

BIENESTAR, ESPIRITUALIDAD Y TEMOR AL COVID-19 EN ADULTOS MAYORES DURANTE EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA*

DIANA HAYDEÉ RUIZ BARTRA
<https://orcid.org/0009-0009-4175-9893>

MÓNICA CASSARETTO
<https://orcid.org/0000-0002-4880-6092>

Pontificia Universidad Católica del Perú
Correo electrónico: a20131907@pucp.pe

Recibido: 19 de agosto del 2023 / Aceptado: 9 de noviembre del 2023

doi: [https://doi.org/10.26439/persona2023.n26\(2\).6600](https://doi.org/10.26439/persona2023.n26(2).6600)

RESUMEN. La pandemia del COVID-19 ha generado estragos a nivel mundial. En este contexto, merece particular atención la salud mental del grupo más vulnerable, los adultos mayores. Por ello, esta investigación buscó estudiar las relaciones entre el miedo al COVID-19, la espiritualidad y el bienestar de una muestra de 169 adultos mayores limeños durante el primer año de la pandemia. Además, al hallarse relaciones significativas, se evaluó cuáles son fueron las variables que más impactaron en el bienestar de este grupo. Previamente, se analizaron las diferencias en estas variables según las características sociodemográficas y de salud reportadas. Para medir el bienestar se utilizaron las escalas de *Florecimiento*, *SPANE-P* y *SPANE-N* (Diener et al., 2010); para el temor al COVID-19, la *FCV-19S* (Ahorsu et al., 2022), y para la espiritualidad, el *SBI-15R* (Holland et al., 1998). Los resultados encuentran relaciones significativas entre el miedo al COVID-19 y todas las medidas de bienestar. También se encontró una relación directa y significativa entre la espiritualidad y la afectividad positiva. Con respecto a las variables más explicativas del bienestar de la muestra, los modelos de regresión revelaron que el reporte de una enfermedad crónica y el miedo al COVID-19 eran las variables que más explicaban el florecimiento (R^2 ajustado=.4, $p<001$). Por su parte, el miedo al COVID-19

* Este estudio se desarrolló en el marco de la Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con Mención en Psicología Clínica. Miedo al COVID-19, espiritualidad y bienestar en adultos mayores de Lima Metropolitana. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/26243/RUIZ_BARTRA_DIANA_HAYDE%c3%891.pdf?sequence=1&isAllowed=y

y la religiosidad eran las que impactaban negativamente en la afectividad positiva ($R^2_{ajustado}=.19$, $p<.001$). Por último, el miedo al COVID-19 y el diagnóstico de COVID-19 fueron las variables explicativas de la afectividad negativa ($R^2_{ajustado}=.33$, $p<.001$).

Palabras clave: adultos mayores / bienestar / miedo al COVID-19 / espiritualidad / pandemia

WELL-BEING, SPIRITUALITY AND FEAR OF COVID-19 IN OLDER ADULTS DURING THE FIRST YEAR OF THE PANDEMIC

ABSTRACT. The COVID-19 pandemic has had a profound global impact. Within this context, the well-being of one of the most vulnerable groups, older adults, deserves significant attention. Hence, this study aimed to analyze the relationships between Fear of COVID-19, Spirituality, and Well-Being of a sample of 169 older adults from Lima during the first year of the pandemic and, if significant relationships were found, evaluate what the variables had most impact in the well-being of this group. Previously, differences in these variables were analyzed according to reported socio-demographic and health characteristics. In order to measure Well-being, the Flourishing, SPANE-P and SPANE-N scales were used (Diener et al., 2010), for Fear of COVID-19 the FCV-19S (Ahorsu et al., 2022) and for Spirituality the SBI-15R (Holland et al., 1998). The results showed significant relationships between Fear of COVID-19 and all measures of Well-being. Also, a direct and significant relationship was found between Spirituality and Positive Affectivity. Regarding the variables that most explain the Well-being of the sample, the regression models revealed that the report of a chronic disease and the Fear of COVID-19 were the variables that most explained the Flourishing (adjusted $R^2=.4$, $p<.001$). Fear of COVID-19 and Spirituality had a negative impact on positive affectivity (adjusted $R^2=.19$, $p<.001$). Finally, Fear of COVID-19 and diagnosis of COVID-19 were the explanatory variables of Negative Affectivity (adjusted $R^2=.33$, $p<.001$).

Keywords: Older adults / wellbeing / fear of COVID-19 / spirituality / pandemic

INTRODUCCIÓN

Desde su aparición a finales del 2019, la rápida expansión del COVID-19 impactó a la humanidad, causando estragos a todo nivel (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2021). En este contexto, la evidencia ha demostrado que los adultos mayores representan el grupo etario más vulnerable frente al virus, debido a su mayor exposición a la enfermedad y peor pronóstico frente a ella, a causa de su edad y su mayor prevalencia de enfermedades crónicas (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Prueba de ello es que, para el 2020, el 80 % de los fallecimientos reportados producto de esta enfermedad hayan sido de personas de 60 años a más (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020). En el contexto peruano, esto se evidenció en que, para el 14 de enero del 2022, de las 203 302 muertes por COVID-19 reportadas a nivel nacional, el 69 % (140 993) correspondieron a población adulta mayor (Ministerio de Salud del Perú [MINSAL], 2022).

Más allá de los aspectos epidemiológicos, las pandemias son eventos en los cuales las reacciones psicológicas juegan un rol esencial en la difusión y contención de la enfermedad y en la expansión de la angustia y el desorden social (Taylor, 2019). En esta línea, se ha encontrado que las pandemias aumentan los niveles de ansiedad y estrés de la población (Pappas et al., 2009; Shigemura et al., 2020), lo que conlleva a que las enfermedades mentales sean un fenómeno masivo y prevalente (Ornell et al. 2020). Esto sucede principalmente en las poblaciones socialmente vulnerables (Taylor, 2019), como los adultos mayores, quienes ya estaban particularmente expuestos a los impactos psicosociales de la pandemia debido a su mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad (Fitzpatrick et al., 2020).

Las consecuencias psicosociales de la pandemia cobran mayor dimensión si se consideran las medidas extremas que su manejo inicial exigió y que incluyeron, para la mayoría de países, bloqueos y cuarentenas masivas (Rubin & Wessely, 2020). Estas medidas actuaron como un estresor adicional, que afectó la economía, el estilo de vida y la cotidianidad de las personas (Krishnakumar & Rana, 2020; Rubin & Wessely, 2020). Además, se puso el bienestar social de los adultos mayores en particular riesgo, pues las interacciones sociales se restringieron a las plataformas digitales, frente a las cuales esta población tiene un acceso más limitado y suele sentirse menos cómoda (Knowles & Hanson, 2018). Todo ello les habría generado dificultades para acceder a servicios de salud, a través de telemedicina, y para interactuar socialmente, lo que habría agravado las condiciones de salud mental preexistentes y los habría expuesto al aislamiento social, el cual se ha asociado a síntomas de ansiedad, depresión y hasta tendencias suicidas (Jawaid, 2020; Matthews et al., 2019), elevando aún más su susceptibilidad.

Todo ello colocó a esta población en una permanente convivencia con la incertidumbre y el miedo, con consecuencias adversas tanto a nivel social como individual

(Fitzpatrick et al., 2020). Para Reeve (2010), el miedo es una reacción emocional que surge cuando la persona percibe que la situación que enfrenta amenaza su integridad; se manifiesta mediante la activación del sistema nervioso autónomo, que prepara fisiológicamente al individuo para la respuesta de huida, a partir de una motivación de protección. Sin embargo, dicha resolución se dificulta si el estímulo amenazante se torna inminente y poco controlable. Ello ocurre en el caso de una pandemia, en la que los anuncios de las muertes, los informes de los medios de comunicación, el número creciente de casos nuevos y la cuarentena masiva (Lee, 2020), contribuyen a que las personas se sientan permanentemente vulnerables y en riesgo (Ruzek, 2020).

Es por ello que, durante los brotes de enfermedades, parte importante de la población tiende a experimentar niveles clínicamente significativos de miedo (Ornell et al., 2020; Taylor, 2019). Para dar cuenta de ello, una encuesta que evaluó en línea a 10 368 adultos estadounidenses (Fitzpatrick et al., 2020) durante los primeros meses de la pandemia del COVID-19 encontró que todos los encuestados tenían miedo a la enfermedad en una puntuación promedio de casi 7 de una escala del 1 al 10.

Si bien el miedo es una reacción natural y adaptativa frente a la amenaza, se ha demostrado que experimentar miedo de manera crónica y desproporcionada puede desencadenar el desarrollo de diversos trastornos psiquiátricos (Pappas et al., 2009). Como prueba de ello, la investigación sobre el impacto psicológico de brotes de enfermedades globales anteriores ha demostrado vínculos claros entre el miedo a la pandemia y síntomas elevados de estrés, ansiedad, preocupación por la salud, estrés postraumático y tendencias suicidas (Lee, 2020; Wheaton et al., 2012; Wu et al., 2009; Yip et al., 2010), además de afectar otras dimensiones de la salud del individuo (Kraut & Holtzer, 2022; Lebel et al., 2020).

En el caso de la pandemia del coronavirus, se ha encontrado que el miedo se habría asociado a índices de depresión y ansiedad (Ahorsu et al., 2022; Sakib et al., 2020). Esta relación se agudiza en las personas en aislamiento (Taylor, 2019), como ocurrió en el caso de algunas personas mayores debido a la vulnerabilidad asociada a su edad. Incluso un estudio turco demostró que el miedo al COVID-19 predijo el aumento de los índices de depresión, ansiedad y estrés, y la disminución de la satisfacción con la vida de una muestra de 1304 personas (Satici et al., 2020). Adicionalmente, el miedo al COVID-19 ha sido relacionado a estrés post-traumático e insomnio en población susceptible a la enfermedad (Lai et al., 2020). En el caso de la población adulta mayor, recientes investigaciones destacaron mayor riesgo a presentar altos niveles de miedo al COVID-19 en quienes tenían mayor edad, pertenecían a una minoría étnica, vivían lejos del centro de salud, experimentaban sensación de aislamiento y contaban con personas cercanas con diagnóstico de COVID-19 (Mistry et al., 2021; Yadav, et al, 2021).

Por esta razón, el estudio del miedo frente al COVID-19 resultó un tema de interés mundial (Ahorsu, et al., 2022; Lee, 2020). Ello se debe al posible impacto que este miedo

puede ocasionar en el bienestar de las personas (Ruzek, 2020; Vindegaard & Benros, 2020), pues el miedo nos lleva a estar preparados para enfrentar lo desconocido y amenazante (Ruzek, 2020). Esto exige especial atención, debido a que el bienestar se reconoce como un indicador esencial de la salud mental del ser humano (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019), que se manifiesta como una conciencia de poder manejar la vida cotidiana de manera eficaz y fructífera, a la vez que se contribuye a la comunidad (Ryff & Singer, 2000). Dentro de las diferentes aproximaciones que se han dado para entenderlo y medirlo, Diener et al. (2010) proponen el florecimiento y la afectividad.

El florecimiento es una combinación entre sentirse bien y tener un funcionamiento eficaz y se manifiesta a través del propósito de vida, las relaciones positivas, el compromiso con el entorno, la competencia, la autoestima, el optimismo y la contribución hacia el bienestar de los demás (Diener et al., 2010). Por ello, se ha reconocido como una variable protectora en una etapa en la que las personas deben aprender a lidiar con múltiples pérdidas y la proximidad de la muerte (Ardelt, 2003), como es la tercera edad. Se ha demostrado que, en niveles altos, se asocia a mayor expectativa de vida, mejor funcionamiento inmunológico, coherencia y desempeño social, tranquilidad psicológica y felicidad (Abolfathi et al., 2015; Nojabae et al., 2018).

La afectividad, por su parte, refleja dimensiones disposicionales a partir de una valoración positiva o negativa de los fenómenos que se experimentan, afectando los estados de activación del organismo y los sistemas de respuesta de las personas (Reeve, 2010). El afecto positivo, por un lado, refleja una interacción placentera con el entorno, que se caracteriza por el entusiasmo y la aproximación a metas (Reeve, 2010), y en adultos mayores con condiciones crónicas, se asocia a menor angustia y a mayor calidad de vida relacionada con la salud (Hu & Gruber, 2008). El afecto negativo refleja una interacción desagradable con el entorno, caracterizada por la insatisfacción, nerviosismo e irritabilidad (Reeve, 2010) que, en adultos mayores, se asocia a estrés, depresión, ansiedad y mayor riesgo frente a enfermedades cardiovasculares e inflamatorias crónicas. (Novović et al., 2008; Roth, et al., 2005).

Desde sus distintos enfoques, el bienestar se ha posicionado como un elemento protector frente al deterioro en el envejecimiento (Nordbakke & Schwanen, 2015) y promotor de la salud integral (Pourabdol et al., 2015), además de ser una meta *per se* del ser humano. Sin embargo, existen experiencias que ponen en riesgo el bienestar de esta población: la pérdida progresiva de autonomía y de competencias empleadas con anterioridad, el dolor por la partida de seres queridos, la consciencia de la cercanía de la muerte, condiciones de vulnerabilidad social a las que se ven expuestos (Schaie & Willis, 2015; OMS, 2017). Estas experiencias se habrían recrudecido en el contexto de la pandemia, afectando el bienestar, principalmente de aquellos que reportan mayor preocupación por su salud y condiciones de salud mental previas (Kivi et al., 2021).

Todo esto exige que los adultos mayores desplieguen fortalezas que les permitan sobrellevar la adversidad. Un aspecto intrínseco del ser humano que se ha revelado como un recurso adaptativo en fases tardías de la vida es la espiritualidad (Reed, 2003). Pargament (1999) la define como “la búsqueda de lo sagrado”, la conexión y la trascendencia que da sentido y orden a la experiencia y a la propia conducta, a la vez que fortalece las capacidades de adaptación frente a las diferentes situaciones vitales (McClain et al., 2003).

En el caso de las personas mayores, la espiritualidad se posiciona como un recurso que ayudaría a afrontar las pérdidas asociadas al envejecimiento (Ardelt, 2003) y a la conservación de su salud (Lucchetti et al., 2019). Además, la espiritualidad parece motivar el crecimiento personal, la agencia, el afrontamiento, la búsqueda de sentido y coherencia, la auto consciencia y la competencia personal, logrando destacarse como un recurso que promovería el bienestar (Velasco-Gonzalez & Rioux, 2014; Wnuk & Marcinkowski, 2014). Por último, se ha demostrado que prácticas religiosas y espirituales como la oración o la meditación, producen una respuesta de relajación mental y corporal que facilita la autorregulación y la recuperación fisiológica frente al miedo (Kjaer et al., 2002).

En el contexto de la pandemia, se encontró que la espiritualidad habría ayudado a que las personas con miedo al COVID-19 puedan mantener su salud mental, revelando un rol mediador entre estas variables. Para los autores, esto ocurriría porque las personas más espirituales estarían enfocándose en hábitos cotidianos, lo que les aportaría esperanza y ayudaría a que desvíen su atención de la emoción, incluso si experimentan distanciamiento social (Rathakrishnan et al., 2022).

En base a lo anterior y considerando que la pandemia del COVID-19 representó un contexto demandante y adverso que exigió que los adultos mayores desplieguen fortalezas, interesa conocer las relaciones que se darían entre el bienestar, el miedo y la espiritualidad en una muestra de adultos mayores de Lima Metropolitana durante el primer año de pandemia. Cabe señalar que, en caso de encontrarse asociaciones importantes, se realizarán modelos predictivos con el fin de identificar las variables más explicativas de cada componente del bienestar en la muestra. Como objetivos específicos, se buscó conocer si existían diferencias según las variables sociodemográficas y de salud reportadas en relación a estos constructos.

MÉTODO

Diseño

El presente estudio es de naturaleza cuantitativa, no experimental y de corte transversal, ya que se recopila información de un solo grupo de participantes en un único momento.

Su alcance es correlacional y predictivo, según Hernández et al. (2014). En este sentido, se busca examinar las relaciones entre el miedo al COVID-19, la espiritualidad y el bienestar en una muestra de 169 adultos mayores de Lima durante el primer año de la pandemia. En caso de encontrar relaciones significativas, se pretende evaluar cuáles variables tienen un mayor impacto en el bienestar de este grupo.

Participantes

El estudio estuvo conformado por 169 adultos mayores de Lima Metropolitana, con rango de edad entre 60 y 85 años ($M=66.7$; $DE=5.9$). La muestra fue mayoritariamente femenina (73.4 %) y con instrucción universitaria (72.1 %). El 92 % de ellos afirmó adscribirse a una religión, siendo la más prevalente la católica (84.6 %). Además, un 55 % de los evaluados reportó estar en relación de pareja, un porcentaje similar señaló que se encontraba laboralmente inactivo (55.6 %) y un 87.6 % vive solo. En cuanto a las variables de salud, 59 % reportan tener alguna enfermedad crónica, 33.7 % señaló que tenía familiares o personas significativas que trabajan en contexto de riesgo (profesional de salud, miembro de las fuerzas armadas o policiales u otros oficios de primera línea frente a la pandemia) y 5.9 % refirió haber sido diagnosticado de COVID-19 en algún momento. Cabe señalar que el levantamiento de la información se dio entre julio y septiembre del 2020, a pocos meses de iniciada la pandemia.

Instrumentos

Para medir el miedo al COVID-19 se utilizó la adaptación peruana (Hernández et al., 2021) de la *Fear to Covid Scale (FCV-19S)*, creada por Ahorsu et al. (2022). Esta escala mide el miedo que experimenta la persona en relación al COVID-19 a través de siete ítems que se contestan en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que va desde el 0 (totalmente en desacuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo).

Hernández et al.(2021) tradujeron y adaptaron la *FCV-19S* usando el método de *back traslation*. Para evaluar las propiedades psicométricas, la escala adaptada fue aplicada a 161 trabajadores de una línea de ayuda del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en dos momentos distintos. En dicho estudio se realizó un AFE que arrojó un factor que explicaba el 39 % de la varianza; y un CFA, que confirmó la estructura unidimensional de la prueba ($CFI=.99$, $TLI=.98$, $RMSEA=0.05$, $SRMR=.04$). La confiabilidad fue estimada a través de coeficientes alfa de Cronbach (.80), Omega de McDonald (.82) y Lambda de Guttman (.82), fiabilidad compuesta (.80) y fiabilidad test-retest con cuatro semanas de diferencia (.74). Además, se obtuvo evidencias concurrentes de validez con las *Escalas de Estrés Traumático Secundario* ($r = .38$, $p < .01$) y *Estrés Percibido* ($r = .35$, $p < .01$) y de criterio, correlacionándose positivamente con escalas de miedos específicos asociados a la pandemia; y negativamente, con el autoinforme de

salud percibida ($r=-.31$; $p < .01$). En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .85 para la escala de miedo al COVID-19.

Para la evaluación del bienestar se utilizó la adaptación peruana (Cassaretto & Martínez, 2017) de la *Escala de florecimiento* y las *Escalas de experiencia positiva y negativa (SPANE)* desarrolladas por Diener et al. (2010). La escala de florecimiento cuenta con ocho ítems que se contestan en una escala con siete opciones de respuesta tipo Likert que van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. A mayor puntaje, mayor será la percepción positiva de uno mismo en áreas importantes del funcionamiento psicológico y social (Diener et al., 2010). Por su parte, la escala SPANE mide sentimientos subjetivos de bienestar y malestar a través de una escala de doce ítems (seis de afecto positivo o SPANE-P y seis de afecto negativo o SPANE-N). Las opciones de respuestas se establecen en un formato tipo Likert con cinco alternativas que van desde “casi nunca o nunca” a “muy seguido o siempre”.

En el contexto peruano, Cassaretto y Martínez (2017) tradujeron las escalas siguiendo las pautas de la *International Test Commission* (ITC). Para medir las propiedades psicométricas de la adaptación, en un primer estudio se evaluó a 653 estudiantes, revelándose índices óptimos de confiabilidad por alfa de Cronbach: *Florecimiento* (.89), *SPANE-P* (.91) y *SPANE-N* (.87). Las autoras realizaron un AFE para cada escala, que arrojaron modelos unifactoriales. El modelo de la *Escala de Florecimiento* explicaba el 56.82 % de la varianza; el de la *SPANE-P*, el 69.49 %; y el de la *SPANE-N*, 61.56 %. Para confirmar los modelos y obtener las evidencias de validez convergente y divergente en la muestra, se evaluó en otra muestra de 201 estudiantes. Los modelos propuestos mostraron un ajuste adecuado para las escalas de florecimiento ($RMSEA=.09$, $CFI=.98$, $SRMR=.06$) y afectividad ($RMSEA=.03$, $CFI=1.00$, $SRMR=.05$). Para proveer mayores evidencias de validez de la prueba en dicho contexto, se utilizó la *Escala de Optimismo* (LOT-R), la *Escala de Satisfacción con la Vida* (SWLS), la *Escala de Bienestar Psicológico* (BIEPS-A) y la *Escala de Afectividad Positiva y Negativa* (PANAS), obteniéndose relaciones directas con las escalas de florecimiento y afectividad positiva y una relación inversa con la escala de afectividad negativa. En este estudio, se obtuvo un alfa de Cronbach de .92 para la escala de florecimiento, .92 para afectividad positiva y .85 para afectividad negativa.

Para medir la espiritualidad, se utilizó la adaptación mexicana (Almanza et al., 2000) del *Inventario de Sistemas de Creencias Revisado* (SBI – 15R), creado por Holland et al. (1998) con el fin de explorar las creencias espirituales de las personas en momentos de crisis. El SBI-15R es un inventario de 15 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, que van desde 0 (*fuertemente en desacuerdo o nunca*) a 3 puntos (*fuertemente de acuerdo o siempre*), donde una mayor puntuación da cuenta de una mayor convicción religiosa y espiritual y un mayor soporte social religioso. Se encuentra compuesto por dos factores: convicción religiosa (creencias y prácticas religiosas y espirituales que caracterizan la

vida de un sujeto) y soporte social religioso (apoyo o asistencia proporcionado a un sujeto por aquellas personas afines a su grupo religioso o espiritual) (Koenig, 2015).

El SBI-15R fue adaptado por Almanza et al. (2000) y aplicado a 83 personas de un hospital de México D.F, obteniendo una consistencia interna de .89 (.85 para el factor I y .81 para el factor II). Esta versión ha sido utilizada en investigaciones con población adulta mayor (Barúa, 2014; Rivarola, 2016). Para obtener la evidencia de validez basada en la estructura interna, en este estudio se realizó un AFE con el método de Máxima Verosimilitud, el cual arrojó una estructura de un solo factor que explica el 57.13 % de la varianza de la escala. Además, se obtuvo un alfa de Cronbach de .95 para la escala global de espiritualidad.

Procedimiento

El recojo de la información se dio a través de un levantamiento de datos por redes sociales. Para esto se coordinó con representantes de grupos que promueven los derechos de los adultos mayores, quienes compartieron la encuesta de *Google Forms* a través de sus páginas de *Facebook* y su correo institucional. Al inicio del formulario, cada participante recibió un consentimiento informado donde se explicitaron los objetivos, características y consideraciones éticas de la encuesta. El entendimiento y la aceptación de las condiciones fue reportado a través de dos ítems. Seguidamente, los participantes respondieron la Ficha de datos y los tres cuestionarios. Al finalizar la encuesta, los participantes accedieron a brindar información relevante para el cuidado de la salud mental en el contexto de pandemia.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos fueron realizados en el programa SPSS versión 25. En primer lugar, se realizaron análisis de confiabilidad a través del método de consistencia interna donde se tiene como criterio que coeficientes alfa de Cronbach iguales o mayores que .70 indican una buena consistencia (Bojórquez et al., 2013). Si bien la muestra evidenciaba falta de normalidad, los coeficientes de asimetría y curtosis revelaron que esta no era extrema, por lo que es posible hacer uso de estadísticos paramétricos robustos (Kline, 2023).

Para responder a los objetivos específicos, se efectuaron estadísticos de comparación de medias para dos muestras independientes (*T de Student*) y para diferentes grupos (*ANOVA One Way*). Para responder al objetivo principal, se realizó el análisis de correlación de Pearson entre las variables de estudio. Posteriormente, se analizaron los supuestos para la realización de los modelos de regresión múltiple (normalidad de los residuos, independencia de los residuos, homocedasticidad, no colinealidad). A partir de ello, se realizaron modelos predictivos por separado para cada componente del bienestar, introduciendo como variables predictoras aquellas que se mostraron significativas en análisis previos.

RESULTADOS

A continuación, se exponen los principales hallazgos en relación a los objetivos de la presente investigación. En primer lugar, se describirán las diferencias en las variables bienestar, miedo al COVID-19 y espiritualidad de acuerdo a las características sociodemográficas y de salud. Luego de ello, se presentarán las correlaciones entre las escalas. Finalmente, se presentarán los resultados de los análisis de regresión para las variables asociadas al bienestar en la muestra.

Con respecto al análisis de diferencias en las variables de estudio de acuerdo a las características sociodemográficas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas y de tamaño grande entre el sexo del participante, con quién vive y la condición laboral. Así, se encontraron diferencias significativas en las escalas de afectividad negativa y miedo al COVID-19 de acuerdo al sexo de los participantes, siendo las mujeres quienes presentan niveles más elevados en estas dos variables (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Diferencias de acuerdo al sexo con las variables AP y Miedo al COVID-19

	Mujeres (n=124)		Hombres (n=45)		Estadísticos		
	M	DE	M	DE	t(gl)	p	d
Afectividad negativa	15.70	4.38	14.11	4.09	2.12(167)	.035	1.59
Miedo al COVID-19	19.12	5.83	16.51	6.32	2.52(167)	.013	2.61

Nota. N=169

Asimismo, se halló una diferencia mediana en espiritualidad acorde a con quién viven los adultos mayores. Así, aquellos que vivían acompañados evidencian una mayor espiritualidad ($t(167) = -2.39, p < .05, d=.56$) que quienes viven solos. De manera similar, respecto de la situación laboral, se encontraron diferencias pequeñas: quienes no se encontraban laboralmente activos presentaban mayores niveles de espiritualidad ($t=-2.67, p < .01, d=-.42$).

Tabla 2

Diferencias en la espiritualidad según variables con quién vive y situación laboral

	Vive solo (n=79)		Vive acompañado (n= 35)		Trabajo – Sí (n=75)		Trabajo – No (n=94)	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Espiritualidad	23.10	9.82	28.59	9.88	25.65	9.43	29.71	10.14

En relación a las diferencias por variables autoreportadas de salud, no se pudo analizar si existían diferencias entre quienes habían tenido COVID-19, pues la muestra de contagiados era bastante pequeña (5.9 %). Sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas y pequeñas en quienes tenían familiares en riesgo, quienes padecen alguna enfermedad crónica y quienes reportan que su salud se ha visto deteriorada por la presencia del COVID-19. Así, las personas que poseían familiares cuyas labores los exponían frente al COVID-19, mostraron un mayor nivel de espiritualidad ($M_{\text{friesgo}}=30.21, M_{\text{nofriesgo}}=26.74, t(167)=2.15, p < .05, d=.36$) frente a los que no tenían familiares expuestos. En relación a la condición de salud, las personas con enfermedades crónicas evidenciaron mayor nivel de florecimiento ($M_{\text{enf.crónica}}=45.97, M_{\text{noenf.crónica}}=43.84, t=2.02, p < .05, d=.32$) que las que no padecían condiciones crónicas de salud.

Luego de la investigación, se realizaron correlaciones entre las variables de estudio. Todas las medidas de bienestar presentaron asociaciones con miedo al COVID-19. Estas últimas fueron inversas, a un nivel mediano, con la escala de afectividad positiva, y pequeño, con florecimiento. En contraste, la asociación fue directa y grande con la escala de afectividad negativa. Por su parte, la escala de afectividad positiva evidenció una relación directa (mediana y pequeña) con la escala de espiritualidad y sus dimensiones (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Correlaciones entre las variables de estudio

	Florecimiento	Afectividad positiva	Afectividad negativa
Miedo COVID-19	-.15*	-.32**	.54***
Espiritualidad	.07	.22**	.00

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Posteriormente, se realizaron análisis de regresión lineal tomando como variables los criterios de florecimiento, afectividad positiva y afectividad negativa. Asimismo, se introdujeron como variables predictoras, las sociodemográficas, de salud y psicológicas, que en análisis previos evidenciaron relaciones significativas con las escalas de bienestar y contaban con respaldo teórico. A partir de ello, se encontró que algunas variables que inicialmente se mostraron significativas, no aportaban a los modelos (ver Tabla 4).

En la línea de lo anterior, cuando se realizó el análisis de regresión para el componente de florecimiento, se encontró un modelo significativo, pero pequeño [$F(2,166)=4.09, p<.05$], donde el tener alguna enfermedad crónica y el miedo al COVID-19 explica el 4 % de la varianza de la variable ($R^2=.05, R^2 \text{ ajustado}=.04, f^2=.05$). Por otro lado, el miedo al COVID-19 y la espiritualidad explican un 15 % de la varianza del componente afectividad

positiva [$F(2,166)=15.80, p<.001, R^2=.16, R^2$ ajustado=.15, $f^2=.19$], siendo este un modelo de tamaño mediano. Finalmente, se ingresó al modelo para afecto negativo las variables sexo del participante y miedo al COVID-19, encontrándose el modelo de tamaño grande, pues este explica un 28 % de la varianza de la variable, aunque el sexo del participante deja de ser significativo [$F(2,166)=34.26, p<.001, R^2=.29, R^2$ ajustado=.28, $f^2=.41$].

Tabla 4
Análisis de regresión para las variables del Bienestar

	R2	R2 ajustado	B	β	t
Modelo para Florecimiento					
Tiene enfermedad crónica	.05	.04	2.131	0.104	2.041*
Miedo al COVID-19			-0.170	-0.152	-2.003*
Modelo para Afecto Positivo					
Miedo al COVID-19	.16	.15	-.246	-.335	-4.702***
Espiritualidad			.105	.236	3.316**
Modelo para Afecto Negativo					
Sexo	.29	.28	-0.605	-0.062	-0.926
Miedo al COVID-19			0.378	0.525	7.897***

Nota. *p < .05, **p < .01, ***p < .001

DISCUSIÓN

La pandemia del COVID-19 ha generado estragos a nivel mundial. La evidencia ha demostrado que los adultos mayores representan el grupo etario más vulnerable frente al virus (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). El mayor riesgo a la enfermedad y las condiciones creadas para su control pueden haber menoscabado el bienestar de este grupo en particular (Taylor, 2019; Vindegaard & Benros, 2020). Esta situación ha exigido que estos adultos tengan que desplegar fortalezas que les permitan sobrellevar la adversidad y enfrentar el temor a la enfermedad. Dada la relevancia del cuidado de la salud integral del adulto mayor es que se plantea este estudio, el cual tiene como objetivos específicos identificar las variables sociodemográficas y de salud reportadas que se asocian con el bienestar, miedo al COVID-19 y espiritualidad en un grupo de adultos mayores durante el primer año de pandemia, para finalmente analizar cuáles variables se relacionan de manera más significativa con cada componente del bienestar.

Un primer resultado importante de este estudio es que se encontraron diferencias en la afectividad negativa y el miedo al COVID acorde al sexo del participante, de modo que las mujeres mostraron mayores niveles en comparación a los varones. Al

respecto, estudios durante la pandemia han evidenciado mayor sobrecarga física, mental y emocional para las mujeres adultas, lo cual ha podido impactar en su salud mental. Además, se señala que muchas de las mujeres tuvieron que asumir mayores responsabilidades para salvaguardar su salud y, al mismo tiempo, tuvieron que hacerse cargo del cuidado de otros miembros del hogar, sufrieron aumento en el riesgo de violencia, desgaste por el confinamiento prolongado, temor ante el contagio y estrés laboral y económico (Borrescio & Valenzuela, 2021; Huarcaya et al., 2020; Sakib, 2020; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

Las presiones señaladas anteriormente dan sentido a las diferencias por sexo halladas en este estudio, las cuales se restringen a los aspectos relacionados a la sintomatología negativa. Ello va en consonancia con la noción de que las mujeres tienen más probabilidad de presentar mayor nivel de miedo a todos los objetos y situaciones, en comparación a los hombres (Depla et al., 2008). Esto podría deberse al impacto de los estereotipos de roles de género en las emociones, que sugiere que, a través de la socialización diferenciada por sexo, se refuerza que las mujeres reconozcan y expresen más fácilmente emociones como el miedo y la tristeza, mientras que se castiga la misma conducta en los hombres (Afifi, 2007).

Otro aspecto que resalta en este estudio es que las diferencias halladas en términos de variables sociodemográficas y de salud reportadas solamente aparecen con la variable espiritualidad, salvo las diferencias por sexo mencionadas anteriormente. Hay que resaltar que la diferencia entre espiritualidad y religiosidad se atenúa con el paso de los años o al enfrentar situaciones adversas. Por ello, el envejecimiento de las personas se asocia con un aumento de la prevalencia de la actividad religiosa y espiritual en todo el mundo, siendo que muchas veces se evalúan ambas variables en conjunto en dichas poblaciones (Zimmer et al., 2016). En consonancia, entre los resultados hallados se encuentra que quienes están laboralmente inactivos y tienen familiares en trabajos de riesgo, son los que presentan mayores niveles de espiritualidad.

En esta línea, un estudio con adultos religiosos encontró que un mayor nivel de exposición al COVID-19 estaba asociado a mayores índices de religiosidad. Una hipótesis planteada por los autores del estudio (Pirutinsky et al., 2020) sugiere que la mayor exposición al contagio pudo haber activado la dimensión religiosa en estos adultos, como una forma de afrontar el estrés generado por convivir con este riesgo inminente. Esto último podría explicar también la mayor espiritualidad en las personas con familiares que laboraban en oficios de primera línea frente a la pandemia, por lo que se encontraban en alto riesgo de contagio durante el año 2020.

Otra diferencia hallada en la espiritualidad se relaciona con la situación laboral: quienes no se encontraban laboralmente activos, evidenciaban mayores índices. Es posible que los adultos mayores jubilados, al no contar con el trabajo como un elemento

que suele brindar sentido de competencia y realización personal (Martela & Pessi, 2018), hayan volcado su atención a otros aspectos de su vida que también les representarían elementos de sentido y trascendencia, como ocurriría con la espiritualidad.

Todos estos resultados también pueden deberse a los motivos para el aumento de la espiritualidad a raíz de la pandemia (Bentzen, 2020). Para dar cuenta de ello, en una encuesta nacional en Estados Unidos, casi la cuarta parte de los encuestados informó que su fe se había fortalecido debido a la pandemia del coronavirus (Pew Research Center, 2020). En conjunto, estos resultados respaldan la evidencia de que los individuos religiosos vuelven a Dios cuando atraviesan tiempos difíciles (Hood et al., 2018).

Ahora, también se observaron diferencias en la espiritualidad de acuerdo a la situación de convivencia: quienes convivían con otras personas evidenciaron mayores niveles de espiritualidad que los que no. Esto se entiende si se reconoce que la espiritualidad es una experiencia personal que se refuerza colectivamente cuando esta se evalúa en términos de creencias y prácticas religiosas (Navas & Villegas, 2006). Por ello, mientras más alta sea la espiritualidad, es más probable que esta se vuelva un recurso adicional para el adulto, pues este tipo de práctica permite obtener los beneficios que el soporte social suele otorgar a la salud de las personas (Harandi et al., 2017).

Respecto de las variables asociadas al bienestar, tanto a nivel correlacional como a nivel de los modelos de regresión, el miedo al COVID-19 se muestra como una variable significativa y la de mayor poder predictivo para los tres indicadores. Así, a mayor miedo, menor el nivel de bienestar del adulto mayor. Por otro lado, la variable espiritualidad solo se muestra significativa con respecto al modelo de afectividad positiva. Además, tener una enfermedad crónica aporta de manera significativa al modelo del componente florecimiento y el sexo del adulto mayor deja de tener un impacto significativo en el modelo de afectividad negativa.

En cuanto al impacto del miedo al COVID-19 con todos los indicadores de bienestar, los resultados van en la línea de lo hallado en otros estudios sobre temor a las pandemias en general, al COVID-19 en particular y a su impacto en la salud mental y bienestar (Lai et al., 2020; Pappas et al, 2009; Satici et al., 2020; Zammiti et al., 2021). Este impacto se agudiza en el caso de los adultos mayores, quienes, conscientes de su mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad, tenderían a manifestar un mayor miedo al COVID-19 (Mistry et al., 2021; Taylor, 2019).

Llama la atención la ausencia de relaciones entre espiritualidad con florecimiento y afectividad negativa, dado que estudios previos sugerían dicha relación (Lucchetti et al., 2020; Pirutinsky et al., 2020; Rivarola, 2016). Un elemento que podría explicar esta falta de relación es la alta homogeneidad de la muestra en la variable espiritualidad. La espiritualidad esta conceptualizada como un recurso intrínseco del ser humano que tiende a

activarse en contextos en los que se hace consciente la mortalidad (Reed, 2003). Es así que la coyuntura de pérdidas y miedo asociada a la pandemia ha evidenciado un aumento en el seguimiento de prácticas religiosas y espirituales a nivel mundial (Bentzen, 2020; Pew Research Center, 2020). Ello también estaría ocurriendo en la muestra, pues el 92 % de los participantes se adscribe a una religión y un 75 % responde en el quintil superior de las posibles respuestas de la escala, lo que habría generado una pobre distribución de los datos de la variable. Al respecto, en comunidades muy religiosas tampoco se ha encontrado relaciones entre estas variables (Weinberger-Litman et al., 2020; Wnuk & Marcinkowski, 2014). Esto podría implicar que, cuando una muestra está compuesta por miembros de una tradición religiosa específica, baja la variabilidad de las respuestas y ello minimiza el poder estadístico de las pruebas (Weinberger-Litman et al., 2020).

Analizando cuáles variables predicen el bienestar en este estudio, se encontró un modelo pequeño y significativo para el componente de florecimiento. Específicamente, se halló que el miedo al COVID-19 impacta negativamente, mientras que el padecer alguna enfermedad crónica lo hace de manera positiva sobre el florecimiento. Con respecto a lo primero, Elemo et al. (2022) encontró que el miedo al COVID-19 impactaba negativamente sobre el florecimiento en un grupo de 369 estudiantes internacionales en Turquía, y que el sentido del control mediaba la relación entre ambas variables. De este modo, cuanto más aumenta el miedo al COVID-19, menor percepción de control y menor uso de las fortalezas internas para seguir siendo productivos y prosperar.

El efecto del reporte de enfermedades crónicas sobre el florecimiento contrasta con la literatura que sostiene que el convivir con una enfermedad crónica impacta en el bienestar de la persona (Falvo & Holland, 2017). Algunos autores argumentan que el florecimiento tendría una connotación distinta respecto de otras mediciones de bienestar (Correia, 2016). Así, florecer implica comprometerse y orientarse a pesar de las contingencias, reconociendo la vulnerabilidad inherente, pero también la libertad humana de posicionarse frente a las circunstancias buscando el crecimiento personal. Se comprende que tener una enfermedad crónica permite que el adulto tardío perciba la posibilidad de la muerte de manera cercana, lo cual puede favorecer la reflexión que busca dar sentido a la propia vida, aspecto central del florecimiento (Pattison & Edgar, 2016).

Asimismo, se halló un modelo de tamaño mediano para la afectividad positiva, siendo las variables significativas el miedo al COVID-19 y la espiritualidad. En el caso de la afectividad positiva, es posible entender el impacto negativo que puede haber ocasionado el temor al COVID-19, pues muchas fuentes personales y sociales (que alimentan la afectividad positiva) se restringieron producto del confinamiento (Fisher & Wilder-Smith, 2020).

El segundo elemento que aportó a la afectividad positiva fue la espiritualidad. Dicho resultado se respalda en la literatura que evidencia que, ya que la espiritualidad ayuda a organizar la experiencia (McClain et al., 2003) y orienta a la persona hacia prácticas de

autocuidado (McCullough et al., 2000, como se cita en Navas & Villegas, 2006), facilitaría también un sentido de control del mundo interno, que se asocia a una mayor prevalencia de afectos positivos (Wnuk & Marcinkowski, 2014). Recordemos que la espiritualidad incluye las creencias y convicciones religiosas, que brindan elementos discursivos que ayudan a encontrarle un sentido más trascendente a las vivencias cotidianas (Krishna & Shrader, 1999) y favorecen el sentirse contenido y acompañado por una colectividad en momentos de adversidad (Blazer, 2006). Todo ello facilitaría una mayor prevalencia de afectividad positiva.

Finalmente, el modelo de mayor tamaño fue para el componente afectividad negativa, el cual se ve significativamente afectado por el miedo al COVID-19. Diversos estudios han mostrado el vínculo que hay entre indicadores positivos y negativos del bienestar, pero estos muestran que las relaciones más sólidas y significativas son con el afecto negativo (Nazzari et al., 2023, Satıcı et al., 2020; Zammitti et al., 2021). El impacto directo de esta variable cobra sentido si se considera que esta se conceptualiza como una resonancia cognitivo-afectiva resultante de la experiencia de emociones como miedo y tristeza (Reeve, 2010), lo que explicaría que un mayor miedo se asocie a una mayor AN y que esta relación se acentúe en el caso de personas con vulnerabilidad previa frente a la ansiedad y depresión (Imholze et al., 2023).

A manera de resumen, se encuentra que el bienestar del adulto mayor de este estudio está relacionado principalmente por el temor al COVID-19. Es más específico el impacto de la espiritualidad, que se da en el componente afectividad positiva, mientras que el reporte de enfermedad crónica aporta al componente florecimiento. Las diferencias halladas por sexo se ven atenuadas al controlar el efecto de las otras variables. Resulta pertinente considerar que esta investigación presenta algunas limitaciones. Entre las más importantes se encuentra la modalidad de recojo de información que, debido a la coyuntura, se estableció de manera virtual. Es bien sabido que los adultos mayores son migrantes digitales (Knowles & Hanson, 2018) y que, si bien muchos han logrado generar cierta destreza en el uso de dispositivos electrónicos, la evidencia ha revelado que la mayor parte de ellos no se sienten cómodos ni diestros en el uso de tecnologías digitales (Jawaid, 2020).

De igual manera, deben considerarse las particularidades de las personas que conforman la muestra, pues sus condiciones socio-económicas privilegiadas les permitieron contar con una computadora o un celular inteligente para acceder a las encuestas. Esto, sumado a que la mayoría ha alcanzado un nivel de instrucción superior, daría cuenta de cierto estatus social que podría haber facilitado el desarrollo de recursos personales (Finkelstein et al., 2007), pues se ha encontrado que el estatus social y la estabilidad económica brindan una sensación de seguridad, competencia en el mundo (Lever & Lanzagorta, 2005) y mayor sentido de bienestar (Schütte et al., 2014). Por todo

lo anterior, se sugiere explorar los impactos de eventos negativos (como la pandemia) en la salud mental de una población en condiciones distintas y más representativas de la población peruana.

Otra limitación puede ser la homogeneidad de las respuestas en relación a la espiritualidad, la cual posiblemente haya dificultado la mayor variabilidad en los puntajes de la prueba, limitando el poder estadístico de la variable espiritualidad. Por ello, se sugiere tener una muestra más heterogénea en cuanto a las creencias y prácticas religiosas. Otra limitación relacionada es que se halló que en nuestra muestra la escala funciona de forma unidimensional, tal como ha ocurrido en otros estudios (Albani et al., 2002; Grulke et al., 2010). Todo ello apunta a la necesidad de reevaluar la estructura de la prueba en próximas investigaciones, de modo que se aclare si la estructura hallada responde a una particularidad de la muestra o a la coyuntura.

En base a lo expuesto, se considera necesario resaltar que el aporte principal de la presente investigación es que ha dado indicios de las repercusiones de la pandemia del COVID-19 en el bienestar de la poco estudiada población adulta mayor, pese a los notables riesgos a los que evidentemente estuvo expuesta. Para investigaciones futuras, se recomienda seguir estudiando las repercusiones de la pandemia en la salud mental de los adultos mayores, desde variables que puedan dar cuenta de consecuencias más longitudinales, considerando la posible adaptación debido al tiempo transcurrido. Del mismo modo, resultaría pertinente explorar también otras variables que podrían funcionar como elementos protectores para el bienestar del adulto mayor, como, por ejemplo, el soporte social, la resiliencia, el sentido de vida, entre otras. Por último, se insta a seguir desarrollando evidencia en torno a la espiritualidad y otros elementos que se asocian a la salud mental de la población adulta mayor, particularmente en contextos de adversidad como el vivido durante la pandemia del COVID-19.

REFERENCIAS

- Abolfathi, Y., Aizan, T., Azizah, S. & Fazdillah, M. (2015). Flourishing in later life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 63(1), 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.11.001>
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48(5), 385-391. <http://www.smj.org.sg/sites/default/files/4805/4805ra1.pdf>
- Ahorsu, D., Lin, C., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M., & Pakpour, A. (2022). The Fear of COVID-19 Scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 1537-1545. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Grulke, N. (2002). Religious and spiritual beliefs – validation of the German version of the “Systems of

- Belief Inventory" (SBI-15R-D) by Holland et al. in a population-based sample. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52(7), 306-313. <https://doi.org/10.1055/s-2002-32863>
- Almanza, J., Monroy, M., Bimbela, A., Payne, D., & Holland, J. (2000). Spanish version of the systems of belief inventory (SBI-15R): Cross cultural research on spiritual and religious beliefs. *Psychosomatics*, 41(2), 158. https://www.academia.edu/44664736/Spanish_Version_of_the_Systems_of_Beliefs_Inventory_SBI_15_R_Cross_Cultural_Research_on_Spiritual_and_Religious_Beliefs
- Ardelt, M. (2003). Effects of religion and purpose in life on elder's subjective well-being and attitudes towards death. *Journal of Religious Gerontology*, 14(4), 55-77. https://doi.org/10.1300/J078v14n04_04
- Barúa, J. (2014). Religiosidad y esperanza en un grupo de personas de un centro para el adulto mayor. [Tesis de Licenciatura en Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de Tesis PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5791>
- Bentzen, J. (2020). In crisis, we pray: Religiosity and the COVID-19 pandemic. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 192, 541-583. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.10.014>
- Blazer, D. (2006). Spirituality, depression, and the elderly. *Southern Medical Journal*, 99(10), 1178-1179. <https://doi.org/10.1097/01.smj.0000242745.55149.f9>
- Bojórquez, J., López, L., Hernández, M. & Jiménez, E. (2013). Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology, 14-16. LACCEI. <http://laccei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP065.pdf>
- Borrescio-Higa, F., & Valenzuela, P. (2021). Gender inequality and mental health during the COVID-19 pandemic. *International journal of public health*, 66, 1604220.
- Cassaretto, M. & Martínez, P. (2017). Validation of the Scales of Well-being of Flourishing and Feelings. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 19-31. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/319>
- Centers for Disease Control and Prevention of Diseases (2020, 27 de marzo). *Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). United States, February 12-March16, 2020*. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2021, marzo). *El impacto social de la pandemia en América Latina*. Claves de la CEPAL para el desarrollo. Panorama social de America Latina 2020. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46740/S2000182_es.pdf

- Correia, J. (2016). Flourishing and freedom: Exploring their tensions and their relevance to chronic disease. *Health Care Analysis, 24*(2), 148-160. <https://doi.org/10.1007/s10728-016-0314-6>
- Depla, M., Margreet, L., Van Balkom, A., & De Graaf, R. (2008). Specific fears and phobias in the general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(3), 200-208. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0291-z>
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research, 97*(2), 143-156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- Elemo, A., Ahmed, A., Kara, E & Zerjeshi, M. (2022). The fear of COVID-19 and flourishing: Assessing the mediating role of sense of control in international students. *International Journal of Mental Health & Addiction, 20*, 2408-2418. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00522-1>
- Falvo, D., & Holland, B. (2017). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Jones & Bartlett Learning.
- Finkelstein, A. (2007). The aggregate effects of health insurance: Evidence from the introduction of Medicare. *The Quarterly Journal of Economics, 122*(1), 1-37. <https://doi.org/10.1162/qjec.122.1.1>
- Fisher, D., & Wilder-Smith, A. (2020). The global community needs to swiftly ramp up the response to contain COVID-19. *The Lancet, 395*(10230), 1109-1110. [https://doi.org/10.1016%2FS0140-6736\(20\)30679-6](https://doi.org/10.1016%2FS0140-6736(20)30679-6)
- Fitzpatrick, K., Harris, C., & Drawve, G. (2020). Fear of COVID-19 and the mental health consequences in America. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(S1), S17-S21. <https://doi.org/10.1037/tra0000924>
- Grulke, N., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Albani, C. (2010). Measuring religious attitudes: reliability and validity of the German version of the Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D) in a representative sample. *Mental Health, Religion & Culture, 26*(3), 203-213. <https://doi.org/10.1080/1367467031000087665>
- Harandi, T., Taghinasab, M., & Nayeri, T. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician, 9*(9), 5212-5222. <https://doi.org/10.19082/5212>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). Mc Graw-Hill.
- Hernández, W., Burneo, A. & Cassaretto, M. (2021). Fear of COVID-19 Scale: Adaptation and psychometric properties in Peruvian population. *Anxiety and Stress, 27*(2), 103-111. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a14>

- Holland, J., Kash, K., Passik, S., Gronert, M., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S., Baider, L., & Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology* 7, 460-469. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199811/12\)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R)
- Hood, R., Hill, P., & Spilka, B. (2018). *The psychology of religion: An empirical approach*. Guilford.
- Hu, J., & Gruber, K. (2008). Positive and negative affect and health functioning indicators among older adults with chronic illnesses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(8), 895-911. <https://doi.org/10.1080/01612840802182938>
- Huarcaya, J., Villarreal, D., Podestá, A., & Luna, M. (2020). Psychometric properties of a Spanish version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
- Imholze, C., Hutterer, K., Gall, D., Dannowski, U., Domschke, K., Leehr, E. J., Lonsdorf, T. B., Lueken, U., Reif, A., Rosenkranz, K., Schiele, M. A., Zwanger, P., Puli, P., & Gamer, M. (2023). Prediction of changes in negative affect during the COVID-19 pandemic by experimental fear conditioning and generalization measures. *Zeitschrift für Psychologie*, 231(2), 137-148. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000523>
- Jawaid, A. (2020). Protecting older adults during social distancing. *Science*, 368(6487), 145-145. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abb7885>
- Kivi, M., Hansson, I., & Bjälkebring, P. (2021). Up and about: Older adults' well-being during the COVID-19 pandemic in a Swedish longitudinal study. *The Journals of Gerontology*. 76(2), e4-e9 (Series B). <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa084>
- Kjaer, T., Nowak, M., & Lou, H. (2002). Reflective self-awareness and conscious states: PET evidence for a common midline parietofrontal core. *Neuroimage*, 17(2), 1080-1086. <https://doi.org/10.1006/nimg.2002.1230>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (6th ed). Guilford Press.
- Knowles, B., & Hanson, V. (2018). The wisdom of older technology (non) users. *Communications of the ACM*, 61(3), 72-77. <https://doi.org/10.1145/3179995>
- Koenig, L. B. (2015). Change and stability in religiousness and spirituality in emerging adulthood. *The Journal of Genetic Psychology*, 176(6), 369-385. <https://doi.org/10.1080/00221325.2015.1082458>
- Kraut, R., & Holtzer, R. (2022). Recurrent but not single report of fear of falling predicts cognitive decline in community-residing older adults. *Aging & Mental Health*, 26(1), 100-106. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1916878>
- Krishnakumar, B., & Rana, S. (2020). COVID-19 in India: Strategies to combat from combination threat of life and livelihood. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 53(3), 389-391. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.024>

- Krishna, A., & Shrader, E. (1999, June). Social capital assessment tool. In *Conference on social capital and poverty reduction*. Washington, D.C.: World Bank.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lebel, S., Mutsaers, B., Tomei, C., Leclair, C. S., Jones, G., Petricone-Westwood, D., & Dinkel, A. (2020). Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: a systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *PLoS One*, 15(7), e0234124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234124>
- Lee, S. (2020). Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393-401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Lever, P., & Lanzagorta, N. (2005). Pobreza, recursos psicológicos y movilidad social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 9-45. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537101>
- Lucchetti, G., Vitorino, L. M., Nasri, F., & Lucchetti, A. L. G. (2019). Impact of religion and spirituality in older persons. En G. Lucchetti, M. F. Prieto Peres, & R. F. Damiano (Eds.), *Spirituality, religiousness and health: A social scientific approach* (Vol. 4, pp. 115-130). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-21221-6_8
- Martela, F., & Pessi, A. B. (2018). Significant work is about self-realization and broader purpose: Defining the key dimensions of meaningful work. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 363. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00363>
- Matthews, T., Danese, A., Caspi, A., Fisher, H., Goldman-Mellor, S., Kopa, A., Moffitt, T., Odgers, C., & Arseneault, L. (2019). Lonely young adults in modern Britain: Findings from an epidemiological cohort study. *Psychological Medicine*, 49(2), 268-277. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000788>
- McClain, C., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361(9369), 1603-1607. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13310-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13310-7)
- Ministerio de Salud del Perú. (2022). *Portal Covid-19*. Cifra al 14 de enero del 2022. https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- Mistry, S. K., Ali, A. R. M. M., Yadav, U. N., Ghimire, S., Hossain, B., Das Shuvo, S., Saha, M., Sawar, S., Nirrob, Md. M. H., Sekaran, V. C., & Harris, M. F. (2021). Older adults with non-communicable chronic conditions and their health care access amid COVID-19 pandemic in Bangladesh: Findings from a cross-sectional study. *PLoS One*, 16(7), e0255534. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255534>

- Navas, C., & Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Revista Ciencias de la Educación*, 1(27), 29-45. <http://doi.org/10.18566/cueteo.v47n108.a06>
- Nazzari, S., Grumi, S., Biasucci, G., Decembrino, L., Fazzi, E., Giaccherio, R., Magnani, M. L., Nacinovich, R., Scelsa, B., Spinillo, A., Capelli, E., Roberti, E., Provenzi, L. (2023). Maternal pandemic-related stress during pregnancy associates with infants' socio-cognitive development at 12 months: A longitudinal multi-centric study. *PLoS One*, 18(4), e0284578.
- Nojabae, A., Salehmoghaddam, A. R., Mazlom, S. R., Asgharipour, N., & Mohajer, S. (2018). Effect of flourishing promotion program on social health in the elderly. *Evidence Based Care*, 8(2), 39-48. DOI: 10.22038/EBCJ.2018.30277.1749
- Nordbakke, S., & Schwanen, T. (2015). Transport, unmet activity needs and wellbeing in later life: exploring the links. *Transportation*, 42(6), 1129-1151. <https://doi.org/10.1007/s11116-014-9558-x>
- Novović, Z., Mihić, L., Tovilović, S., & Jovanović, V. (2008). Relations among positive and negative affect, dysphoria and anxiety. *Psihologija*, 41(4), 413-433. <https://doi.org/10.2298/PSI0804413N>
- Organización Mundial de la Salud. (2019, 3 de octubre). *Salud mental: un estado de bienestar*. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017, 25 de diciembre). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización de las Naciones Unidas. (2020, 1 de mayo). Las personas mayores tienen el mismo derecho a la vida que los demás durante y después del COVID-19. <https://news.un.org/es/story/2020/05/1473762>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Ornell, F., Schuch, J., Sordi, A., & Kessler, F. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Pappas, G., Kiriaze, I., Giannakis, P., & Falagas, M. (2009). Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection*, 15(8), 743-747.
- Pargament, K. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 3-16. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0901_2
- Pattison, S., & Edgar, A. (2016). Prospects for flourishing in contemporary health care. *Health Care Analysis*, 24, 101-104. <https://doi.org/10.1007/s10728-016-0316-4>

- Pew Research Center. (2020, 30 de marzo). *Most Americans say coronavirus outbreak has impacted their lives*. <https://www.pewresearch.org/social-trends/2020/03/30/most-americans-say-coronavirus-outbreak-has-impacted-their-lives/>
- Pirutinsky, S., Cherniak, A., & Rosmarin, D. (2020). COVID-19, mental health, and religious coping among American Orthodox Jews. *Journal of Religion and Health, 59*(5), 2288-2301. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01070-z>
- Pourabdol, S., Absasi, M., Pirani, Z., & Abbasi, M. (2015). The relationship between life expectancy and psychological well-being with quality of life in the elderly. *Aging Psychology, 1*(1), 57-65. https://jap.razi.ac.ir/article_290.html?lang=en
- Rathakrishnan, B., Bikar-Singh, S., Yahaya, M., & Kamaluddin, M. (2022). The relationship of spirituality, fear and mental health on COVID-19 among adults: An exploratory research. *Frontiers in Psychology, 12*, Artículo 815332. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.815332>
- Reed, P. (2003) Theory of self-transcendence. En M.J. Smith & P.R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (pp. 145-165). Springer.
- Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción* (5ª ed.). McGraw-Hill.
- Rivarola, L. (2016). *Temor hacia la muerte, espiritualidad y florecimiento en adultos mayores de lima metropolitana* [Tesis de Licenciatura en Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de Tesis PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/7710>
- Roth, R., Geisser, M., Theisen-Goodvich, M., & Dixon, P. (2005). Cognitive complaints are associated with depression, fatigue, female sex, and pain catastrophizing in patients with chronic pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 86*, 1147-1154. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.10.041>
- Rubin, G., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ, 368*, m313. <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m313>
- Ruzek, J. (2020). Disaster response, mental health, and community resilience. *Psychiatric Times, 27*(1). <https://www.psychiatristimes.com/view/disaster-response-mental-health-and-community-resilience>
- Ryff, C. & Singer, B. (2000). Biopsychosocial challenges of the new millennium. *Psychotherapy and Psychosomatics, 69*(4), 170-177. <https://doi.org/10.1159/000012390>
- Sakib, N., Bhuiyan, A., Hossain, S., Al Mamun, F., Hosen, I., Abdullah, A., Sarker, A., Mohiuddin, M. S., Rayhan, I., Hossain, M., Sikder, T., Gonzal, D., Muhit, M., Islam, S. M. S., Griffiths, M. D., Pakpour, A. H., & Manun, M. A. (2020). Psychometric validation of the Bangla Fear of COVID-19 Scale: Confirmatory factor analysis and Rasch analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction, 20*(5), 2623-2634. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00289-x>

- Satici, B., Gocet-Tekin, E., Deniz, M., & Satici, S. (2020). Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5(1), E62-E70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Schaie, K., & Willis, S. (Eds.). (2015). *Handbook of the psychology of aging*. Elsevier Academic Press.
- 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), 281-282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Schütte, S., Chastang, J. F., Parent-Thirion, A., Vermeylen, G., Niedhammer, I. (2014) Social inequalities in psychological well-being: A European comparison. *Community Mental Health Journal*, 50(8), 987-990. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9725-8>
- Taylor, S. (2019). The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, 581-609. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-020131>
- Velasco-Gonzalez, L., & Rioux, L. (2014). The spiritual well-being of elderly people: A study of a French sample. *Journal of Religion and Health*, 53(4), 1123-1137. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9710-5>
- Vindgaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Weinberger-Litman, S. L., Litman, L., Rosen, Z., Rosmarin, D. H., & Rosenzweig, C. (2020). A look at the first quarantined community in the USA: Response of religious communal organizations and implications for public health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Religion and Health*, 59, 2269- 2282. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01064-x>
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Fabricant, L. E., & Olatunji, B. O. (2012). Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (Swine flu) pandemic. *Cognitive Therapy and Research*, 36(3), 210-218. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9353-3>
- Wnuk, M., & Marcinkowski, J. (2014). Do existential variables mediate between religious-spiritual facets of functionality and psychological wellbeing. *Journal of Religion and Health*, 53(1), 56-67. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9597-6>
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., & Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 302-311. <https://doi.org/10.1177/0706743709054005>

- Yadav, U. N., Yadav, O. P., Singh, D. R., Ghimire, S., Rayamajhee, B., Mistry, S. K., & Mehta, S. (2021). Perceived fear of COVID-19 and its associated factors among Nepalese older adults in eastern Nepal: A cross-sectional study. *PLoS One*, *16*(7), e0254825. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254825>
- Yip, P. S. F., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*, *31*(2), 86-92. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000015>
- Zammiti, A., Imbroglia, C., Russo, A., Zarbo, R., & Magnano, P. (2021). The psychological impact of coronavirus pandemic restrictions in Italy. The mediating role of the fear of COVID-19 in the relationship between positive and negative affect with positive and negative outcomes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *11*(3), 697-710. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11030050>
- Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C. T., Ofstedal, M. B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM Population Health* *2*, 373-381. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009>

