

# Impactos de la pandemia de COVID-19 sobre el bienestar y la salud mental de adultos uruguayos

Impacts of the COVID-19 pandemic on the well-being and mental health of Uruguayan adults

Impactos da pandemia da COVID-19 sobre o bem-estar e a saúde mental de adultos uruguaios

 Alejandro Anselmi<sup>1</sup>

 Cecilia Cracco<sup>1</sup>

 Andrés Estradé<sup>2</sup>

 Marco Solmi<sup>3</sup>

 Christoph U. Correll<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Universidad Católica del Uruguay

<sup>2</sup> Universidad Católica del Uruguay; King's College London

<sup>3</sup> University of Ottawa; The Ottawa Hospital; Ottawa Hospital Research Institute; Charité Universitätsmedizin Berlin

<sup>4</sup> The Zucker Hillside Hospital; Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra; Charité Universitätsmedizin Berlin; German Center for Mental Health

Recibido: 10/04/2024

Aceptado: 09/10/2024

## Correspondencia:

Alejandro Anselmi,  
alejandro.anselmi@ucu.edu.uy

## Cómo citar:

Anselmi, A., Cracco, C., Estradé, A., Solmi, M., & Correll, C. U. (2024). Impactos de la pandemia de COVID-19 sobre el bienestar y la salud mental de adultos uruguayos. *Ciencias Psicológicas*, 18(2), e-4059.

<https://doi.org/10.22235/cp.v18i2.4059>

## Disponibilidad de datos:

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.



**Resumen:** La pandemia de COVID-19 y las restricciones asociadas han tenido efectos significativos sobre la salud mental a nivel mundial. Esta investigación, parte del estudio global COH-FIT, buscó describir los efectos de la pandemia sobre la salud mental de adultos en Uruguay a través de una metodología de encuesta online. Se estudió una muestra de 1936 adultos entre 18 y 93 años ( $M = 43.90$ ,  $DE = 16.25$ ), mayormente mujeres (81.3 %). Los resultados reflejan percepción de deterioro del bienestar, el sueño y la sintomatología ansiosa, depresiva y postraumática, al comparar el tiempo pre y durante la pandemia. Se encontró que ser mujer, adulto joven (18-26 años), tener nivel educativo de primaria, o un diagnóstico previo de salud mental se asoció con peores indicadores. Casi la tercera parte de los adultos reportaron ideación suicida durante la pandemia. Estos resultados aportan información epidemiológica regional y local relevante e identifican grupos que deben ser tenidos para mitigar los efectos a largo plazo de la pandemia.

**Palabras clave:** COVID-19; salud mental; suicidio; Uruguay

**Abstract:** The COVID-19 pandemic and associated restrictions have had significant effects on mental health globally. This study was part of the global COH-FIT project and aimed at describing the effects of the pandemic on the mental health of adults in Uruguay through an online survey methodology. The sample included 1936 adults between 18 and 93 years old ( $M = 43.90$ ,  $SD = 16.25$ ), mostly women (81.3 %). The results indicate a self-reported deterioration in well-being, sleep, and anxiety, depressive and post-traumatic symptoms, when comparing the times before and during the pandemic. In addition, female gender, young adulthood (18-26 years), primary education level, or a previous mental health diagnosis were associated with worse mental health indicators. Nearly a third of adults reported suicidal ideation during the pandemic. These results provide relevant regional and local epidemiological information and identify risk groups that should be considered to mitigate the long-term effects of the pandemic.

**Keywords:** COVID-19; mental health; suicide; Uruguay

**Resumo:** A pandemia da COVID-19 e as restrições associadas tiveram efeitos significativos sobre a saúde mental em nível mundial. Esta pesquisa, parte do estudo global COH-FIT, buscou descrever os efeitos da pandemia sobre a saúde mental de adultos no Uruguai, por meio de uma metodologia de pesquisa online. Estudou-se uma amostra de 1936 adultos entre 18 e 93 anos ( $M = 43,90$ ;  $DP = 16,25$ ), sendo a maioria mulheres (81,3 %). Os resultados refletem uma percepção de deterioração do bem-estar, o sono e a sintomatologia ansiosa, depressiva e pós-traumática, ao comparar o período pré-pandemia com o período durante a pandemia. Verificou-se que ser mulher, adulto jovem (18-26 anos), ter nível educacional de ensino fundamental, ou um diagnóstico prévio de saúde mental, estava associado a piores indicadores. Quase um terço dos adultos relatou ideação suicida durante a pandemia. Esses resultados proporcionam informações epidemiológicas regionais e locais relevantes e identificam grupos que devem ser considerados para mitigar os efeitos a longo prazo da pandemia.

**Palavras-chave:** COVID-19; saúde mental; suicídio; Uruguai

Entre enero de 2020 y mayo de 2023 el mundo experimentó la pandemia de COVID-19, un síndrome respiratorio agudo causado por una nueva variante de coronavirus (SARS-COV-2), con alta capacidad de contagio (Ciotti et al., 2020). Esta enfermedad, así como algunas de las medidas tomadas para prevenirla (p.ej., aislamiento voluntario o mandatado por los gobiernos) generaron fuertes repercusiones en la economía global (Naseer et al., 2023), los desarrollos educativos de niños y adolescentes (Skar et al., 2023; Tadesse & Muluye, 2020) y la salud física y mental de las personas (Shanbehzadeh et al., 2021), entre otras. Los efectos a largo plazo son mayormente desconocidos, si bien ya han comenzado a encontrarse efectos residuales de la enfermedad en distintos sistemas del cuerpo humano (He et al., 2023; Xu et al., 2023).

### **Efectos de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental**

Los efectos de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental han sido ampliamente documentados. Los resultados de las revisiones sistemáticas y metaanálisis confirman el aumento de síntomas de ansiedad, depresión, estrés, problemas de sueño y trastorno por estrés postraumático, con variaciones entre grupos poblacionales (Bourmistrova et al., 2022; Cénat et al., 2022; Chen et al., 2022; Dragioti et al., 2022; Jin et al., 2021; Wu et al., 2021). Las personas con enfermedades crónicas previas y quienes cursaron la enfermedad de COVID-19 presentaron mayor riesgo de depresión y ansiedad (Dragioti et al., 2022; Wu et al., 2021). Los trabajadores de la salud se vieron principalmente afectados por síntomas de estrés y miedo (Chen et al., 2022; Dragioti et al., 2022; Wu et al., 2021). Las mujeres y las personas jóvenes reportaron mayor sintomatología en general (Dragioti et al., 2022).

Las revisiones de estudios longitudinales muestran que las personas que cursaron la enfermedad experimentaron un aumento en la sintomatología vinculada a ansiedad, depresión, estrés, insomnio y trastorno por estrés postraumático que, con el tiempo, retornó a niveles comparables a los de la población general (Bourmistrova et al., 2022), y que la sintomatología vinculada a la ansiedad y la depresión disminuyó en la población general a medida que transcurría el tiempo (Robinson et al., 2022).

En el contexto latinoamericano, Zhang et al. (2022) identificaron y analizaron un total de 62 estudios en los que se reportó un aumento de sintomatología vinculada a ansiedad, depresión e insomnio. Este metaanálisis no incluyó ningún estudio primario de Uruguay.

### **Pandemia y efectos sobre la salud mental en Uruguay**

Uruguay es un país de América del Sur con una población de 3.444.263 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2023). Según el último informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2022) se encuentra entre los países con Desarrollo Humano Muy Alto (HDI 2021 = 0.809; lugar 58 a nivel mundial). Es uno de los países con menores tasas de pobreza y pobreza extrema, y con menor brecha de pobreza de América Latina (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2022). Uruguay también es un país que históricamente ha tenido altas tasas de suicidios (Vignolo Ballesteros et al., 2019). En 2022 la tasa total de suicidios se ubicó en 23 cada 100.000 habitantes, siendo la más alta desde que se tiene registro en el país (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2023). Si bien Uruguay no cuenta con datos epidemiológicos sobre trastornos de salud mental, este tipo de patología ocupa el 33 % del total de años perdidos por discapacidad (MSP, 2020). La depresión y la ansiedad ocupan los mayores porcentajes, seguidos por la carga por suicidio y autoagresiones, esquizofrenia y trastorno bipolar (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

En Uruguay, el primer caso de COVID-19 se registró el 13 de marzo de 2020. Ese mismo día se declaró la emergencia sanitaria y se tomaron medidas para fortalecer el sistema de salud y los sistemas de vigilancia epidemiológica. A diferencia de otros países, se decretó un confinamiento voluntario apelando a la responsabilidad ciudadana. Durante los primeros meses de la pandemia hubo un fuerte acatamiento de las medidas de distanciamiento social y cuarentenas preventivas con buenos resultados en términos de mitigar la propagación del virus (Medina, 2020; MSP, 2021). A agosto de 2023 la cifra acumulada de personas contagiadas era de 1.038.774 y la de fallecidos de 7.634; a octubre de 2021 (último mes de toma de datos del estudio en Uruguay) habían contraído la enfermedad 393.454 personas y 6.077 habían fallecido (Organización Mundial de la Salud, 2023).

La situación relativamente controlada en términos sanitarios coexistió con una fuerte demanda de atención en salud mental. En los dos primeros meses de instalada una línea telefónica gratuita de apoyo emocional, se registraron un total de 1363 llamadas (74 % género femenino) reportando

principalmente síntomas depresivos, de ansiedad, de soledad y aislamiento, así como la necesidad de escucha y orientación. Por su parte, la línea VIDA (prevención del suicidio) recibió durante marzo-junio de 2020 un aumento en sus llamadas de un 321 % con respecto al mismo período en 2019 (Bagattini et al., 2020).

Hasta donde se sabe, a la fecha se han publicado cinco trabajos sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de adultos uruguayos de población general (Castellano et al., 2023; Fernández-Theoduloz et al. 2024; Paz et al., 2023; Ruiz et al., 2022; Torterolo et al., 2023).

Torterolo et al. (2023) analizaron la calidad de sueño de 1.137 adultos en mayo de 2020 a través del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) en formato online. Los resultados mostraron que el 63 % de los encuestados reportó puntajes indicativos de una mala calidad de sueño (ICSP > 5), con un puntaje medio mayor para mujeres (8.2) que para hombres (6.4). Paz et al. (2023) administraron una encuesta online a 1.051 adultos uruguayos entre junio y julio de 2020 respecto a variables sociodemográficas, calidad de vida, sintomatología depresiva (BDI-II) y de ansiedad (STAI-S). El estudio reportó síntomas de depresión leves a moderados y síntomas de ansiedad severos. Los factores de riesgo asociados a mayor nivel de síntomas incluyeron la duración del aislamiento, la edad (personas más jóvenes con más síntomas), el sexo femenino y el menor nivel socioeconómico. Por el contrario, la actividad física, el mantener la rutina de sueño y la exposición a la luz natural se asociaron con menores problemas en la salud mental de los participantes. La misma muestra de adultos del estudio de Paz et al. (2023) fue la base de un estudio longitudinal realizado por Fernández-Theoduloz et al. (2024) entre junio y octubre de 2020. Durante ese período los autores realizaron seis tomas de datos ( $n = 1051$  en T1 y  $n = 232$  en T6), que reportaron un descenso de los síntomas de ansiedad y de depresión a medida que se flexibilizaron las restricciones en la movilidad. Castellano et al. (2023) analizaron niveles de ansiedad, tristeza y dificultades para conciliar el sueño a través de una encuesta autoadministrada online. Establecieron un primer punto de corte entre marzo y diciembre de 2020 ( $n = 1500$ ) y un segundo corte entre enero y junio de 2021 ( $n = 1405$ ). En Uruguay, el primer período fue caracterizado por un número de casos de contagio muy bajos en la comparativa a nivel internacional; el segundo período se caracterizó por un aumento exponencial de casos y de fallecimientos por COVID-19. En el primer corte, 27.1 % de los encuestados respondió que sentía ansiedad y 19.9 % expresaron sentirse tristes; siendo los resultados para ansiedad y tristeza en el segundo corte de 31 % y 31.4 % respectivamente. Se observó un efecto protector en hogares con más de cinco miembros para la variable tristeza. El género femenino se asoció a mayores niveles de ansiedad y tristeza. Finalmente, Ruiz et al. (2022) observaron un aumento en el volumen (28 % de la muestra) y frecuencia (17.7 % de la muestra) de uso de alcohol, tabaco, cannabis y psicofármacos durante marzo y abril de 2020, en base a una muestra de 1.916 personas a través de una encuesta online.

Tomando en cuenta los impactos registrados a nivel mundial y los malos indicadores de salud mental prepandemia que presenta Uruguay, resulta relevante indagar sobre los efectos de la pandemia e identificar poblaciones potencialmente en riesgo para informar a las políticas públicas en materia de salud. Los datos sobre salud mental y bienestar de los adultos uruguayos durante la pandemia de COVID-19 son escasos y focalizados en sintomatología ansiosa y depresiva, y uso de sustancias. A su vez, no existen estudios locales que comparen los niveles de bienestar y sintomatología antes y durante la pandemia, lo que limita la comprensión del impacto de la pandemia y las medidas de distanciamiento social sobre la salud mental de la población. De este modo, son necesarios estudios que exploren los impactos sobre distintos aspectos de la salud mental y el bienestar, mediante instrumentos validados, e incorporen una comparación con respecto al tiempo prepandemia.

## Método

### Presentación del estudio COH-FIT, diseño y objetivos específicos

Este estudio, de diseño transversal descriptivo, forma parte del proyecto global *Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times* (COH-FIT), que tiene por objetivo analizar el impacto de la pandemia de COVID-19 en el bienestar físico y mental de niños, adolescentes y adultos, así como identificar los factores de riesgo y protección asociados. Se trata de una encuesta anónima en línea, disponible en 30 idiomas, que cuenta con más de 185.000 respuestas de 156 países, lo que la convierte en la encuesta más amplia sobre el impacto de la pandemia (COH-FIT, 2023; Solmi et al., 2022).

Los objetivos específicos del estudio con datos de Uruguay fueron: a) comparar los valores reportados de bienestar y psicopatología (síntomatología ansiosa, depresiva, problemas de sueño y síntomas de estrés postraumático) antes y durante la pandemia en adultos uruguayos, de acuerdo con variables sociodemográficas (género, grupo etario, nivel educativo, presencia de diagnóstico previo de trastorno mental); b) identificar los grupos sociodemográficos que experimentaron mayor empeoramiento en los niveles de bienestar y psicopatología; c) analizar el rol predictivo de variables sociodemográficas sobre los niveles de empeoramiento de bienestar y psicopatología; y d) describir los niveles de ideación e intentos de suicidio, y frecuencia de autolesiones, de acuerdo con variables sociodemográficas.

El reporte de datos se lleva a cabo de acuerdo con los lineamientos del *Checklist for Reporting of Survey Studies* (CROOS; Sharma et al., 2021).

## Instrumento

*Encuesta COH-FIT-A*: incluye preguntas sobre datos sociodemográficos y clínicos para identificar subgrupos de población específicos, y preguntas sobre bienestar y psicopatología. Para cada grupo sintomático se incluyen preguntas sobre sintomatología presente al momento de aplicación de la encuesta, así como una pregunta acerca de cómo se encontraba el peor de los síntomas en las dos semanas antes del inicio de la pandemia. La mayor parte de las respuestas deben completarse en una escala de 0 a 100 a excepción de las preguntas sobre autolesiones, ideación e intentos de suicidio para que las que se solicita frecuencia simple (Solmi et al., 2022).

En tanto se buscó que la escala abarcara un amplio espectro de sintomatología y tuviera una extensión razonable, se realizó una selección de ítems de escalas ampliamente utilizadas. En el estudio de validación de la encuesta (Solmi et al., 2023) se encontró adecuada validez concurrente entre el puntaje de los ítems seleccionados y la escala completa a la cual pertenecen, lo cual permite afirmar que los ítems seleccionados son buenas medidas breves de las dimensiones que pretenden evaluar.

En el estudio actual se tomaron las secciones de la encuesta orientadas a evaluar: bienestar (WHO-5, 5 ítems preguntados para el tiempo presente y retrospectivamente), ansiedad (2 ítems tiempo presente, 1 ítem retrospectivo), depresión (2 ítems tiempo presente, 1 ítem retrospectivo), estrés postraumático (4 ítems tiempo presente, 1 ítem retrospectivo), problemas de sueño (1 ítem preguntado para el tiempo presente y retrospectivamente), autolesiones (1 ítem tiempo presente), ideación suicida (1 ítem tiempo presente) e intencionalidad suicida (1 ítem tiempo presente). En el Apéndice A se presentan los ítems y las escalas originales de las que se derivan. Las variables elegidas son aquellas que cuentan con mayores antecedentes a nivel internacional y nacional, además de contar con ítems validados para su evaluación (Solmi et al., 2023). Se analizaron los índices de fiabilidad de las escalas en la muestra en estudio, se obtuvo los siguientes resultados: bienestar actual ( $\alpha = .87$ ), bienestar retrospectivo ( $\alpha = .84$ ), ansiedad ( $\alpha = .86$ ), depresión ( $\alpha = .88$ ) y PTSD ( $\alpha = .88$ ).

## Participantes

Los participantes incluyen adultos ( $\geq 18$  años) viviendo en el territorio uruguayo al momento de la toma de datos. Un total de 1.936 adultos participaron de este estudio entre mayo de 2020 y octubre de 2021. Se tomó como criterio de retención de los casos el haber completado, por lo menos, los ítems de una de las dimensiones de interés (bienestar), se descartaron un total de 453 cuestionarios que solo contaban con datos sociodemográficos. A su vez, se eliminaron aquellos participantes que habían indicado las categorías de género “transgénero o intersexual” y “no binario”, debido a que tuvieron una baja incidencia en esta muestra ( $n = 9$ ). La muestra final se conformó por 1.474 adultos uruguayos, con edades entre 18 y 93 años ( $M = 43.90$ ,  $DE = 16.25$ ) agrupados en jóvenes (18-26 años,  $n = 284$ , 19.3 %), adultos (27-59 años,  $n = 860$ , 58.3 %), y adultos mayores (+60 años, 330, 22.4%). Con respecto al género, 1.198 (81.3 %) son de género femenino y 276 (18.7 %) masculino. Considerando el nivel educativo, 22 (1.5 %) participantes finalizaron la educación primaria, 419 (28.4 %) educación secundaria, 718 (48.7 %) poseen títulos técnicos o universitarios, y 314 (21.3 %) títulos de postgrado. A 316 (21.4 %) de los participantes se les diagnosticó en algún momento de su vida un problema de salud mental (275 mujeres y 41 varones).

## Procedimiento y consideraciones éticas

La encuesta se realizó a través de la plataforma *Research Electronic Data Capture* (REDCap; Harris et al., 2009; Harris et al., 2019), localizada en los servidores de Charité, Universitätsmedizin

Berlin, Alemania. Se difundió el proyecto a través de medios de comunicación masiva, redes sociales y contactos con instituciones públicas y privadas vinculadas a la salud mental y a la educación. Al acceder al enlace de la encuesta, la persona encontraba el consentimiento informado con los objetivos del proyecto y las características generales de la encuesta (voluntaria, anónima, con una duración aproximada de 40 minutos). Quienes otorgaban su consentimiento a participar debían responder tres preguntas sobre país, género y edad, y luego pasaban al resto de la encuesta con preguntas no obligatorias.

El estudio COH-FIT fue aprobado por el Comité de Ética de la Junta de Revisión Institucional (IRB) de la Universidad Aristóteles de Tesalónica. A nivel nacional, cuenta con el aval del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Católica del Uruguay (<https://www.ucu.edu.uy/Menu-principal-home/Comite-de-Etica-uc739>).

## Análisis de datos

Los datos fueron analizados a través del paquete estadístico SPSS v.29.

Para dar respuesta al objetivo 1, se realizaron cálculos de medias y desvíos típicos para las dimensiones de bienestar, sintomatología ansiosa, depresiva, problemas de sueño y síntomas de estrés postraumático. Siguiendo las recomendaciones de Le Cessie (2020) y considerando el tamaño de la muestra, se utilizaron estadísticos paramétricos para los análisis de comparación intragrupos o entre grupos. Se realizaron pruebas *T* en muestras relacionadas para comparar los resultados reportados por las personas en el momento actual con el reporte de la misma dimensión en las dos semanas previas al inicio de la pandemia. Estos cálculos se presentaron tanto para la muestra general como para los distintos subgrupos sociodemográficos: edad (adultez temprana [18-26 años], adultez media [27-59 años] y adultez tardía [más de 60 años]), género (masculino y femenino), nivel educativo (primaria, secundaria, universidad, posgrado) y diagnóstico de salud mental previo (presencia o ausencia).

Respecto al objetivo 2, se compararon los niveles reportados de deterioro en bienestar y sintomatología entre los diferentes subgrupos sociodemográficos a través de la resta entre los valores durante la pandemia y los valores previos. Las diferencias de medias entre grupos con dos opciones (género, diagnóstico previo) se calcularon mediante pruebas *t* para muestras independientes y las diferencias entre grupos con tres o más niveles se realizaron con pruebas ANOVA de un factor (grupo etario, nivel educativo). Para el testeo de las hipótesis de predicción se realizaron análisis de regresión lineal múltiple, teniendo como variables independientes al género (hombre-mujer), edad (como variable continua), presencia de diagnóstico clínico (si-no), nivel educativo (primaria, secundaria, título universitario o técnico, posgrado). Se testearon cinco modelos con las siguientes variables dependientes: bienestar, ansiedad, depresión, problemas de sueño y sintomatología postraumática.

Finalmente, para las variables ideación suicida, intentos de autoeliminación y autolesiones (objetivo 3) se analizaron las frecuencias simples y se cuantificaron a las personas que contestaron haber presentado dichos fenómenos.

## Resultados

### Bienestar y síntomas psicopatológicos antes y durante la pandemia

En términos de la muestra global, se registró un deterioro estadísticamente significativo de efecto mediano ( $.50 > d < .80$ ) en todas las variables analizadas (bienestar, ansiedad, depresión, sueño y estrés postraumático) durante la pandemia, con respecto al tiempo prepandemia (Tabla 1).

A nivel de subgrupos sociodemográficos, se observaron diferencias significativas indistintamente de la característica sociodemográfica considerada. En particular, se observó un deterioro de efecto grande ( $d > .80$ ) en los niveles de bienestar, ansiedad y estrés postraumático en las personas con diagnósticos previos en salud mental, en los niveles de ansiedad y sintomatología postraumática en las personas más jóvenes, y en los niveles de ansiedad y depresión de las personas con nivel educativo de primaria. Todos los restantes subgrupos sociodemográficos presentaron deterioro significativo en las variables de bienestar, ansiedad, depresión, sueño y estrés postraumático, con tamaño del efecto en un rango pequeño a mediano (Tabla 1).

**Tabla 1**  
*Descriptivos y diferencias entre antes y durante de la pandemia en distintos grupos poblacionales*

	Bienestar				Ansiedad				Depresión				Sueño				Estrés postraumático				
	Antes	Durante	<i>T</i>	<i>d</i>	Antes	Durante	<i>T</i>	<i>d</i>	Antes	Durante	<i>T</i>	<i>d</i>	Antes	Durante	<i>T</i>	<i>d</i>	Antes	Durante	<i>T</i>	<i>d</i>	
Muestra completa	74.57 (15.61)	60.77 (22.19)	27.59 1***	0.719	38.63 (28.57)	60.19 (30.06)	- 23.56 ***	-0.664	34.27 (28.50)	50.52 (32.11)	- 18.25 ***	-0.516	31.18 (28.03)	48.40 (34.33)	- 20.26 ***	-0.602	28.71 (27.48)	48.96 (34.22)	- 18.54 ***	-0.663	
Género	Masculino	76.61 (14.02)	66.93 (19.35)	11.16 2***	0.672	32.27 (26.72)	47.62 (29.95)	- 7.807 ***	-0.505	30.85 (28.87)	41.53 (30.79)	- 5.148 ***	-0.334	27.40 (26.23)	38.39 (32.97)	- 7.195 ***	-0.485	24.26 (26.10)	41.50 (31.84)	- 9.199 ***	-0.599
	Femenino	74.10 (15.92)	59.35 (22.57)	24.48 6***	0.736	40.11 (28.80)	63.13 (29.33)	- 22.42 3***	-0.701	35.07 (28.36)	52.63 (32.06)	- 17.86 6***	-0.561	32.09 (28.39)	50.80 (34.23)	- 19.06 5***	-0.630	29.77 (27.70)	50.72 (34.54)	- 21.43 8***	-0.679
Grupo etario	Temprana	69.14 (16.89)	53.48 (21.32)	12.61 1***	0.748	39.69 (27.16)	66.76 (27.23)	- 13.25 2***	-0.864	38.51 (27.52)	62.58 (28.11)	- 11.62 5***	-0.759	32.52 (27.12)	56.06 (32.74)	- 9.577 ***	-0.661	32.89 (27.48)	55.46 (34.02)	- 12.42 9***	-0.808
	Media	74.81 (15.17)	61.56 (22.21)	20.39 1***	0.695	38.54 (29.31)	60.71 (30.32)	- 18.52 2***	-0.684	32.08 (28.15)	47.05 (32.18)	- 13.31 0***	-0.494	30.32 (28.13)	47.98 (34.29)	- 16.44 1***	-0.641	27.09 (27.58)	46.95 (34.26)	- 17.63 6***	-0.660
	Tardía	78.63 (14.22)	64.99 (21.41)	13.79 3***	0.758	38.00 (27.86)	53.62 (30.35)	- 8.148 ***	-0.476	36.29 (39.65)	49.45 (32.73)	- 6.738 ***	-0.394	32.27 (28.51)	43.39 (34.70)	- 7.765 ***	-0.475	29.41 (26.93)	48.74 (33.75)	- 9.860 ***	-0.580
Nivel educativo	Primaria	70.94 (23.47)	54.07 (26.37)	- 3.285 **	0.691	43.85 (33.34)	78.65 (24.76)	- 3.503 ***	0.983	33.55 (28.57)	62.50 (35.95)	- 3.201 ***	-0.955	37.79 (31.51)	50.00 (37.08)	- 2.355 *	-0.552	37.30 (32.17)	62.60 (37.00)	- 2.722 **	-0.682
	Secundaria	71.79 (17.73)	56.89 (24.14)	15.35 0***	0.750	37.63 (28.19)	63.51 (29.18)	- 14.96 2***	-0.794	35.78 (28.06)	56.53 (31.78)	- 11.59 1***	-0.620	32.75 (27.79)	51.37 (33.51)	- 10.83 7***	-0.605	32.75 (27.79)	51.37 (33.51)	- 14.27 8***	-0.764
	Técnico/universitario	75.20 (14.75)	60.79 (22.07)	19.52 4***	0.729	39.33 (28.82)	59.57 (30.41)	- 15.99 2***	-0.644	34.69 (29.03)	51.62 (31.72)	- 13.39 5***	-0.541	31.36 (28.46)	48.98 (34.98)	- 15.18 8***	-0.606	28.76 (27.48)	49.26 (34.09)	- 18.03 8***	-0.664
	Posgrado	77.09 (13.17)	66.47 (17.84)	11.77 5***	0.665	37.95 (28.26)	55.76 (29.92)	- 8.586 ***	-0.524	31.36 (27.80)	39.14 (30.26)	- 4.615 ***	-0.282	28.07 (26.96)	42.93 (33.30)	- 9.290 ***	-0.598	24.71 (25.56)	40.50 (31.54)	- 8.621 ***	-0.532
Diagnóstico previo	Si	69.95 (17.50)	51.37 (23.45)	14.71 3***	0.828	43.90 (27.90)	70.50 (26.69)	- 13.93 0***	-0.827	42.84 (28.90)	62.08 (29.90)	- 11.47 5***	-0.680	39.94 (29.19)	61.59 (31.88)	- 11.25 6***	-0.701	38.18 (28.56)	63.60 (31.28)	- 14.21 1***	-0.846
	No	75.85 (14.82)	63.41 (21.11)	23.50 9***	0.692	37.12 (28.60)	57.16 (30.36)	- 19.27 6***	-0.617	31.76 (27.92)	47.09 (31.97)	- 14.71 7***	-0.474	28.61 (27.18)	44.40 (34.02)	- 16.87 0***	-0.570	25.93 (26.54)	44.61 (33.87)	- 18.87 2***	-0.612

Nota. *T*: *T* de Student; *d*: *d* de Cohen. \**p* < .05 \*\**p* < .01 \*\*\**p* < .001

## Diferencias entre grupos sociodemográficos

En la Tabla 2 se presentan los resultados de las comparaciones entre grupos sociodemográficos que indican diferencias significativas, tanto durante la pandemia como en el cálculo del nivel de deterioro, para todas las variables (bienestar, ansiedad, depresión, sueño y estrés postraumático) a excepción de la sintomatología por estrés postraumático entre los grupos etarios (ver en el Apéndice A la corrección de Bonferroni para cada comparación).

Considerando la variable género, las mujeres presentaron niveles estadísticamente inferiores de bienestar y superiores de sintomatología durante la pandemia en comparación con los hombres. A su vez, el nivel de deterioro para las mujeres fue superior en todas las variables.

Al comparar los distintos grupos etarios, los adultos más jóvenes presentaron niveles significativamente más elevados de sintomatología y niveles más bajos de bienestar que los adultos medios y tardíos. Se encuentra como excepción la sintomatología ansiosa y la de estrés postraumático donde no existen diferencias significativas entre los adultos tempranos, los adultos medios y los adultos tardíos. No existen diferencias entre los adultos medios y tardíos en la mayoría de los indicadores, a excepción del bienestar, donde los adultos tardíos presentaron niveles significativamente más altos. Respecto a los niveles de deterioro según grupo etario, se encuentra que los adultos tempranos presentaron un nivel de deterioro estadísticamente mayor en los niveles de depresión y sueño al compararlos con los adultos medios, y diferencias en sus niveles de ansiedad, depresión y sueño al compararlos con los tardíos. Por otro lado, los adultos medios presentaron un deterioro significativamente mayor en ansiedad y sueño respecto de los adultos tardíos.

De acuerdo con el nivel educativo de los participantes, se encontraron mayores niveles de ansiedad en personas con educación primaria al compararlas con el resto de los niveles educativos. A su vez, quienes completaron únicamente primaria presentaron niveles significativamente mayores de depresión, sintomatología de estrés postraumático, y menores niveles de bienestar en comparación con quienes contaban con estudios de posgrado. Considerando los niveles educativos secundaria versus formación universitaria y de posgrado, se encontraron niveles significativamente mayores de depresión, sintomatología de estrés postraumático, así como menores niveles de bienestar. A su vez, quienes contaban con estudios secundarios presentaron mayores problemas de sueño que los de posgrado. Por último, también se encontraron diferencias entre personas con estudios universitarios y de posgrado para los niveles de depresión, estrés postraumático, sueño y bienestar, con peores indicadores para el primer grupo. Considerando ahora las diferencias entre grupos en el grado de deterioro, quienes solo terminaron la primaria presentaron niveles mayores de deterioro en ansiedad que los universitarios y posgraduados, así como niveles mayores en deterioro de depresión que los posgraduados. Quienes completaron los estudios secundarios presentaron mayores niveles de deterioro en ansiedad, depresión, estrés postraumático y bienestar que los que presentan estudios de posgrado. Finalmente, entre los que tienen estudios universitarios y los que concluyeron un posgrado hay diferencias en el deterioro en depresión, estrés postraumático y bienestar, siendo el primer grupo el que presenta peores indicadores.

Por último, las personas que contaban con diagnósticos de trastornos mentales previos reportaron menores niveles de bienestar y mayores niveles de sintomatología durante la pandemia, así como mayores niveles de deterioro.

**Tabla 2**  
Comparaciones entre grupos poblacionales para datos durante la pandemia y nivel de deterioro

		Bienestar		Ansiedad		Depresión		Sueño		Estrés postraumático	
		Durante	Diferencia	Durante	Diferencia	Durante	Diferencia	Durante	Diferencia	Durante	Diferencia
Género	Masculino	66.93 (19.35)	-9.67 (14.39)	43.01 (32.18)	15.34 (30.39)	41.62 (30.86)	15.34 (30.39)	38.43 (32.90)	10.98 (22.63)	41.59 (31.86)	17.24 (28.79)
	Femenino	49.35 (22.57)	-14.75 (20.03)	55.37 (34.37)	23.02 (32.82)	52.76 (32.06)	23.02 (32.82)	51.06 (34.21)	18.71 (29.68)	50.60 (34.48)	20.96 (30.88)
	<i>T</i>	5.676***	-4.870***	-5.449***	3.460***	-4.911***	-3.040**	-4.974***	-4.260***	-3.878***	-1.684*
	<i>d</i>	0.344	-0.266	-0.364	-0.220	-0.350	-0.219	-0.372	-0.272	-0.265	-0.122
Grupo etario	Temprana	53.48 (21.32)	-3.60 (6.08)	57.04 (34.74)	27.07 (31.32)	62.78 (28.14)	24.07 (31.72)	56.26 (32.65)	23.53 (35.61)	55.63 (33.96)	22.57 (32.41)
	Media	61.56 (22.21)	-2.42 (5.38)	53.39 (34.62)	22.17 (32.41)	47.18 (32.18)	14.97 (30.29)	48.11 (34.22)	17.66 (27.56)	46.79 (34.24)	19.86 (30.12)
	Tardía	64.99 (21.41)	-2.12 (5.40)	48.74 (32.69)	15.62 (32.82)	49.58 (32.77)	13.16 (33.43)	43.79 (34.89)	11.11 (23.39)	48.82 (33.60)	19.33 (33.34)
	<i>F</i>	22.445 (.000)	1.704 (.182)	4.594 (.010)	8.502 (.000)	22.437 (.000)	9.361 (.000)	8.089 (.000)	11.475 (.000)	6.003 (.003)	0.854 (.426)
	$\eta^2$	0.030	0.002	0.006	0.013	0.034	0.015	0.014	0.020	0.009	-
Nivel educativo	Primaria	54.07 (26.37)	-16.87 (24.40)	71.50 (33.02)	34.80 (33.98)	62.55 (35.95)	29.00 (30.38)	50.00 (37.08)	12.21 (22.10)	62.60 (37.00)	25.30 (37.08)
	Secundaria	56.89 (24.14)	-14.89 (19.85)	55.05 (34.74)	25.88 (32.59)	57.20 (31.80)	20.75 (33.49)	51.52 (33.57)	18.61 (30.77)	54.38 (34.87)	22.80 (29.83)
	Técnico/ Posgrado	60.79 (22.07)	-14.40 (19.77)	52.57 (34.50)	20.24 (31.41)	51.70 (31.63)	16.93 (31.32)	49.31 (34.91)	17.61 (29.05)	49.09 (34.11)	20.51 (30.90)
	<i>F</i>	12.099 (.000)	3.771 (.010)	3.428 (.017)	4.774 (.003)	19.506 (.000)	10.234 (.000)	3.066 (.027)	1.034 (.376)	10.126 (.000)	2.894 (.034)
	$\eta^2$	0.024	0.008	0.007	0.024	0.044	0.011	0.004	0.003	0.023	0.007
Diagnóstico previo	Si	51.37 (23.45)	-18.58 (22.45)	64.50 (32.20)	26.60 (32.18)	62.25 (29.83)	19.25 (28.32)	61.98 (31.82)	21.64 (30.89)	63.79 (31.14)	24.42 (30.04)
	No	63.41 (21.11)	-12.44 (17.98)	49.94 (34.21)	20.04 (32.47)	47.28 (32.01)	15.33 (32.38)	44.52 (33.98)	15.79 (27.68)	44.56 (33.82)	18.68 (30.51)
	<i>T</i>	8.258***	-4.485***	-7.023***	-3.002**	-7.389***	-1.843*	-7.674***	-2.738**	-9.005***	-3.269***
	<i>d</i>	0.557	0.323	0.431	0.202	0.475	0.124	0.521	0.206	0.578	0.222

Nota. *F*: *F* de Fisher; *T*: *T* de Student; *d*: *d* de Cohen. \* $p > .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

En la Tabla 3 se presentan los resultados de los análisis de regresión lineal múltiple que tienen como variables independientes género, edad, nivel educativo y diagnóstico previo. Se testearon cinco modelos que resultaron significativos. El primero, con variable dependiente deterioro del bienestar ( $F_{(4, 1466)} = 12.284, p < .001, R^2 = .032$ ), explicó una varianza de 3.2 %, siendo todos los predictores significativos, exceptuando la edad. Se encuentra mayor deterioro del bienestar en mujeres, personas con diagnóstico previo y mayor nivel educativo. El segundo modelo, con variable dependiente empeoramiento de la ansiedad ( $F_{(4, 1254)} = 11.041, p < .001, R^2 = .031$ ), explicó una varianza de 3.1 %, siendo todos los predictores significativos; ser mujer, contar con un diagnóstico previo, menor edad y menor nivel educativo implican mayor deterioro. El tercer modelo testeó la variable dependiente empeoramiento en depresión. En este modelo ( $F_{(4, 1246)} = 12.306, p < .001, R^2 = .038$ ), que explica un 3.8 % de la varianza, todas las variables menos la presencia de diagnóstico previo fueron significativas; ser mujer, menor edad y menor nivel educativo implican mayor empeoramiento de depresión. El modelo que intentó predecir empeoramiento en problemas de sueño ( $F_{(4, 1128)} = 13.006, p < .001, R^2 = .041$ ) explicó una varianza de 4.1 %, con todas las variables significativas menos el nivel educativo. En este modelo, ser mujer, menor edad y presencia de diagnóstico previo implican mayor empeoramiento de los problemas de sueño. Por último, el modelo que tomó como variable dependiente el empeoramiento de la sintomatología postraumática ( $F_{(4, 1227)} = 5.136, p < .001, R^2 = .013$ ) explicó una varianza de 1.3 %, siendo únicamente significativas las variables de diagnóstico previo y nivel educativo. De modo que a menor nivel educativo y presencia de diagnóstico previo mayor deterioro en este indicador.

**Tabla 3***Análisis de regresión lineal múltiple*

	Empeoramiento bienestar	Empeoramiento ansiedad	Empeoramiento depresión	Empeoramiento sueño	Empeoramiento PTSD
Género	b = -23.210 $\beta = -0.094$ $p < .001$	b = 7.002 $\beta = 0.084$ $p = .002$	b = 6.735 $\beta = 0.084$ $p = .003$	b = 6.597 $\beta = 0.091$ $p = .002$	b = 3.291 $\beta = 0.042$ $p = .136$
Edad	b = 0.161 $\beta = 0.27$ $p = .295$	b = -0.197 $\beta = -0.098$ $p < .001$	b = -0.152 $\beta = -0.078$ $p = .005$	b = -0.289 $\beta = -0.163$ $p < .001$	b = 0.002 $\beta = -0.001$ $p = .976$
Nivel educativo	b = 9.375 $\beta = 0.073$ $p = .005$	b = -3.806 $\beta = -0.087$ $p = .002$	b = -5.930 $\beta = -0.140$ $p < .001$	b = -0.204 $\beta = -0.005$ $p = .857$	b = -3.253 $\beta = -0.080$ $p = .006$
Diagnóstico	b = -28.538 $\beta = -0.122$ $p < .001$	b = 5.829 $\beta = 0.075$ $p = .007$	b = 2.924 $\beta = 0.039$ $p = .164$	b = 5.424 $\beta = 0.080$ $p = .007$	b = 6.200 $\beta = 0.085$ $p = .003$

### Ideación e intentos suicidas y autolesiones durante la pandemia

En la muestra global, un 2.9 % de los participantes reportaron al menos un episodio de autolesiones en las últimas dos semanas durante la pandemia. A su vez, 31 % reportó haber pensado al menos una vez en quitarse la vida en las dos semanas previas al momento de completar la encuesta y 0.7 % reportó al menos un intento de autoeliminación en las últimas dos semanas (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Cantidad de personas con valores > a 0 en autolesiones, ideación e intentos de suicidio y variables sociodemográficas*

		Autolesiones <i>n</i> = 1148	Ideación suicida <i>n</i> = 1138	Intentos de autoeliminación <i>n</i> = 1141
Respuestas > 0		33 (2.9 %)	349 (31 %)	9 (0.7 %)
Género	Mujeres	30	290	5
	Varones	3	59	3
Grupo etario	Adulthood temprana	19	54	3
	Adulthood media	11	199	4
	Adulthood tardía	3	96	1
Nivel educativo culminado	Educación primaria	1	7	2
	Educación secundaria	15	101	4
	Técnico/universitario	14	160	2
	Postgrado	3	80	0
Diagnóstico previo	Si	17	105	7
	No	16	242	1

## Discusión

El objetivo de este estudio fue describir el impacto de la pandemia de COVID-19 en indicadores de bienestar y síntomas psicopatológicos de población general uruguaya con el fin de identificar grupos poblacionales de riesgo.

La presentación de datos descriptivos sobre salud mental en una muestra amplia, como la analizada en este estudio, agrega evidencia a los pocos estudios previos publicados sobre el tema en Uruguay (Castellano et al., 2023; Fernández-Theoduloz et al. 2024; Paz et al., 2023; Ruiz et al., 2022; Torterolo et al., 2023). Conocer los datos sobre la sintomatología durante la pandemia y la percepción de las personas respecto al tiempo previo resulta relevante para entender el comportamiento de estas variables en un país que no cuenta con datos epidemiológicos, presenta pobres indicadores de salud mental (MSP, 2020; OPS, 2018) y alarmantes cifras de suicidio (MSP, 2023; Vignolo Ballesteros et al., 2019).

La comparación de los datos prepandemia y durante la pandemia reflejó una tendencia al empeoramiento para las personas en todos los indicadores de bienestar y psicopatología analizados, lo cual se alinea con los resultados de estudios internacionales (Bourmistrova et al., 2022; Cénat et al., 2022; Chen et al., 2022; Dragioti et al., 2022; Jin et al., 2021; Wu et al., 2021), regionales (Zhang et al., 2022), y locales (Castellano et al., 2023; Fernández-Theoduloz et al. 2024; Paz et al., 2023; Torterolo et al., 2023). Parecería ser que, si bien Uruguay presentó una evolución de la pandemia diferente a la de muchos países (confinamiento voluntario, menores tasas de contagio y fallecimientos), el impacto sobre la salud mental de las personas fue similar al observado a nivel global. Considerando los grupos de riesgo, definibles como aquellos que presentaron un mayor nivel de deterioro, se encontraron resultados coincidentes con los reportados en estudios locales e internacionales.

Las participantes mujeres reportaron menores niveles de bienestar y mayor presencia de sintomatología, al igual que se reportó a nivel internacional (Dragioti et al., 2022) y local (Castellano et al., 2023; Paz et al., 2023). Estos resultados pueden asociarse a factores contextuales y también a vulnerabilidades previas del subgrupo poblacional. Respecto a los factores de contexto, varios estudios (Batthyány et al., 2020; Espino & De los Santos, 2020) destacaron cómo la demanda de cuidados afectó en mayor medida a mujeres y madres que asumieron tareas domésticas del hogar, apoyo a la educación a distancia de sus hijos, cuidado de adultos mayores de la familia en tensión con modalidades de trabajo presencial o a distancia. Respecto a las vulnerabilidades previas, en la muestra estudiada un mayor porcentaje de mujeres que de hombres contaba con diagnósticos psicopatológicos previos. Igualmente, importa señalar que, en términos epidemiológicos, los indicadores psicopatológicos analizados (en particular ansiedad y depresión) afectan principalmente a las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Al considerar los distintos grupos etarios, se encontró que las personas en su adultez temprana (18 a 26 años) presentaron peores indicadores de salud mental que el resto de los adultos. Resultados similares fueron reportados a nivel internacional en el metaanálisis de Dragioti et al. (2022), así como por Paz et al. (2023) para adultos uruguayos. Estas diferencias podrían entenderse si se considera que las personas más jóvenes poseen menor independencia, gran valoración por la interacción social extrafamiliar, y que algunas de las medidas sanitarias adoptadas pueden haber afectado hitos evolutivos tales como independizarse, obtener un primer trabajo, etc. (Bell et al., 2023; European Commission: European Education and Culture Executive Agency, 2022).

En este estudio se encontró mayor deterioro en la salud mental de las personas de menor nivel educativo. Si bien estos resultados no aparecen en los estudios consultados, si el nivel educativo se toma como proxy del nivel socioeconómico (Sirin, 2005), los datos sí son consistentes con los de Paz et al. (2023), quienes encontraron mayor sintomatología en personas con menor nivel socioeconómico de Uruguay y con la literatura previa a la pandemia que considera a la pobreza como un factor de riesgo para la aparición de problemas de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Por último, el hecho de que las personas con diagnósticos previos sean uno de los grupos más afectados por el deterioro en términos de bienestar y sintomatología resulta esperable al considerar su mayor vulnerabilidad frente a la acumulación de estresores que implicó la pandemia de COVID-19 (Rains et al., 2021). A su vez, la limitación de la movilidad y el impacto de la pandemia sobre los servicios de salud puede haber generado obstáculos para la atención en salud mental (Byrne et al., 2021).

Un resultado impactante de este estudio es que casi la tercera parte de la muestra estudiada (31 %) presentó, en algún momento durante la pandemia, ideación suicida. Aunque no es posible afirmar relaciones causales, en el año 2021 Uruguay superó la tasa más alta de la que se tenía registro (20.6 cada 100.000 habitantes) durante la crisis económica del 2002, alcanzando una tasa de 21.4 que volvió a ser superada en el año 2023 (tasa de 23.2 cada 100.000 habitantes; Monza & Cracco, 2023).

Los resultados deben considerarse bajo la luz de ciertas limitaciones. En primer lugar, el período prepandemia fue evaluado de forma retrospectiva, lo que aumenta el riesgo de sesgo de recolección en función de la situación actual de los participantes. Por otro lado, el método de muestreo no representativo introduce potenciales sesgos en la muestra, tal como lo indica la mayor proporción de participantes mujeres, lo que limita la generalización de los resultados. Finalmente, si bien se ha realizado un estudio de validación de los ítems seleccionados para la escala COH-FIT (Solmi et al., 2023), estos análisis no fueron realizados para la muestra local.

Más allá de las limitaciones, este estudio aporta evidencia para la delimitación de grupos de riesgo en la población general uruguaya durante la pandemia de COVID-19, en consistencia con los resultados de investigaciones precedentes a nivel regional e internacional. Los grupos sociodemográficos caracterizados en este estudio también se encuentran en riesgo de presentar un mayor deterioro en salud mental durante el período pospandemia. Estudios realizados 12-14 meses luego de la pandemia han observado la presencia de sintomatología persistente, tanto depresiva, ansiosa o vinculada al estrés, particularmente entre las mujeres, los jóvenes, las personas con diagnóstico previos de salud mental y las personas de menor estrato socioeconómico (Benke et al., 2023; Rossi et al., 2023). La identificación de grupos sociodemográficos vulnerables es esencial para el diseño de intervenciones preventivas en salud mental que combinen acciones dirigidas a la población general (i.e., prevención universal) y a grupos específicos de riesgo (i.e., prevención selectiva; Fusar-Poli et al., 2021). En el caso de la prevención del suicidio, por ejemplo, la evidencia actual favorece el empleo combinado de estrategias a nivel de población general, como campañas de difusión y psicoeducación; e intervenciones selectivas, como programas de entrenamiento del personal escolar o de médicos generales para la detección del riesgo suicida (Zalsman et al., 2016).

Por otro lado, en este estudio las variables de género, edad, nivel educativo y diagnóstico previo, variables individuales no modificables, explicaron un porcentaje reducido de la varianza (alrededor del 3 %) de los indicadores de salud mental. Estos resultados resaltan el valor de actuar sobre variables modificables vinculadas a indicadores de buena salud mental (para la descripción de los dominios asociados a la buena salud mental ver: Fusar-Poli et al., 2020). De este modo, el período pospandemia constituye una oportunidad para el diseño de estrategias de salud pública tendientes a la promoción de la salud mental y la resiliencia ante potenciales escenarios de alto estrés psicosocial, como la pandemia de COVID-19, y no solamente focalizadas en la prevención de los trastornos mentales. En el caso de los jóvenes, por ejemplo, si bien la evidencia es aún emergente y fragmentada, intervenciones de relativo

bajo costo y que pueden implementarse a escala nacional a través de tecnologías digitales, como los programas de psicoeducación, han resultado efectivos para la promoción de una buena salud mental (Salazar de Pablo et al., 2020).

### Referencias

- Bagattini, N., Dogmanas, D., Villalba, L., & Bernardi, R. (2020). Atención en salud mental y COVID-19: Algunas respuestas iniciales en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 84(2), 111. <https://doi.org/10.46706/psi/84.2.4>
- Batthyány, K., & Sanchez, A. (2020). Profundización de las brechas de desigualdad por razones de género: El impacto de la pandemia en los cuidados, el mercado de trabajo y la violencia en América Latina y el Caribe. *Astrolabio*, 25, 1-21. <https://doi.org/10.55441/1668.7515.n25.29284>
- Bell, I. H., Nicholas, J., Broomhall, A., Bailey, E., Bendall, S., Boland, A., Robinson, J., Adams, S., McGorry, P., & Thompson, A. (2023). The impact of COVID-19 on youth mental health: A mixed methods survey. *Psychiatry Research*, 321, 115082. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115082>
- Benke, C., Autenrieth, L. K., Asselmann, E., Pané-Farré, C. A. (2023). One year after the COVID-19 outbreak in Germany: Long-term changes in depression, anxiety, loneliness, distress and life satisfaction. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273, 289-299. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01400-0>
- Bourmistrova, N. W., Solomon, T., Braude, P., Strawbridge, R., & Carter, B. (2022). Long-term effects of COVID-19 on mental health: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 299, 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.031>
- Byrne, A., Barber, R., & Lim, C. H. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic - a mental health service perspective. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 25(2), 27-33. <https://doi.org/10.1002/pnp.708>
- Castellano, G., Herrera, G., Heinzen, J., & Alfonso, D. (2023). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental en Uruguay. *Alerta, Revista Científica Del Instituto Nacional de Salud*, 6(2), 125-132. <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i2.16213>
- Cénat, J. M., Farahi, S. M. M. M., Dalexis, R. D., Darius, W. P., Bekarkhanechi, F. M., Poisson, H., Broussard, C., Ukwu, G., Auguste, E., Nguyen, D. D., Sehabi, G., Furyk, S. E., Gedeon, A. P., Onesi, O., El Aouame, A. M., Khodabocus, S. N., Shah, M. S., & Labelle, P. R. (2022). The global evolution of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 315, 70-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.011>
- Chen, J., Zhang, S. X., Yin, A., & Yáñez, J. A. (2022). Mental health symptoms during the COVID-19 pandemic in developing countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 12. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.05011>
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W.-C., Wang, C.-B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 57(6), 365-388. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>
- Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times. (2023). *About The Project*. <https://www.coh-fit.com/about-the-project/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Panorama Social de América Latina y el Caribe. La transformación de la educación como base para el desarrollo sostenible*. Naciones Unidas. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48518/1/S2200947\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48518/1/S2200947_es.pdf)
- Dragioti, E., Li, H., Tsitsas, G., Lee, K. H., Choi, J., Kim, J., Choi, Y. J., Tsamakis, K., Estradé, A., Agorastos, A., Vancampfort, D., Tsiptsios, D., Thompson, T., Mosina, A., Vakadaris, G., Fusar-Poli, P., Carvalho, A. F., Correll, C. U., Han, Y. J., ... Solmi, M. (2022). A large-scale meta-analytic atlas of mental health problems prevalence during the COVID-19 early pandemic. *Journal of Medical Virology*, 94(5), 1935-1949. <https://doi.org/10.1002/jmv.27549>
- Espino, A., & De los Santos, D. (2020). *Pandemia, políticas públicas y desigualdades de género en Uruguay*. ONU Mujeres. <https://acortar.link/yzIwC0>
- European Commission: European Education and Culture Executive Agency. (2022). *The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of young people. Policy responses in European countries*. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2797/299233>

- Fernández-Theoduloz, G., Chirullo, V., Montero, F., Ruiz, P., Selma, H., & Paz, V. (2024). Longitudinal changes in depression and anxiety during COVID-19 crisis in Uruguay. *Current Psychology, 43*, 13841–13849 <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03460-w>
- Fusar-Poli, P., Correll, C., Arango, C., Berk, M., Patel, V., & Ioannidis, J. (2021). Preventive psychiatry: A blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry, 20*(2), 200-221. <https://doi.org/10.1002/wps.20869>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. H., Kessing, L. V., Pfenning, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology, 31*, 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Harris, P. A., Taylor, R., Minor, B. L., Elliott, V., Fernández, M., O'Neal, L., McLeod, L., Delacqua, G., Delacqua, F., Kirby, J., & Duda, S. N. (2019). The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *Journal of Biomedical Informatics, 95*, 103208. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>
- Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics, 42*(2), 377-381. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>
- He, D., Yuan, M., Dang, W., Bai, L., Yang, R., Wang, J., Ma, Y., Liu, B., Liu, S., Zhang, S., Liao, X., & Zhang, W. (2023). Long term neuropsychiatric consequences in COVID-19 survivors: Cognitive impairment and inflammatory underpinnings fifteen months after discharge. *Asian Journal of Psychiatry, 80*, 103409. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103409>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Censo 2023*. <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/poblacion-preliminar-3444263-habitantes>
- Jin, Y., Sun, T., Zheng, P., & An, J. (2021). Mass quarantine and mental health during COVID-19: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 295*, 1335-1346. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.067>
- Le Cessie, S., Goeman, J. J., & Dekkers, O. M. (2020). Who is afraid of non-normal data? Choosing between parametric and non-parametric tests. *European Journal of Endocrinology, 182*(2), E1-E3. <https://doi.org/10.1530/eje-19-0922>
- Medina, J. (2020). Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19): entre la incertidumbre y la fortaleza. *Revista Médica del Uruguay, 36*(2), 6-11.
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *La respuesta de Uruguay en 2020 a la Pandemia de COVID-19*. [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Resumen%20-%20Sistematizaci%C3%B3n%20de%20la%20respuesta%20a%20COVID-19%20en%20Uruguay\\_WEB.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Resumen%20-%20Sistematizaci%C3%B3n%20de%20la%20respuesta%20a%20COVID-19%20en%20Uruguay_WEB.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2023). *17 de julio: Día Nacional para la Prevención del Suicidio. Salud mental: una prioridad para Uruguay*. <https://acortar.link/cf8fP0>
- Monza, A., & Cracco, C. (2023). *Suicidio en Uruguay. Revisión de políticas públicas e iniciativas para su prevención*. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/suicidio-uruguay-revision-politicas-publicas-e-iniciativas-para-su-prevision>
- Naseer, S., Khalid, S., Parveen, S., Abbass, K., Song, H., & Achim, M. V. (2023). COVID-19 outbreak: Impact on global economy. *Frontiers in Public Health, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1009393>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *WHO COVID-19 Dashboard*. <https://covid19.who.int/table>

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*.  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9)
- Paz, V., Chirullo, V., Montero, F., Ruiz, P., Selma, H., & Fernández-Theoduloz, G. (2023). Mental health during the COVID-19 outbreak in Uruguay: the impact of healthy lifestyle behaviors and sociodemographic factors. *Minerva Psychiatry*, 64(2), 203-13. <https://doi.org/10.23736/s2724-6612.21.02251-x>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2022). *Human Development Report 2021/2022. Uncertain times, unsettled lives. Shaping our future in a transforming world*.  
<https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>
- Rains, L. S., Johnson, S., Barnett, P., Steare, T., Needle, J. J., Carr, S., Lever Taylor, B., Bentivegna, F., Edbrooke-Childs, J., Scott, H. R., Rees, J., Shah, P., Lomani, J., Chipp, B., Barber, N., Dedat, Z., Oram, S., Morant, N., & Simpson, A. (2021). Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 13-24.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-020-01924-7>
- Robinson, E., Sutin, A. R., Daly, M., & Jones, A. (2022). A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. *Journal of Affective Disorders*, 296, 567-576.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.098>
- Rossi, R., Socci, V., Benedetto Jannini, T., D'Aurizio, G., Mensi, S., Pacitti, F., Rossi, A., & Di Lorenzo, G. (2023). Changes in mental health outcomes in the general population 14 months into the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of Affective Disorders*, 325, 35-40.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.148>
- Ruiz, P., Semblat, F., & Pautassi, R. M. (2022). Change in Psychoactive Substance Consumption in Relation to Psychological Distress during the COVID-19 Pandemic in Uruguay. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 22(2), 198-205. <https://doi.org/10.18295/squmj.5.2021.106>
- Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfenning, A., Bechdorf, A., Borgwardt, S., Arango, C., van Amelsvoort, T., Vieta, E., Solmi, M., Oliver, D., Catalan, A., Verdino, V., Di Maggio, L., Bonoldi, I., Vaquerizo-Serrano, J., Baccaredda Boy, O., Provenzani, U., ... Fusar-Poli, P. (2020). Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 41, 28-39.  
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.10.007>
- Shanbehzadeh, S., Tavahomi, M., Zanjari, N., Ebrahimi-Takamjani, I., & Amiri-arimi, S. (2021). Physical and mental health complications post-COVID-19: Scoping review. *Journal of Psychosomatic Research*, 147, 110525. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110525>
- Sharma, A., Minh Duc, N. T., Luu Lam Thang, T., Nam, N. H., Ng, S. J., Abbas, K. S., Huy, N. T., Marušić, A., Paul, C. L., Kwok, J., Karbwang, J., de Waure, C., Drummond, F. J., Kizawa, Y., Taal, E., Vermeulen, J., Lee, G. H. M., Gyedu, A., To, K. G., ... Karamouzian, M. (2021). A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *Journal of General Internal Medicine*, 36(10), 3179-3187.  
<https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1>
- Sirin, S. R. (2005). Socioeconomic status and academic achievement: A meta-analytic review of research. *Review of Educational Research*, 75(2), 285-453.  
<https://doi.org/10.3102/00346543075003417>
- Skar, G. B., Graham, S., & Huebner, A. (2023). The long-term effects of the COVID-19 pandemic on children's writing: A follow-up replication study. *Educational Psychology Review*, 35(1).  
<https://doi.org/10.1007/s10648-023-09729-1>
- Solmi, M., Estradé, A., Thompson, T., Agorastos, A., Radua, J., Cortese, S., Dragioti, E., Leisch, F., Vancampfort, D., Thygesen, L. C., Aschauer, H., Schloegelhofer, M., Akimova, E., Schneeberger, A., Huber, C. G., Hasler, G., Conus, P., Cuénod, K., von Känel, R., Arrondo, G., ... Correll, C. U. (2022). The collaborative outcomes study on health and functioning during infection times in adults (COH-FIT-Adults): Design and methods of an international online survey targeting physical and mental health effects of the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 299, 393-407.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.048>

- Solmi, M., Thompson, T., Estradé, A., Agorastos, A., Radua, J., Cortese, S., Dragioti, E., Leisch, F., Vancampfort, D., Thygesen, L. C., Aschauer, H., Schlögelhofer, M., Aschauer, E., Schneeberger, A., Huber, C. G., Hasler, G., Conus, P., Do Cuénod, K. Q., von Känel, R., ... Correll, C. U. (2023). Validation of the Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times (COH-FIT) questionnaire for adults. *Journal of Affective Disorders*, 326, 249-261. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.022>
- Tadesse, S., & Muluye, W. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on education system in developing countries: A review. *Open Journal of Social Sciences*, 8(10), 159-170. <https://doi.org/10.4236/jss.2020.810011>
- Tortero, P., Benedetto, L., Copiz, N., & Peyrou, S. (2023). Calidad de sueño en Uruguay al inicio de la pandemia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 10(2), e201. <https://doi.org/10.25184/anfamed2023v10n2a1>
- Vignolo Ballesteros, J. C., Alegretti, M., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Retamoso, E. (2019). Estudio de 130 años de defunciones por suicidio en el Uruguay 1887-2017. *Revista de Salud Pública*, 23(3), 32-41. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v23.n3.24034>
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Xu, E., Xie, Y., & Al-Aly, Z. (2023). Long-term gastrointestinal outcomes of COVID-19. *Nature Communications*, 14(1). <https://doi.org/10.1038/s41467-023-36223-7>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Bursztein Lipsicas, C., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3, 646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zhang, S. X., Batra, K., Xu, W., Liu, T., Dong, R. K., Yin, A., Delios, A. Y., Chen, B. Z., Chen, R. Z., Miller, S., Wan, X., Ye, W., & Chen, J. (2022). Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America – a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31. <https://doi.org/10.1017/s2045796021000767>

**Contribución de los autores (Taxonomía CRediT):** 1. Conceptualización; 2. Curación de datos; 3. Análisis formal; 4. Adquisición de fondos; 5. Investigación; 6. Metodología; 7. Administración de proyecto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisión; 11. Validación; 12. Visualización; 13. Redacción: borrador original; 14. Redacción: revisión y edición.

A. A. ha contribuido en 2, 3, 5, 6, 13, 14; C. C. en 2, 3, 5, 6, 13, 14; A. E. en 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14; M. S. en 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11; C. U. C. en 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

**Editora científica responsable:** Dra. María del Mar Montoya.

## Apéndice A

**Tabla A1**

*Variables, consignas, ítems y escalas de la encuesta COH-FIT utilizados*

<b>Variab</b> les	<b>Consignas e ítems</b>	<b>Escalas originales</b>
Bienestar	En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido alegre y de buen humor? ¿Y en las últimas dos semanas de su vida "normal" ANTES del brote de COVID-19? En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido tranquilo(a) y relajado(a)? ¿Y en las últimas dos semanas de su vida "normal" ANTES del brote de COVID-19? En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido activo(a) y enérgico(a)? ¿Y en las últimas dos semanas de su vida "normal" ANTES del brote de COVID-19? En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha despertado sintiéndose fresco(a) y descansado(a)? ¿Y en las últimas dos semanas de su vida "normal" ANTES del brote de COVID-19? En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido que su vida se ha llenado de cosas que le interesan? ¿Y en las últimas dos semanas de su vida "normal" ANTES del brote de COVID-19?	WHO-5
Ansiedad	Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta No poder detener o controlar sus preocupaciones Pensando en el más grave de estos dos problemas, ¿Con qué frecuencia lo sintió en las últimas dos semanas de su vida "normal" ANTES del brote de COVID-19?	GAD-7
Depresión	Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?: Poco interés o placer en hacer las cosas Sentirse bajo(a) de ánimo, deprimido(a) o sin esperanza Pensando en el más grave de estos dos problemas, ¿Con qué frecuencia lo sintió en las últimas dos semanas de su vida "normal" ANTES del brote de COVID-19?	PHQ-9
Sueño	En las últimas dos semanas, ¿qué tanto ha experimentado problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño o quedarse dormido, despertarse muy temprano por la mañana)? ¿Y en las últimas dos semanas de su vida "normal" ANTES del brote de COVID-19?	PHQ-9
PTSD	Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas relacionados a una experiencia estresante?: Recuerdos perturbadores recurrentes, pensamientos o imágenes, o sueños de la experiencia estresante Repentinamente actuar o sentir como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si la estuviera reviviendo) Evitar pensar, hablar o tener sentimientos relacionados, o evitar participar en actividades o situaciones que le recuerden la experiencia estresante Estar "súper alerta" o vigilante o a la defensiva Pensando en el más grave de estos dos problemas, ¿Con qué frecuencia lo sintió en las últimas dos semanas de su vida "normal" ANTES del brote de COVID-19?	PCL-5
Autolesiones	En las últimas dos semanas, ¿cuántas veces se ha hecho daño a sí mismo(a), sin intención de suicidarse?	
Ideación suicida	En las últimas dos semanas, ¿cuántas veces PENSÓ en ponerle fin a su vida?	
Intentos autoeliminación	En las últimas dos semanas, ¿cuántas veces INTENTÓ ponerle fin su vida?	

**Tabla A2***Correcciones de Bonferroni para ANOVA de variables durante la pandemia según grupo etario*

			Diferencia	EE	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Bienestar	Temprano	Medio	-40.391	7.486	<.001	-58.33	-22.44
	Temprano	Tardío	-57.523	8.854	<.001	-78.74	-36.30
	Medio	Tardío	-17.131	7.083	.047	-34.10	-0.15
Ansiedad	Temprano	Medio	3.648	2.342	.359	-1.96	9.26
	Temprano	Tardío	8.303	2.770	.008	1.66	14.94
	Medio	Tardío	4.655	2.216	.108	-0.65	9.96
Depresión	Temprano	Medio	15.607	2.341	<.001	9.99	21.22
	Temprano	Tardío	13.206	2.736	<.001	6.64	19.76
	Medio	Tardío	-2.400	2.163	.802	-7.58	2.78
Sueño	Temprano	Medio	8.145	2.690	.008	1.70	14.59
	Temprano	Tardío	12.468	3.132	<.001	4.96	19.98
	Medio	Tardío	4.323	2.465	.239	-1.59	10.23
PTSD	Temprano	Medio	8.837	2.550	.002	2.72	14.95
	Temprano	Tardío	6.809	2.972	.066	-0.31	13.93
	Medio	Tardío	-2.028	2.340	1.000	-7.63	3.58

Nota. EE: Error Estándar.

**Tabla A3***Correcciones de Bonferroni para ANOVA de nivel de deterioro según grupo etario*

			Diferencia	EE	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Bienestar	Temprano	Medio	12.074	6.567	.199	-3.66	27.81
	Temprano	Tardío	10.090	7.767	.582	-8.52	28.70
	Medio	Tardío	-1.984	6.214	1.000	-16.87	12.90
Ansiedad	Temprano	Medio	4.901	2.422	.130	-0.90	10.70
	Temprano	Tardío	11.452	2.829	<.001	4.66	18.23
	Medio	Tardío	6.550	2.233	.010	1.19	11.90
Depresión	Temprano	Medio	9.102	2.351	<.001	3.46	14.73
	Temprano	Tardío	10.912	2.742	<.001	4.33	17.48
	Medio	Tardío	1.809	2.168	1.000	-3.38	7.00
Sueño	Temprano	Medio	5.870	2.247	.027	0.48	11.25
	Temprano	Tardío	12.418	2.615	<.001	6.14	18.68
	Medio	Tardío	6.547	2.057	.004	1.61	11.47
PTSD	Temprano	Medio	2.711	2.313	.725	-2.83	8.25
	Temprano	Tardío	3.239	2.697	.690	-3.22	9.70
	Medio	Tardío	0.528	2.127	1.000	-4.57	5.62

Nota. EE: Error Estándar.

**Tabla A4***Correcciones de Bonferroni para ANOVA de variables durante la pandemia según nivel educativo*

			Diferenci a	EE	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Bienestar	Primaria	Secundaria	-14.130	23.997	.556	-61.20	32.94
	Primaria	Universidad	-33.622	23.746	.157	-80.20	12.95
	Primaria	Posgrado	-61.999	24.196	.010	-109.46	-14.53
	Secundaria	Universidad	-19.492	6.744	.004	-32.72	-6.26
	Secundaria	Posgrado	-47.869	8.189	<.001	-63.93	-31.80
	Universidad	Posgrado	-28.376	7.422	<.001	-42.93	-13.81
Ansiedad	Primaria	Secundaria	16.442	7.485	.028	1.75	31.12
	Primaria	Universidad	18.927	7.407	.011	4.39	33.45
	Primaria	Posgrado	21.385	7.548	.005	6.57	36.19
	Secundaria	Universidad	2.484	2.104	.238	-1.64	6.61
	Secundaria	Posgrado	4.942	2.554	.053	-0.06	9.95
	Universidad	Posgrado	2.457	2.315	.289	-2.08	6.99
Depresión	Primaria	Secundaria	5.350	7.226	.459	-8.82	19.52
	Primaria	Universidad	10.840	7.144	.129	-3.17	24.85
	Primaria	Posgrado	23.774	7.284	.001	9.48	38.06
	Secundaria	Universidad	5.490	2.078	.008	1.41	9.56
	Secundaria	Posgrado	18.424	2.516	<.001	13.48	23.36
	Universidad	Posgrado	12.933	2.271	<.001	8.47	17.38
Sueño	Primaria	Secundaria	-1.522	8.082	.851	-17.38	14.33
	Primaria	Universidad	0.691	7.985	.931	-14.98	16.36
	Primaria	Posgrado	7.033	8.154	.389	-8.97	23.03
	Secundaria	Universidad	2.213	2.394	.356	-2.48	6.91
	Secundaria	Posgrado	8.555	2.909	.003	2.85	14.26
	Universidad	Posgrado	6.342	2.630	.016	1.18	11.50
PTSD	Primaria	Secundaria	8.214	7.772	.291	-7.03	23.46
	Primaria	Universidad	13.501	7.683	.079	-1.57	28.57
	Primaria	Posgrado	22.304	7.833	.004	6.93	37.67
	Secundaria	Universidad	5.287	2.252	.019	0.86	9.70
	Secundaria	Posgrado	14.090	2.719	<.001	8.75	19.42
	Universidad	Posgrado	8.803	2.454	<.001	3.98	13.61

*Nota.* EE: Error Estándar.

**Tabla A5***Correcciones de Bonferroni para ANOVA de nivel de deterioro según nivel educativo*

			Diferencia	EE	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Bienestar	Primaria	Secundaria	-9.907	20.924	.636	-50.95	31.13
	Primaria	Universidad	-12.321	20.705	.552	-52.93	28.29
	Primaria	Posgrado	-31.248	21.097	.139	-72.63	10.13
	Secundaria	Universidad	-2.414	5.880	.682	-13.95	9.12
	Secundaria	Posgrado	-21.341	7.140	.003	-35.34	-7.33
	Universidad	Posgrado	-18.927	6.472	.004	-31.62	-6.23
Ansiedad	Primaria	Secundaria	8.915	7.436	.231	-5.67	23.50
	Primaria	Universidad	14.558	7.352	.048	0.13	28.98
	Primaria	Posgrado	16.989	7.500	.024	2.27	31.70
	Secundaria	Universidad	-8.915	7.436	.231	-23.50	5.67
	Secundaria	Posgrado	5.642	2.156	.009	1.41	9.87
	Universidad	Posgrado	2.431	2.364	.304	-2.20	7.07
Depresión	Primaria	Secundaria	8.245	7.170	.250	-5.82	22.31
	Primaria	Universidad	12.068	7.086	.089	-1.83	25.97
	Primaria	Posgrado	21.220	7.229	.003	7.03	35.40
	Secundaria	Universidad	3.822	2.088	.067	-0.27	7.92
	Secundaria	Posgrado	12.974	2.531	<.001	8.00	17.94
	Universidad	Posgrado	9.151	2.283	<.001	4.67	13.63
Sueño	Primaria	Secundaria	-6.406	6.758	.343	-19.66	6.85
	Primaria	Universidad	-5.404	6.678	.419	-18.50	7.69
	Primaria	Posgrado	-2.640	6.820	.699	-16.02	10.74
	Secundaria	Universidad	1.001	2.008	.618	-2.93	4.94
	Secundaria	Posgrado	3.766	2.439	.123	-1.02	8.55
	Universidad	Posgrado	2.764	2.209	.211	-1.57	7.09
PTSD	Primaria	Secundaria	2.497	7.002	.721	-11.24	16.23
	Primaria	Universidad	4.785	6.922	.490	-8.79	18.36
	Primaria	Posgrado	9.509	7.064	.179	-4.35	23.36
	Secundaria	Universidad	2.288	2.049	.265	-1.73	6.30
	Secundaria	Posgrado	7.011	2.487	.005	2.13	11.89
	Universidad	Posgrado	4.723	2.251	.036	0.30	9.14

*Nota.* EE: Error Estándar.