



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 27 No. 3

Septiembre de 2024

BIENESTAR PSICOLÓGICO, CALIDAD DE VIDA Y MIEDOS AL COVID-19 EN ADULTOS MAYORES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA^{1, 2}

Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel³, Zitlalitl Pérez Olvera⁴, Violeta Alejandra Mendoza Madrigal⁵

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

En el contexto de la pandemia por COVID-19, los adultos mayores tuvieron más riesgo a enfermarse y esto condujo a vivir con miedo al COVID. El objetivo de la investigación fue probar los efectos de la experiencia por la pandemia por COVID-19 en adultos mayores, sobre calidad de vida y bienestar psicológico, y diferencias por sexo, edad, estar o no enfermo, y haberse o no contagiado de COVID, en un diseño descriptivo-comparativo-asociativo. Se aplicaron a 87 adultos mayores (50-91 años) la escala de miedos al COVID; escala de bienestar psicológico y cuestionario de calidad de vida. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas ($F_{(3,38)} = 3.688, p < .02$) en las puntuaciones en autonomía de calidad de vida, y en crecimiento personal del bienestar psicológico ($t_{(35)} = 1.996, p < .05$). Diferencias significativas entre hombres y mujeres para miedos al COVID. Correlaciones significativas r de Pearson entre las dimensiones de bienestar psicológico y calidad de vida. La participación social es significativamente diferente ($t_{(40)} = 2.314, p <$

¹ El trabajo es producto de la investigación para obtener el grado de Licenciatura en Psicología de la UNAM, de la segunda autora bajo la dirección de la primera.

² El proyecto de investigación fue apoyado parcialmente por el Proyecto DGAPA-PAPIIT-UNAM IN309421.

³ División de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México; Correo electrónico: algcr10@hotmail.com

⁴ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México; Correo electrónico: zitlalitl28perezolvera@gmail.com

⁵ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México; Correo electrónico: violeta_alejandra_04@hotmail.com

.026) entre los que reportaron estar o no enfermos. No hay suficiente evidencia estadística en la intensidad del miedo al COVID por edad, ni por haberse o no contagiado de COVID. En conclusión, el miedo al COVID tiene un impacto en el bienestar psicológico y calidad de vida en adultos mayores. Los adultos mayores pueden necesitar apoyo psicológico para afrontar los miedos creados durante la COVID-19 y mejorar su bienestar y calidad de vida.

Palabras clave: Miedo al COVID-19, bienestar psicológico, calidad de vida, adultos mayores.

PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, QUALITY OF LIFE, AND FEARS OF COVID-19 IN OLDER ADULTS IN THE CONTEXT OF THE PANDEMIC

ABSTRACT

In the context of the COVID-19 pandemic, older adults were at higher risk of becoming ill, leading to living in fear of COVID. The objective of the research was to test the effects of the experience of the COVID-19 pandemic on older adults, on quality of life and psychological well-being, differentiated by gender, age, being ill or not, and having been infected with COVID or not, using a descriptive-comparative-associative design. The COVID fear scale, psychological well-being scale, and quality of life questionnaire were administered to 87 older adults (aged 50-91 years). The results show statistically significant differences ($F_{(3,38)} = 3.688, p < .02$) in scores in autonomy of quality of life, and in personal growth of psychological well-being ($t_{(35)} = 1.996, p < .05$). Significant differences are found between men and women in fear of COVID. Significant Pearson r correlations are found between the dimensions of psychological well-being and quality of life. Social participation differences between those who reported being ill or not are significant ($t_{(40)} = 2.314, p < .026$). There is not enough statistical evidence of the intensity of fear of COVID by age, or by having been infected COVID or not. In conclusion, fear of COVID has an impact on psychological well-being and quality of life in older adults. Older adults may need psychological support to cope with the fears created during COVID-19 and to improve their well-being and quality of life.

Keywords: Fear of COVID-19, psychological well-being, quality of life, older adults.

En los últimos días de diciembre de 2019 se dieron a conocer en Wuhan (en la provincia china de Hubei) 40 casos de neumonía de origen viral. La Organización Mundial de la Salud (OMS) nombró a este nuevo virus como un nuevo coronavirus, al que llamó el corona virus 2019 (2019-nCoV), o también conocido como SARS-CoV-2 (Síndrome agudo respiratorio). Y aproximadamente para el 11 de enero de

2020 en China se daba a conocer la primera víctima cobrada por esta enfermedad, un varón de 61 años. De manera que en poco tiempo se extendió el contagio por China y el resto del mundo, de una forma tal que el 30 de enero la OMS se vió forzada a declarar a dicha enfermedad como una «emergencia de salud pública de carácter internacional». El 11 de febrero de 2020 la OMS denominó a este nuevo padecimiento causado por el coronavirus como COVID-19 (coronavirus disease 2019). Dicha enfermedad se extendió por todo el mundo tan rápidamente que la OMS la declaró para el 11 de marzo una pandemia global, ya que había llegado a más de 100 países, y se reportaban más de 100,000 casos alrededor del mundo (Sandín, *et. al.*, 2020).

En marzo del 2020 en México se llevó a cabo la estrategia nacional de la sana distancia, lo que orilló al confinamiento en su totalidad y de carácter urgente lo que implicó el distanciamiento social, aislamiento en el propio domicilio, limitaciones para la libertad de circulación de los ciudadanos, y suspensión de actividades comerciales y educativas; autorizándose únicamente las actividades de primera necesidad, como la adquisición de alimentos, medicinas, y la asistencia a instituciones de salud y algunas actividades de carácter laboral, durante poco más de año y medio, lo que sin duda generó un reordenamiento de las actividades cotidianas, de los roles en el hogar y un sin fin de ideas acerca del qué pasaría en el futuro.

Previo a la pandemia las cifras de envejecimiento en México de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Pirámide Demográfica publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017), la población adulta aumentaba de un 6.2% a un 12.3% de 1998 a 2018, al tiempo que disminuía el porcentaje de niños y jóvenes y de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (2019) la esperanza de vida era de 59.9 años, en 1970, aumentando a 75.2 años para el 2020, siendo mayor para las mujeres por seis puntos, con una tendencia hacia el aumento de la población de adultos mayores y para el 2050 se espera representar el 21.5% de la población total (INEGI, 2020).

Los informes iniciales del China CDC Weekly de Wuhan (2020, citado en Sgaravatti y Hernández, 2020) afirmaron que la mayoría de los casos de la enfermedad se

produjeron en personas mayores de 60 años, y las tasas de mortalidad aumentaban de acuerdo a la edad, con un 3.6% para personas entre 60 a 69 años y llegando a aumentar hasta en un 14.8% para el caso de personas mayores de 80 años, debido a la fragilidad de algunas personas mayores que conlleva su pobre respuesta inmunitaria y la disminución de la reserva funcional que da como respuesta una reducción en la capacidad intrínseca y la resiliencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) hasta diciembre del 2020 existían aproximadamente 31,5 millones de casos de COVID-19 en todo el mundo, con casi 1 millón de fallecimientos de los cuales la mayor parte de ellos eran mayores de 64 años, por lo que vale la pena resaltar cómo la presencia de esta enfermedad afecta a una de las poblaciones más vulnerables, las personas adultas mayores. Tal como lo menciona Pinazo en 2020, son un grupo de alto riesgo ante el contagio por el coronavirus, pero no por su edad cronológica sino por su edad biológica, vinculada a su pobre respuesta inmunitaria e inflamación crónica vinculada al envejecimiento.

Los adultos mayores, fueron el sector de la población más vulnerable por dicha enfermedad, ya que además de los diversos cambios asociados a dicha etapa como lo son la pérdida de audición, enlentecimiento, menor eficiencia en el funcionamiento cognitivo, o psicológicos como la aparición de depresión y demencia (OMS, 2022), también se caracteriza por la aparición de varias condiciones de salud complejas como síndromes geriátricos (incontinencia urinal, fragilidad, caídas, delirios, y como lo menciona Shtompel, *et. al.* (2014) a medida que una persona envejece, es más probable que experimente más de una afectación al mismo tiempo, además de la fuerte asociación con enfermedades crónico-degenerativas. Los adultos mayores tuvieron que vivir con el temor a contagiarse y que su situación se agravara únicamente debido a las condiciones propias de la edad, al aislamiento social y la incertidumbre del qué pasará en un futuro, por lo que es probable que estas personas mostrasen cambios significativos en aspectos psicológicos, tales como la percepción de la calidad de vida, bienestar y el miedo al COVID-19.

El envejecimiento representa en las personas cambios fisiológicos, físicos, psicológicos y sociales, dichos cambios son provocados tanto por las situaciones a

las que se ha enfrentado a lo largo de su ciclo vital, como por el entorno en el que se han desarrollado (Evangelista, *et. al.* 2017), gracias a estas situaciones, comportamentales y medioambientales en etapas previas o la actual, es que el proceso de envejecimiento puede llegar a ser más o menos acelerado y no precisamente lineal ni uniforme (Chong 2012; Nieto y Alonso, 2007; Martínez, *et. al.* 2018).

Debido al brote de COVID-19 en el mundo, ha iniciado una transformación en la sociedad que ha impactado en diversos niveles: económico, escolar, laboral, familiar, personal y mental; gracias a las múltiples restricciones que se han impuesto: desde el uso del cubrebocas, el confinamiento en algún momento de la pandemia, el doble confinamiento de las personas en residencias (aislados del exterior y en su habitación sin gozar de las zonas comunes) (Wang, *et. al.* 2020), la sana distancia, la limitación de actividades al aire libre, entre otras. Dichas restricciones han estado encaminadas a proteger a los grupos más vulnerables (Brooks, *et. al.* 2020). Según Pinazo en 2020, el COVID-19 era más letal en personas con enfermedades cardiovasculares y otras comorbilidades, de manera que este sector de la población ha tenido mayor probabilidad de enfermar gravemente si se infectan, muriendo a una tasa cinco veces mayor que la media. Según el informe “El impacto de la COVID-19 en las personas mayores” emitido por las Naciones Unidas esto afecta al 66% de las personas mayores de 70 años debido a la suma de complicaciones que padecen en dicha edad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). Además, la Secretaría de Salud (2020) añade que esta infección en el adulto mayor hace que la probabilidad de complicaciones pueda ser más alta ya que después de los 60 años se reportan más casos graves que leves.

En el continente americano la mayoría de las muertes por la COVID-19 ocurren en personas de 70 años o más, seguidas de personas entre 60 y 69 años (OPS, 2020). De manera que las residencias o centros de atención a largo plazo han sido las más afectadas, y representan entre el 40% y el 80% de las muertes por la COVID-19 en todo el mundo, es justo en nuestro continente donde es más probable que el cuidado de los adultos mayores se lleve a cabo en el hogar, donde el distanciamiento físico

representa un desafío particular. Además de la reducción o inactividad física y su implicación en problemas de sueño, insomnio y somnolencia diurna (Moreno, *et. al.*, 2020); aumento del deterioro cognitivo por haber dejado de realizar actividades de estimulación cognitiva, talleres, tertulias, terapias grupales, voluntariado, asociaciones; afectación del estado emocional y anímico, con un aumento de la sintomatología depresiva (Losada, *et. al.*, 2020); falta de contacto con red social y soledad. Es bien sabido que la soledad aumenta el riesgo de sedentarismo, aunado a una alimentación inadecuada, al tiempo que aumenta el riesgo de muerte, asimismo las enfermedades cardiovasculares, la soledad puede afectar la cantidad y la calidad del sueño, provocando una mayor fatiga durante el día; de igual forma la soledad durante la pandemia propicio en los familiares de personas enfermas, la falta de cuidados adecuados al final de sus vidas, la carencia de una muerte digna, falta de duelo y despedidas de los fallecidos, miedo al virus a que podía afectar a familiares cercanos o temor de tener que ir a un hospital colapsado, así como el miedo a morir en la UCI sin despedirse y sin velatorio (Yanguas, *et. al.*, 2018).

Ya que como lo menciona González-Celis en 2009 las condiciones desfavorables hacen difícil y complicada la vida de los ancianos, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; al mismo tiempo, la “fragilidad” física que aumenta en esta etapa de la vida hace que los adultos mayores muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyendo sus contextos de participación, lo que reduce sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando así la psicopatología de la depresión en esta etapa de la vida.

Pese a las variadas consecuencias negativas a las que se enfrenta el mundo a raíz de la pandemia por COVID-19, como son en la salud física y psicológica, en el impacto económico y social; surge la necesidad de favorecer una vida digna y saludable para aquellos que son especialmente vulnerables, como el caso de los adultos mayores. Es así que, se busca promover un envejecimiento activo, introduciendo nuevas políticas encaminadas a satisfacer las necesidades de la

población adulta mayor, y propiciar en sus vidas el fomento de aspectos tales como envejecimiento activo, calidad de vida y bienestar psicológico.

Es por ello que la OMS define el envejecimiento activo como “*el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen*” y tiene como objetivo empoderar a las personas mayores para que sigan contribuyendo a sus familias, comunidades y economías (2015, citado en Azcuy, *et. al.*, 2021, p. 84.). El envejecimiento activo ofrece una visión integral desde distintas áreas del proceso de envejecer, estas áreas integran la buena salud física, mental y conductual; condiciones propicias para la seguridad y la participación de las personas mayores en las sociedades, así mismo condiciones económicas y de manutención, en suma, aspectos que conduzcan al bienestar en esta etapa de la vida.

Del mismo modo surge un concepto fuertemente asociado al envejecimiento activo y es el de calidad de vida, que la OMS (1994) la define como la percepción de un individuo que forma parte de un contexto cultural y de un sistema de valores y la percepción de su posición con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Esta definición cumple con los criterios de dinamismo y multidimensionalismo, siendo más compleja de lo que parece, puesto que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (Villaverde, *et.al.*, 2000), así mismo González-Celis y Gómez-Benito en 2013 mencionan que la calidad de vida se integra por seis dimensiones: capacidad sensorial, autonomía, satisfacción con las actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, ausencia de temor a la muerte y agonía, e intimidad en las relaciones sociales.

Sánchez-Sosa y González-Celis (2002), la definen como satisfacción por la vida, felicidad, moral; y como la valoración global que la persona realiza en función de criterios propios. Abarca tres dimensiones; la primera de ellas abarca aquello que la persona es capaz de hacer, la segunda se refiere al acceso a los recursos y las oportunidades, donde estas primeras dos se consideran calidad de vida objetiva y la tercera a la sensación de bienestar, que se conoce como calidad de vida

subjetiva. Además de tener un papel relevante en la calidad de vida del anciano y en la experiencia del envejecimiento (González-Celis, 2005; Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Otro concepto relacionado a la calidad de vida es el bienestar psicológico que de acuerdo a Ryff (1989), incluye a su vez seis dimensiones: autoaceptación, autonomía, dominio del ambiente, relaciones positivas, propósito de la vida y crecimiento personal, donde las cuatro primeras, se encuentran asociadas a la perspectiva del bienestar hedónico y las dos últimas (propósito en la vida y crecimiento personal) al bienestar eudaimónico. El primero, propósito en la vida, se define como el significado que tiene la vida, mismo que es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente y las que falten en el futuro, bajo creencias que le dan sentido a su vida. El segundo, el crecimiento personal, hace referencia al aprovechamiento de los talentos y habilidades de las personas, haciendo uso de sus capacidades en el esfuerzo para seguir creciendo como persona, que en conjunto y en un buen nivel, favorece que las personas perciban sentimientos y actitudes positivas, perfeccionando los mecanismos de autorregulación y autocontrol de manera que favorezca el afrontamiento a los problemas y la capacidad de adaptación en esta etapa de la vida (Mesa, *et. al.*, 2019). Esta perspectiva del bienestar psicológico se centra principalmente en el crecimiento personal y en el desarrollo de las capacidades, incluye las formas de afrontar los retos vitales y en el esfuerzo de las personas por lograr la consecución de sus metas así como la valoración que hacen de su funcionamiento y papel en la sociedad. Este tipo de bienestar permite que las personas se sientan vivas y auténticas.

La investigación sugiere que el porcentaje de la vida que se disfruta con buena salud se ha mantenido constante, lo que significaría que los años adicionales están marcados por la mala salud, pero si los individuos pueden vivir dichos años adicionales con buena salud y en un entorno propicio su capacidad para hacer lo que más valoran las personas mayores apenas se distingue de la que sería para una persona más joven. En cambio, si estos años adicionales están sujetos al

declive de la capacidad física y mental, los alcances para las personas mayores y para la sociedad se vuelven más negativas (OMS, 2022).

Al respecto diversos autores (González-Celis y Mendoza, 2016; Fusté, *et. al.* 2017; Gallardo, *et. al.*, 2016; Palma, *et. al.*, 2016) resaltan la importancia de las relaciones sociales, la implementación de metas a futuro y la actividad en la comunidad, al igual que el sentido de pertenencia que surge de ella, como una forma de mantener tanto el bienestar psicológico como la calidad de vida.

Es por eso que la presente investigación tiene el objetivo de someter a prueba los efectos de la experiencia del confinamiento por la pandemia por COVID-19 en adultos mayores, sobre las medidas de calidad de vida y bienestar psicológico, al comparar las puntuaciones obtenidas de las medidas reportadas por los adultos mayores de miedo al COVID en el contexto de la postpandemia, considerando algunas otras variables distales como el sexo, la edad, el reporte de estar o no enfermo, y el reporte de contagio de COVID, en un diseño *expost facto* descriptivo-comparativo-asociativo.

MÉTODO

Tipo de Estudio y Diseño de Investigación

Se realizó un estudio transversal y no experimental, bajo un diseño *expost facto* descriptivo-comparativo-asociativo.

Participantes

Se obtuvo una muestra de 87 adultos mayores del valle de México, de los cuales 55 eran mujeres y 32 hombres con edades de 50 a 91 años de edad, con una edad promedio de 67.17 años, 58.6% reportaron estar enfermos y 41.37% de ellos reportaron estar no enfermos. De los 87 adultos mayores, fueron asignados de manera aleatoria a cada uno de los dos grupos, el primer grupo fueron 42 participantes a quienes se les aplicó la batería A, mientras que el segundo grupo, lo conformaron los 45 participantes a quienes se les aplicó la batería B. Los datos de las variables sociodemográficas de ambos grupos de participantes se muestran en la tabla 1.

Variables sociodemográficas				
	Bateria A n=42		Bateria B n=45	
	n	%	n	%
Sexo				
Mujeres	24	57.1	31	68.9
Hombres	18	42.9	14	31.1
Edad				
Entre 50 a 63	13	30.95	22	48.8
Entre 64 a 71	16	38.09	12	26.6
Entre 72 o mas	13	30.95	11	24.4
Estado civil				
Soltero	5	11.9	1	2.2
Casado	23	54.8	25	55.6
Con pareja	3	7.1	4	8.9
Separado	3	7.1	3	6.7
Divorciado	1	2.4	3	6.7
viudo	7	16.7	9	20
Con quien vive actualmente				
Solo	2	4.8	3	6.7
Con pareja	23	54.8	24	53.3
Con hijos	12	28.6	15	33.3
Con un familiar	5	11.9	3	6.7
Cuenta con algún un ingreso económico				
Si	36	85.7	40	88.9
no	6	14.3	5	11.1
El ingreso satisface sus necesidades				
Si	27	64.3	28	68.3
no	12	28.6	12	31.7
Nivel máximo de estudios				
Ninguno y no sabe leer ni escribir	2	4.8	1	2.2
Primaria incompleta o completa	15	35.7	14	31.1
Secundaria completa o incompleta	9	21.5	12	26.7
Nivel técnico completo	4	9.5	7	15.6
Bachillerato incompleto	2	4.8	4	8.9
Licenciatura completa o incompleta	8	19.1	7	15.6
Posgrado completo o incompleto	2	4.8		
Esta usted enfermo en este momento				
Si	23	54.8	28	62.2
no	19	45.2	17	37.8
Se ha contagiado de COVID				
si	13	31.0	13	28.9
no	26	61.9	30	66.7

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de 87 adultos mayores.

Muestreo

No probabilístico por conveniencia, ya que la elección de la muestra se basó en la disponibilidad y aceptación de participantes, así como en los criterios de inclusión-exclusión (Hernández, Fernández y Baptista, 2014): ser personas adultas mayores de 50 años o más, alfabetas y sin mostrar un deterioro cognitivo aparente, pertenecientes al Valle de México y que hubieran estado confinados dentro de sus hogares debido a la pandemia por COVID-19.

Materiales

Se utilizó papel e impresora para imprimir las baterías para su posterior aplicación. Además de imprimir el folleto didáctico “Recomendaciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores”.

En ese sentido se imprimieron dos baterías de instrumentos a las que se denominó batería A y batería B, ambas baterías contenían la carta de consentimiento informado, la ficha de datos sociodemográficos, la escala de miedos al COVID, la escala de bienestar subjetivo de Ryff, de la cual se consideraron solo 13 de los 39 reactivos. Respecto al instrumento de calidad de vida, la batería A evaluaba las dimensiones autonomía y participación social y para la batería B, actividades pasadas, presentes y futuras, e intimidad (Ver tabla 2).

Bateria A	Bateria B
• Carta de consentimiento informado • Ficha de datos sociodemográficos (30 reactivos) • Escala de miedos al COVID con 18 reactivos (Sandin, Valiente, García y Chorot, 2020). • Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) con dos dimensiones: propósito en la vida (reactivos 6, 12, 17, 18, 23, 29) y	• Carta de consentimiento informado • Ficha de datos sociodemográficos (30 reactivos) • Escala de miedos al COVID con 18 reactivos (Sandin, Valiente, García y Chorot, 2020). • Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) con dos dimensiones: propósito en la vida (reactivos 6, 12, 17, 18, 23, 29) y

crecimiento personal (reactivos 24, 30, 34, 35, 36, 37, 38).	crecimiento personal (reactivos 24, 30, 34, 35, 36, 37, 38).
• Cuestionario de Calidad de Vida para adultos mayores (WhoQoL-OLD, World Health Organization Quality of Life, González-Celis y Gómez-Benito, 2013), con dos dimensiones: autonomía (reactivos 3, 4, 5, 11) y participación social (reactivos 14, 16, 17, 18).	• Cuestionario de Calidad de Vida para adultos mayores (WhoQoL-OLD, World Health Organization Quality of Life, González-Celis y Gómez-Benito, 2013), con dos dimensiones: actividades pasadas, presentes y futuras (reactivos 12, 13, 15, 19) e intimidad (reactivos 21, 22, 23, 24).

Tabla 2. Instrumentos y reactivos aplicados para la batería A y B

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (del inglés *Statistical Package for Social Sciences*), que significa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, versión 21.

Instrumentos

Consentimiento informado, aplicado a los participantes quienes firmaron, toda vez que se les explicó el objetivo de la investigación y aceptaron participar de manera voluntaria.

Ficha de datos sociodemográficos, con reactivos en los que se incluyeron preguntas sobre sexo, edad, estado civil, con quien vive, si cuenta con un ingreso económico y si le satisface sus necesidades, nivel máximo de estudios, si reporta estar o no enfermo en el momento de la evaluación, y finalmente si reporta o no haberse contagiado de COVID.

Escala de Miedos al COVID (EMC, Sandin, Valiente, García y Chorot, 2020). Cuenta con 18 reactivos que evalúan el miedo y preocupación ante aspectos psicosociales relacionados al coronavirus. Los reactivos del instrumento se responden con una escala tipo Likert que evalúa la intensidad de cinco puntos desde 1 “nada o casi nada” a 5 “muchísimo o extremadamente”. Con objeto de examinar las dimensiones factoriales de los miedos al coronavirus en la muestra de adultos mayores, se llevó

a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) por el método de extracción de componentes principales y método de rotación de Normalización Varimax con Kaiser, encontrándose un valor de KMO = 0.88 ($\chi^2 = 927.07$, $g.l. = 153$, $p = .000$); con un total de varianza explicada de 67.532%. La estructura factorial obtenida fue muy consistente y reveló los siguientes cuatro factores de miedos relacionados con el coronavirus: (F1) Miedo al contagio, la enfermedad y la muerte, con un valor alfa de Cronbach de .894 (reactivos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 17); (F2) Miedo a la carencia de productos de consumo básicos, con alfa de Cronbach de .833 (reactivos 12, 13, 14); (F3) Miedos al aislamiento social, con alfa de Cronbach = .712 (reactivos 15, 16, 18); y (F4) Miedos relacionados con el trabajo y los ingresos económicos, con alfa de Cronbach = .755 (ítems 6, 8, 9). Los resultados coinciden con el estudio reportado por Sandin, Valiente, García y Chorot en el 2020, en donde se obtuvo un alfa (α) = .89, un índice rho (ρ) = .89 para el caso de la puntuación total de EMC, obteniendo los siguientes alfas y omegas para cada subescala respectivamente $\alpha = .87$, $\omega = .88$ (F1); $\alpha = .79$, $\omega = .81$ (F2); $\alpha = .72$, $\omega = .74$ (F3); $\alpha = .80$, $\omega = .83$ (F4).

	Factores			
	F1	F2	F3	F4
	Miedo al contagio, enfermedad o muerte	Miedo a la carencia de productos de consumo básico	Miedo al aislamiento social	Miedos relacionados con el trabajo y los ingresos económicos
Reactivos				
(4) Que pueda morir algún familiar o algún ser querido	.784			
(10) Que usted pueda contagiar a algún familiar o ser querido	.766			
(3) Que se contagie algún familiar o algún ser querido	.741			
(5) Que se siga propagando el coronavirus	.616			

(11) Que usted pueda enfermar o que se agrave alguna enfermedad que ya tenía	.577
(7) Que usted o algún familiar tenga que salir de casa (hacer compras, ir a trabajar, etc.)	.414
(2) Que usted pueda morir debido al coronavirus	.363
(1) Que usted pueda contagiarse del coronavirus	.332
(17) Ver/oír noticias o historias sobre el coronavirus	.261
(13) Que le ocurra algo grave (un accidente, una enfermedad, etc.) y tenga que ir a urgencias	.345
(12) Que escaseen los alimentos u otros productos de primera necesidad	.310
(14) Que pueda quedarse sin cosas importantes en casa (alimentos, productos de farmacia, etc.)	.226
(18) Estar aislado/a socialmente	.562
(16) No poder celebrar cosas importantes (un bautizo, una comunión, una boda, etc.)	.324

(15) No poder ver a familiares o amigos íntimos			.046	
(6) Que usted pueda perder su trabajo o parte de su trabajo				.867
(8) Que usted pueda perder ingresos económicos				.730
(9) Que algún familiar o algún ser querido pierda el trabajo				.363
% Varianza explicada	48.204	7.623	5.925	5.780
%Varianza acumulada	48.204	55.827	61.752	67.532
Alpha de Cronbach	.894	.833	.712	.755
Método de extracción: Análisis de componentes principales.				
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser ^a				
KMO = 0.88, $\chi^2 = 927.072$, <i>g.l.</i> = 153, <i>p</i> < .000				
^a La rotación ha convergido en 13 iteraciones				

Tabla 3. Matriz factorial rotada de la Escala de Miedos al COVID, para adultos mayores con 4 factores y 18 Ítems.

Escala de Bienestar subjetivo de Ryff (1989), para evaluar bienestar psicológico subjetivo la cual ha sido traducida y validada al español con muestras de personas mayores por Villar, Triadó, Celdrán y Solé (2010). La escala cuenta con 39 reactivos, divididos en seis dimensiones: dominio del medioambiente, auto-aceptación, autonomía, relaciones positivas con otros, crecimiento personal y propósito en la vida. Donde las primeras cuatro integran la medición del bienestar “hedónico”, mientras las dos últimas, están asociados a un bienestar “eudaimónico”. El cuestionario tiene un formato de respuesta tipo Likert de siete opciones desde “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente en desacuerdo”, que van de 1 a 6 puntos. La puntuación total tiene un rango de 39 a 234 puntos, en donde a mayor puntuación mayor es el bienestar. La escala aplicada con población mayor, ha demostrado

tener una aceptable consistencia interna, con una alfa de Cronbach de .73. Para la investigación, se incorporaron a las dos baterías las dimensiones propósito en la vida (reactivos 6, 12, 17, 18, 23, 29) y crecimiento personal (reactivos 24, 30, 34, 35, 36, 37, 38), los cuales pertenecen al bienestar eudaimónico.

Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQoL-OLD), adaptada a población anciana mexicana (*World Health Organization Quality of Life*) (González-Celis y Gómez-Benito, 2013). Este instrumento cuenta con una varianza explicada de 65.70%, con un coeficiente alfa de Cronbach de .82, y está constituido por 24 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, con valores de uno a cinco, agrupados en seis dimensiones: habilidades sensoriales (alfa = .87), autonomía (alfa = .83), actividades pasadas, presentes y futuras (alfa = .82), participación social (alfa = .70), muerte y morir (alfa = .74), e intimidad (alfa = .88). La suma de las opciones de respuesta va de 24 a 120 puntos, donde a más alta puntuación, mejor es la percepción de calidad de vida. En este caso se utilizaron las dimensiones autonomía y participación social para la batería A, y las dimensiones actividades pasadas, presentes y futuras, e intimidad para la batería B.

Todas las puntuaciones obtenidas para todos los instrumentos, tanto de la batería A como de la batería B fueron transformadas en una escala de 0 a 100, para hacer las comparaciones entre las variables evaluadas, sin afectar las puntuaciones brutas obtenidas por cada variable.

Procedimiento

Los adultos mayores fueron invitados a participar en la investigación, haciendo una cita para aplicarles los instrumentos de una de las dos baterías. La aplicación se llevó a cabo en las aulas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la Universidad Nacional Autónoma de México. El orden de aplicación de las baterías fue el mismo para cada grupo de acuerdo a la tabla 2. La aplicación fue individual cara a cara, el adulto mayor frente a la psicóloga previamente entrenada para aplicar la batería, bajo la supervisión de la investigadora responsable. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la FESI.

Una vez que aceptó el adulto mayor participar de manera voluntaria consentida e informada, se aplicó la evaluación, y se registraron las respuestas en los instrumentos previamente impresos en papel. La duración de la aplicación fue aproximadamente de una hora, después de ello se le dio las gracias y se le obsequió el folleto didáctico titulado “Recomendaciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores”, elaborado para los adultos mayores.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos con la Escala de Miedos al COVID, se agruparon de acuerdo a la intensidad del miedo, en cuatro grupos: miedo bajo < 22.63 puntos (Grupo 1, G1), miedo moderado bajo de 22.64 a 47.21 puntos (Grupo 2, G2), miedo moderado alto de 47.22 a 71.78 puntos (Grupo 3, G3), y miedo alto > 71.79 (Grupo 4, G4) para comprobar el efecto sobre las dimensiones de calidad de vida (autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir, e intimidad en las relaciones), encontrándose diferencias estadísticamente significativas a través de un análisis de varianza, en las puntuaciones de calidad de vida solo para la dimensión de autonomía, como se aprecia en la tabla 4, donde también se muestra el tamaño del efecto de la diferencia por medio del cálculo del estadístico *d* de Cohen, obteniendo un efecto pequeño.

Autonomía en Calidad de Vida						
Miedo al COVID	n	M	DE	F _(3,38)	p	d de Cohen
G ₁	12	89.97	12.62	3.688	<.02*	0.438 ²
G ₂	10	68.87	20.84			
G ₃	13	63.94	22.11			
G ₄	7	73.21	15.61			
*p<.05 G1= Bajo < 22.63 G2= Medio bajo 22.64 – 47.21 G3= Medio alto 47.22 – 71.78 G4= Alto > 71.79 ¹ d < 0.20 Insignificante ² 0.20 ≤ d > 0.50 Pequeño ³ 0.50 ≤ d > 0.80 Moderado ⁴ d ≥ 0.80 Grande						

Tabla 4. Análisis de varianza para la dimensión de autonomía de la variable calidad de vida entre los cuatro grupos por intensidad de miedo al COVID

También se sometió a prueba si la intensidad del miedo al COVID tiene un efecto sobre la variable bienestar psicológico para las dos dimensiones, encontrándose que existe una diferencia estadísticamente significativa al contrastar los dos grupos extremos de intensidad del miedo al COVID, por medio de una prueba t de Student, con un tamaño del efecto d de Cohen moderado, como se observa en la tabla 5.

Crecimiento Personal en Bienestar Psicológico						
Miedo al COVID	N	M	DE	$t_{(35)}$	p	d de Cohen
G ₁	17	57.98	10.86	1.996	<.05	0.657 ³
G ₄	20	51	10.37			

* $p < .05$
 ** $p < .01$
 *** $p < .001$
 G1= Bajo < 22.63
 G2= Medio bajo 22.64 – 47.21
 G3= Medio alto 47.22 – 71.78
 G4= Alto > 71.79

¹ $d < 0.20$ Insignificante
² $0.20 \leq d < 0.50$ Pequeño
³ $0.50 \leq d < 0.80$ Moderado
⁴ $d \geq 0.80$ Grande

Tabla 5. Prueba t de Student para la dimensión crecimiento personal de la variable bienestar psicológico entre los dos grupos por intensidad de miedo al COVID.

Para la variable sexo, se evaluó si existe diferencia estadística significativa para cada uno de los cuatro factores de la escala de miedos al COVID, y como se aprecia en la tabla 6 aparecen las puntuaciones promedio de intensidad de miedo, para los hombres y mujeres adultas mayores, con una prueba t de Student bilateral, se observa que las mujeres perciben con mayor intensidad miedo al COVID para los cuatro factores de la escala, con un tamaño del efecto de pequeño a moderado.

Dimensiones EMC	Sexo	N	M	DE	$t_{(gl)}$	p	d de cohen
(F1) Miedo al contagio, enfermedad y muerte	Mujeres	55	56.52	24.54	3.961 ₍₈₅₎	.000***	.88 ³
	Hombres	32	35.24	23.45			
(F2) Miedo a la carencia de productos de consumo básico	Mujeres	55	60.30	30.17	2.266 ₍₈₅₎	.026*	.49 ²
	Hombres	32	44.53	33.17			
	Mujeres	55	43.94	29.85	3.427 _(82.1)	.001***	.72 ³

(F3) Miedo al aislamiento social	Hombres	32	25.26	20.79			
(F4) Miedos relacionados con el trabajo e ingresos económicos	Mujeres	55	51.06	26.54	2.421 ₍₈₅₎	.018*	.53 ³
	Hombres	32	36.20	29.37			
*p<.05	¹ d < 0.20 Insignificante						
**p<.01	² 0.20 ≤ d < 0.50 Pequeño						
***p<.001	³ 0.50 ≤ d < 0.80 Moderado						
	⁴ d ≥ 0.80 Grande						

Tabla 6. Prueba t de Student para las cuatro dimensiones de EMC, entre hombres y mujeres

También se prueba la experiencia de miedo al COVID para cada uno de los 18 reactivos que integran la escala, entre hombres y mujeres adultas mayores. En la tabla 7 aparecen las puntuaciones promedio, y los valores de la prueba t de Student, con sus niveles de significancia estadística y los valores d de Cohen. Se observa que existe diferencia estadísticamente significativa para todos los reactivos de miedos al COVID, siendo mayor la experiencia de miedo reportada por las mujeres que el miedo reportado por los hombres, excepto para los reactivos 4, 6, 12, 14, y 18. Mientras que el tamaño de efecto d de Cohen es de pequeño, moderado a grande para todos los reactivos de miedos al COVID

Reactivos EMC	Mujeres (n=55)		Hombres (n=32)		$t_{(gl)}$	p	d de Cohen
	M	DE	M	DE			
1.-Que usted pueda contagiarse de coronavirus	2.80	1.43	1.88	.97	3.572 _(82.77)	.001***	0.750 ³
2.-Que usted pueda morir debido al Coronavirus	2.84	1.51	2.13	1.36	2.192 ₍₈₅₎	.031**	0.493 ²
3.-Que se contagie algún familiar o algún ser querido	3.58	1.32	2.81	1.44	2.520 ₍₈₅₎	.014**	0.554 ³
4.-Que pueda morir algún familiar o algún ser querido	3.82	1.27	3.25	1.48	1.885 ₍₈₅₎	.063	0.412 ²
5.-Que se siga propagando el coronavirus	3.56	1.35	2.84	1.56	2.252 ₍₈₅₎	.027*	0.412 ²
6.-Que usted pueda perder su trabajo o parte de su trabajo.	2.33	1.40	2.13	1.36	.656 ₍₈₅₎	.514	0.144 ¹
7.-Que usted o algún familiar tenga que salir de casa (hacer compras, ir a trabajar, etc.)	3.15	1.25	1.91	1.05	4.915 _(73.96)	.000***	1.069 ⁴
8.-Que usted pueda perder ingresos económicos	3.13	1.36	2.44	1.48	2.207 ₍₈₅₎	.030*	0.485 ²
9.-Que algún familiar o algún ser querido pierda el trabajo	3.67	1.24	2.78	1.31	3.152 ₍₈₅₎	.002**	0.694 ³
10.-Que usted pueda contagiar a algún familiar o ser querido	3.65	1.40	2.63	1.47	3.237 ₍₈₅₎	.002**	0.708 ³

11.-Que usted pueda enfermar o que se agrave alguna enfermedad que ya tenía	3.27	1.50	2.50	1.48	2.319 ₍₈₅₎	.023*	0.515 ³
12.-Que escaseen los alimentos u otros productos de primera necesidad	3.44	1.39	2.81	1.57	1.915 ₍₈₅₎	.059	0.423 ²
13.-Que le ocurra algo grave (un accidente, una enfermedad, etc.) y tenga que ir a urgencias	3.49	1.47	2.81	1.63	1.986 ₍₈₅₎	.050*	0.436 ²
14.-Que pueda quedarse sin cosas importantes en casa (alimentos, productos de farmacia , etc)	3.31	1.37	2.72	1.35	1.946 ₍₈₅₎	.055	0.433 ²
15.-No poder ver a familiares o amigos íntimos	3.25	1.41	2.38	1.38	2.815 ₍₈₅₎	.006**	0.620 ³
16.-No poder celebrar cosas importantes (un bautizo, una comunión, una boda, etc)	2.45	1.51	1.63	.79	3.351 _(84.297)	.001***	0.678 ³
17.-Ver/oír noticias o historias sobre el coronavirus	2.67	1.29	1.75	1.04	3.630 _(75.991)	.001***	0.782 ³
18.-Estar aislado/a socialmente	2.56	1.51	2.03	1.25	1.765 _(74.773)	.082	0.381 ²

* $p < .05$ ¹ $d < 0.20$ Insignificante
 ** $p < .01$ ² $0.20 \leq d < 0.50$ Pequeño
 *** $p < .001$ ³ $0.50 \leq d < 0.80$ Moderado
⁴ $d \geq 0.80$ Grande

Tabla 7. Puntuaciones en el cuestionario EMC por reactivo obtenidas para ambos sexos y prueba t de Student

Se muestra la asociación entre las dimensiones de bienestar psicológico (propósito en la vida y crecimiento personal) con las dimensiones de calidad de vida (autonomía, participación social, actividades pasadas, presentes y futuras, e intimidad), siendo estadísticamente significativa la correlación r de Pearson del propósito en la vida con todas las dimensiones de calidad de vida, y con crecimiento personal. De igual manera se correlacionó el crecimiento personal con autonomía, y con participación social como se observa en la tabla 8.

Medida		Autonomía	Participación social	Actividades pasadas, presentes y futuras	Intimidad	Crecimiento personal
Propósito en la vida	r	.413	.403	.326	.420	.543
	p	.007**	.008**	.031*	.005**	.000***
	N	42	42	44	45	86
Crecimiento personal	r	.316	.444			
	p	.041*	.003**			
	N	42	42			

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

Tabla 8. Índices de correlación entre las dimensiones de bienestar psicológico (propósito en la vida y crecimiento personal) con las dimensiones de calidad de vida

Así mismo, la puntuación de participación social perteneciente a la dimensión de calidad de vida, es mayor para aquellos participantes que reportaron no estar enfermos en el momento de la evaluación, se verifica la diferencia estadísticamente significativa, con menor participación para quienes si reportaron estar enfermos, como se aprecia en la tabla 9.

Participación social en calidad de vida						
Enfermo	N	M	DE	t ₍₄₀₎	p	d de Cohen
Si	23	66.84	18.69	2.314	<.026*	0.726 ³
No	19	78.94	14.31			
				¹ d < 0.20 Insignificante		
*p<.05				² 0.20 ≤ d < 0.50 Pequeño		
**p<.01				³ 0.50 ≤ d < 0.80 Moderado		
***p<.001				⁴ d ≥ 0.80 Grande		

Tabla 9. Prueba t de student para la dimensión participación social de la variable calidad de vida entre dos los grupos que reportaron estar si o no enfermos

Adicionalmente se exhibe si las variables distales tienen algún efecto en la intensidad del miedo al COVID, así que se examinan las diferencias en la intensidad del miedo, para cada uno de los cuatro factores de la escala. Se aprecia que, para el caso de la edad, no hay suficiente evidencia estadística para afirmar que ésta tiene algún efecto en la puntuación de miedo al COVID, así que independientemente de la edad del adulto mayor para los tres grupos de edad, la experiencia de miedo al COVID estuvo presente, para sus cuatro dimensiones de intensidad de miedo. Igualmente, para la percepción de miedo al COVID, dividida entre aquellos que se han contagiado de COVID y los que no se contagiaron de COVID, no existe suficiente evidencia estadística, siendo mayor la experiencia de intensidad de miedo para aquellos que si resultaron contagiados por COVID. Sin embargo, como se aprecia en la tabla 10, aparecen las puntuaciones promedio, donde quienes reportaron haberse contagiado de COVID tienen mayor experiencia de miedo al COVID que aquellos adultos mayores que no reportaron haberse contagiado de COVID, donde el tamaño del efecto obtenido con el valor de la d de Cohen, se encuentran resultados de un efecto de pequeño a moderado.

Dimensiones EMC	Contagio de COVID	N	M	DE	$t_{(gl)}$	p	d de cohen
(F1) Miedo al contagio, enfermedad y muerte	SI	26	47.76	27.194	-.235 ₍₈₀₎	.815	.560 ³
	No	56	49.21	25.474			

investigación (entre la dimensión propósito en la vida de bienestar psicológico y el miedo al COVID, que incluye el factor miedo al contagio, la enfermedad y la muerte) y esto puede deberse a la situación contextual, el estar atravesando una pandemia puede estar funcionando como impulsor del miedo a la muerte, lo que al mismo tiempo puede estar produciendo una sensación de falta de aspiración (Furman, 2022).

En lo que respecta a los Miedos al COVID, se coincide con lo mencionado por Yaguas, *et. al.* (2018) en donde de acuerdo a los resultados obtenidos se comprueba que los adultos mayores mostraron algunos miedos más frecuentes durante la pandemia, tales como el miedo a que algún familiar muriera o se contagiara durante la pandemia.

De igual forma, Sandin *et. al.* (2020) encontraron que las cuestiones que más temor causaron durante la pandemia, y particularmente para el caso de los adultos mayores, fue que muriese o se enfermara algún ser querido, así como el hecho de que las mujeres fueran quienes reportaran más miedo al COVID, lo cual es coincidente con lo reportado por Adams *et. al.*, (2012); Sandín, (1997); Sandín, (2008), (2018), mismo que sugiere una mayor fragilidad de la mujer a experimentar miedos y fobias, sin importar del tipo de miedo de que se trate.

Los resultados encontrados fueron parcialmente consistentes con los reportados por Adams *et al.*, en 2012, donde la prevalencia de miedos al COVID es superior en los participantes de menor edad. En esta investigación en particular se encontró que en general las medias de miedos al COVID eran más altas en personas de mayor edad, sin embargo, los resultados no fueron lo suficientemente significativos como para afirmar que la edad establece un efecto en la percepción de miedos al COVID en las personas adultos mayores en cuanto a las cuatro dimensiones de Miedos al COVID por grupos de edad, a pesar de que la mayoría de los participantes eran adultos mayores, no existieron diferencias entre grupos de adultos mayores, jóvenes y de más edad. De manera, la edad no constituye un factor protector del miedo al coronavirus y sus consecuencias.

También se rescata que la intensidad de miedo al COVID influye significativamente en el bienestar psicológico y esta situación se comporta de forma contraria a lo

reportado por Garcia *et. al.* (2023), quienes trabajaron con población mexicana de 16 a 18 años y no encontraron influencia alguna del miedo a contraer el COVID-19 sobre el bienestar psicológico; esto puede deberse a la diferencia de edad, lo que podría ser una propuesta de acuerdo con el rango de edad de los participantes.

Como ya se mencionó, la intensidad del miedo al COVID tuvo un impacto negativo en el bienestar psicológico y en la calidad de vida, en las dimensiones de crecimiento personal y autonomía respectivamente; dichos resultados coinciden con lo reportado por Maseda, Diego, Lorenzo, López, Regueiro y Millán (2018); Carmona y Ribeiro (2010) pues mencionan que el bienestar en el adulto mayor se relaciona negativamente con la medición de la soledad y por el contrario, las relaciones sociales positivas, apoyo social, proximidad emocional junto con la frecuencia y tiempo dedicados a la convivencia influyen positivamente en aspectos que integran el bienestar tales como la satisfacción, emociones positivas y sensación de felicidad. Así mismo, Borda, Acevedo, David, Morros y Cano (2016) afirman que aspectos como el dolor físico e independencia funcional influyen negativamente en la autonomía de los adultos mayores.

Por otro lado, Collazo *et. al.* (2023), trabajaron con adultos con y sin hipertensión arterial con antecedente de contagio de COVID-19 y encontraron que aquellos que presentan mayor afectación en su calidad de vida (incluyendo más síntomas post enfermedad COVID-19) son quienes reportaron estar enfermos a diferencia de los que no. Esto coincide con lo reportado en la presente investigación ya que se encontró que, de forma parcial, la calidad de vida fue mayor para aquellos participantes que reportaron no estar enfermos en el momento de la evaluación.

De forma general se infiere, de acuerdo con lo encontrado y debido al aislamiento y a la nula posibilidad de agruparse o contribuir de alguna manera a la sociedad, que las puntuaciones obtenidas en aspectos como la calidad de vida, bienestar psicológico y participación social se vieron influenciados, de alguna manera, por el miedo al COVID. Siendo contrario a lo encontrado por González-Celis y Mendoza en 2019, donde de acuerdo con sus resultados obtenidos la participación social y contribuían positivamente en las mismas variables.

CONCLUSIÓN

Ante la pandemia por la COVID-19 se inició una transformación a nivel mundial donde se impuso el confinamiento a la población, con lo cual, las personas más vulnerables entre ellas los adultos mayores, debido a su edad y a las enfermedades cardiovasculares y de vías respiratorias y otras comorbilidades, tuvieron más probabilidad de ser contagiadas por el virus.

Por lo que el miedo al COVID en los adultos mayores que participaron en la investigación se encontró tuvo un impacto en el bienestar psicológico y en la calidad de vida, en particular en las dimensiones de crecimiento personal y autonomía, respectivamente. Es decir, quienes reportaron menor miedo al COVID tuvieron mayor oportunidad de crecimiento personal y autonomía.

También la experiencia del miedo al COVID fue vivida diferencialmente entre las mujeres y los hombres, donde ellas reportaron mayor miedo que ellos, siendo más intenso mayor miedo a la carencia de productos de consumo básico, seguido por el miedo al contagio, enfermedad y muerte, miedo relacionado con el trabajo e ingresos económicos, y finalmente miedo al aislamiento social.

Así mismo de acuerdo con lo encontrado por la literatura, el bienestar psicológico en sus dos dimensiones, propósito en la vida y crecimiento personal está asociado con las dimensiones de calidad de vida, autonomía, participación social, actividades pasadas, presentes y futuras, e intimidad.

Donde se encontró que mayor participación social correspondió a los participantes que reportaron no estar enfermos.

Finalmente, la experiencia de miedo a la COVID fue más intensa para las mujeres, aunque no hubo suficiente evidencia estadística; sin embargo, fue mayor para las mujeres que para los hombres.

De igual manera sin encontrar evidencia estadística, la intensidad de la experiencia de miedo al COVID fue mayor para los participantes que reportaron haber estado contagiado de COVID.

Por ello, el miedo al COVID sigue presente hoy en día, en el contexto de la pandemia, en la experiencia de los adultos mayores cuyo impacto es de manifiesto en el bienestar psicológico y en la calidad de vida.

Los adultos mayores deben aprender a afrontar los miedos al COVID-19 para vivir con bienestar y mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, T., Sawchuk, C., Cisler, J., Lohr, J., y Otalunji, B. (2012). Specific phobias. En: P., Emmelkamp y T., Ehling (Eds.). **The Wiley handbook of anxiety disorders** (vol. 1, pp. 297-320). UK: Wiley.
- Azcuy, L., Valdés, V., Camellón, A., Roque, Y., Borges, A., y Zurbano, L. (2021). Intervención educativa comunitaria para un envejecimiento activo y con calidad de vida. **Edumecentro**, 13 (3), 81-101. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000300081
- Borda, M., Acevedo, J., David, D., Morros, E. y Cano, C. (2016). Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, 51(3), 140-145. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.001>
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L. Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, 395, 912-920. Recuperado de: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)
- Carmona, S. y Ribeiro, M. (2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. **Papeles de población**, 16, 163-185
- Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, 28 (2), 79-86. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009
- Collazo, L., García, O., Ortega, V., et al. (2023). Asociación de la calidad de vida en adultos con y sin hipertensión arterial con antecedente de enfermedad por COVID-19. **Archivos en Medicina Familiar**, 25 (4), 149-152. Recuperado de: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2023/amf234b.pdf>
- Consejo Nacional de la Población. (2019). Informa Conapo sobre la esperanza de vida de la población mexicana. Recuperado 20 diciembre 2021 de:

<https://www.gob.mx/segob/prensa/informa-conapo-sobre-la-esperanza-de-vida-de-lapoblacion-mexicana?idiom=es>

- Evangelista, R., Pinto, M., Rodrigues, D., Souza, V., Romijn, F y Barbosa, M. (2017). Healthy aging from the perspective of the elderly: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria y Gerontologia*, 20 (6), 878-889. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/pSRcgwghsRTjc3MYdXDC9hF/>
- Furman, H. (2022). El rol del propósito en la vida y el apoyo social percibido ante el miedo a la muerte en el contexto de la pandemia por COVID-19 en adultos mayores de CABA. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 26 (1), 1-21. Recuperado de: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/6222>
- Fusté, M., Pérez, M. y Paz, L. (2017). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, 14 (27), 1-9. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012
- Gallardo, L., Conde, D., y Córdova, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*, 27 (3), 104-108. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300004
- García, C., Sierra, J., Caycho, T., Martínez, F., y Pinales, Ó. (2023). Bienestar psicológico y agresión reactiva en Latinoamérica en tiempos del COVID-19. *SUMA PSICOLÓGICA*, 30 (2), 21-29. Recuperado de: chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/https://sumapsicologica.konradlorenz.edu.co/wp-content/uploads/2024/01/03_RSP_302_23009_Bienestar.pdf
- González-Celis, A. (2005). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En: L., Garduño, B., Salinas y M., Rojas. (Coord.), *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México*. Puebla: Plaza y Valdez.
- González-Celis, A. (2009). Composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1 (1), pp. 17-44. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282221718002.pdf>
- González-Celis, A. y Gómez-Benito, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health*, 5 (12A), 110-116. Recuperado de: <https://www.scirp.org/html/41221.html>

- González-Celis, A. y Mendoza, V. (2016). Comportamiento generativo y efecto en la calidad de vida en adultos mayores. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 19 (1), 171-193. Recuperado de: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num1/Vol19No1Art9.pdf>
- Hassan, O., Hassan, N, y Gaafar, M. (2019) Relationship between Purpose in Life and Death Anxiety among Elderly Home Residents. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 6(2), 1217-1226. Recuperado de: <https://www.noveltyjournals.com/upload/paper/Relationship%20between%20Purpose-1897.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Estadísticas a propósito del día mundial de la población. Datos nacionales. Recuperado 30 de octubre de 2021: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion/2017_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Censo Población y Vivienda 2020. Recuperado 25 de octubre de 2021: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/default.html>
- Losada, A., Jiménez, L., Gallego, L., Pedroso, M., Fernandes, J. y Márquez, M. (2020). "We're staying at home". Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *The Journals of Gerontology*, 76 (2), e10–e16. Recuperado de: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/76/2/e10/5819592>
- Martínez, T., González, C., Castellón, G. y González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?. *Revista Finlay*, 8 (1), 59-65. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007
- Maseda, A., Diego, C., Lorenzo, L., López, R., Regueiro, L. y Millán, J. (2018). Quality of life, functional impairment and social factors as determinants of nutritional status in older adults: The VERISAÚDE study. *Clinical Nutrition*, 37(3), 993-999. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.04.009>
- Mesa, M., Pérez, J., Nuñez, C. y Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (1), 115-124. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QVKmhLGvNQ7XqjjNrBxJy3x/?lang=es#>

Moreno, P., Muñoz, C., Pizarro, R., Jiménez, S. (2020). Efectos del ejercicio físico sobre la calidad del sueño, insomnio y somnolencia diurna en personas mayores. Revisión de la literatura. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, 55, 42-49. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-efectos-del-ejercicio-fisico-sobre-S0211139X19301441>

Nieto, M. y Alonso, L. (2007). ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? **Salud Uninorte**, 23 (2), 292-301. Recuperado de: <https://marcalyc.redalyc.org/pdf/817/81723214.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1994). Quality of life Assessment. An annotated bibliography. Geneva: WHO. Recuperado 05 de marzo de 2023: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/43481?locale-attribute=es>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Coronavirus (COVID 19). Recuperado 06 de octubre de 2021: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/covid-19>

Organización Mundial de la Salud (2022). Envejecimiento y Salud. Recuperado 06 abril de 2023: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas. Recuperado 12 noviembre 2021: <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>

Palma, O., Hueso, C., Ortega, A., Montoya, R. y Cruz, F. (2016). Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en adultos mayores en la región de Magallanes, Chile. **Revista Médica de Chile**, 144 (10), 1287-1296. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n10/art08.pdf>

Pinazo, H (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, 55 (5), 249-252. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, 57 (6), 1069-1081. Recuperado de: <https://scottbarrykaufman.com/wp-content/uploads/2015/11/2-Happiness-is-everything-or-is-it.pdf>

Sánchez-Sosa, J. y González-Celis, A. (2002). La calidad de vida en ancianos. En: E., Reynoso y N., Seligson (Coord.) **Psicología y Salud**. Mexico: UNAM–CONACyT.

- Sánchez-Sosa, J. y González-Celis, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. Caballo. (Coord.) **Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos**. Mexico: Pirámide.
- Sandín, B. (1997). **Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes**. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B. (2008). **Las fobias específicas**. Madrid: Klinik.
- Sandín, B., Valiente, R., García, J., y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. **Revista de psicopatología y psicología clínica**, 25 (1), 1-22. Recuperado de: <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/27569>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. (2018). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En J., Arango, I., Romero, N., Hewitt, y W., Rodríguez (Eds.), **Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia** (pp. 119-161). Bogotá: Manual Moderno.
- Secretaría de Salud. (2020). Recomendaciones para cuidar la Salud Mental de Adultos Mayores durante la pandemia COVID-19, Gobierno de México. Recuperado 05 de julio de 2021: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/SaludMental_AdultosMayores.pdf
- Sgaravatti, A. y Hernández, M. (2020). Envejecimiento en tiempos de Covid19. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, 9 (2), 82-84. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000200082#:~:text=Es%20bien%20sabido%20que%20el,a%20desarrollar%20criterios%20de%20gravedad.
- Shtompel, N., Whiteman, K. y Ruggiano, N. (2014). Negative feelings and help seeking among older adults with chronic conditions. **Journal of Gerontological Social Work**, 57 (8), 810-824. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/01634372.2014.898008>
- Villar, F., Triadó, C., Celdrán, M. y Solé, C. (2010). Measuring well-being among spanish older adults: development of a simplified version of Ryff's Scales of Psychological Well-Being. **Psychological Reports**, 107 (1):265-80. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20923072/>
- Villaverde, M., Fernández, L., Gracia, R., Morera, A. y Cejas, R. (2000). Salud mental en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, 35 (5), 277-282. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria->

[gerontologia-124-articulo-salud-mental-poblacion-institucionalizada-mayor-10017929](#)

Wang, H., Li, T., Barbarino, P., Gauthier, S., Brodaty, H., Molinuevo, J., Xie, H., Sun, Y., Yu, E., Tang, Y., Weidener, W., y Yu, X. (2020). Dementia care during COVID-19. **Lancet**, **395**, 1190–1191. Recuperado de: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930755-8>

Yanguas, J., Pinazo, S. y Tarazona, F. (2018). The complexity of loneliness. **Acta Biomedica**, **89** (2), 302–314. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>.