



Universidad de Costa Rica

[www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades](http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades)

## Consecuencias psicológicas del aislamiento social y su vinculación con el funcionamiento psicológico positivo

Psychological Consequences of Social Isolation and its Link with Positive Psychological Functioning

Mayda Alejandra Portela <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-7947-0563>

Ana Inés Machado <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0197-6083>

<sup>1,2</sup> Departamento de Psicología, Universidad Católica del Uruguay, Uruguay

<sup>1</sup> ✉ [mportela@ucu.edu.uy](mailto:mportela@ucu.edu.uy) <sup>2</sup> ✉ [amachado@ucu.edu.uy](mailto:amachado@ucu.edu.uy)

Recibido: 28 de diciembre del 2021. Aceptado: 24 de mayo del 2022.

**Resumen.** *Objetivo.* Evaluar los efectos psicológicos del aislamiento social (síntomas de estrés postraumático) asociados a la situación mundial de pandemia y la posible asociación con el funcionamiento psicológico positivo. *Método.* Se realizó un estudio transversal con 440 participantes entre 18 y 65 años ( $M = 35.25$ ), a través de un muestreo por conveniencia. Se recogieron datos sociodemográficos, convivencia y ocupación. La información se recogió en formato en línea, entre abril y julio de 2020. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo de las variables. *Resultados.* Se observó una relación entre Aislamiento Social y Síntomas de estrés post traumáticos. El funcionamiento psicológico positivo se correlacionó de manera inversa con el aislamiento social y los síntomas de estrés post traumático, los que son más evidentes en las franjas de edad intermedia y mayor (36-50 y 51-65). El funcionamiento psicológico positivo mostró niveles más elevados en el grupo de 51-65 años y en participantes del interior del país. Los síntomas de ansiedad y depresión fueron mayores en jóvenes (de 18-25 años), mujeres, residentes de ciudad y personas que viven con sus padres. Estos datos pueden aportar a las estrategias de tratamientos que intenten reducir los síntomas psicológicos del aislamiento por COVID-19, basado en los recursos psicológicos.

**Palabras clave.** Aislamiento social, síntomas de estrés postraumático, funcionamiento psicológico positivo, Covid-19

**Abstract.** *Objective.* Evaluate the psychological effects of social isolation (post-traumatic stress symptoms) associated with the global pandemic situation and the possible association with positive psychological functioning. *Method.* The design was a cross-sectional study with 440 participants between 18 and 65 years old ( $M = 35.25$ ) selected through convenience sampling. Sociodemographic, coexistence and occupation data were collected. The information was collected online, between April and July 2020. A descriptive and comparative analysis of the variables was carried out. *Results.* A relationship between Social Isolation and Post Traumatic Stress Symptoms was observed. Positive psychological functioning was inversely correlated with social isolation and post-traumatic stress symptoms, which are more evident in the middle and older age ranges (36-50 and 51-65). Positive psychological functioning showed higher levels in the 51-65 age group and in participants from the interior of the country. Symptoms of anxiety and depression were greater in young people (18-25 years old), women, city residents, and people living with their parents. These data can inform treatment strategies that attempt to reduce the psychological symptoms of COVID-19 isolation, based on psychological resources.

**Keywords.** Social isolation, post-traumatic stress symptoms, positive psychological functioning, Covid-19



## Introducción

A comienzos del año 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia a nivel mundial, lo cual obligó a estructurar medidas especiales de cuidado y comportamiento de las personas, con el propósito de prevenir el contagio de la enfermedad COVID-19. Esta enfermedad es causada por el virus SARS-CoV-2 y se transmite entre personas que están en contacto próximo. Los síntomas del virus por lo general se cursan como un estado gripal más fuerte de lo normal, pero con la particularidad de ser potencialmente más graves en personas que poseen una enfermedad de base, pues afecta su sistema respiratorio, y en algunos casos puede provocar la muerte (Maguiña et al., 2020).

Según reporta el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS (2021), hasta el mes de abril de 2021 los casos confirmados de COVID-19 en las Américas eran 58 571 081, de los cuales 1 419 170 constituían defunciones. En Uruguay, hasta mayo del 2022, ha habido 895 775 contagios y 7 197 muertes relacionadas con el COVID-19 considerados desde inició la pandemia (Sistema Nacional de Emergencias, 2022).

Durante el 2020, año en que se realizó el relevamiento de datos de este estudio, el país no experimentó grandes olas de contagio, en comparación con otros países de la región y del mundo. Sin embargo, entre abril y julio de ese año, el gobierno declaró por primera vez la emergencia sanitaria y las medidas de restricción de aislamiento social correspondientes.

Los países han implementado diversas medidas y variedad en cuanto al grado de restricción, para controlar el contagio; entre ellas, el confinamiento como restricción a las actividades no esenciales, el distanciamiento social y el uso de tapabocas. Considerando que los seres humanos somos seres gregarios, ya que nuestro bienestar depende en buena medida de la interacción con nuestros grupos de pertenencia (Johnson et al., 2020), los efectos del aislamiento han sido foco de investigación

a nivel internacional, sobre todo como un factor de riesgo para la estabilidad de la salud mental o el empeoramiento de patologías mentales prevalentes (Larios et al., 2020; Ramírez et al., 2020). Una revisión sistemática reciente (Martínez et al., 2020) concluye que la pandemia ha producido impactos psicológicos con distintos niveles de gravedad, siendo los estados de temor e inseguridad los más prevalentes y la base para la conformación de dificultades mentales más graves.

### **Aislamiento social “impuesto”, factor de cuidado para la salud y de riesgo para la salud mental**

Si bien es cierto que durante la pandemia se han utilizado los términos de cuarentena, aislamiento y confinamiento con cierta similitud, conviene diferenciarlos conceptualmente. El concepto de cuarentena hace referencia a la restricción de movimiento de las personas que pudieran haber estado en contacto con el virus, para atender el cuidado de la aparición de posibles síntomas y limitar el contagio a personas cercanas.

Se considera el término de aislamiento social como las condiciones de distanciamiento social, medidas de contención de la propagación de los contagios por contacto cercano con otras personas y que implican la suspensión de actividades cotidianas, laborales o educativas, y mínima movilidad por razones de estricta necesidad (Livia et al., 2021). Si bien, en el caso de Uruguay esta medida se dio en el marco de la “libertad responsable” y no mediante medidas restrictivas impuestas, hubo una fuerte campaña de “quédate en casa”.

Al considerar el aislamiento social impuesto por los diferentes países, resulta importante evaluar la duración de las medidas de restricción social. La mayoría de las investigaciones apunta a que después de diez días de aislamiento aumentan significativamente los síntomas de estrés post traumático (Brooks et al., 2020). Además, el sometimiento a períodos de cuarentena se ha asociado con la aparición de síntomas depresivos (Guo et al., 2020),

aunque algunas variables como el nivel óptimo de comunicación se han vinculado a la disminución de dichos síntomas (Shaher et al., 2020). Otro estudio enfatizó la relación entre variables de cuidado de la salud física y emocional, tales como la importancia del buen descanso y la posibilidad de comunicación virtual, entre otros, y la reducción de los efectos negativos del aislamiento (Ribera & Brufau, 2020).

Sandín et al. (2020) reportan, además, que el factor de intolerancia a la incertidumbre y la información transmitida por los medios de comunicación incrementan la vulnerabilidad a las dificultades mentales. Al clasificar los miedos, se encontró que el estrés psicosocial es el que mayor incidencia presenta y que las mujeres y los jóvenes son los más proclives a presentar niveles más significativos de miedo.

También, se han reportado factores de riesgo para desarrollar síntomas de ansiedad y depresión: ser más joven (Guzmán et al., 2021; Hermosa et al., 2021; Orellana & Orellana, 2020; Prieto et al., 2020), tener menos ingresos, tener enfermedades crónicas o familiares cercanos que la padezcan (Ozamiz et al., 2020), vivir solo, tener conflictos familiares y presentar mayor sedentarismo (Guo et al. 2020). A su vez, las personas que practicaban deportes reportaron menos niveles de síntomas somáticos y los pacientes que vivían solos mostraron mayores niveles de psicoticismo (Becerra et al., 2020).

El malestar psicológico ocasionado por el aislamiento estricto mostró un deterioro clínico superior a lo esperado por la situación de pandemia; las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron las evitativas y el uso del empleo como descarga emocional (Seijo et al., 2021).

### El estrés sostenido

Tanto la incertidumbre, como el miedo generalizado a la enfermedad, la constante comunicación mundial del avance de la pandemia – que muchas veces mostraban imágenes con un alto contenido emocional negativo – y el temor al contacto con otros como situaciones de riesgo, empiezan a con-

figurarse como factores de estrés por su condición de ser sostenidos en el tiempo, posiblemente, vinculados a síntomas de estrés postraumático (SEPT) (Ramírez et al., 2020).

Si bien el aislamiento social tiene un efecto positivo con respecto a la disminución de los contagios por COVID-19 y en la posibilidad del surgimiento de nuevas cepas, también se ha descrito como un elemento negativo en cuanto a las consecuencias psicológicas se refiere (Huarcaya, 2020).

Se plantea que el tiempo de aislamiento, sobre todo si es mayor a diez días, se torna en un factor de riesgo importante de estrés postraumático, miedo, frustración, aburrimiento y de síntomas de ansiedad y depresión (Brooks et al., 2020). Respecto a la incidencia de los SEPT, estos han mostrado elevaciones importantes al finalizar los períodos de cuarentena (Lee et al., 2018; Jalloh et al., 2018).

Mientras que el miedo al contagio parece ser más elevado en el rango de edad de 55-59 años, este decrece considerablemente en adultos mayores; la sintomatología depresiva y ansiosa es más frecuente en jóvenes (Alomo et al., 2020) y el malestar emocional más elevado en varones que en mujeres (Rodríguez & Rodríguez, 2022).

Incluso, al tiempo de transcurrida la pandemia, se mantiene la tendencia de aumento de los problemas psicológicos tanto en las personas que no tenían enfermedad mental de base, así como el aumento de sintomatología en las personas que presentaban problemas mentales previos (Alarcón et al., 2022).

Por otra parte, a partir un estudio de revisión sistemática reciente, se pone en evidencia el efecto protector de las emociones positivas con relación a la salud, así como las consecuencias dañinas de las negativas, especialmente, el miedo, el pánico y la ansiedad (Molero et al., 2020). Se reportan, además de factores negativos de agobio/estrés, desesperanza/tristeza, riesgo/miedo a la exposición, factores protectores como edad-nivel de ingresos-espacios en vivienda-trabajar fuera de casa (Sandín et al., 2021).

## Funcionamiento Psicológico Positivo como posible factor de protección

Aunque resulta fundamental investigar los efectos negativos del aislamiento social en la salud mental, es también importante evaluar los factores de protección que pueden prevenir la aparición de malestar psicológico y/o síntomas psicopatológicos (Tamiolaki & Kalaitzaki, 2020), incluyendo el funcionamiento psicológico positivo (FPP) (González et al., 1997; Rueda & Pérez, 2005; Vega-Vázquez et al., 2011). Para Holmes y David (1989), modelo teórico en el que se basa el concepto del FPP, los recursos psicológicos personales se instrumentan como una reacción de afrontamiento al estrés. La premisa principal es que “la gente se esfuerza por preservar, proteger y elaborar recursos, siendo la pérdida, potencial o actual, de esos recursos la verdadera amenaza a la que se enfrenta” (p. 516). Frente a la percepción de amenaza en situaciones de estrés, conceptualizada como pérdida recursos – sea esta una pérdida real, una percepción de posible pérdida o un fracaso en la inversión del recurso para enfrentar el proceso – se activan mecanismos en lo que el autor denomina “activación en cadena”, dando la idea de que un recurso activa otros.

Se define al FPP como la implementación de recursos saludables de las personas frente a situaciones adversas. El concepto hace referencia al peso de cada recurso psicológico que, dependiendo de la fuerza de ese recurso, va activando otros, de tal manera que todos juntos influyen en el concepto general de funcionamiento (global) psicológico positivo. En suma, el concepto conecta tanto el funcionamiento psicológico global de la persona a partir de la evaluación de los recursos, producto del balance entre fortalezas y debilidades, como la tendencia de la magnitud de factores. Las dimensiones que lo conforman son: autoestima, autonomía, propósito vital, optimismo/disfrute, curiosidad, humor y dominio del entorno y se ha encontrado una correlación positiva entre dichas dimensiones positivas y el estado de salud física y psicológica (Cohen et al., 2006; Páez, 2020).

Aunque el FPP juega un papel clave en la protección de la salud mental, existen pocos estudios

que evalúen su rol específicamente en el contexto de pandemia.

La búsqueda en la literatura nacional no arrojó ningún estudio sobre el impacto del aislamiento social a nivel psicológico y su relación con el FPP. Por lo expuesto, para este estudio, se pretendió evaluar las consecuencias psicológicas del aislamiento social decretado por la situación de pandemia en adultos uruguayos y su relación con el funcionamiento psicológico positivo.

Asimismo, se propuso: a) estudiar la relación entre aislamiento social y los SEPT; b) estudiar la relación entre el aislamiento social, SEPT y FPP; y finalmente, c) estudiar tanto las variables de SEPT y sus subdimensiones de ansiedad y depresión, como el FPP con relación a datos sociodemográficos relevantes (participantes de ciudad e interior, grupo de convivencia, situación laboral y grupo etario).

## Método

Se realizó un estudio no experimental de tipo correlacional con diseño de corte transversal (Hernández-Sampieri et al., 2014).

## Participantes

Se empleó un muestreo por conveniencia, a través del método de bola de nieve (Hernández-Sampieri et al., 2014). La muestra se recolectó durante los meses de mayo a agosto del 2020, habiéndose decretado la emergencia sanitaria en Uruguay en marzo de ese año. La muestra estuvo conformada por 440 adultos de 18 a 65 años con una media de 35 años. De esta, 364 (82.7%) participantes son de la ciudad y 76 (17.3%) del interior del país. En cuanto al género, el 76.8% de la muestra estaba integrada por mujeres.

Se calculó el tamaño de la muestra sobre un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% que, considerando la población del Uruguay (3 474 000 habitantes), arrojó un valor de 385 participantes.

Luego de dar consentimiento informado, se le solicitaron datos sociodemográficos, los cuales se muestran organizados por rangos de edades en la siguiente [Tabla 1](#).

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas por rangos de edades

Grupos edades	18-25		26-35		36-50		51-56		Total	
	<i>n</i>	%								
<b>Género</b>										
Mujer	135	30.70	66	15	87	19.80	50	11.40	338	76.80
Hombre	25	5.70	18	4.10	35	8.00	24	5.50	102	23.20
<b>Nivel de Actividad</b>										
Empleado/a privado	59	13.40	51	11.60	61	13.90	30	6.80	201	45.70
Profesional Independiente	18	4.10	20	4.50	31	7.00	23	5.20	92	20.90
Empleado público	7	1.60	7	1.60	26	5.90	15	3.40	55	12.50
Servicio Doméstico	4	0.90	0	0	1	0.20	2	0.50	7	1.60
Trabajo Informal	28	6.40	5	1.10	2	0.50	4	0.90	39	8.90
Desempleado/a	44	10	1	0.20	1	0.20	0	0	46	10.50
<b>Grupo de convivencia</b>										
Vive solo	12	2.70	17	3.90	16	3.60	15	3.40	60	13.60
Vive con los padres	128	29.10	20	4.50	2	0.50	1	0.20	151	34.30
Vive con sus hijos	0	0	6	1.40	47	10.70	20	4.50	73	16.60
Residencia estudiantil	4	0.90	0	0	1	0.20	0	0	5	1.10
Vive con amigos	6	1.40	4	0.90	3	0.70	0	0	13	3
Vive con pareja	9	2	29	6.60	20	4.50	28	6.40	86	19.50
Vive con pareja e hijos	1	0.20	8	1.80	32	7.30	10	2.30	51	11.60

## Instrumentos

### Variables sociodemográficas

Cuestionario diseñado *ad hoc* para este estudio, con información sobre la edad, sexo, grupo de convivencia, ocupación laboral y lugar de residencia (ciudad o interior del país).

### Variable confinamiento

Escala de Aislamiento Social II (Rubio & Alexandre, 2001), compuesta de 15 preguntas que se responden con un formato de: *Siempre, a veces y nunca*. La escala mide de manera general el nivel de soledad social, categorizándolo en medio, bajo y alto, e incluyen 3 factores: percepción de apoyo

social, uso de tecnologías e índice de participación social. La escala reporta un alfa de Cronbach de .92 de la escala original realizada en España. Estudios posteriores de fiabilidad de la escala reportan un alfa de Cronbach de .90 en una muestra colombiana (Cardona et al., 2010) y de .92 en una muestra mexicana (González & Garza, 2021).

### Variable consecuencias psicológicas

Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Post-traumático (Echeburúa et al., 1997). Compuesta por 17 ítems que se responden con categorías de *nunca, de vez en cuando, la mitad del tiempo o casi siempre*. Las dimensiones que evalúa son: reexperimentación, evitación, activación, ansiedad y de-

presión. Los autores reportan un alfa de Cronbach de .89 de la escala total.

### Variable recurso psicológico

Escala de Funcionamiento Psicológico Positivo (Merino & Privado, 2015). La escala original está compuesta por 33 ítems que se agrupan en 11 factores con un RMSEA .060; NFI .702 y CFI .878. La escala fue adaptada y validada para población adolescente uruguaya (Portela, 2021), en un estudio de tipo instrumental con una muestra por conveniencia conformada por 183 adolescentes (de 12 a 17 años) de población general. El análisis factorial arrojó una distribución de los ítems en siete factores: autoestima, autonomía, propósito vital, optimismo/disfrute, curiosidad, humor y dominio del entorno. Los estudios de fiabilidad de la escala con la solución de siete factores, arrojó un alfa de Cronbach de .93, que explica el 62.15% de la varianza.

### Procedimiento

La recolección de la muestra fue realizada de manera online, se digitalizaron los cuestionarios y se envió el link por medio de correo electrónico, redes sociales y WhatsApp. En el cuerpo del contacto se especificaron tanto los objetivos del estudio como las condiciones de la participación voluntaria y anónima, así como el tiempo estimado de administración de los instrumentos. Por esta misma vía, se solicitó la autorización a los participantes.

Se expresó con claridad y de forma escrita que en cualquier momento el participante podía declinar responder los cuestionarios, y que solamente serían registradas las respuestas al finalizar todas las pruebas psicológicas. También se indicó que el participante podía acceder a una copia de sus respuestas al ingresar su correo electrónico en uno de los campos del link.

Los cuestionarios fueron elaborados con Google forms, con acceso restringido únicamente a los investigadores con clave de ingreso. Una vez cerrada la etapa de recolección de datos, se procedió a descargar todas las respuestas, respaldarlas

en soporte electrónico externo y eliminar el formulario de la plataforma.

La investigación realizada contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Católica del Uruguay, resolución CE-UCU 29-05-2020.

El procesamiento y análisis de los datos se efectuó con la versión 23 del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS).

### Análisis de datos

Para los análisis descriptivos de las características de los participantes para las variables en estudio, se estimaron frecuencias absolutas y porcentajes, en el caso de variables cualitativas, y medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas.

Se calcularon la media, desviación típica, asimetría y curtosis de cada una de las variables psicológicas de interés. Asimismo, con el propósito de evaluar los objetivos específicos, se realizaron estudios de correlación entre las dimensiones Aislamiento Social, Síntomas de Estrés Postraumático y Funcionamiento Psicológico Positivo; así como las subdimensiones de Aislamiento Social y Síntomas de Estrés Postraumático; Aislamiento Social, Síntomas de Estrés Postraumático y Funcionamiento Psicológico Positivo.

Posteriormente, con el propósito de analizar predictores de Síntomas de Estrés Postraumático, se realizó un estudio de regresión lineal simple en pasos adelante con las siguientes variables: Funcionamiento Psicológico Positivo, edad, ansiedad y depresión.

Para finalizar, se compararon las medias de las variables sociodemográficas (grupos de edades, género, lugar de residencia, situación laboral y grupo de convivencia) en relación con los Síntomas de Estrés Postraumático y Funcionamiento Psicológico Positivo.

### Resultados

La normalidad de las variables psicológicas empleadas en el estudio se evaluó a través de su media ( $M$ ), desviación típica ( $DT$ ), varianza ( $\sigma^2$ ), asimetría ( $g1$ ) y curtosis ( $g2$ ) (ver [Tabla 2](#)).

Las puntuaciones promedio (*M*) y su contraste según el sexo y el lugar de residencia (capital o interior), así como las desviaciones típicas (*DT*) se presentan en la [tabla 3](#).

Se estudiaron las variables sociodemográficas (rangos de edades, género, lugar de residencia, situación laboral y grupo de convivencia) en relación con el FPP, el AS, los SEPT y al FPP, a través de una prueba de contraste de medias, que se presentan en las [tablas 4, 5 y 6](#).

En la variable de SEPT, las medias elevadas se observan en el grupo de los rangos de edades entre 36-50 y de 51-65, siendo levemente mayor en esta última. La media es más elevada en los empleados públicos, y más baja en los desempleados. En cuanto a la variable de FPP, se observa una media elevada en el rango de edad de 51 a 65 años, más en hombres que en mujeres, más en personas del interior del país, y un nivel descendido en el grupo de los trabajadores informales.

**Tabla 2.** Prueba de normalidad de las variables psicológicas

VARIABLES	<i>M</i>	<i>DT</i>	$\sigma^2$	g1	g2	Mín	Máx
AS	25.38	2.53	6.40	.16	.64	15	34
SEPT	54.63	6.97	48.62	-1.09	1.93	19	68
FPP	124.59	22.87	523.16	-1.04	1.28	38	163

*Nota.* g1 = asimetría; g2 = curtosis; AS = Aislamiento Social; SEPT = Síntomas de Estrés Post-traumático; FPP = Funcionamiento Psicológico Positivo.

**Tabla 3.** Medias, desviaciones típicas y contraste de las medias de las variables de Funcionamiento Psicológico Positivo, Aislamiento Social, Síntomas de Estrés Postraumático, así como las subdimensiones de los SEPT, Ansiedad y Depresión, con relación al sexo y lugar de residencia

	Hombres ( <i>n</i> =102)		Mujeres ( <i>n</i> =338)		Dif ( <i>t</i> )	Montevideo ( <i>n</i> =364)		Interior ( <i>n</i> =76)		Dif ( <i>t</i> )
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
FPP	130.36	24.27	122.84	25.94	-7.51	123.41	26.50	131.64	19.21	-8.23**
AS	25.47	2.27	25.34	2.60	-.12	25.29	2.44	25.76	2.87	-.46
SEPT	55.69	5.59	54.30	7.31	-1.39*	54.57	7.04	54.88	.76	-.30
F1 ANSIEDAD	30.24	2.85	29.22	3.97	-1.02*	29.40	3.81	29.72	3.77	-.31
F2 DEPRESIÓN	21.91	3.33	21.47	3.82	-.43	21.55	3.77	21.69	3.44	-.14

*Nota.* FPP = Funcionamiento Psicológico Positivo; AS = Aislamiento Social; SEPT = Síntomas de Estrés Postraumático.

\**p* < .05. \*\**p* < .01.

**Tabla 4.** Comparativa de medias de Funcionamiento Psicológico Positivo, Aislamiento Social, Síntomas de Estrés Posttraumático, así como las subdimensiones de los SEPT, Ansiedad y Depresión con relación a rangos de edades

	(18-25) a		(26-35) b		(36-50) c		(51-65) d		Dif (f)	Post hoc	Pooled DE	d Cohen
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT				
FPP	118.81	22.20	120.43	28.19	129.26	28.12	136.24	21.32	8.059	ab*/bd**/cd*	2533	3,18**
AS	25.15	2.37	25.01	2.73	25.54	2.62	25.98	2.37	2.641	ns	25,55	0,10
SEPT	51.78	7.60	53.52	6.40	57.17	5.62	57.81	5.21	23.15	ac**/ad**	157,45	0,15*
ANSIEDAD	28.56	4.06	29.07	4.03	30.31	3.01	30.41	3.43	7.330	ac**/bd**	53,55	0,14
DEPRESIÓN	19.76	3.99	20.95	3.25	23.18	2.93	23.58	2.44	34.764	ac***/ad***/bd*	41,02	0,85**

Nota. FPP = Funcionamiento Psicológico Positivo; AS = Aislamiento Social; SEPT = Síntomas de Estrés Posttraumático.

\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001. ns= no significativo

**Tabla 5.** Comparativa de medias de Funcionamiento Psicológico Positivo, Aislamiento Social, Síntomas de Estrés Posttraumático, así como las subdimensiones de los SEPT, Ansiedad y Depresión, con relación al grupo de convivencia

	Vive Solo (a)		Vive con los padres (b)		Vive con los hijos (c)		Vive en Residencia estudiantil (d)		Vive con amigos (d)		Vive con pareja (e)		Vive con pareja e hijos (f)		Dif (f)	Post hoc
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
FPP	132.89	23.44	118.20	23.11	130.11	24.83	138.33	4.61	110.50	37.01	128.65	25.30	121.38	31.69	3.87	ad*/bd*/bf*/cd*
AS	25.3	2.72	24.91	2.46	26.01	2.76	25	1.22	24.84	1.99	25.55	2.53	25.68	2.03	1.98	ns
SEPT	55.00	6.84	52.75	7.160	56.97	6.39	48.80	5.58	52.00	8.22	54.80	6.46	57.19	6.13	5.59	ns
ANSIEDAD	29.30	4.08	29.12	3.83	30.34	3.64	28.20	1.64	27.76	4.47	29.12	3.580	30.41	3.34	2.09	ns
DEPRESIÓN	22.05	3.48	20.13	3.86	22.93	3.28	17.00	4	20.53	3.90	22.13	3.252	23.11	3.03	9.85	bc*/be*/

Nota. FPP = Funcionamiento Psicológico Positivo; AS = Aislamiento Social; SEPT = Síntomas de Estrés Posttraumático.

\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001. ns= no significativo

**Tabla 6.** Comparativa de medias de Funcionamiento Psicológico Positivo, Aislamiento Social, Síntomas de Estrés Posttraumático, así como las subdimensiones de los SEPT, Ansiedad y Depresión, con relación a la situación laboral

	Empleado Privado (a)		Profesional In-dependiente (b)		Empleado Público (c)		Servicio Doméstico (d)		Trabajador Informal (e)		Desemplea-do/a (f)		Dif (f)	Post hoc
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
FPP	123.99	27.97	126.32	26.20	127.78	26.96	125.33	12.12	118.94	16.78	125.97	21.153	.568	ns
AS	25.28	2.43	25.48	2.36	25.65	2.95	27.14	3.28	25.12	2.72	25.15	2.43	1.04	ns
SEPT	54.68	6.88	55.42	5.94	56.67	7.31	55.14	9.19	53.92	7.21	50.82	7.14	4.15	ns
ANSIEDAD	29.36	3.77	29.60	3.82	30.38	3.64	30.14	3.23	29.46	3.93	28.34	3.59	1.56	ns
DEPRESIÓN	21.71	3.60	22.19	2.83	22.65	3.90	21.85	5.17	20.87	3.62	19.04	4.30	6.42	ab*/af*/bd*/bf***

Nota. FPP = Funcionamiento Psicológico Positivo; AS = Aislamiento Social; SEPT = Síntomas de Estrés Posttraumático.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ . ns= no significativo

En la [Tabla 5](#), se observa que la mayoría de las dimensiones de las variables mostraron correlaciones significativas.

En relación con la variable del AS, los datos reflejan solamente una media elevada en el grupo de las personas que se desempeñan como empleados domésticos (ver [Tabla 6](#)).

La relación con los niveles de ansiedad y depresión y su vinculación con las variables sociodemográficas, se reportan los datos en la [Tabla 7](#).

En relación con los niveles de ansiedad y depresión, se observa un aumento en el rango de edad de los más jóvenes (18-25 años), más en las mujeres que en varones, y aumentan en los residentes en ciudad, empleados privados y los que viven con sus padres.

En la [tabla 8](#) se estudian las correlaciones entre SEPT y AS.

Como se puede observar, las dimensiones de AS y SEPT están correlacionadas, excepto en el caso de uso de tecnologías; correlacionaron positiva y significativamente todas las dimensiones de SEPT y la Percepción de apoyo social; inversamente todas las dimensiones de los SEPT y de Participación social, con excepción de Ansiedad, cuya correlación fue negativa también, pero no significativa.

Con el objetivo de estudiar la relación entre AS, SEPT y FPP, se evaluaron las correlaciones entre dichas variables.

Se aplicó un procedimiento de regresión lineal simple con el objetivo de probar un modelo de predicción de SEPT (variable dependiente) a partir de FPP y AS.

Para escoger los mejores predictores e introducirlos en el modelo, se utilizó el procedimiento de regresión "hacia adelante".

Se descarto el modelo 2 (AS). Los resultados se muestran en la [Tabla 9](#).

Se midió el nivel de significancia de la relación del modelo, del FPP con relación a los SEPT, resultando un valor estadísticamente significativo  $< .001$ .

La variable que tiene más peso en el modelo es la del FPP ( $t = 26.32$ ;  $p = < .001$ ) frente a AS ( $t = .74$ ;  $p = .455$ ).

**Tabla 7.** Porcentaje de participantes con niveles clínicos de Ansiedad y Depresión según variables sociodemográficas: edad, género, residencia, actividad laboral y grupos de convivencia

	Ansiedad	Depresión
Rango de edad		
18-25	35.30%	33.30%
26-35	18.80%	18.50%
36-50	28.50%	29.80%
51-65	17.40%	18.40%
Género		
Mujer	76.20%	76.50%
Hombre	23.80%	23.50%
Lugar de residencia		
Ciudad	82.60%	82.60%
Interior	17.40%	17.40%
Actividad laboral		
Empleado/a privado	45.50%	46%
Profesional independiente	21.00%	21.50%
Empleado público	12.90%	13.10%
Servicio doméstico	1.60%	1.60%
Trabajador informal	8.90%	8.60%
Desempleado/a	10.10%	9.20%
Convivencia		
Vive solo	13.60%	13.90%
Vive con los padres	33.90%	32%
Vive con sus hijos	17.10%	17.60%
Residencia estudiantil o similar	110%	0.90%
Vive con amigos	2.80%	2.80%
Vive con pareja	19.30%	20.10%
Vive con pareja e hijos	12.20%	12.70%

**Tabla 8.** Correlación entre Síntomas de Estrés Postraumático y Aislamiento Social

	Percepción apoyo social	IC 99%	Uso tecnologías	IC 99 %	Participación social	IC 99 %
Reexperimentación	.24**	[.354, .123]	.08	[.174, -.012]	-.09*	[-.04, -.189]
Evitación	.13**	[.253, .012]	-.03	[.057, -.130]	-.16**	[-.076, -.258]
Activación	.14**	[.263, .022]	.01	[.109, -.078]	-.13**	[-.039, -.222]
Ansiedad	.16**	[.279, .040]	.00	[.099, -.088]	-.08	[.011, -.174]
Depresión	.20**	[.315, .079]	.02	[.121, -.066]	-.20**	[-.108, -.288]

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

**Tabla 9.** Predictores de Síntomas de Estrés Post Traumático

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Error Estándar	t	Cambio en F	Sig. Cambio en F
1	.219 <sup>a</sup>	.048	.045	6.73	26.31	17.39	<.001
2	.222 <sup>b</sup>	.13	.13	6.48	.74	.56	.455

a. Predictores: (Constante), FPP

b. Predictores: (Constante), FPP, AS

**Tabla 10.** Estimación del modelo

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	p
		B	Error estándar	$\beta$			
1	Constante	47.02	1.78			26.32	<.001
	FPP	.05	.014	.21		4.17	<.001

Nota. FPP = Funcionamiento Psicológico Positivo

La estimación del modelo de regresión, indica que la variable del FPP aporta significativamente en relación con los SEPT, con mayor peso que el AS (ver [Tabla 10](#)).

## Discusión

La pandemia por COVID-19 supuso una situación estresante a nivel global y modificó significativamente el estilo de vida de las personas, que se vieron forzadas a permanecer en sus domicilios para minimizar la circulación del virus y, por ende,

los contagios. Aspectos tales como la posibilidad de infectarse, las altas tasas de contagio, la mortalidad y los efectos post-enfermedad, sumados a la comunicación mundial, constituyeron factores ansiógenos para la población afectada ([Lee et al., 2020](#)).

Este estudio se llevó a cabo en los primeros meses de aislamiento por la pandemia, cuando a nivel internacional llegaban noticias de la gravedad de la enfermedad; en nuestro país, el número de contagios reportados se hallaba muy por debajo del resto del mundo. No obstante, también se imple-

mentaron medidas restrictivas de la movilidad en todo el país, con el cierre de algunas actividades y el inicio del teletrabajo en varios rubros laborales.

Se destacan algunos resultados de este estudio, como la relación que se encontró entre el aislamiento social y síntomas de estrés post traumático, especialmente, en la relación inversa entre participación social y depresión y participación social y activación psicofisiológica. Estos resultados están en consonancia con los resultados que vienen reportando las investigaciones de los efectos psicológicos del aislamiento (Brooks et al., 2020).

El FPP mostró correlaciones negativas con el aislamiento social y positivas con los SEPT. Si bien, es esperable que el FPP correlacione de manera negativa con el AS, llama la atención el dato de la correlación positiva con el SEPT. Probablemente, este dato pueda estar vinculado a que en los primeros meses de la pandemia en el país se vivía una situación de relativa normalidad, con muy pocos casos y una movilidad muy poco restringida. Si se toma en cuenta el aporte de Sandín et al. (2021) que establecen como factor predictor del SEPT el miedo generalizado al contagio, así como el aislamiento social prolongado (Brooks et al., 2020), ninguna de esas condiciones se dio en el Uruguay al inicio de la pandemia.

La correlación negativa del FPP con el AS puede poner en evidencia la importancia de los recursos psicológicos, que podrían estar constituyendo un factor de protección para enfrentar los efectos negativos del aislamiento social por pandemia.

Por otra parte, en cuanto a los SEPT, se observaron medias más elevadas en los rangos de edad intermedia y mayor (36-50 y 51-65). El dato, en cuanto al rango de edad, está en consonancia con los resultados que se reportaron en Argentina (Alomo et al., 2020).

Los SEPT se observaron en menor medida en personas desempleadas, dato que puede tener cierta vinculación con la ausencia de necesidad de salir de su domicilio y sentirse a resguardo de la posibilidad de contagio, más aún cuando el gobierno implementó un recurso de contingencia económica (llamado fondo coronavirus). No obstante, este fac-

tor no estaría alineado con los factores protectores encontrados por Sandín et al. (2021), relacionados a mejores ingresos y trabajar afuera de su casa.

En cuanto a la variable de FPP, se observó una media más elevada en el rango de edad de 51 a 65 años, mayoritariamente en varones, en personas del interior del país y con valores descendidos en el grupo de los trabajadores informales.

Las dimensiones de AS y SEPT mostraron correlaciones significativas, excepto en el caso de uso de tecnologías; correlacionaron positiva y significativamente todas las dimensiones de SEPT y la Percepción de apoyo social, al contrario de todas las dimensiones de los SEPT y de Participación social, con excepción de Ansiedad, cuya correlación fue negativa también, pero no significativa.

Es destacable la ausencia de correlación entre SEPT y el uso de tecnologías, siendo especialmente importante en el tiempo de pandemia, ya que fue el único medio de contacto con los vínculos sociales y lo que permitió el mantenimiento de los procesos de enseñanza que, rápidamente, se trasladaron a las plataformas virtuales para mantener la educación.

El FPP mostro valores menores en el rango de edad de 18-25 años, mientras que los SEPT parece menores en el rango de 26-35 años.

Se considera de importancia el dato relacionado a los niveles de ansiedad y depresión en jóvenes (de 18-25 años), más aún si se observa en vinculación con que, además, es el rango de edad que presenta menores valores de FPP. Estos datos de ansiedad y depresión mostraron niveles más elevados en mujeres, residentes de la ciudad y las personas que viven con sus padres.

Por otra parte, las mujeres presentaron niveles más elevados de ansiedad y depresión que los varones; lo mismo sucedió con los residentes de la ciudad, empleados privados y las personas que viven con sus padres. En relación con este resultado, si bien el rango etario estaría en consonancia con los datos que reportan el país limítrofe de la República Argentina, en este caso fue mayor en varones (Rodríguez & Rodríguez, 2022).

Los datos de mayor sintomatología ansiosa y depresiva en las edades más jóvenes concuerdan con los datos que se vienen informando a nivel internacional (Hermosa et al., 2021; Ozamiz et al., 2020; Guzmán et al., 2021; Orellana & Orellana, 2020; Prieto et al., 2020).

El presente estudio se propuso analizar el efecto de FPP en situación de pandemia en Uruguay y se puede concluir que dicha variable tiene cierta asociación con los efectos psicológicos del aislamiento en concordancia con los resultados obtenidos por la literatura científica (González et al., 1997; Rueda & Pérez, 2005; Vega-Vázquez et al., 2011).

Los datos aquí reportados, pueden ofrecer insumos para tener en cuenta en la etapa de vuelta a la normalidad, considerando los planes de contención psicológica con una mirada de salud mental y hacia el fortalecimiento de recursos que contrarresten la posible tendencia sintomática que puede provocar el aislamiento (Molero et al., 2020).

### Limitaciones y futuras líneas de investigación

El estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el carácter transversal del estudio, que limita la interpretación de los resultados en cuanto a inferencias causales. En segundo lugar, el método de toma de la muestra a modo de autoinforme por medios digitales, sin la supervisión del evaluador, que puede contener el riesgo de sesgo por la capacidad de introspección.

Futuros estudios longitudinales podrían reportar datos de interés a la temática, pudiendo ser este estudio un punto de base a considerar. En ese sentido, sería deseable continuar evaluando las variables en el tiempo, sobre todo en período post pandemia, y comparar estas medidas al retomar la funcionalidad normal de las actividades y los efectos psicológicos asociados.

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, este estudio puede resultar de relevancia en tanto permite comprender las consecuencias psicológicas del aislamiento, así como la relación con factores protectores, como son los recursos psicoló-

gicos que tienen la particularidad de ser activados por medio de intervenciones terapéuticas. Es decir, se aporta un aspecto que puede ser de interés para paliar y atender los efectos de la pandemia en cuanto a salud mental se refiere.

### Referencias

- Alarcón, Y., Armenta, O., & Martelo, L. (2022). Reflexión sobre las consecuencias psicológicas del confinamiento por covid-19 en salud mental. *Tejidos Sociales*, 4(1), 1-8. <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/tejsociales/article/view/5555>
- Alomo, M., Gagliardi, G., Pelocche, S., Somers, E., Alzina, P., & Prokopez, C. (2020). Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general de Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 77(3), 176-181. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n3.28561>
- Becerra, J., Giménez, G., Sánchez, T., Barbeito, S., & Calvo, A. (2020). Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por covid-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 1-11. [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/O\\_BREVES/RS94C\\_202006059.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/O_BREVES/RS94C_202006059.pdf)
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, L., Greenberg, N., & James Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E., & Quintero, A. (2010). Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3), 416-427. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072010000300012](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000300012)
- Cohen, S., Alper, C., Doyle, W., Treanor, J., & Turner, R. (2006). Positive Emotional Style Predicts Resistance to Illness After Experimental Exposure to

- Rhinovirus or Influenza. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 809-815. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000245867.92364.3c>
- Echeburúa, E., Amor, P., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F., Muñoz, J., & Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- González, C., Andrade, P., & Jiménez, A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 20(1), 27-35.
- González, J., & Garza, R. (2021). La medición de soledad en personas adultas mayores: estructura interna de la escala ESTE en una muestra del norte de México. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(3), 169-184. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.3.10>
- Guo, Y., Cheng, C., Zeng, Y., Li, Y., Zhu, M., Yang, W., Xu, H., Li, X., Leng, J., Monroe-Wise, A., & Wu, S. (2020). Mental Health Disorders and Associated Risk Factor 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>
- Guzmán, J., Villalba, A., Zúñiga, Y., & Canales, S. (2021). Estudio exploratorio sobre ansiedad y depresión en estudiantes universitarios ante la contingencia sanitaria por COVID-19. *Revista de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. [https://www.researchgate.net/publication/348235447\\_Estudio\\_exploratorio\\_sobre\\_ansiedad\\_y\\_depresion\\_en\\_estudiantes\\_universitarios\\_ante\\_la\\_contingencia\\_sanitaria\\_por\\_COVID-19](https://www.researchgate.net/publication/348235447_Estudio_exploratorio_sobre_ansiedad_y_depresion_en_estudiantes_universitarios_ante_la_contingencia_sanitaria_por_COVID-19)
- Hermosa, C., Paz, C., Hidalgo, P., García, J., Sádaba, C., López, C., & Serrano, C. (2021). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30(2). <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30200040>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc-Graw Hill Education.
- Holmes, T., & David, E. (1989). *Life change, life events and illness*. Nueva York: Praeger.
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <http://dx.doi.org/10.17843/rp-mesp.2020.372.5419>
- Jalloh, MF., Jalloh, MB., Li, W., Burnell, R., Ethier, L., O'Leary, A., Hageman, K., Sengeh, P., Morgan, O., Hersey, S., Marston, B., Dafaie, F., & Redd, J. (2018). Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone. *BMJ Global Health*, 3. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000471>
- Johnson, M., L. Saletti, & N. Tumas. E. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 25, (suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>
- Larios, A., Bohórquez, J., Naranjo, J., & Sáez, J. (2020). Impacto psicológico del aislamiento social en el paciente comórbido: a propósito de la pandemia COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 227-228. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.rcp.2020.07.002>
- Lee, S., Mathis, A., Jobe, M., & Pappalardo, E. (2020). Miedo y ansiedad clínicamente significativos de COVID-19: un examen psicométrico de la escala de ansiedad por coronavirus. *Revista de Psiquiatría*, 290, 113112. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113112>
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Oark, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 123-127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>
- Livia, J., Aguirre, M., & Rondoy, D. (2021). Impacto Psicológico del aislamiento social en estudiantes de una Universidad Pública de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 9(2). <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2021.v9n2.768>

- Maguiña, C., Gastelo, R., & Tequen, A. (2020). El nuevo coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Médica Herediana*, 31, 125-131. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>
- Martínez, D., P. Castro, J. Sandoval, D. Pérez, & D. Mora. (2020). COVID-19 y comportamiento psicológico: revisión sistemática de los efectos psicológicos de las pandemias del siglo XXI. *Revista Médica de Chile*, 148, 1193-1206. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v148n8/0717-6163-rmc-148-08-1139.pdf>
- Merino, D., & J. Privado. (2015). Positive Psychological Functioning. Evidence for a new construct and its measurement. *Anales de Psicología*, 31(1), 45-54. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16732936006.pdf>
- Molero, M., Pérez, M., Soriano, J., Oropesa, N., Simón, M., Sisto, M., & Gázquez, J. (2020). Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática. *European Journal of Health Research*, 6(1), 109-120. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i1.206>
- Orellana, C., & Orellana, L. (2020). Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador. *Actualidades en Psicología*, 34(128), 103-120. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i128.41431>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS], & Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Actualización epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVI-19) – 14 abril 2021*. OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-14-abril-2021>
- Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M., & Idoiaga, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cuadernos de Saú-de Pública*, 36(4). <https://doi.org/doi:10.1590/0102-311X00054020>
- Páez, M. (2020). La salud desde la perspectiva de la resiliencia. *Archivos de Medicina*, 20(1), 203-216. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.1.3898.2021>
- Portela, M. (2021). Estudio preliminar de las propiedades psicométricas de la escala de Funcionamiento Psicológico Positivo para una muestra de adolescentes uruguayos. *Ciencias Psicológicas*, 15(1), 15-27. <https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2396>
- Prieto, D., Aguirre, G., Pierola, I., Luna, G., Merea, L., Lazarte, C., Uribe, K., & Zegarra, A. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit*, 26(2). [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272020000200009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272020000200009)
- Ramírez, J., Lerma, C. Castro, F Yela, & F. Escobar. (2020). Consecuencias de la pandemia de la covid-19 en la salud mental asociada al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Ribera, C., & Brufau. R. (2020). How Much Support is There for the Recommendations Made to the General Population during Confinement? A Study during the First Three Days of de COVID-19 Quarantine in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph17124382>
- Rodríguez, M., & Rodríguez, A. (2022). Salud mental, capital psicológico y adopción de prácticas preventivas ante la COVID en jóvenes menores de 30 años. *Health and Addictions*, 22(1), 199-213. <https://doi.org/10.21134/haaj.v22i1.649>
- Rubio, R., & Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(1), 23-28.
- Rueda, B., & Pérez, A. (2005). Estudio de la competencia percibida procesos de valoración y afrontamiento ante un supuesto problema cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(3), 193-204.
- Sandín, B., R. Valiente, J. García-Escalera, & P. Chorot. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociado al periodo de confinamiento nacional. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>

- Sandín, B., Chorot, P., García, J., & Valiente, R. (2021). Impacto emocional de la pandemia de COVID-19 durante el periodo de confinamiento en España: Factores protectores y factores de riesgo/vulnerabilidad. *Acción Psicológica*, 18(1), 27-44. <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1479120>
- Seijo, D., Montes, A., Marcos, V., Sanmarco, J., & Novo, M. (2021). Psychological Distress and Coping Responses to Confinement for COVID-19. *Acción Psicológica*, 18(1), 189-204. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.31715>
- Shaher, M., Al-Mistarehi, A. H., Aleshawi, A. J., Khasawneh, A. G., Momany, S. M., Momany, B. S., Abu Za'nouneh, F. J., Keelani, T., Alshorman, A., Khassawneh, & B. Y. (2020). Depression and Coping Among COVID-19 Infected individuals after 10 days of mandatory in hospital quarantine Irbid Jordan. *Psychology Research and Behavior Management*, 6(13), 823-830. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S267459>
- Sistema Nacional de Emergencias. (2022). *Visualizador de casos coronavirus COVID-19 en Uruguay*. <https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/pagina-embebida/visualizador-casos-coronavirus-covid-19-uruguay>
- Tamiolaki, A., & Kalaitzaki, A. E. (2020). "That which does not kill us, makes us stronger": COVID-19 and post-traumatic growth. *Psychiatry Research*, 289, 113044. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113044>
- Vega-Vázquez, M., Rivera-Heredia, M., & Quintanilla-Montoya, R. (2011). Recursos psicológicos y resiliencia en niños de 6, 8 y 10 años de edad. *Revista de educación y desarrollo*, 17, 33-41. [https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/17/017\\_Vega.pdf](https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/17/017_Vega.pdf)