .001	—						
Empeoramiento de la atención y de la concentración	Rho de Spearman	0.752**	0.845**	—					
	p-value	< .001	< .001	—					
Realizar tareas con más lentitud	Rho de Spearman	0.744**	0.774**	0.809**	—				
	p-value	< .001	< .001	< .001	—				
Dificultad para encontrar palabras y hacer planes	Rho de Spearman	0.761**	0.767**	0.814**	0.766**	—			
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—			
Disminución de la capacidad de identificar emociones	Rho de Spearman	0.718**	0.744**	0.756**	0.770**	0.802**	—		
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—		
Empeoramiento de la capacidad de calcular	Rho de Spearman	0.737**	0.770**	0.829**	0.803**	0.811**	0.800**	—	
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
Empeoramiento de la capacidad lingüística	Rho de Spearman	0.722**	0.748**	0.759**	0.776**	0.797**	0.755**	0.826**	—
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—

Test de Correlación de Spearman

Fuente: elaboración propia, 2023

Tabla 31– Correlación estadística entre los efectos psicosociales, en la muestra de Inúbia Paulista-SP

		Miedo de que la Salud se vea afectada	Querer cooperar o ser solidario	Tristeza por estar aislado y limitado	Querer investigar y mantener actualizado	Querer investigar y mantener actualizado	Usar el sentido de humor para adaptarse	Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	Sufrir de soledad o sentirse solo	Miedo de no soportar prolongar el confinamiento
Miedo de que la Salud se vea afectada	Rho de Spearman	—								
	p-value	—								
Querer cooperar o ser solidario	Rho de Spearman	0.095*	—							
	p-value	0.130	—							
Tristeza por estar aislado y limitado	Rho de Spearman	0.409***	0.133*	—						
	p-value	< .001	0.033	—						
Tristeza por no poder compartir tiempo	Rho de Spearman	0.369**	0.167*	0.763****	—					
	p-value	< .001	0.007	< .001	—					
Querer investigar y mantener actualizado	Rho de Spearman	0.162*	0.121*	0.126*	0.213**	—				
	p-value	0.009	0.053	0.044	< .001	—				
Usar el sentido de humor para adaptarse	Rho de Spearman	0.100*	0.130*	0.070*	0.169*	0.093*	—			
	p-value	0.110	0.038	0.266	0.007	0.138	—			
Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	Rho de Spearman	0.445***	0.112*	0.455***	0.489***	0.293**	0.155*	—		
	p-value	< .001	0.072	< .001	< .001	< .001	0.013	—		
Sufrir de soledad o sentirse solo	Rho de Spearman	0.483***	0.185*	0.512***	0.501***	0.258**	0.244**	0.507***	—	
	p-value	< .001	0.003	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
Miedo de no soportar prolongar el confinamiento	Rho de Spearman	0.422***	0.030*	0.436***	0.398**	0.212**	0.104*	0.436***	0.466***	—
	p-value	< .001	0.635	< .001	< .001	< .001	0.096	< .001	< .001	—

Test de Correlación de Spearman
Fuente: elaboración propia, 2023

Tabla 32– Correlación estadística entre los efectos psicosociales, en la muestra de Ribeirão Preto-SP

		Miedo de que la Salud se vea afectada	Querer cooperar o ser solidario	Tristeza por estar aislado y limitado	Querer investigar y mantener actualizado	Querer investigar y mantener actualizado	Usar el sentido de humor para adaptarse	Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	Sufrir de soledad o sentirse solo	Miedo de no soportar prolongar el confinamiento
Miedo de que la Salud se vea afectada	Rho de Spearman	—								
	p-value	—								
Querer cooperar o ser solidario	Rho de Spearman	0.215**	—							
	p-value	< .001	—							
Tristeza por estar aislado y limitado	Rho de Spearman	0.512***	0.226**	—						
	p-value	< .001	< .001	—						
Tristeza por no poder compartir tiempo	Rho de Spearman	0.528***	0.256**	0.680***	—					
	p-value	< .001	< .001	< .001	—					
Querer investigar y mantener actualizado	Rho de Spearman	0.205**	0.392**	0.211**	0.312**	—				
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—				
Usar el sentido de humor para adaptarse	Rho de Spearman	0.190*	0.290**	0.159*	0.271**	0.337**	—			
	p-value	< .001	< .001	0.001	< .001	< .001	—			
Ansioso por no poder predecir lo que va a pasar	Rho de Spearman	0.562***	0.247**	0.601****	0.681****	0.294**	0.219**	—		
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—		
Sufrir de soledad o sentirse solo	Rho de Spearman	0.454***	0.105*	0.701****	0.601****	0.154*	0.155*	0.557***	—	
	p-value	< .001	0.032	< .001	< .001	0.002	0.001	< .001	—	
Miedo de no soportar prolongar	Rho de Spearman	0.495***	0.252**	0.605****	0.551****	0.289**	0.187*	0.578***	0.610****	—

Test de Correlación de Spearman
Fuente: elaboración propia, 2023

Cuanto, a tener contacto con alguien, mismo que de manera virtual, ambas ciudades presentaron datos que muestran que la gran mayoría ha tenido contacto con alguien (sobre todo familiar), durante la pandemia, lo que tras, otra vez, la discusión sobre la importancia del fortalecimiento de los lazos sociales.

Con relación a mantenerse mentalmente activo, las poblaciones han respondido que la lectura ha sido el más fuerte aliado, lo que es importante en una sociedad, como la brasileña, que ha cambiado bruscamente los hábitos de lectura por otros (como la internet, los móviles, películas y otros). El Estado tiene que crear condiciones de disminuir la tasa de alfabetización y fomentar el acceso a los libros, inclusive en la población anciana. De igual manera, han respondido 'asistir a la televisión, hacer algunas manualidades y fe/espiritualidad'.

Finalmente, las dos muestras consideran que los servicios de Salud Mental de sus ciudades no están lo suficientemente preparados para atender a todos aquellos que lo necesitan, además de que son pocas las personas que se declaran necesitadas de algún tipo de seguimiento de Salud Mental. Eso, desafortunadamente, está en línea con lo explicado en la Literatura, que habla de la necesidad de aumentar la conciencia de lo que es la Salud Mental y su necesidad no solo para el otro, sino también (y muchas veces incluso) para el individuo mismo.

A partir de esa discusión expuesta, se pueden comprender los aspectos comunes a la elaboración (ampliación, o incluso creación) de Políticas Públicas en Salud, desde situaciones de crisis sanitaria, comprendiendo lo común, entre la Sociedad, para la elaboración de una base (común) que debe ser adaptada a cada localidad, partiendo del principio de la equidad, de acuerdo con las particularidades de cada población.

La Tabla 33 resume, de forma pedagógica, las principales particularidades y aspectos comunes entre las muestras de las dos ciudades.

Tabla 33 – Análisis sintética de las principales particularidades y aspectos comunes entre las muestras de las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP

Característica	Particularidades		Aspectos comunes
	Inúbia Paulista-SP	Ribeirão Preto-SP	
Género	-	-	Presencia de la mujer como el género más prevalente
Vacunación	2021: vacunados esquema completo: 92,60% 2022: vacunados esquema completo: 84,43%	2021: vacunados esquema completo: 88,72% 2022: vacunados esquema completo: 84,17%	Disminución de la vacunación de 2021 para 2022
Comorbilidades	Hombres con 17% menos probabilidad de tener una enfermedad crónica	Sin asociación estadísticamente significativa entre comorbilidades y género	La gran mayoría portadora de DCNT (cardiovascular como 1ª opción)
Funcionalidad	-	-	~50% independiente y ~50% parcialmente dependiente
Efectos cognitivos	-	Más presentes que en la muestra de Inúbia Paulista-SP	Gran parte de las personas con presencia de efectos cognitivos, principalmente cambios de memoria
Efectos psicosociales	Más presentes que en la muestra de Ribeirão Preto-SP	-	Gran parte de las personas con presencia de efectos psicosociales, principalmente ansiedad y soledad
Contacto con alguien durante el confinamiento	1/4 de la muestra ha tenido contacto con amigos	Mitad de la muestra ha tenido contacto con amigos	La esmagadora gran mayoría ha tenido contacto con familiares (casi nadie se quedó totalmente aislado de modo social)
Mantenerse mentalmente activo	-	-	La 'lectura, asistir a la televisión, trabajos manuales y fe/espiritualidad'
Salud Mental	Mujeres acompañan más en los servicios de Salud Mental que los hombres	Sin relación entre género y acompañamiento en Servicios de Salud Mental	1. La gran mayoría creé que los servicios de Salud Mental no están preparados para cuidar de las personas, en su totalidad 2. La gran mayoría dice que no necesita de acompañamiento en Salud Mental

Fuente: elaboración propia, 2023

4.12 Análisis interpretativo de la subjetividad cuanto a la colecta de los datos cualitativos

Conforme explicado en el apartado Metodología, esta investigación ha llevado en cuenta entrevistas a mayores de 60 años, en el contexto del confinamiento por la pandemia por COVID-19. Informaciones, observaciones y comentarios (bien como expresiones faciales) han sido anotados en el Cuaderno de Campo, durante el proceso de investigación, llevando en cuenta la subjetividad de la investigación, pero sin perder su rigor científico – en ese caso, el autor intentó, al máximo, comprender las características expresadas por las poblaciones, intentando ponerse en el lugar del otro, conforme bien explicado por Minayo (2014).

Conforme enseñado en la última página del apartado 3.9 (Presentación de datos), a través de la nube de palabras, diversas expresiones han sido mencionadas, durante la entrevista.

De una manera en general, se puede clasificar lo que ha sido percibido, durante las entrevistas, en 4 grandes ejes: (1) el miedo; (2) la espiritualidad; (3) la felicidad por estar vivo; (4) la ansiedad frente a la enfermedad – mientras esos temas han sido ampliamente discutidos en otros momentos, en esta tesis, se compete seguir con la discusión, abajo, en específico al contexto abordado.

Abajo, se presentan esa discusión, incluso con la transcripción *ipsis litteris* de algunos discursos de algunos entrevistados.

4.11.1 El miedo

De una manera en general, gran parte de las dos poblaciones evaluadas ha experimentado el sentimiento de miedo (mismo que no han señalado respuestas en esa línea) – frases como *'he tenido mucho miedo'*, *'tengo miedo hasta hoy de esa enfermedad'*, *'por Dios, tengo mucho miedo que mis hijos se contaminen con la COVID-19'*, *'tengo miedo de no tener lo que comer justamente por falta de empleo'* han sido dichas por gran parte de las personas mayores en las dos ciudades evaluadas.

Si bien la muerte es una posibilidad conocida, entre ellos surgen varios sentimientos, como el sentimiento de miedo a morir, y en un escenario de pandemia

con la ampliación de las fronteras geográficas por el COVID-19, las poblaciones se vieron sometidas al miedo a lo desconocido, la angustia y la de la muerte. En este sentido, Nero (2013) habla precisamente del miedo a lo desconocido, precisamente por ser una situación impredecible, incontrolable e indefinible. El llanto se vinculó de manera contestataria con estas frases dichas, y cuando se les preguntó por qué lloraban, hubo una respuesta de algunos *'solo Dios sabe por lo que pasé y por lo que paso actualmente'*. En línea con todo lo expuesto, en esta discusión, el anciano parcialmente dependiente es comprendido en casi la mitad de las muestras, lo que incluso se relaciona con la dependencia económica – por lo tanto, el temor de que sus familiares mueran no se limita sólo a la falta de ellos, en el campo psicosocial, pero también en relación a la falta de un proveedor, dentro de su hogar.

El miedo es uno de los factores cruciales cuanto a la producción de niveles elevados de estrés y de ansiedad durante el periodo pandémico (los cuales todavía pueden ser intensificados cuando el individuo es infectado, o mismo cuando existe la contaminación de sus seres queridos, mientras el presente estudio no ha encontrado correlación estadística directa, en ese sentido). En ese mismo escenario, los adultos mayores, que son la población más vulnerable, se encuentran aislados de sus familias, recibiendo noticias del avance de la enfermedad de forma rápida y sin criterio de selectividad, siendo susceptibles a tales padecimientos, además de ser susceptibles de estigmatización y discriminación precisamente porque son parte del grupo más grande afectado por el virus (Romero y Silva, 2021). Ese estrés se caracteriza por la reacción del cuerpo al estar expuesto a diferentes demandas, con diferentes respuestas. Las posibles causas para la percepción del estrés pueden estar relacionadas con los desencadenantes-estresores por la vivencia de un período de incertidumbre ante cuestiones socioeconómicas y emocionales como las *fake news*, en los medios de comunicación, la separación de familiares (como se mencionó en este estudio, la importante presencia del sentimiento de soledad, incluso con contacto virtual), amigos y/o cuidadores, la interrupción de las actividades cotidianas y, sobre todo, el miedo a contraer la enfermedad, así como la necesidad real de hospitalización y, en consecuencia, el miedo a la muerte (Ahorsu et al, 2020).

El entrevistado 075 de Ribeirão Preto-SP, en esa línea, ha dicho:

“Tengo miedo de contraer la enfermedad [COVID-19]. Sé que me voy a ingresar en un hospital... miren, tengo tantos problemas de Salud. ¿Van a tener cama para mí? ¿Van a cuidar de mí? Hay gente más joven, con más condiciones de vida. No tienen por qué gastar tiempo y recursos con un viejo, como yo...”

es solo una cuestión de tiempo, Italia ha sido un ejemplo” (y lloró, después).

Los sentimientos de miedo y estrés están muy relacionados, ya que el miedo tiende a desencadenar respuestas de estrés que, en consecuencia, pueden influir en la capacidad de los seres humanos para hacer frente, como se ve en este estudio. En un escenario de pandemia, la percepción del miedo puede aumentar los niveles de estrés de los individuos sanos e incluso intensificar los síntomas (en los que ya tienen un trastorno psiquiátrico) o dar lugar a nuevos síntomas (en el caso de los que nunca han tenido demanda en Salud Mental), siendo un predictor esencial de la salud y el bienestar (Faro et al, 2020).

El entrevistado 245 de Ribeirão Preto-SP dijo:

“Ah, que ‘saudade’ de mi familia (saudade es extrañar a alguien o a algo, y es una palabra que solo existe en el portugués. El autor ha optado en dejar justamente para que no modifique el sentido de la palabra ‘saudade’, en su esencia brasileña). Pero, así es mejor, en esos tiempos. La ‘saudade’ no nos va a matar. Pero, la COVID-19, esa sí. Y tengo miedo de que se enfermen... creo que tengo más miedo que se enfermen que yo misma. Si la cojo [COVID-19] y me voy al cielo, sé que se quedarán bien, sin mi presencia. Pero si son ellos que me dejan... aahh, eso no soportaría nunca”.

4.11.2 La espiritualidad

La espiritualidad ha tenido un carácter especial e importante en el enfrentamiento de la pandemia.

La entrevistada 001 de Inúbia Paulista-SP ha dicho:

“Estoy segura de que nunca me contaminaré con esa plaga [COVID-19]. Mientras sigo haciendo mi papel, con el uso de la mascarilla y en aislamiento social, sé que mi Dios me está cuidando, me está protegiendo y haciendo lo mejor por mí. ¡Esa plaga no me matará!”.

La seguridad que esa señora tiene es algo que viene de encuentro a lo explicado por Sant'Anna, Silva y Vasconcelos (2020), en relación a la confianza en su Sagrado. Mientras estaba haciendo su parte 'humana', siguiendo las orientaciones de los órganos máximos de Salud, cuanto a su protección personal, se ha puesto tranquila justamente porque su Sagrado (en su caso, 'mi Dios') le estaba cuidando.

Por su vez, el entrevistado 194 de Ribeirão Preto-SP complementa, en esa línea:

“Estoy tranquilo. Dios está cuidando de mí. No tengo miedo, tampoco me temo mañana: sé que Dios está en el control, y eso [la pandemia de COVID-19] pasará luego. En ese momento, entonces, podré volver a mi familia, que también está siendo cuidada por Dios”.

Investigaciones realizadas con personas que sobrevivieron al famoso '11 de septiembre de 2001', con la caída de las torres gemelas del World Trade Center, en EEUU, por un atentado terrorista, demostraron que los individuos, al resignificar el trauma vivido a través de valores personales, con actividades espirituales, más compasión, mostraron mayor resiliencia y menores índices de complicaciones psicológicas (Polizzi, Lynn y Perry, 2020). En esa misma línea de pensamiento, la espiritualidad es uno de los principales recursos que tiene la sociedad para comprender el sufrimiento y atravesarlo, fortaleciéndose y empoderándose frente a los desafíos, ya que tiende a incrementar el aprecio y la atención por el otro, así como solidaridad, empatía, cooperación y autodonación. Así, se recomienda ampliamente, como lineamientos para el cuidado y autocuidado con la Salud Física y Mental en tiempos de pandemia, la práctica de la espiritualidad (Sant'Anna, Silva y Vasconcelos, 2020).

Sumado a lo anterior, la espiritualidad puede ser una alternativa al miedo precisamente porque acoge la incertidumbre que afecta las vivencias de las personas en el momento de la pandemia, como lo reportan muchos en el presente estudio, y como lo presentan Scorsolini-Comin et al (2020). Tal inestabilidad hace que las personas recurran a recursos complementarios y a veces alternativos que están al alcance de la mano, como la fe y la espiritualidad, que terminan por promover importantes reflexiones, culminando en la tranquilidad y el mantenimiento de la Salud Mental y una actividad de vigilancia asociada a una actitud de esperanza y resiliencia (Rossato et al, 2022).

La entrevistada 257 de Ribeirão Preto-SP completa:

“He perdido mi hijo y mi marido, para la COVID-19, en el comienzo de la pandemia. ¡Que dolor! Pero, si no es Dios para sustentarme todos los días, seguramente ya hubiera quitado mi vida” (habla en medio a las lágrimas).

La asistencia espiritual ha sido enfatizada como un elemento necesario en tiempos de pandemia precisamente porque ayuda a las personas con las condiciones que impone la enfermedad: con las enfermedades que pueden surgir, por la contaminación de ellos mismos y de sus seres queridos, así como en la resolución de situaciones de duelo. Los valores y prácticas de fe y espiritualidad, como se ve en los informes de esta sección, han ayudado a personas (individualmente) y familias (colectivamente) a soportar y superar pérdidas e interrupciones, promoviendo sentido, armonía, conexión y propósito, además a ofrecer oportunidades para reafirmar la identidad, la relación y los valores sociales esenciales de cuidado y compasión por los demás (Rossato, Benfato, Ullán, & Scorsolini-Comin, 2021; Walsh, 2020).

4.11.3 La felicidad por estar vivo y la creencia en que la Humanidad mejorará

La pandemia del COVID-19 ha traído muchos desafíos, pero también muchas oportunidades, como la posibilidad del renacimiento de una posible nueva humanidad a través de la trascendencia, la solidaridad y la compasión (Rossato et al, 2020). Algunas personas, especialmente aquellas que pasaron por momentos difíciles, pero sobrevivieron, mostraron un sentimiento de felicidad durante la entrevista, precisamente porque estaban vivas.

La entrevistada 416 de Ribeirão Preto-SP ha dicho:

“¡Estoy viva, mi amor! He tenido COVID-19, me han ingresado, casi morí. Pero no, no morí. ¡Estoy viva!(y presenta lágrimas junto de una sonrisa fácil). ¡Como quiero vivir! Quiero vivir en calidad, siendo una persona mejor a cada día”.

Por su vez, el entrevistado 99 de Inúbia Paulista-SP habla:

“Es imposible que la gente pase por todo lo que estamos pasando y no se cambien para personas mejores. ¡Nadie puede salir de esa condición sin ser una persona mejor!”

En esa misma línea de pensamiento, el Guía de Salud Mental postpandemia en Brasil (Cuminalé, 2022) habla sobre una reflexión necesaria en ese momento, justamente para que los ‘supervivientes’ de la pandemia puedan parar, hacer una reflexión y cambiar lo que tiene que ser cambiado, para que la Humanidad siga mejor.

4.11.4 La ansiedad frente a la enfermedad

É importante lembrar que todas as pandemias são geradoras de forte impacto político, econômico e, sobretudo, social (Maia y Dias, 2020). De acordo com Zanon et al (2020), a ansiedade é um tema totalmente enraizado com a pandemia por COVID-19, tendo pessoas cada vez mais ansiosas e, conseqüentemente, mais propícias a desenvolverem (e conviverem, diminuindo, assim, sua qualidade de vida) patologias em Saúde Mental. Desde preocupações consigo próprio, com a família, com a Economia do país, com a fome, o desemprego, até mesmo com o futuro incerto, após o término da pandemia (e se estariam vivas, para viverem esse futuro) (Matias y Lima, 2022).

La entrevista 201 de Inúbia Paulista-SP habló:

“Yo ya era ansiosa, por naturaleza, antes de eso [pandemia por COVID-19]. Pero, siento que estoy peor, ahora. Me parece algo incontrolable”

De igual manera a esa entrevista, hay otros muchos que ya presentaban características en Salud Mental y que se han maximizado durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 (Lima, 2020).

El entrevistado 143 de Ribeirão Preto-SP complementa, en ese sentido:

“No sé cómo será el futuro! No sé si, tampoco, yo estaré vivo, mañana. Si no morir por cuenta de la enfermedad [COVID-19], los problemas financieros por cuenta de la COVID-19 me matarán. La verdad es que tampoco estoy suportando el presente, imagina sin saber cómo será el futuro” (y habla eso mordiéndose las uñas).

Lo que se ha percibido, durante las entrevistas, es justamente un sentimiento de incertidumbre frente al futuro, y que muchos no están suportando esa temática, lo que viene totalmente de acuerdo con las respuestas dadas por ellos mismos, de manera

auto contestable, y de acuerdo con la Literatura Mundial, como lo expuesto por Rolin, de Oliveira y Batista (2020), do Nascimento et al (2020) y otros autores y otras autoras. Son sentimientos excesivos de preocupaciones, evitación y fuga de las ideas, como, p. ej., se puede ver en la conversación con el entrevistado 319 de Ribeirão Preto-SP (mientras firmaba el TCLE):

“La pandemia nos está acabando con nosotros mismo. Qué situación difícil. A ver, en mi edad... cuando pensé que viviría una ‘tontería’ así... (hace una pausa)... mira el hambre que la gente se está pasando, el desempleo... por favor, me preguntes lo que quieras, menos sobre como mi siento después de la pérdida de mi mujer... creo que no estoy preparado para hablar sobre eso” (y, después de firmar el TCLE, se pone en silencio por unos 2 minutos, antes que hace una señal para empezar la lectura del cuestionario).

En menores proporciones (pero no menos importantes), existe la parcela de la gente que se ha mostrado enteramente descontenta con la manera como el Gobierno brasileño ha conducido la temática ‘pandemia por la COVID-19’ – esta tesis intenta ser la más imparcial posible, sin llevar en cuenta cuestiones político partidarias, pero no se pueden dejar de lado las impresiones de las personas sobre el asunto.

La paciente 053 de Inúbia Paulista-SP ha dicho, llorando, durante la presentación del TCLE:

“He perdido mi marido para esta enfermedad. Como me duele ver la forma como el Gobierno Brasileño nos ha tratado, sobre todo en el tema de la vacunación, cuando el entonces presidente no ha movido un dedo para nos ayudar. Solamente los que han perdido alguien para esta enfermedad saben cómo es difícil y doloroso eso todo” (y se pone a llorar).

Lo presentado por esa paciente viene de encuentro a lo explicitado por Calila et al 2021, que habla sobre la tristeza de parte de la población brasileña justamente por las conductas adoptadas por el Gobierno del entonces presidente Bolsonaro.

Por fin, las Notas de Campo han sido anotaciones hechas por un entrevistador que ha intentado ser lo más humano posible, llevando en cuenta su imparcialidad en la recolección de los datos. Y una investigación cualitativa es eso:

“dar espacio a la emergencia de lo nuevo es lo que justifica la realización de investigaciones empíricas y lo que las hace tan fascinantes y tan necesarias en el contexto, un tanto rígido y repetitivo, en el que se han desarrollado buena parte de nuestros estudios” (Duarte, 2004, p. 223).

5 CONCLUSIÓN

El presente estudio buscó presentar los efectos cognitivos y psicosociales en ancianos, en el contexto de confinamiento por la pandemia de COVID-19, entre 2020-2022, evaluando muestras de los municipios de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP.

Los cuestionarios han sido contestados por 674 mayores, en sumatoria de las dos ciudades, en contextos geográficos y sociales distintos, lo que ha traído la pluralidad de este estudio.

Los ancianos corresponden a una porción significativa de la población brasileña y, debido a cuestiones como la presencia de comorbilidades clínicas, p. ej., son un grupo extremadamente vulnerable a las complicaciones causadas por el COVID-19, incluida una mayor letalidad, en comparación con otros grupos de edad. Las mujeres son la gran mayoría, teniendo, en suma, relación con gran parte de los déficits evaluados, justamente por su carga histórica, social, laboral y personal – esa es una temática que necesita ser ampliada en términos de discusión, con estrategias específicas a ser creadas para disminuir el abismo que puede existir entre hombres y mujeres, en muchas situaciones (como diferencias salariales, la responsabilidad pseudo única con los cuidados con la casa y con la familia, y tantos otros que acaban por afectar más las mujeres en su Salud Física y también Mental).

De acuerdo con los datos vistos en este trabajo, las muestras presentaban un alto índice de soledad, lo que, dado el bagaje que ya cargan y lo que estaban viviendo durante los períodos de encierro, comprometía su Salud Mental. Ya sean alteraciones cognitivas (como empeoramiento de la orientación temporal-espacial, deterioro de la memoria, deterioro de la atención y concentración, realización de tareas más lenta, dificultad para encontrar palabras, disminución de la capacidad para identificar emociones (propias y ajenas), disminución de la capacidad de cálculo y disminución de la capacidad lingüística) o incluso cambios psicosociales (como el miedo, la tristeza, la ansiedad y la soledad), los ancianos necesitan ser monitoreados de cerca, en cuanto a conocer su realidad y sus peculiaridades, tan importantes para la generación de una salud de calidad.

En cuanto al objetivo general de este estudio:

- describir y analizar los efectos cognitivos (capacidad de calcular, capacidad de identificar sus emociones y las de los otros, habilidad lingüística, dificultad de atención, de concentración y cambios de memoria) y psicosociales (sentido del humor, sensación de soledad, miedo, preocupación y sus relaciones con el alrededor) en torno a los aspectos específicos, particulares y comunes que se han presentado en las poblaciones de mayores de 60 años en las ciudades de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, Brasil, en el periodo del confinamiento por COVID-19, entre los años 2020-2022 – los efectos descritos fueron precisamente los siguientes: efectos cognitivos: peor orientación espacio-temporal, peor memoria, peor atención y concentración, realización de tareas más lenta, dificultad para encontrar palabras, disminución de la capacidad para identificar emociones (propias y ajenas) de los demás), disminución de la capacidad de cálculo y disminución de la capacidad lingüística; efectos psicosociales: miedo, tristeza, ansiedad y soledad. También se evaluaron efectos como la solidaridad (querer cooperar o solidarizarse), sentido del humor (adaptarse al momento) y querer investigar y estar al día. Los resultados, conforme esperado, han sido diferentes entre las dos ciudades, pero se llama la atención cuanto a la gran cantidad de gente con demandas en Salud Mental, (en algunos casos, hasta 80% de la población evaluada), lo que puede traer impactos importantes en la vida de esa población, bien como en la vida cotidiana general de la población brasileña, bien como la masificación del Sistema de Salud (primeramente en los servicios de Salud Mental, y, después, en la atención de la Salud Física, por el evento de la psico somatización, p. ej.).

En cuanto a los objetivos específicos:

- identificar el perfil socio demográfico de la población de personas mayores de 60 años de dos ciudades geográficamente distintas de la provincia de São Paulo, Brasil (Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP): conforme dicho, ha tenido predominio del género femenino en las dos muestras evaluadas, presentando la gran mayoría enfermedades crónicas (siendo las enfermedades cardiovasculares el primer conjunto de enfermedades referidas). La gran mayoría de las dos muestras estaban completamente vacunadas para COVID-19, en los dos años (2021 y 2022, con censo en 2022). Las muestras muestran que han sido contaminados con COVID-19 con tasas superiores a las encontradas en la población brasileña, siendo pocos los hospitalizados por tener la forma moderada/grave de la enfermedad. La realidad de la vacunación ha cambiado considerablemente los índices de hospitalizaciones y muertes (mientras haya habido contaminación por el virus, la gran parte ha tenido

solamente síntomas débiles). Las características relacionadas con la escolaridad y las condiciones socioeconómicas de las muestras no fueron consideradas, según el proyecto;

- indicar el grado de autonomía e independencia de los más investigados: se evaluó la funcionalidad (la autonomía y el grado de dependencia) de las muestras a través del ya consagrado Índice de Lawton y Brody (adaptado a la realidad brasileña), con 7 preguntas, enseñando que la mayoría es completamente independiente, seguida del grupo de dependientes parciales, con muy pocos dependientes. Esos datos son incluso importantes para rastrear algunas asociaciones, como se muestra en el trabajo, en relación con otras variables, con resultados interesantes que muestran la realidad funcional (en Salud Física y Mental) de la población estudiada. Sin embargo, como es sabido, el confinamiento (ya sea por estar restringido, en el hogar, no poder realizar sus actividades cotidianas fuera del hogar, muchas veces junto a otras personas, con interacción social), así como las características cognitivas y psicosociales encontradas en este estudio, puede hacer que esta funcionalidad disminuya con el tiempo. Es importante que haya estudios posteriores a este, con otro tipo de recortes, en el tiempo, para evaluar cómo se están comportando mentalmente (y, por supuesto, funcionalmente) los mayores en este periodo de postcrisis. Aún, es importante actividades bien planificadas para hacer con la disminución de la presente funcionalidad sea la más lenta posible. Grupos de ejercicios físicos, acompañados por profesionales capacitados (como los de la Educación Física Fisioterapia, p. ej.) son aliados importantes en la reducción de los posibles impactos que la edad puede ocasionar. Son estímulos físicos importantes, pero, también, se trabaja las habilidades cognitivas, sociales/relacionales, afectivas, el campo de las emociones, sentimientos y otros tantos;

- establecer la necesidad de apoyo en los servicios de Salud Mental según la percepción de los propios sujetos que integran las poblaciones objetivo (mayores de 60 años en los municipios de Inúbia Paulista-SP y Ribeirão Preto-SP, Brasil): lamentablemente, si bien los resultados muestran una alta necesidad de seguimiento en Salud Mental, por parte de la población estudiada, debido a los resultados encontrados, la población se define como poco necesitada de seguimiento en cualquier servicio de Salud Mental. Esa divergencia se da muy probablemente por la falta de entendimiento de lo que es Salud Mental, lo que significa que existe, por parte de los municipios evaluados, la necesidad creciente de haber un trabajo de concientización de la población sobre sus signos y síntomas, así como que existe tratamiento disponible (y con resultados positivos y duraderos) para los efectos presentados –muchas veces, la población puede entender sus problemas de Salud

Mental como poco importantes para un Sistema de Salud, o para ellos mismos, resignados a su situación (que puede no ser buena). Por lo tanto, es necesario realizar un intenso trabajo de sensibilización. El desarrollo de actividades con el objetivo de educar la población brasileña cuanto a la Salud Mental es algo extremadamente urgente e importante. En la práctica, grupos de discusión, por Primer Nivel de Atención a Salud, encuentros en asociaciones de barrios, propagandas televisivas y en el radio, trabajos de Educación a la Salud Mental en escuelas y otras organizaciones (como, p. ej., en empresas y ambientes laborales) son necesarias para presentar los síntomas, los tratamientos disponibles (y sus flujos de encaminamientos), bien como las consecuencias negativas de la no atención específica a esa temática;

- considerar el sentido del humor, el sentido de la soledad, la preocupación y los lazos sociales de la población estudiada: aunque son pocos los que viven solos (o no tienen contacto con nadie), el número de personas que se definen como 'solitarias' es alto, lo que no hace más que corroborar el hecho de que no es necesario estar en ausencia de personas para sentirse solo, sino que este sentimiento puede ocurrir incluso cuando se está rodeado de personas. De esta forma, los lazos socio-afectivos necesitan ser revisados por las familias de los entrevistados – e incluso por la propia población, en general–, reduciendo (o, ojalá, extinguiendo) las relaciones superficiales y líquidas, especialmente con las personas mayores. Asimismo, el sentido del humor estuvo presente en las muestras estudiadas, y también es un importante aliado en los procesos de afrontamiento y resiliencia, ante el confinamiento por la pandemia del COVID-19 (incluso con correlaciones positivas directas con las emociones evaluadas);

- listar el reconocimiento de emociones y capacidades de concentración, atención y memoria de las poblaciones objeto de estudio: el presente estudio mostró las emociones y también las capacidades de concentración, atención y memoria, e incluso sus déficits, en detalle, en los datos (y, luego, bien argumentados, con una sólida discusión a partir de lo expuesto en el Literatura Mundial), lo cual está en línea con otros estudios, tanto en relación a los índices, como en relación a las peculiaridades;

- estimar posibles diferencias entre los resultados de las poblaciones de las dos ciudades geográficamente distintas: aunque no es posible comparar los resultados de las muestras de las dos ciudades (ya que son muestras diferentes, con características diferentes, y solo es posible comparar lo que es lo mismo), es posible estimar diferencias interesantes entre las dos ciudades, las cuales se enumeran a continuación:

a) en números relativos, la muestra de Inúbia Paulista-SP mostró más efectos psicosociales subjetivos que la muestra de Ribeirão Preto-SP;

b) en números relativos, la muestra de Ribeirão Preto-SP mostró más efectos cognitivos subjetivos que la muestra de Inúbia Paulista-SP;

c) hubo varias divergencias estadísticas, en relaciones de asociación, entre las dos muestras.

- destacar los aspectos comunes entre poblaciones diferentes para la implementación de políticas públicas en situaciones de crisis de Salud Pública: las políticas públicas son pensadas a nivel gubernamental federal/estadual, con ajustes a cada municipalidad, llevando en cuenta las cuestiones equitativas. Ambas ciudades presentaron el género femenino como el más prevalente, teniendo la mayor parte de las muestras se refiriendo como portadoras de ECNT. La vacunación se ha disminuido de 2021 para 2022. Las dos ciudades presentaron efectos cognitivos (sobre todo cambios de memoria) e psicosociales (principalmente la ansiedad y la soledad). Asistir a la televisión y hacer lectura han sido prácticas comunes para mantener las poblaciones mentalmente activas – la lectura, asistir a la televisión, trabajos manuales y la fe/espiritualidad también han sido presentadas como importantes características comunes. Mientras relataron inúmeros problemas de Salud Mental, todavía han referido, en su mayoría, no necesitar de acompañamiento en servicios de Salud Mental, tampoco estando sus ciudades preparadas para recibir la totalidad de personas que necesitan de ese tipo de acompañamiento.

De esos resultados expuestos, se puede concluir con seguridad la idiosincrasia de cada población (representada por cada muestra), en función de sus propias características, como los hábitos de vida. En cierto modo, la población de la ciudad más pequeña (Inúbia Paulista-SP) está más acostumbrada a quedarse en casa (incluso antes de la pandemia), mientras que los hábitos de vida de la ciudad más grande (Ribeirão Preto-SP) son más acelerados, lo que se explica precisamente a partir de la dinámica social de esas ciudades. Y no hay bien o mal, cierto o errado: solo hay lo que es específico de cada lugar y su población. Sin embargo, los aspectos troncales son extremadamente importantes (conforme visto), sobre todo en situaciones de crisis sanitarias, justamente para la elaboración de las Políticas Públicas, que van a ser adaptadas a cada realidad. Los gestores locales necesitan conocer el cotidiano de su población, sus relaciones personales (y, claro, las colectivas), a fin de propiciarles la mejor Salud posible, con ojos a la veracidad.

Acciones como la lectura, asistir a la televisión, prácticas de fe/espiritualidad han sido importantes aliados en el mantenimiento de una mentalidad activa, durante el confinamiento. Así, la responsabilidad de los contenidos desarrollados entre esas prácticas necesita ser cuidadosamente analizadas, con la finalidad de no difundir conocimiento errado, pre conceptualizado, o tendencioso. El combate a la Infodemia y a las *fake news* necesita ser real, con Políticas Públicas sólidas y pertinentes. La artesanía, también como auxiliar del mantenimiento de la mentalidad activa, ayudando a la población, es importante para mostrar la necesidad de rescatarse (o mismo enseñarse a las futuras generaciones) los hábitos culturales de su pueblo.

Con base en los resultados presentados en ese estudio, los servicios de Salud de las dos ciudades pueden reorganizarse en términos de reestructurar su atención, con un número adecuado de profesionales (dimensionando la capacidad de atención), un equipo bien preparado y capacitado, una reducción de las colas en el servicio (teniendo en cuenta la urgente necesidad de atención a la población). Esas pueden parecer situaciones utópicas, pero en la medida en que el perfil de la población esté bien identificado (como es el caso en el presente estudio), se vuelve más fácil para los Gestores de Salud comprender la situación y brindar atención compatible con las necesidades de la población.

En cuanto a las dificultades de este estudio, hubo una lentitud en la aprobación del proyecto por los órganos brasileños competentes, muy probablemente debido a la escasez de profesionales en esos sectores, asociada al alto volumen de obras a analizar. Aun así, fue difícil para algunas personas aceptar participar en el estudio precisamente porque pensaban que el estudio estaba vinculado a las actividades del gobierno, aunque se trató de explicarles el objetivo real de este trabajo y su origen – también hay un sentimiento de tristeza, rabia y amargura hacia el ex gobierno federal brasileño (en el que transcurrieron los periodos de confinamiento, entre 2020-2022), especialmente por el desmantelamiento de la Salud Pública y la poca efectividad de los planes de contingencia ante la pandemia, sobre todo minimizando sus efectos, irrespetando a sus muertos, y desacreditando la vacunación y el poder de la Ciencia.

Se sugiere ampliar este estudio a otros grupos de edad, para que las mismas características en Salud Mental (o incluso otras) sean conocidas en otros grupos de población, como niños y adolescentes, p. ej. Asimismo, si este estudio se va a realizar en otros municipios, se debe tener en cuenta la posibilidad de evaluar la educación y las condiciones socioeconómicas de los entrevistados, de modo que se puedan rastrear nuevas asociaciones y correlaciones.

Aunque la situación brasileña (y también la mundial) ha mejorado, en términos de la pandemia de COVID-19, después de la introducción de vacunas como alternativa a las formas moderadas y graves de la enfermedad, con una disminución en el número de contaminados y, principalmente, hospitalizaciones y muertes, los cuidados necesitan continuar. Evitar exposición, si presenta síntomas gripales, buscar testearse y seguir las orientaciones del Ministerio de la Salud, bien como de la OMS, en relación a la propagación viral. El cuidado con los grupos más vulnerables, como los ancianos, necesita ser constante.

A continuación, se presenta un proyecto de ampliación de la atención al adulto mayor, específicamente para enfrentar los efectos cognitivos y psicosociales observados durante la pandemia del COVID-19, así como un plan de acción ante posibles nuevas epidemias/pandemias, como sugerencia frente al estudio desarrollado en ambas ciudades.

5.1 Sugerencias

5.1.1 Propuesta #1

PROYECTO DE AMPLIACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES, ABORDANDO ESPECÍFICAMENTE LOS EFECTOS COGNITIVOS Y PSICOSOCIALES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Público objetivo: personas mayores de 60 años, con o sin enfermedades de Salud Mental (síntomas leves), incluidos los profesionales de la Salud (para población institucionalizada, encamada y privada de libertad: estrategia de revisión, individualmente). Los pacientes con necesidades de emergencia (como, por ejemplo, en un brote psicótico, ideación suicida, entre otros) deben ser derivados para evaluación de emergencia, a través de Atención de Emergencia.

Meta:

1. identificar a los ancianos elegibles para seguimiento en Salud Mental;
2. acompañar a los ancianos, en Salud Mental, en el ámbito necesario en el momento;
3. Colaborar para reducir los efectos cognitivos y/o psicosociales causados (o exacerbados) por la pandemia de COVID-19;
4. Colaborar para mejorar la Calidad de Vida de las personas mayores, en lo que respecta al afrontamiento de sus efectos cognitivos y/psicosociales originados (o exacerbados) en la pandemia del COVID-19.

Estratificación de la población: además de los datos proporcionados por este estudio, la aplicación de otros instrumentos de evaluación por parte del Primer Nivel de Atención en Salud (en concreto, por los Agentes Comunitarios de Salud, Enfermería y el equipo médico), en lo que se refiere a la identificación de los pacientes con trastornos mentales y necesidades de seguimiento de la salud. Se sugiere el uso de

los mismos instrumentos utilizados en este trabajo: cuestionarios sociodemográficos, Lawton and Brody Index y Efectes Cognitius i Psicosocials del Confinament en Persones Grans, de la Fundació Salut i Envel·liment de la UAB (Barcelona), pero ahora sin muestra, pero, eso sí, toda la población anciana en evaluación.

Flujo: el servicio corresponde a 2 pasos (como se puede ver en la tabla 34):

1ª etapa: identificación de posibles pacientes con necesidad de seguimiento en Salud Mental;

2ª etapa: clasificación de los pacientes en 3 esferas, según la gravedad de los síntomas presentados: atención colectiva, atención individual vía Consultas en el PNAS (Primer Nivel de Atención a la Salud) y Atención Individual Especializada vía SNAS (Segundo Nivel de Atención a la Salud).

Tabla 34- Clasificación de pacientes en esferas de atención, según la gravedad de los síntomas presentados

	Atención Colectiva a través del PNAS	Atención Individual a través de Consultas en PNAS	Atención Individual Especializada a través de SNAS
Perfil	Pacientes con demanda en Salud Mental, pero que pueden recibir atención psicosocial grupal	Pacientes con demanda en Salud Mental, para que puedan ser atendidos individualmente por un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, psicología, terapia ocupacional, nutrición)	Pacientes con demanda en Salud Mental, para ser atendidos individualmente por un equipo especializado (CAPS, ambulatorios de Salud Mental y otros)
Características	- síntomas persistentes durante menos de 3 meses	- síntomas persistentes durante más de 3 meses	- síntomas desde hace más de 06 meses, y ya evaluados por la 2ª esfera
	- bajo sufrimiento	- problemas coexistentes, como el alcoholismo, la drogadicción y otras	- deterioro significativo del funcionamiento social

		adiciones	- sufrimiento intenso
		- sufrimiento moderado	- riesgo de complicaciones como el suicidio (sin ideación suicida en este momento)
Acciones	a	- atención psicosocial	- consultas individuales, con el
desarrollar		grupal, con círculos de conversación, empoderamiento del paciente, enfrentamiento del tema, intercambio de experiencias, con el objetivo de trabajar la resiliencia y el enfrentamiento de la crisis;	objetivo de identificar los problemas personales de cada paciente, y realizar una intervención específica sobre ellos;
		- actividad física, a través de proyectos como la Academia de la Salud;	- seguimiento multidisciplinar y con todos los profesionales (médico de familia, psicólogo, nutricionista, enfermería), entendiendo la Salud Mental como parte de la composición social del individuo;
		- orientación grupal sobre Nutrición;	- psicoterapia individualizada;
		- actividades de neuro	- identificar casos de violencia doméstica y situaciones de agravamiento de la vulnerabilidad;
			- psicoterapia individualizada;

- estimulación;
- incentivar la presencia de un acompañante en las reuniones, con el objetivo de trabajar los lazos sociales y una red de apoyo;
 - identificación de casos de violencia doméstica y situaciones de agravamiento de la vulnerabilidad;
 - evaluación de problemas sociales relevantes, como el desempleo y la necesidad de derivar el caso al Servicio Social;
 - identificar casos de violencia doméstica, en los discursos y posturas de los pacientes, en las actividades;

Modo de Servicio	Presencial (virtual para los que no pueden moverse/salir de casa)	Presencial (en la unidad o mediante visita domiciliaria, para quienes lo necesiten)	En persona (en la unidad, o mediante visita domiciliaria, para quienes lo necesiten)
Periodicidad	Semanal	Semanal/Quincenal	Semanal/Quincenal/Mensual
Medicalización	No	Sí, lo menos posible	Sí, lo menos posible

Flujo de reclasificación:

En cualquier momento, debido a un cambio en la condición clínica del paciente, podrá ser reclasificado, previa reunión interdisciplinaria multidisciplinaria (de una esfera inferior a una superior, o a la inversa).

Recuerde que, en caso de necesidad clínica, derivar al paciente a Urgencias.

Cuando se resuelvan los síntomas más expresivos, el paciente podrá ser dado de alta, continuando el seguimiento clínico en el PNAS (fuera del proyecto).

Comentarios:

- no subestimar las peculiaridades y características mencionadas por los pacientes, ni normalizar lo anormal;

- tener acompañamiento de Salud Mental por los propios equipos de Salud y, si es posible, tener alternancia entre los ámbitos, para evitar el agotamiento mental;

- Ampliación de los equipos de Salud, si es necesario a través del Tercer Sector, para complementar el personal que actúa en Salud, teniendo en cuenta la población total a ser atendida y el dimensionamiento de cada especialidad;

- si es necesario, se pueden realizar alianzas con universidades, como consultas realizadas por pasantes (siempre que estén acompañados por un profesional capacitado y capacitado).

5.1.2 Propuesta #2

PLAN DE ACCIÓN EN SALUD MENTAL ANTE POSIBLES EPIDEMIAS/PANDEMIAS

Este plan de acción fue desarrollado con el objetivo de asistir en la adopción de estrategias específicas en 3 momentos: precrisis, intracrisis y postcrisis. Ante el desafío (y el desastre precrisis e intracrisis) de la pandemia de COVID-19, y teniendo en cuenta la posibilidad de que se presenten otros eventos similares, este documento pretende poner en práctica las recomendaciones de la propia OMS con respecto a cómo hacer frente a las crisis epidémicas/pandémicas.

Comprender cómo se presenta una crisis en términos de etapas de evolución del problema de salud pública es importante para preparar a los profesionales de la salud y a la población en general. Esto se debe a que es necesario implementar estrategias de control y advertir a la población sobre los riesgos inmediatos y permanentes, ya que la adherencia a las medidas preventivas dependerá de cómo las personas perciban esta amenaza (OMS, 2020). Por ello, se recomienda reducir la ambigüedad de la información, especialmente aquella que puede generar síntomas relacionados con la ansiedad y el estrés (Brooks et al., 2020). Por lo tanto, evaluar una crisis como momentos encadenados y progresivos puede contribuir para la comprensión de las especificidades de los estresores relacionados con la situación problema y la atención que debe ser brindada.

PRECRISIS:

La primera fase es el momento en que se transmite a la población en general la información principal sobre la existencia del problema de salud pública y las formas de contagio, transmisión o desarrollo de la enfermedad y sus síntomas, además de las consecuencias relacionadas con el factor de riesgo enfermedad.

Los gerentes deben:

- llevar a cabo la contratación y formación de profesionales de la salud mental para trabajar en la crisis;
- identificar grupos vulnerables;
- comprender la posibilidad real de problemas en Salud Mental como resultado de cuestiones como el aislamiento social para prevenir la propagación de la enfermedad;
- mapeo de actores sociales e instituciones con potencial para recibir atención (ya sea en el PNAS, o incluso en otros niveles);
- proporcionar el apoyo psicológico necesario a los equipos de Salud;
- la lucha contra las *fakenews*, desde antes del inicio de la crisis, para no confundir a la población con información dudosa y errónea.

En relación con la población, en concreto:

- en este momento, corresponde a la población dar información sencilla, y de manera educativa, sobre explicaciones sobre la enfermedad, sobre la crisis que potencialmente podría instalarse, sus formas de contagio, los tratamientos disponibles, con conceptos siempre basados en Ciencias;
- grupos de riesgo, incluidos los grupos más vulnerables a problemas de salud mental;
- mantener la calma ante la posible crisis a instalarse;
- fortalecer la imagen de la Salud Pública como organismo gestor del cuidado;
- orientar a la población sobre las medidas de distanciamiento social y/o cuarentena (si corresponde);
- asesorar sobre la posibilidad de demandas en Salud Mental;
- estímulo a la solidaridad (incluso con acciones a desarrollar sin tener que salir de casa).

INTRACRISIS

El período intracrisis, o fase aguda, es el momento en que se presenta el problema de salud, con la verificación de la gravedad y vulnerabilidad a la enfermedad, y el reconocimiento del eventual riesgo de contagio.

Los gerentes deben:

- reevaluar el plan de acción y el proyecto, frente a la epidemia/pandemia, siguiendo los pasos correctos y reorganizando todo lo que ya ha demostrado ser ineficaz durante el curso de la enfermedad;

- evaluación rápida de las necesidades psicosociales de la población, con acciones dirigidas a la atención (incluso en línea);

- apoyo a acciones fundamentales de detección temprana, notificación, atención, control de la propagación de la enfermedad;

- articular con otras esferas de Gestión: garantía de necesidades básicas para enfrentar la pandemia, tales como: renta básica, alimentación, condiciones habitacionales adecuadas, acceso a agua, saneamiento y artículos de higiene y limpieza (entendiendo todas estas cuestiones como determinantes sociales en Salud);

- tratar de garantizar, en la medida de lo posible, la continuidad de los pacientes ya monitoreados por comorbilidades (incluidos los problemas de Salud Mental);

- garantía de seguimiento del riesgo psicológico de pacientes sospechosos o confirmados que se encuentran en aislamiento domiciliario - apoyo y atención psicosocial en línea y/o presencial, considerando las normas de urgencia y bioseguridad, según los diferentes grupos y demandas;

- ampliar la red de atención en Salud Mental, especialmente en lo psicosocial, recordando prestar atención a las familias de los dolientes;

- promover la atención psicosocial y de salud mental de los equipos de salud en la atención de primera línea.

En relación con la población, en concreto:

- dar seguimiento con información real, en tiempo real, de forma clara - información y orientación sobre: lo que está pasando, las acciones tomadas y lo que la gente debería hacer;

- guiar el flujo correcto de asistencia, incluida la orientación sobre dónde buscar atención en casos de problemas de Salud Mental;

POSTCRISIS

El tercer momento de la crisis puede entenderse como una fase de reconstrucción social. Tras el descenso del número de nuevos casos y la disminución de la transmisión comunitaria, las medidas de distanciamiento social se reducen y el brote de contagio tiende a estar bajo control, aunque no necesariamente inexistente. Las personas comienzan a retomar sus actividades habituales, hay un retorno paulatino al funcionamiento de las instituciones y el comercio, además de un menor nivel de protección contra el contagio.

Los gerentes deben:

- capacitación y supervisión de los equipos que trabajan en la fase de recuperación, además de atención en salud mental para los miembros del equipo que trabajaron en la primera línea de la fase de respuesta, en particular los que trabajaron con los casos más graves;

- intensificación de las acciones encaminadas a la promoción de la salud mental de la población, teniendo en cuenta el grado de implicación, con acciones específicas.

En relación con la población, en concreto:

- utilizar un lenguaje claro y accesible para la población, informando las etapas de atención a partir de entonces;

- invertir en estrategias calificadas de comunicación social que favorezcan la recuperación;

- continuar (e intensificar) el seguimiento en Salud Mental (en este caso se puede utilizar la sugerencia #1 de este trabajo, adaptada a la realidad de la nueva epidemia/pandemia);

- monitorear y evaluar experiencias y lecciones aprendidas.

El plan no debe centrarse solo en el impacto físico de la posible epidemia/pandemia, sino que debe ser amplio y dimensionar a la población y sus formas solidarias y participativas de afrontamiento, utilizando estrategias adaptadas en los ámbitos social y cultural, así como espiritualmente variados (dependiendo de la fe/espiritualidad de cada paciente), de manera que cubra diferentes demandas.

Es necesario:

- Establecer objetivos realistas y alcanzables. Un objetivo fundamental es de carácter preventivo (reducir las probabilidades de sufrir daño psicosocial);

- definir acciones a corto, mediano y largo plazo, en base a los objetivos planteados. En todas las acciones, definir claramente los responsables (ejecutores y fechas de cumplimiento);

- la intervención psicosocial debe llevarse a cabo lo antes posible, con rapidez y eficacia: cuanto más rápido se implementen las acciones, menor será el impacto psicopatológico a mediano y largo plazo (y los costos involucrados);

- las metodologías de trabajo deben ser ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características étnicas y culturales de cada población;

- en un primer momento, es necesario evaluar rápidamente las necesidades psicosociales y las situaciones de mayor vulnerabilidad, que servirán de base para las actuaciones en su fase inicial;

- establecer alianzas y lograr la participación de diferentes actores sociales;

- tener flexibilidad y posibilidades de cambios, en el transcurso de la crisis. Las dinámicas psicosociales en emergencias de esta naturaleza son muy variables, por lo que todo plan debe ser sumamente flexible;

- sostenibilidad de las acciones en el mediano y largo plazo, buscando como consecuencia de estas acciones el fortalecimiento de los servicios existentes y la mejora de la atención psicosocial en el país.

REFERENCIAS

- Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004). *Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors*. *Aging & Mental Health*, 8(6), 475–85. <http://doi.org/10.1080/13607860410001725054>
- Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: development and initial validation. *Int J Ment Health Addiction* [Internet]. 2020. [acesso em 27 fev 2022]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs11469-020-00270-8>
» <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs11469-020-00270-8>
- Albuquerque, A. (2016). *Direitos humanos dos pacientes*. Curitiba: Juru, p. 80.
- Alfeiran, X. (2014). *La epidemia de gripe rusa. La Voz de Galicia (La Coruña)*. Secc. Noticias. Disponible en: https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/coruna/2014/01/19/epidemia-gripe-rusa/0003_2014
- Almeida Costa, F. et al (2020). *COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa*. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 7, p. 49811-49824.
- Almeida, A.P. y Naffah Neto, A. (2019). *The feeling of loneliness in contemporaneity: revisiting Melanie Klein*. *Psic. Rev. São Paulo*, volume 28, n.2, 421-442. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i2p421-442>
- Alves, L.C., Leite, I.C. y Machado, C.J. (2008). *Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura*. *CiencSaude Colet*, 13(4):1199-1207.
- Amit, S., Regev-Yochay, G., Afek, A., Kreiss, Y., Leshem, E. (2021). *Early rate reductions of SARS-CoV-2 infection and COVID-19 in BNT162b2 vaccine recipients*. *The Lancet*, Volume 397, Issue 10277, p.875-877:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00448-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00448-7)
- Andriolo, B.N.G., Santos, N.V., Volse, A.A., Fé, L.C.M., Amaral, A.R.C., Carmo, B.M.S.S., Cortez, P.C.C., Guterres, D.S., Ferreira, L.B.M., Carvalho, A.B.P.N. (2016). *Evaluation of functionality degree in elderly users of a healthcare center*. *Rev Soc Bras Clin Med*;14(3):139-44
- Antunes, H.K.M., Stella, S.G., Santos, R.F., Bueno, O.F.A., Mello, M.T. (2005). *Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program*. *Rev Bras Psiquiatr*; 27:266-71. doi: S1516-44462005000400003
- Aquino, M.L.E., Silveira, I.H., Pescarini, J.M., Aquino, R., Souza-Filho, J.M., Rocha, A.S., Ferreira, A. et al (2020). *Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil*. *Ciência&Saúde Coletiva*, 25(Supl.1):2423-2446.

- Arango, H.G. (2009). *Bioestatística-Teórica e Computacional*. Guanabara Koogan; 3ª edição
- Araujo, B., Bof Chiamulera, G., Saretto, M.F.B. (2021). *O impacto da pandemia COVID-19 sobre a fragilidade física e a capacidade funcional de idosos*. RFS;9(1):16-30. doi:10.22298/rfs.2021.v.9.n.1.5952
- Araújo, C.K., Cardoso, C.M.C., Moreira, E.P.M., Wegner, E., Areosa, S.V.C. (2012). *Vínculos Familiares E Sociais Nas Relações Dos Idosos*. Revista Jovens Pesquisadores, Santa Cruz do Sul, n. 1, p. 97-107.
- Araújo, D.A.Z y Silveira, N.D.R. (2012). *Sociedade letrada contemporânea: inclusão de idosos em processo de alfabetização*. In: IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 4. São Paulo. Proceedings online... Associação Brasileira de Educadores Sociais, Availablefrom: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000092012000100014&lng=en&nrm=abn>. Acession: 24 June. 2023.
- Araújo, E.N.P. (2010). *Intervenções Psicogerontológicas na Promoção de Envelhecimento Bem-Sucedido*. In: Malagutti, W., Bergo, A.M.A (Org.). *Abordagem Interdisciplinar do Idoso*. Editora: Rubio, Rio de Janeiro, p. 67-76.
- Argimon, I.I.L y Vitola, J.C. (2009). *E a família, como vai?* In: Bulla, L.C. y Argimon, I.I.L. (Org.). *Convivendo com o familiar idoso*. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 25-31.
- Atalan, A. (2020). *Is the lockdown important to prevent the COVID-19 pandemic? Effects on psychology, environment and economy-perspective*. Annals of Medicine and Surgery 56;38–42
- Augusto, S., Oliveira, R., & Pocinho, M. (2008). *Solidão e envelhecimento nos doentes reumáticos*. Interações: Sociedade e as novas modernidades, 15. Acesso em <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/263>
- Azeredo, Z. (2008). *A Família como núcleo de mudança cultural*. In: Jorge VJ, Macedo JM, organizadores. *Crenças, religiões e poderes: dos indivíduos à sociabilidade*. Porto: Afrontamento.
- Azeredo, Z. (2011). *O Idoso como um todo*. [Local desconhecido]: Viseu Psicossoma.
- Azeredo, Z.A.S., Afonso, M.A.N. (2016). *Loneliness from the perspective of the elderly*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro; 19(2):313-324 <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>
- Baltes, M.M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge University Press.
- Banaco, R. A. (2001). *Alternativas não aversivas para tratamento de problemas de ansiedade*. In Marinho, M.L. y Caballo, V.E. (Orgs.), *Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 197-212). Londrina: UEL.

- Barber, S.J., Kim, H. (2021). *COVID-19 Worries and Behavior Changes in Older and Younger Men and Women*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*;76(2):e17-e23. doi: 10.1093/geronb/gbaa068. PMID: 32427341; PMCID: PMC7313781.
- Barbosa, A.R., Souza, J.M., Lebrão, M.L., Laurenti, R., Marucci, M.F. (2005). *Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey*. *CadSaúdePública* [Internet]. 21(4):177-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400020>
- Barbosa, B.R., Almeida, J.M., Barbosa M.R. y Rossi-Barbosa, L.A.R. (2014). *Evaluation of the functional capacity of the elderly and factors associated with disability*. *Ciênc. saúdecolet*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>
- Barcelos, L.B. (2017). Entrevista para o site: <https://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/conheca-os-beneficios-da-leitura-para-criancas-idosos-21778085.html>. Acesso el 24 de junio de 2023.
- Barguilla, A. et al (2020). *Effects of COVID-19 Pandemic Confinement in Patients With Cognitive Impairment*. *Frontiers in neurology*. vol.11 589901. doi: 10.3389 / fneur.2020.589901. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7732426/>.
- Barken, R. (2019). *“Independence” among older people receiving support at home: The meaning of daily care practices*. *Ageing & Society*, 39(3), 518–540. Crossref.
- Barros, E.J., Santos, S.S., Gomes, G.C., Erdmann, A.L. (2012). *Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade*. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. (2): 95-101. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012.000200014>
- Bauer, U.E., Briss, P.A., Goodman, R.A., Bowman, B.A. (2014). *Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA*. *Lancet*; 384(9937):45-52.
- Bauman, Z. (2004). *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Ed., 88 p.
- Beauchamp, T. y Childress, J. (2013). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, 7th ed., New York.
- Ben, H., Hua, GH., Peng, Z. and Zheng-Li, S. (2021). *Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19*. *Nat Rev Microbiol*;19(3): 141–154. doi:10.1038/s41579-020-00459-7
- Bentzen, J.S. (2019). *Acts of God? Religiosity and Natural Disasters Across Subnational World Districts*. *The Economic Journal*, Volume 129, Issue 622, Pages 2295–2321, <https://doi.org/10.1093/ej/uez008>
- Bipartisan, B. (2004). *Introduced to expand mental health services for seniors*. *Mental Health Weekly*, v.14, p.1-3.

- Bobes-Bascarán, T., Sáiz, P.A., Velasco, A., Martínez-Cao, C., Pedrosa, C., Portilla, A., de la Fuente-Tomas, L., García-Alvarez, L., García-Portilla, M.P., Bobes, J. (2020). *Early Psychological Correlates Associated With COVID-19 in A Spanish Older Adult Sample*. *Am J Geriatr Psychiatry*;28(12):1287-1298. doi: 10.1016/j.jagp.2020.09.005. Epub 2020 Sep 7. PMID: 32951996; PMCID: PMC7476442.
- Bobevski, I., Clarke, D.M., Meadows, G. (2016). *Health Anxiety and Its Relationship to Disability and Service Use: Findings From a Large Epidemiological Survey*. *Psychosomatic Medicine*;78(1):13-25. doi: 10.1097/PSY.0000000000000252
- Boland, R., Verduin, M., Ruiz, P. (2021). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 12 ed. Philadelphia: LWW.
- Booth, F.W., Roberts, C.K., Thyfault, J.P., Ruegsegger, G.;N., Toedebusch, R.G. (2017). *Role of inactivity in chronic diseases: evolutionary insight and pathophysiological mechanisms*. *Physiol. Rev.* 2017;97(4):1351–402.
- Borges, E. (2005). *O sofrimento dos enfermeiros em pediatria*. *Revista do Hospital de crianças Maria Pia (Nascer e Crescer)*, vol.XIV, n.2. Disponível em: <http://www.hmariapia.min-saude.pt/revista/vol1402/O%20sofrimento.pdf>.
- Brasil (2001). *Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental*. Presidência da República. Recuperado el 11 de octubre de 2021 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil, 2003. *Lei nº 10.741, de 1º outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm
- Brasil (2006). Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Ministério da Saúde.
- Brasil (2016). *Informações de Saúde. Estatísticas Vitais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2019). Nota Técnica nº 11/2019. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*. Ministério da Saúde. <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Brasil (2020). *Presidência da República. Lei nº 13.979/2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/13979.htm. Acesso em 14 de abril de 2023.
- Brasil (2020). *Presidência da República. Lei nº 13.979/2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/13979.htm. Acesso em 14 de abril de 2023.

Brasil (2021). *Vacinação acelerada: em um mês, Brasil registra queda de 40% em casos e óbitos por Covid-19*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/julho/em-um-mes-brasil-registra-queda-de-40-em-casos-e-obitos-por-covid-19>. Ministério da Saúde. Acesso el 02 de abril de 2023.

Brasil (2023). <https://covid.saude.gov.br/>

Brito, S.B.P., Braga, I.O., Cunha, C.C., Palácio, M.A.V. and Takenami, I. (2020). *COVID-19 pandemic: the biggest challenge for the 21st century*. *Vigil. sanit. debate*;8(2):54-63

Brooks, S. et al (2021). *Social and psychological impact of the COVID-19 pandemic on people with Parkinson's disease: a scoping review*. *Public Health*, p.77- 86.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Brown, W. (2010). *Walled states: waning sovereignty*. New York: Zone Books, 2010.

Brown, W. (2015). *Undoing the demos: neoliberalism's stealth revolution*. New York: Zone Books.

Bruine, D.B.W. (2020). *Age Differences in COVID-19 Risk Perceptions and Mental Health: Evidence From a National U.S. Survey*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*;29:e24-e29. [doi:10.1093/geronb/gbaa074]

Butler, Judith (2020).

<https://cee.fiocruz.br/?q=node/1144#:~:text=O%20v%C3%ADrus%20n%C3%A3o%20discrimina.,mercado%20por%20uma%20amea%C3%A7a%20imminente>. Acceso el 1º de agosto de 2023.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). *Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective*. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1054–1085. <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007>

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). *Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses*. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>

Calasanti, T (2004). *Feminist gerontology and old men*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2004; 59:S305-14.

Calil, G.G. (2021). *The pandemic denial: reflections about bolsonarist Strategy*. *Soc. Soc.* (140). <https://doi.org/10.1590/0101-6628.236>

- Callegari-Jacques, S.M. (2003). *Bioestatística: Princípios e Aplicações*. Artmed; 1ª edição
- Callow, D.D., Arnold-Nedimala, N.A., Jordan, L.S., Pena, G.S., Won, J., Woodard, J.L. et al (2020). *The Mental Health Benefits of Physical Activity in Older Adults Survive the COVID-19 Pandemic*. *Am J Geriatr Psychiatry*;28(10):1046-1057 [FREE Full text] [doi: 10.1016/j.jagp.2020.06.024] [Medline: 32713754]
- Camarano, A.M. (2022). *CAPÍTULO 18 – OS DEPENDENTES DA RENDA DOS IDOSOS E O CORONAVÍRUS: ÓRFÃOS OU NOVOS POBRES?* (DOI <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-042-4/capitulo18>) In: Silva, S.P., Corseuil, C.H. y Costa, J.S. *IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NO MERCADO DE TRABALHO E NA DISTRIBUIÇÃO DE RENDA NO BRASIL*. Editora Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). DOI <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-042-4>
- Camargo, M.L.M. (1999). *Repensando a arte e o lazer na terceira idade*. Revista SESC. São Paulo, n.18, pp.69-74.
- Cambi, E. (organizador) (2020). *Pandemia da Covid-19: reflexões sobre a sociedade e o planeta. Documento eletrônico* — Curitiba: Escola Superior do MPPR. https://escolasuperior.mppr.mp.br/arquivos/Image/publicacoes/PandemiadaCovid-19Reflexoes_sobreasociedadeeoplaneta.pdf
- Campos, R.O. y Surjus, L.T. (2020). *Estudos de Saúde Mental publicados nos últimos 25 anos na Revista Ciência & Saúde Coletiva*. *Rev Cien Saúde Col*. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.27932020>
- Canali, A.L.P. y Scortegagna, S.A. (2021). *Agravos à saúde mental de pessoas idosas frente a COVID-19*. *Research, Society and Development*, v.10, n. 7, p. e50210716947-e50210716947.
- Caramelli, P., Beato, R.G. (2008). *Subjective memory complaints and cognitive performance in a sample of healthy elderly*. *Dementia Neuropsychologia*;2(1):42–5.
- Cardoso et al. (2021). *Avaliação Psicológica*. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2021.2002>.
- Casemiro, N.V.; Ferreira, H.G. (2020). *Indicadores de saúde mental em idosos frequentadores de grupos de convivência*. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo *Revista da SPAGESP*, 21(2), 83-96.
- Castilho, D. *Um vírus com DNA da globalização: o espectro da perversidade*. *Revista Espaço e Economia*, ano IX, n. 17.
- Castro Neto, J.F. (2021). *Aceleração social na modernidade tardia: a estrutura psicopatológica da alienação segundo a reflexão sociológico-filosófica de Hartmut Rosa*. *Rev. Sem Aspas*, Araraquara, v. 10, e021004. e-ISSN: 2358-4238. DOI: <https://doi.org/10.29373/sas.v10i00.15171>

- Centro Internacional de Longevidade Brasil (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil.
- Cervera, C. (2020). *La olvidada Gripe Asiática de 1957 que puso a prueba el sistema sanitario mundial con un millón de muertos*. ABC-Historia. Disponible en: https://www.abc.es/historia/abci-olvidada-gripe-asiatica-1957-puso-prueba-sistemas-sanitario-mundial-millon-muertos202003050111_noticia.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F
- Chakraborty, I., and Maity, P. (2020). *COVID-19 outbreak: migration, effects on society, global environment and prevention*. Sci. Total Environ. 728. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138882>
- Chinazzi, M., Davis, J.T., Ajelli, M., Gioannini, C., Litvinova, M., Merler, S., Piontti, A.P., Mu, K., Rossi, L., Sun, K., Viboud, C. (2020). *The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak*. *Science*; pii:eaba9757.
- Cimarolli. V.R., Reinhardt, J.P., Horowitz, A. (2006). *Perceived overprotection: support gone bad?* *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*; 61:S18-S23.
- Clínica Mayo (2019). *Peste. Síntomas y causas*. Rochester, Minnesota: Mayo Medical School.
- CNN Brasil (2021). <https://www.cnnbrasil.com.br/tecnologia/levantamento-indica-que-97-dos-idosos-brasileiros-acessam-a-internet/>. Acceso el 19 de abril de 2023.
- Cobos, F.M., Almendro, J.M.E. (2008). *Envejecimiento activo y desigualdades de género*. *AtenPrim*; 40:305-9.
- Coêlho, N. L. y Tourinho E. Z. (2008). *O conceito de ansiedade na análise do comportamento*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 171-178. doi: 10.1590/S0102-79722008000200002
- Colnago, M. et al (2021). *Lockdown contra a Covid-19 funciona ou não? Um estudo de caso com o município de Araraquara*. *Proceeding Series of the Brazilian Society of Computational and Applied Mathematics*, v. 8, n. 1. DOI: 10.5540/03.2021.008.01.0429
- Costa, M.L.G., Costa, E.G. (2015). *Envelhecimento, comunicação e suas relações*. In: Marchesan IQ (org). *Desenvolvimento da comunicação humana nos diferentes ciclos de vida*. Barueri (SP): Pró Fono; p. 213-27.
- Costa, P.H.A., Colugnati, F.A.B. y Ronzani, T.M. (2015). *Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura*. *Ciênc. saúde colet.* 20 (10). <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>
- Coutinho, A.T.Q., Vilela, M.B.R., Lima, M.L.L.T., Silva, V.L.(2018). *Social communication and functional independence of the elderly in a community assisted by the family health strategy*. *Rev. CEFAC*; 20(3):363-372

- Crespi, L.R.S. et al (2017). *Contribuições de vigotsky e luria para a neurociência cognitiva e para os processos de ensino e aprendizagem no ambiente escolar*. Anais IV CONEDU... Campina Grande: Realize Editora.
- Crocq, M.A. (2017). *The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category*. *Dialogues Clin Neurosci*;19(2):107–16.
- Cruz, N.F.O., Gonçalves R.W. y Delgado, P.G.G. (2020). *Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019*. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3.
- Cunha, J.X.P., Oliveira, J.B., Nery, V.A.S., Sena, E.L.S., Boery, R.N.S.O, Yarid, S.D. (2012). *Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem*. *Saúde debate* [online], Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400018>.
- Dadalto, L., Mascarenhas, I.I., Matos, A.C.H. (2020). *Salvem também os idosos: etarismo e a alocação de recursos na realidade brasileira de combate à COVID*. *civilistica.com* [Internet]. set 14];9(2):1- 19. Disponível em: <http://civilistica.com/wp-content/uploads/2020/08/Dadalto-Mascarenhas-e-Matos-civilistica.com-a.9.n.2.2020-1.pdf>
- Daley, M. and Spinks, W. (2000). *Exercise, mobility and aging*. *Sports Med*. 29:1-12.
- Daniel, F., Antunes, A., Amaral, I. (2015). *Representações Sociais da Velhice*. *Análise Psicológica*, 3 (XXXIII): 291-301.
- Davidoff, L.L. (2001). *Introdução à psicologia*. 3ª ed. São Paulo: Makron.
- De Oliveira, J.T., De Lira, T.B., De Carvalho Abreu, C.R. (2020). *A Saúde Mental Dos Idosos Em Tempos De Pandemia-Covid-19*. *Revista Coleta Científica*, v. 5, n. 9, p. 20-30.
- Dehaene, S. (2012). *Os neurônios da leitura: como a ciência explica a nossa capacidade de ler*, tradução: Leonor Scliar - Cabral. – Porto Alegre: Penso. ISBN: 978-85- 63899-44-6.
- Dehaene, S. (2013). *A aprendizagem da leitura modifica as redes corticais da visão e da linguagem verbal*. *Letras De Hoje*, 48(1), 148-152. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/12113>.
- Del Castillo, F.A.; Biana, H.T.; Joaquin, J.J. (2020). *ChurchInAction: The role of religious interventions in times of COVID-19*. *J. Public Health* 42, 633–634.
- Delgado, C.E., Silva, E.A., Castro, E.A.B., Carbogim, F.C., Püschel, V.A.A., Cavalcante, R.B. (2021). *COVID-19 infodemic and adult and elderly mental health: a scoping review*. *Rev Esc Enferm USP*;55:e20210170. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220XREEUSP-2021-0170>.

Delphin-Combe, F., Bathsavanis, A., Rouch, I., Liles, T., VannierNitenberg, C., Fantino, B., Dauphinot, V., Krolak-Salmon, P. (2016). *Relationship between anxiety and cognitive performance in an elderly population with a cognitive complaint*. Eur J Neurol;23(7):1210-7. doi: 10.1111/ene.13004

Delumeau, J. (1989). *História do medo no ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras.

Denise, G.A.M., Paranhos, A.A. (2018). *Autonomy of the elderly patient in the context of medical health care and its relational aspect*. R. Dir. sanit., São Paulo v.19 n.1, p. 32-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p32-49>

Derrer-Merk, E., Ferson, S., Mannis, A., Bentall, R. & Bennett, K. (2022). *Older people's family relationships in disequilibrium during the COVID-19 pandemic. What really matters?* Ageing & Society, 1-18. Dói:10.1017/S0144686X22000435

Dias, L.C. (2020). *Momento Histórico: Tem início a vacinação contra a Covid-19 pelo mundo*. *Jornal da Unicamp*.<https://www.unicamp.br/unicamp/ju/artigos/luiz-carlos-dias/momento-historico-tem-inicio-vacinacao-contra-covid-19-pelo-mundo#:~:text=A%20R%C3%BAssia%2C%20primeiro%20pa%C3%ADs%20a,pelo%20Centro%20de%20Pesquisas%20Gamaleya>. Acesso el 02 de abril de 2023.

Dias, L.C. (2020). *Vacina da Pfizer: Um marco na luta contra a pandemia*. *Jornal da Unicamp*. <https://www.unicamp.br/unicamp/ju/artigos/luiz-carlos-dias/vacina-da-pfizer-um-marco-na-luta-contra-pandemia>. Acesso el 02 de abril de 2023.

Dias, R. (2019). *CONTRIBUIÇÕES DO ARTESANATO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL*. Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como pré-requisito para a conclusão do Curso de Licenciatura em Teatro.

Domo, 2012. <http://espiralinterativa.com/wp-content/uploads/DataNeverSleeps.jpeg>. Acesso el 19 de abril de 2023.

Dourado, M. et al (2005). *Consciência da doença na Demência. Resultados preliminares em pacientes com doença de Alzheimer leve e moderada*. Arq Neuro-Psiquiatr; 63 1): 114-8.

Duarte, R. (2004). Interviews in qualitative research. *Educar*, Curitiba, n. 24, p. 213-225

Duarte, M.Q. (2020). *Covid-19 and the impactson mental health: a sample from Rio Grande do Sul, Brazil*. *Ciência& Saúde Coletiva*, 25(9):3401-3411..

Dunker, C. (2011). *Solidão: modo de usar*. In: *Mente Cérebro*.

Durkheim, E. (1895, ed. 2007). *As regras do método sociológico*. Ed. Martins Fontes. São Paulo.

- Dye, T.D. (1984). *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall.
- Echeverri Dávila, B., Ramiro Fariñas, D. (2017). *La Gripe Rusa 1889-1890 y la Gripe Española de 1918-1920*. XVII Semana de la Ciencia, España: Exposición virtual. España: Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD).
- Eckholdt, L., Watson, L., O'Connor, M. (2018). *Prolonged grief reactions after old age spousal loss and centrality of the loss in post loss identity*. *J Affective Disord*;227:338–44
- Ells, C., Hunt, M.R. y Evans, J.C. (2011). *Relational autonomy as an essential component of patient-centered care*. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, v. 4, n. 2, p. 79-101.
- Emerson, K.G. (2020). *Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States*. *RevPanamSalud Publica*;44:e81. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.81>
- Eriksen, T. (2001). *Tyranny of the moment. Fast and slow time in the information age*. London: Pluto Press, 2001.
- Estabel, L.B., Luce, B.F., Santini, L.A. (2020). *Idosos, fake news e letramento informacional*. *Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação*; 16:1-15. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/136587>.
- Estadão (2020). <https://www.estadao.com.br/politica/bolsonaro-nao-pode-impor-isolamento-como-alguns-estados-fizeram/>
- Estes, W. K., & Skinner, B. F. (1961). *Some quantitative properties of anxiety*. In B. F. Skinner (Ed.), *Cumulative record: Enlarged Edition* (2. ed., pp. 393-404). New York: Appleton-CenturyCrofts. (Original publicado em 1941)
- Fabietti, D.M.C.F. (2004). *Arteterapia e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Faro, A., Bahiano, M.A., Nakano, T.C., Reis, C., Silva, B.F.P y Vitti, L.S. (2020). *COVID-19 and mental health: the emergence of care*. *Estud. psicol.* 387. Campinas. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
- Fatim, H. Oyetunji, T.P., Mishr, S., Sinha, K., Olorunsogbon, O.F., Akande, O.S., Srinivasan and Kar, S.K. (2022). *Religious coping in the time of COVID-19 Pandemic in India and Nigeria: Finding of a cross-national community survey*. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 68(2) 309–315. 2021.
- Fazzi, L., Dobrianskyj, F.M., Reggi, J.R.A., Otani, V.H.O., Otani, T.Z.S, Uchida, R.R. (2015). *The influence of anxiety on quality of life among patients with an indication for cataract surgery*. *Sao Paulo Med J*;133:160-1. doi: 10.1590/1516-3180.2014.9510109

- Ferigato, S.H., Campos, R.T.O. y Ballarin, M.L.G.S. (2007). *O atendimento à crise em Saúde Mental: ampliando conceitos*. Revista de Psicologia da UNESP.
- Ferreira, J.S., Cruz, R.P.V., Assis, T.C., Dellagrana, R.A. (2021). *Sedentary behavior of adults and elderly people during COVID-19 pandemic*. J. Health Biol Sci. 9(1):1-5. doi: 10.12662/2317-3076jhbs.v9i1.3816.p1-5.2021
- Ferreira, J.T. et al (2016). *The Care Centers Psychosocial (Caps): a Reference Institution on Call to Mental Health*. Rev. Saberes, Rolim de Moura, vol. 4, n. 1, jan./jun., p. 72-86. ISSN: 2358-0909
- Fiedler, M.M., Peres, K.G. (2008). *Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional*. CadSaude Publica, 24(2):409-415.
- Figueira, S.M.B. y Ferreira, C.J. (2022). *Solitude And The Liquidity Of Interpersonal Relationships In Postmodern Japanese Society: An Analysis Of Kawakami Hiromi's Novel, The Nakano Thrift Shop*. Curitiba, Vol. 10, nº 18.
- Figueiredo, A.M., Codina, A.D., Figueiredo, D., Saez, M., León, A.C. (2020). *Impact of lockdown on COVID-19 incidence and mortality in China: an interrupted time series study*. Bull World Health Organ [Epub ahead of print].
- Fine, M., Glendinning C. (2005). *Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of "care" and "dependency."* Ageing & Society, 25(4), 601–621. Crossref. ISI.
- Fiorenzato, E., Zabberoni, S., Costa, A., & Cona, G. (2021). *Cognitive and mental health changes and their vulnerability factors related to COVID-19 lockdown in Italy*. PloS One, 16(1), e0246204. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246204>
- Fiorillho, A.; Gorwood. P. (2020). *The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice*. Eur Psychiatry; 63(1):e32.
- Fonseca, M.G.U.P., Firmo, J.O.A., Loyola Filho, A.I., Uchoa, E. (2010). *Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso*. Rev Saúde Pública; 44(1):159-165.
- Fortunato, A.L. (2005). *Psicologia do envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas/SP: Papyrus.
- Fraser, N., Gordon L. (1994). *A genealogy of dependency*. Signs, 19(2), 309–336. Crossref. ISI.
- Frasquilho, D., Matos, M.G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C.C., Gaspar, T. y Caldas-de-Almeida, J.M (2015). *Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review*. BMC Public Health, 16:115.
- Freire, P. (2003). *A importância do ato de ler*. São Paulo: Cortez.

- Freire, S. A (2000). *Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico*. In: Neri, A.L.; Freire, S.A. (Orgs) *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus. p. 21-32.
- Fróis, J.P. (2000). *Educação estética e artística*. Abordagens transdisciplinares. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Frota, I.J., Fé, A.A.C.M., Paula, F.T.M., Moura, V.E.G.S., Campos, E.M. (2022). *Anxiety disorders: history, clinical features, and current classifications*. J. Health Biol Sci;10(1):1-8. doi: 10.12662/2317-3206jhbs.v10i1.3971.p1-8.2022
- G1.com (2020). <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/06/coronavirus-veja-a-cronologia-da-doenca-no-brasil.ghtml>. Acesso em 14 de abril de 2023.
- G1.com (2020). <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/24/bolsonaro-pede-na-tv-volta-a-normalidade-e-fim-do-confinamento-em-massa.ghtml>
- G1.com (2021). <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/04/06/brasil-bate-marca-de-4-mil-mortes-por-covid-registrados-em-um-dia-e-soma-3376-mil-na-pandemia.ghtml>. Acesso em 08 de abril de 2023.
- G1.com (2022). <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2023/03/20/saneamento-basico-100-milhoes-de-pessoas-nao-tem-rede-de-esgoto-e-falta-agua-potavel-para-35-milhoes.ghtml>
- Gallotti, R., Valle, F., Castaldo, N., Sacco, P., De Domenico, M. (2020). *Assessing the risks of 'infodemics' in response to COVID-19 epidemics*. Nat Hum Behav;4:1285-93.
- Gammon, J., Hunt, J., Musselwhite, C. (2019). *The stigmatisation of source isolation: a literature review*. J Res Nurs;24(8):677-93
- Gato, J.M. et al (2018). *Saúde Mental e Qualidade de Vida de Pessoas idosas*. Av Enferm;36(3): 302-310.
- Geib, L.T.C. (2012). *Determinantes sociais da saúde do idoso*. CienSaude Colet;17(1):123-133.
- George, D and Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon. (2003). Apud: Gliem, J.A. and Gliem, R.R. *Calculating, interpreting and reporting Cronback's alpha reliability coefficient for Likert-type scales*. <https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/>.
- Ghanbari, M.K., Behzadifar, M., Imani-Nasab, M.H., Behzadifar, M., Bakhtiari, A., Mir, .I et al (2020). *The impact of the social distancing policy on COVID-19 new cases in Iran: insights from an interrupted time series analysis*. Research Square. <https://www.research-square.com/article/rs-25818/v1>
- Glantz, S.A. (2013). *Princípios de Bioestatística*. AMGH; 7ª edição

- Goethals, L., Barth, N., Guyot, J., Hupin, D., Celarier, T., & Bongue, B. (2020). *Impact of home quarantine on physical activity among older adults living at home during the COVID-19 pandemic: Qualitative interview study*. JMIR Aging, 22(5), 1–5. <https://doi.org/10.2196/19007>.
- Goldberg, D. (2011). *A classificação de transtornos mentais: um sistema mais simples para o DSM-V e o CID-11*. ComCiênciano, 126.
- Gomes, G.C., Moreira, R.S., Maia, T.O., Santos, M.A.B., Silva, V.L. (2021). Factors associated with personal autonomy among the elderly: a systematic review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3):1035-1046. DOI: 10.1590/1413-81232021263.08222019
- Gong, J.B., Yu, X.W., Yi, X.R., Wang, C.H., Tuo, X.P. (2018). *Epidemiology of chronic noncommunicable diseases and evaluation of life quality in elderly*. Aging Med (Milton). 23;1(1):64-66. doi: 10.1002/agm2.12009. PMID: 31942482; PMCID: PMC6880701.
- Governo do Estado de São Paulo (2020). *Diário Oficial do Estado de São Paulo. DECRETO Nº 64.881, DE 22 DE MARÇO DE 2020. Decreta quarentena no Estado de São Paulo, no contexto da pandemia do COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá providências complementares*. <http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20200323&Caderno=DOE-I&NumeroPagina=1>. Acesso em 14 de abril de 2023.
- Governo do Estado de São Paulo (2020). *Plano São Paulo*. <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/>. Acesso em 14 de abril de 2023.
- Guedj, E., Campion, J.Y., Horowitz, T., Barthelemy, F., Cammilleri, T., Ceccaldi, M. (2022). *The impact of COVID-19 lockdown on brain metabolism*. Hum Brain Mapp;43:593–597. [wileyonlinelibrary.com/journal/hbm593](https://doi.org/10.1002/hbm.25673). <https://doi.org/10.1002/hbm.25673>
- Guimarães, H.P.N., Simões, M.C. y Pardi, G.C. (2019). *Sociodemographic profile, health conditions and eating habits of older adults followed in geriatric outpatient clinic*. Rev Família, Ciclo de Vida e Saúde no Contexto Social. ISSN: 2318-8413
- Guimarães, L.H.C.T, Galdino, D.C.A., Martins, F.L.M., Abreu, S.R., Lima, M. y Vitorino D.F.M. (2004). *Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos em Tratamento Fisioterapêutico*. Revista Neurociências, 12(3).
- Hacking, I. (2013). *“Who needs the DSM?”. Review of Books*.
- Hammarström, G., Torres, S. (2010). *Being, feeling and acting: A qualitative study of Swedish home-help care recipients’ understandings of dependence and independence*. Journal of Aging Studies, 24(2), 75–87. Crossref.
- Hämmig, O. (2019). *Health risks associated with social isolation in general and in young, middle and old age*. Ginsberg SD, organizador. PLoS One.;14(7):e0219663. doi:10.1371/journal.pone.0219663

- Hampshire, A., Trender, W., Chamberlain, S.R., Jolly, A., Grant, J.E., Patrick, F., Miazibuko, N., Williams, C., Barnby, J.M., Hellyer, P., Mehta, M.A. (2020). Cognitive Deficits in People Who Have Recovered From COVID-19 Relative to Controls: An N=84,285 Online Study. Preprints.org.
- Han, B.C. (2015) *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes.
- Harison, P. (2012). *Loneliness increase dementia risk among the elderly*. Acessado em <http://www.medscape.com/viewarticle/776327>
- Hekman, P.R.W. (2006). *O idoso frágil*. In: Freitas, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 926-9.
- Held, V. (2005). *The ethics of care: Personal, political, and global*. Oxford University Press. Crossref.
- Holmes, E.A., O'Connor, R.C., Perry, V.H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Silver, R.C., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A.K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C.M., Yardley, L., Cowan, K., Cope, C., Hotopf, M. y Bullmore, E. (2020). *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science*. *Lancet Psych*, 7(6):547-560
- Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) (2019). *Saúde da Pessoa Idosa. Guia De Orientação Para As Secretarias Estaduais E Municipais De Saúde. Nota Técnica Para Organização Da Rede De Atenção À Saúde Com Foco Na Atenção Primária À Saúde E Na Atenção Ambulatorial Especializada*. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde.
- Hossein Khorany, ElnazTakzare, FatemehMohammai, SeyedehAmenehMotalebi. The role of spiritual well-being in predicting fear of COVID-19 Among Community-dwelling Older Adults in Iran. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 17(4):492-505.
- Hossen, A. (2012). *Social isolation and loneliness among elderly immigrants: the case of south Asian elderly living in Canada*. *J Int Soc Issues*;1(1):10
- <https://www.agenciavisia.com.br/news/brasileiro-fica-3-horas-e-31-minutos-por-dia-nas-redes-sociais/>. Acesso em 19 de abril de 2023. Global Digital Overview 2020.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., Gao, H., Guo, L., Xie, J., Wang, G., Jiang, R., Gao, Z., Jin, Q., Wang, J. and Cao, B. *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China*. *Lancet* 395 (2020) 497e506, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018). <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21255-analfabetismo-cai-em-2017-mas-segue-acima-da-meta-para-2015>. Acesso em 24 de junho de 2023.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018). <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em 05 de abril de 2023.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGEa) (2021). *Población de Inúbia Paulista-SP en 2020*. Recuperado el 21 de octubre de 2021 de <https://ciudades.ibge.gov.br/brasil/sp/inubia-paulista/panorama>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGEb) (2021). *Población de Ribeirão Preto-SP en 2020*. Recuperado el 21 de octubre de 2021 de <https://ciudades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>
- Instituto Brasileiro de Consciência Sistêmica (IBRACS) (s.f.). *Salud*. Recuperado el 11 de octubre de 2021 de <https://www.ibracs.com.br/areas-de-atuacao/saude>.
- Instituto IPSOS and The Policy Institute e King's College London (2019). *World Mental Health Day 2019*.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (2020). *Boletim Mercado de Trabalho: conjuntura e análise*. Brasília, n. 68.
- Islam, N., Chowell, G., Shabnam, S., Kawachi, I., Lacey, B., Massaro, J.M., et al (2020). *Physical distancing interventions and incidence of coronavirus disease 2019: natural experiment in 149 countries*. *BMJ* 2020; 370:m2743.
- Ismail, I.I, Kamel, W.A, Al-Hashel, J.Y. (2021). Association of COVID-19 Pandemic and Rate of Cognitive Decline in Patients with Dementia and Mild Cognitive Impairment: A Cross-sectional Study. *GerontolGeriatrMed*;7:23337214211005223. doi:10.1177/23337214211005223. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7995295/>.
- Janlöv A.-C., Hallberg I. R., Petersson K. (2005). *The experience of older people of entering into the phase of asking for public home help—A qualitative study*. *International Journal of Social Welfare*, 14, 326–336. Crossref. ISI.
- Javadi, S.M.H., Nateghi, N. (2020). *COVID-19 and Its Psychological Effects on the Elderly Population*. *Disaster Med Public Health Prep*;14(3):e40-e41. doi: 10.1017/dmp.2020.245. Epub 2020 Jul 15. PMID: 32665056; PMCID: PMC7417975.
- Jeste, D.V., Di Somma, S., Lee, E.E. et al. (2020). *Study of loneliness and wisdom in 482 middle-aged and oldest-old adults*. *Aging Ment Health*. Published online. doi:10.1080/13607863.2020.1821170
- Jiménez-Pavón, D., Carbonell-Baeza, A., Lavie, C.J. (2020). *Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people*. *Prog Cardiovasc Dis*;63(3):386-8

- Johns Hopkins Coronavirus Resource Center (JHCRC) (2023). sitio web. <https://coronavirus.jhu.edu/> .Acceso el 29 de marzo de 2023.
- Jornal da USP (2018). <https://jornal.usp.br/atualidades/em-2030-brasil-tera-a-quinta-populacao-mais-idosa-do-mundo/>. Acceso El 05 de abril de 2023.
- Jungwirth, S., Fischer, P., Weissgram, S., Kirchmeyr, W., Bauer, P., Tragl, K.H. (2004). *Subjective memory complaints and objective memory impairment in the Vienna-Transdanube aging community*. J Am Geriatr Soc;52(2):263–8.
- Kallas, M.B.L.M. (2016). *O sujeito contemporâneo, o mundo virtual e a psicanálise*. Reverso, 38(71), 55-64.
- Katz, S. (1963). *Studies of illness in the aged*. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. J Am Med Assoc 1963;165:94-99.
- Kessels, R.P., Van Zandvoort, M.J., Postma, A., Kappelle, L.J., De Haan, E.H. (2000). *The Corsi block-tapping task: standardization and normative data*. Appl Neuropsychol;7(4):252–8.
- Kessler, R.C, Angermeyer, M., Anthony, J.C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I et al (2007). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative*. World Psychiatry;6:168-76.
- Kiely, K.M., Brady, B. and Byles, J. (2019). *Gender, mental health and ageing*. Maturitas; 129 76–84.
- Kitamura, E.S., Cavalcante, R.B., Castro, E.A.B., Leite, I.C.G. (2022). *Covid-19 infodemic on older people with access to digital media: factors associated with psychopathological alterations*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol;25(6):e220016. <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220016pt>
- Klinenberg, E. (2016). *Social isolation, loneliness, and living alone: identifying the risks for public health*. Am J Public Health; 106:786-7.
- Knepple Carney, A., Graf, A., Hudson, G., Wilson, E. (2021). *Age Moderates Perceived COVID-19 Disruption on Well-Being*. Gerontologist;61(1):30-35 [FREE Full text] [doi: 10.1093/geront/gnaa106] [Medline: 32808660]
- Krause, N. (2011). *Religion and health: making sense of a disheveled literature*. Journal of religion and health, v. 50, n. 1, p. 20-35. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9373-4> » <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10943-010-9373-4>
- KwegyirTsiboe, A. (2022). *Describing the experiences of older persons with visual impairments during COVID-19 in rural Ghana*. JAP;22(6):371-383 [FREE Full text] [doi: 10.1108/jap-07-2020-0026]

- Lampl, C., Thomas, H., Tassorelli, C., Katsarava, Z., Láinez, J.M., Lantéri-Minet, M., RastenYTE, D., Torre, E.R., Stovner, L.J., André, C., Steiner, T.J. (2016). *Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project*. The Journal of Headache and Pain;17(1):59. doi: 10.1186/s10194-016-0649-2
- Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969). *Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist 1969,9(3):179-86.
- Ledermann, W. (2003). *El hombre y sus pandemias a través de la historia*. Rev Chil Infect 2003
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., et al. (2020). *Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia*. N. Engl. j. med., 382(13):1199-207.
- Lim, L. L., &Kua, E.-H. (2011). *Living alone, loneliness, and psychological well- being of older persons in Singapore*. Current Gerontology and Geriatrics Research, 1–9. <http://doi.org/10.1155/2011/673181>
- Lima, M.S. (2022). *O hábito de leitura na prevenção das doenças de Alzheimer e Parkinson: sob a ótica da neurolinguística* [recurso eletrônico]. Ponta Grossa: Aya.
- Llosa-Fernández, J.A., Menéndez-Espina, S., Agulló-Tomás, E. y Rodríguez-Suárez, J. (2018). *Incertidumbre laboral y salud mental: una revisión meta-analítica de las consecuencias del trabajo precario en trastornos mentales*. Anal Psico; 34(2):211-223.
- Local Government Association (LGA) (2019). *Public mental health and wellbeing and COVID-19* (www.local.gov.uk/public-mental-health-and-wellbeing-and-covid-19; accesoel 02 de julio de 2023).
- Lopes dos Santos, R; Virtuoso Júnior, J.S. (2008). *Confiabilidade Da Versão Brasileira Da Escala De Atividades Instrumentais Da Vida Diária*. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 21, núm. 4, pp. 290-296
- López, J., Perez-Rojo, G., Noriega, C., Carretero, I., Velasco, C., Martinez-Huertas, J., et al (2020). *Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young–old and the old–old adults*. Int. Psychogeriatr;32(11):1365-1370. [doi: 10.1017/s1041610220000964]
- Loureiro, L.S.N., Fernandes, M.G.M., Nóbrega, M.M.L., Rodrigues, R.A.P. (2014), *Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado*. Rev Bras Enfermag;67:227-32. doi: 10.5935/0034-7167.20140030
- Lynch, K. (2009). *Affective equality: Love, care and injustice*. Palgrave Macmillan. Crossref.
- Lynn, L.E. (1980). *Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis*. Santa Monica, Calif.: Goodyear.

- Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., Hinchliff, S., Malta, S., Dow, B. (2018). *Experiences of ageism and the mental health of older adults*. *Aging Ment Health*. Nov;22(11):1456-1464. doi: 10.1080/13607863.2017.1364347.
- Machado, J.C., Ribeiro, R.C.L., Leal, P.F.G., Cotta, R.M.M. (2007). *Evaluation of cognitive decline and its relationship with socioeconomic characteristics of the elderly in Viçosa, Minas Gerais*. *Rev. bras. epidemiol.* 10 (4). <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000400017>
- Machado, M.B., Ignácio, Z.M., Jornada, L.K., Réus, G.Z., Abelaira, H.M., Arent, C.O., Schwalm, M.T., Caretta, R.A., Caretta, L.B., Quevedo, J. (2016). *Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional*. *J BrasPsiquiatr*2016;65:28-35. doi: 10.1590/0047- 2085000000100
- Mahoney, F.I., Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J* 1965;14:61-5.
- Malta, D.C., Bernal, R.T.I., Lima, M.G., Araújo, S.S.C., Silva, M.M.A., Freitas, M.I.F. et al (2017). *Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil*. *Rev Saude Publica*;51 Supl 1:4s.
- Maltese, G., Corsonello, A., Rosa, M.D., Soraci, L., Vitale, C., Corica, F., et al (2020). *Frailty and COVID-19: A Systematic Scoping Review*. *J Clin. Med*;4;9(7):2106.
- Manca, R., De Marco, M., Venneri, A. *The Impact of COVID-19 Infection and Enforced Prolonged Social Isolation on Neuropsychiatric Symptoms in Older Adults With and Without Dementia: A Review*. *Front Psychiatry*;11:585540. doi: 10.3389/fpsy.2020.585540. PMID: 33192732; PMCID: PMC7649825.
- Mangualde, A.A.S. et al. (2012). *Epidemiological profile of patients treated in a Center for Psychosocial Care*. *Mental*, vol.10 no.1.
- Mansur, L.H.B. (2008). Solitude: virando a solidão pelo avesso. *Psicanálise e cultura*, São Paulo;31(46), 38-45
- Margaça, C. y Rodrigues, D. (2019). *Spirituality and resilience in adulthood and old age: a revision*. *Fractal, Rev. Psicol.* 31 (2). <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5690>
- Marmamula, S., Modepalli, S.B., Kumbham, T.R., Challa, R., Keefe, J.E. (2021). *Prevalence of disabilities and non-communicable diseases in an elderly population in the Telangana state, India: a population-based cross-sectional study*. *BMJ Open*.11(2):e041755. doi: 10.1136/bmjopen-2020-041755. PMID: 33608399; PMCID: PMC7898867.
- Martins, J.S., Torres, M.G.R., Oliveira, R.A. (2017). *Comportamento sedentário associado ao tempo de tela em acadêmicos de Educação Física*. *Rev Cienc Mov ReabilitSaude*. 19(38): 27-37.

- Mattioli, F., Stampatori, C., Righetti, F., Sala, E., Tomasi, C., De Palma, G. *Neurological and cognitive sequelae of Covid-19: a four month follow-up.* Journal of Neurology.268:4422–4428 <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10579-6>
- McAlpine D. and Warner, L. (2002). *Barriers to Employment among Persons with Mental Illness: A Review of the Literature.* Working paper, Disability Research Institute, University of Illinois at Urbana-Champaign, USA.
- McDougall, G.J., Becker, H., Arheart, K.L. (2006). *Older adults in the SeniorWISE study at risk for mild cognitive impairment.* Arch Psychiat Nurs;20(3):126–34.
- Mead, L.M. (1995). *Public Policy: Vision, Potential, Limits, Policy Currents.*
- Mendes, G.F.F., Häfele, V., Blumenberg, C., Werneck, A.O., Radicchi, M.R., Coll, C.V.N., et al (2018). *Comparação das estimativas de atividade física e comportamento sedentário em adultos brasileiros no VIGITEL e PNS, Brasil, 2013.* Rev Bras Ativ Fis Saude. 23: e0062. doi: 10.12820/rbafis.23e0062.
- Menninger, W.W. (1988). *Adaptation and Morale, Predictable Responses to Life Changes.* Bull Menninger Clinic; 52(3):198-210.
- Menze, I., Mueller, P., Mueller, N.G. et al (2022). *Age-related cognitive effects of the COVID-19 pandemic restrictions and associated mental health changes in Germans.* Sci Rep 12, 8172. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11283-9>
- Mielke, G.I., Hallal, P.C., Rodrigues, G.B.A., Szwarcwald, C.L., Santos, F.V., Malt, D.C. (2015). *Prática de atividade física e hábitos de assistir televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013.* Epidemiol Serv Saude. 24(2): 277- 286.
- Millenson, J. R. (1975). *Princípios de análise do comportamento.* Brasília, DF: Coordenada. (Original publicado em 1967).
- Minayo, M. C. de S.. (2012). *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.* Ciência & Saúde Coletiva, 17(3), 621–626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Minett, T.S.C., Da Silva, R.V., Ortiz, K.Z., Bertolucci, P.H.F. (2008). *Subjective memory complaints in an elderly sample: a cross-sectional study.* Int J Geriatric Psychiatry;23(1):49–54.
- Miskowiaka, K.W., Johnsen, S., Sattler, S.M., Nielsen, S., Kunalanc, K., Rungbye, J., Lapperreg, T., Porsberg, C.M. (2021). *Cognitive impairments four months after COVID-19 hospital discharge: Pattern, severity and association with illness variables.* European Neuropsychopharmacology 46:39–48. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.03.019>
- Moebus, R. y Fernandes, J.S. (s.d.). *Crise – a propósito de uma base conceitual.* Metipolá.

- Mol ,M., Carpay, M., Ramakers, I., Rozendaal, N., Verhey, F., Jolles, J. (2007). *The effect of perceived forgetfulness on quality of life in older adults; a qualitative review*. Int J Geriatric Psychiatry;22(5):393–400.
- Molefi, M., Tihakanelo, J., Phologolo, T., Hamda, S.G., Masupe, T., Tsimba, B. et al (2020). *The impact of China's lockdown policy on the incidence of CoVID-19: an interrupted time series analysis*. Research Square. <https://www.researchsquare.com/article/rs-32944/v1>.
- Montero, D. (2020). *La modernidad acelerada y sus desafíos. Una conversación con Hartmut Rosa*. Revista de Humanidades, n. 41, p. 281-307.
- Moraes, E.N., Moraes, F.L. y Lima, S.P.P (2010). *Características biológicas e psicológicas do envelhecimento*. Rev. méd Minas Gerais, 20(1):67-73.
- Moraes, R.F. (2020). *Prevenindo Conflitos Sociais Violentos em Tempos de Pandemia: garantia da renda, manutenção da saúde mental e comunicação efetiva*. Nota técnica 27 do IPEA (Instituto de Pesquisa Autônoma Aplicada). Boletim de Análise Político-Institucional | n. 22.
- Moreira, E.M.D.F., Sousa, M.N.A.D. (2021). *Olhares sobre o impacto do isolamento social à saúde mental do idoso*. Journal of Medicine and Health Promotion [Internet];6:234-244. Available from: <https://jmhp.unifip.edu.br/index.php/jmhp/article/view/140>
- Morens, D.M., Folkers, G.K. and Fauci, A.S. (2009). *What is a pandemic?* J Infect Dis, 200(7):1018-1021.
- Morsch, P., Mirandola, A.R., Caberlon, I.C., José, Â., Bós, G. (2017). *Factors associated with health-related decision -making in older adults from Southern Brazil*. GeriatrGerontol Int; 17(5):798-803.
- Mota, J.L., Silva, D.S., Sousa, P., Silva, E.V., Pilger, C., Lima, L.F., Lentsck, M.H. (2022). *Meanings of spirituality and religiosity for elderly in their life and in the COVID-19 pandemic*. Research, Society and Development, v. 11, n. 4, e39411427511.
- Moura, E.C., Cortez-Escalantell, J., Cavalcantel, F.V., Barreto, I.C.H.C., Sanchez, M.N., Santos, L.M.P. (2022). *Covid-19: evolução temporal e imunização nas três ondas epidemiológicas, Brasil, 2020–2022*. Rev SaudePublica;56:105. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004907>
- Mufford, M.S., van der Meer, D., Andreassen, O.A., Ramesar, R., Stein, S.J., Dalvie, S. (2021). *A review of systems biology research of anxiety disorders*. Braz J Psychiatry;43(4):414-423 doi:10.1590/1516-4446-2020-1090
- Munster, V.J., Koopmans, M., Doremalen, N.V., Riel, D.V., Wite, E. (2020). *A novel coronavirus emerging in China – key questions for impact assessment*. N Engl J Med. 382(2): 692-694. doi: 10.1056/NEJMp2000929.

- Muralidar, S., Ambi, S.V., Sekaran, S., Krishnan, U.M. (2020). *The emergence of COVID-19 as a global pandemic: Understanding the epidemiology, immune response and potential therapeutic targets of SARS-CoV-2*. *Biochimie* 179, 85-100.
- Nair, S., Sawant, N., Thippeswamy, H., Desai, G. (2021). *Gender Issues in the Care of Elderly: A Narrative Review*. *Indian J Psychol Med.* 2021;43(5S):48S–52S.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Vol. 3. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. (2001). *Solidão em diferentes níveis etários*. *EstudInterdiscipEnvelhec*;3:71-88
- Neto, J.G., Temelini, M.G., Forlenza, O.V. (2005). *Diagnóstico diferencial das demências*. *RevPsiquiátrClín* 2005; 32(3): 119-30.
- Niklasson, J., Näsman, M., Nyqvist, F., Conradsson, M., Olofsson, B, Lövheim, H., Gustafson, Y. (2017). *Higher morale is associated with lower risk of depressive disorders five years later among very old people*. *Arch Gerontol Geriatrics*; 69(7):61-68.
- Niklasson, J., Näsman, M., Nyqvist, F., Conradsson, M., Olofsson, B, Lövheim, H., Gustafson, Y. (2015). *High morale is associated with increased survival in the very old*. *Age Ageing*; 44(4):630-636.
- Normando, D. y Honório H.M. (2023). *Bioestatísticaquasesemfórmulas*. The Life Press. ISBN: 978-65-992833-3-8
- Nwachukwu, I., Nkire, N., Shalaby, R., Hrabok, M., Vuong, W., Gusnowski, A. et al (2020). *COVID-19 Pandemic: Age-Related Differences in Measures of Stress, Anxiety and Depression in Canada*. *Int J Environ Res Public Health*;17(17):6366 [FREE Full text] [doi: 10.3390/ijerph17176366] [Medline: 32882922]
- O'Brien, M., Moore, K, McNicholas, F. (2020). *Social media spread during Covid-19: the pros and cons of likes and shares*. *Ir Med J.*;113(4):52. Disponible en: <https://www.irishpsychiatry.ie/wp-content/uploads/2020/04/>
- O'Connor , M. (2010). *PTSD in Older Bereaved People*. *Aging Ment Health*;14(6):670–8.
- Oliveira, J. T. de ., Lira, T. B. de ., & Abreu, . C. R. de C. (2021). *A Saúde Mental Dos Idosos Em Tempos De Pandemia- Covid-19*. *Revista Coleta Científica*, 5(9), 20–30. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5034787>
- Oliveira, J.R., Brêtas, J.R.S., Yamaguti, L. (2007). *A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol.41, n. 3, ISSN 0080-6234. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300007.

- Oliveira, K.L., Santos, A.A.A., Cruvinel, M., Néri, A.L. (2006). *Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos*. *Psicologia em Estudo*;11:351-9.
- Oliveira, T.M., Araujo, A.C.O. (2020). *Consequências da subnotificação dos casos de COVID-19 para a saúde pública no Brasil*. *InterAm J Med Health*;3:e202003062
- Oman, D. (2015). *Defining religion and spirituality*. In: Paloutzian, R.F. y Park, C.L. (Ed.). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. 2 ed. New York: The Guilford Press, p. 23-47.
- Orellana, J.D.Y., Cunha, G.M., Marrero, L., Leite, I.C., Domingues, C.M.A.S., Horta, B.L. (2022). *Changes in the pattern of COVID-19 hospitalizations and deaths after substantial vaccination of the elderly in Manaus, Amazonas State, Brazil*. *Cad. Saúde Pública*; 38(5):PT192321
- Organización Pan-americana de la Salud (OPAS) (2003). *Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores*. 3ª ed. Washington: OPAS.
- Organización Pan-americana de la Salud (OPAS) (2020). *OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia*. <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acceso el 02 de abril de 2023.
- Organización Pan-americana de la Salud (OPAS) (2020a). <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos>. Acceso el 29 de marzo de 2023.
- Organización Pan-americana de la Salud (OPAS) (2020a). *Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo*. Washington: OPAS Information.
- Organización Pan-americana de la Salud (OPAS) (2020b). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. *J. nurs. Health*, 10(n.esp.):e20104007,9. Washington: OPAS.
- Organización Pan-americana de la Salud (OPAS) (2022). <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acceso el 07 de abril de 2023.
- Organización PanAmericana de Salud (OPAS) (2018). *MI-mhGAP: Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à Saúde*. Versão 2.0. Brasília, DF.
- Palley, T.I. (2018). *Globalization Checkmated? Political and Geopolitical Contradictions. Coming Home to Roost*. Political Economy Research Institute WORKINGPAPER SERIES Number 466.
- Paluska, S.A., Schwenk, T.L. (2000). *Physical activity and mental health*. *Sports medicine*;29(3):167-80.

- Pancani, L., Marinucci, M., Aureli, N. y Riva, P. (2020). *Forced social isolation and mental health: a study on 1006 Italians under COVID-19 quarantine*. PsyArXiv Preprints.
- Pantell, M., Rehkopf, D., Jutte, D., Syme, S.L., Balmes, J., Adler, N. (2013). *Social isolation: a predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors*. Am J Public Health; 103:2056-62.
- Paolini, S., Devita, M., Epifania, O.M., Anselmi, P., Sergi, G., Mapelli, D., Coin, A. (2021). *Perception of stress and cognitive efficiency in older adults with mild and moderate dementia during the COVID-19-related lockdown*. Journal of Psychosomatic Research. Volume 149, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110584>.
- Papaleo Netto, M.; Ponte, J.R. (2002). *Envelhecimento: desafio na transição do século*. In: Papaleo Netto, M. (org) Gerontologia. São Paulo: Atheneu, p. 3-12.
- Papalia, D. E.; Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. 12ed. Porto Alegre: AMGH.
- Paranhos, D.G.A.M. y Albuquerque, A. (2018). *Autonomy of the elderly patient in the context of medical health care and its relational aspect*. R. Dir. sanit., São Paulo v.19 n.1, p. 32-49, mar./jun.
- Parente, M.A.M.P. et al (2006). *Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed.
- Park, M.H., Min, J.Y., Min, H.Y., Lee, H.J., Lee, D.H., Song, M.S. (2007). *Subjective memory complaints and clinical characteristics in elderly Koreans: a questionnaire survey*. Int J Nurs Stud; 44(8):1400–5.
- Park, S., Lee, JH., Lee, J. et al (2019). *Interactions between subjective memory complaint and objective cognitive deficit on memory performances*. BMC Geriatr 19, 294. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1322-9>
- Pavarini, S.C.I. y Neri, A.L. (2000). *Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos*. In: DUARTE YAO; Diogo, M.J.D. *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo, Atheneu.
- Pelluchon, C. (2016). *Taking vulnerability seriously: what does it change for bioethics and politics?* In: Masferrer, A., Garcia-Sánchez, E. (Eds.). *Human dignity of the vulnerable in the age of rights*. Valencia: Springer. p. 293-312.
- Peng, J., Wu, W.H., Doolan, G., Choudhury, N., Mehta, P., Khatun, A., et al (2022). *Marital Status and Gender Differences as Key Determinants of COVID-19 Impact on Wellbeing, Job Satisfaction and Resilience in Health Care Workers and Staff Working in Academia in the UK During the First Wave of the Pandemic*. Front Public Health. 10:928107. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.928107>.

- Pereira, M.D., Oliveira, L.C., Costa, C.F.T., Bezerra, C.M.O., Pereira, M.D., Santos, C.K.A. et al (2020). *The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review*. Res Soc Dev;9(7):1-35.
- Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Aceituno Nieto, P., Muñoz Díaz, C., Bueno López, C., Ruiz-Santacruz, J.S.; Fernandez Morales, I., Castillo Belmonte, A.B., De Las Obras-Loscertales Sampérez, J., VilluendasHijosa, B. (2022). *“Un Perfil De Las Personas Mayores En España, 2022. Indicadores Estadísticos Básicos”*. Madrid, Informes Envejecimiento En Red N° 29, 40p.
- Peters, B.G. (1986). *American Public Policy*. Chatham, N.J.: Chatham House.
- Philip, K., Cumella, A., Farrington-Douglas, J., Laffan, M., Hopkinson, N. (2020). *Respiratory patient experience of measures to reduce risk of COVID-19: findings from a descriptive cross-sectional UK wide survey*. BMJ;10(9):e040951. [FREE Full text] [doi: 10.1136/bmjopen-2020-040951] [Medline: 32912958]
- Philip, K.E.J., Polkey, M.I., Hopkinson, N.S., Steptoe, A., Fancourt, D. (2020). *Social isolation, loneliness and physical performance in older-adults: fixed effects analyses of a cohort study*. Sci Rep.;10(1):13908. doi: 10.1038/s41598-020-70483-3
- PicazaGorrochategi, M., EigurenMunitis, A., Dosil Santamaria, M., Ozamiz Etxebarria, N. (2020). *Stress, Anxiety, and Depression in People Aged Over 60 in the COVID-19 Outbreak in a Sample Collected in Northern Spain*. Am J Geriatr Psychiatry;28(9):993-998 [FREE Full text] [doi: 10.1016/j.jagp.2020.05.022] [Medline: 32576424]
- Piccolo, L. R. (2010). *Relações entre variáveis psicossociais e cognitivas e o desempenho em leitura em crianças de uma coorte populacional*. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Pimentel, I.R.S., Coelho, B.C., Lima, J. C., Ribeiro, F.G., Sampaio, F.P.C., Pinheiro, R.P. e Rocha Filho, F.S. (2011). *Description of demand in a Family Health Unit*. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, Brasil, Jul-Set; 6(20): 175-81.
- Pinto, C., Pais-Ribeiro, J.L. (2007). *Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde*. Arquivos de Medicina, Porto, v. 21, n. 2, p. 47-53. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132007000200002&lng=pt&nrm=iso
- Pires, P.A.D., Medeiros, R.A., Alves, K.L., Castro Júnior, F.P., Diniz, E.C.A., Leite, R.C.N., Montenegro, R.M. (2023). *Impacto da pandemia da COVID-19 no estado funcional dos idosos: revisão de escopo*. Fisioter Bras.;24(2):231-48 doi:10.33233/fb.v24i2.5255
- Plath, D. (2008). *Independence in old age: The route to social exclusion?* The British Journal of Social Work, 38(7), 1253–1269. Crossref.
- Pocinho, M. y Macedo, E. (2017). *Solidão: Um Construto Complexo*. INTERAÇÕES: SOCIEDADE E AS NOVAS MODERNIDADES 32. pp. 53-66.

- Polizzi C, Lynn SJ, Perry A. Stress and coping in the time of COVID-19: Pathways to resilience and recovery. *Clinical Neuropsychiatry*. 2020, 17(2): 5962.
- Prado, M.F., Antunes, B.B.P., Bastos, L.S.L., Peres, I.T, Silva, A.A.B., Dantas, L.F., Baião, F.A., Maçaira, P., Hamacher, S., Bozza, F.A. (2020). *Analysis of COVID-19 under-reporting in Brazil*. *Rev Bras Ter Intensiva*;32(2):224-228
- Pressman, S. et al (2005). *Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen*. *Health Psychology*, v. 24, n. 3.
- Prina, A.M., Ferri, C.P., Guerra, M., Brayne, C., Prince, M. (2011). *Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross-cultural study*. *Br J Psychiatry* 2011;199(6):485-491. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083915.
- Queiroz, P. P. & Guilhardi, H. J. (2001). *Identificação e análise de contingências geradoras de ansiedade: caso clínico*. In H. J. Guilhardi, M. B. Madi, P.P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (pp. 257-268). Santo André, SP: Esetec.
- Ramos, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*. v. 19, p. 793-797.
- Reichert, A.R. y Tauchmann, H. (2017). *Workforce reduction, subjective job insecurity, and mental health*. *Journal of Economic Behavior & Organization*; 133:187- 212.
- Reynolds, D.L., Garay, J.R., Deamond, S.L., Moran, M.K., Gold, W. y Styra, R. (2008). *Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience*. *Epidemiol. infect.*, 136(7):997–1007.
- Röhr, S., Reininghaus, U. and Riedel-Heller, S. (2020). *Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey*. *BMC Geriatrics*;20):489. DOI:10.1186/s12877-020-01889-x
- Romero, D. E., y Silva, D.R.P. (2021). *Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho*. *Cad. Saúde Pública* 37 (3).
- Rosa, H. (2003). *Social acceleration: ethical and political consequences of a desynchronized highspeed society*. *Constellations*, v. 10, n. 1.
- Rosa, H. (2016). *Alienación y aceleración: hacia una teoría crítica de la temporalidad en la modernidad tardía*. Katz Editores, v. 2047.
- Rosa, H. (2019). *Aceleração: a transformação das estruturas temporais na modernidade*. Editora UNESP.

Russell, T.W., Hellewell, J., Abbott, S., Golding, N., Gibbs, H., Jarvis, C., van Zandvoort, K., cmmidnCov working group, et al (2020). *Using a delay-adjusted case fatality ratio to estimate under-reporting.* Available from: https://cmmid.github.io/topics/covid19/global_cfr_estimates.html

Sáez, A. (2016). *La peste Antonina: una peste global en el siglo II d.C.* RevChillInfect.

Santos Filho, A., Dourado, P., Vieira, L. and Lima, A. (2021). *COVID-19 – Impacto Epidemiológico da Vacinação.* Subsecretaria de Saúde do Estado de Goiás. Gerência de Informações Estratégicas em Saúde - CONECTA-SUS. https://www.saude.go.gov.br/files//banner_coronavirus/protocolos-notas/S%C3%ADnteses%20de%20Evid%C3%AAsncias/2021/Vacinas%20-%20Impacto%20Epidemiol%C3%B3gico.pdf.pdf. Acesso en 02 de abril de 2023.

Santos, L.O. (2003). *The Contemporary Fear: Approaching its Different Dimensions.* Psicologia Ciência e Profissão, 23 (2), 48-55

Santos, P.P.G.V. (2021). *Globalization, inequalities and COVID-19: an analysis of the Brazilian health system in the fight against the pandemic.* Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Santos, R.A.A.S., Corrêa, R.G.C.F., Rolim, I.L.T.P. (2016). *Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem.* RevPesq Saúde; 17(3):179-183.

Saquetto, M., Schettino, L., Pinheiro, P., Sena, E.L.S., Yarid, S.D., Gomes Filho, D.L. (2013) *Aspectos bioéticos da autonomia do idoso.* Revista Bioética [online], 21, n. 3, p. 518-524. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300016>.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., Sarason, B.R. (1983). *Assessing social support: The social support questionnaire.* J Personality Soc Psychol; 44:127.

Schmidt, B., Crepaldi, A., Bolze, S.D.A., Neiva-Silva, L. y Demenech, L.M. (2020). *Mental health and psychological interventions during the new coronavirus pandemic (COVID-19).* Estud. psicol. 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>

Schonthal, B. and Jayatilake, T. Religion amid the Pandemic In: Covid-19 in Asia. Edited by: Victor V. Ramraj, Oxford University Press (2021). © the several contributors. DOI: 10.1093/oso/9780197553831.003.0018.

Schütz, D.M., Borges, L., Ferreira, L.G.F. y Irigaray, T.Q. (2021). *Relationship between loneliness and mental health indicators in the elderly during the COVID-19 pandemic.* Psico-USF, Bragança Paulista.

Segre, M. y Ferraz, F.C. (1997). *The health's concept.* Ver. SaúdePub. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>

- Semple, D., Smyth, R. (2019). *Oxford handbook of psychiatry*. 4. ed. Oxford: Oxford University Press.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). *Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019- nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations*. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74 (4), 281. doi: 10.1111/pcn.12988
- Siedner, M.J., Harling, G., Reynolds, Z., Gilbert, R.F., Haneuse, S., Venkataramani, A., et al (2020). *Social distancing to slow the U.S. COVID-19 epidemic: an interrupted time-series analysis*. medRxiv; <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.03.20052373v3>
- Silva, H.G.N., Santos, L.E.S. y Oliveira A.K.S. (2020). *Effects of the new Coronavirus pandemic on the mental health of individuals and communities*. *J. nurs. Health*, (n.esp.):e20104007.
- Silva, L., Figueiredo Filho, D., Fernandes, A. (2020). *The effect of lockdown on the COVID-19 epidemic in Brazil: evidence from an interrupted time series design*. *Cad. Saúde Pública*; 36(10):e00213920. doi: 10.1590/0102-311X00213920
- Silva, L.W.S. y Santos, K.M.O. (2010). *Illiteracy and cognitive decline: an impasse for the appropriate medication use in elderly in the family context*. *Revista Kairós Gerontologia*, 13 (1), São Paulo: 245-57.
- Silva, T.C., Scarmagnan, G.S., Batiston, A.P., Santos, M.L.M., Christofolletti G (2022). *Impact of the COVID-19 pandemic on the cognitive and motor functions of older people: a 3-year cohort study*. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*;25(2):e220146
- Smith, D.T., Mouzon, D.M., Elliott, M. (2018). *Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary*. *Am J Mens Health*. 2018 Jan;12(1):78-89. doi: 10.1177/1557988316630953.
- Solomon, R.C. (1995). *The cross-cultural comparison of emotion*. In: _____. *Emotions in sian Thought*. Albany: State University of New York Press, 1995.
- Sousa, N.F.S., Lima, M.G., Cesar, C.L.G., Barros, M.B.A. (2018). *Active aging: prevalence and gender and age differences in a population-based study*. *Cad. Saúde Pública*; 34(11):e00173317. doi: 10.1590/0102-311X00173317
- Souza Filho, Z.A., Nemer, C.R.B., Teixeira, E., Neves, A.L.M., Nascimento, M.H.M., Medeiros, H.P., Panarra, B.A.C.S., Lima, P.A.V., Gigante, V.C.G., Oliveira, V.L.G. (2021). *Factors associated with coping with the COVID-19 pandemic by older adults with comorbidities*. *Esc Anna Nery*, 25(spe):e20200495
- Souza, Celina (2006). *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16.

- Stein, D. J., & Reed, G. M. (2019). *Global mental health and psychiatric nosology: DSM-5, ICD-11, and RDoC*. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(1), 3-4. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-4101>
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Nova Iorque: Norton.
- Surís, A., Holliday, R., & North, C. S. (2016). *The evolution of the classification of psychiatric disorders*. *Behavioral Sciences* (Basel, Switzerland), 6(1), 5. <https://doi.org/10.3390/bs6010005>
- Tatit, I. y Rosa, M.D. (2013). *So that it may not be said that Freud and Lacan did not speak about loneliness*. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 5, n. 2, p. 136-143
- Teixeira, M.B. (2002). *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- The WHOQOL Group (1995). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. *Soc Sci Med*; 41(10):1403-1409.
- Theme Filha, M.M., Souza Júnior, P.R.B., Damacena, G.N., Szwarcwald, C.L. (2015). *Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*. *Rev Bras Epidemiol*; 18(Supl. 2):83-96.
- Timonen, V. and Lolich, L. (2020). *Dependency as Status: Older Adults' Presentations of Self as Recipients of Care*. *SAGE Open* Volume 10, Issue 4.
- Tobías, A. (2020). *Evaluation of the lockdowns for the SARS-CoV-2 epidemic in Italy and Spain after one month follow up*. *Sci Total Environ*; 725:138539.
- Torres, G.V., Reis, L.A. y Fernandes, M.H. (2009). *Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste*. *J. bras. psiquiatr.*, 58(1):39-44.
- Triadó, C. Y Villar, F. (Org.) (2007). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Tsutsumimoto, K., Makizako, H., Doi, T., Hotta, R., Nakakubo, S., Makino, K., Shimada, H., Suzuki, T. (2017). *Subjective memory complaints are associated with incident dementia in cognitively intact older people, but not in those with cognitive impairment: a 24-month prospective cohort study*. *Am J Geriatric Psychiatry*; 25(6):607–16.
- Uchmanowicz, I., Gobbens, R.J.J. (2015). *The relationship between frailty, anxiety and depression, and health-related quality of life in elderly patients with heart failure*. *ClinInterv Aging* 2015;10:1595-600. doi: 10.2147/CIA.S90077

- United Nations (2010). *The World's women 2010*. Trends and statistics. New York: United Nations.
- United Nations Population Fund and HelpAge International (2012). *Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge*. New York: United Nations Population Fund/London: HelpAge International.
- UOL (2020). <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/afp/2020/05/16/brasil-supera-15000-mortes-por-covid-19-bolsonaro-volta-a-atacar-confinamento.htm>
- Usher, K., Bhullar, N., Jackson, D. (2020). *Life in the pandemic: Social isolation and mental health*. *J Clin Nurs*. 2020;29(15- 16):2756-7.
- Vahia, I.V., Jeste, D.V., Reynolds, C.F. (2020). *Older Adults and the Mental Health Effects of COVID-19*. *JAMA*;324(22):2253–2254. doi:10.1001/jama.2020.21753
- Valtorta, N.K., Kanaan, M., Gilbody, S., Hanratty, B. (2018). *Loneliness, social isolation and risk of car - diovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing*. *Eur J Prev Cardiol*; 25:1387-96.
- Veras, R.P. (2003). Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 19, p. 705-715.
- Veras, R.P.; Caldas, C.P.; Araújo, D.V.; Kuschnir, R.; Mendes, W. (2008). *Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil*. *Revista de Saúde Pública*. v. 42, p. 497-502.
- Vernuccio, L., Sarà, D., Inzerillo, F., Catanese, G., Catania, A., Vesco, M., Cacioppo, F., Dominguez, L.J., Veronese, N., Barbagallo, M. (2022). *Effect of COVID-19 quarantine on cognitive, functional and neuropsychiatric symptoms in patients with mild cognitive impairment and dementia*. *Aging Clinical and Experimental Research*. 34:1187–1194
- Visser, M., Schaap, L., Wijnhoven, H.A.H. (2020). *Self Reported Impact of the COVID-19 Pandemic on Nutrition and Physical Activity Behaviour in Dutch Older Adults Living Independently*. *Nutrients*; 30(12):3708.
- Vokó, Z., Pitter, J.G. (2020). *The effect of social distance measures on COVID-19 epidemics in Europe: an interrupted time series analysis*. *GeroScience*; 42:1075-82
- Vrach, I.T., Tomar, R. (2020). *Mental health impacts of social isolation in older people during COVID pandemic*. *ProgressNeurol Psychiatry*;24(4):25-9.
- Werminghoff, F.N. (2020). *Um breve ensaio sobre a economia política da globalização e a geografia política da COVID-19*. In: *Revista Ensaios de Geografia*, Niterói, vol. 5, nº 9, p. 75-80.

- Whatley, M.C., Siegel, A.L.M., Schwartz, S.T., Silaj, K.M., Castel, A.D. (2020). *Younger and Older Adults' Mood and Expectations Regarding Aging During COVID-19*. *Gerontol Geriatr Med* 2020;6:2333721420960259 [FREE Full text] [doi:10.1177/2333721420960259] [Medline: 32984443]
- Wilder-Smith, A., Freedman, D.O. (2020). *Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak*. *J Travel Med*; 27:2.
- Wolf, M.S., Serper, M., Opsasnick, L., O'Connor, R.M., Curtis, L., Benavente, J.Y. et al ((2020). *Awareness, attitudes, and actions related to COVID-19 among adults with chronic conditions at the onset of the U.S outbreak: a cross-sectional survey*. *Ann Intern Med*;173(2):100-9. <http://dx.doi.org/10.7326/M20-1239>. PMID:32271861.
- Wolitzky-Taylor, K.B., Castriotta, N., Lenze, E.J., Stanley, M.A., Craske, M.G. (2010). *Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review*. *Depression and anxiety*;27(2):190-211. doi: 10.1002/da.20653
- Wong, S.Y.S., Zhang, D., Sit, R.W.S., Yip, B.H.K., Chung, R.Y., Wong, C.K.M., Chan, D.C.C., Sun, W., Kwok, K.O., Mercer, S.W. (2020). *Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care*. *Br J Gen Pract*;70(700):e817-e824. doi: 10.3399/bjgp20X713021. PMID: 32988955; PMCID: PMC7523921.
- World Health Organization (WHO) (1946). *Constitución de Organización Mundial de Salud*. Geneva: WorldHealthOrganization. Recuperado en <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- World Health Organization (WHO) (2001). *Men ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: World Health Organization. ISBN 92 4 156257 9
- World Health Organization (WHO) (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.*
- World Health Organization (WHO) (2014a) *Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012*. Geneva: WHO; s.fDisponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

- World Health Organization (WHO) (2014b). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO; Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
- World Health Organization (WHO) (2014c). *From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries: executive summary 2011*. Geneva: World Health Organization; World Economic Forum; Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary/en/
- World Health Organization (WHO) (2019). *VIH/sida. Datos y cifras*. Ginebra: OMS; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hiv-aids>
<https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/medicos-y-epidemias.pdf>
- World Health Organization (WHO) (2020). *Munich Security Conference*. Munich: WHO; 2020. Available at: Munich Security Conference (who.int).
- World Health Organization (WHO) (2020). *Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Geneva: Author. Retrieved from <http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-oncovid-19-final-report.pdf>
- World Health Organization (WHO) (2020b). *Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic*. World Health Organization information.
- World Health Organization (WHO) (2020b). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (WHO) (2021). *Action required to address the impacts of the COVID-19 pandemic on mental health and service delivery systems in the WHO European Region*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2021). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD11 MMS)* [Internet]. WHO: Geneve; [Cited 2021 Maio 23]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- World Health Organization (WHO) (2023). *Relatório Mundial de Desenvolvimento Hídrico 2023 elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU)*.
- Wu, B. (2020). *Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge*. Glob Health Res Policy, 5:27.
- Wu, D., Wu, T., Liu, Q., Yang, Z. (2020). *The SARS-CoV-2 outbreak: what we know*. Int. J. Infect. Dis. 94, 44e48, <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.004>.
- Xiang, Y.T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. y Ng, C.H. (2020). *Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed*. Lancet Psych, 7(3):228-229.

Yim, S.J., Yi, D., Byun, M.S., Choe, Y.M., Choi, H.J., Baek, H., Sohn, B.K., Kim, J.W., Kim, E.J., Lee, D.Y. *Screening ability of subjective memory complaints, informant-reports for cognitive decline, and their combination in memory clinic setting.* *Psychiatry Investig*;14(5):640–6.

Yu-Hui, L., Yang, C., Qing-Hua, W., Ling-Ru, W., Li, J., Ying, Y., Xian, C., Ying, L., Yuan, C., Cheng, X., Jie, Z., Wei, L., Ye-Ran, W., Li-Li, Z., Juan, L., Zhi-Qiang, X., Yan-Jiang, W. (2022). *One-Year Trajectory of Cognitive Changes in Older Survivors of COVID-19 in Wuhan, China A Longitudinal Cohort Study.* *JAMA Neurol*;79(5):509-517. doi:10.1001/jamaneurol.2022.0461

Zamignani, D. y Banaco, R. (2005). *Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade.* *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 7(1), 77-92. doi: 10.31505/rbtcc.v7i1.44

Zandi, T. *Relationship between subjective memory complaints, objective memory performance, and depression among older adults.* *Am J Alzheimer's Dis Dement*;19(6):353–60.

Zhang, Y., Wang, S., Ding, W., Meng, Y., Hu, H., Liu, Z. et al (2020). *Status and influential factors of anxiety depression and insomnia symptoms in the work resumption period of COVID-19 epidemic: A multicenter cross-sectional study.* *J PsychosomRes*;138:110253 [FREE Full text] [doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110253] [Medline: 32979696]

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., et al. (2020). *A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019.* *N. Engl. j. med*, 382:727-33.

Zilboorg, G. (1938). *Loneliness.* *Atlantic Monthly*, 45-54.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES BUENOS AIRES, ARGENTINA

SUBQUESTIONÁRIO #1



“Efectos cognitivos y psicosociales en personales mayores de 60 años, en el período del confinamiento por la pandemia de la COVID-19, en dos ciudades del interior de la provincia de Sao Paulo, Brasil, entre los años de 2020 y 2022”

Participante n.º _____ Ribeirão Preto () Inúbia Paulista () Data:
 ___/___/___

Pergunta #01: Qual sua Idade? _____ anos

Pergunta #02: Qual seu gênero?

Masculino () Feminino () Não me identifico com nenhum dos dois ()

Pergunta #03: Apresenta alguma doença crônica? Sim () Não ()

Pergunta #04: Se respondeu SIM na pergunta 03, diga a que grupo pertence a sua doença:

- () Doenças cardiovasculares
- () Doenças pulmonares
- () Doenças digestivas
- () Doenças osteomusculares
- () Doenças neurológicas
- () Doenças psiquiátricas
- () Doenças endocrinológicas
- () Outras doenças: _____

Pergunta #05: Você teve COVID-19? Sim () Não ()

Pergunta #06: Você precisou ficar internado por COVID-19? Sim () Não ()

Pergunta #07: Você foi vacinado para COVID-19 em 2021?

Sim, esquema completo () Sim, mas esquema incompleto () Não ()

Pergunta #08: Você já foi vacinado para COVID-19 em 2022?

Sim, esquema completo () Sim, mas esquema incompleto () Não ()

APÉNDICE 2

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES BUENOS AIRES, ARGENTINA



SUBQUESTIONÁRIO #2

“Efectos cognitivos y psicosociales en personas mayores de 60 años, en el período del confinamiento por la pandemia de la COVID-19, en dos ciudades del interior de la provincia de Sao Paulo, Brasil, entre los años de 2020 y 2022”

ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY, adaptado à cultura brasileira

9) Em relação ao telefone:

- 3
 Recebe e faz ligações sem assistência
 2
 Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
 1
 Não tem hábito ou é incapaz de usar o telefone

10) Em relação às viagens:

- 3
 Realiza viagens sozinha
 2
 Somente viaja quando tem companhia
 1
 Não tem hábito ou é incapaz de viajar

11) Em relação à realização de compras:

- 3
 Realiza compras, quando é fornecido o transporte
 2
 Somente faz compras quando tem companhia
 1
 Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras

12) Em relação ao preparo das refeições:

- 3
 Planeja e cozinha as refeições completas
 2
 Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
 1
 Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições

13) Em relação ao trabalho doméstico:

- 3
() Realiza tarefas pesadas
- 2
() Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas
- 1
() Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

14) Em relação ao uso de medicamentos:

- 3
() Faz uso de medicamentos sem assistência
- 2
() Necessita de lembretes ou assistência
- 1
() É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

15) Em relação ao manuseio do dinheiro:

- 3
() Preenche cheque e paga contas sem auxílio
- 2
() Necessita de assistência para uso de cheques e contas
- 1
() Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

Escala de Lawton e Brody (LAWTON; BRODY,1969). Adaptação para a cultura brasileira (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008)

Classificação:

Dependência total = 7

Dependência parcial >7 < 21

Independência= 21

APÉNDICE 3

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES BUENOS AIRES, ARGENTINA



SUBQUESTIONÁRIO #3

“Efectos cognitivos y psicosociales en personales mayores de 60 años, en el período del confinamiento por la pandemia de la COVID-19, en dos ciudades del interior de la provincia de Sao Paulo, Brasil, entre los años de 2020 y 2022”

Participante n.º _____ Ribeirão Preto () Inúbia Paulista () Data:
 ___/___/___

Pergunta #16: Com quantas pessoas você morou durante o confinamento?

- () 0
 () 1
 () 2
 () 3 ou mais

Pergunta #17: Você acha que o confinamento piorou a sua orientação (por exemplo: dificuldade em saber o dia da semana em que estamos, o dia do mês ...)?

- () Nada
 () Pouco
 () Um pouco
 () Bastante
 () Muito

Pergunta #18: Acha que o confinamento piorou a sua memória (por exemplo: dificuldade em encontrar os seus pertences pessoais - óculos, telefone... -, lembrar-se de acontecimentos, conversas, nomes de pessoas...)?

- () Nada
 () Pouco
 () Um pouco
 () Bastante
 () Muito

Pergunta #19: Você acha que o confinamento piorou sua atenção e concentração (por exemplo: dificuldade em se concentrar em uma tarefa como ler, escrever, jogar jogos de tabuleiro ...)?

- () Nada
 () Pouco
 () Um pouco
 () Bastante
 () Muito

Pergunta #20: Você acha que devido ao confinamento passou a realizar algumas tarefas mais devagar (por exemplo: ler, escrever, calcular...)?

- () Nada
 () Pouco
 () Um pouco
 () Bastante
 () Muito

Pergunta #21: Você acha que o confinamento torna mais difícil para você encontrar uma palavra, realizar tarefas de planejamento e/ou passar de uma tarefa para outra?

- Nada
- Pouco
- Um pouco
- Bastante
- Muito

Pergunta #22: Você acha que o confinamento diminuiu sua capacidade de identificar suas emoções e as dos outros?

- Nada
- Pouco
- Um pouco
- Bastante
- Muito

Pergunta #23: Você acha que o confinamento piorou sua capacidade de calcular (por exemplo: somar, subtrair ...)?

- Nada
- Pouco
- Um pouco
- Bastante
- Muito

Pergunta #24: Você acha que o confinamento piorou sua habilidade linguística (por exemplo: falar, escrever ...)?

- Nada
- Pouco
- Um pouco
- Bastante
- Muito

Pergunta #25: Como você se mantém ativo ou mentalmente ativo?

- Leitura (jornais/revistas, livros, tablets, celulares ...)
- Jogos de mesa
- Aplicações de programas de estimulação cognitiva
- Cursos online (idiomas ...)
- Outros

Pergunta #26: Se você respondeu 'outros', na pergunta anterior, especifique quais:

Pergunta #27: Você tem medo de que sua saúde seja afetada?

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo
- Sempre

Pergunta #28: Você quer cooperar ou mostrar solidariedade para ajudar outras pessoas?

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo
- Sempre

Pergunta #29: Você se sente triste por estar isolado e limitado em seus movimentos?

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo
- Sempre

Pergunta #30: Sentindo-se triste por não poder compartilhar tempo com seus entes queridos?

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo
- Sempre

Pergunta #31: Você quer investigar e se manter atualizado com os impactos da pandemia na saúde, sociais e econômicos?

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo
- Sempre

Pergunta #32: Você acha que ele usa seu senso de humor para se adaptar à situação?

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo
- Sempre

Pergunta #33: Sentindo-se ansioso por não ser capaz de prever o que vai acontecer?

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo
- Sempre

Pergunta #34: Você sofre de solidão ou se sente solitário?

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo
- Sempre

Pergunta #35: Você tem medo de não conseguir lidar positivamente com o confinamento se precisar prolongá-lo por muito mais tempo?

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo
- Sempr

Pergunta #361: Quantas pessoas do seu ambiente familiar, amigos, vizinhos com quem você não mora você teve contato (conversas) (pessoalmente ou virtualmente) nos últimos 7 dias?

- Ninguém
- 1-2 pessoas
- 3-5 pessoas

- 6-8 pessoas
- 9 ou mais pessoas

Pergunta #37: Com quem você entrou em contato na última semana?

- Família
- Amigos
- Vizinhos
- Outros
- Todos os anteriores

Pergunta #38: Existe algum outro aspecto que o preocupa com a situação que não foi mencionada no questionário que você acabou de preencher? Qual?

Pergunta #39: O que o ajudou a se sentir melhor durante o confinamento?

APÉNDICE 4

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES BUENOS AIRES, ARGENTINA



SUBQUESTIONÁRIO #4

“Efectos cognitivos y psicosociales en personales mayores de 60 años, en el período del confinamiento por la pandemia de la COVID-19, en dos ciudades del interior de la provincia de Sao Paulo, Brasil, entre los años de 2020 y 2022”

Participante n.º _____ Ribeirão Preto () Inúbia Paulista () Data:
 ___/___/___

Pergunta #40: Você acha que realizou o confinamento de maneira adequada, conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde do Brasil?

Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não () Não sei opinar ()

Pergunta #42: Você acompanha (ou acompanhou), durante a pandemia de COVID-19, em algum serviço específico de Saúde Mental?

Sim () Não ()

Pergunta #42: Você foi em alguma consulta no Centro de Saúde, durante a pandemia de COVID-19, por conta de problemas de Saúde Mental, como depressão, ansiedade ou outro?

Sim () Não ()

Pergunta #43: Você acha importante iniciar (ou continuar) algum acompanhamento psicossocial (atualmente ou nos próximos meses), por conta do que viveu (ou vive) na pandemia?

Sim () Não () Não sei opinar ()

Pergunta #44: Se você respondeu SIM na pergunta #04, diga o porquê:

Pergunta #45: Você acha que os serviços de Saúde Mental (ou Centros de Saúde) da sua cidade estão preparados para cuidar de você e de todos aqueles de que necessitarem de cuidados em Saúde Mental?

Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não () Não sei opinar ()

Pergunta #46: Se você respondeu NÃO na pergunta #06, diga o porquê:

APÉNDICE 5

20/09/2021 20:37

Email – Mario Angelo Cenedesi Júnior – Outlook

RV: autorización para uso de encuesta

Fundació Salut i Envel·liment UAB <fsie@uab.cat>

Qua, 15/09/2021 06:58

Para: mariocenedesi@outlook.com <mariocenedesi@outlook.com>

De: Sara Domènech Pou <Sara.Domenech@uab.cat>

Enviado el: lunes, 13 de septiembre de 2021 12:19

Para: Fundació Salut i Envel·liment UAB <fsie@uab.cat>

Asunto: RE: autorización para uso de encuesta

Hola,

Por mi parte no hay ningún problema, siempre y cuando nos menciones en tu Tesis y futuros artículos.

Estamos en contacto,

Saludos desde Barcelona,

Sara

De: Mario Angelo Cenedesi Júnior <mariocenedesi@outlook.com>

Enviado el: viernes, 10 de septiembre de 2021 14:45

Para: Fundació Salut i Envel·liment UAB <fsie@uab.cat>

Asunto: autorización para uso de encuesta

No soleu rebre correu de mariocenedesi@outlook.com. [Descobriu per què aquest fet pot ser un problema](#).

Estimados profesionales de la Fundació Salut i Envel·liment UAB,
espero que todo les vaya bien.

Soy Mario Cenedesi, médico brasileño y curso el Doctorado en Salud Pública en la Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales (UCES) en Buenos Aires, Argentina.

El motivo de ese correo es para pedirles autorización para uso de su encuesta "EFECTES COGNITIVS I PSICOSOCIALS DEL CONFINAMENT EN PERSONES GRANS", de 2020, a ser parte de mi encuesta de tesis - aplicaremos el cuestionario en dos grupos poblaciones distintos, en Brasil, de ciudades geográficamente distintas, para compararnos los resultados.

Les recuerdo que los derechos de la encuesta serán completamente llevados en cuenta, con posterior mención de su grupo en la tesis, y la encuesta será adaptada para la realidad brasileña.

Quédome a disposición para posteriores esclarecimientos.

Gracias, cordiales saludos.

<https://outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AQQkADAwATM3ZmYAZS0wZDZlLWl0ZDMlMDACLTAwCgAQAF2QUAjZrPRMnUMYXOc5g0U%3D>

1

20/09/2021 20:37

Email – Mario Angelo Cenedesi Júnior – Outlook

[Dr. Mario Angelo Cenedesi Júnior](#)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES - BUENOSAIRES, ARGENTINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Consentimiento Informado)

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo intitulado “*Efectos cognitivos psicosociales en personas mayores de 60 años, en el período del confinamiento por la pandemia de la COVID-19, en dos ciudades del interior de la provincia de Sao Paulo, Brasil, entre los años de 2020 y 2022*” (“**Efeitos cognitivos psicossociais em pessoas idosas acima de 60 anos, no período do confinamento pela pandemia da COVID-19, em duas cidades do interior do estado de São Paulo, Brasil, entre os anos de 2020 e 2022**”), desenvolvido por Mario Angelo Cenedesi Júnior (médico, RG 47.107.944- 3, CPF 390.645.008-27), orientado pela Prof^a Dra. Silvia Elena Vouillat, do Doutorado em Saúde Mental, da Universidade de Ciências Empresariais e Sociais, UCES, da Argentina.

O estudo se destina a conhecer os possíveis efeitos cognitivos e psicossociais gerados na população de idosos, acima de 60 anos, como decorrência do confinamento ocasionado pela pandemia da COVID-19, estudo esse que comparará duas cidades do interior do estado de São Paulo, Brasil, que apresentam perfis demográficos distintos. A justificativa do estudo está relacionada quanto à possibilidade de conhecer o perfil sociodemográfico da população com mais de 60 anos, seu grau de autonomia e independência, no período de confinamento, e estabelecer os possíveis efeitos cognitivos (capacidade de calcular, habilidade de identificar suas emoções e os outros, habilidade linguística, dificuldade de atenção, concentração e memória) psicossociais (sentimentos de humor, sentimentos de solidão, medo, preocupação), como consequência do isolamento devido ao COVID-19, entre os anos de 2020-2022, bem como a necessidade de acompanhamento por profissionais dos serviços de Saúde Mental de forma preventiva ou mesmo como tratamento contra patologias já instaladas.

Os resultados da pesquisa compreendem: a contribuição de dados e construção de conhecimentos relacionados à Saúde Mental das populações de idosos no contexto da pandemia; caracterizar o perfil de incidência dos fatores cognitivos e psicossociais da população, segundo as suas doenças prévias, o seu grau de autonomia e independência e, também, tendo em consideração a localização, localização geográfica e o perfil possivelmente diferente entre as duas cidades; oferecer reflexão sobre a importância das unidades de apoio e atenção nos serviços de Saúde Mental para maiores de 60 anos, no contexto pós-pandêmico do COVID-19; promover propostas de ampliação da qualidade de prevenção e promoção da atenção à Saúde Mental, considerando a melhoria da assistência oferecida aos maiores de 60 anos e promovendo novas pesquisas e projetos de ampliação dos serviços municipais/públicos de Saúde Mental nos municípios de Inúbia Paulista-SP e Ribeirão Preto-SP, Brasil em relação às contribuições feitas.

A pesquisa se dará (A) nas salas de espera das Unidades Básicas de Saúde (em Ribeirão Preto-SP: USF Heitor Rigon; UBDS Vila Virgínia; UBS São José; UBDS Sumarezinho; UBS Vila Tibério; em Inúbia Paulista- SP: UBS de Inúbia Paulista), em horário e dias combinados com as Secretarias Municipais de Saúde, e/ou (B) nos domicílios dos participantes, a partir de busca ativa domiciliar, com tempo de duração da entrevista não superior a 30 minutos. O(A) senhor(a) responderá, de forma anônima, 04 (quatro) questionários referentes ao tema proposto em folha impressa ou via plataforma Google Forms[®] (de modo online), aplicados pelo pesquisador ou por um responsável treinado por ele (que estará devidamente identificado e se apresentará). O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e por sua orientadora.

Os riscos da participação na pesquisa compreendem a possibilidade de remota, mas presente, de apresentar sentimentos de tristeza, nostalgia ou mesmo desconforto ao se lembrar das características apresentadas ou adquiridas pelo confinamento pela COVID-19, momento que impactou negativamente grande parte da população, como a perda de familiares e conhecidos próximos, ou mesmo por não ter podido permanecer no convívio social anterior à pandemia – em caso de o(a) participante apresentar desconforto ou um dano maior relacionado à sua participação na pesquisa, esse(a) será acolhido(a) imediatamente, sendo, se necessário, encaminhado para atendimento na UBS mais próxima, com acompanhamento direto e integral pelo pesquisador principal, o qual será o responsável por todo o suporte, complicações e/ou danos decorrentes da pesquisa (incluindo a equipe multidisciplinar, se necessário).

– o suporte, inclusive, se dará em caso de danos posteriores ao encerramento do estudo, sem que haja, em nenhuma circunstância, custos ao(a) participante (custos todos por conta do pesquisador).

Os benefícios da pesquisa incluem oferecer reflexão sobre a importância das unidades de apoio e atendimento nos serviços de Saúde Mental para maiores de 60 anos, no contexto pós-pandemia da COVID-19; promover propostas para ampliação da qualidade da prevenção e promoção da atenção à Saúde Mental, levando em consideração a melhoria do atendimento aos maiores de 60 anos e promovendo novas pesquisas e projetos de expansão dos serviços municipais/públicos de Saúde Mental nas cidades de Inúbia Paulista-SP e Ribeirão Preto-SP, Brasil em relação às contribuições feitas. A contribuição do participante do estudo será pela própria vontade do(a) senhor(a), sem receber qualquer incentivo financeiro ou qualquer outro que não seja com finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Ainda, é garantido anonimato, sigilo e privacidade, bem como o direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, a qualquer

tempo. Também está sendo informado(a) de que poderá se retirar dessa pesquisa a qualquer momento (bem como apresentar liberdade de retirar seu consentimento), sem prejuízo para o seu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

O(a) senhor(a) está sendo informado(a) de que poderá consultar a pesquisa através do e-mail mariocenedesi@outlook.com ou pelo telefone (16) 991487935, a qualquer momento (24h/dia // 07 dias por semana), bem como retirar dúvidas e, se necessário e como dito acima, comunicar seus danos e problemas decorrentes da participação na pesquisa. Ainda, o(a) senhor(a) receberá um informe (documento físico) com os resultados e recomendações/aconselhamentos pertinentes decorrentes dos resultados gerais, como, p.ex., a necessidade de acompanhamento em um serviço de Saúde Mental, sem que isso lhe traga prejuízos (trazendo-lhe, apenas, benefícios diretos). De igual maneira, as Secretarias Municipais de Saúde (que autorizaram essa pesquisa) também receberão tal informe, a fim de, se julgar pertinente, poderem orientar sua população.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Por último, o(a) senhor(a) está sendo esclarecido(a) de que os usos das informações declaradas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, de acordo com a resolução CNS 510/2016 – o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá, de Ribeirão Preto-SP, ao qual, inclusive, podem ser denunciadas ocorrências irregulares ou danosas, pelos seguintes contatos: 163603 6624 / e-mail cepbm@baraoemaui.br (horários de atendimento: segunda e sexta-feira, das 14h às 17h, e terça a quinta-feira, das 07h30 às 12h30). Ainda, por se tratar de um projeto originário a partir de uma Universidade estrangeira, foi avaliado e aprovado diretamente pela CONEP (Comissão de Ética em Pesquisa, que atua junto com os Comitês de Ética em Pesquisa a fim de implementar normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos), a quem, também, podem ser denunciadas ocorrências irregulares ou danosas, a partir dos seguintes contatos: CONEP SRTVN – Via W 5 Norte – Edifício PO700 – Quadra 701, Lote D – 3.º andar – Asa Norte, CEP 70719-040, Brasília-DF, telefone 6133155877 (horário de atendimento: 09h às 18h).

Assinatura do pesquisador:

_____ .M

Angelo Cenedesi Jr.

Rua do Professor, 600, Ap64 – Jd. Irajá, Ribeirão Preto-SP

(16) 991487935 // mariocenedesi@outlook.com

Finalmente, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto, eu DOU O MEU CONSENTIMENTO, SEM, QUE PARA ISSO, TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A). Afirmando estar assinando 02 (duas) vias deste termo, sendo assinada também pelo pesquisador (ou seu representante legal), também rubricando todas as páginas - uma destas vias está sendo entregue ao pesquisador/entrevistador, e a outra está ficando sob minha posse.

_____ de _____ de 2022.

Assinado(a) participante:

Nome:

Endereço:

Telefone:

(Participante nº RP() IP ())

ANEXOS

ANEXO 1



CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARÃO DE MAUÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os efeitos cognitivos e psicossociais em pessoas idosas acima de 60 anos, no período do confinamento pela pandemia da COVID-19, em duas cidades do interior da província de São Paulo, Brasil, entre os anos 2020 e 2022

Pesquisador: MARIO ANGELO CENEDESI JUNIOR

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 4

CAAE: 55625822.2.0000.5378

Instituição Proponente: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.588.847

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1886621.pdf, de 17/08/2022).

Introdução

Atualmente, o mundo tem aproximadamente 219 milhões de pessoas infectadas pelo Sars-CoV-2 (o vírus que causa a doença chamada COVID-19) e mais de 4.500.000 mortes (somente o Brasil é responsável por cerca de 12% desses números), em pouco mais de um ano e meio da pandemia.

Além do medo de contrair a doença, a COVID-19 tem causado diversos impactos psicossociais, como sensação de insegurança em todos os aspectos da vida, desde a perspectiva individual até a coletiva, desde o funcionamento cotidiano da sociedade até mudanças nas relações interpessoais (Frasquilho, 2020).

Os sistemas de saúde dos países entraram em colapso, os profissionais de saúde estão exaustos por longas horas de trabalho e, além disso, o método mais eficaz para controlar a doença, que é o distanciamento social, tem um impacto considerável na saúde. A

saúde mental da população (Faro, 2020; Whilder-Smith, 2020). Estudos com a população da China, primeiro país a adotar a quarentena e o isolamento social como medidas de proteção contra a

Endereço: RAMOS DE AZEVEDO
 Bairro: JARDIM PAULISTA CEP: 14.090-180
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3603-6600 Fax: (16)3618-6102 E-mail: cepbm@baraodemaua.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARÃO DE MAUÁ**



Continuação do Parecer: 5.588.847

disseminação do novo coronavírus, indicam que há possíveis consequências psicológicas desse confinamento em massa. Os resultados mostraram uma taxa maior de ansiedade, depressão, uso nocivo de álcool e menor bem-estar mental do que as taxas usuais na população (Xiang, 2020; Zhu, 2020). Ainda, o confinamento pode desencadear inúmeros outros efeitos psicossociais/cognitivos, como sentimentos de tristeza, confusão sobre a noção de tempo e espaço, perda de memória, preguiça mental, irritabilidade consigo mesmo e com as pessoas com quem convive, dificuldade para dormir, falta de apetite, alterações de humor e estresse

(Schmidit et al, 2020). Considerando que a população brasileira está envelhecendo, Barros e Botega (2013) mostram que cerca de 30% dos idosos apresentam algum transtorno comum de Saúde Mental (não incapacitante) – números que subiram para mais de 40%, na pandemia, segundo o

OMS, podendo chegar à metade, depois dela, o que implica um grande problema de Saúde Pública (atualmente e, sobretudo, nos próximos anos)(OMS, 2021). No presente trabalho serão analisadas as populações das cidades de Inúbia Paulista-SP e Ribeirão Preto-SP, levando em consideração que ambas as cidades estão distantes 400km uma da outra, na província de São Paulo, Brasil. As características geográficas das cidades são as seguintes:- Inúbia Paulista-SP: localizada no oeste da província, a quase 600km da capital paulista (segunda região mais pobre da província), possui densidade populacional de 45,1 habitantes por quilômetro quadrado e sua principal fonte da riqueza é a agricultura. A cidade tem 4.019 habitantes (segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGEa, 2021).- Ribeirão Preto: localizada no nordeste da província, a

quase 350km da capital São Paulo (uma das cidades mais ricas e desenvolvidas da província), possui densidade populacional de 1.093,6 habitantes por quilômetro quadrado e sua principal fonte de riqueza é baseada no comércio, na prestação de serviços e na indústria – seu PIB (produto interno bruto) é 3 vezes maior que o de Inúbia Paulista-SP). A cidade tem 711.825 habitantes (IBGEb, 2021). A população selecionada será aquela com mais de 60 anos (sem idade final), com amostragem estatística desses grupos, considerando as variáveis idade, escolaridade, sexo, com quantas pessoas moram, se moram sozinhos ou acompanhados, se trabalham ou não (antes e/ou durante a pandemia), o tipo de confinamento (se ficou em casa o tempo todo, se saiu apenas para aceder a atividades essenciais ou se teve saídas frequentes) e os efeitos cognitivos e psicossociais de confinamento em sua Saúde Mental – a partir da administração de entrevistas com aplicação de questionários e pesquisas nas salas de espera dos Centros de Saúde (Atenção Básica) – em Inúbia Paulista-SP, em apenas 01 Centro de Saúde; em Ribeirão Preto-SP, em 05 Postos de Saúde – e entrevistas domiciliares. Essas pessoas, a partir de uma estimativa geral baseada nos registros consultados nas organizações, apresentam aproximadamente 70% das doenças crônicas não

Endereço: RAMOS DE AZEVEDO		
Bairro: JARDIM PAULISTA	CEP: 14.090-180	
UF: SP	Município: RIBEIRAO PRETO	
Telefone: (16)3603-6600	Fax: (16)3618-6102	E-mail: ceptm@baraodemaua.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARÃO DE MAUÁ



Continuação do Parecer: 5.588.847

transmissíveis (como hipertensão, diabetes mellitus, lombalgia crônica, osteoartrite e até depressão (Romero e Silva, 2021)). Ao analisar essa população, 10,8% da população idosa brasileira mora sozinha, 39,8% mora com uma única pessoa e 49,4% mora com duas ou mais pessoas, e 56,0% afirma ter feito um confinamento intenso (com saídas apenas para mercado ou assistência social) – 12,2% disseram que não fizeram nenhum confinamento ou mudaram pouco sua rotina (Romero e Silva, 2021). Na mesma linha de pesquisa (avaliação de idosos), é possível considerar que em cidades geograficamente diferentes (número de habitantes diferentes, distribuição de diferentes faixas etárias, localização diferente na mesma província, com PIBs diferentes) a população de pessoas os maiores de 60 anos apresentam diferentes necessidades de Saúde Mental face à situação pandêmica, como resposta diferenciada ao confinamento, pois são cidades com dinâmicas em relação a diferentes ritmos de vida, em geral, e particularmente nesta faixa etária, que, possivelmente, refletirá no perfil a ser avaliado. Ainda, Pimental et al (2011) mostram que o percentual de pessoas com mais de 60 anos que procuram atendimento nos Centros de Saúde é de aproximadamente 10% (enquanto o percentual de idosos como faixa etária na população brasileira é quase 45% superior (IBGE, 2021)) – em números, o único Centro de Saúde de Inúbia Paulista-SP realiza, aproximadamente, 30 consultas médicas por dia (de segunda a sexta), ou seja, 3 idosos são atendidos, aproximadamente, por dia – em contrapartida, Ribeirão Preto-SP tem de 30 a 90 consultas em cada um de seus Centros de Saúde (de 3 a 9 idosos por dia e por Centro de Saúde), ou seja, sua capacidade operacional de atendimento é maior (por ser uma cidade com mais habitantes e, conseqüentemente, mais procura por consultas e atendimento). Esses Centros de Saúde não apresentam atenção específica em Saúde Mental por parte dos médicos, mas sim atenção geral (incluindo outras patologias), como problemas de hipertensão arterial, diabetes mellitus e problemas musculoesqueléticos (doenças crônicas não transmissíveis), como já referido por Romero e Silva (2021) nessa mesma seção. No entanto, a procura de idosos, aos Centros de Saúde, pode ser maior, a partir da pandemia COVID-19, devido a problemas de Saúde Mental (como depressão e ansiedade, doenças crescentes), devido ao confinamento (OMS, 2020) – no Brasil, há poucos estudos específicos sobre esse assunto e levando em consideração as características da população estudada (que pode variar de uma região para outra). Nesta linha, entrei em contato com alguns médicos que atuam nos Centros de Saúde desta pesquisa (Inúbia Paulista-SP e Ribeirão Preto-SP), em conversas com gestores locais e acompanhando o que tenho visto na minha prática diária de consultas de serviços médicos, há um aumento da procura de idosos, aos Centros de Saúde, sobretudo no que diz respeito a problemas cognitivos (especialmente insônias e perturbações de memória) e psicossociais (ansiedade e medo

Endereço: RAMOS DE AZEVEDO
 Bairro: JARDIM PAULISTA CEP: 14.090-180
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3603-6600 Fax: (16)3618-6102 E-mail: ceptm@baraodemaua.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARÃO DE MAUÁ



Continuação do Parecer: 5.588.847

principalmente em relação a (a) efeitos colaterais das vacinas, (b) a possibilidade de não fazer vacinas para todos (e isso acaba afetando os idosos, num 'efeito cascata') e, principalmente, (c) por possíveis problemas financeiros (como desemprego do próprio paciente e/ou de seu familiares, com quem mora) – mesmo isso, na maioria dos casos, é definido pelo próprio paciente como 'por causa da pandemia'. Tendo em conta os dados apresentados, a formulação do problema consiste na seguinte questão: é possível que no período de confinamento devido à pandemia de COVID-19 existam efeitos cognitivos (capacidade de calcular, capacidade de identificar as suas emoções e as de outros, habilidade linguística, dificuldade de atenção, concentração e memória) e psicossociais (senso de humor, sentimento de solidão, medo, preocupação) na população acima de 60 anos, nas cidades de Inúbia Paulista-SP e Ribeirão Preto-SP Brasil entre os anos de 2020 e 2022.

Metodologia Proposta:

Trabalho de natureza básica, observacional e transversal, de objetivo descritivo, método/abordagem misto (quali-quantitativo). A unidade de análise são os maiores de 60 anos, com base em uma amostra de duas cidades:- Inúbia Paulista-SP: população acima de 60 anos de 725, com amostra de 252;- Ribeirão Preto-SP: população acima de 60 anos de 113.652, com amostra de 383. Serão aplicados 04 questionários, a fim de conhecer a autonomia dos idosos e os possíveis efeitos psicossociais e cognitivos decorrentes do isolamento da COVID-19. As entrevistas e aplicação dos questionários serão realizadas nas Salas de Espera das consultas médicas, enquanto os pacientes aguardam por uma consulta médica de Atenção Primária, na sala de espera dos Centros de Saúde (de Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família, públicos e instituições municipais), ou através de busca ativa direta, nos domicílios dos pacientes. É importante dizer que a participação na pesquisa será anônima e voluntária (possíveis sujeitos de pesquisa serão abordados, apresentando a pesquisa em andamento, e essa pessoa será convidada a participar, podendo aceitar ou não), mediante assinatura do TCLE – a pessoa investigada pode desistir da investigação a qualquer momento que desejar, sem causar nenhum dano ou exposição. Ainda, a aplicação dos questionários será ministrada pelo próprio discente e/ou por outra pessoa capacitada, de forma a ter uma amostra heterogênea (mesmo com pessoas analfabetas, que não poderão responder diretamente, mas o farão por meio de O entrevistador). Fatores de inclusão: pessoas com mais de 60 anos, que tenham ou não COVID-19, em condições físicas e mentais aptas a responder às pesquisas. Fatores de exclusão: pessoas com mais de 60 anos que sejam profissionais de saúde; maiores de 60 anos em situação de institucionalização ou que

Endereço: RAMOS DE AZEVEDO
 Bairro: JARDIM PAULISTA CEP: 14.090-180
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3603-6600 Fax: (16)3618-6102 E-mail: ceptm@baraodemaua.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARÃO DE MAUÁ**



Continuação do Parecer: 5.588.847

apresentem patologias neurológicas/psicológicas de maneira que nos permita contestar a entrevista por questões cognitivas. Como dito, serão aplicados quatro questionários aos pacientes da amostra, por meio do Google Forms®, plataforma de pesquisa online. Os questionários serão feitos diretamente na plataforma, da seguinte forma: o entrevistador fará uma entrevista com o entrevistado, apresentando o trabalho, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (obtendo sua assinatura e tirando suas dúvidas sobre sua participação) e, posteriormente, apresentando os 4 questionários da investigação, a fim de explicar as pesquisas ao entrevistado. O entrevistador lerá cada pergunta, uma a uma, e após a resposta dada pelo entrevistado, o entrevistador marcará/indicará exatamente a resposta do entrevistado, sem interferência, na plataforma (na presença do entrevistado, em tempo real). Como dito anteriormente, isso acontecerá nas Salas de Espera das consultas médicas da Atenção Básica ou na busca ativa de pacientes (ou seja, em suas residências). Os questionários a serem aplicados são (e nesta ordem):- questionário sociodemográfico;- aplicação do Índice de Lawton e Brody;- questionário semiestruturado 'Efeitos cognitivos e psicossociais do confinamento em pessoas grandes', instrumento já validado pela Fundació Salut i Envel·liment da Universitat Autònoma de Barcelona, Espanha, adaptado à realidade brasileira;- questionário semiestruturado que pergunta se o paciente já acompanha em algum serviço de Saúde Mental, durante a pandemia, e se acha importante iniciar algum acompanhamento psicossocial. Ao final, as respostas serão automaticamente organizadas e salvas em planilhas do Microsoft Excel® (separadamente, quando quantitativas e qualitativas) para posterior avaliação nos programas estatísticos Infostat® (para avaliar variáveis qualitativas) e Atlas.ti® (para avaliar variáveis qualitativas).

Critério de Inclusão:

Fatores de inclusão: pessoas com mais de 60 anos, que tenham ou não COVID-19, em condições físicas e mentais aptas a responder às pesquisas.

Critério de Exclusão:

Fatores de exclusão: pessoas com mais de 60 anos que sejam profissionais de saúde; pessoas com mais de 60 anos em situação de institucionalização ou que apresentem patologias neurológicas/psicológicas de forma que não lhes permita responder ao inquérito por motivos cognitivos (podem mesmo apresentar alguma condição física e/ou mental ligeira pré-existente, mas isso não os impede de responder a uma investigação).

Endereço: RAMOS DE AZEVEDO
 Bairro: JARDIM PAULISTA CEP: 14.090-180
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3603-6600 Fax: (16)3618-6102 E-mail: ceptm@baraodemaua.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARÃO DE MAUÁ**



Continuação do Parecer: 5.588.847

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Descrever os efeitos cognitivos e psicossociais em pessoas com mais de 60 anos nas cidades de Inúbia Paulista-SP e Ribeirão Preto-SP, em relação ao período de confinamento devido à pandemia de COVID-19, durante os anos de 2020 a 2022 .

Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil sociodemográfico da população acima de 60 anos em duas cidades geograficamente distintas da província de São Paulo, Brasil;- Estimar o grau de autonomia e independência dos idosos investigados;- Considerar os possíveis efeitos cognitivos e psicossociais nessa faixa etária em relação ao grau de autonomia e independência- Estimar possíveis diferenças entre os resultados nas duas cidades geograficamente diferentes.-

Estabelecer a necessidade de acompanhamento pelos profissionais dos serviços de Saúde Mental da população acima de 60 anos nas cidades de Inúbia Paulista-SP e Ribeirão Preto-SP, província de São Paulo, Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Possibilidade remota, mas presente, de apresentar sentimentos de tristeza, nostalgia ou mesmo desconforto ao se lembrar das características apresentadas ou adquiridas pelo confinamento pela COVID-19, momento que impactou negativamente grande parte da população, como a perda de familiares e conhecidos próximos, ou mesmo por não ter podido permanecer no convívio social anterior à pandemia.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa incluem oferecer reflexão sobre a importância das unidades de apoio e atendimento nos serviços de Saúde Mental para maiores de 60 anos, no contexto pós-pandemia da COVID-19; promover propostas para ampliação da qualidade da prevenção e promoção da atenção à Saúde Mental, levando em consideração a melhoria do atendimento aos maiores de 60 anos e promovendo novas pesquisas e projetos de expansão dos serviços municipais/públicos de Saúde Mental nas cidades de Inúbia Paulista-SP e Ribeirão Preto-SP, Brasil em relação às contribuições feitas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- As alterações e esclarecimentos de pendências relacionadas pela análise da CONEP foram devidamente modificadas

Endereço: RAMOS DE AZEVEDO		CEP: 14.090-180
Bairro: JARDIM PAULISTA		
UF: SP	Município: RIBEIRAO PRETO	
Telefone: (16)3603-6600	Fax: (16)3618-6102	E-mail: ceptm@baraodemaua.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARÃO DE MAUÁ**



Continuação do Parecer: 5.588.847

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- todos os termos foram devidamente apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá (CEPBM), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1886621.pdf	17/08/2022 10:50:13		Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	17/08/2022 10:49:18	MARIO ANGELO CENEDESI JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ajustado_Portugues_CENEDESI_JR.pdf	17/08/2022 10:47:17	MARIO ANGELO CENEDESI JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ajustado_versao_limpa.pdf	17/08/2022 10:46:44	MARIO ANGELO CENEDESI JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ajustado_alteracoes_realcadas.pdf	17/08/2022 10:46:15	MARIO ANGELO CENEDESI JUNIOR	Aceito
Outros	Termo_Compromisso_pdf.pdf	02/02/2022 14:45:23	MARIO ANGELO CENEDESI JUNIOR	Aceito
Outros	Autorizacao_SMS_Ribeirao_Preto.pdf	19/01/2022 14:28:58	MARIO ANGELO CENEDESI JUNIOR	Aceito
Outros	Autorizacao_SMS_Inubia_Paulista.jpg	19/01/2022 14:27:25	MARIO ANGELO CENEDESI JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	19/01/2022 14:24:35	MARIO ANGELO CENEDESI JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RAMOS DE AZEVEDO
 Bairro: JARDIM PAULISTA CEP: 14.090-180
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3603-6600 Fax: (16)3618-6102 E-mail: ceptm@baroademaua.br

□

CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARÃO DE MAUÁ



Continuação do Parecer: 5.588.847


RIBEIRAO PRETO, 18 de Agosto de 2022

Assinado por:
Cristina Endo
(Coordenador(a))

Endereço: RAMOS DE AZEVEDO
Bairro: JARDIM PAULISTA CEP: 14.090-180
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6600 Fax: (16)3618-6102 E-mail: ceptm@baraodemaua.br

ANEXO 2



 Jul 31, 2023


Plagiarism Scan Report

0% Plagiarized **100% Unique**


Characters: 5772	Words: 84317
Sentences: 554948	Speak Time: 712 Min

PARTICULARIDADES, ASPECTOS COMUNES Y FACTORES COGNITIVOS Y PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN DE MAYORES, EN EL CONTEXTO DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DE COVID-19, EN INÚBIA PAULISTA-SP Y RIBEIRÃO PRETO-SP, BRASIL, ENTRE 2020-2022



Sources



Copyright © 2022 . All right reserved



PLAGIARISM SCAN REPORT

	0% Plagiarised		100% Unique	Date: 2023-07-31
				Words: 84317
				Characters: 554948

Content Checked For Plagiarism

TITLE: PARTICULARIDADES, ASPECTOS COMUNES Y FACTORES COGNITIVOS Y PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN DE MAYORES, EN EL CONTEXTO DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DE COVID-19, EN INÚBIA PAULISTA-SP Y RIBEIRÃO PRETO-SP, BRASIL, ENTRE 2020-2022

PAGES: 311

LANGUAGE: SPANISH

AUTHOR: MARIO ANGELO CENEDESI JUNIOR

Matched Source

No plagiarism found

