

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD MENTAL DE LAS Y LOS URUGUAYOS

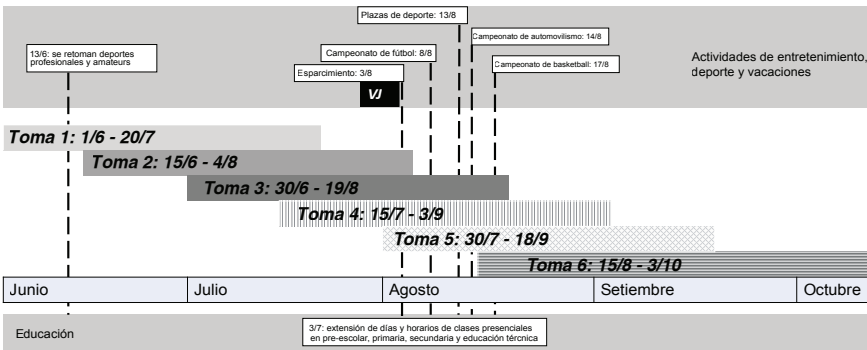
VALENTINA PAZ
GABRIELA FERNÁNDEZ THEODULOZ¹

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la infección por COVID-19 como una pandemia global, lo que generó un impacto generalizado en diferentes países. Hasta la fecha, se registraron más de 774 millones de casos y se documentaron más de 7 millones de fallecimientos en todo el mundo, según datos de la OMS de enero de 2024. La región de América Latina y el Caribe experimentó una carga significativa, con más de 157 millones de casos confirmados y más de 3 millones de muertes. El rápido aumento de la propagación del virus motivó la implementación de múltiples medidas de escala global con el propósito de contener su expansión. Estas acciones, sin embargo, generaron repercusiones en la salud mental de la población.

Uruguay se destacó en la gestión de la pandemia sin recurrir a confinamientos ni toques de queda. Hasta octubre de 2020, el país había registrado solo 2122 casos confirmados y 48 muertes acumuladas. Le atribuyó su éxito a la responsabilidad ciudadana y a las medidas tempranas, como el cierre de instituciones educativas y fronteras (Grupo Asesor Científico Honorario [GACH], 2021). A medida que la situación mejoraba, se permitió la apertura de actividades con protocolos (figura 1). A pesar de la ausencia de restricciones, era esperable que la duración y la incertidumbre de la crisis afectaran la salud psicológica de la población uruguaya como sucedió en todo el mundo.

¹ Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Figura 1. Línea de tiempo del estudio de las tomas de recolección de datos (toma 1 a toma 6) y fechas en las que los datos fueron recolectados.



Los eventos de apertura están marcados con línea punteada. Número de participantes que completaron la encuesta en cada toma de recolección de datos: toma 1 ($n = 1051$), toma 2 ($n = 470$), toma 3 ($n = 340$), toma 4 ($n = 330$), toma 5 ($n = 278$) y toma 6 ($n = 232$). Los eventos relacionados con actividades de entretenimiento, deportes y con las vacaciones de julio (VJ) están indicados en la parte superior de la figura, mientras que los eventos de apertura en la educación se presentan en la parte inferior de la figura.

Fuente: elaboración propia a partir de Fernández-Theoduloz *et al.* (2022).

Tasas elevadas de síntomas de depresión y ansiedad se observaron en países con medidas restrictivas, mientras que en aquellos con enfoques menos estrictos como en Uruguay y también en países con control efectivo de la pandemia (Guo *et al.*, 2020; López Steinmetz *et al.*, 2022; Yamamoto *et al.*, 2020). En naciones con cuarentenas obligatorias, se observó un deterioro a lo largo del tiempo en la salud mental (Canet-Juric *et al.*, 2020). Asimismo, las investigaciones revelaron efectos en los síntomas de salud mental antes y después del confinamiento, con la mayoría de estos estudios centrados en Europa, Asia y América del Norte. A la fecha de preparación de este capítulo se habían llevado adelante varias investigaciones que abordaron los impactos en la salud mental en Uruguay. Los hallazgos muestran síntomas de ansiedad, tristeza, dificultades para conciliar el sueño, aumento del consumo de sustancias psicoactivas y emociones negativas.² La salud mental durante la pandemia de COVID-19 se vio influida por múltiples factores y la literatura destaca, en este sentido, que fueron relevantes el papel del sexo, del nivel socioeconómico y de la edad (Xiong *et al.*, 2020). Así, se observó que ser mujer aumenta el riesgo de experimentar síntomas

2 Véanse Vásquez-Echeverría y Loose (2022), Ruiz *et al.* (2022), Castellano *et al.* (2023) y Ares *et al.* (2021).

vinculados a la salud mental. La juventud también se identificó como un factor influyente en estos síntomas y este efecto se corroboró en diferentes estudios durante la pandemia. Además, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo se asoció con un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos y de ansiedad (Guo *et al.*, 2020; López Steinmetz *et al.*, 2022). Es crucial destacar que la pandemia ha afectado de manera desproporcionada a individuos de nivel socioeconómico bajo y mujeres (ONU, 2021).

Además de estos factores sociodemográficos, los hábitos de vida emergieron como un elemento clave para comprender el impacto de la pandemia en la salud mental de la población. Se demostró que un estilo de vida sedentario durante el confinamiento se asociaba con síntomas elevados de depresión y ansiedad (Yamamoto *et al.*, 2020). Además, cambios negativos en los patrones de sueño se vincularon a un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés (Guo *et al.*, 2020). La limitada exposición al aire libre y a la luz solar también afectaron la salud mental, en tanto se evidenció una menor resiliencia psicológica entre aquellos con una baja exposición diaria (Killgore *et al.*, 2020) y mayores niveles de estrés entre aquellos que redujeron su tiempo al aire libre en comparación con los que lo aumentaron (Cindrich *et al.*, 2021). Por ello, la presencia generalizada de estos comportamientos durante la pandemia generó preocupación.

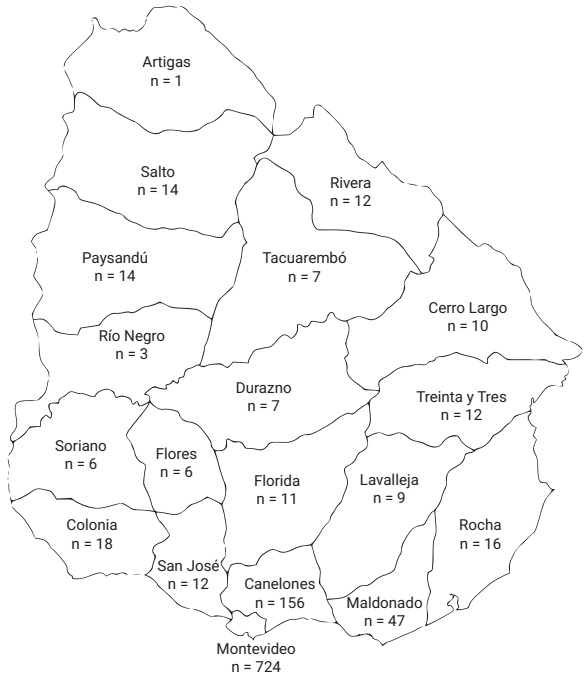
NUESTRO ESTUDIO

Considerando el vacío en la literatura científica acerca del impacto de la pandemia en la salud mental en países con confinamientos leves y baja circulación viral nos propusimos evaluar el impacto que tuvieron estas circunstancias en la salud mental de los uruguayos.³ Con este objetivo, investigamos el efecto de factores sociodemográficos, de hábitos de vida, del tiempo y de la movilidad sobre los síntomas depresivos y de ansiedad. Los resultados de este estudio fueron publicados en dos artículos científicos (Fernández-Theoduloz *et al.*, 2022; Paz *et al.*, 2022). Para este estudio, se convocó vía redes sociales y canales de difusión de la Universidad de la

3 El equipo fue conformado por investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Valentina Paz, Gabriela Fernández Theoduloz, Hugo Selma y Vicente Chirullo), de la Facultad de Veterinaria de la Universidad de la República (Paul Ruiz) y de la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (Federico Montero).

República a participar a personas de más de dieciocho años residentes de Uruguay (figura 2). A los interesados se les solicitaba que completaran una encuesta cada quince días en seis ocasiones (figura 1 para el detalle de la cantidad de personas que completaron la encuesta en cada ocasión). En esa encuesta se les preguntaba a los participantes su sexo, edad, el tipo de aislamiento que estaban cumpliendo y hace cuántos días, si tenían espacio al aire libre en sus hogares, el número de horas de actividad física que hacían por semana, si mantenían sus rutinas de sueño respecto al período anterior y si estaban expuestos a luz natural durante al menos treinta minutos al día. A su vez, se les pedía que completaran el índice de nivel socioeconómico (INSE). Este índice fue creado por representantes de la Cámara de Empresas de Investigación Social y de Mercado del Uruguay y busca clasificar a los hogares de acuerdo a su capacidad de consumo o gasto (Llambí y Piñeyro, 2012).

Figura 2. Cantidad de participantes encuestados por departamento



Fuente: elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos extraídos del estudio.

Asimismo, se les pedía a los participantes que completaran el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Sanz *et al.*, 2003). Este inventario se compone de veintiuna preguntas que evalúan la presencia y severidad de la sintomatología depresiva en las últimas dos semanas, en las que, a puntuaciones más altas, mayor severidad. Estas preguntas evalúan el nivel de tristeza, pesimismo y autocrítica; la presencia de sentimientos de fracaso, culpa, inutilidad y castigo; la pérdida de placer; la insatisfacción con uno mismo; la presencia de llanto, agitación, indecisión, irritabilidad, cansancio o fatiga; la pérdida de energía y de interés; los cambios en el patrón de sueño y apetito; las dificultades de concentración, y los pensamientos o deseos de suicidio.

Por último, los participantes completaban la subescala *estado* del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E) (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011). Esta subescala evalúa el nivel actual de ansiedad mediante veinte frases que describen cómo se siente la persona al momento de informar, en las que, a puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. Algunas de las afirmaciones son «me siento tenso», «me siento nervioso», «me siento indeciso» y «me siento confundido». Al completar el inventario las personas deben indicar su nivel de acuerdo con estas afirmaciones.

Para evaluar la movilidad, se usaron los informes de movilidad comunitaria de COVID-19 de Google. Estos datos proporcionan estimaciones de cambios (en comparación con un valor de referencia a partir de un día determinado entre el 3 de enero y el 6 de febrero de 2020) en los patrones de movilidad debido a la pandemia en lugares como residencias, lugares de trabajo, lugares de comercio y recreación, parques, comercios (supermercados o farmacias) y centros de transporte.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN CONTEXTO DE PANDEMIA

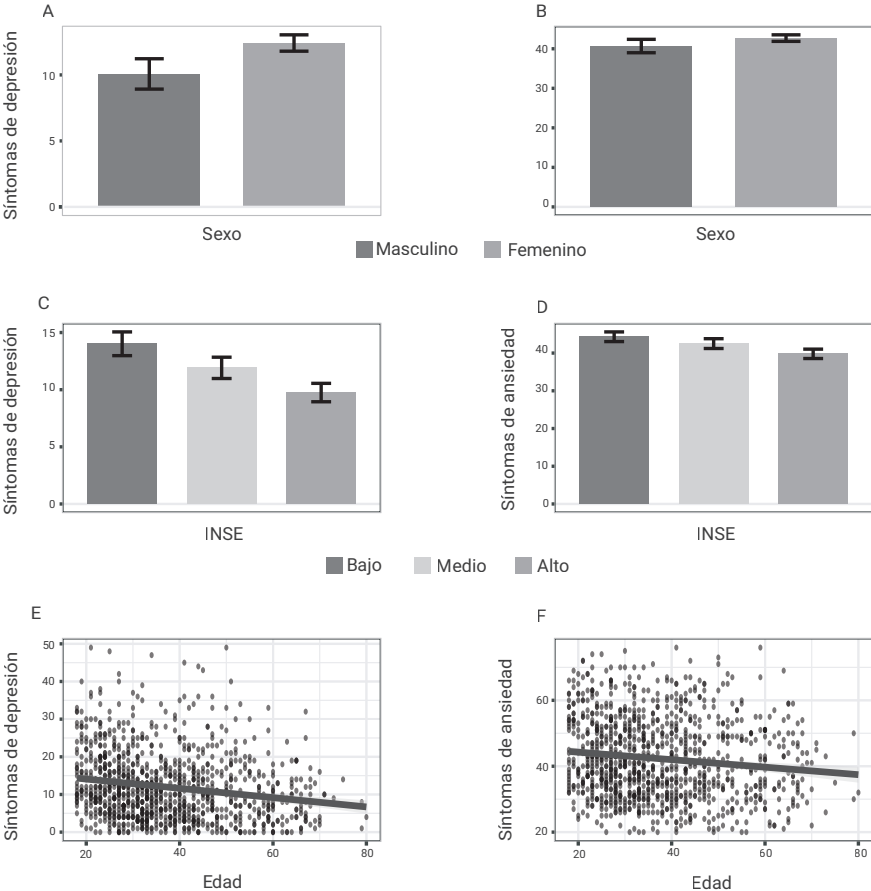
Siguiendo los antecedentes de estudios llevados a cabo en países donde se aplicaron medidas poco restrictivas y considerando que al comienzo de nuestro estudio la mayoría de los participantes estaban en aislamiento parcial o habían regresado a su rutina normal, se podría esperar un impacto menos severo en su salud mental. Sin embargo, los participantes que completaron la primera encuesta reportaron síntomas depresivos leves a moderados y síntomas de ansiedad severos. A continuación, se discutirán algunos factores que se relacionaron con este aumento.

Los resultados de la primera encuesta mostraron que las mujeres presentaban más síntomas depresivos, aunque no de ansiedad, que los varones (figuras 3a y 3b). Concordante con este resultado, más del 70 % de las llamadas a la línea de ayuda psicológica en nuestro país fueron de mujeres. En primer lugar, es importante resaltar que este resultado no es sorprendente, dado que la depresión es el doble de frecuente en mujeres que en varones (Weinberger *et al.*, 2018). En segundo lugar, las mujeres suelen ser las cuidadoras principales dentro de la familia, por lo que las medidas de contención de la COVID-19, como el cierre de las escuelas, podrían haber aumentado su carga en el hogar, dificultado el cumplimiento de otras responsabilidades, limitado su tiempo de ocio e impactado en su salud mental (Rodríguez-Rey *et al.*, 2020). En tercer lugar, las mujeres representan un alto porcentaje de la fuerza laboral afectada por la pandemia (turismo, servicios, comercio minorista, trabajo doméstico remunerado y atención médica). En esta línea, se estima que más de veinte millones de mujeres han caído en la pobreza en América Latina y el Caribe durante 2020 (ONU y CEPAL, 2021).

También se encontró que los participantes de bajo nivel socioeconómico reportaron más síntomas depresivos y de ansiedad que aquellos de nivel alto (figuras 3c y 3d). Estos aumentos podrían deberse a las dificultades para procurar necesidades básicas (vivienda, medicamentos y alimentos), en particular en contexto de pandemia. La crisis de COVID-19 ha afectado a varias empresas e industrias y el desempleo ha aumentado en muchos países. Esto tiene un impacto importante en las personas de bajos ingresos, ya que las desigualdades para acceder a necesidades esenciales aumentan durante las crisis.

También ambos tipos de síntomas aumentaron a medida que disminuía la edad de los participantes (figuras 3e y 3f). Esto podría esperarse, ya que los jóvenes son más vulnerables a los problemas de salud mental (Weinberger *et al.*, 2018). Además, durante la crisis por COVID-19 los jóvenes podrían haber sufrido mayor incertidumbre con respecto a sus trabajos y preocupaciones financieras y a la necesidad de adaptarse rápido a nuevos entornos educativos, como las clases en línea. A su vez, el aislamiento podría tener un impacto en sus relaciones sociales e íntimas, lo cual es vital en esta etapa del desarrollo. Sin embargo, se debe observar que la mayoría de las llamadas a la línea de ayuda psicológica de nuestro país provinieron de personas de 41 a 70 años. Una posible explicación a este fenómeno es que, aunque los trastornos mentales son más prevalentes en los jóvenes, estos son reacios a buscar ayuda.

Figura 3. Síntomas de depresión y ansiedad por sexo (A, B), nivel socioeconómico (C, D) y edad (E, F)



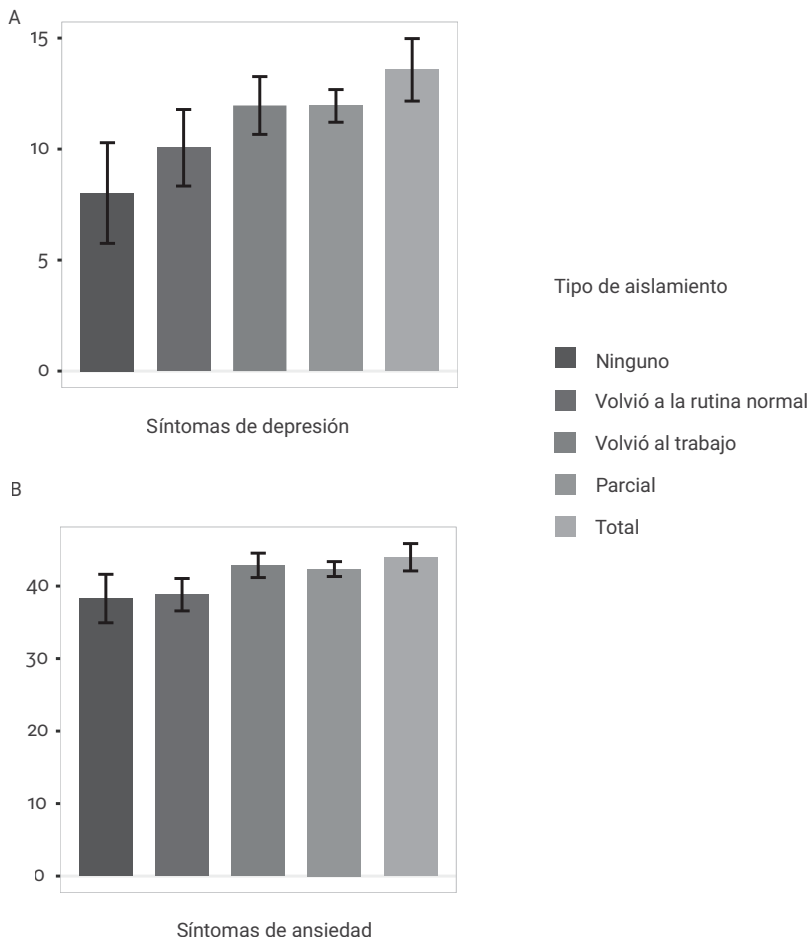
Fuente: elaboración propia a partir de Paz *et al.* (2023).

EFFECTO DE LOS HÁBITOS DE VIDA

Los hábitos de vida también influyeron en la sintomatología depresiva y de ansiedad reportada en la primera encuesta. Los participantes en aislamiento total reportaron más síntomas depresivos y de ansiedad que aquellos que no habían cumplido con el aislamiento y que aquellos que habían cumplido con el aislamiento, pero que habían regresado a su rutina normal (figuras 4a y 4b). Estudios anteriores en otros países demostraron

que quienes siguieron la recomendación de quedarse en casa y quienes fueron obligados a hacer cuarentena presentaron un mayor riesgo de sufrir depresión o ansiedad que los que no se aislaron (por ejemplo, Benke *et al.*, 2022; Xin *et al.*, 2020). Nuestros resultados también están en línea con estudios de epidemias anteriores que demuestran que el cumplimiento de cuarentenas aumenta los niveles de depresión y ansiedad, así como los síntomas de estrés postraumático (Brooks *et al.*, 2020).

Figura 4. Síntomas de depresión y ansiedad según el tipo de aislamiento



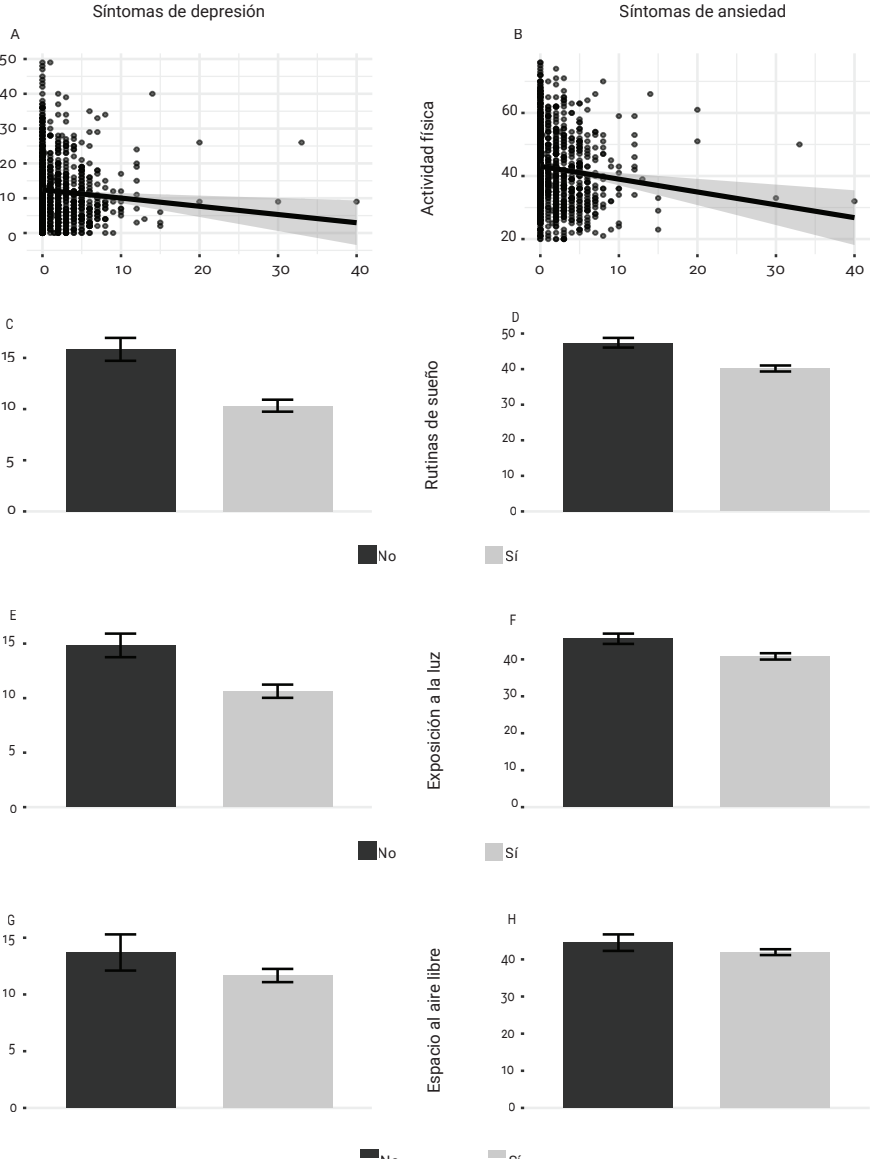
Fuente: elaboración propia a partir de Paz *et al.* (2023).

También se encontró que, a medida que aumentaban los días de aislamiento, también crecía la sintomatología de los participantes. Un estudio hecho en Argentina reportó que los períodos de cuarentena más prolongados se relacionaron con una menor percepción de bienestar, mayores niveles de depresión y ansiedad y un mayor riesgo suicida (López Steinmetz *et al.*, 2022). Es necesario recalcar que las cuarentenas están asociadas con la falta de suministros básicos adecuados, los problemas financieros y laborales y la separación de seres queridos, así como con mayores niveles de aburrimiento, lo que necesariamente afecta la salud mental de las personas aisladas.

Asimismo, los síntomas disminuyeron a medida que aumentaron las horas de actividad física (figuras 5a y 5b). Nuestros hallazgos son congruentes con estudios anteriores que demostraron que quienes hicieron ejercicio durante el aislamiento mostraron niveles reducidos de depresión y ansiedad (por ejemplo, Guo *et al.*, 2020; Rodríguez-Rey *et al.*, 2020). Esto sugiere que la actividad física activa podría haber actuar como un amortiguador para los problemas de salud mental durante el confinamiento. Una posible explicación de este efecto es que la actividad física desviaba la atención de la pandemia y que, a su vez, reducía los temores asociados a ella. Una hipótesis alternativa es que el ejercicio mejora la calidad del sueño. En este sentido, también encontramos que las personas que mantuvieron sus rutinas de sueño durante el brote de COVID-19 reportaron menos síntomas depresivos y de ansiedad que las que no lo hicieron (figuras 5c y 5d). Un estudio anterior demostró que los hábitos de sueño estables y saludables fueron un factor protector frente a la angustia psicológica durante la pandemia (Yamamoto *et al.*, 2020).

Otro hallazgo de nuestro estudio fue que quienes estaban expuestos a la luz natural al menos por treinta minutos al día (figuras 5e y 5f) y quienes disponían de espacio al aire libre en sus hogares (figuras 5g y 5h) reportaban menos sintomatología que quienes no. Como se mencionó antes, la mayoría de las personas que participaron de nuestro estudio cumplió algún tipo de aislamiento, lo que es probable que haya limitado su exposición a la luz natural y sus actividades al aire libre. Estos resultados siguen estudios anteriores de COVID-19 que mostraron que la exposición al aire libre aumentaba el bienestar y disminuía el estrés (por ejemplo, Cindrich *et al.*, 2021) y están de acuerdo con la vasta evidencia que demuestra que en general una baja exposición a la luz tiene un efecto negativo en el estado de ánimo (Blume *et al.*, 2019).

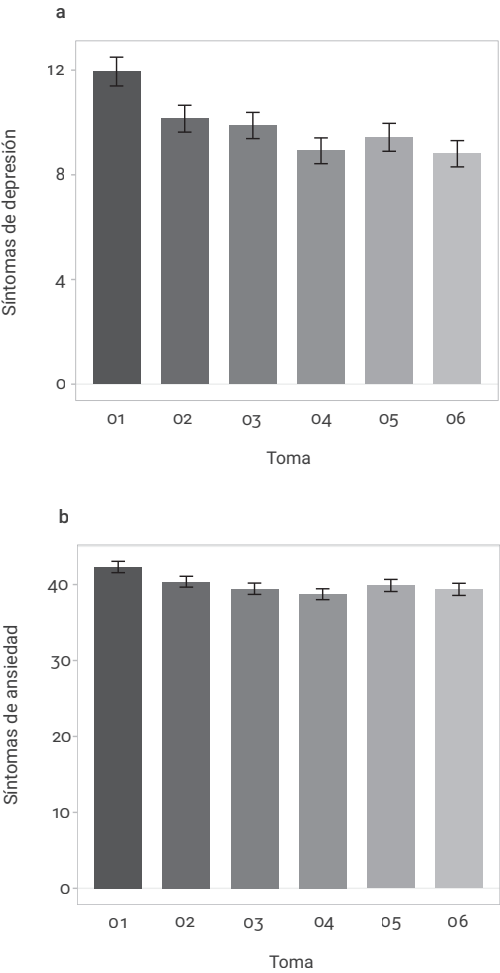
Figura 5. Síntomas de depresión y ansiedad por horas de actividad física (a y b), según rutinas de sueño (c y d), exposición a la luz (e y f) y espacio al aire libre (g y h)



Fuente: elaboración propia a partir de Paz *et al.* (2023).

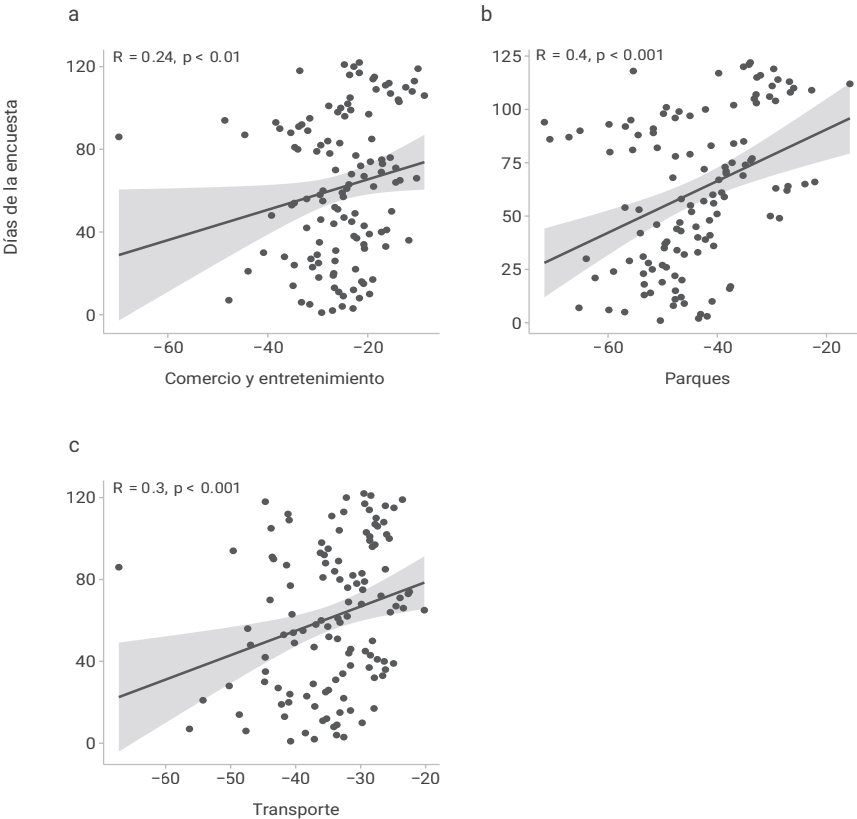
Los datos del análisis del paso del tiempo demostraron que los síntomas depresivos y de ansiedad fueron más severos al comienzo de la pandemia (figuras 6a y 6b). Estudios anteriores sobre el impacto de la crisis de COVID-19 en la salud mental en el mundo ya habían informado sobre una disminución en los síntomas de ansiedad y depresión a lo largo del tiempo (por ejemplo, Canet-Juric *et al.*, 2020; López Steinmetz *et al.*, 2022). En nuestro país, la reducción en los síntomas se podría asociar a una disminución en el miedo a la infección y a una menor incertidumbre sobre el futuro, porque varias actividades se reanudaron rápidamente (figura 1) y las autoridades nacionales comenzaron a resaltar el éxito de Uruguay en la lucha contra la COVID-19. Esta atmósfera optimista podía llevar a la idea de que la pandemia estaba bajo control y que se estaba restaurando la normalidad, lo que causó que las personas comenzaran a ocupar más tiempo con actividades de ocio. Curiosamente, corroboramos este efecto al encontrar que los síntomas de depresión disminuían a medida que aumentaba la movilidad hacia lugares de comercio y recreación, parques y centros de transporte (figura 7a y 7b).

Figura 6. Niveles de depresión (a) y ansiedad (b) a través de las tomas



Fuente: elaboración propia a partir de Fernández-Theoduloz *et al.* (2022).

Figura 7. Relación entre los días de nuestro estudio y la movilidad en comercio y recreación (a), parques (b) y transporte (c)

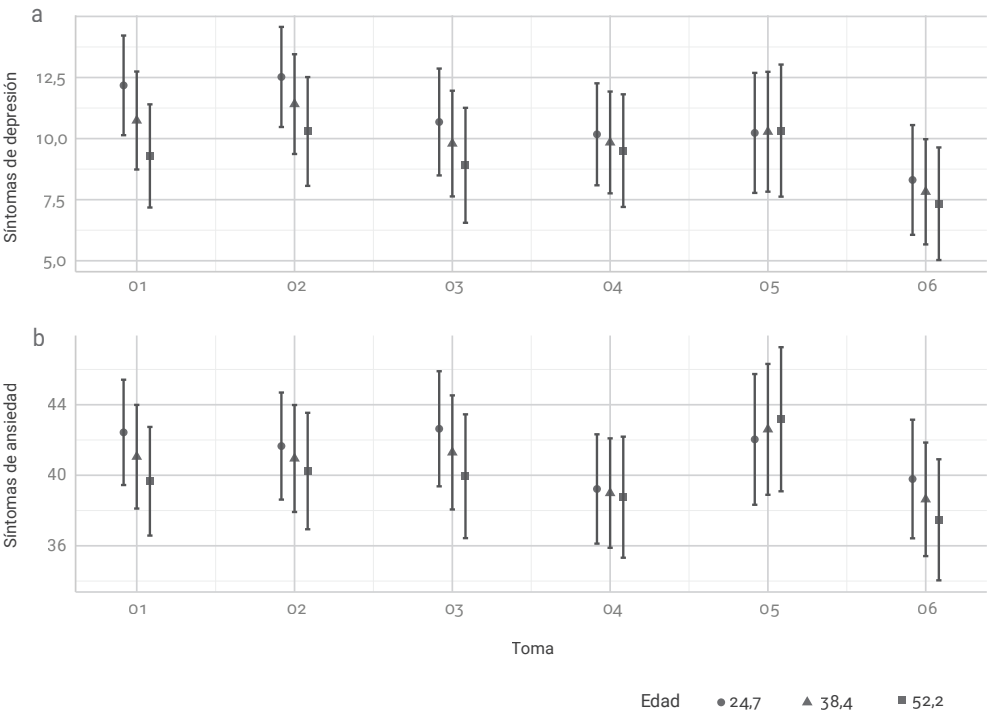


Fuente: elaboración propia a partir de Fernández-Theoduloz *et al.* (2022).

Asimismo, el efecto del tiempo en los síntomas depresivos y de ansiedad fue dependiente de la edad de los participantes (figuras 8a y 8b). Las diferencias en la sintomatología entre los grupos de edad fueron mayores al comienzo de la evaluación que en sucesivas evaluaciones, y fueron los más jóvenes quienes reportaron los síntomas más severos. La crisis de COVID-19 limitó en gran medida la interacción social en todos los grupos de edad, pero, considerando que el relacionamiento entre pares es vital en las personas más jóvenes y que la vulnerabilidad a problemas de salud mental es mayor en esta población (Weinberger *et al.*, 2018), no es sorprendente que estas hayan sido las más afectadas al comienzo de la pandemia.

La reapertura de eventos relacionados con el ocio y actividades deportivas (figura 1), así como la llegada del invierno y las recomendaciones de permanecer dentro de los hogares (en especial, para las personas mayores que tenían un mayor riesgo de infección) podría haber llevado a que las diferencias entre los grupos de edad se atenuaran con el paso del tiempo.

Figura 8. Síntomas de depresión y ansiedad a través del tiempo, por grupos de edad



Fuente: elaboración propia a partir de Fernández-Theoduloz *et al.* (2022).

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio indicaron que durante la pandemia de COVID-19 un segmento de la población uruguaya experimentó síntomas de depresión leves a moderados y de ansiedad severa. Estos síntomas se vieron influidos por varios factores, como el tipo y la duración del aislamiento, así como el sexo, la edad y el nivel socioeconómico de los encuestados. Además, el acceso a espacios al aire libre en el hogar y los hábitos de vida durante la pandemia también jugaron un papel relevante para explicar estos síntomas. Nuestros datos también mostraron una disminución en los síntomas a lo largo del tiempo que seguía un patrón dependiente de la edad y relacionado con la movilidad.

Consideramos que nuestros hallazgos subrayan la importancia de monitorear la salud mental de la población. Se debe prestar especial atención a grupos vulnerables, como las mujeres, las personas con bajos ingresos y los jóvenes. Además, es fundamental que se promueva un estilo de vida saludable que incluya actividad física, hábitos de sueño adecuados, exposición a la luz natural y tiempo al aire libre, entre otros. Por último, es crucial aumentar la disponibilidad de los servicios de atención en salud mental en nuestro país; implementar programas de educación y sensibilización sobre salud psicológica en la población, y crear entornos que fomenten el bienestar emocional en todos los aspectos de la vida.

REFERENCIAS

- BENKE, C., AUTENRIETH, L. K., ASSELMANN, E., y PANÉ-FARRÉ, C. A. (2022). Stay-at-home orders due to the COVID-19 pandemic are associated with elevated depression and anxiety in younger, but not older adults: Results from a nationwide community sample of adults from Germany. *Psychological Medicine*, 52(15), 3739-3740. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003438>
- BLUME, C., GARBAZZA, C., y SPITSCHAN, M. (2019). Effects of light on human circadian rhythms, sleep and mood. *Somnologie*, 23(3), 147-156. <https://doi.org/10.1007/s11818-019-00215-x>
- BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBERG, N., y RUBIN, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- CANET-JURIC, L., ANDRÉS, M. L., DEL VALLE, M., LÓPEZ-MORALES, H., POÓ, F., GALLI, J. I.,... y URQUIJO, S. (2020). A Longitudinal Study on the Emotional Impact Cause by the COVID-19 Pandemic Quarantine on General Population. *Frontiers in Psychology*, 11, 565688. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.565688>
- CINDRICH, S. L., LANSING, J. E., BROWER, C. S., MCDOWELL, C. P., HERRING, M. P., y MEYER, J. D. (2021). Associations Between Change in Outside Time Pre- and Post-COVID-19 Public Health Restrictions and Mental Health: Brief Research Report. *Frontiers in Public Health*, 9, 619129. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.619129>
- FERNÁNDEZ-THEODULOZ, G., CHIRULLO, V., MONTERO, F., RUIZ, P., SELMA, H., y PAZ, V. (2022). 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>
- GRUPO ASESOR CIENTÍFICO HONORARIO (GACH) (2021). *Análisis de situación de la Epidemia en Uruguay al 18 de enero*. Montevideo: Presidencia de la República. Recuperado de <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/publicaciones/grupo-modelos-ciencia-datos-analiza-periodos-pandemia-uruguay>
- GUILLÉN-RIQUELME, A., y BUELA-CASAL, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(5), 510-515.
- GUO, Y., CHENG, C., ZENG, Y., LI, Y., ZHU, M., YANG, W.,... y WU, S. (2020). Mental Health Disorders and Associated Risk Factors in Quarantined Adults During the COVID-19 Outbreak in China: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e20328. <https://doi.org/10.2196/20328>
- KILLGORE, W. D. S., TAYLOR, E. C., CLOONAN, S. A., y DAILEY, N. S. (2020). Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Research*, 291, 113216. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113216>
- LLAMBÍ, C., y PIÑEYRO, L. (2012). *Índice de nivel socioeconómico (INSE)*. Montevideo: CINVE. Recuperado de <https://cinve.org.uy/wp-content/uploads/2012/12/Indice-de-nivel-socioecon%C3%B3mico.pdf>

- LÓPEZ STEINMETZ, L. C., DUTTO FLORIO, M. A., LEYES, C. A., FONG, S. B., RIGALLI, A., y GODOY, J. C. (2022). Levels and predictors of depression, anxiety, and suicidal risk during COVID-19 pandemic in Argentina: The impacts of quarantine extensions on mental health state. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 13-29. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1867318>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (2021). *The economic autonomy of women in a sustainable recovery with equality*. Recuperado de <https://www.cepal.org/en/publications/46634-economic-autonomy-women-sustainable-recovery-equality>
- PAZ, V., CHIRULLO, V., MONTERO, F., RUIZ, P., SELMA, H., y FERNÁNDEZ THEODULOZ, G. (2022). Mental health during the COVID-19 outbreak in Uruguay: The impact of healthy lifestyle behaviors and sociodemographic factors. *Minerva Psychiatry*, 64(2), 203-213. <https://doi.org/10.23736/S2724-6612.21.02251-X>
- RODRÍGUEZ-REY, R., GARRIDO-HERNANSAIZ, H., y COLLADO, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- SANZ, J., PERDIGÓN, A. L., y VÁZQUEZ, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- WEINBERGER, A. H., GBEDEMAH, M., MARTINEZ, A. M., NASH, D., GALEA, S., y GOODWIN, R. D. (2018). Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: Widening disparities in vulnerable groups. *Psychological Medicine*, 48(8), 1308-1315. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002781>
- XIN, M., LUO, S., SHE, R., YU, Y., LI, L., WANG, S.,... y LAU, J. T. (2020). Negative cognitive and psychological correlates of mandatory quarantine during the initial COVID-19 outbreak in China. *American Psychologist*, 75(5), 607-617. <https://doi.org/10.1037/amp0000692>
- XIONG, J., LIPSITZ, O., NASRI, F., LUI, L. M. W., GILL, H., PHAN, L.,... y MCINTYRE, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- YAMAMOTO, T., UCHIUMI, C., SUZUKI, N., YOSHIMOTO, J., y MURILLO-RODRIGUEZ, E. (2020). The Psychological Impact of 'Mild Lockdown' in Japan during the COVID-19 Pandemic: A Nationwide Survey under a Declared State of Emergency. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9382. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249382>