

Impact of COVID-19 on mental health in Uruguay

Castellano, Graciela; Herrera, Guadalupe; Heinzen, Jimena; Alfonso, Daniela

 Graciela Castellano

sofiacastellano@gmail.com

Departamento de Medicina Preventiva y Social,
Universidad de la República, Uruguay

 Guadalupe Herrera

Departamento de Medicina Preventiva y Social,
Universidad de la República, Uruguay

 Jimena Heinzen

Departamento de Medicina Preventiva y Social,
Universidad de la República, Uruguay

 Daniela Alfonso

sofiacastellano@gmail.com

Departamento de Medicina Preventiva y Social,
Universidad de la República, Uruguay

Alerta

Ministerio de Salud, El Salvador

ISSN-e: 2617-5274

Periodicidad: Semestral

vol. 6, núm. 2, 2023

ralerta@salud.gob.sv

Recepción: 10 Abril 2023

Aprobación: 23 Mayo 2023

Publicación: 20 Julio 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/419/4194315007/>

DOI: <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i2.16213>

Citación recomendada: Castellano G, Herrera G, Heinzen J, Alfonso D. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental en Uruguay. *Alerta*. 2023;6(2):125-132. DOI: 10.5377/alerta.v6i2.16213

Resumen: Introducción. Los antecedentes de cuarentenas han señalado impactos en el corto y largo plazo en la salud mental. **Objetivo.** Describir las repercusiones generadas en el área de la salud mental en la población uruguaya mayor de 18 años, de las variables ansiedad, tristeza y dificultades para conciliar el sueño, en el periodo comprendido entre el 13 de marzo de 2020 al 10 de junio de 2021. **Metodología.** Estudio transversal analítico. Se aplicó una encuesta web, auto-administrada. Se analizaron las frecuencias absolutas y relativas porcentuales y sus intervalos de confianza (95 %). Se estimaron modelos logísticos binarios para las variables dicotómicas y modelos logísticos multinomiales para «dificultad para conciliar el sueño». **Resultados.** En relación a los elementos de ansiedad, 27,1 % (IC 95 % 24,8-29,3) y 31,0 % (IC 95 % 28-33,3) respondieron sentirse ansiosos en el primer y segundo corte, respectivamente. El 19,9 % (IC 95 % 17,6 - 21,7) en el primer corte, mientras que el 31,4 % (IC 95 % 20,06-33,89) lo confirmaron en el segundo. El nivel educativo medio se asoció con la presencia de ansiedad ($p < 0,001$), mientras el bajo se asoció con tristeza ($p = 0,005$). Se observó un efecto protector en hogares con más de cinco miembros para la variable tristeza con un OR de 0,41 (IC 95 % 0,22 - 0,75). Se encontró relación entre el género femenino y la presencia de ansiedad y tristeza. Los niveles educativos medio y alto se vieron relacionados con la presencia de ansiedad y la tristeza se asoció con el desempleo. Los trastornos del sueño se asociaron al género femenino, desempleo y enfermedades no transmisibles. **Conclusión.** Los trastornos de ansiedad, la afectación del sueño y los sentimientos de tristeza fueron prevalentes, las familias de mayor número de miembros tuvieron un efecto protector sobre estas manifestaciones

Palabras clave: COVID-19, Salud mental, ansiedad, depresión, trastornos del sueño.

Abstract: Introduction. The history of quarantines has pointed out impacts in the short and long term on mental health. **Objective:** Within the framework of the measures decreed to reduce the transmissibility of SarS-Cov2, we propose to analyze the repercussions on the mental health of the Uruguayan population. **Methodology.** Analytical design. Application of a self-administered web survey. Absolute and relative percentage frequencies and their confidence intervals (95 %) were analyzed. Binary logistic models were estimated for dichotomous variables and multinomial logistic models for «difficulty falling asleep». **Results.** Regarding anxiety elements, 27.1 % (95 % CI, 24.8-29.3) and 31.0 % (95 % CI, 28-33.3) responded feeling

anxious in the first and second cut-off, respectively. 19.9 % (95 % CI, 17.6-21.7) and 31.4 % (95 % CI, 20.06-33.89) reported feeling sad in the first and second cut-off. Medium educational level was associated with the presence of anxiety ($p < 0.001$), while low educational level was associated with sadness ($p = 0.005$). A protective effect was observed in households with more than five members for the sadness variable with an OR of 0.41 (95 % CI, 0.22-0.75). Female gender was related to the presence of anxiety and sadness. Medium and high educational levels were related to the presence of anxiety and sadness was associated with unemployment. Sleep disorders were associated with female gender, unemployment and non-communicable diseases. **Conclusion.** The impact on mental health was unequal, especially affecting women from middle socio-educational sectors, between 35 and 59 years of age.

Keywords: COVID-19, Mental health, Anxiety, Depression, Sleep Wake Disorders.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de la COVID-19 generó cambios en la conducta de la población mundial. Con el objetivo de prevenir los contagios, se adoptaron medidas preventivas como el distanciamiento social y las cuarentenas¹. En Uruguay se confirmaron los primeros cuatro casos de infección por SARS-CoV-2 el 13 de marzo del 2020, inmediatamente, se decretó la emergencia sanitaria y se definieron las medidas para disminuir la propagación del virus, entre ellas, la suspensión de eventos públicos, el aislamiento de las personas con síntomas probables o con resultado positivo a la prueba de COVID-19²; posteriormente, con el propósito de aplanar la curva epidémica, se ampliaron las medidas de aislamiento social como la suspensión de clases en todos los niveles educativos y la promoción del teletrabajo³.

Aunque a nivel nacional no se decretó una cuarentena obligatoria a toda la población, la mayoría optó por la cuarentena voluntaria. Estas medidas de confinamiento determinaron cambios profundos en la vida cotidiana y en las rutinas básicas de las familias que sumados a la incertidumbre y al aumento de la carga laboral generaron un impacto en la salud mental y en los aspectos socioeconómicos³. El agravamiento de los problemas de salud mental de los adultos, generó el aumento de los castigos hacia los niños y la posibilidad de violencia doméstica⁴.

Las experiencias previas señalan que estas medidas suelen generar repercusiones de diversa índole. Con relación a la salud mental de los adultos, se ha descrito el incremento de síntomas psicológicos durante cuarentenas, aun cuando estas son breves. En los que se observa que las más afectadas son las mujeres y el personal de salud^{5,6}. En el contexto de la cuarentena por COVID-19, se identificó la prevalencia de alteraciones a la salud mental en la población, en los que se menciona el estrés postraumático, la ansiedad, la depresión y la somatización, que incluían reacciones como el miedo y los trastornos del sueño^{7,8}.

Desde antes de la pandemia por la COVID-19, los trastornos mentales se encontraban dentro de los principales problemas de salud a nivel mundial. Durante el año 2020, el trastorno depresivo mayor presentó un aumento de, aproximadamente, 53,2 millones de casos, lo que equivale a un aumento del 27,6 % de los casos, de igual forma, los trastornos de ansiedad tuvieron un aumento del 25,6 %; con una mayor prevalencia de los lugares donde se detectó menor movilidad humana⁹.

Así mismo, se detectó que el personal de salud también presentó alteraciones en su salud mental, principalmente por factores relacionados al contacto directo con pacientes COVID-19, la muerte de

compañeros de trabajo y los conflictos familiares de los pacientes. El estudio de investigación colaborativo HEROES, liderado por las universidades de Chile y Columbia abordó la situación de salud mental del personal de salud de 11 países de la región: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay, evidenció la presencia de elevadas tasas de síntomas depresivos, pensamiento suicida y malestar psicológico en los trabajadores de la salud¹⁰.

Por lo antes descrito, a través de este estudio se describen las repercusiones generadas en el área de la salud mental en la población uruguaya mayor de 18 años, desde una perspectiva de salud pública, a través de las variables ansiedad, tristeza y dificultades para conciliar el sueño en el periodo de tiempo comprendido entre el 13 de marzo de 2020 al 10 de junio de 2021, en dos momentos diferentes.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un diseño transversal analítico. El instrumento de recolección de datos consistió en una encuesta elaborada en Facebook y difundida a través de anuncios en la misma red social, dado que los datos nacionales reportan que siete de cada diez adultos en Uruguay son usuarios de esta red social¹¹. La población la constituyeron internautas mayores de 18 años, usuarios de la red social Facebook.

El cuestionario fue aplicado a los usuarios de la red social en dos puntos de corte temporales, diferenciados epidemiológica y socialmente, de manera que no fue respondido en ambos puntos por los mismos participantes.

El primer punto de corte se realizó en un periodo aproximado de nueve meses, comprendido entre el día 13 de marzo y el 21 de diciembre de 2020. Dio inicio en el momento en el que se estableció la emergencia sanitaria, con un número de casos bajo para la región y el mundo, pero con una sensación de incertidumbre respecto a la gravedad de la pandemia, así como respecto a su duración, y la duración de las medidas tomadas para el control de la expansión de los casos³.

El segundo corte consistió en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2021 y el 10 de junio de 2021, a un año de declarada la pandemia (y con medidas vigentes desde ese momento). Este periodo se caracterizó por un aumento exponencial de casos y de fallecimientos por COVID-19 en Uruguay, así mismo, por el comienzo de las campañas de vacunación en Uruguay³.

La muestra alcanzada estuvo compuesta por un total de 2905 personas; 1500 personas en el primer momento y de 1405, en el segundo.

Para la selección de la muestra, se realizó una segmentación por sexo, edad, región y nivel educativo. Se controló la presencia de cuotas para estas variables, de forma de tener un número significativo de casos para cada categoría y se construyeron ponderadores según las variables utilizadas para la segmentación.

Se consideraron cinco variables para el análisis: edad, género, trabajo actual, padecimiento de enfermedades no transmisibles (ENT) y tipo de hogar. La edad se dividió en tres grupos, de 18 a 34 años, de 35 a 59 años y de 60 años o más; el nivel educativo se clasificó en nivel bajo (menos de nueve años de educación formal), medio (entre nueve y 12 años de educación formal) y alto (más de 12 años de educación formal); el género se clasificó en masculino y femenino; si tenía trabajo al momento de la encuesta, si padecía alguna ENT y finalmente, el tipo de hogar se clasificó en unipersonal, de dos a cuatro miembros y de cinco o más miembros. El nivel educativo fue considerado como variable *proxy* de nivel socioeconómico¹².

Los síntomas de ansiedad o depresión autopercebidos en ambos cortes de la encuesta fueron identificados a través del siguiente bloque de preguntas: «Siento ansiedad», «siento tristeza», «siento tranquilidad y de buen ánimo», «siento miedo o preocupación», «siento más cansancio de lo habitual». Para cada una de dichas preguntas se brindaron las opciones «sí», «no», «no sabe/no contesta». Además, se incluyó una

pregunta sobre las dificultades para conciliar el sueño que tenía como opciones de respuesta: «no», «sí, en ocasiones» y «sí, siempre».

Se analizaron las frecuencias absolutas y porcentuales de las variables para cada uno de los cortes, así como sus intervalos al 95 % de confianza. Para el caso de las variables «ansiedad» y «tristeza», se estimaron modelos logísticos binarios. Para la variable «dificultad para conciliar el sueño» se estimaron modelos logísticos multinomiales. Para el ingreso al modelo múltiple se consideraron tanto criterios estadísticos como de relevancia teórica. La calidad relativa de los modelos fue evaluada mediante el criterio de Akaike y el ajuste se analizó a través de la desviación. Todas las estimaciones se obtuvieron con el uso de los ponderadores muestrales y se consideró un $\alpha = 0,05$ como umbral de significación. El análisis de los datos fue realizado en el software R (versión 4.1.2)¹³.

El proyecto fue registrado en la Dirección General de la Salud, División de Evaluación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública el día 8 de agosto de 2020, bajo el número 827113. El equipo de investigación declara haber cumplido con la Declaración de Helsinki como propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se observan las características de la población que participó en la encuesta en ambos cortes. La muestra en ambos casos estuvo compuesta por un 43 % de población de Montevideo y 57 % del resto del país.

Las ENT se detectaron con mayor frecuencia en los encuestados del primer corte; en este, el 61,7 % de los encuestados afirmó que padecía alguna ENT (IC 95 % 59,2-64,2) a diferencia del 47,4 %, en el segundo corte (IC 95 % 44,8-50,0), con una diferencia significativa de esta variable entre ambos momentos.

En el primer corte, el 27,1 % (IC 95 % 24,8-29,3) de los encuestados respondió que sentía ansiedad; a diferencia del 31 % (IC 95 % 28,0-33,3), en el segundo corte. La tristeza se presentó en el 19,9 % (IC 95 % 17,6-21,7) de los encuestados en el primer corte, en contraste con el 31,4 % (IC 95 % 20,1-33,9) que expresaron sentirse tristes, en el segundo corte.

Por lo anterior, se destaca que las manifestaciones de la esfera emocional que corresponden a los síndromes de ansiedad y depresión fueron mayores en el primer corte. En cambio, las dificultades para conciliar el sueño de manera ocasional se presentaron en el 40,8 % (IC 95 % 38,6-43,6), mientras que, en el primer corte, el 11,6 % (IC 95 % 10,0-13,3) refirió presentarlas de forma continua. Estos trastornos del sueño no presentaron diferencias significativas entre ambos momentos de la encuesta.

El nivel educativo medio se asoció con la presencia de ansiedad ($p < 0,01$) (Tabla 2). Mientras que el bajo nivel educativo se asoció significativamente con tristeza ($p < 0,01$) (Tabla 3).

Es interesante destacar el efecto protector de los hogares con cinco o más miembros para la variable tristeza, como se observa en el segundo corte de la encuesta, con un OR de 0,4 (IC 95 % 0,2-0,8) (Tabla 3).

Por otra parte, el género femenino estuvo relacionado con la presencia de ansiedad y de tristeza en el segundo corte de la encuesta. Las edades superiores a 34 años resultaron con un OR significativamente menor a uno para ansiedad en ambos cortes. Las edades superiores a 59 años estuvieron menos asociadas a tristeza en los modelos ajustados para ambas instancias (Tablas 2 y 3).

Los niveles educativos medio y alto se vieron relacionados con la presencia de ansiedad y la tristeza se asoció con el desempleo. Las enfermedades no transmisibles se asociaron con el síntoma ansiedad en el primer corte y con la presencia de tristeza, en ambos cortes. Para el segundo corte, la ansiedad en pacientes portadores de ENT demuestra un descenso (Tablas 2 y 3).

Con relación a la dificultad para conciliar el sueño, ésta presentó una asociación significativa con el género femenino, el desempleo y la presencia de enfermedades no transmisibles en ambos cortes de la encuesta, tanto en los modelos simples como en los ajustados (Tabla 4).

DISCUSIÓN

La literatura internacional relacionada con el impacto de las cuarentenas señala que este tipo de medidas suelen generar repercusiones individuales y colectivas de diversa índole⁹.

La prevalencia de afectación en la salud mental fue mayor en las mujeres para ambos cortes de la encuesta. Esta tendencia concuerda con lo reportado por múltiples estudios que afirman que las manifestaciones de ansiedad y depresión se han presentado de manera predominante en mujeres y, en particular, jóvenes y de mediana edad^{14,15,16}.

La encuesta sobre niñez, uso del tiempo y género en el marco de la emergencia sanitaria de ONU Mujeres en Uruguay, ha postulado la mayor frecuencia de sintomatología en la esfera de la salud mental en el género femenino, debido a una conjunción de factores; por un lado, la suspensión de la presencialidad en todos los niveles educativos y las recomendaciones de «quedarse en casa» determinaron una sobrecarga en lo referente a los cuidados de niños y adolescentes. Dicha demanda generó una mayor carga en las mujeres, con la consiguiente agudización de las brechas de género en lo que refiere a las tareas domésticas, lo que implicó el incremento en las horas dedicadas al trabajo no remunerado. Asimismo, en el género femenino se reportó una mayor pérdida de empleo remunerado, tanto en puestos de trabajo como en cantidad de horas semanales dedicadas a tareas con remuneración¹⁷. Por otra parte, las situaciones de violencia doméstica contra las mujeres e infancias sufrieron un notable incremento desde que se declaró la pandemia, tanto en Uruguay como en otros países^{18,19}. Estas situaciones de violencia se han presentado asociadas con una mayor presencia de ansiedad y depresión, y de forma aún más acentuada en aquellas mujeres que además no cuentan con una red de apoyo¹⁸.

En este estudio, la edad se identificó como un factor asociado a una menor autopercepción de angustia. Los adultos con edades superiores a los 65 años demostraron estar menos estresados, tuvieron un mejor funcionamiento psicosocial y fueron menos propensos a utilizar conductas de afrontamiento evasivas, así lo demuestran los resultados de un metaanálisis realizado por Lieneck *et al.*; acerca de los factores protectores y no protectores de enfermedades mentales durante la pandemia por la COVID-19 en Estados Unidos de América²⁰. A pesar de ser coincidente con otros estudios, es llamativo el aparente efecto protector de la edad. La mayor vulnerabilidad biológica a la COVID-19 de los adultos mayores llevó a campañas específicas de comunicación, promoción de redes sociales y de salud mental específicas para esta población, que probablemente contribuyeron a su estabilidad, aunque no debe descartarse que la utilización de un instrumento de recolección autoadministrado por la vía virtual pudo generar algún sesgo en la captación de los adultos mayores que la completaron.

Otro punto importante fue la asociación significativa de las enfermedades no transmisibles con las tres manifestaciones de la esfera mental observadas (ansiedad, tristeza y dificultad para conciliar el sueño). Esta población de personas mayores de 65 años, que fue considerada de riesgo desde el inicio de la pandemia, fue la que recibió la recomendación de aislamiento social de manera enfática. Asimismo, según reporta un documento del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH), las medidas iniciales impactaron de forma heterogénea en la atención, con repercusiones en la calidad de la atención y en el seguimiento de los pacientes con ENT²¹. Múltiples investigaciones, entre ellas revisiones sistemáticas, vinculan las medidas tomadas para el control de la pandemia con sentimientos de aislamiento, soledad, ansiedad y tristeza en la población con enfermedades no transmisibles^{22,23,24,25}. Además, cabe destacar que, entre el primer y segundo corte de la encuesta, el vínculo entre la presencia de enfermedades no transmisibles y la ansiedad se invierte. Ese comportamiento podría deberse a que las personas con ENT pertenecían al grupo prioritario para la vacunación, en el plan de vacunación iniciado por el Ministerio de Salud Pública el día 27 de febrero de 2021. De este modo, al momento del relevamiento del segundo corte de la encuesta, gran parte de dicho grupo se encontraba inmunizado con la primera dosis de la vacuna.

Con respecto al vínculo entre el tipo de hogar y la sintomatología de la esfera mental, se evidenció que los individuos que convivían con más de cinco miembros presentaron un riesgo menor de sufrir tristeza. En estudios publicados recientemente, se ha descrito que la disposición de redes y conexiones sociales sólidas es un factor de protección para todas las edades frente a los trastornos de salud mental durante la pandemia¹⁹⁻²¹.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentran los factores vinculados con la forma de recolección de los datos, puesto que, si bien Uruguay presenta una amplia cobertura de uso de redes sociales, la audiencia estuvo limitada a la población con mayor uso de Facebook, en los que podría estar relacionado el nivel económico o la edad.

La priorización de la atención a la salud mental está presente en la mayoría de las agendas de salud pública. No obstante, la salud mental de las comunidades se ha visto afectada de diversas maneras en el contexto de la actual crisis sanitaria, a escala global^{3,19-21}.

El informe del Grupo Asesor Científico Honorario reporta que, en el ámbito de las instituciones de salud privadas en Uruguay, hubo un descenso de las consultas psiquiátricas en un 29 % y de las psicoterapéuticas, en un 58 %, respecto al año 2019. A su vez, destaca el impacto en la salud mental de los trabajadores de la salud, con una frecuencia entre el 14,7 % y el 22 % de síntomas de sufrimiento psíquico en el personal de salud entrevistado en 2020²². Así mismo, las consultas, los procedimientos y las estrategias de cribado poblacional en otras ENT también presentaron disminución, en consecuencia, se puede generar un agravamiento de las principales causas de morbilidad del país a mediano y a lo largo del tiempo.

Con relación a la respuesta del sistema de salud, si bien se promovieron las consultas médicas remotas, estas se implementaron con ciertas dificultades. Entre los problemas señalados se mencionan: la probable disminución en la calidad de la atención, ciertas limitaciones en el uso de los recursos de la telemedicina (habilitadas por la Ley 19869 del 2/4/20), el probable abandono de la medicación de muchos pacientes, múltiples dificultades de coordinación detectadas, la disminución de las reuniones de los equipos asistenciales, las dificultades para el seguimiento de los pacientes y para las comunicaciones entre psiquiatras, pacientes y familiares, entre otros²².

CONCLUSIÓN

La pandemia por la COVID-19 enfrentó al país a múltiples desafíos. A la hora de evaluar el impacto en las diversas esferas de la salud, desde una mirada integral, se observó que el impacto sobre la salud mental, ha sido evidente. Los trastornos de ansiedad, la afectación del sueño y los sentimientos de tristeza fueron relevantes. Los hogares con mayor número de miembros tuvieron un efecto protector sobre las alteraciones emocionales. La afectación en la salud mental afectó especialmente a las mujeres, en general, y particularmente, de sectores socioeducativos medios y en el rango de edad entre 35 y 59 años.

FINANCIAMIENTO

El proyecto fue aprobado y financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) en el llamado «Conocimiento especializado para enfrentar la emergencia planteada por el COVID-19 y sus impactos» del año 2020.

TABLE 1
Características generales de la población (primer y segundo corte)

		Primer corte (n=1500)		Segundo corte (n=1405)	
		n (%)	IC 95 %	n (%)	IC 95 %
Edad*	18-34	570 (38,0 %)	35,5-40,4	517 (36,8 %)	34,3-39,4
	35-59	690 (46,0 %)	43,4-48,5	657 (46,8 %)	44,2-49,4
	>=60	241(16,0 %)	14,2-17,9	231 (16,4 %)	14,6-18,5
Nivel educativo*	Bajo	449 (30,0 %)	27,7-32,3	421 (30,0 %)	27,7-32,4
	Medio	644 (42,9 %)	40,5-45,5	604 (43,0 %)	40,5-45,6
	Alto	404 (26,9 %)	27,4-29,2	379 (27,0 %)	24,7-29,4
Género	M	707 (47,1 %)	44,6-49,6	662 (47,2 %)	44,6-49,9
	F	793 (52,9 %)	50,4-55,4	740 (52,8 %)	50,1-55,4
Trabaja actualmente*	Si	713 (47,5 %)	45,0-50,0	784 (56,6 %)	53,9-59,2
	No	787 (52,5 %)	49,9-55,0	601 (43,4 %)	40,8-46,1

IC intervalo de confianza

M masculino

F femenino

* Para algunas variables no se tuvo respuesta del total de la población en ambos cortes

TABLE 2
Factores asociados al sentimiento de ansiedad durante la pandemia por Covid-19 en primer y segundo corte de la encuesta, Uruguay (años 2020 y 2021)

		Primer corte		Segundo corte	
		OR crudo (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	OR crudo (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Género	M	1		1	
	F	1,09 (0,87-1,38)	1,23 (0,96-1,58)	1,55 (1,23-1,95)	1,32 (1,04-1,68)
Edad	18-34	1		1	
	35-59	0,67 (0,52-0,85)	0,59 (0,44-0,78)	0,55 (0,43-0,71)	0,54 (0,41-0,71)
	>=60	0,52 (0,36-0,73)	0,37 (0,24-0,54)	0,42 (0,29-0,59)	0,34 (0,22-0,50)
Nivel educativo	Bajo	1		1	
	Medio	1,61 (1,17,2,24)	1,62 (1,16-2,26)	1,75 (1,31-2,34)	1,59 (1,18-2,16)
	Alto	2,25 (1,64-3,12)	2,38 (1,66-3,43)	2,75 (2,02-3,77)	2,39 (1,73-3,33)
ENT	No	1		1	
	Si	1,57 (1,25-1,98)	2,44 (1,86-3,20)	0,66 (0,53-0,83)	0,48 (0,37-0,61)

IC intervalo de confianza

M masculino

F femenino

ENT enfermedades no transmisibles

TABLA 3
Factores asociados al sentimiento de tristeza durante la pandemia por COVID-19 en primer y segundo corte de la encuesta, Uruguay (años 2020 y 2021)

		Primer corte		Segundo corte	
		OR crudo (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	OR crudo (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Género	M	1		1	
	F	1,11 (0,85-1,45)	0,97 (0,73-1,28)	1,55 (1,16-2,07)	1,36 (1,01-1,85)
Edad	18-34	1		1	
	35-59	1,10 (0,83-1,48)	0,87 (0,63-1,19)	0,84 (0,62-1,14)	0,64 (0,46-0,90)
	>=60	1,09 (0,74-1,60)	0,65 (0,42-0,99)	0,85 (0,55-1,28)	0,43 (0,26-0,68)
Trabaja actualmente	Si	1		1	
	No	1,47 (1,13-1,91)	1,42 (1,07-1,88)	1,76 (1,32-2,34)	1,80 (1,33-2,44)
ENT	No	1		1	
	Si	1,85 (1,42-2,42)	1,96 (1,45-2,64)	2,30 (1,72-3,09)	2,62 (1,90-3,63)
Tipo de hogar	Unipersonal			1	
	2 a 4 miembros			0,86 (0,59-1,27)	0,78 (0,53-1,17)
	5 o más miembros			0,55 (0,30-0,97)	0,41 (0,22-0,75)

IC intervalo de confianza

M masculino

F femenino

ENT enfermedades no transmisibles

TABLA 4
Factores asociados a la dificultad para conciliar el sueño durante la pandemia por la COVID-19 en primer y segundo corte de la encuesta. Uruguay (años 2020 y 2021)

		Primer corte				Segundo corte			
		OR crudo (IC 95%)*		OR ajustado (IC 95%)*		OR crudo (IC 95%)*		OR ajustado (IC 95%)*	
		Si, en ocasiones	Si, siempre	Si, en ocasiones	Si, siempre	Si, en ocasiones	Si, siempre	Si, en ocasiones	Si, siempre
Género	M	1		1		1		1	
	F	1,77 (1,42-2,21)	3,55 (2,44-5,15)	1,76 (1,39-2,23)	3,26 (2,19-4,84)	1,70 (1,35-2,13)	2,98 (2,07-4,30)	1,46 (1,16-1,85)	2,58 (1,76-3,78)
Edad	18-34	1		1		1		1	
	35-59	1,23 (0,97-1,57)	1,28 (0,88-1,85)	1,03 (0,78-1,37)	0,72 (0,46-1,12)	0,75 (0,58-0,96)	0,97 (0,66-1,43)	0,70 (0,53-0,92)	0,79 (0,51-1,22)
	>=60	0,85 (0,62-1,18)	0,88 (0,53-1,46)	0,55 (0,38-0,81)	0,41 (0,23-0,72)	0,59 (0,42-0,83)	1,03 (0,63-1,68)	0,40 (0,27-0,60)	0,48 (0,27-0,60)
Nivel Educativo	Bajo	1		1		1		1	
	Medio	1,09 (0,82-1,45)	1,09 (0,72-1,66)	1,23 (0,91-1,65)	1,28 (0,82-1,97)	0,96 (0,74-1,26)	1,37 (0,91-2,06)	0,89 (0,67-1,18)	1,44 (0,93-2,22)
	Alto	1,05 (0,79-1,41)	0,75 (0,48-1,18)	1,65 (1,17-2,32)	1,38 (0,81-2,33)	1,14 (0,85-1,54)	0,99 (0,61-1,60)	1,10 (0,80-1,52)	1,06 (0,63-1,80)
Trabaja actualmente	Si	1		1		1		1	
	No	1,32 (1,06-1,65)	1,56 (1,11-2,18)	1,35 (1,05-1,74)	1,34 (0,92-1,96)	1,62 (1,29-2,05)	2,68 (1,89-3,80)	1,73 (1,34-2,23)	2,54 (1,73-3,73)
ENT	No	1		1		1		1	
	Si	1,80 (1,44-2,25)	3,01 (2,12-4,29)	2,02 (1,57-2,61)	3,42 (2,30-5,08)	1,45 (1,15-1,82)	3,83 (2,65-5,54)	1,67 (1,29-2,15)	4,08 (2,71-6,14)

* Referencia: "sin dificultades para conciliar el sueño"

IC intervalo de confianza

M masculino

F femenino

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerrero FM. COVID-19 la pandemia que nos prepara para un nuevo enfoque de salud-enfermedad. *Univ. Salud.* 2020;23(1):2-5. DOI: 10.22267/rus.212301.206
2. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional Coronavirus. 2023. Fecha de consulta: 5 de marzo de 2023. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/coronavirus>
3. Peláez M, Fiori M, Bermolen P, Bello G, Arim M, Fariello MI, et al. El efecto de la movilidad en la propagación de la epidemia de Covid-19 en Uruguay. *Uruguay.* 18 de junio de 2020. 19 p. Disponible en: https://guiad-covid.github.io/publication/nota7/Nota_7_Efecto_de_la_movilidad_GUIAD-Covid19.pdf
4. Garrido G, González G. ¿La pandemia de COVID-19 y las medidas de confinamiento aumentan el riesgo de violencia hacia niños/as y adolescentes? *Archivos de Pediatría del Uruguay.* 2020;91(4):194-195. DOI: 10.31134/ap.91.4.1
5. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet.* 2020;395(10227):912-920. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
6. Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, Chen J-Y, Chue C-M, Chou P. Survey of Stress Reactions Among Health Care Workers Involved With the SARS Outbreak. *PS.* 2004;55(9):1055-1057. DOI: 10.1176/appi.ps.55.9.1055
7. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2020;74(4):281-282. DOI: 10.1111/pcn.12988
8. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *IJERPH.* 2020;17(5):1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729
9. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet.* 2021;398(10312):1700-1712. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7
10. Organización Panamericana de la Salud. The COVID-19 HEalth caRe wOrkERS Study (HEROES) Informe regional de las américas. Washintong D.C. OPS. 2022. 52 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>
11. González Raga & Asociados. El uso de las redes sociales en Uruguay. CIFRA. 2021. Fecha de consulta: 15 de octubre de 2021. Disponible en: <https://www.cifra.com.uy/index.php/2021/08/31/el-uso-de-las-redes-sociales-en-uruguay/>
12. Aristimuño A. El abandono de los estudios del nivel medio en Uruguay: un problema complejo y persistente. *REICE.* 2009.;7(4):3-9. Disponible en: <https://www.r-project.org/>
13. The R Foundation. El Proyecto R para Computación Estadística. 2023. Fecha de consulta: 15 de octubre de 2021. Disponible en: <https://www.r-project.org/>
14. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, et al. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Front. Psychiatry.* 2020; 11:790. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00790
15. Niedzwiedz CL, Green MJ, Benzeval M, Campbell D, Craig P, Demou E, et al. Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health.* 2020 Sep 25;jech-2020-215060. DOI: 10.1136/jech-2020-215060

16. Pieh C, Budimir S, Probst T. The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020; 136:110186. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110186
17. ONU Mujeres. II Encuesta sobre niñez, uso del tiempo y género en el marco de la emergencia sanitaria (ENUG). Principales resultados. Montevideo. Unicef. 2021. 36 p. Disponible en: <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/10/encuesta-sobre-ninez-enug>
18. López Steinmetz LC, Fong SB, Leyes CA, Dutto Florio MA, Godoy JC. General Mental Health State Indicators in Argentinean Women During Quarantine of up to 80-Day Duration for COVID-19 Pandemic. *Front. Glob. Womens Health*. 2020; 1:580652. DOI: 10.3389/fgwh.2020.580652
19. Wong SYS, Zhang D, Sit RWS, Yip BHK, Chung RY, Wong CKM, et al. Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *Br J Gen Pract*. 2020;70(700):e817-e824. DOI: 10.3399/bjgp20X713021
20. Lieneck C, Bosworth M, Weaver E, Heinemann K, Patel J. Protective and Non-Protective Factors of Mental Health Distress in the United States during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Medicina*. 2021;57(12):1377. DOI: 10.3390/medicina57121377
21. Bhattacharjee B, Acharya T. "The COVID-19 Pandemic and its Effect on Mental Health in USA - A Review with Some Coping Strategies." *Psychiatr Q*. 2020;91(4):1135-1145. DOI: 10.1007/s11126-020-09836-0
22. Grupo Asesor Científico Honorario. Impacto secular en salud de la epidemia por SARS-CoV-2 en Uruguay. GACH. Montevideo. 2021. p. 86. Disponible en: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/publicaciones/impacto-secular-sars-cov-2-uruguay>
23. Ma K, Liang L, Chutiyami M, Nicoll S, Khaerudin T, Ha XV. COVID-19 pandemic-related anxiety, stress, and depression among teachers: A systematic review and meta-analysis. *WOR*. 2022;73(1):3-27. DOI: 10.3233/WOR-220062
24. Sun Y, Wu Y, Fan S, Dal Santo T, Li L, Jiang X, et al. Comparison of mental health symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts. *BMJ*. 2023 Mar 8; e074224. DOI: 10.1136/bmj-2022-074224
25. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulopoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020;16(1):57. DOI: 10.1186/s12992-020-00589-w