



ORIGINAL

Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19



Andrés Losada-Baltar^{a,*}, María Márquez-González^b, Lucía Jiménez-Gonzalo^a,
María del Sequeros Pedroso-Chaparro^a, Laura Gallego-Alberto^b y José Fernandes-Pires^a

^a Universidad Rey Juan Carlos, Departamento de Psicología, Madrid, España

^b Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de abril de 2020

Aceptado el 19 de mayo de 2020

On-line el 4 de junio de 2020

Palabras clave:

Afrontamiento
Crisis
Depresión
Estereotipos
Salud mental

RESUMEN

Objetivos: Analizar si existen diferencias en función de la edad en ansiedad, tristeza, soledad y comorbilidad ansioso-depresiva en personas jóvenes, de mediana edad y mayores confinadas debido a la pandemia de la COVID-19, y explorar la relación entre la autopercepción negativa del envejecimiento y nivel de sintomatología psicológica en función del grupo de edad.

Método: Participan 1.501 personas (rango de edad: 18 a 88 años). Se evaluaron el grado de ansiedad, tristeza y soledad, y la autopercepción del envejecimiento. Se dividió a la muestra en función del grupo de edad y por cuartiles (bajo, intermedios y alto) en ansiedad, tristeza, soledad y autopercepción del envejecimiento.

Resultados: Las personas mayores informan de menor ansiedad y tristeza que los de mediana edad y jóvenes, y los de mediana edad de menores niveles que los jóvenes. Los de mediana edad informan de menor soledad, seguidos de los mayores y los jóvenes. Para cada grupo de edad, aquellos con una alta autopercepción negativa del envejecimiento informan de mayor ansiedad, tristeza y soledad. Hay más comorbilidad ansioso-depresiva en jóvenes y menos en mayores; más personas deprimidas en mediana edad, menos mayores con ansiedad, y más mayores y menos jóvenes sin sintomatología ansiosa y depresiva. Para todos los grupos de edad, las personas con comorbilidad ansioso-depresiva son las que tienen puntuaciones altas en autopercepción negativa del envejecimiento.

Conclusiones: Las personas mayores informan de menos malestar psicológico que otros grupos de edad. Tener una alta autopercepción negativa del envejecimiento perjudica a la salud psicológica, independientemente de la edad.

© 2020 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Differences in anxiety, sadness, loneliness and comorbid anxiety and sadness as a function of age and self-perceptions of aging during the lock-out period due to COVID-19

ABSTRACT

Keywords:

Coping
Crisis
Depression
Stereotypes
Mental health

Objectives: To analyze differences by age group in anxiety, depression, loneliness and comorbid anxiety and depression in young people, middle aged adults and older adults during the lock-down period at home due to the COVID-19 pandemic, and to explore the association between negative self-perceptions of aging and psychological symptoms controlling by age group.

Method: Participants are 1501 people (age range 18 to 88 years). Anxiety, sadness, loneliness and self-perceptions of aging were assessed. The sample was divided according to the age group and quartiles (lower, intermediate levels, and higher) of anxiety, sadness, loneliness and self-perceptions of aging.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andres.losada@urjc.es (A. Losada-Baltar).

Results: Older adults reported lower levels of anxiety and sadness than middle aged adults, and middle aged adults reported lower levels than younger participants. Middle aged adults reported the lowest loneliness, followed by older adults and younger participants. For each age group, those with more negative self-perceptions of aging reported higher anxiety, sadness and loneliness. More comorbid anxiety and sadness was found in younger adults and less in older adults; more depressed participants in the middle aged group, and more older adults and less younger participants were found in the group with the lowest levels of anxiety and sadness. For all the age groups, participants with high levels of comorbid anxiety and sadness are those who report the highest scores in negative self-perceptions of aging.

Conclusions: Older adults reported lower psychological anxiety, sadness and loneliness than the other age groups. Having negative self-perceptions of aging damage psychological health irrespective of the chronological age.

© 2020 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La sociedad en su conjunto se enfrenta a la pandemia asociada a la COVID-19. Además de los efectos para la salud asociados a la enfermedad, para los cuales la edad es un factor de riesgo¹, muchos países, entre ellos España, han tomado la decisión de poner en cuarentena a sus ciudadanos para evitar la propagación de la enfermedad² y la saturación de los sistemas sanitarios.

La situación de la cuarentena se asocia con importantes consecuencias psicológicas para las personas³. En el caso de la COVID-19, el impacto psicológico inicial del problema ha sido considerado por la mayoría de las personas como moderado o severo, informando un amplio número de afectados de problemas depresivos o ansiosos⁴.

El grupo de las personas mayores puede ser especialmente vulnerable a las consecuencias psicológicas asociadas a la pandemia de la COVID-19, especialmente por la mayor gravedad de sintomatología y mortalidad asociada a este grupo de edad⁵. Un factor que puede contribuir a un mayor riesgo para el padecimiento de problemas psicológicos asociados a la pandemia de la COVID-19 tiene que ver con los estereotipos negativos hacia la vejez y, más concretamente, con lo que se ha denominado autopercepción negativa del envejecimiento⁶. De acuerdo con los planteamientos teóricos de Levy⁶, la internalización de estereotipos negativos hacia la vejez empieza en la infancia y se asocia a expectativas hacia el propio proceso de envejecimiento, ejerciendo su influencia negativa a través de mecanismos psicológicos, conductuales y fisiológicos. De acuerdo con este planteamiento, las autopercepciones del envejecimiento están presentes a lo largo de todo el ciclo vital y son una variable relevante para comprender el afrontamiento, el bienestar y la adaptación de personas de diferentes rangos de edades^{7,8}. La investigación realizada en torno a este constructo, mayoritariamente centrada en la población mayor, revela que una autopercepción negativa del envejecimiento puede favorecer la aparición de problemas psicológicos como la ansiedad, la depresión o la soledad, puesto que pueden predisponer a una menor implicación en comportamientos saludables⁹ y a un incremento en la reactividad emocional a los estresores¹⁰.

Hasta el momento, los estudios realizados sobre efectos psicológicos de la COVID-19 aportan datos que sugieren que, al contrario de lo que cabría esperar, las personas mayores informan de menores niveles de problemas de salud mental comparadas con jóvenes. Así, por ejemplo, tanto los estudios realizados por Losada-Baltar et al.¹¹ como por Huang y Zhao¹² muestran mayores indicadores de bienestar psicológico en las personas mayores. El estudio de Losada-Baltar et al.¹¹ encontró una asociación negativa entre edad cronológica y malestar psicológico y soledad. En el mencionado estudio se encontró que, además de una serie de variables relativas a recursos familiares y personales (p. ej., autoeficacia percibida y emoción expresada), una de las variables que predecía en mayor medida el bienestar eran las autopercepciones positivas del envejecimiento. En el mencionado estudio se concluye que no es la edad

cronológica en sí misma la que predice el malestar psicológico y la soledad, sino que las autopercepciones negativas del envejecimiento, que se asocian con recursos familiares y personales desadaptativos que obstaculizan el afrontamiento adecuado de las demandas asociadas a una situación como la del confinamiento debido a la COVID-19, tienen un papel especialmente relevante para comprender el malestar psicológico.

Este estudio está dirigido a analizar la relación entre el bienestar psicológico y la edad en una situación altamente estresante como es el confinamiento debido a la COVID-19. Los objetivos del presente estudio son: a) analizar si existen diferencias en función de la edad en la percepción de ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida de ansiedad y tristeza en personas jóvenes, de mediana edad y mayores confinadas en casa con motivo de la pandemia de la COVID-19, y b) explorar la relación entre la autopercepción negativa del envejecimiento y el nivel de sintomatología psicológica en función del grupo de edad.

Método

Participantes y procedimiento

En el presente estudio participó una muestra de 1.501 adultos españoles con un rango de edad de 18 a 88 años durante el periodo de confinamiento en casa debido a la epidemia del virus de la COVID-19, obligatorio desde el 15 de marzo del 2020. Los participantes fueron contactados a través de diferentes vías de comunicación telemática tales como WhatsApp y diferentes redes sociales, como Facebook o LinkedIn, así como a través de contacto con asociaciones e instituciones del ámbito de la gerontología. Dada la importancia de la edad para el presente trabajo, consideramos personas mayores a aquellas que tienen 60 años o más, de acuerdo con el criterio habitualmente utilizado por organizaciones como las Naciones Unidas¹³. Los datos que se presentan en este trabajo fueron recogidos desde el sábado 21 de marzo del 2020 hasta el lunes 13 de abril del mismo año. Si bien gran parte de la muestra es compartida con el estudio de Losada-Baltar et al.¹¹, los objetivos y análisis de este trabajo son diferentes de los del mencionado estudio. Todos los participantes dieron su consentimiento a participar en el estudio y respondieron a una encuesta desarrollada a través de la plataforma Google Forms. La encuesta contenía un total de 43 cuestiones que se respondían en un intervalo aproximado de entre 5 y 10 min. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Variables e instrumentos

Las variables sociodemográficas género, edad, estado civil y número de personas con las que convive fueron evaluadas junto con las siguientes variables.

Autopercepción del envejecimiento. Se evaluó mediante la subescala de Autopercepción del envejecimiento de la Escala moral de Filadelfia¹⁴, siguiendo el procedimiento descrito por Levy et al.¹⁵. Está compuesta por 5 ítems (p. ej., «¿Las cosas empeoran a medida que envejece?»). Puntuaciones más altas en la escala indican una percepción más negativa del envejecimiento. La consistencia interna (alfa de Cronbach) en el presente estudio es de 0,59, similar a la informada en otros estudios¹⁶.

Ansiedad y tristeza. Con el objetivo de utilizar una medida breve para evaluar estas emociones, y siguiendo el procedimiento de estudios como los realizados por Zimmerman et al.¹⁷ y Christensen et al.¹⁸, quienes proporcionan respaldo psicométrico para el uso de ítems únicos para la evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa, se optó por la utilización de 2 ítems ad hoc para la medida de ansiedad y tristeza (p. ej., «¿Cuánta tristeza sientes?»). Las respuestas variaron de 0 «No siento nada de...» a 10 «Tengo muchísima...».

Soledad. Siguiendo el procedimiento utilizando por Kool y Geenen¹⁹, la soledad se midió a través del ítem «¿Cuánta soledad sientes?». El rango de respuesta es de 0 «No me siento solo en absoluto» a 10 «Me siento absolutamente solo».

Emoción expresada. Para su medida se utilizaron 4 ítems basados en la Escala de actitud familiar²⁰ («Respecto a las personas que viven en su domicilio: ¿hasta qué punto le gusta tener gente alrededor?», «¿Hasta qué punto cree que las personas que le rodean le están volviendo "loco/a"»?», «¿Hasta qué punto pierde el control/temperamento con las personas que le rodean?» y «¿Hasta qué punto grita a las personas que le rodean?»). El rango de respuesta es de 0 «Nunca/ningún día» a 4 «Siempre/todos los días». La consistencia interna (alfa de Cronbach) para estos 4 ítems en esta muestra es 0,77.

Salud subjetiva. La salud subjetiva se evaluó mediante el ítem «En la actualidad, ¿cómo considera usted su salud?», con opción de respuesta tipo Likert de 5 puntos de 0 «Muy mala» a 4 «Muy buena».

Calidad del sueño. La calidad del sueño se evaluó mediante un ítem general que evalúa la autopercepción de la calidad del sueño «¿Cómo valora su calidad de sueño ahora mismo?», con un rango de respuesta tipo Likert de 4 puntos de 0 «Muy buena» a 3 «Muy mala».

Satisfacción con la ayuda. Se evaluó mediante el ítem «¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?». Se trata de uno de los ítems que compone la Escala APGAR-familiar (The Family APGAR)²¹. La opción de respuesta fue tipo Likert de 3 opciones de 0 «Casi nunca» a «Siempre».

Autoeficacia. Se evaluó mediante el ítem general «¿Hasta qué punto se considera capaz de hacer frente a la situación actual?», con un rango de respuesta de 0 «Nada capaz» a 10 «Totalmente capaz».

Análisis de datos

Como parte del análisis de los datos se realiza una exploración descriptiva de la muestra en las variables anteriormente mencionadas. Adicionalmente, se dividió a la muestra por grupos de edad (jóvenes: entre 18 y 39 años; mediana edad: entre 40 y 59 años; y personas mayores: por encima de los 60 años). Las puntuaciones en las variables ansiedad, tristeza y autopercepción del envejecimiento se dividieron en 3 grupos de nivel de sintomatología con base en los datos por cuartiles (cuartil inferior: puntuaciones bajas; cuartiles intermedios: puntuaciones intermedias; y cuartil superior puntuaciones elevadas). Asimismo, para los análisis relacionados con el nivel de sintomatología de ansiedad, tristeza y comórbida, se crearon 4 grupos: sin sintomatología elevada, con sintomatología ansiosa elevada pero no depresiva, con sintomatología depresiva elevada pero no ansiosa y con comorbilidad ansioso-depresiva (puntuaciones elevadas tanto en ansiedad como en depresión). Con

el fin de explorar la significación estadística de las diferencias de medias en las variables de interés en función de los grupos de edad y del nivel de sintomatología se realizaron análisis de varianza de un factor para cada una de las variables, así como pruebas de dependencia (tablas de contingencia) para el análisis de variables categóricas.

Resultados

Características de la muestra

De los 1.501 participantes, la mayoría eran mujeres (70,6%). Con respecto a la distribución por edades, un 44,2% de la muestra tenía entre 18 y 39 años de edad, un 37,6% entre 40 y 59 años de edad y un 18,2% eran mayores de 60 años. Entre los grupos de edad se encontraron diferencias en el género (más hombres entre las personas mayores y más mujeres entre los jóvenes), estado civil (más viudos entre los mayores, más casados y separados entre los de mediana edad y mayores, y más solteros entre los jóvenes; $\chi^2 = 773,60$; $p < 0,001$), número de personas con las que se convive (las personas mayores [M = 1,31; DT = 1,13] conviven con menos personas que las de mediana edad [M = 2,33; DT = 1,35] y jóvenes [M = 2,26; DT = 1,25]; F = 67,80; $p < 0,001$), emoción expresada o estrategias de comunicación inadecuadas (los jóvenes informan de más emoción expresada [M = 5,71; DT = 3,16] que las personas de mediana edad [M = 4,85; DT = 3,09] y estas últimas que las personas mayores [M = 3,61; DT = 3,12]; F = 11,42; $p < 0,001$) y salud subjetiva (las personas mayores [M = 2,64; DT = 0,78] informan de peor salud subjetiva que las personas de mediana edad [M = 2,96; DT = 0,85] y las personas jóvenes [M = 3,03; DT = 0,86]; F = 21,24; $p < 0,001$). No se han encontrado diferencias entre grupos de edad en la calidad de sueño, en la satisfacción con la ayuda recibida de la familia, ni en la percepción de autoeficacia para hacer frente a la situación actual.

Diferencias entre grupos de edad en ansiedad, tristeza y soledad

Las puntuaciones por grupo de edad en ansiedad, tristeza y soledad se presentan en la [tabla 1](#). Existen diferencias significativas entre grupos de edad tanto para la ansiedad (F = 12,52; $p < 0,001$), como para la tristeza (F = 8,21; $p < 0,001$) y la soledad (F = 33,03; $p < 0,001$). Mientras que para la ansiedad y la tristeza las personas mayores informan de puntuaciones significativamente menores que las de mediana edad, y estas a su vez de significativamente menores puntuaciones que las jóvenes, en relación con la soledad las personas de mediana edad informan de una soledad significativamente menor que la informada por las personas mayores, quienes a su vez informan de significativamente menos soledad que las personas jóvenes.

Diferencias asociadas a las autopercepciones del envejecimiento en ansiedad, tristeza y soledad

En la [tabla 1](#) se muestran las puntuaciones por grupo de edad en ansiedad, tristeza y soledad en función de la autopercepción negativa del envejecimiento. En todos los grupos de edad se han encontrado diferencias significativas entre niveles de autopercepción negativa del envejecimiento en ansiedad, tristeza y soledad. Específicamente, para jóvenes se han encontrado diferencias para ansiedad (F = 31,35; $p < 0,001$), tristeza (F = 24,79; $p < 0,001$) y soledad (F = 40,40; $p < 0,001$). En el grupo de mediana edad se han observado diferencias en ansiedad (F = 25,34; $p < 0,001$), tristeza (F = 22,35; $p < 0,001$) y soledad (F = 27,28; $p < 0,001$). Los mismos resultados se han observado en el grupo de personas mayores para ansiedad (F = 10,21; $p < 0,001$), tristeza (F = 9,31; $p < 0,001$) y soledad (F = 5,08; $p < 0,01$). Para las 3 emociones evaluadas, en los tres grupos de edad se observó que aquellas que informaban de

Tabla 1
Niveles de ansiedad, tristeza y soledad por grupo de edad y en función del nivel de autopercepciones negativas del envejecimiento

		Ansiedad	Tristeza	Soledad
<i>Jóvenes</i>	Media total (DT)	4,81 (2,67)	4,98 (2,85)	2,90 (2,77)
Autopercepción envejecimiento baja (n = 325)	Media (DT)	4,07 (2,68)	4,27 (2,90)	2,01 (2,42)
Autopercepción envejecimiento intermedia (n = 149)	Media (DT)	5,05 (2,52)	5,21 (2,59)	3,32 (2,60)
Autopercepción envejecimiento alta (n = 190)	Media (DT)	5,88 (2,35)	6,02 (2,62)	4,10 (2,96)
<i>Mediana edad</i>	Media total (DT)	4,32 (2,74)	4,66 (3,00)	1,71 (2,38)
Autopercepción envejecimiento baja (n = 305)	Media (DT)	3,67 (2,62)	3,96 (2,95)	1,13 (1,86)
Autopercepción envejecimiento intermedia (n = 117)	Media (DT)	4,54 (2,71)	4,99 (2,90)	1,87 (2,39)
Autopercepción envejecimiento alta (n = 143)	Media (DT)	5,55 (2,57)	5,87 (2,75)	2,82 (2,92)
<i>Mayores</i>	Media total (DT)	3,88 (2,71)	4,13 (2,99)	2,16 (2,52)
Autopercepción envejecimiento baja (n = 111)	Media (DT)	3,17 (2,59)	3,47 (2,86)	1,69 (2,20)
Autopercepción envejecimiento intermedia (n = 76)	Media (DT)	3,79 (2,42)	3,85 (2,65)	2,12 (2,31)
Autopercepción envejecimiento alta (n = 87)	Media (DT)	4,86 (2,82)	5,22 (3,17)	2,82 (2,93)

una baja autopercepción negativa del envejecimiento tenían menos puntuación que las que informaban de una autopercepción negativa del envejecimiento intermedia, quienes a su vez informaban de una menor puntuación que aquellas con una alta autopercepción negativa del envejecimiento.

Diferencias entre grupos de edad en intensidad de sintomatología y comorbilidad ansioso-depresiva

En la *tabla 2* se muestra la distribución de participantes por grupo de edad en función del nivel de sintomatología (ansiedad, tristeza, soledad y comorbilidad emocional). Existen diferencias en la distribución por edad de los niveles de intensidad para la ansiedad ($\chi^2 = 24,98$; $p < 0,001$), tristeza ($\chi^2 = 25,00$; $p < 0,001$), soledad ($\chi^2 = 66,03$; $p < 0,001$) y comorbilidad ($\chi^2 = 24,67$; $p < 0,001$).

Con respecto a la ansiedad, hay más personas jóvenes y menos personas mayores de las esperadas con niveles elevados. Lo contrario se observa ante niveles bajos: hay menos personas jóvenes y más mayores. Con respecto a la tristeza, hay menos personas mayores de las esperadas con niveles elevados. En niveles bajos se encuentra a menos personas jóvenes y más mayores de las esperadas. Con respecto a la soledad, hay más personas jóvenes de las esperadas con niveles elevados y menos personas jóvenes y más de mediana edad de las esperadas con niveles bajos. Hay menos personas de mediana edad con niveles intermedios de las esperadas.

Con respecto a la distribución en función de la comorbilidad por grupo de edad, se observa que hay más personas mayores de las que se esperaba en el grupo sin sintomatología elevada. Por el contrario, hay menos personas jóvenes de las esperadas sin sintomatología elevada. Hay menos personas mayores de las esperadas con niveles elevados en ansiedad y hay más personas de mediana edad de las esperadas con niveles elevados en tristeza. Con respecto a los casos con niveles elevados conjuntos de ansiedad y tristeza (comórbidos), hay menos personas mayores y más personas jóvenes de las esperadas.

Diferencias en autopercepción negativa del envejecimiento por grupo de edad y nivel de sintomatología

Se realizaron análisis de varianza para explorar si los grupos o las categorías de sintomatología se diferenciaban en su nivel de autopercepción negativa del envejecimiento. En la *tabla 3* se muestran las puntuaciones medias en esta variable por grupo de edad y categoría de nivel de sintomatología. En personas jóvenes ($F = 19,91$; $p < 0,001$) y mediana de edad ($F = 19,53$; $p < 0,001$) se han observado diferencias significativas en la puntuación en autopercepción negativa del envejecimiento en función del grado de sintomatología. Las personas con sintomatología elevada comórbida en ansiedad y tristeza tienen puntuaciones significativamente superiores en autopercepción negativa que el resto de los grupos. Las personas con niveles elevados de ansiedad o tristeza informan de más

autopercepciones negativas del envejecimiento que las personas con bajas puntuaciones tanto en ansiedad como en tristeza. No son significativas las diferencias entre personas con ansiedad elevada y las personas con elevada tristeza. Las personas con puntuaciones bajas tanto en ansiedad como en tristeza informan de las mejores puntuaciones en autopercepciones negativas del envejecimiento.

En el caso de las personas mayores, se han observado resultados similares. Hay diferencias en la puntuación en autopercepción negativa del envejecimiento en función del nivel de sintomatología ($F = 9,95$; $p < 0,001$). Las personas mayores con sintomatología comórbida en ansiedad y tristeza tienen una peor autopercepción negativa que el resto de los grupos de sintomatología. No existen diferencias en autopercepción negativa del envejecimiento entre los que muestran baja sintomatología y los que muestran puntuaciones elevadas en ansiedad o en tristeza.

Discusión

El presente trabajo tenía como principal objetivo analizar si existen diferencias en función de la edad en la percepción de ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida de ansiedad y tristeza entre personas jóvenes, de mediana edad y mayores confinadas en casa con motivo de la pandemia de la COVID-19. La muestra utilizada en este estudio es muy similar, aunque más amplia, a la utilizada en el estudio de Losada-Baltar et al.¹¹, en el que se señalaba una relación positiva entre la edad cronológica y el bienestar psicológico y una menor soledad. En este caso, se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las diferencias de medias en las variables mencionadas. Las personas jóvenes del presente estudio informan de niveles superiores de ansiedad, tristeza y soledad que las personas mayores. De este modo, los resultados de este estudio coinciden con estudios previos¹² en encontrar que la edad es un factor de riesgo para sufrir problemas de salud mental asociados al confinamiento por problemas de salud como la COVID-19: a menor edad, mayor riesgo de presentar sintomatología emocional negativa. Igualmente, los datos coinciden con estudios que respaldan que el bienestar emocional mejora a lo largo del ciclo vital^{22,23}, aunque no son pocos los estudios que encuentran un mayor mal-estar psicológico en personas mayores con respecto a personas jóvenes²⁴⁻²⁶. Atendiendo a estos últimos estudios mencionados, y siendo conscientes de que la naturaleza transversal de los datos impide obtener conclusiones definitivas, los resultados del presente estudio y el llevado a cabo por Losada-Baltar et al.¹¹ podrían estar sugiriendo la interesante hipótesis de que la situación de crisis podría estar invirtiendo los niveles de malestar, afectando en mayor medida a los jóvenes. Una capacidad superior de las personas mayores para el manejo de la información emocional podría estar explicando estos resultados²⁷.

Existen estudios que encuentran una menor reactividad al estrés en las personas mayores²⁸, lo cual podría explicarse por la presencia de una mayor resiliencia²⁹ o una mayor capacidad para aplicar

Tabla 2
Distribución de participantes por grupo de edad en función del nivel de sintomatología

	Ansiedad			Tristeza			Soledad			Comorbilidad emocional			
	Baja	Intermedia	Elevada	Baja	Intermedia	Elevada	Baja	Intermedia	Elevada	Sin sintomatología elevada	Ansiedad elevada	Tristeza elevada	Comorbilidad ansioso depresiva
<i>Jóvenes</i>													
Observados	94	356	215	91	344	230	280	137	248	363	72	87	143
Esperados	120,8	357,9	186,3	120,8	327,9	216,4	344,2	136,3	184,5	381,8	66,8	96,9	119,5
<i>Mediana edad</i>													
Observados	112	301	153	110	266	190	352	109	105	315	61	98	92
Esperados	102,8	304,7	158,5	102,8	279	184,1	293	116	157	325	56,9	82,5	101,7
<i>Mayores</i>													
Observados	67	152	53	72	131	69	146	62	64	185	18	34	35
Esperados	49,4	146,4	76,2	49,4	134,1	88,5	140,8	55,7	75,5	156,2	27,3	39,6	48,9

Tabla 3
Puntuaciones medias en autopercepción negativa del envejecimiento por grupo de edad y sintomatología clínica

	Niveles bajos ansiedad y tristeza		Elevada ansiedad		Elevada tristeza		Elevada ansiedad y tristeza (comórbida)	
	n	Media (DT)	n	Media (DT)	n	Media (DT)	n	Media (DT)
Jóvenes	363	1,49 (1,20)	72	1,89 (1,30)	87	1,97 (1,39)	143	2,38 (1,46)
Mediana edad	315	1,39 (1,25)	61	1,80 (1,25)	98	1,81 (1,31)	92	2,54 (1,45)
Mayores	185	1,73 (1,20)	18	2,11 (1,37)	34	2,11 (1,37)	35	2,97 (1,32)

de forma efectiva estrategias de regulación emocional centradas en la emoción³⁰, tales como la aceptación, la reinterpretación, la distracción o la supresión, que podrían ser especialmente apropiadas para hacer frente a un escenario como el de la cuarentena por COVID-19. Los resultados de este trabajo podrían estar respaldando una mayor capacidad de afrontamiento adaptativo de las personas mayores ante situaciones de estrés como la vida ante la COVID-19, a pesar de que informan de peor salud subjetiva. Las personas más jóvenes, más orientadas a emplear estrategias centradas en la acción y la solución de problemas, podrían, por tanto, no estar tan bien equipadas para afrontar la situación, mostrando además estilos de interacción o comunicación familiar inadecuados como, por ejemplo, la emoción expresada, que se asocia positivamente con mayor malestar psicológico y soledad¹¹.

Por otro lado, es probable que la situación de confinamiento esté generando mayor estrés a las personas más jóvenes porque este escenario supone un mayor cambio en sus rutinas de actividad y un mayor riesgo de pérdidas o alteraciones con relación a sus valores o metas, más vinculadas a la actividad social, educativa o económica cotidiana (p. ej., problemas o cambios laborales y económicos asociados a estos, suspensión o retrasos indefinidos de actividades formativas importantes, imposibilidad de actividades sociales, de ocio y diversión, etc.), e incluso a la amenaza de la propia vida. Estas circunstancias podrían respaldar estudios como el de Swift et al.²⁶, que encuentran que las condiciones económicas son fundamentales para explicar la relación entre bienestar y edad. Esta hipótesis de un mayor impacto psicológico del aislamiento para las personas más jóvenes por su mayor implicación habitual en actividades sociales de ocio y diversión también podría explicar la presencia de una mayor soledad en este grupo de edad. No obstante, este estudio presenta como limitación el no haber evaluado los valores de las personas, su situación económica laboral actual, su implicación en actividades sociales de ocio o el grado de cambio (impacto) en su vida generado por la crisis, por lo que no es posible extraer conclusiones en este sentido.

Otro de los resultados centrales de este estudio es la significativa relación entre los autoestereotipos sobre el envejecimiento y el bienestar psicológico a lo largo de todo el ciclo vital. En todos los grupos de edad se han encontrado asociaciones directas entre la autopercepción negativa sobre el propio envejecimiento y la

ansiedad, la depresión y la soledad. De este modo, este estudio sustenta la importancia psicológica de la percepción del propio proceso de envejecimiento en el bienestar de las personas de cualquier edad y extiende su relevancia a las situaciones de afrontamiento de crisis como la analizada. La interiorización de estereotipos negativos sobre el envejecimiento aparece como claramente vinculada a la experiencia de sintomatología ansiosa y depresiva en la situación de confinamiento en personas jóvenes, de mediana edad y mayores. Estos resultados son coherentes con los planteamientos teóricos de Laidlaw y Kishita³¹, quienes sugieren que ante acontecimientos vitales negativos (p. ej., la COVID-19) los estereotipos negativos hacia las personas mayores (edadismo) se internalizan, convirtiéndose en actitudes negativas hacia el envejecimiento, que afectan a la cognición, el afecto, la conducta y la salud física de las personas. El resultado obtenido de que las personas con sintomatología comórbida elevada de tristeza y ansiedad muestran niveles significativamente superiores de autopercepciones negativas sobre el propio envejecimiento supone una aportación de especial relevancia del presente trabajo, por cuanto que la comorbilidad de síntomas depresivos y ansiosos se asocia con un curso más prolongado del malestar³², así como con importantes efectos perjudiciales sobre la salud física y la discapacidad en personas mayores³³.

Una conclusión importante de este estudio tiene que ver, por lo tanto, con que la autopercepción de envejecimiento no es patrimonio exclusivo de las personas mayores y su papel sobre la salud mental y el bienestar tiene un papel relevante a lo largo de todo el ciclo vital. En este sentido, estos resultados permiten subrayar la conveniencia de presentar una mayor atención al proceso de reflexión, conciencia y percepción del efecto del paso del tiempo sobre uno mismo, esto es, sobre el propio envejecimiento, de cara a explicar el bienestar psicológico en general, la soledad y la sintomatología clínica ansioso-depresiva en particular. Esta variable, tan relacionada con la dimensión temporal y existencial del ser humano, parece tener una importancia clave en la adaptación a situaciones de crisis que implican la amenaza a la propia vida o a la de personas cercanas, como la situación de pandemia por COVID-19 que estamos viviendo a nivel global.

El estudio presenta varias limitaciones a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, el carácter transversal correlacional de los datos impide la realización de inferencias

causales, pudiendo existir otras explicaciones o direccionalidad alternativas a los resultados. Por ejemplo, puede ser que aquellas personas con mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa y soledad perciban y realicen evaluaciones más negativas del propio proceso de envejecimiento que aquellos que no experimentan ningún malestar emocional. Para confirmar los resultados obtenidos son necesarios estudios longitudinales. Así mismo, teniendo en cuenta que la participación en el estudio se realizaba a través de nuevas tecnologías, es posible que la población mayor de este estudio pueda no ser representativa de la población general de personas mayores en España. En este sentido, puede que los participantes de más de 60 años de este estudio estén siendo representativos de una pequeña parte de esa población que cuenta con mayores recursos de afrontamiento (p. ej., contacto frecuente con nuevas tecnologías) y que esto esté influyendo en los resultados mostrando mayor resiliencia que otros grupos de edad. Igualmente, si bien participan más mujeres que hombres en el estudio, algo frecuente en estudios de encuestas³⁴, el porcentaje de hombres en el grupo de personas mayores es mayor que el de mujeres. Es conocido que las mujeres tienden a informar de mayores niveles de malestar psicológico, algo que también podría estar influyendo en los resultados, si bien incluso controlando el género y la edad, las auto-percepciones sobre el envejecimiento influyen sobre el malestar y la soledad¹¹. Futuros estudios, con un diseño longitudinal o experimental, podrán aportar datos de interés sobre la temática tratada en este trabajo.

A pesar de las limitaciones anteriores, el presente estudio es de gran interés para comprender el impacto de la situación de crisis asociada al confinamiento por la COVID-19, al ofrecer un primer análisis de la comparación por grupos de edad de niveles de ansiedad, tristeza y soledad, considerando a su vez la existencia de autopercepciones negativas del envejecimiento. Las personas mayores y aquellas con más autopercepciones positivas del propio envejecimiento parecen estar más protegidas ante las consecuencias del confinamiento asociado a la COVID-19 sobre su salud mental.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todos los participantes en el estudio y a las instituciones a las que pertenecen por los recursos puestos a su disposición para difundir el estudio a través de las nuevas tecnologías. Agradecemos especialmente a Cristina Segura y a Javier Yanguas, del Departamento de Gent Gran de la Fundación Bancaria la Caixa; a Pilar Rodríguez y Arancha Pinar, de la Fundación Pílares; a Clarisa Ramos, de la Universidad de Alicante, y a todas las instituciones y personas que han contribuido a hacer posible el reclutamiento de la muestra y el estudio. La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Bibliografía

1. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: What next? *Lancet*. 2020;395:1225–8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9).
2. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet*. 2020;395:931–4, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5).
3. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912–20, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
4. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1729, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
5. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry*. 2020;33, <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>.
6. Levy B. Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18:332–6, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>.
7. Kotter-Grühn D, Hess TM. The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *J Gerontol B-Psychol*. 2012;67:563–71, <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr153>.
8. Sargent-Cox K, Anstey KJ. The relationship between age-stereotypes and health locus of control across adult age-groups. *Psychol Health*. 2015;30:652–70, <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2014.974603>.
9. Levy B, Myers LM. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Prev Med*. 2004;39:625–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.02.029>.
10. Bellingtier JA, Neupert SD. Negative aging attitudes predict greater reactivity to daily stressors in older adults. *J Gerontol B-Psychol*. 2018;73:1155–9, <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbw086>.
11. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro MS, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. "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. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>.
12. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: A web-based cross-sectional survey. *medRxiv*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1101/2020.02.19.20025395>.
13. United Nations. *World population ageing 2019*. New York: United Nations; 2019.
14. Liang J, Bollen K. The structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A reinterpretation. *J Gerontol*. 1983;38:181–9, <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/38.2.181>.
15. Levy B, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol*. 2002;83:261–70, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>.
16. Siebert JS, Wahl HW, Degen C, Schröder J. Attitude toward own aging as a risk factor for cognitive disorder in old age: 12-year evidence from the ILSE study. *Psychol Aging*. 2018;33:461–72, <http://dx.doi.org/10.1037/pag0000252>.
17. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D, Posternak MA, Friedman M, et al. Developing brief scales for use in clinical practice: The reliability and validity of single-item self-report measures of depression symptom severity, psychosocial impairment due to depression, and quality of life. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1536–41, <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v67n1007>.
18. Christensen AV, Dixon JK, Juel K, Ekholm O, Rasmussen TB, Borregaard B, et al. Psychometric properties of the Danish Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cardiac disease: Results from the DenHeart survey. *Health Qual Life Out*. 2020;18:1–9, <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-019-1264-0>.
19. Kool MB, Geenen R. Loneliness in patients with rheumatic diseases: The significance of invalidation and lack of social support. *J Psychol*. 2012;146:229–41, <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2011.606434>.
20. Kavanagh DJ, O'Halloran P, Manicavasagar V, Clark D, Piatkowska O, Tennant C, et al. The Family Attitude Scale: Reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Res*. 1997;70:185–95, [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781\(97\)00033-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(97)00033-4).
21. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:2131–9.
22. Carstensen LL, Turan B, Scheibe S, Ram N, Ersner-Hershfield H, Samanez-Larkin GR, et al. Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychol Aging*. 2011;26:21–33, <http://dx.doi.org/10.1037/a0021285>.
23. Charles ST, Piazza JR, Mogle JA, Urban EJ, Sliwinski MJ, Almeida DM. Age differences in emotional well-being vary by temporal recall. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71:798–807, <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbv011>.
24. Hansen T, Slagsvold B. The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*. 2012;22:187–95, <http://dx.doi.org/10.5324/nje.v22i2.1565>.
25. Márquez-González M, de Trocóniz MIF, Cerrato IM, Baltar AL. Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*. 2008;20:616–22.
26. Swift HJ, Vaclair CM, Abrams D, Bratt C, Marques S, Lima ML. Revisiting the paradox of well-being: The importance of national context. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69:920–9, <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbu011>.
27. Carstensen L, Mikels JA. At the intersection of emotion and cognition: Aging and the positivity effect. *Curr Dir Psychol Sci*. 2005;14:117–21, <http://dx.doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00348.x>.
28. Birditt KS, Fingerman KL, Almeida DM. Age differences in exposure and reactions to interpersonal tensions: A daily diary study. *Psychol Aging*. 2005;20:330–40, <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.20.2.330>.
29. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc Psychol*. 2006;91:730–49, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.730>.

30. Charles ST, Carstensen LL. Emotion regulation and aging. En: Gross JJ, editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press; 2007. p. 307–27.
31. Laidlaw K, Kishita N. Age-appropriate augmented cognitive behavior therapy to enhance treatment outcome for late-life depression and anxiety disorders. *GeroPsych*. 2015;28:57–66, <http://dx.doi.org/10.1024/1662-9647/a000128>.
32. Gorman JM. Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depress Anxiety*. 1996;4:160–8, [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1996\)4:4<160::AID-DA2>3.0.CO;2-J](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1996)4:4<160::AID-DA2>3.0.CO;2-J).
33. Kang HJ, Bae KY, Kim SW, Shin HY, Shin IS, Yoon JS, et al. Impact of anxiety and depression on physical health condition and disability in an elderly Korean population. *Psychiatry Investig*. 2017;14:240–8, <http://dx.doi.org/10.4306/pi.2017.14.3.240>.
34. Smith G. Does gender influence online survey participation?: A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior. ERIC Document Reproduction Service No. ED 501717; 2008 [consultado 12 May 2020]. Disponible en: https://scholarworks.sjsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=elementary_ed_pub.