

No todos sufrieron igual: efectos diferenciales de la pandemia en la salud mental de la población española

RICARDO PAGÁN* Y MIGUEL ÁNGEL MALO**

RESUMEN

Este artículo analiza el efecto de la crisis del coronavirus en la salud mental desagregada por componentes (ansiedad, tristeza, problemas de sueño y sentimiento de soledad). Los resultados muestran que las mujeres experimentaron un mayor empeoramiento de su salud mental (en todos los componentes analizados). Sin embargo, los jóvenes (menores de 30 años) son quienes en mayor proporción declararon haber sentido soledad durante la pandemia. La incorporación de nuevos mecanismos de detección precoz y seguimiento de los problemas de salud mental se incluyen como recomendaciones de política pública.

datos del Ministerio de Sanidad a 30 de junio de 2023, el número total de personas contagiadas y registradas por el SARS-CoV-2 ascendió a 13,9 millones, y el de fallecidas, a 121.760. Para evitar la propagación del virus, los gobiernos impusieron medidas restrictivas que afectaron a la libre movilidad, al contacto y a la interacción social de los individuos. No obstante, estas medidas restrictivas, que buscaban limitar el contagio, también generaron consecuencias negativas en la salud física y mental (Atzendorf y Gruber, 2021).

En este artículo se analizan los efectos de la COVID-19 en los niveles de salud mental de los residentes en España, prestando atención especial a las diferencias por tramos de edad y por sexo. Para ello, se han utilizado diferentes fuentes. El análisis detallado de los mayores se basa, sobre todo, en la encuesta internacional para personas de 50 o más años conocida como *SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*. Se utilizan las olas de la *SHARE* que cubren el periodo 2019-2021, es decir, para años pre y pos COVID-19. Para el análisis comparativo de todas las franjas de edad, se han utilizado los datos de las diferentes encuestas realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) durante la pandemia, en concreto, desde octubre de 2020 a diciembre de 2021. Ambas fuentes

1. INTRODUCCIÓN

La aparición del SARS-CoV-2 (más conocido como COVID-19) a comienzos de marzo de 2020 provocó un impacto fuerte y repentino en todas las sociedades. El colectivo de personas mayores fue uno de los que sufrió con mayor virulencia los efectos de la pandemia, muy en especial al inicio. Así, en España, según los

* Universidad de Málaga (rpr@uma.es).

** Universidad de Salamanca (malo@usal.es).

incluyen información sobre diferentes componentes del estado de salud mental individual, los cuales, sin ser exactamente iguales, son lo suficientemente semejantes como para permitir un análisis coherente. Por otro lado, dichos componentes pueden ser agregados en cada fuente para construir un indicador agregado o sintético de salud mental. Para el caso del *SHARE*, los componentes utilizados son: ansiedad, tristeza/depresión, problemas del sueño y sentimiento de soledad. En coherencia con estos componentes, las mencionadas encuestas del CIS recogen información sobre la ansiedad, soledad, depresión y tristeza.

El resto del artículo se estructura como sigue. En el siguiente apartado se realiza una revisión de la bibliografía nacional e internacional sobre los efectos del COVID-19 en la salud mental. El tercer apartado ofrece una descripción detallada de las bases de datos y de las variables utilizadas en el análisis. El cuarto presenta los resultados obtenidos, tanto para cada uno de los componentes, como para el indicador agregado de salud mental, haciendo hincapié en las diferencias por tramos de edad y por sexo. En la última sección se resumen las conclusiones del artículo y se discuten recomendaciones de política pública a partir de los resultados.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Para proporcionar un contexto a los análisis subsiguientes resulta necesario hacer un breve repaso de las investigaciones previas sobre el efecto de eventos como la pandemia en la salud mental de personas de diferentes edades. Los análisis que centran la atención en las personas mayores parten básicamente de las siguientes hipótesis. Por un lado, los mayores empeoran su situación de soledad con la pandemia al evitar necesariamente las relaciones sociales para disminuir el riesgo de contagio; por otro lado, las mujeres sufren un empeoramiento respecto de los hombres al recaer sobre ellas una mayor carga de cuidados, en especial, durante el periodo de confinamiento estricto.

La aproximación general de la investigación empírica consiste en construir indicadores

sintéticos de salud mental a partir de otros indicadores de problemas específicos de salud mental, como sentimientos de depresión o tristeza, soledad o, incluso, frecuencia de pensamientos de muerte o ideas suicidas. La mayor parte de trabajos que analizan el impacto diferencial de la pandemia en los grupos de edad utiliza como base preguntas sobre la experiencia de sentimientos de soledad, depresión, tristeza y ansiedad. La agregación en un indicador sintético de salud mental tiende a ser sencilla, resultante de sumas o medias de los diferentes indicadores.

Aunque los estudios son bastante heterogéneos en cuanto a calidad de los datos utilizados, Escudero-Castillo (2021) destaca que, durante el confinamiento, hubo un empeoramiento generalizado de la salud mental de toda la población respecto del periodo anterior a la pandemia. Este empeoramiento fue más intenso entre las mujeres que entre los hombres y, en general, estuvo relacionado con la convivencia estrecha con personas que requieren cuidados.

Los diferentes estudios a nivel internacional también encuentran diferencias por edades en distintos aspectos asociados con la salud mental, como sentimientos de tristeza, depresión o soledad, frecuencia de pensamientos sobre la muerte, etc. Las hipótesis más intuitivas destacan que los mayores constituyeron el colectivo más proclive a desarrollar problemas mentales durante el confinamiento. De hecho, manifestaron un mayor temor frente a los efectos del coronavirus que la población general (García-Portilla *et al.*, 2001), algo muy relacionado con la mayor mortalidad que registraron al inicio de la pandemia¹. Sin embargo, los resultados empíricos han mostrado que han sido los adultos jóvenes quienes han desarrollado con más frecuencia diferentes problemas relacionados con la salud mental (Lee, Cadigan y Rhew, 2020; O'Connor *et al.*, 2021; Wilson, Lee y Shook, 2021). Algunos estudios centrados de manera exclusiva en los mayores de 50 años, como Van Winkle, Ferragina y Recchi (2021), han concluido incluso que, en general, su salud mental podría haber mejorado tras el confi-

¹ Gao, Mosazadeh y Nazari (2023) vinculan la intensificación del miedo generado por la pandemia con sentimientos de depresión y soledad entre mayores que viven en residencias. Los resultados que se mencionan a continuación en el cuerpo principal del texto se refieren a mayores que viven en hogares.

namiento. De hecho, Van Winkle, Ferragina y Recchi (2021) estiman que la probabilidad de tener sentimientos de depresión disminuyó 14,5 puntos porcentuales en media para los 11 países europeos analizados en la encuesta *SHARE*. En el caso de Estados Unidos, Sojli *et al.* (2021) hallan unas diferencias semejantes por edades: la salud mental de los adultos jóvenes (18 a 34 años) fue la más afectada por las restricciones, mientras que la de los adultos mayores (por encima de 55 años) fue la menos afectada. En el caso de Austria, Pieh, Budimir y Probst (2020) hallaron resultados parecidos, mostrando que los menores de 35 reconocieron haber padecido más problemas de salud mental durante el periodo del confinamiento que en el año previo.

Por su parte, Atzendorf y Gruber (2021) analizan la situación de personas de 60 o más años en 25 países europeos, más Israel, combinando individuales con datos agregados para cada país, como las muertes por cada 100.000 habitantes y el número de días durante los cuales se impuso el confinamiento estricto. Sus resultados muestran que dichos indicadores agregados están correlacionados con incrementos en los sentimientos de tristeza y depresión de este colectivo, si bien son los factores individuales los cruciales para entender el aumento de la sensación de soledad en los meses posteriores al primer confinamiento. Estos efectos negativos sobre los sentimientos de tristeza, depresión y soledad son más intensos entre los entrevistados de más edad y entre quienes viven solos, con independencia de la edad.

En definitiva, durante el confinamiento los adultos jóvenes experimentaron más problemas de salud mental que los mayores, pero los problemas de estos últimos, cuando se dan, cobran más intensidad. Aunque algunos autores califican este hallazgo como sorprendente (por ejemplo, Van Winkle, Ferragina y Recchi, 2021), cabe pensar que los adultos, conforme aumenta su edad, están más motivados para maximizar su bienestar en el tiempo que estiman que les queda por delante (Carstensen, 2006). Por otro lado, los jóvenes tienden a recuperarse con mayor rapidez de esos problemas que los mayores, quienes parecen más propensos a sufrir los nuevos problemas de salud mental de forma más duradera. En este sentido, los adultos mayores pueden encon-

trar más dificultades para lidiar con estresores graves y prolongados (Charles, 2010) y con implicaciones negativas sobre la salud mental a largo plazo.

Por el momento, las investigaciones existentes cubren forzosamente un periodo relativamente corto desde el inicio de la pandemia (en los trabajos publicados, habitualmente, hasta finales de 2020 o el inicio de 2021). Por tanto, la enseñanza general de la investigación existente es que los mayores han experimentado menores respuestas negativas de salud mental, a la par que afrontaban riesgos generales más elevados en relación con la pandemia (Wilson, Lee y Shook, 2021; Bruine de Bruin, 2021). Así pues, los adultos mayores durante el primer año de la pandemia parecen haber regulado mejor sus emociones que los adultos jóvenes. Ahora bien, si esta regulación de las emociones acaba siendo demasiado optimista en comparación con la situación real, puede dar lugar a que, en un plazo más largo de tiempo, aparezcan efectos más negativos sobre la salud mental (Bruine de Bruin, 2021). Además, existe evidencia empírica centrada exclusivamente en los mayores de 55 años de acuerdo con la cual experimentar soledad y disminuir la actividad física han sido factores de riesgo de un empeoramiento de la salud mental durante la pandemia en este grupo de edad (Creese *et al.*, 2021)².

En resumen, las investigaciones disponibles nos indicarían de cara a nuestro análisis en los siguientes apartados, que la pandemia habrá empeorado más la salud mental de los adultos jóvenes que la de los mayores, aunque puede haber variables (como vivir solo o la relación con el mercado de trabajo) que maten de manera importante esta relación.

² No obstante, hay que tener en cuenta que la inmensa mayoría de los estudios disponibles sobre los efectos de la pandemia en los mayores solo tienen en cuenta a los mayores que viven en hogares particulares, y no incluyen a quienes viven en residencias, pues, en general, las encuestas de población rara vez incluyen hogares colectivos, además de los hogares familiares. A nivel internacional, Arpacioğlu *et al.* (2021) destacan que los mayores que viven en residencias vieron aumentar su estrés y disminuir su satisfacción con la vida durante el confinamiento, en especial, los que formaban el grupo de mayor edad (80 o más años). Posteriormente, con la autorización de las visitas de familiares disminuyeron significativamente estos problemas entre los mayores de 80 años.

3. METODOLOGÍA

3.1. Bases de datos

En este trabajo se utilizan dos bases de datos diferentes. En primer lugar, se han explotado los microdatos de la encuesta *SHARE* para el caso español. Esta encuesta, dirigida exclusivamente a las personas de 50 o más años, se realiza en 27 países de la Unión Europea (además de Israel) y se ha convertido en una fuente de un valor inestimable para entender multitud de aspectos del envejecimiento desde una perspectiva comparada. Además, dentro del marco de esta encuesta, se han implementado dos cuestionarios sobre el impacto de la COVID-19 en el colectivo de personas de 50 o más años³. El primer cuestionario se realizó de junio a agosto de 2020, es decir, justo después de finalizar los confinamientos estrictos en la Unión Europea, y el segundo, en entre junio y agosto de 2021. En segundo lugar, se han utilizado los microdatos de los estudios realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) durante la pandemia. Desde octubre de 2020 a diciembre de 2021, el CIS ha efectuado seis estudios sobre efectos y consecuencias del coronavirus⁴. Aunque estas encuestas no tienen exactamente la misma estructura que *SHARE*, permiten un seguimiento de aspectos relacionados con la salud mental desagregando por grupos de edad desde los 18 años en adelante. Adicionalmente, el CIS realizó una encuesta sobre salud mental durante la pandemia, en febrero de 2021, que también utilizaremos.

3.2. Definición y creación de la variable de salud mental

Los estudios acerca del efecto de la pandemia en la salud mental mediante encuestas

³ Las guías técnicas de la encuesta (tanto de las olas "normales", como de las especiales dedicadas a la COVID-19) se pueden encontrar en el siguiente enlace: <https://share-eric.eu/data/data-documentation/release-guides>

⁴ Estos estudios se llevaron a cabo en octubre de 2020, noviembre de 2020, diciembre de 2020, mayo de 2021, septiembre de 2021 y diciembre de 2021.

utilizan preguntas sobre diferentes tipos de sentimientos experimentados que se consideran asociados al desarrollo de problemas de salud tal. Para conocer el impacto de un acontecimiento como este, caben dos estrategias analíticas: comparar las respuestas sobre salud mental de las mismas personas en momentos sucesivos del tiempo o analizar las respuestas que se dan en diferentes momentos del tiempo de forma agregada. Expresado de forma más técnica, se puede adoptar una perspectiva longitudinal o de corte transversal. Bertoni *et al.* (2021) siguen la primera aproximación⁵, y Atzendorf y Gruber (2021), la segunda. En la presente investigación hemos optado por seguir a Atzendorf y Gruber (2021), los cuales utilizan solo las preguntas relativas a la tristeza/depresión (ambas se incluyen simultáneamente en la misma pregunta) y soledad del primer cuestionario COVID-19 para analizar los niveles de salud mental en la Unión Europea e Israel. Estos autores crean para cada dimensión una variable ficticia que toma el valor 1 si la persona declara sufrir más problemas de tristeza/depresión o soledad desde la aparición de la COVID-19, y 0 en todos los casos restantes (es decir, no padecer tristeza/depresión o soledad en el último mes, o, de padecer estos sentimientos, están menos o igual de presentes que antes de la aparición de la COVID-19). Estos autores no crean un indicador agregado de salud mental, tal y como hacen Bertoni *et al.* (2021), sino que analizan estas dos dimensiones (tristeza/depresión o soledad) de manera separada. Sin embargo, es muy sencillo crear un indicador agregado a partir de este enfoque siguiendo la técnica de otras investigaciones.

El procedimiento que aplicamos difiere ligeramente cuando usamos datos de *SHARE* y cuando utilizamos datos del CIS. En el caso de la primera encuesta, tomamos cuatro componentes de problemas de salud mental: ansiedad, tristeza/depresión, problemas del sueño y sentimiento de soledad. A aquellos que declaran haber tenido dichos sentimientos se les atribuye

⁵ Bertoni *et al.* (2021) utilizan un indicador de salud agregado basado en tres indicadores: tristeza/depresión, problemas del sueño y soledad. Su indicador toma el valor -1 (es decir, peor salud mental) si el individuo no tenía ninguno de estos tres problemas (tristeza/depresión, problemas del sueño y soledad) en la octava ola y sí reporta al menos uno de ellos en el cuestionario de la COVID-19. Toma el valor 1 (mejor salud mental) si reportaba al menos uno en la octava ola y ninguno de ellos en la del Covid-19. Finalmente, un valor de 0 (misma salud mental) si no ha existido ningún cambio entre la ola octava ola y el cuestionario COVID-19.

el valor 1, y a quienes no los han experimentado se les da el valor 0. Procedemos de esta forma con el cuestionario de 2019 y los dos cuestionarios COVID-19 (veranos de 2020 y 2021). A continuación, calculamos el indicador agregado o sintético de salud mental como la suma simple de los valores obtenidos en cada uno de los cuatro componentes para cada individuo en esos tres momentos del tiempo. Por tanto, el índice sintético o agregado se puede interpretar, para cada individuo, como acumulación de problemas relacionados con la salud mental, con un valor mínimo 0 (ningún problema en ningún momento) y un valor máximo 11 (todos los problemas en todos los momentos observados). El máximo es 11, y no 12, porque la dimensión de los sentimientos de ansiedad no está incluida en la encuesta *SHARE* en 2019. Por tanto, para esta dimensión de la salud mental, el rango del indicador oscila entre 0 y 2.

Puesto que cada componente se refiere a problemas de diferente tipo, el indicador agregado no debería interpretarse tanto en términos cardinales como ordinales. Por ejemplo, si una persona tiene un valor de 4 en el indicador agregado y otra de 2, eso no significa que la salud mental de la primera duplique en negativo la salud mental de la segunda, sino que simplemente es peor que la de esta última.

Cuando utilizamos las encuestas del CIS, nos adaptamos todo lo posible a la misma estructura, pero, por las peculiaridades del cuestionario, no es posible usar exactamente los mismos cuatro componentes. En las encuestas de octubre de 2020, septiembre de 2021 y diciembre de 2021, los componentes se corresponden con haber tenido últimamente sentimientos de ansiedad, soledad, depresión y tristeza. Como se ve, una categoría del cuestionario COVID-19 de la *SHARE* se desdobra (depresión y tristeza), pero perdemos la categoría de problemas de sueño. Por su parte, la encuesta del CIS de junio de 2021 (monográfica sobre problemas de salud mental) permite usar los siguientes cuatro componentes: ansiedad, soledad, depresión y nerviosismo. Por tanto, contamos con tres categorías comunes y una nueva (nerviosismo), que sustituye a tristeza. En comparación con el cuestionario COVID-19 de la *SHARE*, depresión y tristeza aparecen desagregadas (como en las otras dos encuestas del CIS) y no contamos con la categoría de problemas de sueño. A cada uno de los cuatro componentes en las

encuestas del CIS le atribuimos los siguientes valores: 0, si nunca ha experimentado ese sentimiento; 1, si lo ha experimentado a veces; y 2 si lo ha experimentado siempre o la mayor parte del tiempo. A partir de los cuatro componentes, definimos el indicador sintético o agregado de acumulación de problemas de salud mental como la suma de los valores que el individuo tiene en cada componente. Así pues, el mínimo oscila entre el valor 0 (no ha experimentado ninguno de los cuatro tipos de sentimientos asociados a problemas de salud mental), y el valor 8 (ha experimentado constantemente o la mayor parte del tiempo los cuatro sentimientos). De nuevo, la interpretación del indicador agregado debe hacerse en términos ordinales y no cardinales, como se explicó arriba.

Una diferencia importante entre los datos de ambas fuentes de información es que en *SHARE* podemos seguir a los mismos individuos a lo largo del tiempo (son datos longitudinales). Por tanto, el indicador construido no permite valorar solo la situación en uno de los momentos del tiempo considerados, o el cambio entre dos de ellos, sino que ofrece una aproximación a la trayectoria en cuanto a cada dimensión de salud mental. Al calcular la media para todos los individuos de un cierto grupo de edad (mayores de 70, por ejemplo), se estaría ofreciendo una media de la acumulación del problema de que se trate a lo largo de los tres años considerados (uno anterior a la pandemia y dos durante la pandemia). De esta forma, se estaría ofreciendo una imagen de la transitoriedad o de la permanencia en el tiempo de cada dimensión de la salud mental, lo cual permite analizar de una manera más precisa y concreta los efectos de la pandemia sobre la salud mental de las personas entrevistadas en esos tres diferentes momentos.

En el caso de las encuestas del CIS, los datos disponibles son de corte transversal, por lo que la información que compara diferentes momentos del tiempo contiene a diferentes personas; es decir, simplemente se compara lo que sucede en diferentes momentos del tiempo a un determinado grupo de individuos, pero no se efectúa un seguimiento de exactamente las mismas personas a lo largo del tiempo. A efectos de comparabilidad, las encuestas del CIS de octubre de 2020, septiembre de 2021 y diciembre de 2021 son comparables entre sí porque efectúan las preguntas de la misma manera y se refieren a si esos sentimientos se han experimentado

“últimamente”, es decir, en un momento cercano al de la encuesta. La encuesta de febrero de 2021 indaga en la salud mental durante todo el periodo de la pandemia y, por tanto, las preguntas asimilables a las que usamos en las otras dos no se refieren al periodo inmediatamente anterior a la encuesta, sino a todo el periodo transcurrido desde el inicio de la pandemia. Por esta razón, los datos de octubre de 2020, septiembre y diciembre de 2021 pueden interpretarse como la evolución de una misma cuestión, mientras que los de febrero de 2021 ofrecen una especie de síntesis de lo ocurrido hasta ese momento.

segundo cuestionario especial sobre COVID-19 realizado en el marco de la encuesta *SHARE* a la población de 50 o más años. Se han efectuado los cálculos por grupos de edad: 50 a 64, 65 a 69 y 70 o más. Aunque hubiera sido deseable contar con grupos más pequeños (por quinquenios de edad, por ejemplo), no ha sido posible, dado el reducido tamaño de las muestras.

En primer lugar, se ofrece la información sobre los sentimientos de ansiedad o nerviosismo intensos, dimensión de la salud mental que solo cabe observar en dos momentos del tiempo (2020 y 2021) y que, por tanto, oscila entre un mínimo de 0 y un máximo de 2. En el gráfico 1 se representa el promedio por sexo y para cada grupo de edad, considerando dos momentos durante la pandemia. Se aprecia que los valores entre las mujeres son sistemáticamente más elevados que entre los hombres, tanto en general como para cada grupo de edad. Además, aunque en ambos sexos se aprecia un incremento del indicador conforme aumenta la edad, parece más claro en el caso de las mujeres, sobre todo, al pasar del grupo de 50-64 años al de 65-69 años. Son las mujeres

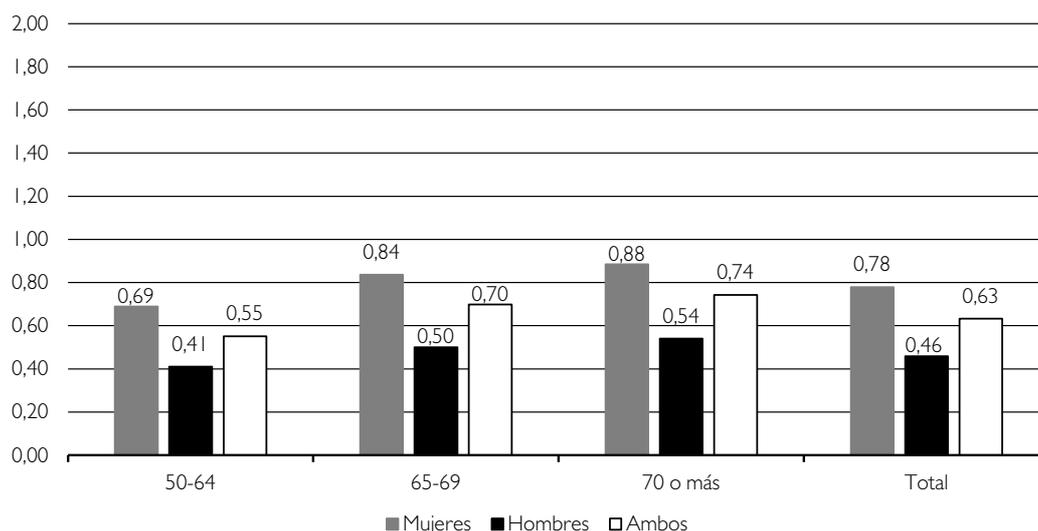
4. RESULTADOS

4.1. Análisis por componentes de la salud mental

A continuación, se presentan los resultados correspondientes a España obtenidos del

GRÁFICO 1

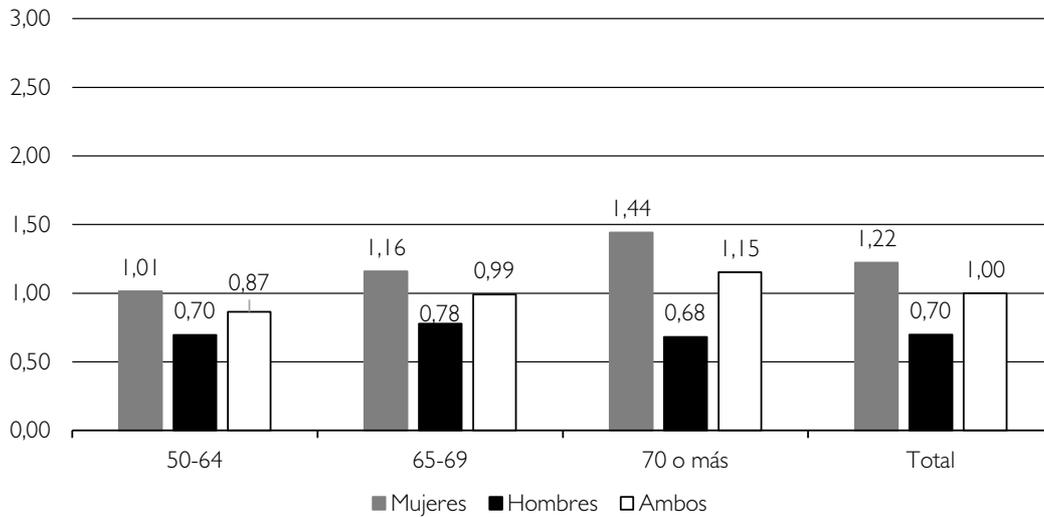
PROMEDIO DE LA ACUMULACIÓN DE SENTIMIENTOS INTENSOS DE ANSIEDAD O NERVIOSISMO A LO LARGO DEL TIEMPO PARA LAS PERSONAS CON 50 O MÁS AÑOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir del primer y segundo cuestionario COVID-19 de la encuesta *SHARE* (veranos de 2020 y 2021).

GRÁFICO 2

PROMEDIO DE LA ACUMULACIÓN DE SENTIMIENTOS DE TRISTEZA O DEPRESIÓN A LO LARGO DEL TIEMPO PARA LAS PERSONAS CON 50 O MÁS AÑOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 2019 y del primer y segundo cuestionario COVID-19 de la encuesta SHARE (veranos de 2020 y 2021).

de 70 o más años quienes reportan el valor más elevado en la acumulación de sentimientos de ansiedad o nerviosismo a lo largo del tiempo.

Por lo que se refiere a los sentimientos de tristeza o depresión, recogidos en el gráfico 2, las diferencias por sexo coinciden básicamente con las anteriores: el promedio de acumulación de este problema a lo largo del tiempo siempre es mayor entre las mujeres en todos los grupos de edad. En contraste con la dimensión anterior, ahora la mayor distancia en el indicador se da entre quienes tienen 70 o más años, y el incremento con la edad se evidencia solo entre las mujeres (entre los hombres parece estable). El grupo de mujeres de 70 o más años presenta el valor más elevado. En cuanto a los problemas de sueño, representados en el gráfico 3, de nuevo llama la atención el mismo tipo de diferencia por sexo que muestra una mayor acumulación a lo largo del tiempo de este tipo de problema entre las mujeres. A diferencia de lo que sucedía con las dos dimensiones anteriores, entre las mujeres aumenta el valor del indicador al pasar del grupo de 50-64 años al de 65-69 años, si bien el aumento al pasar al grupo de 70 o más años es mucho más pequeño. Final-

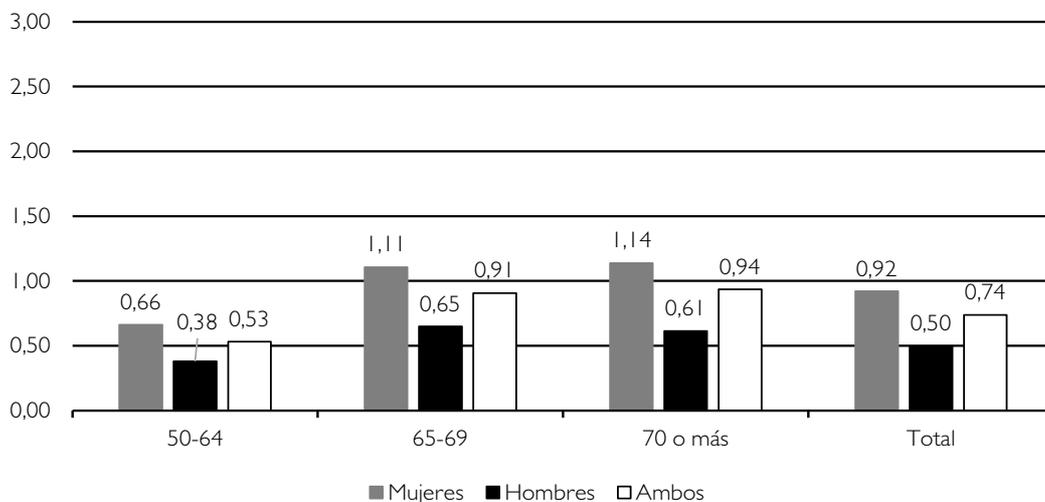
mente, el gráfico 4 muestra el mismo tipo de resultados para el sentimiento de soledad⁶. También aquí las mujeres declaran, en promedio, más problemas que los hombres. Al igual que en la anterior dimensión, ellas muestran una tendencia creciente, mientras que entre los hombres se observa una evolución en forma de U invertida, de manera que el grupo de edad de 65 a 69 años de los hombres es el que presenta un valor más elevado. Las mujeres que superan los 70 años reúnen el valor más elevado de los sentimientos de soledad acumulados a lo largo de los tres años considerados.

Para saber si la situación de los mayores es igual, mejor o peor que la del resto de individuos, analizamos continuación los datos procedentes de las encuestas del CIS, representativas de la población española de 18 o más

⁶ Conviene recordar que en los dos cuestionarios COVID-19 de la encuesta SHARE se recoge información sobre el sentimiento de soledad exclusivamente con una pregunta de autoevaluación. Sin embargo, en el cuestionario de 2019 se recoge a partir del indicador estandarizado de soledad conocido como R-UCLA (Malo y Pagán, 2019), incluido en dicha edición de la encuesta y también en algunos años anteriores.

GRÁFICO 3

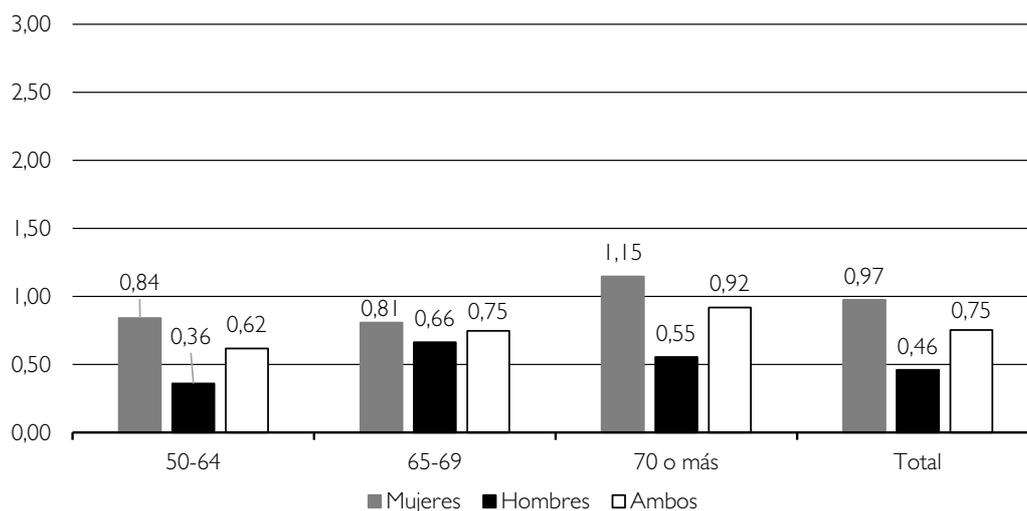
PROMEDIO DE LA ACUMULACIÓN DE PROBLEMAS DE SUEÑO A LO LARGO DEL TIEMPO PARA LAS PERSONAS CON 50 O MÁS AÑOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de 2019 y del primer y segundo cuestionario COVID-19 de la encuesta SHARE (veranos de 2020 y 2021).

GRÁFICO 4

PROMEDIO DE LA ACUMULACIÓN DE SENTIMIENTOS DE SOLEDAD A LO LARGO DEL TIEMPO PARA LAS PERSONAS CON 50 O MÁS AÑOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de 2019 y del primer y segundo cuestionario COVID-19 de la encuesta SHARE (veranos de 2020 y 2021).

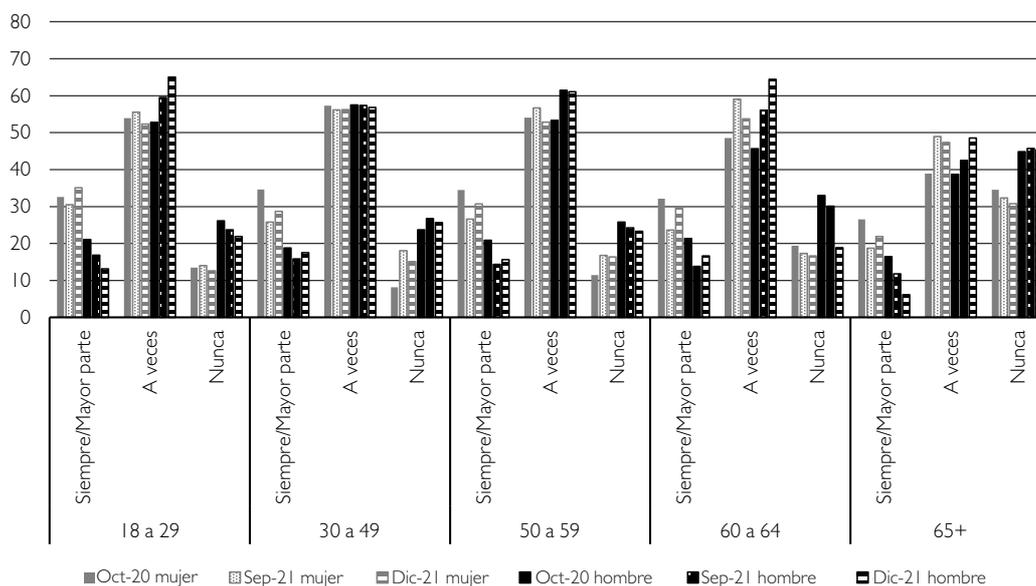
años. A diferencia de la información expuesta de la encuesta *SHARE*, ahora contamos con porcentajes, dentro de cada grupo de edad y sexo, correspondientes a una de estas tres categorías: siempre o la mayor parte del tiempo sintieron ese problema; a veces lo sintieron; y nunca lo sintieron. Los gráficos siguientes muestran los resultados para las cuatro dimensiones utilizadas: ansiedad, soledad, depresión y tristeza.

Respecto a la dimensión de ansiedad (gráfico 5), en todos los grupos de edad son los hombres quienes en mayor proporción afirman “nunca” haber experimentado sentimientos intensos de ansiedad, mientras que, también en todos los grupos de edad, las mujeres reconocen en proporciones mayores haber experimentado “siempre o la mayor parte del tiempo” sentimientos intensos de ansiedad. Los porcentajes de quienes siempre o la mayor parte del tiempo experimentaron ansiedad son bastante semejantes en los grupos de edad por debajo de 60 años y disminuyen en cierto grado entre quienes superan ese umbral de edad. Los mayores de 65

años (hombres y mujeres) son quienes ostentan los porcentajes más altos en la categoría de no haber experimentado “nunca” sentimientos intensos de ansiedad. En cuanto a la dimensión de soledad (gráfico 6), la categoría “nunca” es la que presenta porcentajes más altos (sobrepasando el 45 por ciento) en todos los grupos de edad e independientemente del sexo, en especial entre los mayores de 65 años. La única excepción a esta pauta se da entre las mujeres de 18 a 29 años en la encuesta de diciembre de 2021 (en la cual el porcentaje más elevado se observa en la categoría “a veces”). En la categoría que reúne a quienes “nunca” han experimentado sentimientos de soledad, los hombres muestran porcentajes más elevados que las mujeres. Son los más jóvenes (de 18 a 29 años), tanto hombres como mujeres, quienes presentan porcentajes más bajos en la categoría “nunca”, ofreciendo los valores más elevados en la categoría “a veces” en comparación con el resto de los grupos de edad. El grupo de los que “siempre o la mayor parte del tiempo” han sentido soledad es algo más voluminoso en el caso de las mujeres, pero bastante estable para todos los grupos de edad.

GRÁFICO 5

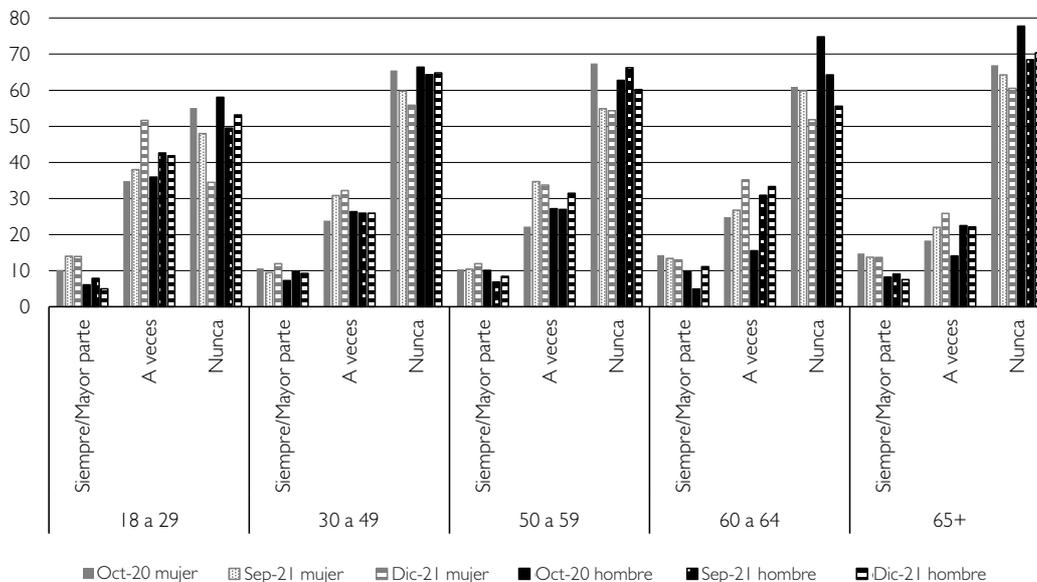
PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE EXPERIMENTARON SENTIMIENTOS INTENSOS DE ANSIEDAD EN LOS DÍAS ANTERIORES A LA ENCUESTA (OCTUBRE DE 2020, SEPTIEMBRE DE 2021 Y DICIEMBRE DE 2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas 3298, 3336 y 3346 del CIS.

GRÁFICO 6

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE EXPERIMENTARON SENTIMIENTOS DE SOLEDAD EN LOS DÍAS ANTERIORES A LA ENCUESTA (OCTUBRE DE 2020, SEPTIEMBRE DE 2021 Y DICIEMBRE DE 2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas 3298, 3336 y 3346 del CIS.

En definitiva, los más jóvenes y las mujeres son quienes parecen haber experimentado más la soledad, aunque ocasionalmente (“a veces”), no de manera permanente (“siempre o la mayor parte del tiempo”).

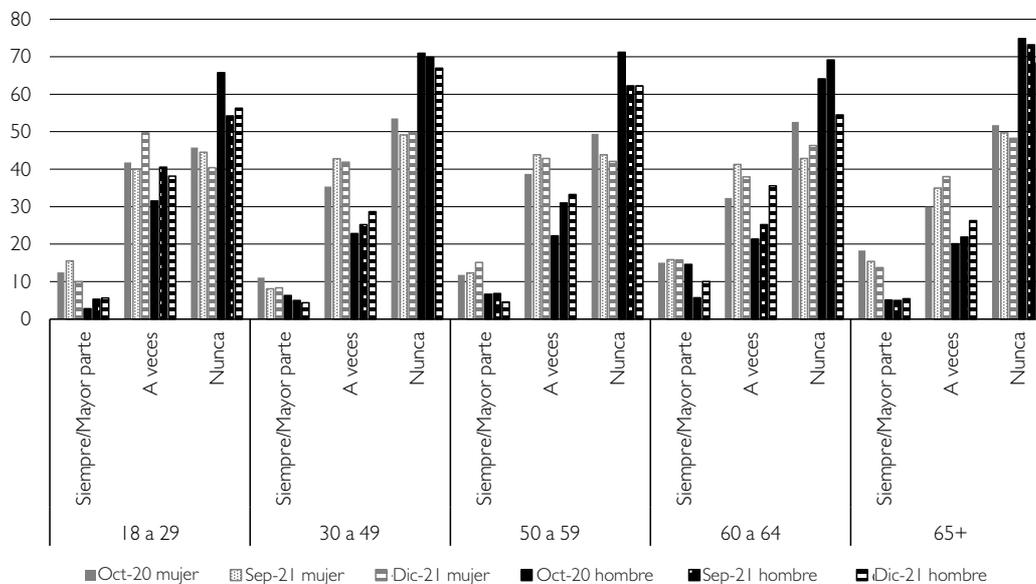
Por lo que respecta a los sentimientos de depresión (gráfico 7), la categoría “nunca” es la mayoritaria en todos los grupos de edad, en especial entre los hombres. La categoría “a veces” es la predominante entre los jóvenes (de 16 a 29 años), mientras que la categoría “siempre o la mayor parte del tiempo” muestra unos porcentajes semejantes en todos los grupos de edad, aunque, entre las mujeres, algo más alta y se apunta una pauta creciente con la edad. Por último, por lo que se refiere a la dimensión de los sentimientos de tristeza (gráfico 8), la categoría “a veces” es la que predomina en todos los grupos de edad y en ambos sexos. No obstante, se observa una pauta decreciente con la edad; además, los porcentajes son mayores entre las mujeres y han aumentado desde la primera a la última encuesta. Por lo demás, se aprecia que en las categorías “siempre” y “a veces” las muje-

res muestran invariablemente porcentajes más altos que los hombres, mientras que en “nunca” predominan ellos. Así pues, los sentimientos de tristeza parecen haber afectado en mayor medida a los más jóvenes y a las mujeres.

En resumen, los datos sugieren una serie de pautas generales en el conjunto de sentimientos asociados a la mala salud mental analizados. En cuanto a las diferencias por grupos de edad, los mayores que “nunca” experimentan cualquiera de los cuatro problemas analizados superan proporcionalmente a los adultos jóvenes que nunca los experimentan. Los resultados confirman, por tanto, los hallazgos de investigaciones internacionales según los cuales los jóvenes han experimentado con más frecuencia problemas de salud mental relacionados con la pandemia que los mayores. Además, nuestro análisis muestra que esta diferencia entre grupos de edad se da tanto en ambos sexos. En cuanto a la categoría que recoge a quienes sienten más intensamente los cuatro problemas (“siempre o la mayor parte del tiempo”), se aprecia, en el caso de la ansiedad, una concen-

GRÁFICO 7

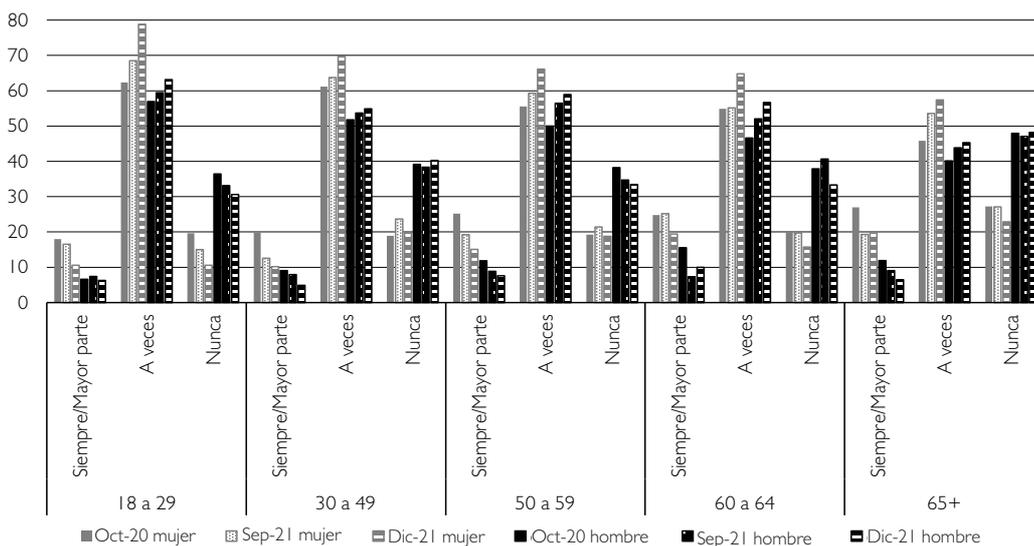
PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE EXPERIMENTARON DEPRESIÓN EN LOS DÍAS ANTERIORES A LA ENCUESTA (OCTUBRE DE 2020, SEPTIEMBRE DE 2021 Y DICIEMBRE DE 2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas 3298, 3336 y 3346 del CIS.

GRÁFICO 8

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE EXPERIMENTARON SENTIMIENTOS DE TRISTEZA EN LOS DÍAS ANTERIORES A LA ENCUESTA (OCTUBRE DE 2020, SEPTIEMBRE DE 2021 Y DICIEMBRE DE 2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas 3298, 3336 y 3346 del CIS.

tración algo mayor entre los adultos jóvenes en comparación con los mayores de 65, pero no en el caso de la soledad, la depresión o la tristeza (en especial, entre las mujeres)⁷.

Por tanto, no obtenemos confirmación de que los mayores hayan sufrido problemas de salud mental con más frecuencia que los jóvenes (más bien al contrario), pero tampoco parece que los mayores que han tenido problemas de salud mental, los hayan sufrido con más intensidad (salvo en el caso de la ansiedad). Por lo que respecta a las diferencias por sexo, las mujeres están menos concentradas en la categoría “nunca”, y más en “siempre o en mayor parte”. Esto confirma que a las mujeres les han afectado con más frecuencia todos los problemas examinados. Finalmente, por lo que hace a la evolución temporal, tanto mujeres como hombres presentan porcentajes más bajos en las categorías extremas (“siempre” y “nunca”) en diciembre de 2021 que en octubre de 2020, engrosando así la categoría intermedia (“a veces”).

4.2. Análisis agregado del empeoramiento de la salud mental

Gracias a las dimensiones de calidad de vida que venimos analizando, es posible construir un indicador agregado o sintético de salud mental, tanto en un momento del tiempo como a lo largo de él. Como se explicó con anterioridad, se trata sencillamente de la suma de los valores asignados a cada dimensión. Con la encuesta *SHARE*, este indicador sintético tiene un mínimo de 0 (la persona no sufre ninguno de los cuatro problemas en ningún momento) y un máximo de 11 (la persona sufre todos los problemas en todas las encuestas realizadas). En el caso de las encuestas realizadas por el CIS, el indicador sintético tiene un mínimo de 0 (ningún problema) y un máximo de 8 (ha sufrido todos los problemas todo el tiempo o la mayor parte del tiempo).

⁷ Los datos de la encuesta realizada en febrero de 2021, referidos al conjunto de la pandemia (no incluidos aquí), muestran un resultado en la misma línea; incluso resultan más claros en lo referido a los sentimientos de soledad y depresión, más frecuentes entre los adultos jóvenes, y menos, entre los mayores de 64 años.

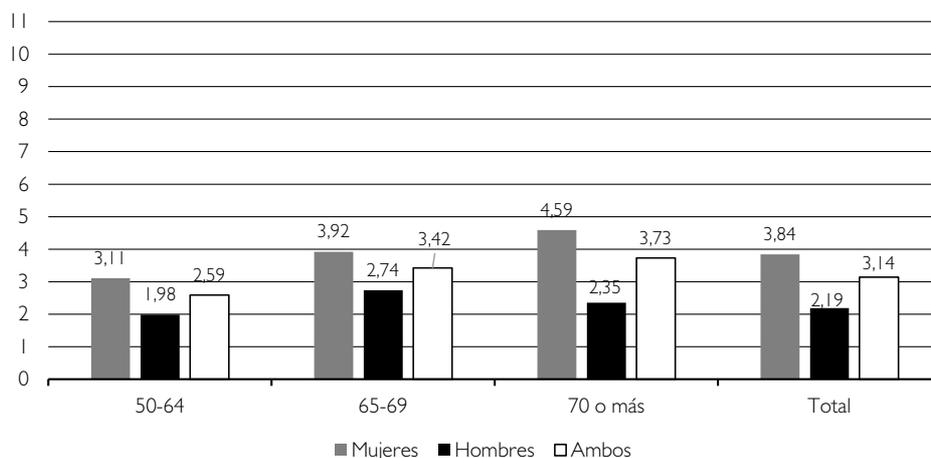
El gráfico 9 muestra el indicador sintético de salud mental elaborado con los datos de *SHARE*, por sexo y grupo de edad, a partir de 50 años. Puede interpretarse como el promedio de acumulación de problemas de salud mental a lo largo de tres años (2019, 2020 y 2021). El promedio para España es de 3,14, lo que indica la prevalencia de algo más de tres problemas de salud mental a lo largo de los tres años considerados. En consonancia con los resultados de cada dimensión por separado comentados con anterioridad, los valores del indicador sintético correspondientes a las mujeres siempre se encuentran por encima de los valores de los hombres, tanto en general (3,84 entre las mujeres frente a 3,19 entre los hombres) como también en todos los grupos de edad. Entre las mujeres también se observa una pauta creciente con la edad, mientras que entre los hombres la línea adquiere cierta forma de U invertida, pues el indicador sintético disminuye a partir de los 70 años. Quienes presentan un índice agregado más elevado de problemas de salud mental son las mujeres de 70 o más años, que alcanzan un 4,59. Entre los hombres, el valor más alto se alcanza en el grupo de edad de 65 a 69 años, con un 2,74.

Los indicadores sintéticos correspondientes a todos los grupos de edad están calculados a partir de las encuestas del CIS aquí utilizadas y se presentan en los gráficos 10 y 11. En el gráfico 10, que muestra la evolución de octubre de 2020 a diciembre de 2021, las mujeres aparecen, en todos los grupos de edad, con valores más altos que los varones. Tanto entre las mujeres como entre los hombres, no obstante, los adultos jóvenes (18 a 29 años) presentan valores claramente más elevados que los mayores de 65 años, observándose una situación intermedia, más o menos estable, en el resto de los grupos de edad.

En cuanto a la evolución entre octubre de 2020 y septiembre de 2021, se aprecia una tendencia hacia la reducción de respuestas indicativas de problemas de salud mental en ambos sexos, aunque, en algunos casos, son prácticamente iguales entre ambos momentos del tiempo o muy ligeramente superiores. Ahora bien, se dan dos claras excepciones a esta tendencia general, concretamente en los grupos de mujeres y de hombres de 18 a 29 años, que muestran un incremento entre ambos momentos del tiempo. En cuanto a los datos corres-

GRÁFICO 9

INDICADOR SINTÉTICO DE ACUMULACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA A LO LARGO DEL TIEMPO (2019, 2020 Y 2021), POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD A PARTIR DE 50 AÑOS (JUNIO DE 2020)



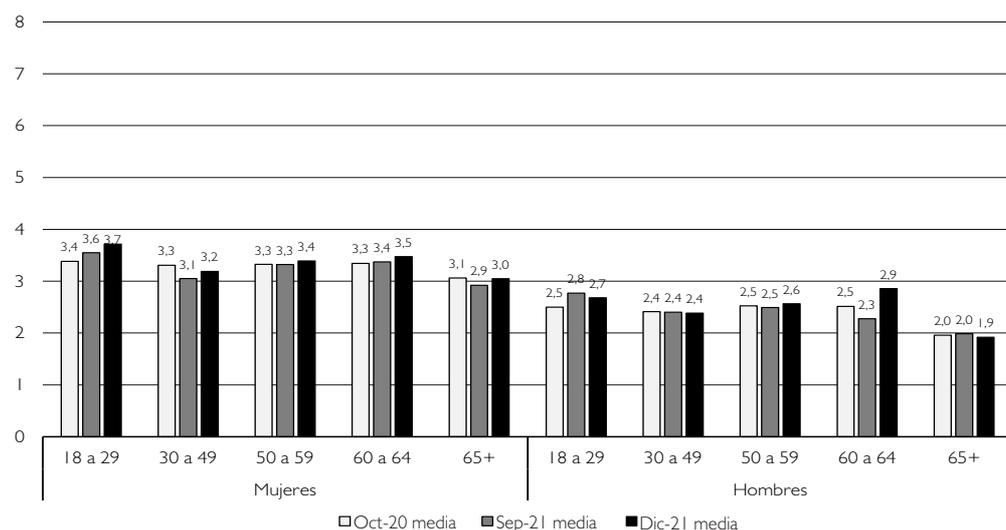
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de 2019 y primer y segundo cuestionario COVID-19 de la encuesta SHARE (veranos de 2020 y 2021).

pondientes a diciembre de 2021, se distingue cierto aumento en el índice agregado de salud mental en las mujeres de todos los grupos de edad. Sin embargo, los hombres presentan lige-

ros cambios al alza y a la baja, con la excepción de quienes cuentan entre 60 y 64 años que, con claridad, ven incrementarse sus problemas de salud mental.

GRÁFICO 10

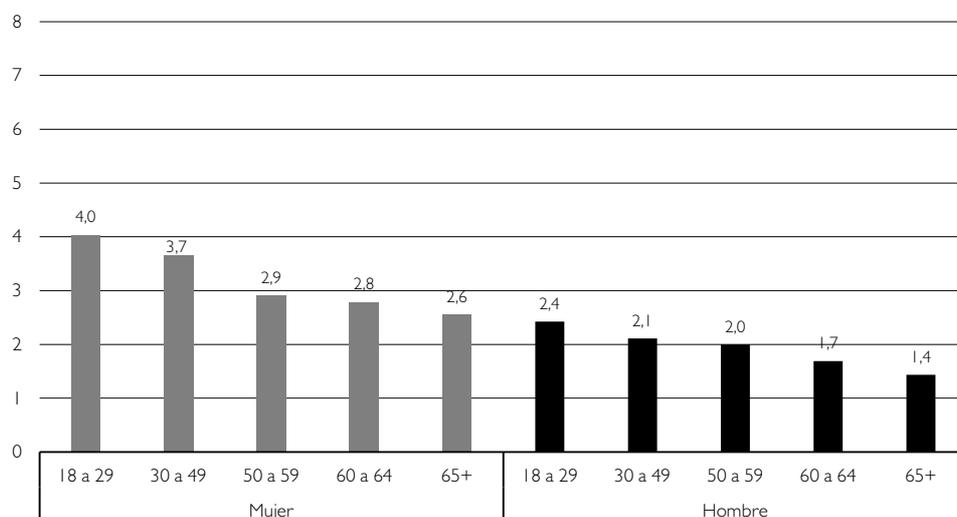
INDICADOR SINTÉTICO DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD A PARTIR DE 18 AÑOS



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas 3298, 3336 y 3346 del CIS (octubre de 2020, septiembre de 2021 y diciembre de 2021).

GRÁFICO 11

INDICADOR SINTÉTICO DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD A PARTIR DE 18 AÑOS



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta 3312 del CIS (febrero de 2021).

Por último, atendiendo al indicador sintético elaborado con la encuesta específica del CIS sobre salud mental desde el inicio de la pandemia hasta febrero de 2021, las relaciones van en el mismo sentido (gráfico 11). De hecho, las comparaciones resultan mucho más claras: por un lado, las mujeres muestran siempre valores más altos que los varones, de manera que incluso el valor más bajo entre las mujeres supera a cualquier valor entre los hombres; y, por otro lado, dentro de cada sexo, el aumento de la edad se relaciona con menores niveles de acumulación de las limitaciones de calidad de vida analizadas.

En definitiva, el indicador sintético confirma los resultados por dimensiones individuales expuestos arriba. Por un lado, los adultos jóvenes de 18 a 29 años presentan más problemas acumulados de salud mental en promedio que los mayores de 65 años. Por otro lado, las mujeres aparecen, en todos los grupos de edad, más afectadas por problemas de salud mental que los hombres. No obstante, las mujeres de más edad (70 o más años) acumulan en promedio más salud mental que las más jóvenes (entre 50 y 54 años, y entre 65 y 69 años), mientras que los hombres, a partir de los 70 años, mantienen (o solo reducen ligeramente) la cantidad de problemas de salud mental que padecen.

5. CONCLUSIONES

En este artículo se han analizado los niveles de salud mental antes y durante la pandemia del coronavirus en España durante el periodo 2019-2021; en concreto, en el año 2019, el verano de 2020 y el verano de 2021. Las fuentes de datos empleadas (*SHARE* y encuestas del CIS) han permitido calcular cuatro componentes de la salud mental: ansiedad, tristeza, problemas de insomnio y sentimiento de soledad. A partir de estos componentes, se ha creado un indicador sintético o agregado de problemas de salud mental con cada fuente de datos. Esto ha permitido analizar las diferencias existentes por tramos de edad y por sexo.

El análisis ha arrojado los siguientes hallazgos. En primer lugar, de acuerdo con los datos de *SHARE* correspondientes a la muestra española, las mujeres de 55 o más años padecen de manera sistemática (en todos los tramos de edad analizados) mayores niveles de ansiedad que los hombres. Además, se observa un aumento en este componente conforme aumenta la edad. Similares resultados se han obtenido para el

resto de los componentes (tristeza, problemas de sueño y sentimiento de soledad). En segundo lugar, los datos del CIS muestran que los efectos negativos sobre la aparición de problemas de salud mental se acumulan de manera significativa en los adultos jóvenes (de 18 a 30 años), si bien las mujeres de 70 o más años parecen formar un grupo que acumula, en promedio, una cantidad total relevante de problemas de salud mental. La investigación internacional sobre los efectos de la pandemia en la salud ha destacado que, en el caso de los mayores, puede darse una mayor intensidad de los problemas de salud mental, aunque sean menos frecuentes. Nuestro análisis no respalda esta hipótesis, salvo para el caso de la ansiedad.

A partir de los resultados obtenidos en este trabajo es posible proponer algunas recomendaciones de política pública dirigidas a mejorar los niveles de salud mental. La primera se concreta en el diseño y la implementación de actuaciones de prevención de problemas de salud mental específicas para las personas menores de 30 años, con una aproximación general a este colectivo, sin establecer distinciones significativas entre subgrupos. En segundo lugar, los resultados han puesto de manifiesto que la salud mental de las mujeres se ha visto más afectada por la pandemia y las restricciones que se impusieron para controlarla, en especial, entre las mujeres de 70 o más años. En definitiva, aunque la pandemia ha castigado la salud mental de hombres y mujeres, los resultados aconsejan incorporar nuevos mecanismos de detección precoz y seguimiento de problemas de salud mental. Al diseño de estos mecanismos debería preceder una investigación más profunda y exhaustiva sobre los principales determinantes de la salud mental, teniendo en cuenta factores como el capital social, la tipología del hogar, la situación laboral, el grado de dependencia y los niveles de renta. Los colectivos con mayor riesgo de deterioro de su salud mental deberían estar mejor definidos, con el fin de ajustar protocolos que amortigüen los efectos de acontecimientos como los vividos durante la pandemia. Incluir en los estudios sobre los mayores a la población que vive en residencias representaría un avance considerable para que los estudios sobre la salud mental de este grupo de población no queden incompletos. Finalmente, es preciso generar fuentes de datos longitudinales a nivel nacional para realizar análisis más precisos que permitan comprender mejor la evolución de los

problemas de salud mental y sus determinantes, con el fin de diseñar protocolos que los resuelvan o, al menos, mitiguen eficazmente.

BIBLIOGRAFÍA

ARPACIOGLU, S., YALÇIN, M., TÜRKMEENOGLY, F., ÜNÜBOL, B. y ÇAKIROGLU, O. Ç. (2021). Mental health and factors related to life satisfaction in nursing home and community-dwelling older adults during Covid-19 pandemic in Turkey. *Psychogeriatrics*, 21, pp. 881-891.

ATZENDORF, J. y GRUBER, S. (2021). Depression and loneliness of older adults in Europe and Israel after the first wave of Covid-19. *European Journal of Ageing*, 19, pp. 849-861.

BERTONI, M., CELIDONI, M., DAL BIANCO, C. y WEBER, G. (2021). How did European retirees respond to the COVID-19 pandemic? *Economic Letters*, 203, 109853.

BRUIJNE DE BRUIN, W. (2021). Age differences in COVID-19 risk perceptions and mental health: Evidence from a national U.S. survey conducted in March 2020. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 76(2), e24-e29.

CARSTENSEN, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, pp. 1913-1915.

CHARLES, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. *Psychological Bulletin*, 136(6), pp. 1068-1091.

CREESE, B., KHAN, Z., HENLEY, W., O'DWYER, S., CORBETT, A., VASCONCELOS DA SILVA, M., MILLS, K., WRIGHT, N., TESTAD, I. y BALLARD, C. (2021). Loneliness, physical activity, and mental health during COVID-19: A longitudinal analysis of depression and anxiety in adults over the age of 50 between 2015 and 2020. *International Psychogeriatrics*, 33(5), pp. 505-514.

ESCUDERO-CASTILLO, I. (2021). Bienestar psicológico en tiempos de coronavirus: el cuidado

y la salud mental durante el confinamiento. *Panorama Social*, 33, pp. 127-144.

GAO, P., MOSAZADEH, H. y NAZARI, N. (2023). The buffering role of self-compassion in the association between loneliness with depressive symptoms: A cross-sectional survey study among older adults living in residential care homes during Covid-19. *International Journal of Mental Health and Addiction* [próxima publicación].

GARCÍA-PORTILLA, P., DE LA FUENTE TOMÁS, L., BOBES-BASCARÁN, T., JIMÉNEZ TREVIÑO, L., ZURRÓN MADERA, P., SUÁREZ ÁLVAREZ, M., MENÉNDEZ MIRANDA, I., GARCÍA ÁLVAREZ, L., SÁIZ MARTÍNEZ, P. A. y BOBES, J. (2021). Are older adults also at higher psychological risk from COVID-19? *Aging & Mental Health*, 25(7), pp. 1297-1304.

LEE, C. M., CADIGAN, J. M. y RHEW, I. C. (2020). Increases in loneliness among young adults during the COVID-19 pandemic and association with increases in mental health problems. *Journal of Adolescent Health* 67, pp. 714-717.

MALO, M. A. y PAGAN, R. (2019). Soledad, discapacidad y mercado de trabajo. *Funcas, Estudios de la Fundación. Serie Economía y Sociedad*, 91, pp. 1-84.

O'CONNOR, R., WETHERALL, K., CLEARE, S., MCCLELLAND, H., MELSON, A. J., NIEDZWIEDZ, C. L., O'CARROLLO, R. E., O'CONNOR, D. B., PLATT, S., SCOWCROFT, E., WATSON, B., ZORTEA, T., FERGUSON, E. y ROBB, K. A. (2021). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing Study. *British Journal of Psychiatry*, 218, pp. 326-333.

PIEH, C., BUDIMIR, S. y PROBST, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 110186.

SOJLI, E., THAM, W.S., BRYANT, R. y MCALEER, M. (2021). COVID-19 restrictions and age-specific mental health—U.S. probability-based panel evidence. *Translational Psychiatry*, 11(418).

VAN WINKLE, Z., FERRAGINA, E. y RECCHI, E. (2021). The unexpected decline in feelings of depression among adults ages 50 and older in 11 European countries amid the Covid-19 pandemic. *Socius: Sociological Research for a Dynamic World*, 7, pp. 1-11.

WILSON, J. M., LEE, J. y SHOOK, N. J. (2021). COVID-19 worries and mental health: The moderating effect of age. *Aging & Mental Health*, 25(7), pp. 1289-1296.