

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



Miedo al covid-19, espiritualidad y bienestar en adultos mayores de Lima Metropolitana

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORA

Bach. Diana Haydeé Ruiz Bartra

ASESORA

Dra. Mónica De Los Milagros
Cassaretto Bardales


Lima, abril, 2023

INFORME DE SIMILITUD

Yo, Mónica de los Milagros Cassaretto Bardales, docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesora de la tesis titulada “Miedo al covid-19, espiritualidad y bienestar en adultos mayores de Lima Metropolitana” de la autora Diana Haydeé Ruiz Bartra, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 10%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 11/04/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 11 de abril del 2023

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora:	
<u>Cassaretto Bardales, Mónica de los Milagros</u>	
DNI: 09491245	Firma 
ORCID: 0000-0002-4880-6092	

Agradecimientos

Agradezco al universo por colocar a las personas, situaciones y experiencias que me ayudaron a ser quien soy ahora.

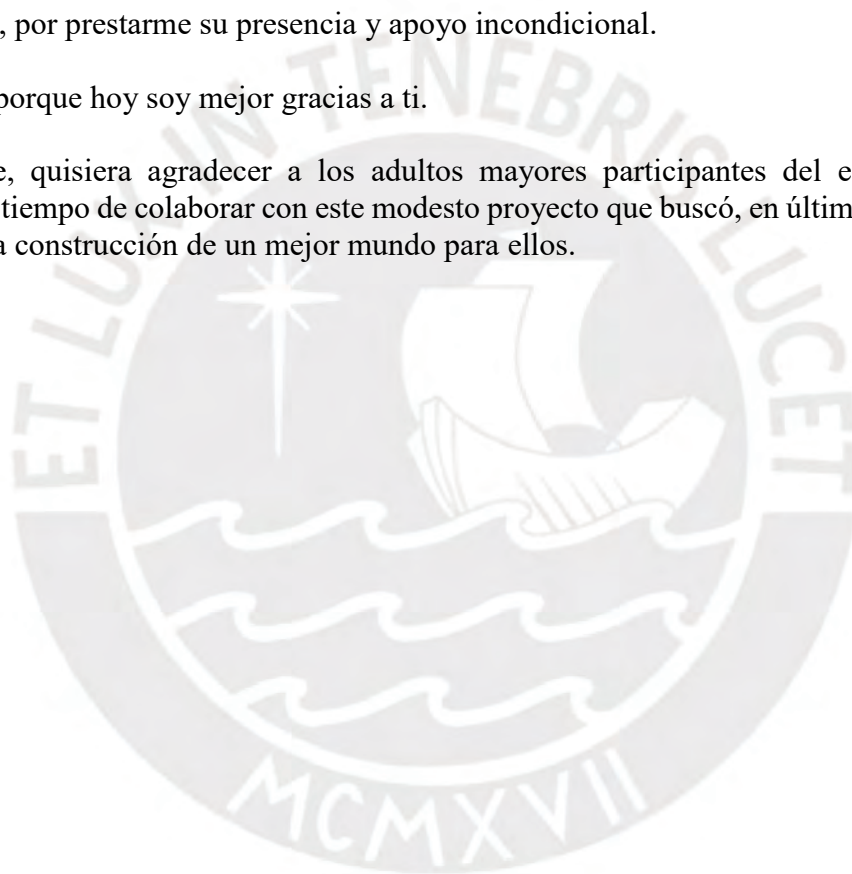
A mi abuela, a mi papá y a mi mamá, por enseñarme con su ejemplo de perseverancia, esfuerzo y fortaleza. Especialmente, a mi papá, por creer en mis alas y motivarme a volar alto.

A mi asesora, Mónica Cassaretto, porque sin su estímulo, guía permanente, compromiso y dedicación, esta tesis no hubiera sido posible.

A Victoria, por prestarme su presencia y apoyo incondicional.

A Sergio, porque hoy soy mejor gracias a ti.

Finalmente, quisiera agradecer a los adultos mayores participantes del estudio, por tomarse el tiempo de colaborar con este modesto proyecto que buscó, en última instancia, aportar a la construcción de un mejor mundo para ellos.



Resumen

Desde su surgimiento hace más de tres años, la pandemia de la covid-19 ha generado impactos en todos los aspectos de la vida de los individuos. En este contexto, merece particular atención la salud mental de quienes representaron el grupo etario más vulnerable frente a sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Este es el caso de los adultos mayores (Ferre & Abou Rafeh, 2020). En base a ello, la presente investigación tuvo como objetivo estudiar las relaciones entre el miedo a la covid-19, la espiritualidad y el bienestar de una muestra de 169 adultos mayores limeños durante el primer año de la emergencia sanitaria. Para medir el temor a la covid-19 se utilizó la *FCV-19S* (Ahorsu et al., 2020); para el bienestar, las escalas de *Florecimiento*, *SPANE-P* y *SPANE-N* (Diener et al., 2010); y para la espiritualidad, el *SBI-15R* (Holland et al., 1998). Los resultados sugieren relaciones significativas y coherentes entre el miedo a la covid-19 y todas las medidas de bienestar. Así también, se halló una relación directa y significativa entre la espiritualidad y la afectividad positiva. Respecto a la capacidad explicativa de las variables de medición del bienestar de la muestra, los modelos de regresión revelaron que miedo a la covid-19, nivel de deterioro de la salud percibido y espiritualidad eran las variables que más explicaban la afectividad positiva ($R^2=19$, $p<.05$). Por su parte, miedo a la covid-19 y diagnóstico de covid-19, fueron las más explicativas de la afectividad negativa ($R^2=.33$, $p<.001$).

Abstract

Since its emergence more than three years ago, the covid-19 pandemic has had an impact on all aspects of the lives of individuals. In this context, the mental health of those who represent the most vulnerable age group in the face of its physical, psychological and social consequences deserves special attention. This is the case of older adults (Ferre & Abou Rafeh, 2020). Based on this, the objective of this research was to study the relationships between fear of covid-19, spirituality, and well-being in a sample of 169 older adults from Lima in the first year of the health emergency. To measure fear of covid-19, the FCV-19S was obtained (Ahorsu et al., 2020); for well-being, the Flourishing, SPANE-P and SPANE-N scales (Diener et al., 2010); and for spirituality, the SBI-15R (Holland et al., 1998). The results suggested significant relationships and consistency between fear of covid-19 and all measures of well-being. Likewise, a direct and significant relationship was found between spirituality and positive affectivity. Regarding the explanatory capacity of the well-being measurement variables in the sample, the regression fear models revealed that in the face of covid-19, the level of perceived deterioration in health and spirituality were the variables that most explained positive affectivity ($R^2 = .19$, $p < 0.05$). For their part, fear of covid-19 and diagnosis of covid-19 were the most explanatory of negative affectivity ($R^2 = .33$, $p < .001$).

Tabla de contenidos

Resumen

Introducción 1

Método 13

Participantes 13

Medición 13

Procedimiento 18

Análisis de datos 19

Resultados 21

Discusión 25

Referencias 37

Apéndices

A. Descriptivos de la muestra 53

B. Confiabilidad escala de miedo al covid 54

C. Confiabilidad escalas de florecimiento, SPANE-P y SPANE-N 55

D. Confiabilidad escala de espiritualidad 56

E. Consentimiento informado 57

F. Ficha de datos demográficos y de salud 58

Desde su aparición a finales del 2019, la rápida expansión de la covid-19 impactó a la humanidad causando estragos a todo nivel. Para el 11 de marzo del 2020, esta enfermedad infecciosa ya se había propagado en más de 100 territorios, llevando a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) a reconocerla como una pandemia mundial, que colapsaría la mayoría de sistemas sanitarios. Más tres años después, la pandemia es una realidad aún vigente que en el Perú, entre septiembre y diciembre del 2022, afrontó una quinta ola de contagios (MINSA, 23 de febrero del 2023).

Si bien la covid-19 expuso a la humanidad en su conjunto, la evidencia inicial fue consistente en señalar que los adultos mayores tenían más probabilidades de contraer y desarrollar la enfermedad, con un peor pronóstico en comparación a la población general (*Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Italian covid-19 Surveillance Group, 2020*). Prueba de ello es que, para el 2020, el 80% de los fallecimientos reportados por de esta enfermedad hayan correspondido a personas de 60 años a más (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 % de ellas (140 993) correspondieron a población adulta mayor (MINSA, 2022).

Es sabido que las condiciones crónicas de salud representan un factor de riesgo adicional frente a la enfermedad (Arentz, et al., 2020; Lee, 2020), que colocó a las personas mayores en una posición aún más vulnerable, pues dichas condiciones son comunes en esta etapa vital (OMS, 2017). Como prueba de ello, en el Perú, el 80.7% de los adultos mayores padece una o más enfermedades crónicas (INEI, 2021). Esta tendencia, adicionada al factor edad, se traduce en una probabilidad aún más alta de esta población de desarrollar las manifestaciones más graves de la enfermedad e incluso morir.

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, así como en la expansión de la angustia y el desorden social (Taylor, 2019). En esta línea, se ha encontrado que los contextos de pandemia aumentan los niveles de estrés y ansiedad en personas saludables e intensifican los síntomas de aquellas con condiciones psiquiátricas preexistentes (Shigemura et al., 2020), por lo que las enfermedades mentales tienden a ser un fenómeno masivo y prevalente (Reardon, 2015, en Ornell et al. 2020).

Dicha tendencia se agudizaría en el caso de las poblaciones socialmente vulnerables (Fitzpatrick et al., 2020; Taylor, 2019), como lo son los adultos mayores, quienes ya de por sí están particularmente expuestos frente a los impactos psicosociales de la pandemia debido a su mayor probabilidad de contraer la enfermedad y tener peor evolución (Fitzpatrick et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020); lo que los colocaría en una posición aún más vulnerable.

Las consecuencias psicosociales de la pandemia de la covid-19 cobran mayor dimensión si se considera las medidas extremas que exigió su manejo inicial. En esta línea, es preciso reconocer que durante los primeros meses de la pandemia las disposiciones gubernamentales implicaron para la mayoría de países bloqueos y cuarentenas masivas. Estas restricciones representaron un estresor psicosocial adicional, que afectó la economía, el estilo de vida y la cotidianidad de las personas. (Krishnakumar & Rana, 2020; Rubin & Wessely, 2020). Ello se manifestó en limitaciones para desarrollar las actividades rutinarias, separación de la familia y amigos, escasez de comida y medicina, disminución de salario, distanciamiento social, cierre de lugares públicos, cancelación de eventos sociales y comunitarios, entre otros (Taylor, 2019).

Este tipo de medidas ponen el bienestar social de las personas mayores en particular riesgo, pues restringen las interacciones sociales a las plataformas digitales, frente a las cuales tienen un acceso más limitado y suelen sentirse menos cómodos (Knowles & Hanson, 2018). Estas limitaciones para la interacción conducirían al aburrimiento, la frustración y a una sensación de soledad que resulta angustiante (Haider et al., 2020) y puede desembocar en un aislamiento social (Jawaid, 2020). Este último se ha relacionado con una mayor probabilidad de desarrollar síntomas de ansiedad, episodios depresivos y tendencias suicidas, así como con un debilitamiento del sistema inmunológico (Cole et al., 2015; Matthews et al., 2019; Santini et al., 2020), elevando aún más la susceptibilidad de esta población.

La forma en que se vivencia la muerte es otro aspecto que trastoca la vida de las personas durante una pandemia. Esto ocurre porque la pérdida de los seres amados muchas veces se da en circunstancias traumatizantes producto del colapso del sistema sanitario (Taylor, 2017). Además, las políticas de distanciamiento no permiten que se desplieguen las prácticas funerarias comunitarias preescritas religiosa y culturalmente,

haciendo que la muerte se perciba como algo horrible y deshumanizante (Schoch-Spana, 2004) (en Taylor, 2019). Todo ello tendría impactos en la salud mental de las personas, pues se ha encontrado que dejar de participar de actividades sociales que forman parte de las prácticas personales y culturales preestablecidas puede poner en riesgo el propósito, el sentido de identidad y el sentido de pertenencia (Fisher & Smith, 2020), dificultando aún más la elaboración del duelo.

Este contexto enfrentó a las personas a una permanente convivencia con la incertidumbre, la pérdida y el miedo (Ahorsu et al., 2020; Pappas et al. 2009). Desafortunadamente, la evidencia demuestra que un mal manejo del miedo puede amplificar el daño de la enfermedad en sí, con consecuencias adversas tanto a nivel social como individual (Fitzpatrick, et al., 2020; Pakpour & Griffiths, 2020). Por tal motivo, el estudio del miedo en esta coyuntura tomó especial relevancia.

Para Reeve (2010), el miedo es una reacción emocional que surge cuando la persona interpreta que la situación que enfrenta es peligrosa para su bienestar físico o psicológico; es decir, en respuesta a un estímulo que reconoce como amenazante para su integridad (Hoog, et al., 2008). Este se manifiesta en una activación del sistema nervioso autónomo, el cual prepara fisiológicamente al individuo para la respuesta de huida, a partir de una motivación de protección (Reeve, 2010). Sin embargo, dicha resolución se dificulta si el estímulo amenazante se torna inminente y poco controlable, como ocurre en el caso de una pandemia, haciendo que las personas se sientan permanentemente vulnerables y en riesgo (Ruzek, 2020).

Esta sensación se acrecienta con los anuncios de las muertes, los reportes de los medios de comunicación, el número creciente de casos nuevos (Kumar & Somani, 2020; Lee, 2020b; Matthews et al., 2019; Pappas et al. 2009) y la cuarentena masiva, como significativa señal de peligro y de pérdida de control y libertad (Matthews et al. 2019; Santini et al., 2020), que aumenta si se está separado de la familia (Rubin & Wessely, 2020).

Es por esto que durante los brotes de enfermedades una proporción importante de personas tiende a experimentar niveles clínicamente significativos de miedo y ansiedad (Ornell et al., 2020; Taylor, 2019); siendo los miedos más prevalentes el miedo a la muerte o discapacidad (propia o de las personas amadas), a contraer la

infección (Dubey et al., 2020) o que lo hagan los seres queridos (Moukaddam, 2020), a ser evitado por otros en caso enfermarse (Chen et al, 2004), entre otros. Para dar cuenta de ello, una encuesta que evaluó en línea a 10 368 adultos estadounidenses durante los primeros meses de la pandemia (Fitzpatrick et al., 2020) encontró que todos los encuestados tenían miedo a la covid-19 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 (Shin & Liberzon, 2020). Como prueba de ello, los estudios sobre el impacto psicológico de brotes de enfermedades que se han extendido a nivel global han demostrado vínculos claros entre el miedo a la pandemia y altos niveles de estrés, ansiedad, ansiedad por la salud, hipocondría, estrés postraumático y tendencias suicidas (Pappas et al., 2009; Wheaton et al., 2012; Wu et al., 2009; Yip et al., 2010, en Lee, 2020).

En el caso de la pandemia del coronavirus, se ha encontrado que el miedo a la covid-19 está asociado a índices de depresión y ansiedad (Ahorsu et al., 2020; Lai et al., 2020; Liu et al., 2020; Pakpour, 2020; Sakib et al., 2020); relación que se agudiza en las personas que se mantienen en aislamiento (Taylor, 2019), como ocurrió con mayor medida en las 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 a la covid-19 ha sido relacionado a estrés post-traumático e insomnio en población altamente susceptible a la enfermedad (Lai et al., 2020).

Vivir con una constante percepción de miedo también afecta otras dimensiones de la salud del individuo. A nivel físico, debilita el sistema inmune y puede causar problemas cardiovasculares, afectaciones gastrointestinales y disminución de la fertilidad; así también, puede conducir al envejecimiento acelerado e incluso a la muerte prematura. A nivel cognitivo, puede afectar la formación de los recuerdos a largo plazo e inhibir ciertas partes del cerebro encargadas de las funciones ejecutivas y de la recuperación fisiológica frente al miedo, dejando a la persona ansiosa la mayor parte del tiempo y susceptible frente a emociones intensas y reacciones impulsivas

(University of Minnesota, sf). Además, se ha encontrado que estar expuestos permanentemente al miedo aceleraría los procesos de deterioro cognitivo de las personas mayores (Kraut et al., 2022); lo cual está relacionado a enfermedades neurológicas degenerativas que afectarían su calidad de vida (Lebel et al., 2020).

Es a partir de lo expuesto que el estudio del miedo frente a la covid-19, entendido como el miedo en relación al coronavirus, se posicionó una urgencia sanitaria mundial (Ahorsu, et al., 2020; Lee, 2020). Pues la sobreinformación que prepondera facilitó que muchas personas se sientan en riesgo casi todo el tiempo; y mantenerse permanentemente preparado para lo desconocido y amenazante afecta el bienestar físico y mental (Ruzek, 2020). Como evidencia de ello, los estudios en población general han demostrado la disminución significativa del bienestar psicológico de las personas a partir de la pandemia de la covid-19 (Vindegaard & Benros, 2020). Esto exige especial atención debido a que el bienestar se reconoce como un indicador esencial de la salud mental del ser humano (OMS, 2011), 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).

El estudio del bienestar ha seguido dos tradiciones. Una visión considerada “hedonista”, que asocia el bienestar a la experiencia de placer y felicidad. Y una visión denominada “eudaimónica”, que lo asocia al despliegue de potenciales y la realización de aquello que se desea ser (Triadó et al., 2003). Pese a que las investigaciones actuales revelan que el bienestar es multidimensional (incluye elementos hedónicos y eudaimónicos) y que ambos modelos no son excluyentes, aún existen ciertos vacíos en el desarrollo de un modelo integrado coherente (Gancedo, 2008, Keyes et al., 2002; Ryan & Deci, 2001, en Martínez & Casaretto, 2016).

Buscando responder a esta necesidad, Diener et al. (2010) proponen como medidas de bienestar a las escalas de florecimiento y afectividad. La primera mide el crecimiento psicológico o florecimiento (*Flourishing*), representando la tradición eudaimónica; y la segunda, evalúa afectos positivos y negativos (*Scale of Positive and Negative Experience*), siguiendo con la tradición hedónica. El uso conjunto de ambas medidas de bienestar ha dado evidencia de pertinencia, solidez y transculturalidad (Diener et al. 2010; Howell & Buro, 2015; Silva & Caetano, 2013, en Martínez & Cassaretto, 2016). Por ello, resulta útil introducir ambos conceptos.

Por un lado, el florecimiento describe la experiencia de que la vida de uno está yendo bien (Huppert & So, 2011). 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, competencia, el autoestima, el optimismo y la contribución hacia el bienestar de los demás (Diener et al., 2010). Es por esto que 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. Pues se ha demostrado a través de estudios correlacionales y longitudinales con adultos mayores 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).

Por otro lado, si bien las emociones surgen naturalmente como reacciones ante sucesos vitales importantes (Reeve, 2010), las personas sienten algo casi todo el tiempo. Esto que las personas sienten que dirige lo que piensan puede clasificarse como un estado de afecto positivo (que refleja una interacción placentera con el entorno, caracterizada por el entusiasmo y progreso hacia metas) o un estado de afecto negativo (que surge de una interacción desagradable y se manifiesta en insatisfacción, nerviosismo e irritabilidad) (Watson et al., 1988, en Reeve, 2010). Cabe resaltar que estos últimos no son modos diferentes o contrarios del sentimiento, sino más bien independientes (Schimmack, 2008, en Reeve, 2010).

Además de la funcionalidad evolutiva, se ha evidenciado la importancia generalizada del afecto sobre la salud (Erbacher et al., 2012). En el caso de los adultos mayores, la afectividad negativa alta, se ha asociado a un dolor más intenso para quienes padecen dolor crónico (Roth, et al., 2005) y niveles más altos de estrés, depresión y ansiedad (Novovic et al., 2008). Por su parte, la afectividad positiva junto con un afecto negativo bajo, se asocia a menores niveles de angustia por síntomas, menos síntomas depresivos, niveles de actividad diaria más altos y mayor calidad de vida relacionada a la salud, en adultos mayores con enfermedades crónicas (Hu & Gruber, 2008).

Es así como desde sus distintos enfoques el bienestar se ha posicionado como un elemento protector frente a los cambios asociados a la senitud. A nivel físico, un

alto bienestar parece proteger frente a la fragilidad y el debilitamiento asociado a la senescencia (Gale et al., 2014); lo que se manifiesta en un menor riesgo de desarrollar problemas de movilidad y funcionalidad (Nordbakke & Schwanen, 2015) y una mejor salud general en esta etapa (Bilotta et al., 2011). El bienestar también se ha relacionado a una mayor calidad de vida (Pourabdol et al., 2015), felicidad, satisfacción con la vida, percepción de seguridad y planes para futuro; y, de manera inversa, con la depresión y la soledad emocional en esta población (Savikko, 2008).

Sin embargo, existen elementos que ponen en riesgo el bienestar de las personas mayores. En primer lugar, están los cambios vinculados a la renuncia que ocurren en este periodo. Ejemplo de ello son la mayor probabilidad de dependencia por dificultades asociadas al deterioro del cuerpo o la mente, el dolor por la partida de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico producto de la jubilación o la discapacidad, el abandono de una posición de autoridad, el cuestionamiento de las competencias, los conflictos sin resolver en etapas pasadas y la consciencia de la cercanía de la propia muerte (Blazer, 2006; Erickson, 2006; Neugarten, 1996; OMS, 2017, en Rivarola, 2016). Vivencias que se intensificaron en el contexto de la pandemia.

A esto se le adicionan los factores de orden cultural, que configuran la valoración social y el trato que recibe este grupo dentro de la estructura social (Schaie & Willis, 2015). En la cultura occidental actual el adulto mayor debe enfrentar las idiosincrasias que sobrevaloran de la belleza y la juventud, que conllevan a que, por contraste, este sea percibido como menos fuerte, competente y productivo (Guzmán & Huenchuan, 2004). Esto posiciona a los adultos mayores como una población proclive al maltrato, la discriminación, la segregación, el abandono y, vinculado a ello, a la baja autoestima, la depresión, la ansiedad y el suicidio; colocándolos en una situación de vulnerabilidad social (OMS, 2017).

Todo ello exige que los adultos mayores desplieguen fortalezas que les permitan sobre llevar la adversidad y mantener un sentido de integridad y un nivel de bienestar óptimo. En esta línea, una dimensión que ha sido asociada al bienestar y que se revela como un recurso adaptativo sobre todo en fases tardías de la vida y en momentos en los que se hace consciente la mortalidad es la espiritualidad (Reed, 2003). Para Quiceno y Vinaccia (2011), dicha dimensión inherente a la experiencia humana se ha

evidenciado a lo largo de la historia como una búsqueda de explicar manifestaciones físicas y mentales a partir de fenómenos espirituales y prácticas religiosas. Pargament, uno de los principales investigadores de la materia, define la espiritualidad como "la búsqueda de lo sagrado" (1999) que da sentido y orden a la experiencia y a la propia conducta, a la vez que fortalece la capacidad de adaptarse frente a las diferentes situaciones vitales. (McClain et al., 2003).

Si bien todas las religiones buscan promover la espiritualidad a través de sus principios, existe una distinción entre la religiosidad y la espiritualidad. La religiosidad refiere a las personas que siguen ciertos dogmas, creencias, valores y prácticas propuestas por una institución en la búsqueda de lo divino; y la espiritualidad, da cuenta de experiencias subjetivas, una visión más amplia de Dios y un estado de coherencia, valores y principios que le dan un sentido a la vida (Chipana, 2016; Delaney, 2005; Hill et al., 2000; Pargament & Mahoney, 2002).

Siguiendo esta línea, Ross (1995) define la espiritualidad en base a tres aspectos fundamentales que otorgan una comprensión del propósito o significado de la vida y un deseo intenso de vivir: significado y propósito, voluntad de vivir, y fe en uno mismo, en los demás y en Dios (Cotton et al., 1999). Esto último se manifestaría en que las personas espirituales estén más sujetas a desplegar sus recursos para cuidarse y afrontar de manera activa las demandas del entorno (Koenig et al., 2000), lo que les generaría una mayor expectativa de vida, mayor esperanza y menos síntomas depresivos, como lo demuestran estudios meta-analíticos (Bonelli, et al., 2012). De igual manera, se ha encontrado la relación de esta dimensión con la actitud de búsqueda y construcción de respuestas satisfactorias acerca de la vida, la enfermedad y la muerte (Brady et al., 1999). De modo que la espiritualidad motivaría a que las personas busquen un sentido a su vida y se pregunten sobre su identidad y bienestar, facilitando su capacidad de adaptación frente a las demandas vitales (Herbert & Jenckes, 2001, en Gallegos & Herrera, 2008).

En el caso de los mayores, la espiritualidad se ha posicionado como un recurso que además de ayudar a afrontar las pérdidas físicas, sociales y la cercanía a la muerte asociadas del envejecimiento (Ardelt, 2003), se relaciona a la conservación de la salud física y mental (Brownstein, 2004). Por ello se ha asociado directamente con menores niveles de depresión, mejor funcionamiento cognitivo, menor morbimortalidad, mejor

estado funcional y puntuaciones más altas de calidad de vida y bienestar (Lucchetti et al., 2019).

Particularmente, la espiritualidad parece ser un elemento protector frente a la ansiedad (Stanley et al., 2011) y un componente subjetivo que ayuda a afrontar positivamente las situaciones de alto estrés y de estrés prolongado (Delgado, 2007), así como a la recuperación frente a eventos traumáticos (McIntosh et al., 2011). La oración y/o meditación parece tener un rol muy importante esto. Benson (2000), quien coordina el Instituto Mind-Body en la Universidad de Harvard y viene estudiando desde hace 30 años el poder de la oración y meditación sobre el cuerpo, ha demostrado experimental y longitudinalmente que dichas acciones producen una respuesta de relajación que protege frente al estrés, calma el cuerpo y promueve la sanación (Navas & Villegas, 2006). Incluso, se ha revelado que su práctica frecuente y constante produce cambios progresivos en el cerebro que se manifestarían en una disminución de la frecuencia e intensidad de estados emocionales desagradables, como los son la ira o el miedo (Reeve, 2010), y una recuperación más rápida y mayor auto-regulación frente a ellos (Kjaer et al., 2002).

En el contexto de la pandemia de la covid-19, una investigación que exploró las relaciones entre la salud mental, la espiritualidad y el miedo a la covid-19 en adultos malasio encontró que la espiritualidad tendría un rol mediador, ayudando a que las personas con miedo puedan mantener su salud mental (Rathakrishnan, et al., 2022). De acuerdo con los autores, esto ocurriría porque las personas más espirituales se habrían enfocado en hábitos cotidianos, lo que les aportaría esperanza y ayudaría a que desvíen su atención de la emoción, incluso si experimentan distanciamiento social. Esto sintoniza con estudios anteriores que muestran que aquellos que tienen miedo a las enfermedades, pero tienen valores espirituales pueden mantener una salud mental positiva (Hayman et al., 2007; Koenig, 2010, en Rathakrishnan, et al., 2022).

De igual manera, la espiritualidad se ha posicionado como un recurso que promueve el bienestar. Esto parece deberse a que las creencias y valores asociados a la espiritualidad orientan el comportamiento de las personas espirituales en la búsqueda de sentido y coherencia (Velasco & Rioux, 2014). Asimismo, la espiritualidad se configuraría como una fuente de fortaleza que capacita al individuo para tomar conciencia de sus creencias, actitudes y comportamientos, y facilita que

haga cambios positivos en su estilo de vida en pro de su bienestar (Navas & Villegas, 2006). Esto no solo repercute en una percepción más significativa y trascendente de la vida y de las experiencias (Krishna, 1999), sino que agregaría elementos de autoconocimiento y competencia, que impactan de manera positiva en la persona. Prueba de ello es que se ha encontrado que las personas espirituales presentan mayor sensación de bienestar, bienestar psicológico, satisfacción con la vida, afectos positivos, calidad de vida y felicidad personal, respecto a las personas que no lo son (Krishna, 1999; Langer, 2004; Wnuk & Marcinkowski, 2014).

Estos resultados también se reproducen en población adulta mayor. Un estudio longitudinal con adultos tardíos americanos encontró que la espiritualidad promovía el bienestar debido a que motivaba el crecimiento personal y el involucramiento en tareas creativas o de autosuperación (Wink & Dillon, 2003). En el Perú, la investigación de Rivarola (2016) encontró que la espiritualidad se relacionaba de manera inversa con el miedo a la propia muerte y de manera directa con el florecimiento de un grupo de sesenta y cinco adultos mayores limeños.

Todo ello sugiere que la espiritualidad representa una fortaleza humana que podría haberse configurado como un recurso protector en el contexto de adversidad que enfrentaron los adultos mayores a raíz de la pandemia. Más aún si se considera el permanente énfasis que se hizo de su mayor vulnerabilidad frente a la covid-19 a través de distintos medios de difusión. Pues esto último, además de exponerlos particularmente a experiencias de miedo agudo y crónico (Kumar & Somani, 2020), reforzaría el estereotipo de dependencia y debilidad que culturalmente se le ha atribuido a este grupo social (Guzmán & Huenchuan, 2004), posicionándolos como una población proclive a la segregación y el maltrato (OMS, 2017).

A partir de lo expuesto se puede reconocer la pertinencia de estudiar el rol que tuvo el miedo a la covid-19 en la vivencia de bienestar de los adultos mayores durante la pandemia. Así como, el lugar que pudo haber tenido la espiritualidad en este contexto, habiéndose revelado esta última como un recurso personal que ayuda a afrontar las adversidades y promueve el bienestar de esta población (OMS, 2002).

Por ello, el objetivo principal de la presente investigación fue estudiar las relaciones entre el miedo a la covid-19, la espiritualidad y el bienestar de una muestra

de adultos mayores de Lima Metropolitana. En caso de encontrar asociaciones importantes, se realizarán modelos predictivos con el fin de analizar qué variables explican estadísticamente las medidas de bienestar. A su vez, como objetivos específicos, se buscó conocer si existían diferencias de acuerdo a variables socio-demográficas (edad, sexo, lugar de nacimiento, religión, situación laboral, grado de instrucción, estado civil y composición familiar) y de salud (condiciones crónicas, diagnóstico de covid-19 y salud auto-percibida) en relación a estos constructos. Para lograr dichos objetivos, se realizó la recolección de información en un solo momento y a un único grupo de personas.



Método

Participantes

El estudio estuvo conformado por 169 adultos mayores de Lima Metropolitana, cuyo rango de edad osciló entre 60 y 85 años ($M=66.7$; $DE=5.9$). Del total de participantes, 73.4% fueron mujeres y 26.6%, hombres. Asimismo, la mayoría logró una instrucción universitaria (72.1%), se adscribía dentro de la religión católica (84.6%) y se encontraba en una relación de pareja (55%). En cuanto a la situación laboral, el 55.6% no se encontraba laboralmente activo y el 44.4% aún laboraba, ya sea de manera dependiente o independiente. Como otros datos relevantes, el 66% de la muestra refirió tener algún familiar cuyo trabajo lo exponía frente al covid-19, mientras que el 59.2% padecía de alguna enfermedad crónica. Por último, si bien solo un 5.9% había tenido diagnóstico de covid-19, un 56.2% consideraba que su salud se había visto deteriorada por la pandemia (Apéndice A).

El contacto con los participantes se dio a través de las redes sociales (principalmente *Facebook* y correo electrónico) de iniciativas que promueven los derechos de los adultos mayores, con cuyos representantes se coordinó para que socialicen la encuesta de *Google Forms*. Se consideró a los adultos mayores con un grado de instrucción mínimo de secundaria completa y un rango de edad entre 60 y 85 años, como criterio de inclusión. Por ello, se excluyó a las personas menores de 60, mayores de 85 y a las que habían logrado un grado de instrucción menor al referido.

Es importante mencionar que al inicio del formulario, cada participante recibió un consentimiento informado donde se explicitó los objetivos del estudio y los aspectos éticos que se consideraron en la aplicación de la encuesta y se mantuvieron transversales a la investigación. Adicionalmente, después de llenar la encuesta, los participantes accedieron a links con información relevante para el cuidado y la atención de su salud mental en el contexto de la pandemia.

Medición

Para medir el miedo al covid-19 se utilizó la *Fear to Covid Scale (FCV-19S)*, creada por Ahorsu et al. (2020), en su versión adaptada al español por Hernández et al. (2021). Este instrumento busca capturar el miedo en relación al covid-19 de un

individuo a través de siete ítems que se califican en una escala Likert de 5 puntos, que va desde el 0 (totalmente en desacuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo), con un puntaje total entre 0 y 28. Cuanto mayor sea el puntaje, mayor es el miedo a covid-19.

Para construir esta herramienta Ahorsu y colaboradores (2020) realizaron una extensa revisión de escalas generales de miedo, miedos específicos y miedos a enfermedades. Treinta medidas fueron escogidas y evaluadas por paneles interdisciplinarios de expertos, quienes seleccionaron los 10 ítems más representativos del temor a una enfermedad. Finalmente esta escala fue piloteada en 46 individuos, a quienes además se les realizó una entrevista cognitiva para ver si los ítems se entendían. Ambas evaluaciones confirmaron que todos los encuestados entendieron completamente la prueba, por lo que se decidió no hacer más cambios.

Para evaluar las características psicométricas de la prueba esta fue aplicada a 717 adultos iraníes. Siete ítems con cargas factoriales entre .66 y .74 fueron los que quedaron como parte de la estructura interna de la escala, la cual mostró adecuada confiabilidad por índices de consistencia interna (.82), confiabilidad compuesta (.88) y fiabilidad test-retest (.72). La validez de la estructura unifactorial se evidenció a través del análisis de Raschl ($MnSq$ de entre .80 y 1.26 y valores del equipo $MnSq$ entre .84 y 1.25); y la validez concurrente, a través de correlaciones positivas entre miedo al COVID-19 y depresión (.43), ansiedad (.51), infectabilidad percibida (.48) y aversión al germen (.46) ($p < 0.001$) (Ahorsu et al., 2020).

La *Fear to Covid-19 Scale* ha sido adaptada en diversos idiomas y ha reportado evidencias de confiabilidad y validez con población iraní (Ahorsu et al., 2020), israelí (Bitan et al., 2020), italiana (Soraci et al., 2020), árabe (Alyami et al., 2020), rusa (Reznik et al., 2020), india (Doshi et al., 2020), turca (Satici et al., 2020), griega (Tsipropoulou et al., 2020), bengalí (Sakib et al., 2020), inglesa (Winter et al., 2020), japonesa (Masuyama, 2020), norteamericana (Perz et al., 2020), paraguaya (Barrios et al., 2020) y peruana (Huarcaya et al., 2020; Hernández, et al., 2021).

Hernández et al.(2021) tradujeron y adaptaron al contexto peruano la *FCV-19S*, usando el método de *back traslation*. Para evaluar las propiedades psicométricas de la adaptación, esta fue aplicada a 161 trabajadores profesionales de una línea de ayuda del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, a quienes se les realizó dos

mediciones con aproximadamente cuatro semanas de separación. Para evaluar la validez, se realizó un análisis factorial exploratorio que arrojó un solo factor que explicaba el 39% de la varianza, con cargas factoriales superiores a .50. Para confirmar la estructura unidimensional se realizó un CFA, el cual reveló rangos óptimos ($CFI = .99$, $TLI = .98$, $RMSEA = 0.05$, $SRMR = .04$). De igual manera, la confiabilidad fue demostrada a través de múltiples coeficientes: alfa de Cronbach (.80), McDonald's Omega (.82), Guttman's Lambda (.82), fiabilidad compuesta (.80) y fiabilidad test-retest (.74) con cuatro semanas de diferencia. Además, la escala dio cuenta de validez concurrente con las *Escala de Estrés Traumático Secundario* (.38) y *Estrés Percibido* (.35) ($p < .01$). También reveló validez de criterio por medio de correlaciones positivas y significativas entre el miedo al covid-19 y diversos miedos específicos asociados a la pandemia. Por último, el miedo al covid-19 también correlacionó de manera negativa con el autoinforme salud percibida (-.31) ($p < .01$). En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .85 para la escala de miedo al covid-19 (Apéndice B).

Para la evaluación del bienestar se utilizó la *Escala de florecimiento* y las *Escala de experiencia positiva y negativa (SPANE)* desarrolladas por Diener et al. (2010), en su versión traducida al español y adaptada al contexto peruano por Cassaretto y Martínez (2017). La escala de florecimiento cuenta con ocho ítems de siete opciones de respuesta tipo Likert de que van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. Los puntajes resultantes oscilan entre 8 y 56 puntos, un puntaje alto refleja una percepción positiva de sí 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 respuestas son de tipo Likert con cinco alternativas que van desde “casi nunca o nunca” a “muy seguido o siempre”, y puntajes que oscilan entre 6 y 30, donde un número alto significa un mayor índice de bienestar subjetivo (Diener et al., 2010).

Para explorar las propiedades psicométricas de las escalas de florecimiento y de afectividad positiva y negativa, Diener y colaboradores (2010) evaluaron a 689 estudiantes estadounidenses y singapurenses. En cuanto a la *Escala de Florecimiento*, se encontró evidencias de confiabilidad a través de un índice de consistencia interna de .87 y de un coeficiente test-retest de .71. En cuanto a la validez, el análisis factorial

exploratorio mostró que el modelo de un factor explicaba el 53% de la varianza de la prueba, con cargas factoriales que variaron de .61 a .77. La validez convergente se evidenció a través de correlaciones fuertes entre la *Escala de Florecimiento* y los factores de la *Escala de Bienestar Psicológico* (Ryff & Singer, 2008) (entre .43 y .73) y de la *Escala de Satisfacción de Necesidades Básicas* (entre .54 y .67) ($p < .001$). Así como, con la *Escala de Optimismo Revisada* (LOT-R) (Scheier, Carver & Bridges, 1994) (-.59), la *Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener et al., 1985) (.62) y la *Escala del nivel de afirmación personal* de Cantril (1965) (.57) ($p < .01$).

De la misma forma, la *SPANE* mostró adecuados índices de consistencia interna y test-retest (.87 y .62 para la *SPANE-P*; .81 y .63 para la *SPANE-N*; y .89 y .68 para la *SPANE-B* -la escala integrada, respectivamente). Para medir la validez se realizó un análisis factorial exploratorio para cada una de las escalas. En el caso de la *SPANE-P*, el modelo arrojó un factor que explicaba el 61% de la varianza, con cargas factoriales que variaron de .58 a .81. Para la *SPANE-N*, el análisis también arrojó un modelo unifactorial que explicaba el 53% de la varianza, cuyas cargas factoriales oscilaron entre .49 y .78. La validez convergente de la escala se evidenció a través de correlaciones coherentes y significativas entre las escalas del *SPANE* y las escalas *PANAS* (Watson et al., 1988), la *Escala de Felicidad* (SHS) (Lyubomirsky & Lepper, 1999) y el ítem para medir la felicidad (Fordyce, 1988).

La *Escala de Florecimiento* y la *SPANE* han sido adaptadas en muestras portuguesas, estadounidenses y singapurenses (Silva & Caetano, 2013); canadienses (Howell & Buro, 2015); indias (Singh, Junnarkar & Jaswal, 2017); japonesas (Sumi, 2013); chinas (Tong & Wang, 2017), indonesias (Aryanto & Djajadisastra, 2018) y peruanas (Cassaretto & Martínez, 2017). Todas las adaptaciones revelaron niveles óptimos de consistencia interna y arrojaron una estructura unifactorial para la *Escala de Florecimiento* y bifactorial para la *SPANE*; así como evidencias de validez concurrente.

En el contexto peruano, Cassaretto y Martínez (2017) tradujeron y adaptaron las escalas. Para ello, incluyeron la participación de expertos en lingüística y traducción, y siguieron las pautas de la *International Test Commission* (ITC). En un primer estudio, que evaluó a 653 estudiantes universitarios, se revelaron índices de confiabilidad por alfa de Cronbach adecuados para cada una de las escalas:

Florecimiento (.89), *SPANE-P* (.91) y *SPANE-N* (.87). Para evaluar la validez, se realizó un EFA para cada una de las escalas. Los análisis arrojaron modelos unifactoriales en todos los casos. El modelo de la *Escala de Florecimiento* explicaba el 56.82% de la varianza; y los de la *SPANE-P* y la *SPANE-N*, 69.49%; y 61.56%, respectivamente; con ítems con cargas superiores a .60 en todos los casos.

En un siguiente estudio que buscó confirmar el modelo y evaluar la validez convergente y divergente, se evaluó a 201 estudiantes universitarios. Los modelos propuestos evidenciaron un ajuste adecuado para las escalas de florecimiento ($RMSEA = .09$, $CFI = 0.98$, $SRMR = .06$) y afectividad ($RMSEA = .03$, $CFI = 1.00$, $SRMR = .05$). Asimismo, todas las cargas factoriales resultaron significativas, oscilando entre .61 y .79, para la escala de florecimiento; y entre .31 y .89, para la SPANE. Por último, para dar cuenta de la validez concurrente, se correlacionó las escalas con 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). Los análisis mostraron que todas las correlaciones fueron coherentes y significativas. En esta segunda muestra, la consistencia interna también mostró índices de alfa de Cronbach adecuados: florecimiento (.86), SPANE-P (.85) y SPANE-N (.79) (Cassaretto & Martínez, 2017). En el presente estudio, se obtuvo un alfa de Cronbach de .92 para la escala de florecimiento, .92 para afectividad positiva y .85 para afectividad negativa (Apéndice C).

Para medir la religiosidad y espiritualidad se utilizó el *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, en su versión traducida al español y adaptada al contexto latinoamericano por Almanza et al. (2000). El SBI-15R es un inventario de 15 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, que van desde 0 a 3 puntos (de *fuertemente en desacuerdo* o *nunca a fuertemente de acuerdo* o *siempre*) (Holland et al., 1998). Se encuentra compuesto por dos factores: Convicción religiosa (que da cuenta de las creencias y prácticas religiosas y espirituales que caracterizan la vida de un sujeto) y Soporte social religioso (que refiere el apoyo o asistencia proporcionado a un sujeto por aquellas personas afines a su grupo religioso o espiritual) (Koenig, 2015). Las puntuaciones globales oscilan entre 0 y 45 puntos, donde una mayor puntuación da cuenta de una mayor convicción de las

creencias y prácticas religiosas y espirituales y un mayor soporte social religioso.

La psicooncóloga Holland et al. (1998) construyó este instrumento en base a su experiencia clínica e intercambios multidisciplinarios. La escala inicial se propuso con 54 ítems y fue aplicada a 301 personas saludables; revelando una estructura bifactorial que evidenció buena confiabilidad ($\alpha=.97$ y test-retest=.95) y validez convergente y discriminante. Posteriormente, los autores redujeron la escala a 15 ítems con el fin de que los pacientes no se sientan abrumados durante su aplicación. Para esto, identificaron los ítems con cargas factoriales consistentemente altas (.61 a .86). Esta versión revisada del SBI arrojó una estructura bifactorial que explicaba el 56.3% de la varianza y obtuvo un índice de consistencia interna de .93 para la escala total, .92 para el factor I (CPRE) y .89 para el factor II (SSR). Asimismo, se reveló una correlación altamente significativa ($p<0,001$) entre el SBI-54 y el SBI-15 (.98). De la misma forma, la validez convergente del instrumento fue medida a través del *Religious Orientation Inventory* (ROI) (.84) y del *Index of Core Spiritual Experience* (INSPIRIT) (.82) ($p<0.01$). Por último, la validez discriminante se comprobó al revelarse puntajes significativamente superiores en el grupo religioso frente al grupo laico, en una primera [$t(295) = 11.23$] y segunda aplicación [$t(83) = 4.95$] ($p < 0.0001$, dos colas).

Pese a los buenos resultados que obtuvo, los autores modificaron el ítem 2 para que la escala también se pudiera aplicar a personas sanas y no sólo a pacientes con cáncer o gravemente enfermos, así quedó la versión final de la escala. Su adecuación en población saludable ha sido comprobada en diferentes estudios (Baider et al., 2001; Barúa, 2014; Holland et al., 1998; Rivarola, 2016; Riveros et al., 2018; Tovar, 2018).

El *SBI-15R* también ha sido adaptado y validado con adultos israelíes (Baider et al., 2001), pacientes oncológicos italianos (Ripamonti, et al., 2010), adultos mayores alemanes (Albani et al., 2002), pacientes hospitalizados mexicanos (Almanza et al., 2000), pacientes oncológicos turcos (Erci & Aktürk, 2017), universitarios y pacientes crónicos colombianos (Riveros et al., 2018), cuidadores griegos (Arqyriu et al., 2011), pacientes crónicos ecuatorianos (Bernal, 2020) y pacientes oncológicas norteamericanas (Canadá et al., 2006). En todas las adaptaciones, el instrumento ha dado cuenta de adecuados índices de confiabilidad y de una estructura bifactorial, así como de correlaciones coherentes y significativas.

El SBI-15R fue traducido al español por Almanza et al. (2000), quienes validaron el instrumento con 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). Versión que ha sido utilizada en investigaciones con población saludable del medio académico peruano (Barúa, 2014; Rivarola, 2016, Tovar, 2018). En este estudio, se obtuvo un alfa de Cronbach de .95 para espiritualidad, .92 para CCR y .90 para SSR (Apéndice D).

Procedimiento

El procedimiento para el recojo de información que se utilizó fue un levantamiento de datos por redes sociales. Para esto se coordinó con representantes de iniciativas que promueven los derechos de la población adulta mayor limeña, quienes compartieron la encuesta en sus páginas de *Facebook* y/o por medio de su correo electrónico institucional. Asimismo, esta fue difundida a través de perfiles personales de *Facebook* y *Whats App*. La aplicación de las encuestas se llevó a cabo por medio de la plataforma *Google Forms*.

Al inicio del formulario, cada participante recibió un consentimiento informado (Apéndice E) donde se explicitó los objetivos del estudio, las características de la encuesta y los aspectos éticos que se consideraron en la aplicación de la encuesta y durante todo el proceso de la investigación. El entendimiento de esta información y la aceptación de las condiciones fue reportado a través de dos ítems. Luego de ello, los participantes respondieron la Ficha de datos (Apéndice F) y los tres cuestionarios. El tiempo estimado de llenado de las encuestas fue de entre 10 a 15 minutos. Al finalizar la encuesta, los participantes accedieron a links de infografías en torno al cuidado de la salud mental en el contexto de la pandemia y a un directorio de centros e instituciones que brindaban consejería y/o acompañamiento psicológico gratuito.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos fueron realizados en el programa SPSS versión 24. Se utilizaron estadísticos descriptivos para analizar las características demográficas y médicas de la muestra. La confiabilidad se analizó a través del método de consistencia interna donde, de acuerdo a criterio, una buena consistencia interna ocurre cuando los

coeficientes alfa de Cronbach iguales o mayores que .70 (Bojórquez et al., 2013). En el presente estudio, todas las escalas revelaron alfas mayores o iguales a .85. Para analizar la normalidad, se utilizó el estadístico de Kolmogorov-Smirnov. Si bien la muestra evidenciaba anormalidad, la asimetría y curtosis revelaron que esta no estaba en un nivel extremo (Kline, 2005).

Así, se utilizó la correlación de Pearson para analizar las correlaciones entre las variables y responder al propósito de la investigación. Por su parte, para establecer los modelos predictivos del bienestar, se ejecutaron estadísticos de regresión múltiple. Por último, se efectuaron estadísticos de comparación de medias para dos muestras independientes (T de Student) y para diferentes grupos (ANOVA One Way) para responder a los objetivos específicos del estudio.



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 a la covid-19 y espiritualidad de acuerdo a las características socio-demográficas y de salud. Luego de ello, y respondiendo al objetivo principal, se presentarán las correlaciones entre las dimensiones de las escalas de bienestar, miedo a la covid-19 y espiritualidad. Finalmente, se presentarán los resultados de los análisis de regresión, los cuales se realizaron considerando la literatura revisada y las variables que resultaron significativas en contrastes previos.

Para dar respuesta al primer objetivo, se encontraron diferencias significativas en las escalas de afectividad negativa, miedo a la covid-19 y convicción religiosa de acuerdo al sexo de los participantes, siendo las mujeres quienes presentaron mayores promedios en todos los constructos antes mencionados (Ver tabla 1).

Tabla 1. Comparación de medias por sexo ($N = 169$)

Área	M		H		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>d de Coher</i>
	(N = 124)		(N= 45)				
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Afectividad negativa	15.70	4.38	14.11	4.09	2.12	167	1.59*
Miedo a la covid-19	19.12	5.83	16.51	6.32	2.52	167	2.61*
Convicción religiosa	20.32	5.93	17.93	7.49	2.15	167	2.39*

$N = 169$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Respecto al lugar de nacimiento, las personas que nacieron en provincia evidenciaron una mayor afectividad negativa que aquellas que nacieron en Lima ($M_{lima} = 14.70$, $M_{provincia} = 16.10$, $t = -2.09$, $p < .05$, $d = -.32$). Y, en relación a la edad, se observó que una mayor edad se asociaba a un mayor soporte social religioso ($r = .16$, $p < .05$).

En cuanto a la presencia o no de familiares en riesgo, las personas que poseían familiares cuyas labores los exponían frente a la covid-19 evidenciaron un mayor nivel de espiritualidad global ($M_{riesgo} = 30.21$, $M_{nofriesgo} = 26.74$, $t = 2.15$, $p < .05$, $d = .36$) y, de manera específica, de creencia religiosa ($M_{riesgo} = 21.09$, $M_{nofriesgo} = 18.97$, $t = 2.04$, $p < .05$, $d = .34$) 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 ($M_{enf.cronica} = 45.97$, $M_{noenf.cronica} = 43.84$, $t = 2.02$, $p < .05$, $d = .32$) que las que no padecían condiciones crónicas de salud. Asimismo, se encontró que las personas que habían sido diagnosticadas con covid-19 poseían un nivel significativamente más alto de afectividad negativa respecto a las que no habían tenido dicho diagnóstico ($M_{covid-19} = 19.60$, $M_{nocovid-19} = 15.01$, $t = 5.33$, $p < .00$, $d = 1.31$). Por último, para quienes consideraban que su salud se había visto deteriorada por la covid-19, los resultados en relación al bienestar, miedo al covid-19 y espiritualidad fueron los siguientes:

Tabla 2. Comparación de medias por percepción de deterioro de la salud (N = 169)

Área	Sí (N = 95)		No (N = 74)		t	gl	d de Cohen
	M	DE	M	DE			
Miedo al Covid-19	20.4	6.08	15.89	5.01	5.28	166.47	4.51***
Florecimiento	43.92	6.55	46.62	6.84	-2.61	167	-2.71*
Afectividad positiva	23.8	4.83	25.69	3.66	-2.80	167	-1.89**
Afectividad negativa	16.76	3.94	13.38	4.12	5.42	167	3.38***

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

En relación al nivel de deterioro de la salud percibido, se encontró que quienes percibían un mayor deterioro de su salud también percibían mayor miedo al covid-19 ($r = .28$, $p < .01$) y afectividad negativa ($r = .28$, $p < .01$); y, por otro lado, un menor soporte social religioso ($r = -.23$, $p < .05$), florecimiento ($r = -.22$, $p < .05$) y afectividad positiva ($r = -.35$, $p < .00$).

Respecto a la situación laboral, se encontró que quienes no se encontraban laboralmente activos presentaban mayores niveles de espiritualidad ($M_{activo} = 25.65$, $M_{noactivo} = 29.71$, $t = -2.67$, $p < .01$, $d = -.42$), a partir de una mayor creencia religiosa ($M_{activo} = 18.20$, $M_{noactivo} = 20.87$, $t = -2.73$, $p < .01$, $d = -.42$) y un mayor soporte social religioso ($M_{activo} = 7.45$, $M_{noactivo} = 8.84$, $t = -2.11$, $p < .05$, $d = -.33$).

En cuanto a la situación de convivencia, se encontró que quienes vivían acompañados evidencian una mayor espiritualidad ($M_{solo} = 23.10$, $M_{acompañado} = 28.59$, $t = -2.39$, $p < .05$, $d = -.56$), gracias a una mayor creencia religiosa ($M_{solo} = 16.67$,

$M_{acompañado} = 20.11$, $t = -2.32$, $p < .05$, $d = -.55$) y un mayor soporte social religioso ($M_{solo} = 6.43$, $M_{acompañado} = 8.48$, $t = -1.99$, $p < .05$, $d = -.47$).

Para responder al objetivo principal de la investigación, se realizó correlaciones entre las variables de estudio. En primer lugar, todas las medidas de bienestar presentaron asociaciones con miedo a la 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 (N = 169)

	Florecimiento	Afectividad positiva	Afectividad negativa
Miedo Covid-19	-.15*	-.32**	.54***
Espiritualidad	.07	.22**	.00
Creencias religiosas	.09	.21**	-.01
Soporte social religioso	.03	.19*	.02

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

Siguiendo con el objetivo principal del estudio, se realizaron análisis de regresión lineal tomando como variables dependientes al florecimiento, la afectividad positiva y la afectividad negativa. Asimismo, se introdujeron como variables independientes a aquellas variables sociodemográficas, de salud y psicológicas que evidenciaron en análisis previos 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 los modelos.

En la línea de lo anterior, cuando se realizó el análisis de regresión para el componente de florecimiento, si bien en los análisis se consideraron las variables que presentaron relaciones significativas con esta escala de bienestar (enfermedades crónicas, percepción de deterioro de la salud, nivel de deterioro de la salud, miedo a la covid-19), ninguna de ellas aportó a un modelo que explique a nivel significativo la varianza total del florecimiento de la muestra.

En el caso del análisis de regresión para el componente de afectividad positiva, en el análisis inicial se incorporaron las variables que presentaron relaciones

significativas con la escala de afectividad positiva (percepción de deterioro de la salud, nivel de deterioro de la salud percibido, miedo a la covid-19, espiritualidad, creencia religiosa y soporte social religioso). No obstante, solo las variables *miedo a la covid-19*, *espiritualidad* y *nivel de deterioro de la salud* aportaron al modelo final, explicando el 19% de la varianza total de la afectividad positiva de la muestra. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Análisis de regresión para predecir la escala SPANE-P (N = 169)

Modelo	R ²	R ² ajustado	B	β	T
Miedo al Covid-19			-.18	-.23	-2.35*
Espiritualidad	.19	.17	.09	.19	1.95
Nivel deterioro salud			-1.41	-.25	-2.53*

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

Por último, respecto al análisis de regresión para la afectividad negativa, se consideraron en el análisis las variables que evidenciaron relaciones significativas con esta escala de bienestar (sexo, lugar de nacimiento, diagnóstico de covid-19, percepción de deterioro de la salud, nivel de deterioro de la salud percibido y miedo al covid-19), descartándose las variables que no aportaban a la explicación de la afectividad negativa de la muestra. El modelo final estuvo conformado por las variables miedo a la covid-19 y diagnóstico de covid-19, las cuales explicaron el 32.8% de la varianza total de la afectividad negativa.

Tabla 5. Análisis de regresión para predecir la escala SPANE-N (N = 169)

Modelo	R ²	R ² ajustado	B	β	T
Miedo al Covid-19			.37	.52	8.09***
Diagnóstico de Covid-19	.33	.32	3.66	.20	3.11**

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

Discusión

La pandemia del covid-19 ha impactado en la humanidad a todo nivel, al punto de colocarnos en el consenso de una “nueva normalidad”. En este contexto, el miedo en relación al covid-19 ha demostrado ser una experiencia omnipresente (Taylor, 2019), que en niveles muy altos y/o crónicos puede devenir en diversas condiciones de salud mental, a la vez que menoscaba el bienestar de las personas (Vindegaard & Benros, 2020). Más preocupante aún es el lugar de los adultos mayores, quienes en su mayoría presentan más de una condición de vulnerabilidad frente a la enfermedad (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2020). Dicha situación exige que desplieguen fortalezas que les permitan sobrellevar la adversidad. Una fortaleza que se configuraría como un recurso adaptativo, principalmente en la adultez tardía y en situaciones límites (Ardelt, 2003), promoviendo el afrontamiento y el bienestar (Wnuk & Marcinkowski, 2014), es la espiritualidad. Sin embargo, es insuficiente la evidencia de la relación de estas variables, más aún frente a un contexto novedoso y demandante como lo es la pandemia del covid-19. Por ello, resulta relevante identificar cuáles son las relaciones y de qué modo habría impactado el miedo a la covid-19 y/o la espiritualidad en el bienestar de los adultos mayores durante la pandemia.

Respecto al objetivo específico de este estudio, que fue analizar diferencias en las variables psicológicas de acuerdo a variables socio-demográficas y de salud, cabe destacar que se encontraron diversas diferencias en los constructos de estudio de acuerdo estas características. Ello permite hipotetizar sobre el importante rol que tendrían las condiciones extrínsecas y circunstanciales de los adultos mayores encuestados en la configuración de sus vivencias durante la pandemia.

En primer lugar, en relación al sexo, se encontró que las mujeres presentaban mayores niveles de afectividad negativa en comparación a los varones. Esta diferencia se ha evidenciado transculturalmente (Boyacioglu et al., 2017; Fujita et al., 1991) y probablemente esté asociada a la data que demuestra que las mujeres tendrían también una mayor prevalencia y vulnerabilidad frente a problemas de salud mental como la depresión y ansiedad, entre otros. Además de síntomas más graves y discapacitantes cuando ya se padece dichas condiciones (Freeman & Freeman, 2013; Linzer, 1996). Ello se replica en el caso del miedo al covid-19, donde las mujeres manifestaron niveles mayores de miedo respecto a los hombres. Tendencia que había sido ya

reportada (Huarcaya, 2020; Sakib, 2020) y que sintoniza con la literatura respecto al miedo, la cual revela que consistentemente las mujeres tienden a presentar mayores índices de miedo a todos los objetos y situaciones en comparación a los hombres (Depla et al., 2008).

Respecto a ello, los estudios del bienestar subjetivo han encontrado que, en términos generales, las mujeres experimentarían más intensamente las emociones tanto negativas como positivas (Diener et al., 2014). Una explicación a ello la brinda la teoría de género, particularmente la literatura sobre el 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, la tristeza y la alegría, mientras que se castiga la misma conducta en los hombres (Afifi, 2007; Paladino et al., 2004).

Una última diferencia de acuerdo al sexo se dio en las creencias y convicciones religiosas, donde las mujeres también manifestaron índices mayores. Dicho resultado se ve respaldado por los estudios que sugieren que las mujeres presentarían mayores niveles de espiritualidad respecto a los hombres, tendencia que se asentúa mientras mayor es la edad (Bradshaw & Ellison, 2009). Esto también ocurre a nivel de la religiosidad pues se ha encontrado que las mujeres tienden más a asistir a la iglesia (Moxy et al., 2011), tener una mejor actitud hacia la religión (Francis et al., 2019); y reportar mayores índices de creencias religiosas (Bartkowski & Hempel, 2009), experiencia religiosa y conexión espiritual con Dios (Anthony et al., 2010) (en Saroglou, 2013). En esta línea, los estudios de género sugieren que se socializa a las mujeres para que sean más religiosas que los hombres, buscando que sean más afectuosas y/o obedientes, lo contribuiría a su religiosidad (Collett & Lizardo, 2009).

Un segundo resultado específico que destacó fue en relación al lugar de nacimiento, donde las personas nacidas en provincia evidenciaron mayor afectividad negativa respecto a las nacidas en Lima. Si bien aún no existe literatura que respalde esto, es posible que las personas nacidas en provincia, al tener familiares de quienes se mantenían distanciados debido a la prohibición de los viajes vigente al momento de la aplicación hayan percibido un menor soporte social. Ello aumentaría la experiencia de pérdida de control y la sensación de estar atrapado que caracteriza la vivencia de las personas en contextos de cuarentena, sobre todo cuando existe aislamiento de la

familia (Rubin & Wessely, 2020). Asimismo, se debe destacar que en el periodo previo a la aplicación se empezaron a dar rápidos brotes de covid-19 en las provincias del Perú, por lo que es posible que la preocupación respecto a la salud de los familiares también haya sido un elemento que influyó en la experiencia afectiva de las personas nacidas en provincia.

Otra diferencia que llamó la atención fue que las personas que reconocían tener familiares con profesiones u oficios que los exponían frente al contagio presentaban mayores índices de espiritualidad total y, específicamente, de creencias y convicciones religiosas. En esta línea, una investigación realizada con judíos ortodoxos norteamericanos reveló que un mayor nivel de exposición a la covid-19, pese a un muy alto despliegue de prácticas sanitarias, estaba asociado a mayores índices de religiosidad (Pirutinsky et al., 2020). Para los autores del estudio, es posible que la mayor exposición al contagio haya activado la dimensión religiosa para que sirva como un método de afrontamiento al estrés que genera convivir con este riesgo inminente. Esto último podría explicar también la mayor espiritualidad en las personas con familiares expuestos al contagio.

En términos generales, se ha evidenciado un aumento en la espiritualidad de la población a raíz de la pandemia. Para dar cuenta de ello, en una encuesta nacional en EE.UU, realizada del 20 al 26 de abril de 2020, 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).

También se observaron diferencias en la espiritualidad de acuerdo a la situación de convivencia, donde las personas que convivían con otros evidenciaron mayores niveles que los que no. Esto se entiende si se reconoce que la espiritualidad es una experiencia personal que se refuerza colectivamente (Navas & Villegas, 2006), lo cual representa un recurso adicional debido a los beneficios que el soporte social otorga en la salud de las personas (Harandi et al., 2017).

En la línea de lo anterior cobra sentido el hallazgo de que quienes percibían un menor soporte social religioso también percibieran un mayor deterioro en su salud a

raíz de la pandemia de la covid-19. Pues, debido al refuerzo de prácticas de salud, la posibilidad de construir sentidos colectivos y el soporte social que las comunidades religiosas brindarían en momentos de adversidad (Hood et al., 2018), se ha encontrado que pertenecer a una sería un factor promotor de la salud. Así, es posible que las medidas de distanciamiento y cuarentena masiva aún vigentes durante la aplicación de las pruebas del estudio hayan generado que quienes solían participar de este tipo de espacios perdiesen los beneficios que estos les otorgaban. Y que esto último, sumado a los impactos en la salud mental de la pandemia en sí misma (Taylor, 2019), haya facilitado que perciban que su salud se vió deteriorada a raíz de la pandemia.

Otra diferencia hallada en la espiritualidad fue de acuerdo a la situación laboral, donde quienes no se encontraban laboralmente activos evidenciaban mayores índices. Una hipótesis que podría dar cuenta de estos resultados tiene que ver con la experiencia del trabajo como un elemento que, si es motivador y satisfactorio, otorga un sentido de competencia y realización personal (Martela & Pessi, 2018). A partir de ello, es posible que los adultos mayores jubilados, al ya no contar con el trabajo como un elemento de competencia, hayan volcado su atención a otros aspectos de su vida que también les representarían elementos de sentido y trascendencia, como ocurriría con la espiritualidad. Adicionalmente, se ha encontrado que producto de este alejamiento del mundo laboral, las personas mayores tienden a flexibilizar sus expectativas de control (Pinquart & Sörensen, 2000), lo que permitiría entender que tornen su locus de control a elementos más extrínsecos, como ocurre con la religiosidad (Stanke & Taylor, 2004). Ambas explicaciones pueden dar cuenta de este hallazgo.

A partir de lo anterior se sostiene también el que una mayor edad se haya asociado a una mayor espiritualidad, medida a través del soporte social religioso. Pues si se considera que en los adultos de mayor edad la dimensión laboral habría dejado de ser un elemento de competencia personal y un espacio de socialización cotidiano, ello podría devenir en un deseo de crecimiento espiritual e involucramiento social que explicaría una mayor participación en actividades religiosas colectivas, las cuales están asociadas al soporte social religioso. De igual modo, se debe tener en cuenta que la espiritualidad se reconoce como un recurso que se actualiza en etapas tardías de la vida y en situaciones de adversidad, debido a la mayor consciencia de la vulnerabilidad

(Ardelt, 2003); lo cual explicaría que una mayor edad se asocie a mayores índices de esta última.

En relación a la situación de salud, un resultado llamativo de acuerdo a la prevalencia de enfermedades crónicas fue que las personas que las padecían reportaban mayores índices de florecimiento respecto a las que no las padecían. Si bien esto 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 a otras mediciones de bienestar (Correia, 2016). Y es que 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. Es así que la vivencia de la enfermedad, que conecta con la consciencia de la finitud, sobre todo en una etapa donde la muerte se convierte en una posibilidad más cercana y real como lo es la adultez tardía, puede representar una experiencia que estimularía la reflexión que busca dar sentido a la propia vida (Pattison & Edgar, 2016). Por ello, también se ha encontrado evidencias de que la discapacidad y la enfermedad podrían favorecer el florecimiento (Correia, 2016).

Respecto al nivel de deterioro de la salud percibido a raíz de la pandemia del covid-19, se encontró que quienes reportaban mayor miedo al covid-19 también reportaban una percepción mayor de deterioro. Esto se respalda en la evidencia que sostiene que el miedo crónico y/o intenso puede desembocar en diversas sintomatologías psicológicas y físicas (Satici et al., 2020, University of Minnesota, sf), que explicarían que las personas con mayores índices de miedo hayan percibido que su salud se vió deteriorada; lo cual también tendría repercusiones en su bienestar.

En la línea de lo anterior, se encontró que una mayor percepción de deterioro de la salud se asociaba a una mayor afectividad negativa. Esto sintoniza con la evidencia respecto a la relación entre una alta afectividad negativa, asociada al miedo a la covid-19, y la prevalencia de síndromes clínicos como depresión y ansiedad (Teachman, 2006), cuyas manifestaciones físicas, mentales, emocionales y conductuales explican la percepción de una salud deteriorada. Del mismo modo, se encontró que una mayor percepción de deterioro de la salud también se relacionaba

con menores niveles de florecimiento y la afectividad positiva, hallazgos que se discutirán más adelante.

Para iniciar la discusión de los resultados del propósito de la presente investigación, se destaca la ausencia de relación entre la espiritualidad y algunas variables con las que, a partir de la revisión de la literatura vigente, se esperaba que exista una asociación. Tal es el caso de la relación entre la espiritualidad y el miedo al covid-19 (Bentzen, 2020; Lucchetti et al, 2020; Pirutinsky et al., 2020) y de la espiritualidad y el bienestar medido a través del florecimiento (Ardelt, 2003; Rivarola, 2016) y la afectividad negativa (Lucchetti et al, 2020).

Un elemento que podría explicar esta falta de relación es la alta homogeneidad de la muestra en la variable espiritualidad. En esta línea, una investigación que buscó medir la influencia de las creencias y prácticas religiosas en la salud de 303 miembros de comunidades religiosas norteamericanas durante la pandemia del covid-19 (Weinberger-Litman et al., 2020), no encontró asociaciones significativas entre las variables, contrastando con los resultados de investigaciones que exploraron estas variables en otras comunidades religiosas y en población general (Lucchetti et al, 2020; Pirutinsky et al., 2020). De acuerdo con los autores, esto se debió a que la población estaba compuesta por miembros de una tradición religiosa específica, lo que parecería haber conducido a una baja variabilidad de las respuestas que minimizó el poder estadístico (Weinberger-Litman et al., 2020). En el presente estudio, esta alta homogeneidad en la variable espiritualidad se manifiesta en que en el 85% de la muestra se adscribiera a una religión en particular y que un 75% de ella evidenciara niveles altos y muy altos de espiritualidad (quintil superior), lo que habría generado una pobre distribución de los datos de la variable.

La alta homogeneidad en la espiritualidad de la muestra de este estudio puede tener dos explicaciones. Una explicación más teórica se sostiene en que, siguiendo la literatura de la espiritualidad, esta se conceptualizaría 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 podría haber potencializado dicha dimensión en los adultos mayores de la muestra, lo cual se respalda en las encuestas transnacionales que revelan un aumento

significativo de la religiosidad de la población general a raíz de la pandemia de la covid-19 (*Pew Research Center, 2020*).

Un segundo aspecto que podría explicar estos resultados es la posible ausencia de una religiosidad intrínseca en la mayoría de adultos mayores de la muestra. Diversos estudios han demostrado el rol de las creencias y convicciones espirituales en el bienestar y la salud de las personas (Levin, 2010; Navas & Villegas, 2006). Principalmente cuando estas están alineadas con las creencias y valores personales, y se manifiestan en prácticas espirituales que dan cuenta de un nivel de apropiación interna y compromiso religioso, característicos de una religiosidad intrínseca (Allport & Ross, 1967; Koenig & Büsing, 2010), la cual se ha relacionado particularmente al bienestar de la población adulta mayor (Ardelt, 2003). En esta línea, si se considera que la muestra está constituida por personas mayores y, de acuerdo a la ficha de datos, principalmente mujeres, es posible que una socialización más tradicional haya influido en un alto nivel de deseabilidad social respecto a su religiosidad. Ello explicaría que la mayoría, si bien asume ciertas narrativas religiosas, no necesariamente haya desarrollado una espiritualidad lo suficientemente integradora de su experiencia y orientadora de su conducta que, siguiendo la línea de la literatura, opere como un elemento protector frente al miedo y promotor del bienestar.

Respecto a la relación entre el miedo a la covid-19 y el bienestar, en la presente investigación se observó una asociación inversa cuando este último era medido a través del florecimiento. Esto coincide con la evidencia de que el miedo crónico o intenso disminuiría los índices de bienestar e incluso prediciría sintomatología ansioso-depresiva (Satici et al., 2020). 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 a la covid-19 (Lai et al., 2020; Taylor, 2019). De la misma manera, se identificó una relación inversa y fuerte entre el miedo a la covid-19 y el bienestar medido a través de la afectividad positiva, y una relación directa y mediana, cuando este se medía a través de la afectividad negativa. Estos hallazgos, que van en la línea de la evidencia, se discutirán con mayor detalle posteriormente.

Siguiendo con el propósito de la presente investigación, y dado que existen diversas variables asociadas al bienestar de la muestra y el rol de cada una de ellas es impreciso, se calcularon modelos de regresión con la finalidad de identificar cuáles de

estas eran más significativas en su capacidad de estimar un efecto estadístico en las distintas medidas de bienestar. En tal sentido, los hallazgos sugieren que las variables psicológicas y de salud tienen una capacidad de estimación moderada que se detallará a continuación.

Se establecieron dos modelos, uno con las variables que en conjunto tenían mayor capacidad de estimación de la afectividad positiva de la muestra, compuesto por el miedo a la covid-19, la espiritualidad y el nivel de deterioro de la salud percibido; y el otro, con las de la afectividad negativa, compuesto por el miedo a la covid-19 y el diagnóstico de covid-19.

Los análisis de regresión revelan en ambos modelos un rol importante del miedo a la covid-19. Esto sintoniza con la evidencia del impacto del miedo crónico e intenso (Shin & Liberzon, 2020), el miedo a la pandemia (Pappas et al, 2009; Taylor, 2019) y, precisamente, el miedo a la covid-19 (Satici et al., 2020) en la salud mental y bienestar. En el presente estudio, ello se manifestó a través de una disminución de los índices de AP y un aumento de los de AN mientras mayor era el miedo a la covid-19.

En el caso de la afectividad positiva, es posible entender este impacto negativo a partir de la disminución de los refuerzos cotidianos (personales y/o sociales) que alimentan la AP, producto del confinamiento auto-impuesto o impuesto por los familiares debido al mayor temor a la exposición (Fisher & Smith, 2020), asociado al miedo a la covid-19. En el caso de la afectividad negativa, el impacto directo 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.

A partir de ello, es de esperarse que el miedo, y la resonancia que de él deviene, se acrecienten aún más al verse materializado en un diagnóstico de covid-19. En este estudio ello se manifestó en un nivel de afectividad negativa significativamente mayor en las personas que tuvieron este diagnóstico. Para responder a ello, existe evidencia de que las personas que dan positivo a la covid-19 tienen que lidiar, además del malestar físico, con un nivel adicional de miedo, ansiedad, incertidumbre, e incluso, en algunos casos, con experiencias de estigma y exclusión. Todo ello generaría diversas reacciones asociadas a la AN (preocupación, miedo, tristeza, percepción de

soledad, entre otras) (London, 2020), cuya cronicidad afectaría la salud mental. Como prueba de esto, un estudio con pacientes hospitalizados por covid-19 en China mostró que el 34,7% presentaba síntomas de ansiedad y el 28,4%, de depresión (Kong et al., 2020). De modo que la alta AN en los participantes de la muestra que tuvieron covid-19 también podría sugerir la prevalencia de sintomatología clínica en ellos.

Es de suponer que el contexto de pérdidas, incertidumbre y miedo vinculado a la pandemia (Pappas et al, 2009) genere en muchos una percepción de deterioro y/o de vulnerabilidad, que impacte en su bienestar. Esto se manifestó en el presente estudio con una relación inversa entre el nivel de deterioro de la salud percibido a raíz de la pandemia y el bienestar medido a través de la afectividad positiva. Dicho resultado también daría cuenta de la posible presencia de sintomatología clínica asociada a bajos niveles de AP, como la ansiedad y la depresión (Teachman, 2006), en las personas que percibieron que su salud se ha visto deteriorada por la pandemia. Por esta razón, el nivel de deterioro de salud percibido también representó una variable que aportaba a la explicación del modelo de la afectividad positiva.

Un último elemento que aportó, aunque de manera modesta, a la explicación de la afectividad positiva de la muestra fue la espiritualidad. Específicamente, a través de los análisis de correlación se reveló que una mayor espiritualidad, manifestada a través de convicciones y creencias religiosas y de soporte social religioso, se asociaba a una mayor AP. 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 en Navas & Villegas, 2006), facilitaría un sentido de control del mundo interno, que se asocia a una mayor prevalencia de afectos positivos (Wnuk & Marcinkowski, 2014, en Langer, 2004). Particularmente, las creencias y convicciones religiosas parecen dar elementos discursivos que ayudan a encontrarle un sentido más trascendente a las vivencias cotidianas (Krishna, 1999). Por su parte, el soporte social religioso parece cumplir un rol muy importante en el refuerzo de conductas de auto-cuidado (Dillon & Wink, 2003) y en el sentirse contenido y acompañado por una colectividad en momentos de adversidad (Blazer, 2006). En suma, dichas experiencias facilitarían una mayor prevalencia de afectividad positiva, tal como resultó en el presente estudio.

En el caso del florecimiento, no se encontró variables que aporten de manera significativa a su explicación en la muestra. Es posible que esto se haya debido a que ninguna de las variables estudiadas daba cuenta de características psicológicas inherentes a la persona, que son las que más explican esta medida de bienestar (Lamers et al. 2012; Steel et al., 2008), sino más bien de elementos contextuales y circunstanciales, que son los que menos lo explican (Demir & Weitekamp, 2007; Lamers et al., 2012b). En esta línea, un estudio que buscaba examinar la prevalencia del florecimiento y su asociación con factores sociodemográficos, de personalidad y de situación en una muestra representativa de 5303 adultos de los Países Bajos (Schotanus-Dijkstra et al., 2015), reveló que los factores que más explicaban el florecimiento eran los rasgos de personalidad como la extraversión, la consciencia y el bajo neurotismo, seguidos de factores situacionales, como apoyo social y eventos positivos de la vida, con un impacto mucho menor.

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). 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 suelen sentirse cómodos ni diestros en el uso de tecnologías digitales (Jawaid, 2020). Esta tendencia puede haberse visto representada en algunos adultos mayores de la muestra, incorporando un elemento de ansiedad, confusión en el mercado o suspicacia respecto al anonimato de sus respuestas que puede haber influido en los resultados.

De igual manera, se debe considerar las particularidades de la muestra. En primer lugar, es pertinente reconocer que para haber llenado la encuesta virtual es probable que los adultos mayores encuestados hayan contado con una computadora y/o un celular inteligente. Esto, sumado a que la mayoría ha alcanzado un nivel de instrucción superior, daría cuenta de cierto estatus social que podrían haber facilitado el desarrollo de recursos personales. En esta línea, la evidencia sugiere que las personas más instruidas tienden a tener más recursos psicológicos que la población menos instruida (Finkelstein et al., 2007). Asimismo, debido a las mayores oportunidades de movilidad social y desarrollo que (UNESCO, 2014) el estatus social y la estabilidad

económica otorgan a las personas, se han reconocido como elementos que brindan una sensación de seguridad, competencia en el mundo (Lever et al., 2005) y bienestar (Schütte et al., 2014), que podría estar protegiendo la salud mental de esta población en particular. Por ello se sugiere explorar los impactos de la pandemia de la covid-19 en la salud mental de una población más variada y/o representativa de la población limeña o peruana, para poder conocer de este modo sus reales dimensiones.

Una última y muy importante limitación que se presentó en la presente fue la homogeneidad de la muestra 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 sugeriría tener una muestra más heterogénea en cuanto a sus creencias y prácticas religiosas.

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 de la covid-19 en la salud mental de la poco estudiada población adulta mayor, pese a los notables riesgos a los que se hace evidente que se estarían viendo expuestos.

Para investigaciones futuras, se recomienda seguir estudiando las repercusiones de la pandemia de la covid-19 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. Algunas de estas podrían ser la depresión, la ansiedad, el estrés y el crecimiento post-traumático, etc. Del mismo modo, resultaría pertinente explorar también algunas otras variables que podrían haber funcionado como elementos protectores en este contexto; por ejemplo, el soporte social, la resiliencia, el florecimiento, rasgos de personalidad, 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 vivenciado durante la pandemia de la covid-19.

Referencias

- Abolfathi, Y., Aizan, T., Azizah, S. & Fazdillah, M. (2015). Flourishing in Later Life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 63 (1). DOI: [10.1016/j.archger.2015.11.001](https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.11.001)
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore medical journal*, 48(5), 385.
- Ahorsu, D., Lin, C., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M., & Pakpour, A. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International journal of mental health and addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Albani, C., Bailer, H., Grulke, N., Geyer, M., & Brahler, E.(2004). Religiosity and spirituality in the elderly. *Religiosity. Z Gerentol Gediatr*; 37(1):43-50.
- 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. *Psychomatics*, 41(2), 158.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5(4), 432.
- Alyami, M., Henning, M., Krägeloh, C., & Alyami, H. (2020). Psychometric evaluation of the Arabic version of the Fear of COVID-19 Scale. *International journal of mental health and addiction*, 1. DOI: [10.1007/s11469-020-00316-x](https://doi.org/10.1007/s11469-020-00316-x)
- 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).
- Arentz, M., Yim, E., Klaff, L., Lokhandwala, S., Riedo, F., Chong, M., Lee, M. (2020). Characteristics and outcomes of 21 critically ill patients with COVID-19 in Washington State. *JAMA*. 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4326>.
- Arqyriu,A., Iconomou, G., Ifanti, A., Karanasios, P., Assimakopolous, K., Makridou, A., et al. (2011). Religiosity and its relation to quality of life in primary caregivers of patients with multiple sclerosis: a case study in Greece. *J Neurol*. 258 (6), 1114 – 9.
- Aryanto, C., & Djajadisastra, F. (2018). The Adaptation Process of the Scale of Positive and Negative Experience and the Flourishing Scale into Bahasa Indonesia: A Preliminary Study. *The 6th ASEAN Regional Union of*

- Psychological Societies (ARUPS) Congress*. February 2018.
DOI: [10.13140/RG.2.2.29432.55042](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29432.55042)
- Barrios, I., Ríos-González, C., O'Higgins, M., González, I., García, J., & Torres, N. R., & Torales, J. (2020). *Psychometric properties of the Spanish version of the Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)*. doi: [10.1017/jipm.2021.5](https://doi.org/10.1017/jipm.2021.5)
- Barúa, J. (2014). Religiosidad y esperanza en un grupo de personas de un centro para el adulto mayor. *Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas*. Mención: Psicología Clínica.
- Bentzen, J. S. (2021). In crisis, we pray: Religiosity and the COVID-19 pandemic. *Journal of economic behavior & organization*, 192, 541-583.
- Bernal, L. (2020). Validación psicométrica del inventario sistemas de creencias en el Ecuador. *Psychology, Society, & Education* 12(2):33. June 2020.
DOI: [10.25115/psye.v12i2.2741](https://doi.org/10.25115/psye.v12i2.2741)
- Bilotta, C., Bowling, A., Nicolini, P., Casè, A., Pina, G., Rossi, S., & Vergani, C. (2011). Older People's Quality of Life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up. A prospective cohort study on older outpatients living in the community in Italy. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 72.
- Bitan, D. T., Grossman-Giron, A., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N., & Mendlovic, S. (2020). Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research*, 113100.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113100>
- Blazer, D. G. (2006). Spirituality, depression, and the elderly. *Southern medical journal*, 99(10), 1178-1180.
- Bonelli, R., Dew, R. E., Koenig, H. G., Rosmarin, D. H., & Vasegh, S. (2012). Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depression research and treatment*, 2012.
- 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 website: <http://laccei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP065.pdf>

- Boyacioglu, I., Akfirat, S., & Yılmaz, A. E. (2017). Gender differences in emotional experiences across childhood, romantic relationship, and self-defining memories. *Journal of Cognitive Psychology*, 29(2), 137-150.
- Bradshaw, M., & Ellison, C. (2009). The nature-nurture debate is over, and both sides lost! Implications for understanding gender differences in religiosity. *Journal for the scientific study of religion*, 48(2), 241-251.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 417-428.
- Cantril, H. (1965) *The pattern of human concerns*. Rutgers University Press, New Brunswick.
- Centers for Disease Control and Prevention of Diseases. (2020). *Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019*. United States, February 12-March 16, 2020. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm>. Accessed March 26, 2020.
- Chipana, M. (2016). Afrontamiento y espiritualidad en adultos varones pertenecientes a alcohólicos anónimos (AA). Tesis para obtener la Licenciatura. *Pontificia Universidad Católica del Perú*.
- Cole, S., Capitanio, J., Chun, K., Arevalo, J., Ma, J., Cacioppo, J. (2015). Myeloid differentiation architecture of leukocyte transcriptome dynamics in perceived social isolation. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A*, 112(49), 15142–15147.
- Collett, J. & Lizardo, O. (2009). A power-control theory of gender and religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 48(2), 213-231.
- Correia, J. C. (2016). Flourishing and freedom: Exploring their tensions and their relevance to chronic disease. *Health Care Analysis*, 24(2), 148-160.
- Cotton, S., Levine, E., Fitzpatrick, C., Dold, K., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 429-438.
- Delaney, C. (2005). The spirituality scale: Development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 145-167.

- Delgado, C. (2007). Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *Journal of nursing scholarship*, 39(3), 229-234.
- Demir, M., & Weitekamp, L. (2007). I am so happy'cause today I found my friend: Friendship and personality as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8(2), 181-211.
- 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 (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(3), 200-208.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- 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. doi: 10.1007/s11205-009-9493-y.
- Diener, E., Ryan, K. (2014). Subjective well-being: A general overview. *S. Afr. J. Psychol*, 39, 391–406. DOI: 10.1177/008124630903900402.
- Dillon, M., & Wink, P. (2003). Religiousness and spirituality: Trajectories and vital involvement in late adulthood. *Handbook of the Sociology of Religion*, 179-189.
- Doshi, D., Karunakar, P., Sukhabogi, J., Prasanna, J., & Mahajan, S. (2020). Assessing Coronavirus Fear in Indian Population Using the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1. DOI: <https://doi.org/10.21679/208>
- Dubey, S., et al. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>
- Erbacher, M., Schmidt, K., Boker, S., & Bergeman, C.(2012). Measuring positive and negative affect in older adults over 56 days: Comparing trait level scoring methods using the partial credit model. *Journal of applied measurement*, 13(2), 146.
- Erci, B., & Aktürk, Ü. (2017). The Systems of Belief Inventory: A validation study in Turkish cancer patients. *J Relig Health* [Internet]. DOI: 10.1007/s10943-017-040620

- Falvo, D., & Holland, B. (2017). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Jones & Bartlett Learning.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities, 16*(1), 51-74.
- Ferre, J., & Abou Rafeh, A. (2020). COVID-19 and Older Persons: A Defining Moment for an Informed, Inclusive and Targeted Response.
- Finkelstein, A. (2007). The aggregate effects of health insurance: Evidence from the introduction of Medicare. *The quarterly journal of economics, 122*(1), 1-37.
- 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. DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)30679-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(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*. <https://doi.org/10.1037/tra0000924>
- Fordyce, M. (1988). A review of research on the happiness measures: A sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research, 20*(4), 355-381.
- Freeman, D., & Freeman, J. (2013). *The stressed sex: Uncovering the truth about men, women, and mental health*. Oxford University Press.
- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: the case for emotional intensity. *Journal of personality and social psychology, 61*(3), 427.
- Gale, C., Cooper, C., Deary, I., & Sayer, A. (2014). Psychological well-being and incident frailty in men and women: The English Longitudinal Study of Ageing. *Psychological medicine, 44*(4), 697-706.
- Gallegos, M. y Herrera, D. (2008). Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc., 16* (2), 99-104.
- Google News. (2020). *Coronavirus (COVID-19)*. Google News, 1 de octubre del 2020. Recuperado de <https://news.google.com/covid19/map?hl=es-419&gl=PE&ceid=PE%3Aes-419>.
- Guzmán, J. & Huenchuan, S. (2004). Políticas hacia las familias con adultos mayores: notas preliminares. *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces-LC/L. 2230, 361-374*.

- Haider, I., Tiwana, F., & Tahir, S. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36 (COVID19-S4).
- Harandi, T., Taghinasab, M., & Nayeri, T. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*, 9(9), 5212.
- Hernández, W., Burneo, A. & Cassaretto, M. (2021). Fear of COVID-19 Scale: Adaptation and psychometric properties in Peruvian population. *Anxiety and Stress*, 27(2), p. 103-111.
- Hill, P., Pargament, K., Hood, R., McCullough, M., Sawyers, J., Larson, D., & Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 51–77.
- Hood, R., Hill, P., & Spilka, B. (2018). *The psychology of religion: An empirical approach*. Guilford Publications.
- Hoog, N., Stroebe, W., & de Wit, J. (2008). The processing of fear-arousing communications: How biased processing leads to persuasion. *Social Influence*, 3(2), 84-113.
- 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.
- Hu, J., & Gruber, K. J. (2008). Positive and negative affect and health functioning indicators among older adults with chronic illnesses. *Issues in mental health nursing*, 29(8), 895-911.
- 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. DOI: [10.1007/s11469-020-00354-5](https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5)
- Huppert, F. & So, T. (2011). Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. *Social Indicators Research*, 110.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI (2021). Encuesta Nacional de Hogares 2021. Situación de la población adulta mayor. *Informe técnico N°4, correspondiente al trimestre Julio- Agosto- Septiembre 2021*. Recuperado de

<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-iii-trim-2021.pdf>.

- Italian COVID-19 Surveillance Group. (2020) *Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a COVID-19 in Italia Il presente report è basato sui dati aggiornati*. March 17, 2020. Recuperado de https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_17_marzo-v2.pdf. Accessed March 26, 2020.
- Jawaid, A. (2020). Protecting older adults during social distancing. *Science*, 368(6487), 145-145. Recuperado de <https://science.sciencemag.org/content/368/6487/145.1.abstract>. DOI: 10.1126/science.abb7885
- Kjaer, T., Nowak, M., & Lou, H. C. (2002). Reflective self-awareness and conscious states: PET evidence for a common midline parietofrontal core. *Neuroimage*, 17(2), 1080-1086.
- Kline, R. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford Press. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Cahyono-St/publication/361910413_Principles_and_Practice_of_Structural_Equation_Modeling/links/62cc4f0ed7bd92231faa4db1/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling.pdf
- Koenig H., McCullough, M. & Larson, D. (2000). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig H.G., Büssing A. (2010) The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*. 1, 78–85. doi: 10.3390/rel1010078.
- Knowles, B., & Hanson, V. L. (2018). The wisdom of older technology (non) users. *Communications of the ACM*, 61(3), 72-77. DOI: 10.1145/3179995
- Kong X et al. (2020). *Prevalence and factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with COVID-19*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20043075>
- 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. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.08.010
- Kumar, A., & Somani, A. (2020). Dealing with Corona virus anxiety and OCD. *Asian Journal of Psychiatry*, 102053. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102053>

- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., *et al.* (2019). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease. *JAMA Netw. Open*, 3 (3), Article e203976, [10.1001/jamanetworkopen.2020.3976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976)
- Lamers, S. M., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 35(5), 538-547.
- Lazar, S. W., Bush, G., Gollub, R. L., Fricchione, G. L., Khalsa, G., & Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport*, 11(7), 1581-1585.
- 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*, 1-9. Published online: 16 Apr 2020 <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. Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia
- Levin, J. (2010). Religion and mental health: Theory and research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 102-115.
- Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, et al. (1966) Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med* 1996, 101, 526-33.
- London, E. (2020). The impact of covid-19 on global mental health a brief 2020. *United for Global Mental Health*.
- Lucchetti, G., Góes, L. Amaral, S., Ganadjian, G. Andrade, I. et al. (2020). Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. *The International journal of social psychiatry*. doi: [10.1177/0020764020970996](https://doi.org/10.1177/0020764020970996)
- Macdonald, D. (2001). The development of a comprehensive factor analytically derived measure of spirituality and its relationship to psychological

- functioning. *Sciences Engineering*, 61 (9-B). Abril, 4993. US: Univ Microfilms International.
- 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>
- Martínez, P. & Cassaretto, M. (2015). Validation of The New Dieners Wellbeing Measures in The Spanish Version. *IV Congreso Mundial de Psicología Positiva*, Orlando, E.E.U.U.
- Masuyama, A., & Shinkawa, H. (2020). *Development and validation of the Japanese version Fear of COVID-19 Scale among adolescents*. DOI: [10.31234/osf.io/jkmut](https://doi.org/10.31234/osf.io/jkmut)
- 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. doi: 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.
- McIntosh, D. N., Poulin, M. J., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2011). The distinct roles of spirituality and religiosity in physical and mental health after collective trauma: a national longitudinal study of responses to the 9/11 attacks. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 497-507.
- Ministerio de Salud del Perú-MINSA (2023). Entrevista a Maria Elena Martinez-Directora de Inmunizaciones Minsa. TV Perú Noticias. Jue, 23 Feb 2023. Recuperado de <https://www.tvperu.gob.pe/noticias/nacionales/directora-de-inmunizaciones-25-ninos-fallecieron-por-covid-19-durante-esta-quinta-ola>
- Ministerio de Salud del Perú-MINSA (2022). *Portal Covid-19*. Cifra al 14 de enero del 2022. Recuperado de https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- Moukaddam, N., & Shah, A. (2020). Psychiatrists Beware! The impact of COVID-19 and pandemics on mental health. *Psychiatric Times*, 37(3), 11-12. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/120373>
- Navas, C., & Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Revista ciencias de la Educación*, 1(27), 29-45.

- 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](https://doi.org/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.
- Novović, Z., Mihić, L., Tovilović, S., & Jovanović, V. (2008). Relations among positive and negative affect, dysphoria and anxiety. *Psihologija*, 41(4), 413-433.
- Organización de las Naciones Unidas (2020). Las personas mayores tienen el mismo derecho a la vida que los demás durante y después del Covid-19. Publicado el 1 de mayo del 2020. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2020/05/1473762>
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento*. Madrid 8 de abril del 2002.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Salud Mental: Un estado de bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Publicado el 7 de diciembre del 2017. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (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>
- Pakpour, A., & Griffiths, M. (2020). The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*. DOI: [10.54127/WCIC8036](https://doi.org/10.54127/WCIC8036)
- Paladino, C., Gorostiaga, D., Barrio, A., Chaintiou, M., Camacho, S., & Petroselli, A. (2005). Diferencias de género en variables emocionales. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Pappas, G., Kiriaze, I., Giannakis, P., & Falagas, M. (2009). Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection*, 15(8), 743-747. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2009.02947.x>.
- Pattison, S., & Edgar, A. (2016). *Prospects for flourishing in contemporary health care*.

- Pargament, K. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 3-16.
- Pargament K. & Mahoney, A. (2002). Spirituality: Discovering and conserving the sacred. En Snyder, C. (Ed.). *Handbook of positive psychology*, 646-659. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Perz, C. A., Lang, B. A., & Harrington, R. (2020). Validation of the Fear of COVID-19 Scale in a US College Sample. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-11. DOI: [10.1007/s11469-020-00356-3](https://doi.org/10.1007/s11469-020-00356-3)
- Pew Research Center (2020) Most Americans say coronavirus outbreak has impacted their lives. March 30. Available: https://www.pewsocialtrends.org/2020/03/30/most-americans-say-coronavirus-outbreak-has-impacted-their-lives/?utm_source=link_news9&utm_campaign=item_307619&utm_medium=copy. Accessed 05 Jun 2020
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187–224. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>
- Pirutinsky, S., Cherniak, A. D., & Rosmarin, D. H. (2020). COVID-19, mental health, and religious coping among American Orthodox Jews. *Journal of religion and health*, 59(5), 2288-2301.
- Pourabdol, S., ABBASI, M., Pirani, Z., & Abbasi, M. (2015). The relationship between life expectancy and psychological well-being with quality of life in the elderly.
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 69-82.
- Rathakrishnan, B., Bikar Singh, S. S., Yahaya, M. R., & Kamaluddin, M. R. (2022). The relationship of Spirituality, Fear and Mental Health on COVID-19 among adults: An exploratory research. *Frontiers in Psychology*, 6173.
- Reznik, A., Gritsenko, V., Konstantinov, V., Khamenka, N., & Isralowitz, R. (2020). COVID-19 fear in Eastern Europe: Validation of the Fear of COVID-19 Scale. *International journal of mental health and addiction*, 1.
- Ripamonti, C., Borreani, C., Maruelli, A., Proserpio, T., Pessi, M. A., & Miccinesi, G. (2010). System of belief inventory (SBI-15R): a validation study in Italian

- cancer patients on oncological, rehabilitation, psychological and supportive care settings. *Tumori Journal*, 96(6), 1016-1021.
- 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.
- Riveros, F., Bernal, L., Bohórquez, D., Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2018). Inventario de sistema de creencias (SBI-15 R) en Colombia: estructura factorial y confiabilidad en población universitaria y en pacientes crónicos. *Revista Colombiana de Enfermería*, 17, 13-20.
- Reed, P. (2003) Theory of Self-Transcendence. In *M.J. Smith & P.R. Liehr (Eds), Middle range theory for nursing*. New York: Springer, 145-65.
- Reeve, J. (2010). *Naturaleza de las emociones: las 5 eternas preguntas*. Capítulo 11. Motivación y emoción. (5ta edición) 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.
- 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.
- Ross, L (1995) The spiritual dimension: Its importance to patients' health, wellbeing and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32(5), 457–68.
- Rubin, G., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *Bmj*, 368. <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m313>.
- Ruzek, J. (2020). Disaster response, mental health, and community resilience. *Psychiatric Times*, 27(1) Retrieved from <https://www.psychiatrictimes.com/climate-change/disaster-response-mental-health-and-communityresilience>.
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.

- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research and Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Psychological Science*. 4(4), 99-104.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. & Singer, B. (2000). Biopsychosocial challenges of the new millennium. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 69(4), 170-177.
- Sadín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., Santed, M. & Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sakib, N., Bhuiyan, A. I., Hossain, S., Al Mamun, F., Hosen, I., Abdullah, A., & Sikder, M. T. (2020). Psychometric validation of the Bangla Fear of COVID-19 Scale: Confirmatory factor analysis and Rasch analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. DOI: 10.1007/s11469-020-00399-6
- 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*, 1. DOI: [10.1007/s11469-020-00294-0](https://doi.org/10.1007/s11469-020-00294-0)
- Savikko, N. (2008). *Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología. University of Turku.
- Schaie, K., & Willis, S. (Eds.). (2015). *Handbook of the Psychology of Aging*. California, USA: Elsevier Academic Press.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063.
- Schotanus-Dijkstra, M., Drossaert, C. H., Pieterse, M. E., Walburg, J. A., & Bohlmeijer, E. T. (2015). Efficacy of a multicomponent positive psychology

- self-help intervention: study protocol of a randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, 4(3), e105.
- Schütte S., Chastang J., Parent-Thirion A., Vermeulen G., Niedhammer I. (2014) Social inequalities in psychological well-being: A European comparison. *Community Ment. Health J*, 50, 987–990. doi: 10.1007/s10597-014-9725-8.
- Shigemura, J., Ursano, R., Morganstein, J., Kurosawa, M., Benedek, D. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*, 742 (81), 2. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Shin, L., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35, 169-91.
- Singh, K., Junnarkar, M., & Jaswal, S. (2016). Validating the flourishing scale and the scale of positive and negative experience in India. *Mental Health, Religion & Culture*, 19(8), 943-954.
- Soraci, P., Ferrari, A., Abbiati, F., Del Fante, E., De Pace, R., Urso, A., & Griffiths, M. (2020). Validation and psychometric evaluation of the Italian version of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-10.
- Stanke, A., & Taylor, M. (2004). Religiosity, locus of control, and superstitious belief. *Journal of Undergraduate Research*, 7(1), 1-5.
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 134(1), 138.
- Stanley, M. A., Bush, A. L., Camp, M. E., Jameson, J. P., Phillips, L. L., Barber, C. R., Zeno, D., Lomax, J. W., & Cully, J. A. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging & Mental Health*, 15(3), 334–343.
- Sumi, K. (2013). Reliability and validity of Japanese versions of the flourishing scale and the scale of positive and negative experience. *Social Indicators Research*, 118, 601–615
- Kinglsey, J. (2001). *Spirituality and mental health care: Rediscovering a forgotten dimension*. Swinton J. London
- Taylor, S. (2019). The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. *Cambridge Scholars Publishing*.

- Teachman, B. (2006). Aging and negative affect: the rise and fall and rise of anxiety and depression symptoms. *Psychology and aging, 21*(1), 201.
- Tovar, I. (2018). Religiosidad, espiritualidad y estrés académico en estudiantes universitarios de Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú, *Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica*.
- Triadó, C., Osuna, M. J., Resano, C. S., & Villar, F. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista multidisciplinar de gerontología, 13*(3), 152-162.
- Tsipropoulou, V., Nikopoulou, V., Holeva, V., Nasika, Z., Diakogiannis, I., Sakka, S., & Parlapani, E. (2020). Psychometric Properties of the Greek Version of FCV-19S. *International Journal of Mental Health and Addiction, 1*. DOI: [10.1007/s11469-020-00319-8](https://doi.org/10.1007/s11469-020-00319-8).
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization- UNESCO. (2014). UNESCO Education Strategy 2014-2021. Recuperado de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000231288>
- University of Minnesota (sf). Impact of Fear and Anxiety. *Taking charge of your health and wellbeing*. <https://www.takingcharge.csh.umn.edu/impact-fear-and-anxiety#:~:text=Living%20under%20constant%20threat%20has,ageing%20and%20even%20premature%20death>.
- Vázquez, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología, 4*(2/3), 385.
- 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.
- Vindgaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Weinberger-Litman, S., Litman, L., Rosen, Z., Rosmarin, D., & 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*(5), 2269-2282. doi: [10.1007/s10943-020-01064-x](https://doi.org/10.1007/s10943-020-01064-x)

- Winter, T., Riordan, B., Pakpour, A., Griffiths, M., Mason, A., Poulgrain, J., & Scarf, D. (2020). Evaluation of the English version of the Fear of COVID-19 Scale and its relationship with behavior change and political beliefs. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00342-9>
- 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. DOI: [10.1007/s10943-012-9597-6](https://doi.org/10.1007/s10943-012-9597-6)



APÉNDICE A

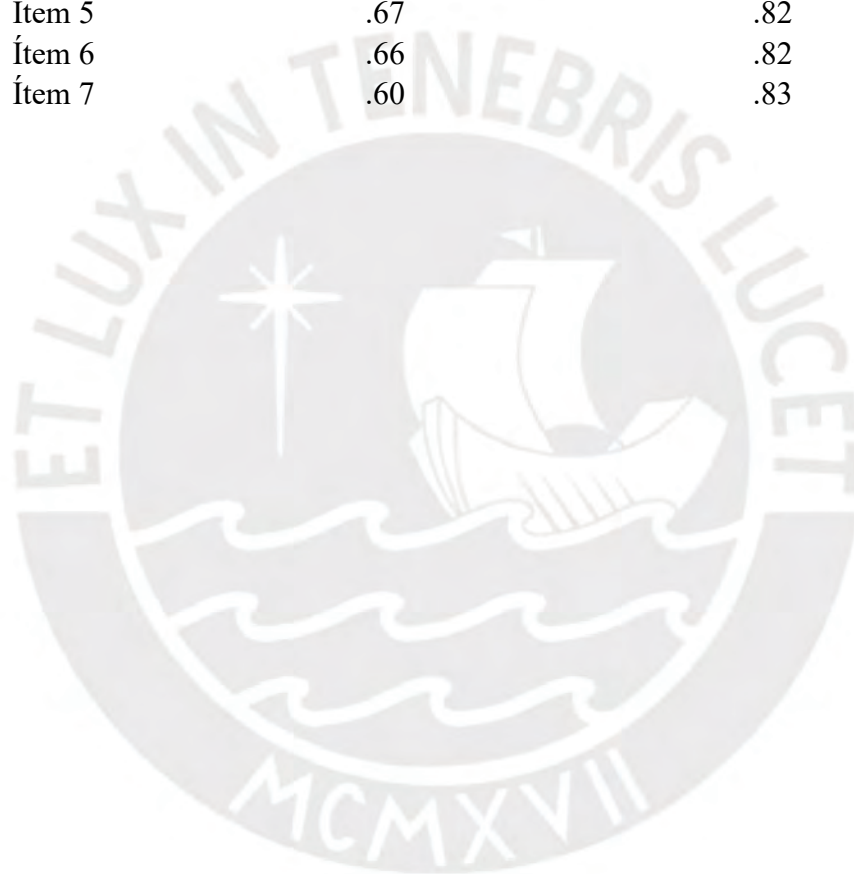
Descriptivos de características demográficas y médicas de los adultos mayores.

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo			Situación laboral		
Hombre	45	26.60%	Jubilado	60	35.50%
Mujer	124	73.40%	Dependiente	30	17.80%
<hr/>			Independiente	45	26.60%
Lugar de nacimiento			Ama de casa	28	16.60%
Lima	99	58.60%	No labora	6	3.60%
Provincia	70	41.40%	<hr/>		
<hr/>			Vive con		
Instrucción			Solo	21	12.40%
Secundaria	23	13.60%	Familia nuclear	92	54.40%
Técnica	24	14.20%	Otros familiares	47	27.80%
Universitaria	122	72.10%	Otro	9	5.30%
<hr/>			<hr/>		
Religión			Familiares riesgo		
Católica	143	84.60%	Sí	57	33.70%
Evangélica	10	5.90%	No	112	66.30%
No profesa religión	13	7.70%	<hr/>		
Otra religión	3	1.80%	Enfermedades crónicas		
<hr/>			Sí	100	59.20%
Pareja			No	69	40.80%
Sí	93	55%	<hr/>		
No	76	45%	Diagnóstico covid-19		
<hr/>			Sí	10	5.90%
Estado Civil			No	159	94.10%
Soltero	22	13%	<hr/>		
Casado	81	47.90%	Salud deteriorada por covid-19		
Separado	11	6.50%	Sí	95	56.2%
Divorciado	26	15.40%	No	74	43.8%
Viudo	22	13%	<hr/>		
<hr/>			Edad por grupos		
			G1 (60-70 años)	134	79.3%
			G2 (70-80 años)	29	17.2%
			G3 (80-85 años)	6	3.6%
<hr/>			<hr/>		
		<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Edad		60	85	66.7	5.9
Cuánto se ha deteriorado salud por covid-19		1	4	2.4	.85

APÉNDICE B

Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones Ítem-test corregida de la escala del FCV-19S.

<i>Número del ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
Miedo al Covid-19 = .85		
Ítem 1	.66	.82
Ítem 2	.57	.83
Ítem 3	.47	.85
Ítem 4	.64	.82
Ítem 5	.67	.82
Ítem 6	.66	.82
Ítem 7	.60	.83



APÉNDICE C

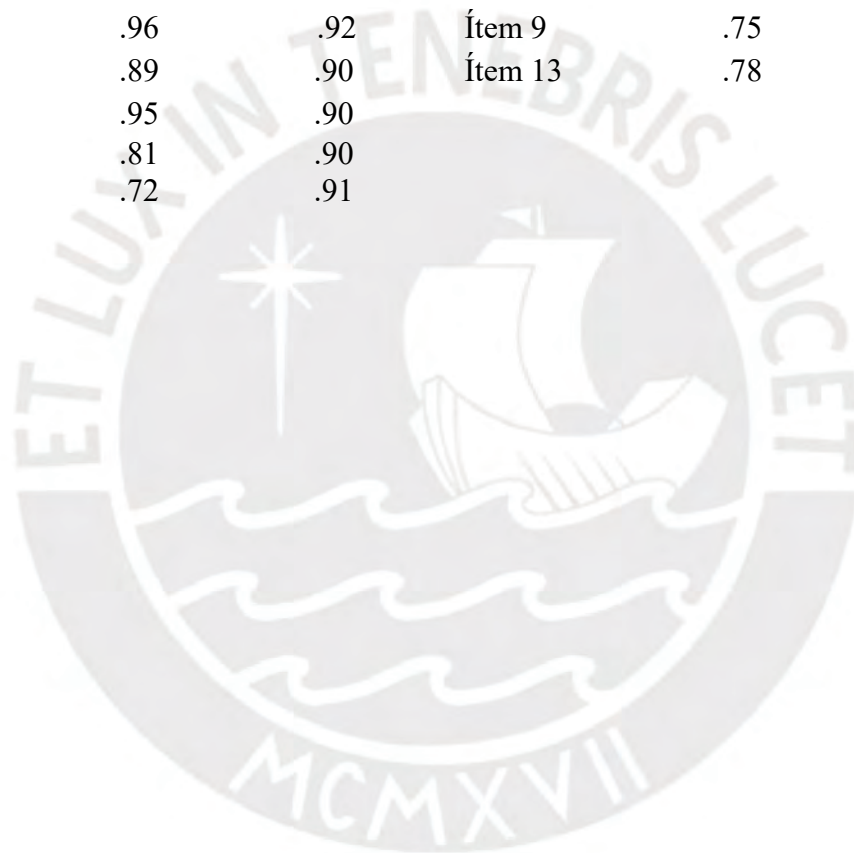
Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test corregida de las escalas de florecimiento y SPANE.

<i>Número del ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>	<i>Número del ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
Florecimiento = .92					
Ítem 1	.71	.91	Ítem 5	.83	.90
Ítem 2	.76	.91	Ítem 6	.72	.91
Ítem 3	.75	.91	Ítem 7	.80	.90
Ítem 4	.74	.91	Ítem 8	.56	.92
Afectividad positiva = .92			Afectividad negativa = .85		
Ítem 1	.77	.90	Ítem 2	.69	.82
Ítem 3	.72	.90	Ítem 4	.68	.82
Ítem 5	.74	.90	Ítem 6	.72	.82
Ítem 7	.83	.89	Ítem 8	.74	.81
Ítem 10	.82	.89	Ítem 9	.57	.84
Ítem 12	.69	.91	Ítem 11	.48	.86

APÉNDICE D

Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test corregida de las escalas de SBI-15R

<i>Número del ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>	<i>Número del ítem</i>	<i>Correlación ítem-test corregida</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
Espiritualidad = .95					
Creencias y convicciones religiosas = .92			Soporte social religioso = .90		
Ítem 1	.82	.90	Ítem 3	.70	.89
Ítem 2	.85	.90	Ítem 5	.80	.87
Ítem 4	.76	.91	Ítem 7	.75	.88
Ítem 6	.96	.92	Ítem 9	.75	.88
Ítem 8	.89	.90	Ítem 13	.78	.87
Ítem 10	.95	.90			
Ítem 11	.81	.90			
Ítem 12	.72	.91			



APÉNDICE E

Consentimiento informado

Usted está siendo cordialmente invitado(a) a participar de manera voluntaria en un estudio que será conducido por Diana Ruiz, estudiante de psicología clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, como parte de una investigación para obtener el título de licenciada en Psicología y está supervisado por la Dra. Mónica Casaretto. La investigación se propone explorar el miedo frente al Covid-19, la espiritualidad y el bienestar en adultos mayores de Lima Metropolitana.

Si usted accede a participar, se le pedirá responder una ficha de datos (sociodemográficos y de salud) y tres cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

Anonimato: La investigadora no pedirá nombres a los participantes en ningún momento de la evaluación ni después de ella, por lo que sus identidades se mantendrán protegidas.

Integridad: Ninguno de los cuestionarios que se apliquen resultarán perjudiciales para la integridad o dignidad del participante.

Participación voluntaria: Tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso a retirarse en el proceso de la aplicación si así lo deseara.

Su colaboración nos permitirá conocer las características del miedo al Covid-19, la espiritualidad y el bienestar, lo que podría favorecer el desarrollo de estrategias de prevención en salud mental frente a la pandemia del Covid-19, y de promoción del bienestar de las personas, especialmente de los adultos mayores. Desde ya les agradecemos por su participación y su tiempo.

De tener preguntas o dudas en torno a su participación en este estudio, puede contactar a Diana Ruiz (a20131907@pucp.pe) o comunicarse con la asesora de la investigación, la Dra. Mónica Cassaretto (mcassar@pucp.edu.pe).

APÉNDICE F**Ficha de datos**

Por favor contestar las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible, o marque un x donde corresponda.

Datos generales

1. Edad: _____
2. Sexo : Hombre() Mujer()
3. Lugar de nacimiento: Lima() Provincia()
4. Religión:
 - a. Católico(a) ()
 - b. Cristiano(a) evangélico(a)s ()
 - c. No profesa ninguna religión()
 - d. Otra () cuál _____
5. Situación laboral:
 - a. Jubilado(a) ()
 - b. Dependiente ()
 - c. Independiente ()
 - d. Ama de casa ()
 - e. Desempleado ()
 - f. Otro () cuál _____
6. ¿Se encuentra actualmente dentro de una relación de pareja? Sí() No()
7. Estado civil:

Soltero(a) ()	Casado(a) ()	Divorciado(a) ()
Conviviente(a) ()	Separado ()	Viudo(a) ()
8. Grado de instrucción:

Primaria incompleta ()	Primaria completa ()
Secundaria incompleta ()	Secundaria completa ()
Técnica incompleta ()	Técnica completa ()
Superior incompleta ()	Superior completa ()
9. En su hogar vive con:

Solo()	Familia nuclear()	Con otros familiares()
cuál : _____		
10. ¿Tiene algún familiar o persona significativa que sea profesional de salud, miembro de las fuerzas armadas o policiales u otros oficios de primera línea frente a la pandemia?

Sí() No() Si repondió sí, señalar quién:

Datos de salud

11. ¿Sufre de alguna alguna enfermedad crónica (hipertención, hipotención, hepatitis, problemas cardiacos, anemia, obesidad, diabetes, lupus, etc)?

Sí() No() Si repondió sí, señalar cuál:

12. ¿Ha sido diagnosticado de covid-19?

Sí() No()

13. ¿Considera que su salud (física o mental) se ha visto deteriorada a causa del covid-19?

Sí() No() Si repondió sí, señalar cuánto:

En gran medida ()

Moderadamente ()

Algo ()

Casi nada ()

