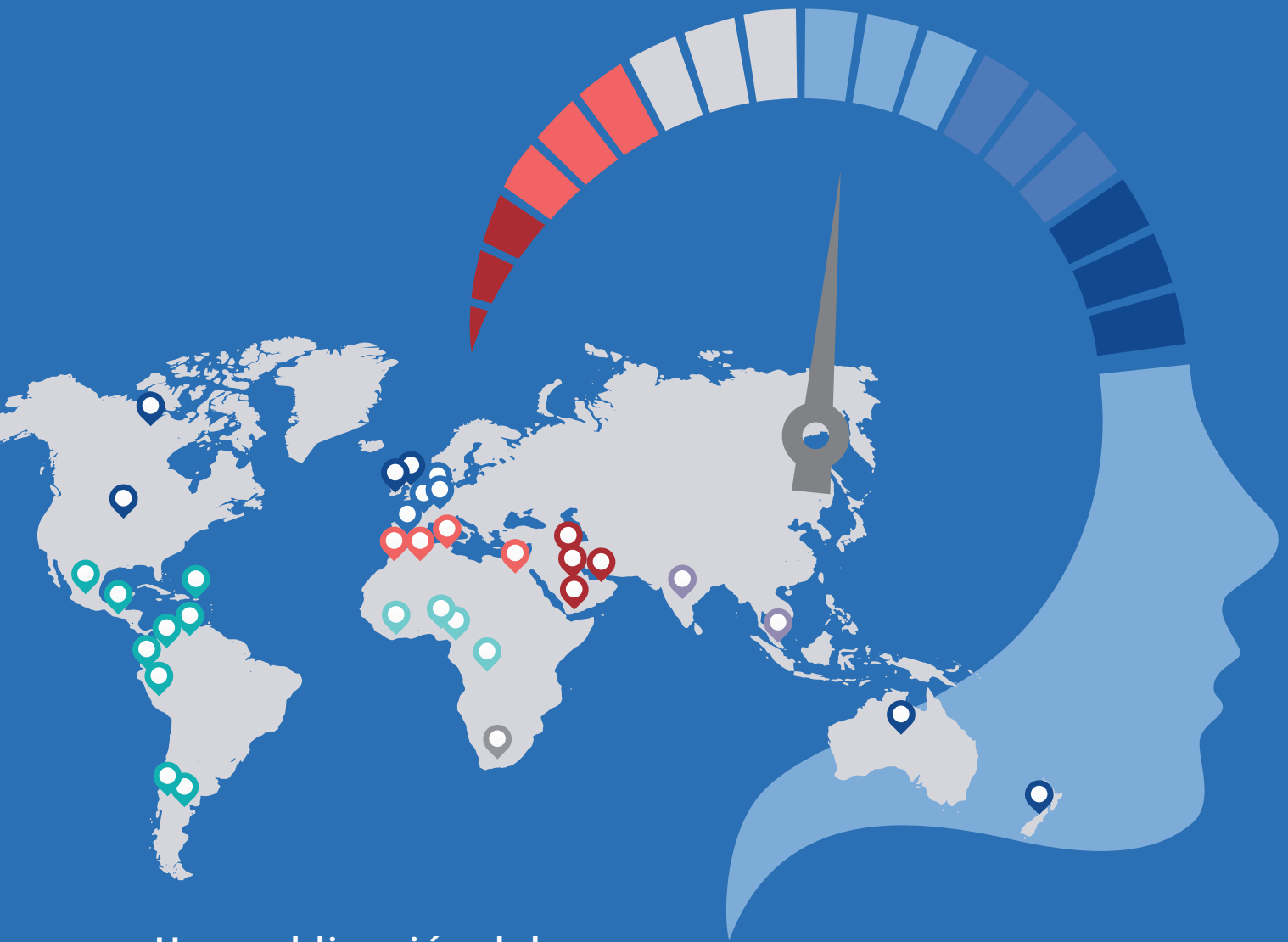


Estado mental del mundo 2021



Una publicación del
proyecto La salud
mental del millón

Estimado lector,

Nos complace presentar el segundo informe anual sobre el Estado mental del mundo en 2021, que describe el bienestar mental de poblaciones con acceso a internet alrededor del mundo. Con traducciones adicionales en español, francés y árabe, extendimos nuestro alcance de aproximadamente 49.000 encuestados en 8 países de habla inglesa en 2020 a 223.087 encuestados en 2021 en 34 países hispanoparlantes en América Latina, el mundo árabe, de habla hispana y francesa en Europa continental y África. Este es ahora el estudio en curso más grande y completo sobre el bienestar mental. Los resultados presentan una cruda ilustración de la creciente magnitud de los retos a la salud mental alrededor del mundo.

La preocupación más inmediata reflejada en los datos es el alarmante deterioro del bienestar mental multiplicado a través de generaciones sucesivamente más jóvenes en cada uno de los países muestreados. Las razones de esta caída son probablemente muchas y complejas, pero se suman al debate actual sobre las consecuencias de crecer en un mundo de inequidades y dominado por el internet. Aquí ofrecemos perspectivas e hipótesis para una mejor comprensión del problema.

Otro hallazgo significativo fue que el bienestar mental fue más bajo en los países de habla inglesa y más alto en países latinoamericanos y europeos. Nos sorprendió que las puntuaciones del MHQ por país estuvieron significativamente correlacionadas de forma negativa con indicadores culturales como Orientación al desempeño e Individualismo y también con indicadores económicos como PIB e INB per cápita. Esto se contradice totalmente con la noción de que el crecimiento económico incrementa el bienestar social.

Por lo tanto, nos queda una reflexión: quizás un sistema que implacablemente nos categoriza en quienes rinden o no al servicio del crecimiento económico, no es el camino hacia el bienestar humano. Que un paradigma estructural que nos conecta digitalmente, pero nos desconecta física y emocionalmente es opuesto a lo que humanamente necesitamos. Y que quizás no son las dificultades materiales las que nos destruyen, sino la falta de pertenencia y el no sentirnos juntos. Aún cuando debemos entender mejor estas relaciones, estos datos indican claramente que para nutrir el espíritu humano necesitamos un nuevo paradigma.

Tara Thiagarajan, Ph.D.

Fundadora y Científica en Jefe

Jennifer Newson, Ph.D.

Científica Principal, Salud Mental y Cognitiva



Un informe sobre el proyecto La salud mental del millón

sapienlabs.org/mental-health-million-project

Comité asesor

Dra. Jennifer Newson, Científica Principal, Salud Mental y Cognitiva, Sapien Labs, USA
(Directora de proyecto)

Dra. Helen Christenson, Directora y Científica en Jefe, Black Dog Institute, Sydney, Australia

Dr. Pim Cuijpers, Profesor Titular, Facultad de Ciencias de la Conducta y Movimiento,
Psicología Clínica, VU University, Amsterdam, Holanda

Dr. Eiko Fried, Profesor Asistente de Psicología Clínica, Leiden University, Holanda

Dr. Brandon Kohrt, Profesor Adjunto de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta, George
Washington University, Estados Unidos

Dr. Vikram Patel, Profesor, Departamento de Salud Global y Población, Harvard University,
Estados Unidos y Profesor Adjunto y Director Adjunto, Centro de Enfermedades y Lesiones
Crónicas, Public Health Foundation of India, India

Dr. Joshua Seidman, Jefe de Investigación y Conocimiento, Fountain House, Ciudad de
Nueva York, Estados Unidos

Participe en sapienlabs.org/mhq

© Sapien Labs 2021

sapienlabs.org

Resumen ejecutivo	5
Introducción	7
Nuestro bienestar mental colectivo en 2021	7
El proyecto La salud mental del millón	7
El bienestar mental en un espectro de angustiado a prosperando	7
Interpretación del MHQ	8
Qué contiene este informe	8
1. El estado mental del mundo con acceso a internet	9
El bienestar mental en diferentes regiones del mundo	10
Cambios en el mundo angloparlante en 2021	11
Dimensiones funcionales del bienestar mental	12
2. El bienestar mental de los países	14
Cómo se clasifican los países	14
Explicación de las diferencias entre países	16
3. Factores demográficos que impactan el bienestar mental y tendencias claves	21
Un deterioro global en las generaciones más jóvenes	21
Una brecha persistente por género, especialmente pronunciada en América Latina	22
4. Educación, empleo y bienestar mental	24
Más educación, mejor bienestar mental	24
Empleo, bienestar mental y productividad	25
5. Resumen y hallazgos	27
Comparación de factores demográficos clave	27
Posibles causas del deterioro generacional	28
Posibles consecuencias	29
Perspectivas futuras	30
Apéndice 1: Cómo entender el MHQ	31
Apéndice 2: Metodología de recolección de datos y análisis	36
Referencias	40

Resumen ejecutivo

En el Estado mental del mundo se ofrece información sobre el bienestar mental de poblaciones con acceso a internet alrededor del mundo. Este informe para 2021 abarca 223.087 participantes en 34 países anglosajones, los países hispanoparlantes en América Latina, el mundo árabe, los países de habla hispana y francesa en Europa continental y África muestrados en 2021, en base a respuestas al MHQ en inglés, español, francés y árabe. El MHQ brinda una métrica agregada del bienestar mental (el MHQ) así como también perspectivas multidimensionales. Los hallazgos más significativos son los siguientes:

Un menor deterioro en el bienestar mental comparado con 2020: En los 8 países de habla inglesa medidos entre 2019 y 2021, el bienestar mental empeoró en un 3% en 2021, una reducción más pequeña que la declinación del 8% de 2020. El deterioro en los países de 2019 a 2021 estuvo significativamente correlacionado con el rigor de las medidas gubernamentales contra el COVID-19 y correlacionado de manera direccional a los casos y muertes por millón.

América Latina y Europa continental mostraron el bienestar mental más alto: 8 de 10 países con los valores de MHQ más altos estaban localizados en países latinoamericanos de habla hispana y en países hispano y francoparlantes en Europa. Por el contrario, 8 de 10 países con los valores más bajos de MHQ estaban en el mundo de habla inglesa. Los valores relativos de MHQ por país estaban significativamente correlacionados de manera negativa con indicadores culturales como *Orientación al desempeño* e *Individualismo* y también con indicadores económicos centrales como el *PIB per cápita* y el *INB per cápita*, correlaciones particularmente fuertes en hombres de 18-64 años de edad.

La alarmante declinación en bienestar mental de las generaciones más jóvenes fue un fenómeno mundial: Si 7% (6% a 9% en diferentes regiones) de aquellos de 65+ años de edad estaban angustiados o luchando en cuanto a su bienestar mental como para afectar su funcionamiento y ser considerados clínicos, ese rango fue del 44% (38% a 50% en diferentes regiones) entre las personas de 18 a 24 años. Esto representa una brecha inter-generacional creciente que, si bien existía antes de la pandemia de COVID-19, se vio exacerbada desde entonces. También está en total contraste con los patrones de felicidad y bienestar documentados antes de 2010 en diferentes regiones del mundo, donde los adultos jóvenes de 18-24 años típicamente demostraban el bienestar más alto.

La brecha de género fue más pronunciada en países latinoamericanos de habla hispana:

La brecha entre hombres y mujeres fue mayor en países latinoamericanos de habla hispana, seguidos de África Occidental y el Medio Oriente, pero muchas veces menor que la brecha etaria, educacional, laboral o entre países. En poblaciones de habla inglesa con acceso a internet hubo casi una paridad general entre hombres y mujeres, aunque ambos géneros mostraron resultados más bajos que sus contrapartes en otras regiones. En todo el mundo, quienes se identifican como no binarios/tercer género (<1%) mostraron tener el bienestar mental más bajo de cualquier grupo con 51% (31% a 85% en distintas regiones) angustiados o luchando a nivel clínico.

Los niveles más altos de educación y empleo están asociados a puntuaciones más altas de

MHQ: En todos los países, una mayor educación está asociada a un más alto bienestar mental, y las personas con maestrías y doctorados muestran los valores más elevados. Además, el estar empleado o ser autónomo estaba asociado con un nivel de bienestar mental sustantivamente más alto en comparación con el estar desempleado, especialmente en los países de la angloesfera.

¿**Cuáles son las implicaciones?** Debería ser especialmente preocupante que en todos los países, los valores más bajos de MHQ, y en particular los relacionados a la dimensión de Yo social (cómo nos vemos a nosotros mismos y nuestra habilidad de formar relaciones estables y fuertes con otros) estaban correlacionados con las estadísticas nacionales de tasas de suicidios, violencia sexual y asaltos violentos. A medida que los adultos jóvenes y niños de hoy se transforman en las generaciones mayores, las tendencias corrientes sugieren que el bienestar mental social agregado y el Yo social declinarán aún más en las próximas dos décadas. Esto presagia graves desafíos para el futuro de la sociedad civil.

Con mirada al futuro: Hay mucho que aún debemos entender, particularmente con respecto a la alarmante declinación generacional global del bienestar mental general, y en particular del Yo social. Consideramos y analizamos varias causas subyacentes posibles desde la inequidad hasta factores ambientales y el aumento de los teléfonos móviles y el uso de internet. En 2022, a medida que continuamos expandiendo nuestro abordaje del estado mental del mundo a 10 idiomas y 70 países, esperamos ofrecer perspectivas más detalladas sobre los marcos y estructuras sociales que impulsan al Yo social, y nuestro bienestar mental en su conjunto.

Introducción

Nuestro bienestar mental colectivo en 2021

El Estado mental del mundo 2021 es el informe anual del proyecto La salud mental del millón y brinda una visión integral del cambiante bienestar mental del mundo con acceso a internet y perspectivas sobre las tendencias subyacentes más significativas. En enero de 2021 había 4.660 millones de usuarios de internet activos en el mundo, lo que representa 59.5% de la población global. 2021 fue el segundo año del proyecto y consolida las respuestas de 223.087 individuos en 34 de los principales países angloparlantes, los países de habla hispana y francesa en Europa continental, los países de habla hispana en América Latina, África del Norte y Occidental con traducciones en inglés, español, francés y árabe y abarcando una amplia gama de grupos demográficos.

Es importante tener en cuenta que las tendencias que aquí se comunican probablemente no reflejan las poblaciones que no están en línea, que típicamente viven en un contexto diferente. Esto es de particular relevancia para países en desarrollo como aquellos en África donde la población con acceso a internet constituye una minoría y generalmente representa grupos socioeconómicos más altos o aquellos que han logrado niveles educativos más elevados.

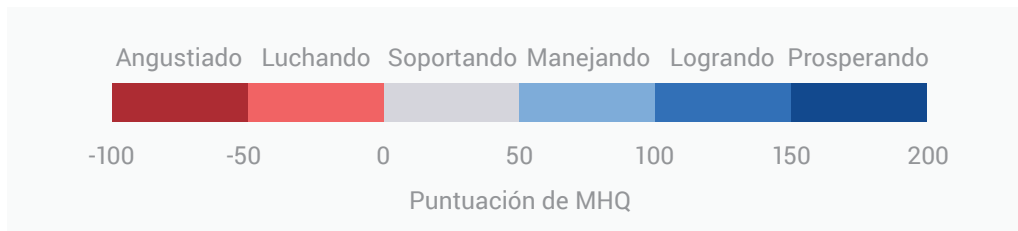
El proyecto La salud mental del millón

El objetivo del proyecto La salud mental del millón es proporcionar un mapa global en evolución del bienestar mental y facilitar perspectivas más detalladas sobre sus propulsores, de forma que puedan utilizarse para un manejo más efectivo del bienestar mental de la población mediante políticas sociales e intervenciones respaldadas por evidencia. Este proyecto utiliza el Cociente de salud mental, o MHQ por sus siglas en inglés (Newson y Thiagarajan, 2020; Newson et al, 2022), administrado como encuesta abierta y anónima en línea que toma aproximadamente 15 minutos para completar. Las puntuaciones generales de bienestar mental se devuelven por correo electrónico con un informe completo y recomendaciones personalizadas para el autocuidado y ayuda. Se ha demostrado que el MHQ está sistemáticamente relacionado a la productividad en el trabajo y en la vida y también como carga clínica (Newson et al. 2022, ver también Apéndice 1) y es un reflejo funcional de cuán bien equipados estamos para lidiar tanto con las adversidades de la vida como con las oportunidades. [Aquí](#) se puede encontrar más información sobre el MHQ. Puede tomarlo usted mismo.

El bienestar mental en un espectro desde angustiado a prosperando

El MHQ captura un espectro completo de atributos emocionales, sociales y cognitivos que abarcan

problemas (o síntomas) en 10 diferentes trastornos de salud mental (tal como se definen en el DSM-5), y también atributos mentales positivos. Una puntuación agregada de bienestar mental basada en estos aspectos (el MHQ) ubica a los individuos sobre un espectro desde **Angustiado a Prosperando** (Newson y Thiagarajan, 2020; Newson et al, 2022). La escala está dividida en componentes positivos y negativos.



El rango positivo de la escala representa el espectro del funcionamiento normal, y es una escala de 200 puntos calibrada a una media de 100 basada en respuestas pre-pandemia en 2019, similares a la escala del CI. El rango negativo de la escala representa los valores de bienestar mental asociados con un impacto negativo en la habilidad para funcionar y está asociado con niveles clínicos de riesgo y desafíos. También se calculan cinco dimensiones funcionales de Impulso y motivación, Humor y perspectiva, Cognición y Yo social y Conexión cuerpo-mente. Además, la prueba captura datos demográficos, factores de estilo de vida, y traumas y adversidades, brindando un rico contexto para entender los impulsores clave de riesgos. Puede conocer más sobre el MHQ y su escala en el Apéndice 1.

Interpretación del MHQ

El bienestar mental, un reflejo de cómo nos “sentimos”, es por naturaleza subjetivo. El MHQ captura el efecto de cada aspecto mental en una escala de impacto sobre la vida. El juicio individual de cuánto un aspecto mental afecta nuestra habilidad para funcionar debe estar necesariamente dentro de nuestro contexto individual. Para una persona, esto puede significar poder desarrollar un tipo particular de trabajo, mientras que para otra puede significar ocuparse del hogar. Más aún, cada persona interpretará para sí misma qué es un “funcionamiento apropiado”. Por lo tanto, el bienestar mental, como nosotros lo medimos, inherentemente refleja la manera en que un individuo siente cómo su estado interno afecta su habilidad para funcionar dentro de **su propio** contexto vital y no como una función mental humana en términos absolutos.

Qué contiene este informe

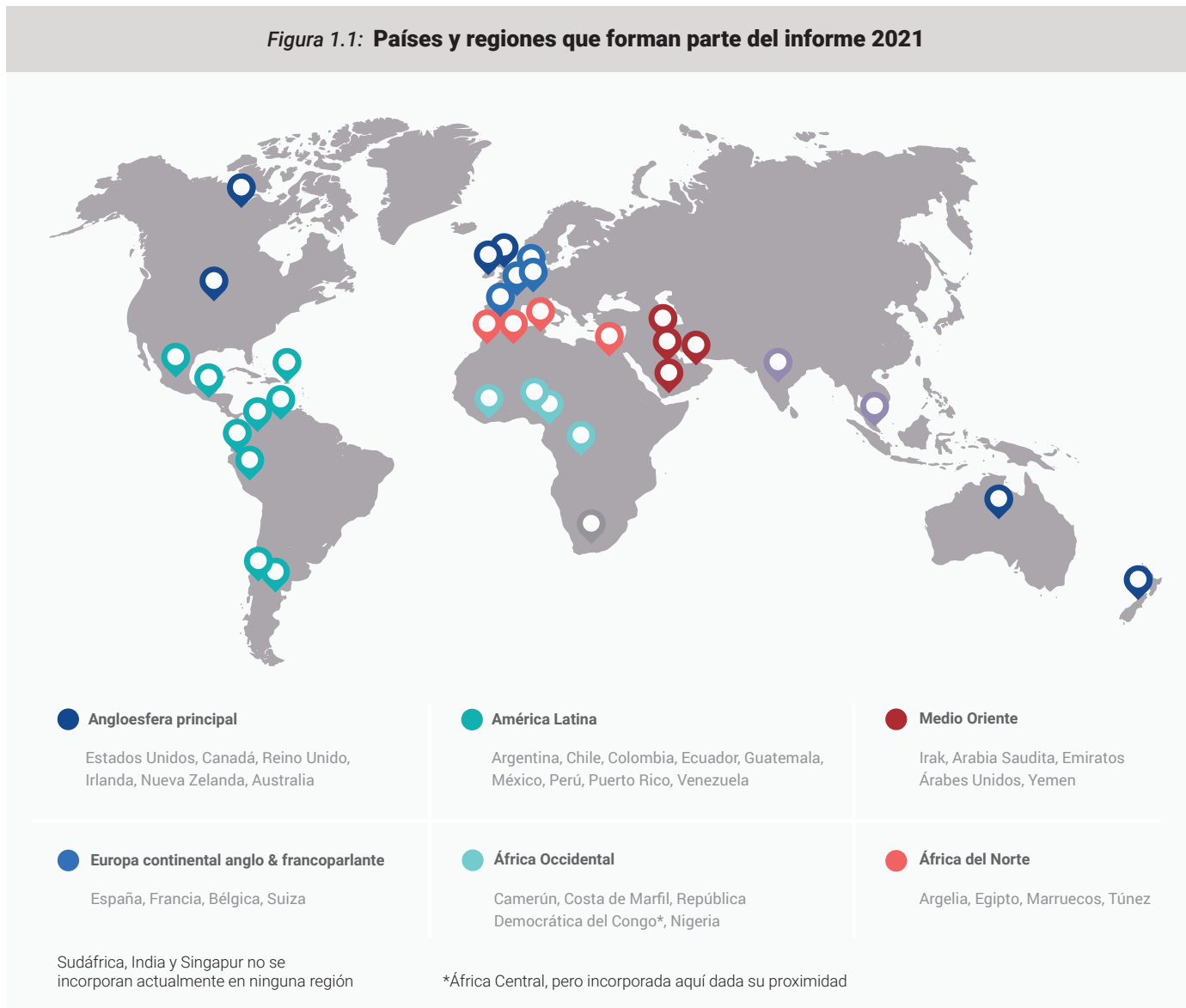
En este informe presentamos el bienestar mental de poblaciones con acceso a internet de 34 países en 6 continentes. Además de comparaciones de países y regiones, destacamos tendencias en el bienestar mental en términos de edad, género, empleo y educación. Finalmente, ofrecemos lo que hemos descubierto acerca de los posibles impulsores clave de las tendencias descritas.

1.

El estado mental del mundo con acceso a internet

En 2021, el proyecto La salud mental del millón recopiló evaluaciones del MHQ de 223.087 personas con acceso a internet, abarcando 34 países en 6 continentes en inglés, español, francés, y árabe (Fig. 1.1). Mostramos aquí los panoramas regionales que reflejan un agregado dentro de cada región donde contamos con datos de 4 o más países. (Para más detalles sobre la construcción de estos panoramas regionales ver Apéndice 2).

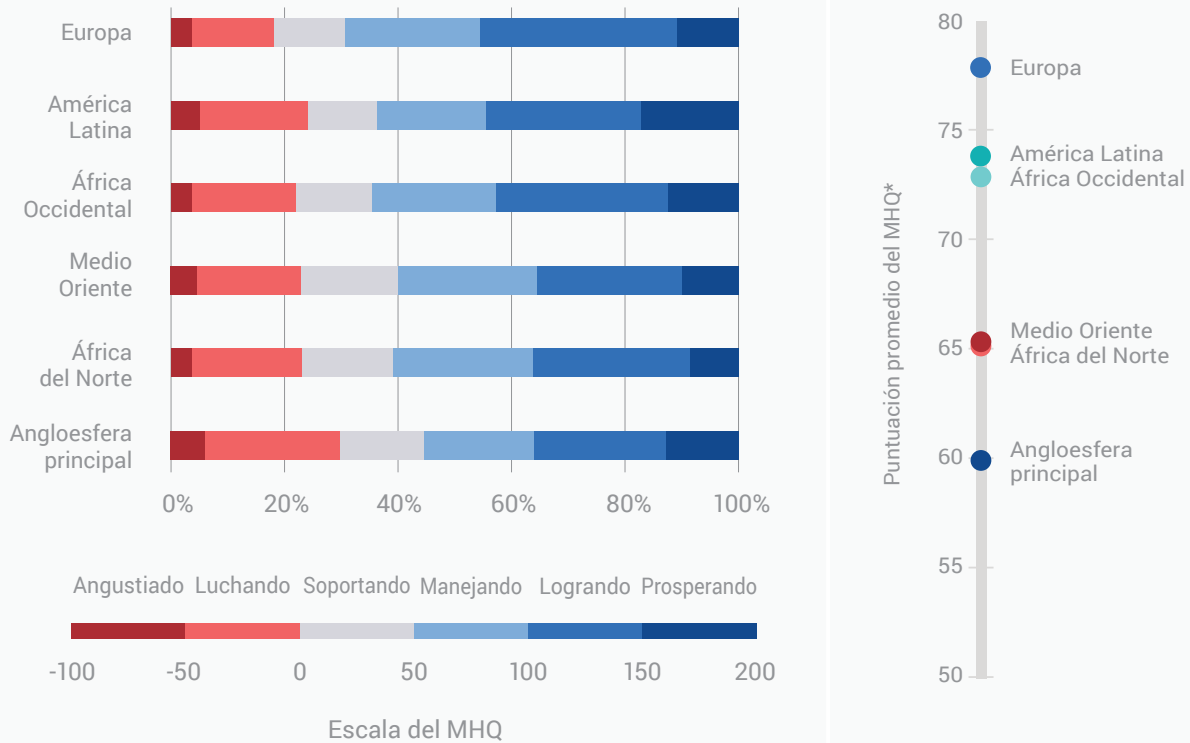
Figura 1.1: Países y regiones que forman parte del informe 2021



El bienestar mental en diferentes regiones del mundo

Figura 1.2: Puntuaciones promedio del MHQ en diferentes regiones

La distribución del bienestar mental en amplias regiones del mundo muestra más personas angustiadas o luchando, y una puntuación del MHQ en general más baja en la angloesfera que en otras regiones del mundo.



Ponderado por edad y género de la población. Por lo tanto, los resultados reflejan la composición demográfica por edad/género. Por ejemplo, solo el 3% de África Occidental es mayor de 65 comparado con el 20% de Europa. Los promedios regionales están ponderados según la población con acceso a internet en cada país de la región.

*Las puntuaciones del MHQ están en una escala de 300 puntos.

En conjunto, el 30% de los participantes en los principales países de habla inglesa tenían puntuaciones de bienestar mental en el rango **Angustiado** o **Luchando**, comparado con 23% en el Medio Oriente, 23% en el norte de África, 24% en América Latina y 18% en Europa (Figura 1.2). Por el contrario, solo el 36% de encuestados en la angloesfera, Medio Oriente y África del Norte estaban **Prosperando** o **Logrando**, comparado con el 45% y 46% en América Latina y Europa, respectivamente.

En promedio, esto se traduce en puntuaciones de bienestar mental más altos para Europa (78) seguidos de los países hispanoparlantes de América Latina y los francófonos de África Occidental (74 y 75),

Los principales países de la angloesfera tenían el bienestar mental más bajo de las seis regiones del mundo

diferencias que no fueron significativamente notables en términos estadísticos de una a otra. En contraste, los valores de bienestar mental fueron significativamente más bajos para la angloesfera (5% más bajos sobre una escala de 300 puntos). El Medio Oriente y África del Norte fueron similares entre sí y cayeron en el medio. Por lo tanto, la angloesfera en su conjunto tenía el bienestar mental más bajo de las 6 regiones del mundo.

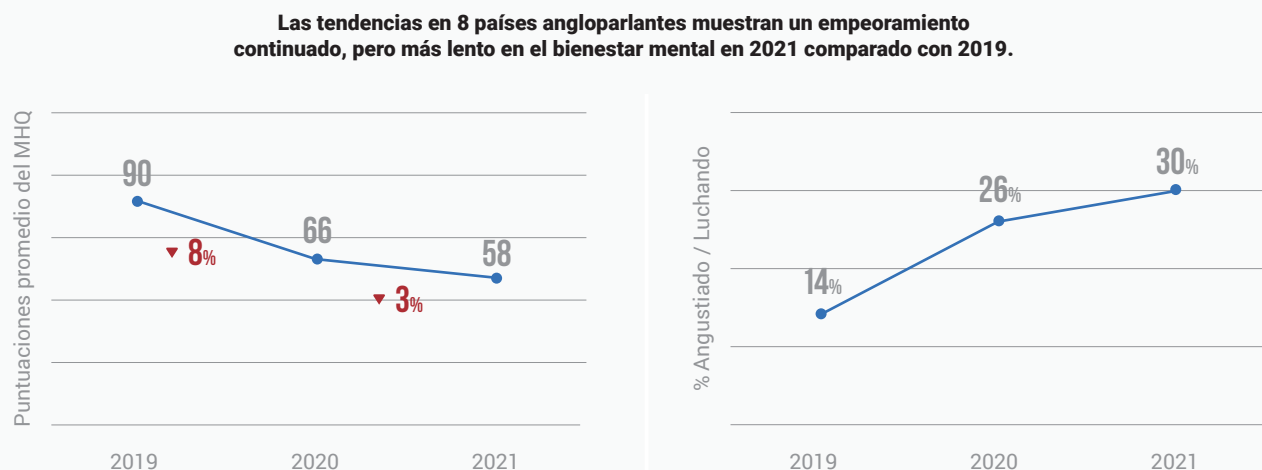
Cambios en el mundo angloparlante en 2021

La recopilación de datos para el proyecto La salud mental del millón comenzó en 2019 en inglés a la que siguió un lanzamiento oficial y expansión en 2020. En este momento, por lo tanto, solo podemos mostrar tendencias para 8 países angloparlantes que incluyen la angloesfera principal (Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Australia y Nueva Zelanda) y también India, Singapur y Sudáfrica (ver Newson et al 2021a para más información sobre los resultados de 2020). En conjunto, comparado con 2020, hubo un deterioro del 3% en el bienestar mental en estos países a lo largo de la escala del MHQ en 2021 (Figura 1.3). En general, esta fue más pequeña que la declinación de 8% de 2019 a 2020 (Newson et al, 2021a). Por consiguiente, el número de encuestados con puntuaciones del MHQ en el rango **Angustiado** o **Luchando** aumentó de 26% en 2020 a 30% en 2021. Este salto del 4% sin embargo, fue menor que el aumento de 12% visto de 2019 a 2020.

En países angloparlantes, el porcentaje de personas Angustias o Luchando aumentó del 26% a 30% en 2021.

Estos deterioros en el bienestar mental de 2019 a 2021 estuvieron significativamente correlacionados con el rigor agregado de las medidas gubernamentales por el COVID-19 durante los dos años (Oxford COVID-19 Government Response Tracker, 2022; $r=-0.54$) y también correlacionadas en forma direccional con los casos de COVID-19 y muertes por millón. (Johns Hopkins, 2021)

Figura 1.3: Tendencia en el bienestar mental en el mundo angloparlante 2019-2021



Dimensiones funcionales del bienestar mental

El proyecto La salud mental del millón también examina tendencias globales en 5 dimensiones funcionales diferentes del bienestar mental: Humor y perspectiva, Yo social, Impulso y motivación, Conexión cuerpo-mente y Cognición. Estas dimensiones representan puntuaciones construidas a partir de subconjuntos de elementos dentro del MHQ para reflejar aspectos específicos de nuestro funcionamiento mental (Ver Apéndice 1 para más detalles).



Humor y perspectiva

La habilidad de manejar y regular sus emociones efectivamente y de tener una perspectiva constructiva y optimista hacia el futuro..



Yo social

Cómo interactúa con, se relaciona, y se ve a usted mismo con respecto a otros.



Impulso y motivación

La habilidad de trabajar hacia el logro de sus metas y de iniciar, perseverar y completar actividades en su vida diaria.



Conexión cuerpo-mente

La regulación del equilibrio entre su mente y su cuerpo.



Cognición*

Su habilidad de desempeñar funciones cognitivas básicas, darles sentido a conjuntos complejos de eventos y situaciones y exhibir una perspectiva a largo plazo en sus pensamientos y conducta.

** Dos dimensiones presentadas en 2020 – la función cognitiva básica y función cognitiva compleja ahora se han consolidado en una sola dimensión de Cognición. Estas dimensiones se construyen sobre la misma escala que el MHQ y representa una re-escala de la manera en que se había presentado anteriormente. Ver detalles en el apéndice.*

En casi todas las regiones, los valores de Cognición y de Impulso y motivación fueron los más altos mientras que Humor y perspectiva y Yo social fueron los más bajos. En conjunto, 30% de los encuestados estaban **Angustiados** o **Luchando** en términos de su Yo social mientras que el 27% de los encuestados estaban **Angustiados** o **Luchando** respecto a Humor y perspectiva. En cambio, solo el 17% y 18% estaban **Angustiados** o **Luchando** en términos de Impulso y motivación, y Cognición, respectivamente.

Comparada con todas las otras regiones, la angloesfera obtuvo puntuaciones más bajas en 4 de las 5 dimensiones. La diferencia entre la angloesfera y otras regiones fue particularmente notable para

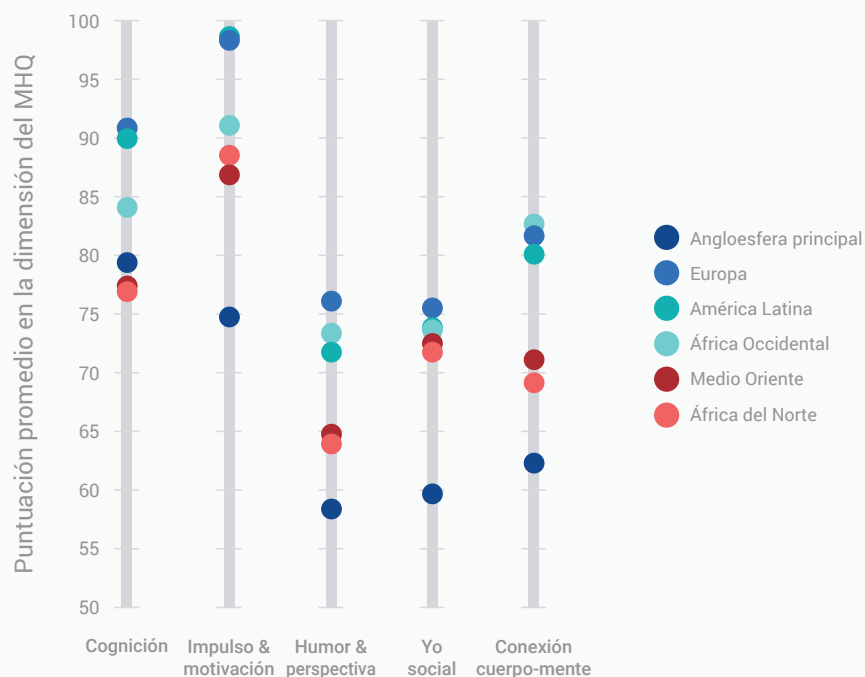
la dimensión del Yo social, donde la dimensión del MHQ promedio fue de valores 4% más bajos en la escala, relativos a todas las otras regiones que se agruparon más cercanamente. De manera similar, la angloesfera obtuvo resultados más bajos en las dimensiones de Humor y perspectiva y Conexión cuerpo-mente mientras que Europa, América Latina y África Occidental arrojaron resultados más altos en ambas. En estas dimensiones, Medio Oriente y África del Norte se ubicaron en el medio.

A lo largo de estas dimensiones de Cognición y de Impulso y motivación, Europa y América Latina se destacaron por tener puntuaciones más altas que todas las otras regiones (en promedio 2-4% más altas). La dimensión de Cognición fue la única en la que la angloesfera no obtuvo el valor más bajo. Aquí, los resultados más bajos fueron en el Medio Oriente y África del Norte aunque no significativamente.

La angloesfera obtuvo las puntuaciones más bajas en la mayoría de las dimensiones de bienestar mental comparada con otras regiones, más notablemente en la dimensión del Yo social.

Figura 1.4: Puntuaciones para las dimensiones del MHQ en diferentes regiones

Puntuaciones* promedio de cinco dimensiones del bienestar mental para cada región



*Las puntuaciones del MHQ están en una escala de 300 puntos

2.

2. El bienestar mental de los países

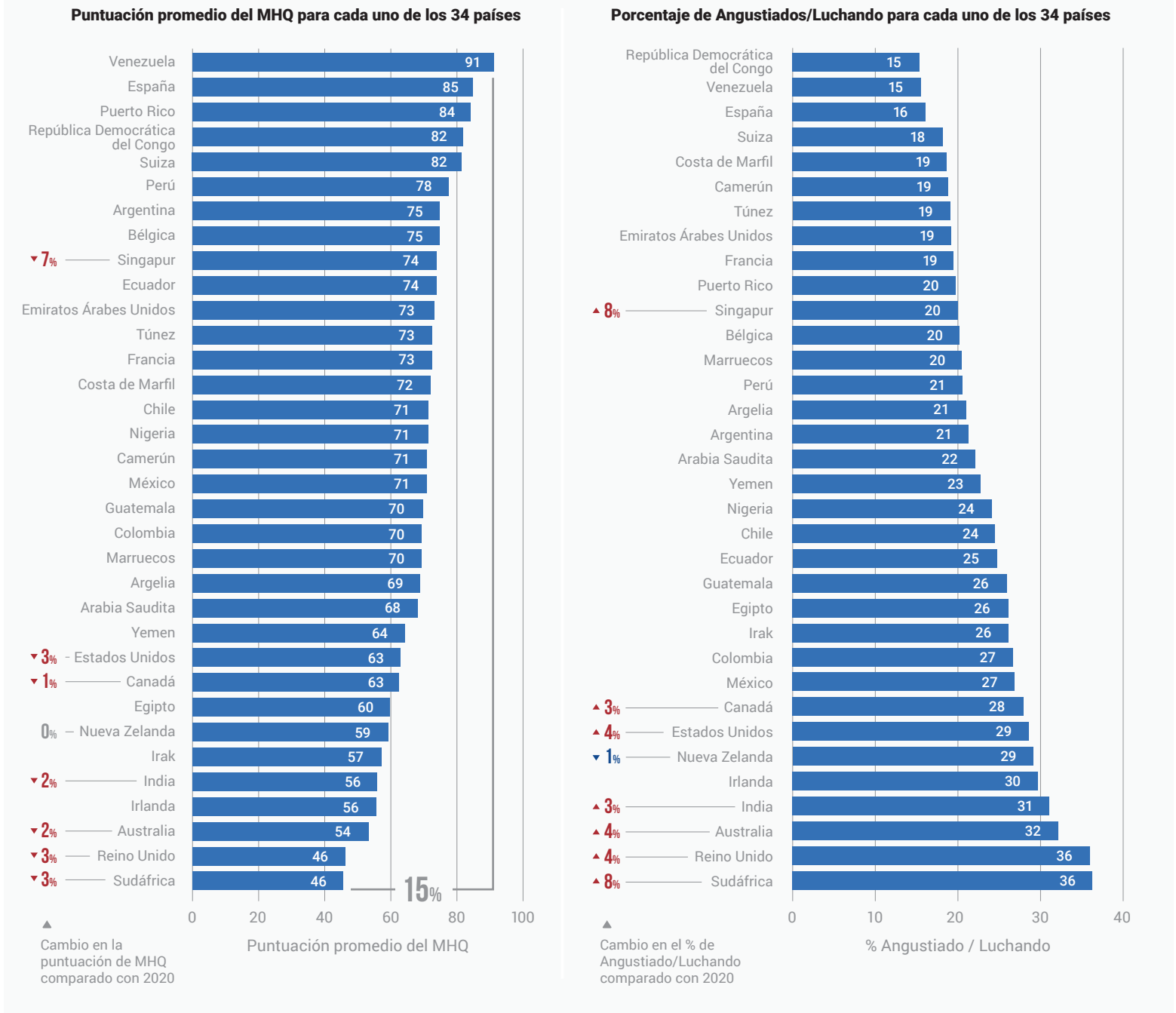
Cómo se clasifican los países

A continuación, mostramos la situación de cada uno de los 34 países en relación con los demás (Figura 2.1). Esto incluye a India, Singapur y Sudáfrica, que no se incorporaron en los panoramas regionales. Las puntuaciones del MHQ de cada país representan medias ponderadas de los grupos de edad y de género, tal como están representados en las poblaciones (véase el Apéndice 2 para más detalles). Sorprendentemente, Venezuela encabezó la lista con un MHQ medio de 91, mientras que el Reino Unido y Sudáfrica obtuvieron las puntuaciones más bajas, con 46 puntos. Estos 45 puntos en el MHQ representan una diferencia del 15% en la escala de 300 puntos. Además, 8 de los 10 países con las puntuaciones más altas en el MHQ se encontraban en América Latina y Europa (rango de puntuación del MHQ de 74 a 91). Por el contrario, los encuestados de habla inglesa son los que más problemas encaran en cuanto a su bienestar mental. Ocho de los diez países con las puntuaciones de MHQ más bajas (rango de puntuación MHQ de 46 a 63) pertenecían a la angloesfera o eran países con una gran población de habla inglesa (es decir, Sudáfrica, India). En general, la mayoría de los países (15 de 34) se agruparon en torno a puntuaciones agregadas dentro de un estrecho rango de 70 a 75, a menos de un 2% en la escala, una diferencia que no suele ser estadísticamente significativa. Se debe tener en cuenta que la significación estadística de cualquier diferencia varía en función del tamaño de la muestra y de la varianza, que difiere según el país, y advertimos al lector que consulte las tablas estadísticas asociadas para determinar si una diferencia entre dos países es realmente significativa.

Entre los países latinoamericanos de nuestra muestra, Venezuela obtuvo las puntuaciones más altas del MHQ (91), seguido de Perú (78) y Argentina (75). Los más bajos en América Latina fueron Colombia y Guatemala (ambos 70). Entre los cuatro países europeos, España encabezó la lista con 85, seguido de Suiza con 82, mientras que Bélgica de habla francesa y Francia fueron similares con 75 y 73. Dentro de la angloesfera, Estados Unidos y Canadá fueron los más altos (ambos con 63) mientras que el Reino Unido con 46, fue el más bajo, representando el rango regional más amplio. Notamos que, entre los países angloparlantes fuera de la angloesfera, Singapur fue el más alto con 74 mientras que Sudáfrica fue el más bajo con 46, junto al Reino Unido. India estuvo entre los 5 más bajos con 56. Dentro de Medio Oriente y África del Norte, los Emiratos Árabes Unidos y Túnez fueron los más altos de la lista con 73, mientras que Irak fue el más bajo, con 57. Dentro de África Occidental, la República Democrática del Congo encabezó la lista con un MHQ medio de 82, mientras que Nigeria y Camerún fueron los más bajos

con 71. Observamos que los países de África Occidental son los que tienen una menor penetración de internet (23-50%, Data Reportal, 2021), y que las poblaciones con internet suelen tener un nivel de estudios y tasa de empleo mayores, en relación a las poblaciones con acceso a internet en los países donde la penetración de internet es más alta.

Figura 2.1: Puntuaciones del MHQ por país



En los 34 países, el porcentaje de puntuaciones con valores dentro del rango negativo de **Angustiado**

o *Luchando* variaron del 19% al 36%. Mientras el orden de los países a lo largo de esta métrica es en general similar a la de la puntuación promedio en MHQ, es interesante notar que varios países de África Occidental y del norte subieron en la lista, lo que indica que una fracción menor de la población con acceso a internet en estos países enfrentaba serios retos de salud mental.

Finalmente, para el subconjunto de los países angloparlantes para los que se recopilieron datos en 2020, notamos en la Figura 2.1 la reducción porcentual de la puntuación promedio de MHQ en la escala, comparada con el año anterior. La mayoría de los países cayeron 2-3% en la escala del MHQ, con aumentos correspondientes en el porcentaje de personas *Angustiadas* o *Luchando*. Se destacan Singapur donde el MHQ disminuyó en 7% y Sudáfrica donde el porcentaje de *Angustiado* y *Luchando* aumentó en 8% de 28.5% en 2020 a 36%.

Explicación de las diferencias entre países

A primera vista, dado que países como Venezuela y Perú muestran valores más altos en el bienestar mental que Estados Unidos y Canadá, la clasificación de bienestar mental en el mundo conectado a internet no corresponde con el nivel de prosperidad económica por país. ¿Qué explica entonces el orden de los países? Analizamos un número de factores - demográficos, económicos, culturales y relacionados al COVID en busca de respuestas. Los resultados nos sorprendieron.

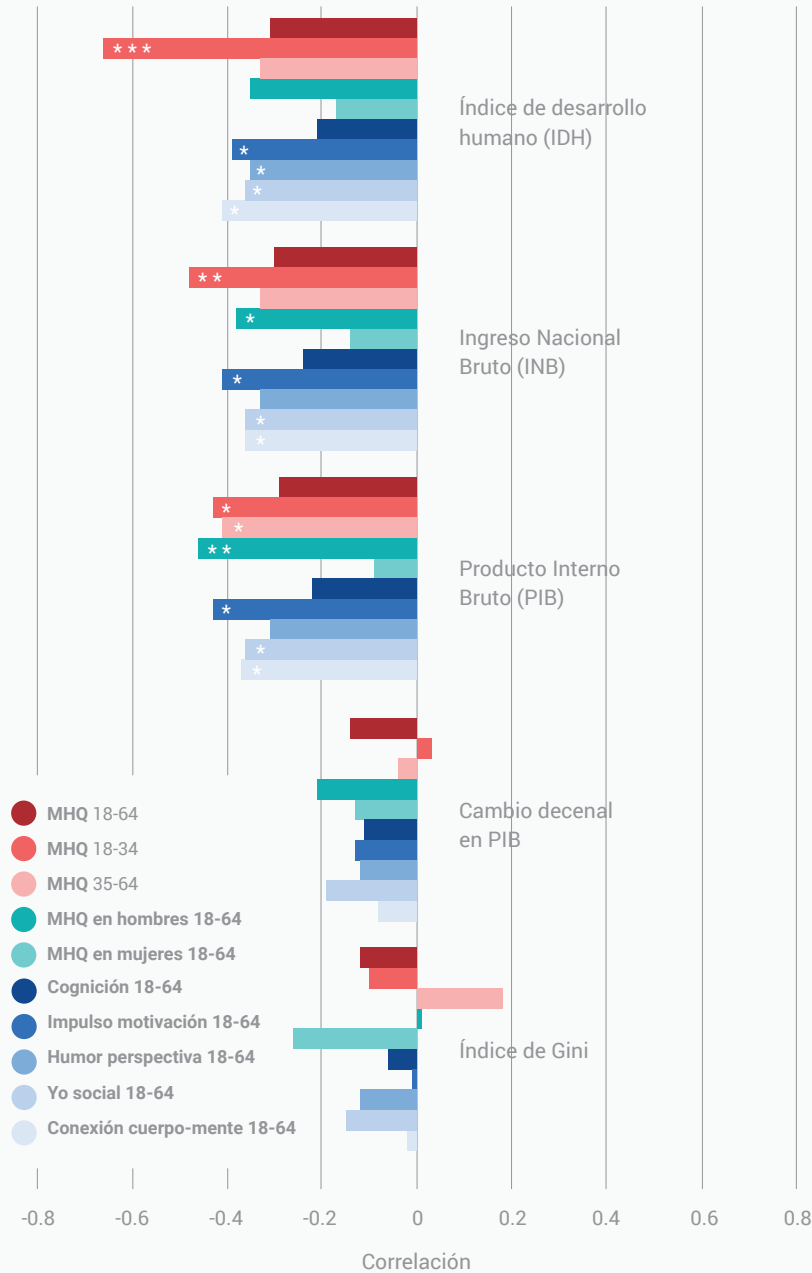
Factores demográficos

En primer lugar, en estos países hay varias diferencias demográficas entre las poblaciones con internet. Por ejemplo, la población de África Occidental en general es mucho más joven, con solo un 3% mayor de 65 años (Naciones Unidas, 2019). Esto marca un agudo contraste con países europeos donde el 20% de la población tiene más de 65 años (Naciones Unidas, 2019). Segundo, la población con acceso a internet de países de África Occidental tiene típicamente más educación y más probabilidad de estar empleada. La Figura 2.3 muestra correlaciones entre diferentes factores demográficos de los países y sus puntuaciones de MHQ. El porcentaje de adultos mayores, el porcentaje con una licenciatura o más y el porcentaje de empleados están todos direccionalmente correlacionados positivamente con las puntuaciones de MHQ del país (aunque no significativamente), lo que indica que estos factores juegan un papel, pero también que no lo explican todo (ver más detalles en Tablas estadísticas). La única correlación significativa fue el porcentaje de la muestra de cada país con un título de maestría o más ($r=0.4$). Nótese que los factores demográficos de edad y género están incorporados en el cálculo de las puntuaciones del MHQ del país mientras que educación y empleo no lo están. El bienestar mental a lo largo de estas varias dimensiones demográficas se discute en una sección subsiguiente.

Factores relacionados al COVID

Otro factor que cabría esperar tuviera un papel, son las métricas relacionadas con COVID. Con respecto

Figura 2.2: Correlación de puntuaciones del MHQ por país con indicadores económicos



*** -p<0.001, ** -p<0.01, * -p<0.05

a esto, examinamos tanto los casos como las muertes por millón de habitantes en 2021 en cada país (Johns Hopkins, 2021), así como una métrica agregada del rigor de las medidas contra el COVID en 2021 (Oxford COVID-19 Government Response Tracker, 2022). La severidad de las medidas contra el COVID estuvo significativamente correlacionada de forma negativa con las puntuaciones del MHQ de las poblaciones de 18 a 34 años, aunque no para la población general, y se correlacionó negativamente de forma direccional con las muertes y los casos por 1M. ($r=-0.4$ para rigor, ver Tablas estadísticas).

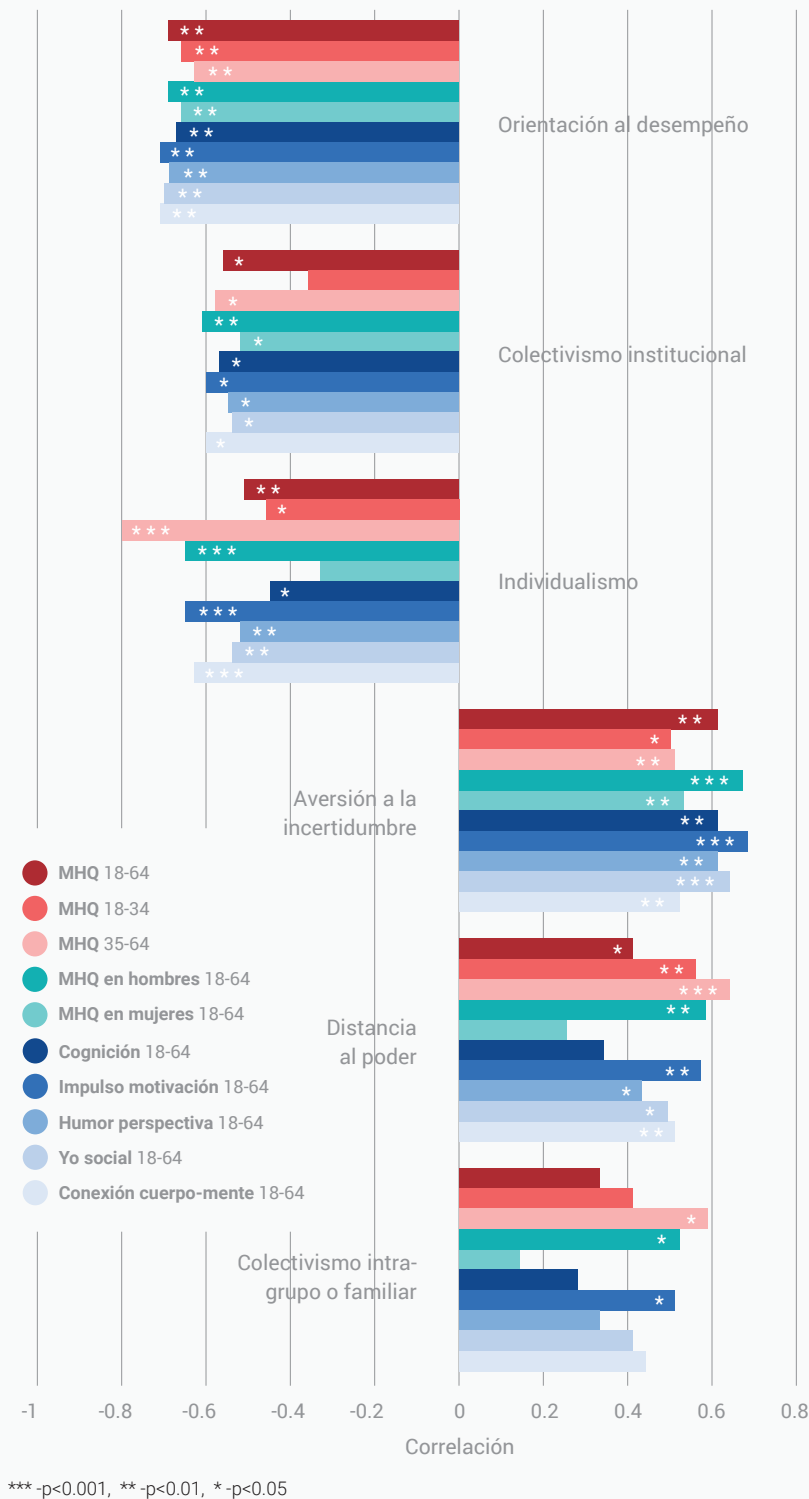
Factores económicos

¿Existe una relación entre los indicadores económicos y el bienestar mental? Buscamos correlaciones entre las puntuaciones del MHQ de los países y los principales indicadores económicos y de desarrollo, como el PIB per cápita, el INB per cápita, el crecimiento decenal del PIB, el crecimiento del PIB en 2020, el índice de Gini (Banco Mundial) y el Índice de Desarrollo Humano (IDH; PNUD). Sorprendentemente, el PIB per cápita, el INB per cápita y el Índice de Desarrollo Humano presentaron

una correlación significativamente **negativa** con respecto a las puntuaciones del MHQ. Mientras que la

Los indicadores de prosperidad económica del país están negativamente correlacionados con el bienestar mental, particularmente en adultos jóvenes y varones, y contradice la noción generalizada de que la prosperidad económica nacional se traduce en un mayor bienestar social.

Figura 2.3: Correlaciones del MHQ y puntuaciones por dimensión con indicadores culturales a nivel de país



correlación para el MHQ general no fue significativa, cuando sólo se consideró a las personas de 18 a 64 años (es decir, excluyendo a los ancianos), estas correlaciones negativas se tornaron altamente significativas para las dimensiones de Impulso y motivación, el Yo social y la Conexión cuerpo-mente. Además, las correlaciones fueron muy significativas para los hombres de 18 a 64 años y para los adultos jóvenes menores de 34 años (tanto hombres como mujeres), pero no fueron significativas para las mujeres mayores. Observamos que el Impulso y motivación incluye varios factores, como los niveles de energía y el deseo de alcanzar objetivos, que en sus extremos negativos son también los factores clave del agotamiento. Como esta muestra es específica para las poblaciones con acceso a Internet, existe la posibilidad de que esto refleje la mayor prosperidad de las personas con acceso a Internet en países con menor PIB per cápita y penetración de Internet. Sin embargo, las correlaciones negativas persistieron tras eliminar a los países africanos, donde la presencia de internet es menor. Además, si se consideran únicamente los países de Europa Occidental y de la anglosfera, la dirección de la correlación para el PIB y el INB per cápita sigue siendo negativa, aunque ya no significativa dado el menor número de países. Sin embargo, las

Los países a la cabeza en los indicadores de Orientación al desempeño e Individualismo mostraron el bienestar mental más bajo en todas las dimensiones y grupos etarios.

correlaciones negativas de las puntuaciones del MHQ con el Índice de Gini y los cambios decenales del PIB aumentaron sustancialmente a -0.45 y -0.46 desde -0.14 y -0.12 para los 34 países. **Esto contradice la noción común de que la prosperidad económica nacional se traduce en un mayor bienestar social, donde se esperaría que estas correlaciones fueran positivas y no significativamente negativas.**

Factores culturales

¿Qué papel juega la cultura? Aquí analizamos las correlaciones entre puntuaciones del MHQ e indicadores culturales del Globe Project a nivel de país (House et al, 2004) y también los compilados por Geert Hofstede de la Universidad de Maastricht (Hofstede, 2013). Nos sorprendió que varios indicadores de cultura mostraron correlaciones excepcionalmente fuertes con las puntuaciones de bienestar mental de los países. Encabezó la lista el indicador del Globe Project, **Orientación al desempeño** (House et. al. 2004), que mide cuánto las recompensas y el reconocimiento dependen del rendimiento laboral.

Los países con indicadores altos de Orientación al desempeño e Individualismo mostraron el bienestar mental más pobre en todas las dimensiones y grupos de edad.

De todos los indicadores examinados, este fue el más significativamente correlacionado de forma negativa a las puntuaciones del MHQ en su conjunto, a todas las puntuaciones dimensionales del MHQ, y para todos los grupos de edad y género. A continuación, siguen dos métricas adicionales de **Colectivismo institucional** (Globe Project) e **Individualismo** (Geerte Hoftede; GH), que también estaban significativamente correlacionados de manera negativa con el bienestar mental y sus diversas dimensiones. El indicador denominado Colectivismo institucional refleja la práctica de un país de redistribución institucional de la riqueza mientras que el indicador de Individualismo se refiere a la estructura social en la que se espera que los individuos se ocupen de sí mismos y de su familia inmediata. Los países con altos niveles de Orientación al desempeño e Individualismo también tienden a practicar mayor Colectivismo institucional. Por lo tanto, estas tres métricas están altamente correlacionadas de manera positiva entre sí.

Por otro lado, los indicadores de **Distancia al poder** (GH), **Aversión a la incertidumbre** (GH) y **Colectivismo intra-grupal o Colectivismo familiar** (Globe Project) se correlacionaron positivamente con el bienestar mental. En particular, estas correlaciones fueron más positivas en el caso de los hombres y en las dimensiones del MHQ de Impulso y motivación y Yo social. Una alta Distancia al poder se refiere a culturas en las que existe una alta aceptación de una distribución desigual y jerárquica del poder, en las que las personas conocen "su lugar" en el sistema. Del mismo modo, una alta Aversión a la incertidumbre se refiere al grado en que una sociedad confía en las normas y reglas sociales para aliviar la imprevisibilidad, y en particular, la imprevisibilidad social. Por último, el Colectivismo intragrupal o

familiar se refiere al grado en que las sociedades expresan orgullo, lealtad y cohesión dentro de sus grupos familiares.

También observamos que otros indicadores culturales como el Índice de masculinidad (GH), el Igualitarismo de género (Globe Project) y la Orientación humana (Globe Project) no se correlacionaron significativamente con ningún aspecto del bienestar mental y no se muestran aquí, pero pueden verse en las Tablas estadísticas.

En conjunto, estas relaciones presentan un panorama sorprendente pero coherente: una cultura en la que cada uno se ocupa de sí mismo y se le juzga y clasifica por su rendimiento puede ser buena para el crecimiento económico, pero perjudicial para nuestro bienestar mental colectivo. ¿Qué dice esto sobre quiénes somos y cuáles deberían ser los objetivos de nuestros sistemas sociales, económicos y políticos? Esperamos que estas conclusiones fomenten una investigación más profunda y un dinámico debate.

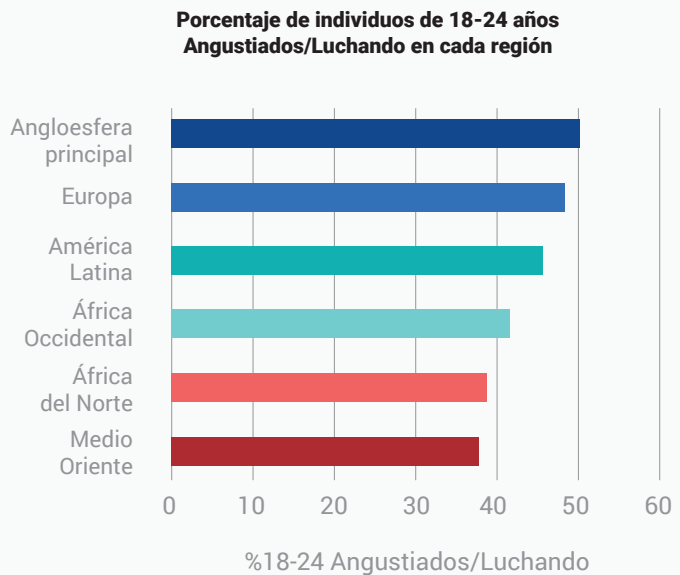
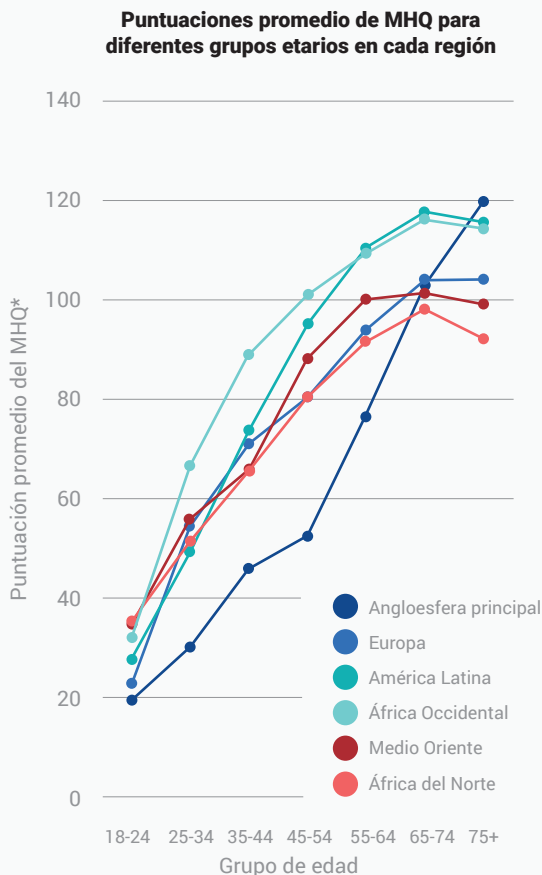
3.

Factores demográficos que impactan el bienestar mental y tendencias clave

Un deterioro global en las generaciones más jóvenes

El año anterior destacamos la tendencia hacia el deterioro del bienestar mental de generaciones sucesivamente más jóvenes en los países de habla inglesa. Esta tendencia estuvo presente aún en 2019 aunque fue amplificada en 2020 durante la pandemia de COVID-19 cuando el bienestar mental disminuyó significativamente más para los adultos jóvenes que para los adultos mayores (Newson et al. 2021a). Este año mostramos un deterioro similar en el bienestar mental en generaciones sucesivamente más jóvenes de los 34 países, independientemente del idioma o región.

Figura 3.1: Puntuaciones de MHQ por grupos etarios



*Las puntuaciones del MHQ están en una escala de 300 puntos.

La figura 3.1 muestra un panorama consolidado de cada región. Los encuestados de entre 18 y 24 años obtuvieron una puntuación media del MHQ de 29, con un 44% de los encuestados (del 50% en el núcleo de la angloesfera al 38% en Medio Oriente) en el rango de **Angustiado** o **Luchando** y sólo el 19% en el rango de Logrando o Prosperando. Por el contrario, los adultos de 65 años o más obtuvieron una puntuación media en el MHQ de 107, un 26% más alta en la escala que los de 18 a 24 años. En consecuencia, sólo el 7% de los mayores de 65 años se encontraba en el rango de Angustiado o Luchando (del 6% en África Occidental al 9% en Medio Oriente), mientras que el 63% se encontraba en el rango de Logrando o Prosperando. Aunque no lo mostramos aquí, observamos que este patrón era consistente en todas las dimensiones del bienestar mental y, en particular, en las dimensiones de Humor y perspectiva y Yo social, en las que la reducción de las puntuaciones con la edad era más pronunciada. Además, fue más pronunciada para las mujeres que para los hombres.

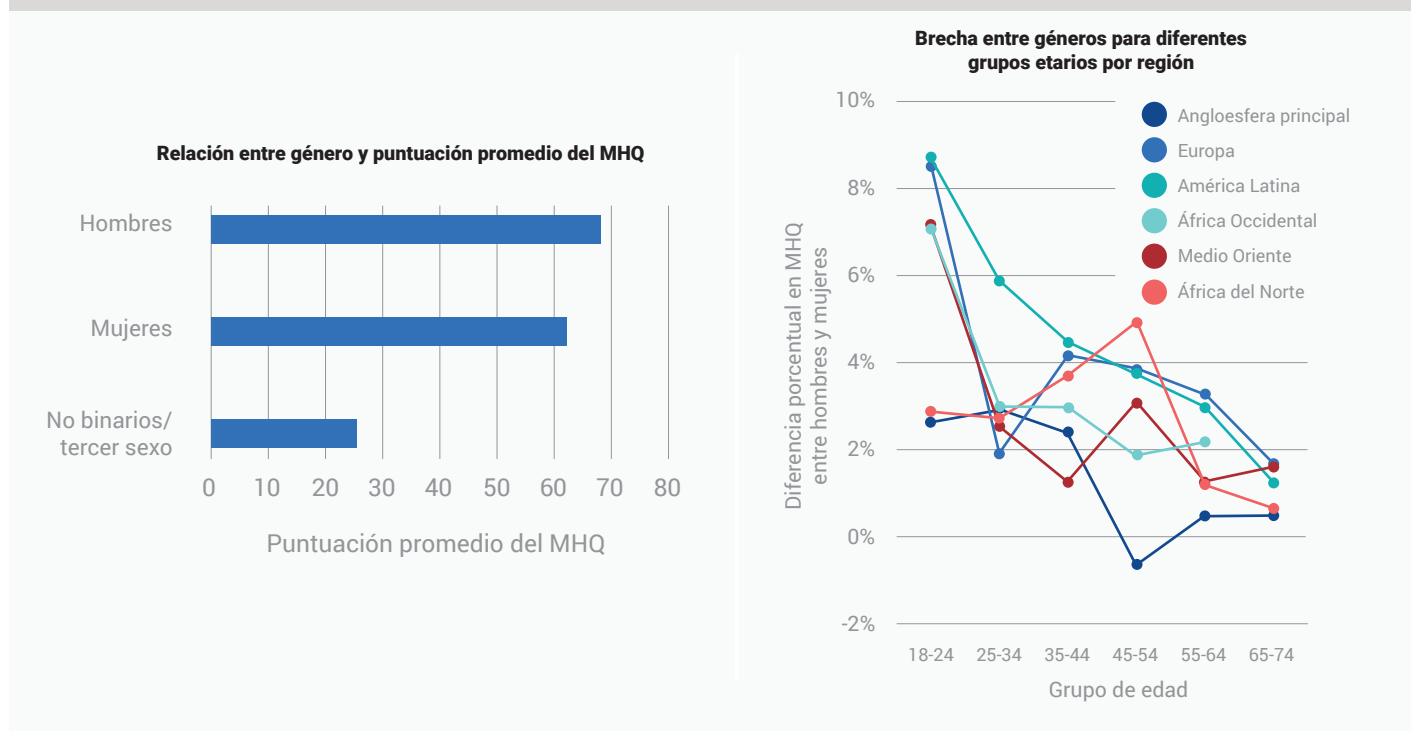
¿Sugiere esto que el bienestar mental aumenta sistemáticamente a medida que envejecemos? Los datos sugieren que no. En los patrones de bienestar observados antes de 2010, los jóvenes solían mostrar la mayor felicidad y bienestar. En Estados Unidos, el bienestar seguía una curva en forma de U en la que los adultos más jóvenes y los de más edad eran los que mejor se desenvolvían, con una disminución entre los grupos de mediana edad (Stone et al., 2010). En América Latina, en cambio, el bienestar era más alto entre los adultos jóvenes y disminuía constantemente en los grupos de mayor edad (Steptoe et al., 2015). Si bien estos estudios más antiguos medían el bienestar específicamente en términos de felicidad y algunos elementos de nuestra medida de Humor y perspectiva, observamos que el Humor y perspectiva muestra ahora un deterioro aún más pronunciado que otras dimensiones donde los sentimientos de tristeza, angustia y desesperanza presentan el reto mental más prevalente entre las personas de 18 a 24 años. El profundo cambio en los patrones de bienestar mental por grupo de edad, y los hallazgos de que los desafíos de salud mental en la juventud tienden a persistir durante la vida adulta (Richmond-Rakerd et al., 2021), sugieren un deterioro progresivo a través de las generaciones en lugar de una tendencia a la mejora del bienestar mental con la edad.

La naturaleza consistente a nivel global de este fenómeno sugiere una causa subyacente común, en particular porque los patrones de bienestar por edad han demostrado diferir bastante significativamente entre las regiones antes de 2010 (Steptoe et al., 2015). Aunque no podemos ofrecer una explicación probada para esta tendencia global, en la sección 5 analizamos varias posibilidades, desde cambios en la desigualdad hasta causas medioambientales y el impacto del internet.

Una brecha persistente de género especialmente pronunciada en América Latina

Las diferencias de género en bienestar mental fueron presentadas anteriormente, con tasas de depresión, trastorno de estrés post traumático (TSPT), trastornos alimentarios y trastorno de ansiedad generalizada más altos en mujeres que en hombres (Kessler et al., 1993; Van de Velde et al., 2010;

Figura 3.2: Puntuación del MHQ por género



McLean et al., 2011; Ditlevsen and Elklit, 2012; Salk et al., 2017; Udo and Grilo, 2018). De acuerdo con estos resultados, mostramos que las encuestadas tenían puntuaciones del MHQ algo menores en general comparadas con los hombres en nuestro informe 2020 (Newson et al, 2021a). Sin embargo, uno de los hallazgos más sorprendentes de 2020 fue que quienes se identificaron como no binarios/tercer género, encaraban retos sustantivamente más serios en su bienestar mental, resultado consistente con otros estudios (Cochran et al., 2003; Russell and Fish, 2016; Trevor Project, 2021).

También en 2021, el bienestar mental, medido por el MHQ, fue ligeramente superior en los hombres (68) en comparación con las mujeres (62), y drásticamente inferior en los encuestados no binarios o del tercer género (25). Esto se traduce en una diferencia de apenas un 2% entre hombres y las mujeres en la escala del MHQ, pero de un 12-13% entre los no binarios o de tercer género y los hombres o las mujeres (Figura 3.2). Este año ampliamos estos resultados a múltiples regiones. En general, fue mayor en América Latina y menor en el núcleo anglosajón, aunque el patrón fue distinto para los adultos jóvenes de 18 a 24 años.

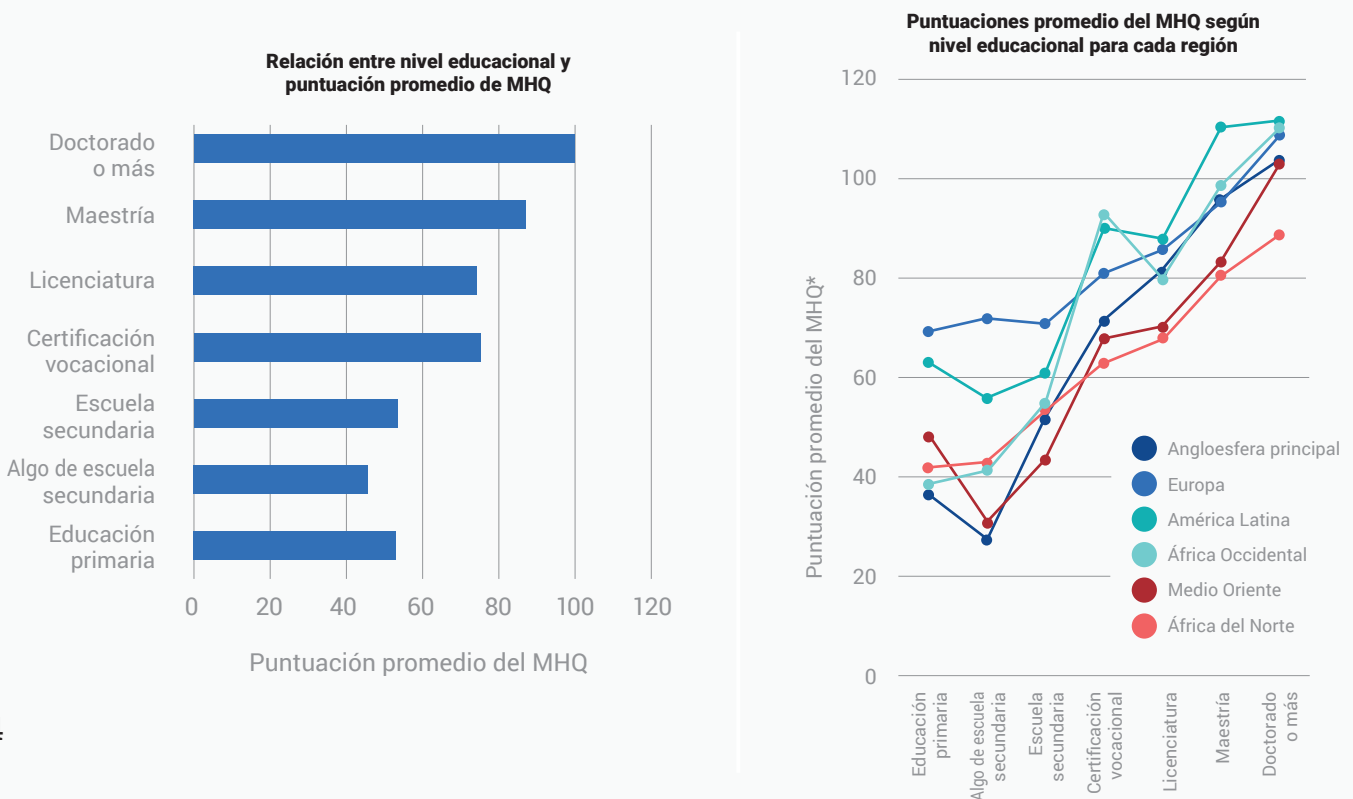
La brecha de género, generalmente en el rango del 2 al 4%, fue muchas veces menor que la brecha de edad indicada anteriormente, y su magnitud disminuyó con la edad. Por ejemplo, en el caso de los adultos jóvenes de 18 a 24 años, había una diferencia del 6% en las puntuaciones de bienestar mental, siendo los hombres los que tenían un mayor bienestar mental en comparación con las mujeres. Sin embargo, en el caso de de 65 años y más, esta diferencia había disminuido a sólo un 1.5%. Posiblemente esto refleja el mayor deterioro del bienestar mental con la edad para las mujeres que para los hombres.

4. Educación, empleo y bienestar mental

Más educación, mejor bienestar mental

La evidencia previa sugiere que existe una relación bidireccional entre el bienestar mental y el nivel educativo, en la que un bajo bienestar mental puede conducir a niveles inferiores de rendimiento y viceversa (Esch et al., 2014; Gariépy et al., 2021). La figura 4.1 muestra la relación entre el bienestar mental, medido por las puntuaciones del MHQ, y el nivel educativo, definido como el nivel más alto de educación que una persona haya alcanzado. Los resultados muestran que las puntuaciones de bienestar mental son más altas a medida que aumenta el nivel de estudios. Los encuestados con título de doctorado o maestría obtuvieron los niveles más altos de bienestar mental, con puntuaciones medias del MHQ de 101 y 94, respectivamente. Los encuestados con licenciaturas o con certificación profesional tenían puntuaciones de bienestar mental aproximadamente un 6% más bajas, con 78 y 79, respectivamente. Las personas con niveles educativos inferiores a la licenciatura (es decir, estudios secundarios o menores) obtuvieron las puntuaciones de bienestar mental más bajas (rango 47-58),

Figura 4.1: Puntuaciones de bienestar mental según nivel educativo



aproximadamente un 9% inferiores en la escala MHQ que las personas con licenciatura o certificación vocacional.

Este patrón fue similar en todas las regiones, aunque la magnitud de la diferencia entre los niveles de educación varió poco. Por ejemplo, la diferencia entre los que tenían un nivel de estudios de escuela secundaria o inferior era menor en Europa que en todas las demás regiones, mientras que en la angloesfera se daba la diferencia más pronunciada.

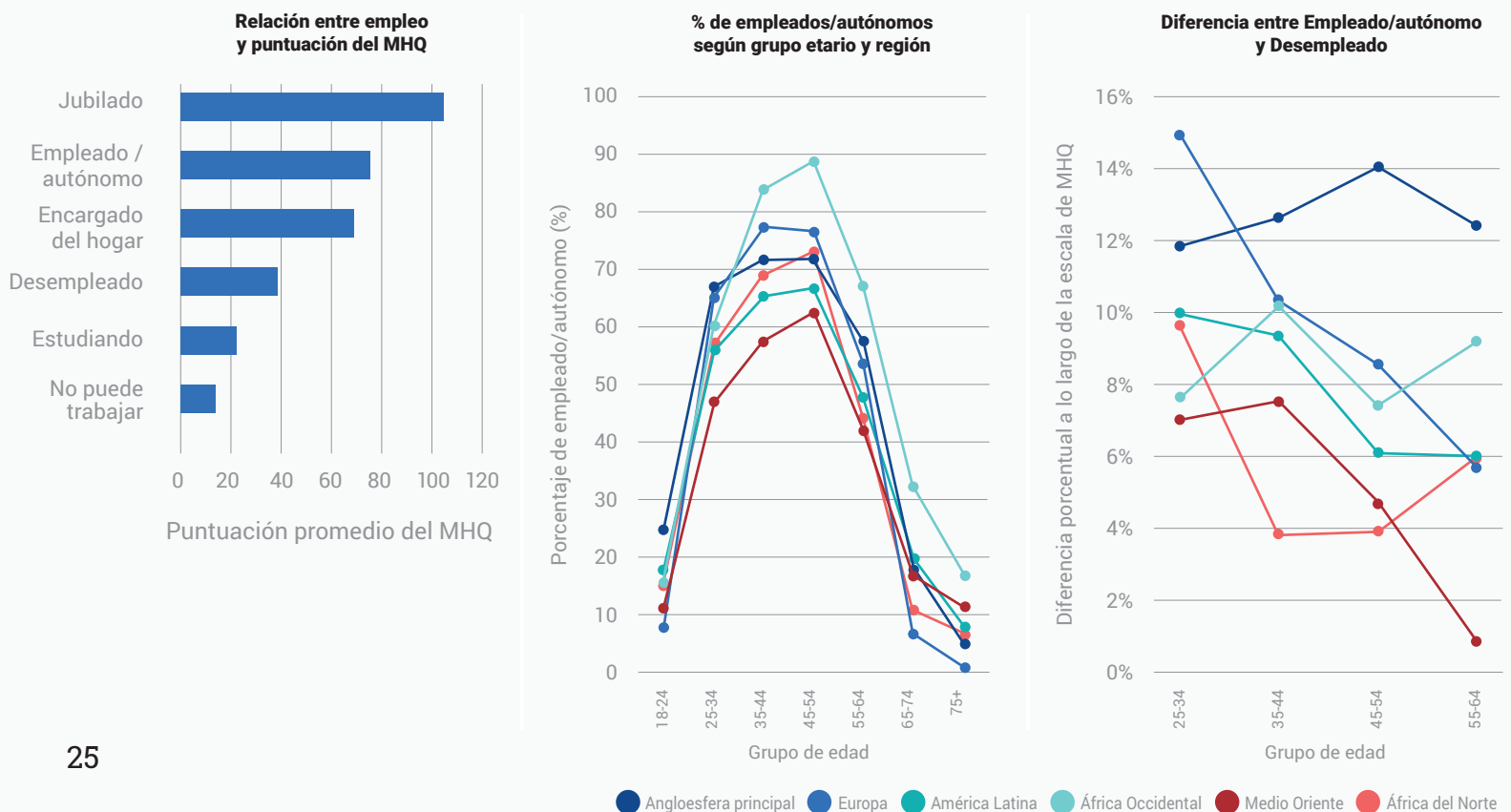
Esta relación entre las puntuaciones del MHQ y la educación puede ser también un reflejo del aumento de los ingresos asociado a un mayor nivel educativo, un factor que no aquí consideramos.

Empleo, bienestar mental y productividad

El trabajo es un aspecto integral de la vida que ocupa gran parte de nuestro día y puede proporcionar a las personas un fuerte sentido de identidad, autoestima, propósito y estabilidad económica (Modini et al., 2016). Por el contrario, se ha demostrado que el desempleo tiene un impacto negativo en el bienestar mental (Brouwers, 2020).

En conjunto, los datos mostraron puntuaciones de bienestar mental similares para los encuestados que se identificaron como empleados/autónomos o encargados del hogar, con puntuaciones medias

Figura 4.2: Puntuaciones del MHQ según grupos por empleo



del MHQ de 75 y 69, respectivamente (figura 4.2). Por el contrario, los que estaban desempleados o no podían trabajar obtuvieron puntuaciones del MHQ un 11% y un 19% más bajas en la escala del MHQ, respectivamente, en comparación con los que tenían empleo o se ocupaban del hogar. El porcentaje de los que tenían empleo era más alto entre los 25 y los 54 años en todas las regiones y sustancialmente más bajo entre los de 18-24 y los mayores de 65 años.

Los jubilados suelen tener 65 años o más, mientras que los que estudian suelen tener entre 18 y 24 años, y las puntuaciones medias del MHQ oscilan entre 90 y 120 y entre 20 y 38 en todas las regiones, respectivamente. Por lo tanto, las puntuaciones más altas en el MHQ de los jubilados y las más bajas de los estudiantes son probablemente un reflejo del deterioro del bienestar mental de las generaciones más jóvenes y no tienen que ver específicamente con el hecho de estar jubilado o estudiando. En los rangos de edad de 25 a 54 años en los que la mayoría estaba empleada, la diferencia entre las puntuaciones del MHQ de los empleados/autónomos y los desempleados era sustancialmente mayor en el núcleo de la angloesfera (12- 14% para todos los grupos de edad) y más baja en África del Norte y Medio Oriente (tan baja como el 1% para las edades de 55-64 años en Medio Oriente y tan alta como el 10% para las edades de 24-34 años en África del Norte). En general, con la exclusión de la angloesfera, la diferencia suele ser del 4-10%.

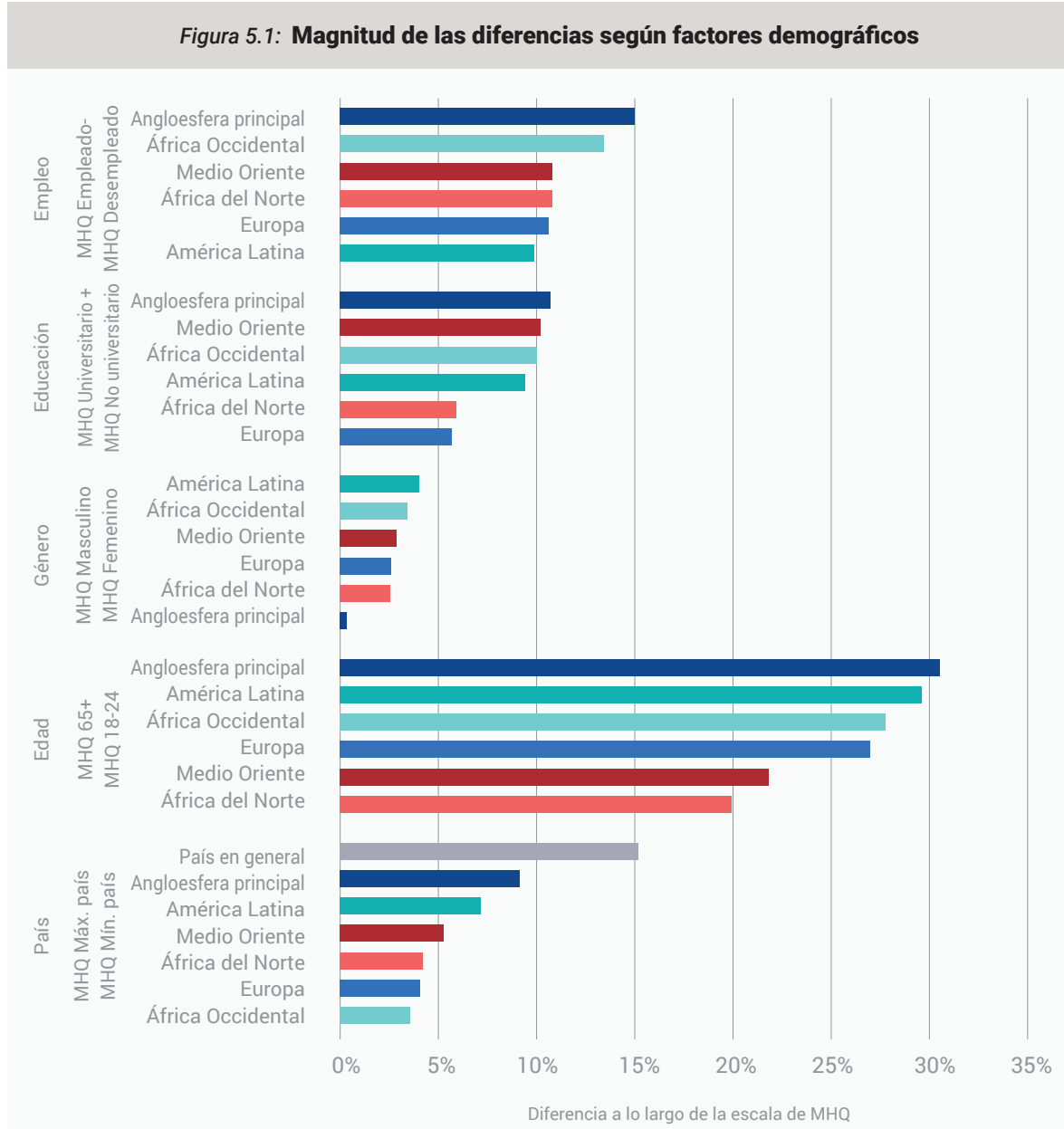
Los datos sugieren desde hace tiempo que una mala salud mental conlleva una reducción de la productividad (Kessler y Frank, 1997; Lim et al., 2000; Hemp, 2004; Burton et al., 2008; Evans-Lacko y Knapp, 2016; Bubonya et al., 2017) y pérdidas económicas (Marcotte y Wilcox-Gök, 2001; Stewart et al, 2003; Trautmann et al., 2016; Whiteford, 2021), lo que indica la probabilidad de que la relación entre el bienestar mental y la productividad sea bidireccional, de modo que los desempleados pueden estarlo debido a los problemas de su bienestar mental. Observamos que existe una relación sistemática entre las puntuaciones del MHQ y la productividad autodeclarada (también demostrada anteriormente en Sapien Labs, 2021; Newson et al., 2022). El ausentismo y el presentismo aumentan sustancialmente en los rangos negativos de la escala del MHQ (véase el Apéndice 1). Esto respalda la relación bidireccional entre el empleo y la productividad y demuestra que el MHQ es una medida eficaz de las capacidades productivas de una persona.

5. Resumen y hallazgos

Comparación de factores demográficos clave

En la Figura 5.1 comparamos la magnitud de las diferencias en las puntuaciones del MHQ (la brecha en bienestar mental) dentro de cada región a lo largo de varias dimensiones demográficas descritas en la sección 4. Estas incluyen edad (18-24 vs 65+), género (hombres vs mujeres), educación (licenciaturas o más vs menos), empleo (empleados vs desempleados) y país (país con puntuación más alta vs más baja dentro de cada región, y en general).

En todos estos, la brecha mayor fue la generacional donde la diferencia en bienestar mental entre los individuos de 18-24 y los de 65 y más fue 20-31% en todas las regiones. En todas ellas, la brecha generacional en bienestar mental fue 2 a 3 veces más grande que la de género, empleo o educación (notando que la condición de empleo está también afectada por la edad). Aún la diferencia máxima entre países en general, aunque relativamente grande



(15%), siguió siendo más pequeña que la brecha generacional dentro de cualquier región.

Por lo tanto, de todas las tendencias, es de suma importancia comprender qué está detrás de este cambio global en el patrón de bienestar mental por edad desde 2010.

La diferencia en bienestar mental entre adultos más jóvenes y mayores fue 2 a 3 veces más grande que las diferencias según dimensiones de edad, género, empleo o país dentro de una región.

Posibles causas del deterioro generacional

El rápido cambio de los patrones de bienestar específicos de cada región con la edad, en los que los adultos jóvenes solían tener los niveles más altos en varias escalas de bienestar, a un patrón consistente en el que ahora obtienen los más bajos en toda la población con acceso a internet de cada uno de los 34 países de la muestra, sugiere una causa subyacente común. Hemos considerado varios factores causales posibles: desigualdad de ingresos, inestabilidad política, factores relacionados con internet y toxinas ambientales.

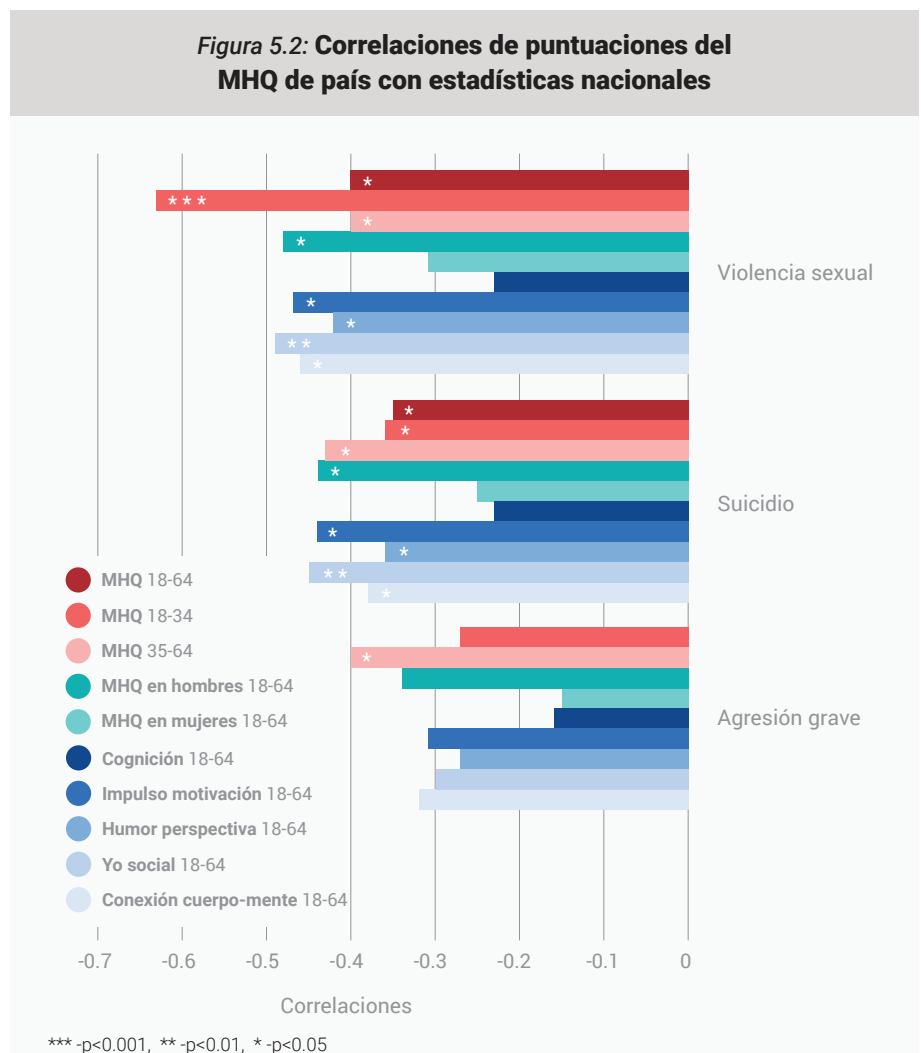
En la última década la desigualdad, medida por el índice de Gini, ha aumentado en gran parte del mundo desarrollado. Sin embargo, en otras regiones como América Latina ha **disminuido** o se ha mantenido estable. Sin embargo, en cada uno de estos países existe el mismo descenso dependiente de la edad. Del mismo modo, aunque ha habido casos de inestabilidad política en la última década en muchos de los 34 países incluidos en este informe, las estimaciones de **Estabilidad política y Ausencia de violencia/Terrorismo** (Banco Mundial) no han variado en los últimos diez años. Por tanto, aunque estos factores pueden jugar un papel en países concretos, ninguno de ellos puede explicar la presencia de una tendencia global tan consistente.

En cuanto a las toxinas ambientales, en general la contaminación de la atmósfera ha disminuido en todo el mundo o se ha mantenido estable durante la última década, lo que la descarta como causa posible. Por otro lado, los contaminantes químicos y los disruptores endócrinos procedentes de productos farmacéuticos y cosméticos en el agua han aumentado considerablemente desde 2010. También lo ha hecho la presencia de microplásticos en nuestros alimentos y en el agua, que se sabe inducen una respuesta inmunológica y de estrés y provocan toxicidad reproductiva y de desarrollo en animales, pero que no están bien estudiados en seres humanos (Blackburn y Green, 2022). Lamentablemente, no se dispone de datos a nivel de país sobre estos parámetros. Sin embargo, se trata de un área que, en nuestra opinión, debería estudiarse más a fondo en términos de cómo afecta el estado de la salud mental.

Por último, un cambio global consistente en todos los países es el crecimiento exponencial de los teléfonos inteligentes y el acceso ubicuo a internet que comenzó alrededor de 2009 y se estabilizó alrededor de 2016. El impacto de varios aspectos del uso de internet, como las redes sociales y el tiempo frente a pantallas, sobre la salud mental se han estudiado con conclusiones mixtas (Wongkoblapp et al., 2017; Kelly et al., 2018; Twenge y Campbell, 2018; Keles et al., 2020). Sin embargo, ofrecemos otra posible perspectiva. Desde que el teléfono móvil se hizo omnipresente, las estadísticas mundiales indican que los individuos pasan una media de 7 a 10 horas en línea al día, según el país. Por lo tanto, sugerimos que tal vez no sea el uso del teléfono móvil y de internet en sí lo que haya sido perjudicial, sino más bien que ocupa una fracción tan grande del tiempo que antes se hubiera dedicado a las interacciones sociales en persona requeridas para construir y mantener un fuerte Yo social, la dimensión más ausente en los adultos más jóvenes. Aunque los datos actuales son sólo sugerentes y no concluyentes, se trata de un área que merece atención inmediata y gran parte de nuestros esfuerzos en 2022 se abocarán a tratar de entender estos efectos.

Posibles consecuencias

Aunque debemos esforzarnos por entender claramente los factores causales específicos, algunas estadísticas aleccionadoras destacan su urgencia. Las puntuaciones más bajas del MHQ están significativamente correlacionadas con las tasas nacionales de suicidio y violencia sexual, y direccionalmente con las tasas de agresiones violentas por país, según informa la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) (Figura 5.2). Las correlaciones son especialmente significativas para los varones jóvenes de 18 a 34 años y con la dimensión del Yo social. Si no se controla, la tendencia actual sugiere que podría haber un aumento sustancial de estas estadísticas.



Perspectivas futuras

Expansión global

2021 fue el segundo año del proyecto La salud mental del millón, cuando se incluyeron tres idiomas: español, francés y árabe. Esto amplió el panorama de 8 países angloparlantes y 40.000 respuestas en 2020 a 34 países y 223.087 respuestas en 2021. En 2022, con el agregado de traducciones en portugués, ruso, alemán, hindú, tamil y swahili, ampliaremos nuestro alcance a 72 países y más de medio millón de respuestas en camino a nuestra meta de más de 1 millón de respuestas por año. Con la expansión tanto en amplitud alrededor del mundo como en profundidad dentro de cada país, podremos proporcionar perspectivas cada vez más representativas y localizadas con un poder de análisis cada vez más profundas sobre las razones subyacentes.

Análisis más profundos

Los hallazgos en este informe representan solo la punta del iceberg. La triangulación de datos con otras fuentes de información, tanto ambientales como sociales, para entender relaciones nos permitirán desenredar los factores causales que determinan qué debe manejarse para tener el mayor impacto en el bienestar mental. Un análisis más profundo de los síntomas también puede permitir entender cómo difieren los perfiles de riesgo clínico específicos según geografías y demografías. Las posibilidades son muchas. El acceso a datos en tiempo real del proyecto La salud mental del millón es por lo tanto accesible gratuitamente a pedido de investigadores y organizaciones para la investigación sin fines de lucro. Esperamos que las instituciones utilicen estos datos efectivamente para lograr un impacto mayor.

Donaciones y apoyo mediante la colaboración

Alcanzar nuestros objetivos de una visión verdaderamente global que nos ayude a gestionar activa y eficazmente el bienestar mental de la sociedad requiere un apoyo multifacético global. Esperamos que los lectores y participantes apoyen nuestro esfuerzo de expansión en todo el mundo y que colaboren con nosotros para hacer un uso eficaz de los datos. Las donaciones pueden hacerse a través de nuestro sitio web o contactándonos directamente. También apreciamos colaboraciones para ampliar el alcance a zonas geográficas o grupos demográficos específicos, y para ayudar a convertir los conocimientos de estos datos en políticas e intervenciones que puedan tener un impacto positivo en el futuro bienestar mental del mundo.

Apéndice 1:

Cómo entender el MHQ

Acerca del MHQ

Los datos del proyecto La salud mental del millón se recopilan mediante una herramienta de evaluación en línea llamada Mental Health Quotient (MHQ), desarrollada por Sapien Labs. El MHQ es una evaluación integral singular del bienestar mental compuesta por 47 elementos de la función mental que incluyen tanto problemas como recursos (Newson y Thiagarajan, 2020). Utiliza estos elementos para proporcionar una puntuación agregada que permite situar a los individuos en un espectro que va desde la *angustia* hasta la *prosperidad*, así como puntuaciones parciales en 5 amplias dimensiones funcionales. El MHQ está disponible gratuitamente en línea, es anónimo y se tarda unos 15 minutos en completar. Actualmente está disponible en inglés, español, francés y árabe, con traducciones adicionales previstas a partir de 2022. Además de las 47 preguntas con puntuación, los encuestados responden a preguntas relacionadas con sus datos demográficos, sus experiencias y estilo de vida. Para estimular respuestas reflexivas y sinceras, los encuestados reciben una puntuación del MHQ junto con comentarios personalizados al completar el MHQ y pueden optar por recibir por correo electrónico un informe más detallado con recomendaciones sobre qué acciones tomar.

La lógica detrás del MHQ

El MHQ se desarrolló para abordar los retos existentes en la evaluación de la salud mental, así como la diversidad y la comorbilidad de las enfermedades mentales. En primer lugar, no se disponía de herramientas que evaluaran tanto las dimensiones positivas como las negativas de la función mental que fueran apropiadas para identificar toda la gama del bienestar mental en una población general. Además, las herramientas de evaluación de la salud mental disponibles solían ser específicas para determinados 'trastornos'. Un estudio realizado por Sapien Labs mediante 126 cuestionarios y entrevistas de salud mental de uso común que abarcaban 10 trastornos, mostró que las herramientas que evaluaban el mismo trastorno sólo coincidían en un 29-58% en cuanto a los síntomas captados, dependiendo del trastorno concreto (Newson et al., 2020). Por el contrario, el 60% de los síntomas se evaluaron en

al menos la mitad de los trastornos, lo que ilustra una gran superposición entre las herramientas de evaluación específicas de los desórdenes. Además, ninguna de las herramientas disponibles para todos los trastornos evaluaba todo el espectro de síntomas o consideraba las dimensiones positivas del bienestar mental. Por lo tanto, el MHQ nació de la necesidad de una herramienta global estándar en la evaluación de la salud mental que abarcara la amplitud de los síntomas de los trastornos de salud mental, pero que también fuera relevante para la población en general - que no necesariamente presenta síntomas a nivel clínico, pero que sin embargo puede tener fluctuaciones naturales en su bienestar mental.

Desarrollo de las preguntas codificadas del MHQ

El MHQ fue desarrollado en base a una codificación integrada de síntomas y elementos mentales presentes en 126 cuestionarios y entrevistas sobre salud mental diferentes, abarcando depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (TDAH), trastorno de estrés post-traumático (TEPT), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), adicción, esquizofrenia, trastorno alimentario y trastorno del espectro autista (TEA), y herramientas sobre trastornos múltiples (Newson et al, 2020). Se codificaron y consolidaron un total de 10.154 preguntas en un conjunto de 43 categorías de síntomas. Los ítems resultantes fueron revistos en términos de otros marcos transdiagnósticos incluyendo el Research Domain Criteria (RDoC) propuesto por el National Institute of Health (Insel et al, 2010) y síntomas relevantes de demencia, reorganizados en un conjunto de 47 elementos de bienestar mental.

Uso de una escala de clasificación del impacto en la vida

En las 126 herramientas estudiadas, la evaluación de los síntomas era muy heterogénea, y abarcaba desde la presencia o la frecuencia hasta la gravedad y la duración de los síntomas en diversas escalas de tiempo, desde días hasta meses. Considerando en cambio que el objetivo final de la intervención en salud mental es mitigar el impacto del malestar mental en la experiencia de vida y el funcionamiento de la persona, el MHQ capta de forma singular estos síntomas y atributos mentales utilizando una escala de valoración del impacto vital de 9 puntos. El MHQ contiene dos tipos de elementos mentales. Los que pueden existir en un espectro que va de lo positivo a lo negativo y los que constituyen problemas con distintos grados de gravedad.

Preguntas demográficas, vivenciales y del momento

El MHQ también incluye numerosas preguntas no calificadas relacionadas con demografía, estilo de vida, episodios traumáticos y adversidades que pueden contribuir a entender los estímulos contextuales, impulsores y determinantes del bienestar mental.

Validación del MHQ

El MHQ ha sido validado de múltiples maneras (Newson et al., 2022). Primero, se ha demostrado la confiabilidad del MHQ mostrando que diferentes muestras recopiladas durante el mismo período tenían distribuciones de MHQ indistinguibles y valores promedio para cada uno de los 47 elementos. Además, los valores del MHQ se han mostrado estar correlacionados con $r=0.84$ entre repeticiones dentro de un período de 8-120 días. Las comparaciones de los valores de impacto sobre la vida del MHQ en términos de la frecuencia y gravedad del elemento del MHQ referido a sentimientos de *tristeza*, *angustia* o *desesperanza* mostraron una clara relación lineal con un $R^2>0,99$.

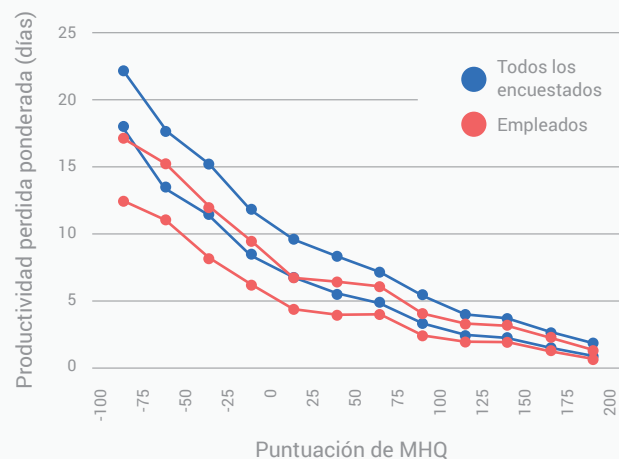
La escala del MHQ

El MHQ sitúa a los individuos a lo largo de un espectro que va desde la *angustia* hasta la *prosperidad*, abarcando un rango posible de puntuaciones de -100 a +200, donde los valores negativos indican un estado de bienestar mental con un impacto negativo significativo en la capacidad de funcionamiento. Es importante destacar que los valores del MHQ no se basan en un simple promedio de las puntuaciones de las preguntas, sino que cada una de las puntuaciones individuales tiene un umbral a lo largo de la escala funcional entre el impacto positivo y negativo en la función y se transforma de forma no lineal en función de la gravedad de las implicaciones. El rango positivo de la escala se basa en la escala del CI. Las puntuaciones positivas, normalmente distribuidas, se calibran con una media de 100 basada en nuestra muestra original de 2019 y pueden oscilar entre 1 y 200. Las puntuaciones negativas, en cambio, tienen una distribución de larga cola. Para garantizar que las puntuaciones medias globales no estén excesivamente determinadas por el pequeño número de individuos que se encuentran en la larga cola, la escala negativa se comprimió en una escala más pequeña de 0 a -100 para mitigar el impacto de las puntuaciones negativas en la media de la población. Se ofrecen más detalles de esta metodología en (Newson y Thiagarajan, 2020).

Implicaciones funcionales del MHQ

Se ha demostrado que el MHQ se relaciona sistemáticamente con el capital productivo de un individuo en el trabajo y en la vida (Sapien Labs, 2021; Newson et al., 2022). Por ejemplo,

Figura A1.1: Relación entre la puntuación del MHQ y productividad



Las líneas muestran el máximo y mínimo del rango

hemos demostrado que el número medio de días de trabajo perdidos en el mes anterior disminuye sistemáticamente a medida que aumentan las puntuaciones del MHQ (Newson et al., 2022). De forma acumulativa, cuando se considera la pérdida total de productividad vital en función de la puntuación del MHQ (teniendo en cuenta tanto los días de trabajo perdidos como los días que fueron menos productivos y asumiendo un rango del 20% al 50% de pérdida de productividad en los días menos productivos), aquellos con las puntuaciones más bajas del MHQ (entre -75 y -100) tuvieron una reducción global promedio de la productividad vital de entre 18 y 23 días al mes (Figura A1.1). Mientras que los que tenían las puntuaciones más altas en el MHQ no solían perder un día de trabajo, aún cuando este grupo indicó algunos días improductivos al mes.

Por lo tanto, las puntuaciones del MHQ consituyen una buena representación de la pérdida de conducta funcional y respalda el uso del MHQ como una evaluación de la capacidad productiva de una población, independientemente de cualquier clasificación de trastorno. También posiciona al MHQ como una herramienta importante para que las empresas y universidades sean más estratégicas en su gestión de la salud mental y el bienestar.

Relación entre la escala de MHQ y trastornos clínicos

Los elementos del MHQ se corresponden con los criterios de diagnóstico de cada uno de los 10 principales trastornos del DSM-5 (Newson et al., 2020; Newson et al., 2021b). El mapeo de los perfiles individuales con estos criterios ha demostrado que las puntuaciones del MHQ se relacionan sistemáticamente con la carga clínica (Newson et al., 2022). El porcentaje de personas con perfiles de síntomas clínicos que se alineaban con cualquiera de los 10 criterios de trastorno definidos por el DSM-5 aumentaba a medida que disminuía la puntuación del MHQ, de tal manera que el 89% de las personas con puntuaciones en el rango de "*angustiado*" tenían perfiles de síntomas que se alineaban con al menos uno de los 10 trastornos definidos por el DSM-5, en comparación con el 0% de las personas con puntuaciones en el rango de "*Logrando*" o "*Prosperando*" (Newson et al., 2022). Del mismo modo, el número de trastornos por individuo disminuyó sistemáticamente a medida que aumentaban las puntuaciones del MHQ, con un número medio de trastornos por persona de 3.8 para aquellos en el grupo *Angustiado* y de 0.0 para aquellos en los grupos *Logrando y Prosperando*. Por lo tanto, la puntuación del MHQ también refleja la carga clínica general de la salud mental. Obsérvese que el rango de puntuación del MHQ clasificado como *Angustiado* se denominaba anteriormente *Clínico*, mientras que el rango de puntuación *Luchando* se denominaba anteriormente *En riesgo*.

Cálculo de puntuaciones de las dimensiones del MHQ

Las puntuaciones de las dimensiones del MHQ se calculan para 5 amplias dimensiones de la salud mental: Humor y perspectiva, Impulso y motivación, Yo Social, Conexión Cuerpo-mente y Cognición, que

se superponen y son paralelas a los principios de dominios y constructos de la RDoC (Insel et al., 2010; nótese que la cognición es un compuesto de las dos dimensiones históricas de la Función cognitiva básica y Función cognitiva compleja). Las puntuaciones de las dimensiones se calculan como una media ponderada de un subconjunto de ítems relevantes, donde los que son centrales para la dimensión se ponderan como 1 y los secundarios para la dimensión se ponderan como 0.5. Este algoritmo de ponderación se desarrolló a partir de una revisión de los modelos cognitivos y neurocientíficos del funcionamiento del cerebro. Por ejemplo, el ítem Estabilidad y calma se codifica con una ponderación primaria de 1 en la dimensión de Humor y perspectiva y una ponderación secundaria de 0.5 en la dimensión Cuerpo-Mente para reflejar sus componentes duales de emoción y respuesta fisiológica, mientras que el ítem Pensamientos no deseados, extraños u obsesivos se codifica de forma dual con una ponderación primaria en la dimensión Cognición y una ponderación secundaria en la dimensión Humor y perspectiva para reflejar tanto los elementos cognitivos como los emocionales de este ítem. En este sentido, se podría asignar un ítem a 2 dimensiones diferentes y, en ocasiones, a 3. En general, cada dimensión comprendía entre 10 y 24 ítems. Las puntuaciones de las dimensiones se presentan en la misma escala que el MHQ general, como se describió anteriormente. Las puntuaciones positivas se normalizan en el rango de 0 a 200, mientras que las puntuaciones negativas se normalizan en el rango de -1 a -100. (Obsérvese que esto representa un cambio en la escala dimensional que anteriormente iba de -50 a +100. Como esto representa una escala lineal para evitar el uso de escalas múltiples, los informes que utilizan esta escala anterior pueden compararse con los resultados de este informe simplemente escalando por 2).

Apéndice 2:

Metodología de recolección de datos y análisis

Reclutamiento de participantes

223.087 encuestados de todo el mundo completaron la evaluación MHQ entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021. Los participantes fueron reclutados mediante publicidad en Google y Facebook, dirigida a una amplia audiencia dentro de cada grupo demográfico de edad y género abarcando amplias regiones dentro de cada uno de los 34 países (véase la tabla A2.1 para una lista de países). El reclutamiento en 2021 se centró inicialmente en los países de habla inglesa, y luego se amplió a los países de habla hispana, francesa y árabe con el lanzamiento de estas traducciones en junio, septiembre y noviembre, respectivamente.

El alcance de los anuncios de Google se dirigió específicamente a aquellas personas que buscaban términos relevantes para la salud mental (por ejemplo, test psicológico, test de evaluación cognitiva, evaluación de la salud mental) y se aplicó de forma consistente en todos los países. Por lo tanto, es posible que las personas reclutadas a través de esta vía tuvieran un interés o preocupación específicos relacionados con su salud mental. Por el contrario, el alcance de Facebook fue mucho más amplio, abarcando a personas que habían mostrado un interés previo en temas de salud mental y bienestar, así como a todos los adultos de ese país con el simple mensaje: *¿Cuál es tu puntuación de bienestar mental?* Por lo tanto, las personas reclutadas a través de medio no buscaban específicamente información relacionada con un interés o preocupación por la salud mental.

Distribución de los datos

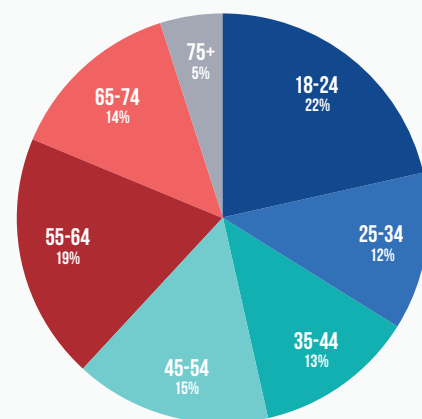
El número de participantes para cada país objetivo se muestra en el Cuadro A2.1.

Cuadro A2.1: Tamaño de muestra por país

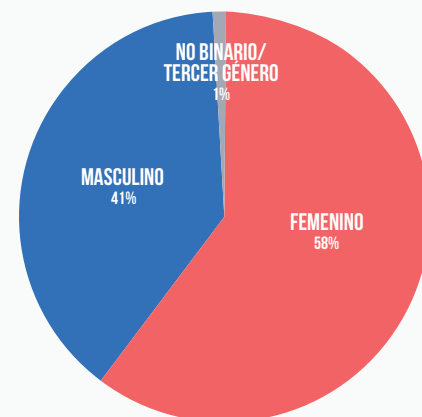
País	N	País	N
Estados Unidos	25074	Perú	3332
India	24924	Francia	3093
Reino Unido	17318	Iraq	2633
Venezuela	13839	Singapur	2612
Argentina	13043	Yemen	2577
México	12662	Guatemala	2459
Sudáfrica	11887	Camerún	2139
Canadá	10796	Ecuador	2097
Colombia	10385	Chile	2074
España	8083	Costa de Marfil	2050
Australia	7840	Bélgica	1945
Argelia	7631	Arabia Saudita	1505
Nigeria	6468	República Democrática del Congo	1285
Nueva Zelanda	5098	Puerto Rico	1095
Egipto	4771	Emiratos Árabes Unidos	719
Irlanda	3899	Suiza	406
Marruecos	3695		
Túnez	3653		
TOTAL			223087

Figura A2.2: Porcentaje de participantes en cada grupo de edad y género

Perfil etario de los encuestados



Perfil de género de los encuestados



Los encuestados abarcan todos los grupos de edad por igual (Figura A2.2, arriba), mientras que la distribución por género es de un 58% de mujeres, un 41% de hombres y un 1% de personas no binarias o de un tercer sexo (Figura A2.2, abajo). Los encuestados de los distintos países variaron en cuanto a su nivel de estudios y situación laboral. Los niveles de educación y empleo se muestran en las tablas de datos asociadas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, dado que las puntuaciones MHQ de los países están ponderadas por edad y género, las puntuaciones medias no reflejan la distribución bruta en la muestra. Por ejemplo, una menor población de edad avanzada significaría también una menor población jubilada, mientras que una menor población joven significaría una menor población que aún está estudiando. Para más detalles, véase la sección de análisis de datos.

Análisis de datos

Criterios de exclusión

Solo los encuestados que indicaron haber entendido el MHQ fácilmente fueron incluidos en el análisis. Este criterio de exclusión fue aplicado al solo seleccionar encuestados que respondieron “sí” a la pregunta final en el MHQ: “¿Las preguntas en esta evaluación fueron fáciles de entender?” Aquellos que respondieron “no” fueron excluidos del análisis. Además, solo los encuestados mayores de 18 años fueron incluidos. Aquellos que respondieron que eran menores de 18 años no pudieron continuar con la evaluación y por lo tanto fueron automáticamente excluidos. No se aplicaron otros criterios de inclusión o exclusión a los datos.

Computación de puntuaciones promedio de MHQ para los países

La distribución de los encuestados entre los grupos de edad y de género no era una representación exacta de su proporción en la población de cada país. Además, la proporción de encuestados en cada grupo de edad y género no era idéntica en todos los países. Por lo tanto, para permitir una visión más representativa de la población de un país, y comparaciones más precisas entre países, se calcularon primero las puntuaciones para cada grupo de edad y género y luego se calculó una puntuación media ponderada basada en las proporciones relativas de cada grupo dentro de cada país. Los análisis que comparan franjas de edad sólo se ponderaron por género, mientras que, a la inversa, los análisis que comparan géneros sólo se ponderaron por edad. Todas las estimaciones de población y las distribuciones por edad y género que se utilizaron para estas ponderaciones se tomaron de las estimaciones de población de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2019). Dado que no existen estadísticas fiables sobre la proporción de personas no binarias/del tercer género en todos los países, utilizamos una ponderación amplia de la estimación de la población del 0.5% en todos los países, que se decidió tras revisar varias fuentes (Flores et al., 2016; Meerwijk y Sevelius, 2017), aunque reconocemos, como lo han hecho otras fuentes, que puede ser una subestimación.

Cálculo de las puntuaciones promedio de MHQ por región

El cálculo de las puntuaciones regionales del MHQ y de las dimensiones no fue una simple media entre países, sino que se ponderó adicionalmente en función de la proporción de usuarios de internet dentro del país (Data reportal, 2021). Por lo tanto, los países más grandes o con mayor población conectada a Internet tienen un papel más importante en estas estimaciones regionales. En los casos en que la población conectada a internet puede ser mayor que los grupos lingüísticos particulares del país en el que se ofreció el MHQ (por ejemplo, Bélgica), se utilizó la proporción de esos grupos lingüísticos como factor de ponderación en lugar de la proporción de usuarios de internet.

Notación sobre la puntuación del MHQ y diferencias porcentuales

Por lo general, indicamos las diferencias en términos de puntos en el MHQ y el correspondiente cambio porcentual a lo largo de una escala de 300 puntos, es decir, $((\text{Valor 1} - \text{Valor 2})/300) * 100$. Por ejemplo, 75 puntos representan el 25% del total posible de la escala. Por lo tanto, un desplazamiento o diferencia de 75 puntos entre grupos sería un desplazamiento del 25% a lo largo de esta escala.

Análisis estadístico

Las estadísticas fueron computadas comparando grupos usando la prueba T. Los valores P obtenidos fueron luego corregidos para múltiples comparaciones usando la corrección de Bonferroni. Todos los cuadros estadísticos que muestran estos valores P corregidos se proporcionan en una descarga suplementaria junto a este informe.

Correlaciones

Las correlaciones entre puntuaciones del MHQ a nivel de país e indicadores económicos, culturales, de COVID-19 y otros fueron computadas usando una medida de correlación de Pearson. Mientras que los indicadores económicos y de COVID-19 estaban disponibles para los 34 países, los indicadores culturales lo estaban solo para 18 (Globe Project) o 25 (GH) de los 34 países. En general, se utilizaron los indicadores para el año disponible más reciente salvo para el índice de Gini en el que se usó un promedio de 4 años.

Limitaciones de la muestra e interpretación de los datos

A pesar de que los encuestados fueron reclutados de manera similar en todos los países, se deben aclarar dos advertencias clave. Primero, estas muestras pueden no reflejar una muestra verdadera de la población de ningún país y presentará un sesgo hacia aquellos competentes en el idioma, con acceso a internet y disposición a pasar 15 minutos completando una prueba en línea. Por lo tanto, los resultados deben interpretarse estrictamente en este contexto. Segundo, las diferencias culturales en el uso de idioma y la cultura misma pueden influir significativamente en cómo la gente interpreta y responde a cada pregunta individual. Cualquier resultado de país individual debe por lo tanto reflejar estos efectos diferenciales de cultura.

References:

- Blackburn, K., and Green, D. (2022). The potential effects of microplastics on human health: What is known and what is unknown. *Ambio* 51(3), 518-530. doi: 10.1007/s13280-021-01589-9.
- Brouwers, E.P.M. (2020). Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychology* 8(1), 36. doi: 10.1186/s40359-020-00399-0.
- Bubonya, M., Cobb-Clark, D.A., and Wooden, M. (2017). Mental health and productivity at work: Does what you do matter? *Labour Economics* 46, 150-165. doi: <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2017.05.001>.
- Burton, W.N., Schultz, A.B., Chen, C.Y., and Edington, D.W. (2008). The association of worker productivity and mental health: a review of the literature. *International Journal of Workplace Health Management* 1(2), 78-94. doi: 10.1108/17538350810893883.
- Cochran, S.D., Mays, V.M., and Sullivan, J.G. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of consulting and clinical psychology* 71(1), 53-61. doi: 10.1037//0022-006x.71.1.53.
- Data Reportal. (2021). Available: <https://datareportal.com/>
- Ditlevsen, D.N., and Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Annals of general psychiatry* 11(1), 26-26. doi: 10.1186/1744-859X-11-26.
- Esch, P., Bocquet, V., Pull, C., Couffignal, S., Lehnert, T., Graas, M., et al. (2014). The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry* 14, 237. doi: 10.1186/s12888-014-0237-4.
- Evans-Lacko, S., and Knapp, M. (2016). Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 51(11), 1525-1537. doi: 10.1007/s00127-016-1278-4.
- Flores, A., Herman, J., Gates, G., and Brown, T. (2016). "How Many Adults Identify as Transgender in the United States?", The Williams Institute.
- Gariépy, G., Danna, S.M., Hawke, L., Henderson, J., and Iyer, S.N. (2021). The mental health of young people who are not in education, employment, or training: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1-15. doi: 10.1007/s00127-021-02212-8.

- Hemp, P. (2004). Presenteeism: at work--but out of it. *Harv Bus Rev* 82(10), 49-58, 155.
- Hofstede, G. (2013). Available: <https://geerthofstede.com/>
- House, R.J., Hanges, P.J., Javidan, M., Dorfman, P.W., and Gupta, V. (2004). "Culture, leadership, and organizations: The GLOBE study of 62 societies," in *Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness Research Program*. (Thousand Oaks, California: Sage Publications.).
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D.S., Quinn, K., et al. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *American Journal of Psychiatry* 167(7), 748-751. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09091379.
- Johns Hopkins. (2021). Coronavirus Resource Center. Available: <https://coronavirus.jhu.edu/>
- Keles, B., McCrae, N., and Grealish, A. (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth* 25(1), 79-93. doi: 10.1080/02673843.2019.1590851.
- Kelly, Y., Zilanawala, A., Booker, C., and Sacker, A. (2018). Social Media Use and Adolescent Mental Health: Findings From the UK Millennium Cohort Study. *eClinicalMedicine* 6, 59-68. doi: 10.1016/j.eclinm.2018.12.005.
- Kessler, R.C., and Frank, R.G. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med* 27(4), 861-873. doi: 10.1017/s0033291797004807.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M., Blazer, D.G., and Nelson, C.B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders* 29(2), 85-96. doi: [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(93\)90026-G](https://doi.org/10.1016/0165-0327(93)90026-G).
- Lim, D., Sanderson, K., and Andrews, G. (2000). Lost productivity among full-time workers with mental disorders. *J Ment Health Policy Econ* 3(3), 139-146. doi: 10.1002/mhp.93.
- Marcotte, D.E., and Wilcox-Gök, V. (2001). Estimating the employment and earnings costs of mental illness: recent developments in the United States. *Soc Sci Med* 53(1), 21-27. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00312-9.
- McLean, C.P., Asnaani, A., Litz, B.T., and Hofmann, S.G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research* 45(8), 1027-1035. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006.
- Meerwijk, E.L., and Sevelius, J.M. (2017). Transgender Population Size in the United States: a Meta-Regression of Population-Based Probability Samples. *American journal of public health* 107(2), e1-e8. doi: 10.2105/AJPH.2016.303578.
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R.A., Mitchell, P.B., et al. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australas Psychiatry* 24(4), 331-336. doi: 10.1177/1039856215618523.
- Newson, J., Pastukh, V., Sukhoi, O., Taylor, J., and Thiagarajan, T. (2021a). "Mental State of the World 2020, Mental Health Million project", Sapien Labs.

- Newson, J., Pastukh, V., and Thiagarajan, T. (2022). Assessment of Population Well-Being with the Mental Health Quotient (MHQ): Validation Study. *JMIR Mental Health* In Press.
- Newson, J.J., Hunter, D., and Thiagarajan, T.C. (2020). The Heterogeneity of Mental Health Assessment. *Frontiers in Psychiatry* 11(76). doi: 10.3389/fpsy.2020.00076.
- Newson, J.J., Pastukh, V., and Thiagarajan, T.C. (2021b). Poor Separation of Clinical Symptom Profiles by DSM-5 Disorder Criteria. *Frontiers in Psychiatry* 12(2171). doi: 10.3389/fpsy.2021.775762.
- Newson, J.J., and Thiagarajan, T.C. (2020). Assessment of Population Well-Being With the Mental Health Quotient (MHQ): Development and Usability Study. *JMIR Ment Health* 7(7), e17935. doi: 10.2196/17935.
- Oxford COVID-19 Government Response Tracker (2022). Available: <https://covidtracker.bsg.ox.ac.uk/>
- Richmond-Rakerd, L.S., D'Souza, S., Milne, B.J., Caspi, A., and Moffitt, T.E. (2021). Longitudinal Associations of Mental Disorders With Physical Diseases and Mortality Among 2.3 Million New Zealand Citizens. *JAMA Netw Open* 4(1), e2033448. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.33448.
- Russell, S.T., and Fish, J.N. (2016). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annual review of clinical psychology* 12, 465-487. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153.
- Salk, R.H., Hyde, J.S., and Abramson, L.Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull* 143(8), 783-822. doi: 10.1037/bul0000102.
- Sapien Labs. (2021). Rapid Report: Mental Wellbeing, Employment, and Productivity.
- Steptoe, A., Deaton, A., and Stone, A.A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet* 385(9968), 640-648. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61489-0.
- Stewart, W.F., Ricci, J.A., Chee, E., Hahn, S.R., and Morganstein, D. (2003). Cost of Lost Productive Work Time Among US Workers With Depression. *JAMA* 289(23), 3135-3144. doi: 10.1001/jama.289.23.3135.
- Stone, A.A., Schwartz, J.E., Broderick, J.E., and Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proc Natl Acad Sci U S A* 107(22), 9985-9990. doi: 10.1073/pnas.1003744107.
- Trautmann, S., Rehm, J., and Wittchen, H.-U. (2016). The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO reports* 17(9), 1245-1249. doi: 10.15252/embr.201642951.
- Trevor Project. (2021). *National Survey on LGBTQ Youth Mental Health 2021* [Online]. Available: <https://www.thetrevorproject.org/survey-2021/>
- Twenge, J.M., and Campbell, W.K. (2018). Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive medicine reports* 12, 271-283. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.10.003.
- Udo, T., and Grilo, C.M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating Disorders in a Nationally

Representative Sample of U.S. Adults. *Biol Psychiatry* 84(5), 345-354. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014.

United Nations. (2019). *World Population Prospects* [Online]. Available: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

Van de Velde, S., Bracke, P., and Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine* 71(2), 305-313. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.035>.

Wee, S.Y., Aris, A.Z. (2019) Occurrence and public-perceived risk of endocrine disrupting compounds in drinking water. *npj Clean Water* 2, 4. <https://doi.org/10.1038/>

Whiteford, H. (2021). The Productivity Commission inquiry into mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 00048674211031159. doi: 10.1177/00048674211031159.

Wongkoblap, A., Vadillo, M.A., and Curcin, V. (2017). Researching Mental Health Disorders in the Era of Social Media: Systematic Review. *J Med Internet Res* 19(6), e228. doi: 10.2196/jmir.7215.

