

**Sentimientos de soledad y problemas internalizantes frente al distanciamiento social y confinamiento preventivo por el coronavirus COVID-19.**

**Feelings of Loneliness and Internalizing Problems as a Result of Preventive Social Distancing and Lockdown due to the Coronavirus COVID-19.**

Andrea Rodríguez Quiroga<sup>1</sup>, Laura Bongiardino<sup>2</sup>, Laura Borensztein<sup>3</sup>, Saskia Ivana Aufenacker<sup>4</sup>, Alan Crawley<sup>5</sup>, Camila Botero<sup>6</sup>, Kevin Scavone<sup>7</sup> y Natalia Vazquez<sup>8</sup>

**Resumen**

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre sentimientos de soledad y problemas internalizantes producto del distanciamiento social y el confinamiento, para comprender el impacto psicológico en la población. Metodología: estudio de diseño mixto descriptivo-correlacional de alcance temporal transversal. Instrumentos: *Perceptions of the Adult US Population regarding the Novel Coronavirus*, *Three-Item Loneliness Scale* y el *Adult Self Report*. Muestra: 653 casos respondieron una encuesta online en marzo 2020. Resultados: mayores niveles de soledad y problemas internalizantes en sujetos jóvenes convivientes con sus padres y en adultos que viven solos. Hay correlaciones significativas entre sentimientos de soledad y problemas internalizantes: ansiedad-depresión ( $r = ,636, p < .001$ ) y quejas somáticas ( $r = ,422, p < .001$ ). Prevalencia de problemas internalizantes: preocupación general, inquietud por el futuro y trastornos del sueño. Discusión: los

---

<sup>1</sup> Doctora en Psicología. Directora del Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP), Instituto Universitario de Salud Mental, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Docente Investigadora en IUSAM-APdeBA -USAL-UCA.

<sup>2</sup> Licenciada en Psicología Universidad del Salvador (USAL). Investigadora en IPCP. Docente Investigadora en IUSAM-APdeBA -USAL-UCES. Doctoranda UCES.

<sup>3</sup> Licenciada en Psicología por la Universidad de Belgrano. Formación en salud mental en el Centro Oro. Formación en la Asociación Escuela Psicoterapia para Graduados. Publicaciones nacionales e internacionales. Fellow RTP Buenos Aires.

<sup>4</sup> Licenciada en Psicología por la Universidad del Salvador (USAL). Posgrados en Neurociencias en la Universidad Favaloro, en la Universidad Vrijeuniversiteit Amsterdam. Ayudante de cátedra en USAL y en IUSAM. Fellow RTP Buenos Aires.

<sup>5</sup> Licenciado con Honores en Psicología por la Universidad del Salvador (USAL). Diplomado en Comunicación No Verbal, Escuela de Posgrados en Comunicación, Universidad Austral, Buenos Aires, Argentina.

<sup>6</sup> Licenciada en Psicología por la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA). Becaria Doctoral UCA-CONICET. Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía - CIPP (UCA). Docente en UCA.

<sup>7</sup> Estudiante de psicología en la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA). Investigador en IPCP. Profesor curso universitario para jóvenes con discapacidad intelectual en la UCA.

<sup>8</sup> Licenciada en Psicología, Universidad Católica Argentina (UCA). Doctora en Psicología, Universidad Católica Argentina (UCA). Investigadora, Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía (CIPP-UCA).

resultados del estudio identificaron dos grupos de riesgo: los jóvenes convivientes con sus padres y los adultos que viven solos.

**Palabras claves**

Soledad; Problemas internalizantes; Pandemia COVID-19; Confinamiento; Investigación.

**Abstract**

The objective of this study is to analyze the relationship between feelings of loneliness and internalizing problems as a result of social distancing and lockdown, in order to understand the psychological impact on the population. Methodology: mixed descriptive-correlational design study with a transversal temporal scope. Instruments: *Perceptions of the Adult US Population regarding the Novel Coronavirus, Three-Item Loneliness Scale and the Adult Self Report*. Sample: 653 individuals answered an online survey in March 2020. Results: higher levels of loneliness and internalizing problems in young adults living with their parents and in adults living alone. There are significant correlations between feelings of loneliness and internalizing problems: anxiety-depression ( $r = .636, p = .000$ ) and somatic complaints ( $r = .422, p = .000$ ). Prevalence of internalizing problems: general concern, concern about the future and sleep disorders. Discussion: the study identified two groups at risk: young people living with their parents and adults living alone.

**Keywords**

Loneliness; Internalizing problems; COVID-19 pandemic; Confinement; Research.

La situación actual de Pandemia por el Nuevo Coronavirus COVID-19 es una emergencia mundial de salud pública (Organization, 2020). Para lidiar con ella, cada país ha establecido sus propias políticas de salud pública, aunque se destacan por norma general: confinamiento de la población, distanciamiento social y se suma a estas, la divulgación de medidas de cuidado y prevención personal. Aún se desconoce la duración, tanto como la intensidad de las medidas sanitarias de distanciamiento social y de confinamiento que cada país irá estableciendo en función de la urgencia que la situación vaya requiriendo. Un estudio estima que pueden ser necesarias hasta el 2022, mientras que el seguimiento bien podría extenderse hasta el 2024 debido a los riesgos de re-contagio (Kissler et al., 2020).

Dado que las medidas que se consideran efectivas para lidiar con la pandemia implican restricciones al contacto social, siendo el ser humano un ser social por naturaleza, es imperativo interrogar y estudiar ¿cuál es el impacto psicológico de esta nueva pandemia en la población?

Un estudio relevante recientemente publicado en la revista *The Lancet Psychiatry*, advierte que una de las principales consecuencias psicológicas adversas de la pandemia por COVID-19 sería el aumento del aislamiento social y de la soledad (Holmes et al., 2020). La soledad se ha relacionado en distintos estudios con problemas internalizantes: depresión, ansiedad y algunas quejas somáticas, como se irá describiendo a lo largo del artículo. Sin embargo, hasta el momento, se han identificado escasos estudios que correlacionen la soledad y los problemas internalizantes principalmente en Argentina y España, fundamentando la necesidad de este estudio. Su propósito es analizar sentimientos de soledad y problemas internalizantes frente al distanciamiento social y el confinamiento preventivo por el Nuevo Coronavirus COVID-19; siendo este estudio parte de una un proyecto más amplio, longitudinal, en el cual se incorpora información complementaria cualitativa y cuantitativa. De esta manera se busca producir conocimiento más específico que permita realizar intervenciones preventivas y/o clínicas en salud mental.

Las investigaciones en COVID-19 deberían orientarse, según Holmes y colaboradores, en reducir los problemas en relación con la salud mental y favorecer el bienestar, especialmente en los grupos más vulnerables (Holmes et al., 2020). Teniendo consideración en mente, el artículo desarrolla las siguientes temáticas: a) El contexto de la pandemia por COVID-19, (describiendo las imposiciones derivadas del distanciamiento social y el confinamiento preventivo y su posible impacto en la salud mental), b) Salud mental y Pandemias (grupos de riesgo y vulnerabilidad) y c) La soledad como protagonista (perspectiva teórica).

## A) El contexto de la pandemia

El temor a enfermarse o a que se enfermen las personas queridas o conocidas, el desconocimiento respecto del virus en sí y el no contar con una solución conocida de cómo transcurrir y estar en el mundo ante estas circunstancias, parece ser lo que describe el momento actual. Todo lo cual lleva a que la incertidumbre se vuelva perceptible y se la vivencie con una fuerza inusual (Puget & Torres, 2020).

La mayoría de las investigaciones indicaron un efecto psicológico negativo, que incluye síntomas de estrés post-traumático, estrés y enojo. Se identificaron como factores estresantes: la duración de la cuarentena, el miedo a la infección, la frustración, la información inadecuada y las pérdidas financieras (Brooks et al., 2020).

La pandemia es una experiencia social inusual y duradera en el tiempo, que ha trastocado la cotidianidad prácticamente en la mayoría de los países; tanto las relaciones familiares, las amistades, los vínculos laborales y grupales se han visto afectados (Layden et al., 2017). El confinamiento y el distanciamiento social han alterado el contacto social tanto en cantidad como en calidad, afectando la intimidad y la confianza derivadas de ellas (Lasgaard et al., 2016). Posiblemente también la confianza se cuestione con relación a quienes transmiten información acerca del devenir de la pandemia y en quienes tienen a su cargo gestionar la toma de medidas y la búsqueda de soluciones. La autenticidad y relevancia personal del conocimiento transmitido de modo interpersonal, que se conoce como confianza epistémica (Fonagy & Campbell, 2017), se encuentra interpelada por la actualidad. Bernardi et al. (2020) plantean como mecanismo de adaptación, la necesidad psicológica de comprender lo que nos sucede frente al estrés múltiple de la pandemia y cómo afrontarlo, recurriendo al soporte social y a la consideración de las vulnerabilidades y resiliencia individuales.

Los efectos de la soledad en las personas han sido estudiados desde múltiples perspectivas. En este trabajo se considerarán las neurociencias, el neuropsicoanálisis y la perspectiva psicodinámica.

Desde las neurociencias, Hughes et al., (2004) entienden por sentimiento de soledad a un complejo conjunto de emociones que surgen cuando las necesidades íntimas y sociales no se satisfacen adecuadamente y motivan la búsqueda de una respuesta adecuada a estas necesidades. Cacioppo y colaboradores sostienen que los individuos socialmente aislados tienden a sentirse solos, pero el sentimiento de soledad y estar socialmente aislado no son sinónimos (2012), aunque ambos pueden conducir a similares condiciones de riesgo. Por ejemplo, pueden asociarse con ansiedad, depresión, autolesión e intentos de suicidio.

En esta misma dirección, Cacioppo y colaboradores, por ejemplo, han estudiado largamente el impacto que la soledad tiene en el cerebro y el cuerpo (Cacioppo et al., 2004). Estos autores han descubierto que la

soledad prolongada en el tiempo puede ser perjudicial para la salud pudiendo aumentar la tasa de mortalidad. La soledad también se ha relacionado con la disminución del control inflamatorio (Cole et al., 2011); el aumento de la resistencia vascular y la presión arterial (Cacioppo et al., 2002; Hawkey, et al., 2003; Hawkey et al., 2006; Hawkey, et al., 2010); con tasas más altas de síndromes metabólicos (Whisman, 2010) y con la disminución de la inmunidad (Dixon et al., 2001; Glaser et al., 2005; Kiecolt-Glaser et al., 1984a; Pressman et al., 2005; Straits-Troster et al., 1994). Otros autores también han encontrado resultados coincidentes que los llevan a considerar que la percepción de soledad es un potente predictor de resultados negativos para la salud (Shovert et al., 2020). En síntesis, la soledad sería un importante factor de riesgo de morbilidad y mortalidad (Holt-Lunstad, et al. 2015; Luo et al., 2012).

Estudios con neuroimágenes, sugieren que, ante una amenaza social se produce un estado de hipervigilancia. La percepción de soledad se asocia a dicha experiencia (Hawkey & Cacioppo, 2010).

Lo dicho, lleva a preguntarse ¿qué efectos tendrá el distanciamiento social en la percepción de los otros? Por ejemplo, en un estudio actual se ha identificado que los individuos en Estado Unidos perciben como más confiables ciertas fuentes de información, como, por ejemplo, las que ofrecen los profesionales de la salud y confían considerablemente más en la televisión, que en las redes sociales (McFadden et al., 2020)

También se ha estudiado que quienes ya sufren de soledad tienen una tendencia a percibir el mundo de manera amenazante y anticipan interacciones negativas con otros, es por ello que puede ponderarse la situación actual como un agravante de la hipervigilancia. Con la comprobación de sus predicciones, quienes padecen de soledad generan un círculo vicioso reforzando su desconfianza, estrés, soledad y sentimientos hostiles. ¿Y quienes no la han padecido con anterioridad, la sufren en la actualidad?

Lo expresado muestra la relevancia que la soledad tiene en relación con la salud en general. En ese sentido cabe destacar que es un tema de importancia en la agenda de salud pública de algunos países, como por ejemplo en el Reino Unido (Pitman et al., 2018).

### **Salud mental y pandemias**

Aunque toda la población se ve afectada por la pandemia generada por el COVID-19, Holmes y colaboradores advierten que sectores específicos demográficos la experimentan de manera diferente. Estos autores distinguen a los niños, los jóvenes y las familias que se verán afectados por el cierre de escuelas y/o la violencia doméstica; a los adultos mayores y aquellos con multimorbilidades. También las personas con

dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo neurológico por la interrupción de las rutinas que funcionan como un apoyo necesario. Sumándose las personas con problemas de salud mental existentes y los trabajadores de salud de primera línea (Johal, 2009; Holmes et al., 2020).

La situación plantea una paradoja, las mismas medidas establecidas para mitigar y prevenir el contagio del COVID-19 pueden contribuir a generar trastornos en la salud de la población.

Así, por ejemplo, lo sugiere el estudio de Ivchenko et al. (2020), el cual describe que, en Italia, ( $n=3,452$ ) se evidenciaron niveles altos de ansiedad; advirtiendo que, si bien la ansiedad lleva a que la población tome conductas saludables y preventivas, podría tener un impacto negativo a largo plazo en la salud mental y física.

Los estudios que se han llevado a cabo en China también evidencian un impacto psicológico moderado y severo ( $n=1210$ ) ante la experiencia del COVID-19 (Wang et al., 2020), la cual ha generado altos niveles de estrés, ansiedad y depresión ( $n=14.592$ ) (Liu et al., 2020). Estos síntomas se vinculan a las menores posibilidades de acceso al apoyo social y familiar, así como a preocupaciones respecto a lo económico, lo laboral y las condiciones de seguridad (Wang et al., 2020; Zhang et al., 2020).

En un estudio realizado en adultos argentinos durante la primera semana del confinamiento, se observó que, aunque ciertas porciones de la población son resilientes ante la soledad, otros expresan emociones de ansiedad y depresión. Por ejemplo, 33% de los participantes expresaron síntomas de ansiedad y 23% de depresión (Torrente et al., 2020).

Estudios recientes en diferentes partes del mundo con relación al COVID-19 han evidenciado que las diferencias etarias son significativas en cuanto al impacto psicológico de la pandemia. Por un lado, los adultos mayores reportan menos ansiedad psicológica, tristeza y soledad (Losada-Baltar et al., 2020), estar retirado o ser geronte actúa como factor protector contra la depresión, ansiedad y el trastorno por estrés posttraumático (González-Sanguino et al., 2020). Los mayores muestran menor distrés emocional (García-Fernández et al., 2020), excepto en una muestra en México en la que estos mostraron mayor estrés y malestar psicológico (Cortés-Álvarez et al., 2020). Por otro lado, los jóvenes tienen más probabilidades de desarrollar desórdenes del sueño y distrés (Casagrande et al., 2020), sufrir más síntomas emocionales (Torrente et al., 2020) y están más expuestos a experimentar sentimientos de soledad (Bu et al., 2020)

Hasta el momento, los trabajos publicados sobre COVID-19 que han investigado los sentimientos de soledad frente a la situación de confinamiento, así como algunos estudios previos indican que, se pueden identificar dos grandes grupos de mayor vulnerabilidad a la soledad. Uno de ellos agrupa a las mujeres, con bajo nivel educativo, que viven en un entorno rural o desfavorecido, solteras, separadas, divorciadas o viudas, que

disponen de una pequeña red social, comprendidas en la franja etaria de 50 a 65 años (Domènech-Abella et al., 2017; Ivchenko et al., 2020; Lasgaard et al., 2016).

Con respecto a las mujeres también se ha encontrado que durante la pandemia reportaron sentimientos de ansiedad con mayor frecuencia que los hombres (Pedraza et al., 2020), puntajes más elevados de depresión soledad y fatiga (Bartoszek et al., 2020), así como mayor susceptibilidad a los trastornos del sueño (Voitsidis et al., 2020).

El otro grupo con mayor riesgo de percibirse en soledad corresponde a los jóvenes. Según investigaciones previas que estudiaron la relación entre la edad y la soledad, los más jóvenes son los que reportan mayores niveles de soledad (Nicolaisen & Thorsen, 2017; Shovestul et al., 2020).

Considerando antecedentes en otras pandemias y epidemias, también se ha encontrado que la población joven desarrolla sintomatología de ansiedad, depresión y estrés post traumático asociado a la culpa que ellos pueden sentir de infectar a otro, especialmente si se trata de un familiar (Hall et al., 2008; Müller, 2014; Sim et al., 2010; Tucci et al., 2017). Un estudio sobre el impacto de COVID-19 en China, identificó también a los jóvenes como el grupo de mayor riesgo de padecer síntomas de estrés, ansiedad y depresión (Liu et al., 2020).

Este recorrido fundamenta la decisión del estudio de recabar información acerca del sentimiento de soledad y los problemas internalizantes. Con relación a estos últimos se ha trabajado tomando la conceptualización de psicopatología del modelo dimensional de Achenbach cómo problemas internalizantes y externalizantes, a partir de la realización de estudios empíricos de carácter transcultural. El Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2nd ED) los ha incorporado como dominios dentro de los cuales se ordenan los estilos de personalidad (Lingiardi & McWilliams, Eds, 2017). Define entonces, Achenbach, a los problemas internalizantes, como aquellos que acontecen en el self: -ansiedad, depresión y quejas somáticas sin causa médica conocida- (Achenbach 2014; Achenbach, 2019).

## **B) La soledad como protagonista**

El contacto social es una necesidad tan crucial que la capacidad para satisfacerla repercute en la salud y el bienestar (Shovestul et al., 2020). La soledad como objeto de estudio en la psicología se ha definido de diversas formas. Entre ellas se describe el sentimiento de soledad como un fenómeno universal, inherente a la necesidad humana de pertenecer. Constituye una experiencia subjetiva que varía de persona a persona, acontece por

diversidad de causas, produciendo una gran variedad de consecuencias físicas y psicosociales (Carvajal-Carrascal & Caro-Castillo, 2009). Otros aluden en su definición a la discrepancia entre el nivel deseado y el nivel real de las relaciones sociales (sea en cantidad o en calidad de estas) como generadores del sentimiento de soledad y de angustia (Cacioppo & Hawkey, 2009).

En un intento por encontrar características comunes entre las diferentes definiciones psicológicas, Peplau y Perlman (1982) identificaron tres características comunes entre ellas: a) que es el resultado de deficiencias en relaciones interpersonales; b) que es una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social y c) que es una experiencia estresante y displacentera.

El estudio de la soledad ya sea como una variable ligada a la psicopatología, o como una característica presente en la sociedad actual y en la vida cotidiana, ha adquirido estatus propio en los últimos años (Alizade, 1998, 2011/2012; Pitman et al., 2018). Aunque, sin embargo, hay que señalar que la experiencia de soledad salvo raras excepciones no ha sido suficientemente estudiada dentro del psicoanálisis en general (Kramer Richards et al., 2013). Resulta de interés mencionar que Freud, en el texto citado a continuación, considera a la soledad tanto como un fenómeno en sí mismo, como una experiencia subjetiva de angustia y la plantea en relación con el distanciamiento de la madre: "La soledad, así como el rostro ajeno, despiertan la añoranza familiar de la madre, el niño no puede gobernar esta excitación libidinosa, no puede mantenerla en suspenso, sino que la muda en angustia" (Freud, Lección XXXII La angustia y la vida instintiva. T. XXI, 77, 1933). La experiencia de angustia, así como la angustia de separación, son centrales en la mayoría de las conceptualizaciones psicoanalíticas ya que permiten comprender la activación de esquemas cognitivo-afectivos de uno mismo y del otro, en un intento por regular dicha angustia. Ya desde un inicio, la soledad se describe ligada a sus efectos.

Por ende, cualquier modelo sobre la angustia de separación, es al mismo tiempo un modelo intrapsíquico e intersubjetivo, dado que no es posible considerar la irrupción de la angustia sin estas dos interacciones.

Entre los autores psicoanalíticos que han escrito e indagado sobre el tema, entre otros, se hallan: Winnicott 1958; Fromm-Reichmann 1959; Adler & Buie, 1979; Willock et al. 2012. Para algunos autores, la soledad es únicamente un efecto patológico surgido de un trauma relacional, mientras que, para otros, como Winnicott (1958) es importante dar lugar a lo que denominó la capacidad para estar solo. Para este autor, poder estar solo junto a otra persona es una experiencia de salud además de un fenómeno altamente sofisticado.

Fonagy (2015) revisa los aportes de los autores psicoanalíticos Freud, Klein, Bion, Winnicott, Pierre Marty, e introduce a Bowlby (como un aporte desde la interdisciplina) para presentar la teoría del apego, dando cuenta este mecanismo, entre otros, de la capacidad para mentalizar. Algunos estudios muestran la relevancia de la

relación entre el apego inseguro y la soledad, sugiriendo que los cuidadores que funcionan como figuras de apego inconsistentes en la vida de las personas, podrían asociarse con una vulnerabilidad crónica a la soledad (Hazan & Shaver, 1987; Weiss, 1973; Berlin et al., 1995; Rubenstein & Shaver, 1982).

A partir de estos estudios surge el interrogante: ¿Será la capacidad de mentalizar un factor protector en el contexto actual?

Continuando con estas perspectivas, Solms (2019) desde el neuropsicoanálisis, también plantea la importancia del apego en relación con el dolor emocional de la depresión.

La complejidad del tema, que excede esta presentación, se plasma en algunas preguntas que Matthews-Bellinger (2015) postula en el review del libro "Encounters with Loneliness: Only the Lonely" (Kramer Richards et al., 2013), como, por ejemplo: "¿Es la soledad una experiencia universal? ¿Es un fenómeno singular con dimensiones psicológicas comunes? ¿Qué factores de desarrollo predisponen a una persona a la soledad? ¿Por qué algunas personas solitarias siguen escogiendo estar solas? ¿Es la soledad una causa o un efecto? ¿Cuándo es constructiva la soledad?" (pp. 1290).

Haciendo una breve síntesis a partir de las diferentes perspectivas citadas, cualquier investigación acerca de la soledad implica considerar que el ser humano necesita del contacto del otro para sobrevivir, sentirse amparado, para que se creen condiciones básicas para la subjetivación. Tanto el aislamiento como la falta de empatía y atención de los cuidadores primarios o de los vínculos de sostén posteriores son fuente de sufrimiento, afectan la autoestima y tienen consecuencias en la salud mental y física. También la separación prolongada o la privación afectiva producen efectos. Por último, pero no por ello menos importante, la capacidad de estar solo permite hacer una distinción entre sentirse solo y estar solo, para diferenciar una decisión y elección, de una dificultad o incapacidad de la regulación de los vínculos con otros.

Desde la perspectiva de este estudio comprendemos al sentimiento de soledad como una expresión bifronte que por un lado indica el grado de satisfacción que cada persona siente respecto a la necesidad de cuidado, contención y amparo en su relación con otros y su pertenencia social; y por el otro lado, alerta respecto a la insistencia en estar con alguien que es tóxico o inadecuado para satisfacer dicha necesidad, entorpeciendo la curiosidad y el deseo de buscar vínculos más saludables. Es decir, la soledad advierte tanto sobre nuestra necesidad de pertenecer a un vínculo como de protegernos frente a vínculos insatisfactorios.

En ese sentido, el modo en que las personas den respuesta a dicho sentimiento será una conducta y un funcionamiento protector o no, para enfrentar situaciones de riesgo como la experiencia que estamos viviendo actualmente con la pandemia y podrá o no, contribuir a mentalizar.

### C) Objetivos del estudio y metodología

#### Objetivo general

Analizar la relación entre los sentimientos de soledad y los problemas internalizantes frente al distanciamiento social y el confinamiento preventivo por el Nuevo Coronavirus COVID-19.

Los objetivos específicos del estudio son: a) analizar la percepción de riesgo, la confianza en las organizaciones (de salud y gobierno) y en las fuentes de información, y la identificación de medidas de prevención de contagio de COVID-19; b) conocer los niveles de percepción de soledad; c) identificar los niveles de problemas internalizantes (ansiedad-depresión y quejas somáticas); d) establecer si existe una relación entre los niveles de soledad y los problemas internalizantes; y e) determinar si existen diferencias según grupos convivientes.

#### Metodología

##### Diseño del estudio

Se trata de un estudio de diseño descriptivo-correlacional de alcance temporal transversal.

##### Muestra

El muestreo fue no probabilístico intencional.

En este avance parcial de la investigación sobre COVID-19, la muestra analizada estuvo compuesta por 653 casos.

##### Materiales

a) Con el fin de indagar el conocimiento de las medidas de prevención y percepción de riesgo del Coronavirus COVID-19 se utilizaron solo las secciones "percepción de riesgo", "conocimiento de las medidas preventivas", "confianza en las fuentes de información" y "confianza en las organizaciones" del *Perceptions of the Adult US Population regarding the Novel Coronavirus* (McFadden et al., 2020). Las preguntas sobre confianza

en las fuentes de información y en las organizaciones son evaluadas mediante una escala de Likert de 5 puntos (1= muy poco /5 = mucho). Las medidas de prevención se responden indicando si consideraban que las medidas propuestas eran o no una medida de prevención de contagio (si/no/no sabe). Las preguntas sobre percepción de riesgo se puntúan con una escala de Likert de 5 puntos (1 = fuertemente en desacuerdo/5 = fuertemente de acuerdo). Esta última sección demostró tener buenos niveles de confiabilidad ( $\alpha = .72$ ) en el estudio original.

b) Se evaluó la soledad, a través del instrumento *Three-Item Loneliness Scale* (TILS) desarrollada para grandes estudios poblacionales, como una versión abreviada de la UCLA *Loneliness Scale* de 20 ítems (R-UCLA), considerada el *gold standard* para medir soledad. La suma de los ítems constituye una medida global de soledad. El rango de puntuación va entre 3 y 9, los puntajes más altos indican mayor soledad. Puntajes de 5 a 6 son interpretados como niveles de soledad moderada, y un puntaje de 7 soledad severa (Lasgaard et al., 2016). Las propiedades psicométricas reportadas por los autores de la escala ( $\alpha = .72$ ) han demostrado que posee una adecuada consistencia interna. Cada uno de estos ítems son evaluados en un continuo de respuesta de 1 a 3 (casi nunca; en algún momento; a menudo) (Hughes et al., 2004). Se han calculado los valores de confiabilidad para la muestra del presente estudio encontrando valores adecuados ( $\alpha = .74$ ).

c) Para medir la sintomatología clínica se utilizaron únicamente los ítems de las dimensiones ansioso depresivo y quejas somáticas del cuestionario *Adult Self Report (ASR)* (Achenbach et al., 2003; Ivanova et al., 2015). El ASR mide problemas internalizantes, que se reflejan principalmente dentro del Self (dimensiones: ansioso depresivo, quejas somáticas sin causa médica conocida y retraimiento) y problemas externalizantes, que agrupa problemas que se dan con otras personas (dimensiones: comportamiento agresivo, delictivo e intrusivo). Los ítems tienen opciones de respuesta de 0, 1 y 2 para que la persona indique cuán cierta es esa frase para él/ella considerando los últimos 6 meses; sin embargo, se modificó la consigna solicitando a la persona que responda considerando su experiencia durante la pandemia. Este cuestionario cuenta con adecuados niveles de confiabilidad, validez de contenido y validez de constructo en al menos 29 sociedades, entre las que se encuentran Argentina y España (Ivanova et al., 2015). El instrumento cuenta con una adaptación para población argentina con valores adecuados de consistencia interna (siendo el rango de  $\alpha = .632$  a  $\alpha = .947$ ), y validez demostrada mediante la técnica de grupos contrastado de población clínica y población general (Samaniego & Vázquez, 2011).

## Procedimientos

Cumpliendo con las normas éticas que guían el trabajo de investigación sólo participaron del estudio personas mayores de 18 años que dieron su consentimiento. Se siguió el método bola de nieve a través de las redes sociales y correos electrónicos convocando a profesionales de la salud, estudiantes, organizaciones y empresas, y población general. Se garantizó el anonimato de los datos a través de la codificación de los casos. Todos los sujetos fueron previamente informados de la naturaleza del estudio participando de manera voluntaria y respetando las directrices éticas de la Declaración de Helsinki (Mundial, 2019) en todos sus términos. Respondieron una encuesta online que se iniciaba con el pedido de consentimiento (plataforma Survey Monkey) recibida entre la fecha del 19 de marzo y el 30 del mismo mes del 2020.

### Análisis Estadísticos

Los datos se procesaron con el paquete estadístico SPSS v. 25.0. Para los objetivos a)-c) se realizaron análisis descriptivos para cada variable, reportándose la frecuencia y/o porcentaje o media y desvío estándar según corresponda. Para el objetivo d) se utilizó el estadístico *r* de Pearson, se consideraron niveles de correlación: 0,25 como débil 0,50 como media y 0,75 como considerable (Fernández Collado et al., 2006). Para el objetivo e) se utilizó el estadístico de comparación de grupos ANOVA de 1 Factor.

### Resultados preliminares

Los datos sociodemográficos se describen en la Tabla 1. Se trata de una muestra que tiene una edad promedio de 38,06 (*DE* = 16,21; *min*=18, *max*=88), con una mayor proporción de mujeres (70%) y nivel de educación elevado (universitario completo 31,7%, universitario en curso 24,5% y 14,1% estudios de posgrado en curso o completo). La mayoría de los participantes residen en Argentina (82,1%) y España (11,8%) (Ver Tabla 1).

**Tabla 1**

*Distribución según variables sociodemográficas*

Variables sociodemográficas	Muestra <i>n</i> =653	
<i>Sexo</i>		
Masculino	30%	193
Femenino	70%	456
<i>Edad</i>	M= 38,06 DE=16,21	

*Min. 18 Max 88*

<i>Nivel de educación</i>		
Secundario incompleto-completo	10,4%	53
Terciario incompleto-completo	12,4%	81
Universitario incompleto	24,5%	160
Universitario completo	31,7%	207
Máster incompleto-completo	14,1%	92
Doctorado incompleto-completo	4,9%	32
Otro	2,0%	13
<i>País de residencia</i>		
Argentina	82,1%	536
España	11,8%	75
Otro	4,0%	26
Sin datos	2,5%	16
<i>Estado civil</i>		
Soltero	44,0%	287
Casado	32,6%	213
Unión de hecho/conviviente	14,1%	92
Divorciado	4,3%	28
Viudo	2,5%	16
<i>Cobertura médica privada</i>		
Sí	78,7%	514
No	21,3%	139
<i>Patología física</i>		
Sí	17,8%	116
No	82,2%	537
<i>Tratamiento psicológico o psiquiátrico en el último año</i>		
Sí	35,1%	229
No	64,9%	424

---

Los resultados preliminares serán presentados en orden según los objetivos específicos planteados en el presente artículo.

#### **A) Resultados vinculados a COVID-19**

El 97,1% de la muestra evaluada refirió no haber tenido contacto cercano con un caso confirmado de COVID-19, al momento de la toma. Se han estudiado los niveles de percepción de riesgo, confianza en fuentes de información y en las organizaciones, y la identificación de medidas de prevención de contagio de COVID-19.

Explorando la confianza que se tiene en fuentes de información, los participantes expresaron mayor confianza en los profesionales de la salud ( $M=4,54$ ) y funcionarios de salud (gobierno, centros para control de enfermedades y prevención) ( $M=4,07$ ). En relación con la confianza en organizaciones, tanto la Organización Mundial de la Salud ( $M=4,13$ ) y los centros de atención médica a los que se recurre habitualmente ( $M=4,09$ ) reportaron un mayor puntaje. Por otra parte, la mayor proporción de los encuestados lograron identificar de manera adecuada las medidas de prevención de contagio: lavarse las manos (99,7%), evitar el contacto físico con alguien que está enfermo (99,2%), quedarse en casa cuando se está enfermo (95,9%), cubrirse la boca cuando tose (98,6%) y usar desinfectante (95,7%). Por último, los niveles de percepción de riesgo fueron de  $M=3,73$  (Ver Tabla 2). En el momento de la encuesta, el uso de las mascarillas no había sido aún considerado como medida preventiva.

**Tabla 2**

*Variables vinculadas a COVID-19*

<b>COVID-19</b>	<b>Muestra (n=653)</b>	
<i>Contacto cercano con un caso confirmado</i>		
Sí	2,8%	18
No	97,1%	634
Sin datos	0,2%	1
<i>Percepción de riesgo</i>	$M= 3,73$	$DE=0,58$
<i>Confianza en fuentes de información</i>		
Profesionales de la salud	$M= 4,54$	$DE=0,69$
Funcionarios de salud	$M= 4,07$	$DE=1,03$
Revistas	$M=3,30$	$DE=1,23$
Televisión	$M=3,18$	$DE=1,44$
Sitios Web	$M=3,14$	$DE=1,11$
Amigos/Familia	$M= 2,65$	$DE=1,15$
Redes sociales	$M=2,31$	$DE=1,17$
<i>Confianza en organizaciones</i>		
Organización Mundial de la Salud	$M= 4,13$	$DE=0,97$

Centro de atención médica al que recurre habitualmente	M= 4,09	DE=0,95
Ministerio de salud	M= 3,51	DE=1,20
Presidente	M= 3,38	DE=1,31
Organizaciones religiosas	M= 2,01	DE=1,38
<i>Identificación de medidas de prevención de contagio</i>		
Lavarse las manos	99,7%	649
Evitar el contacto físico con alguien que está enfermo	99,2%	648
Quedarse en casa cuando está enfermo	95,9%	624
Cubrirse la boca cuando tose	98,6%	644
Usar desinfectante	95,7%	624

### B) Resultados vinculados a la percepción de Soledad

Respecto de la percepción de soledad se observa que el ítem que puntúa más alto es el vinculado a la falta de compañía, en segundo lugar, el sentirse aislado de los demás y en tercer lugar el sentirse excluido (Ver Tabla 3).

**Tabla 3**

*Síntomas de Soledad*

3 Item Loneliness	Muestra (n=653)
¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?	M= 1,45
¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?	M=1,42
¿Con qué frecuencia se siente excluido?	M= 1,29

### C) Resultados vinculados a Problemas Internalizantes

Considerando los problemas internalizantes, dentro de la dimensión ansiosa depresiva, los dos ítems que puntuaron más alto fueron "me preocupo por mi futuro" y "me preocupo mucho". Mientras que, para la dimensión de quejas somáticas, sin causa médica conocida, el ítem que puntuó más alto fue el que expresa "no duermo bien" (ver figuras 1 y 2).

**Figura 1**

*Síntomas de Problemas Internalizantes: síntomas de ansiedad y depresión*

## Síntomas de Problemas Internalizantes



**Figura 2**

*Síntomas de Problemas Internalizantes: quejas somáticas (sin causa médica)*

## Síntomas de Problemas Internalizantes



### D) Resultados de la asociación entre sentimientos de soledad y problemas internalizantes

Al analizar la relación entre los sentimientos de soledad y los problemas internalizantes se encontraron niveles de correlación positiva, estadísticamente significativa y con una fuerza entre media y considerable, entre los sentimientos de soledad y los síntomas de ansiedad-depresión ( $r = ,636, p < .001$ ). Esto indicaría que aquellas personas que perciben mayores sentimientos de soledad reportan también niveles elevados de ansiedad y depresión.

También se encontraron niveles de correlación media entre los sentimientos de soledad y quejas somáticas ( $r = ,422, p < .001$ ). Es decir que a mayor percepción de soledad las personas también identifican más quejas somáticas.

Por otra parte, se encontraron niveles significativos de correlación entre los síntomas de ansiedad-depresión y quejas somáticas ( $r = ,619, p < .001$ ), es decir, que a medida que aumenta en las personas los síntomas relacionados con ansiedad y depresión, aumentan también las sensaciones de malestar físico sin causa médica.

**E) Resultados sobre comparación de síntomas clínicos según grupos convivientes**

Al comparar los niveles de síntomas clínicos según grupos convivientes se han identificado 2 grupos con mayores niveles de sintomatología clínica, y que, por lo tanto, podrían considerarse de mayor riesgo. Los más jóvenes que en promedio tienen 25 años y aún viven con sus padres y hermanos (soledad  $M=4,85$ , ansiedad y depresión  $M=10,30$ , quejas somáticas  $M=3,69$ ) y los adultos que viven solos y tienen en promedio 46 años (soledad  $M=4,24$ , ansiedad y depresión  $M=7,22$ , quejas somáticas  $M=2,54$ ) fueron los que reportaron niveles más elevados de soledad, ansiedad y depresión.

Mientras que los grupos que reportaron menor sintomatología clínica fueron los adultos, en promedio de 44 años, que viven con pareja e hijos (soledad  $M=3,72$ , ansiedad y depresión  $M=5,35$ , quejas somáticas  $M=2,06$ ), y los adultos, en promedio de 43 años que viven sólo con su pareja (soledad  $M=3,78$ , ansiedad y depresión  $M=4,76$ , quejas somáticas  $M=2,05$ ).

Estas diferencias entre los grupos resultaron estadísticamente significativas según la prueba ANOVA de 1 Factor  $f(3,599) = 12,277; p < .001$  (Ver Tabla 4).

**Tabla 4**  
*Comparación de sintomatología clínica según grupos convivientes*

	Padres y/o hermanos <i>n=119</i>		Solo <i>n=48</i>		Esposo e hijos <i>n=129</i>		Esposo/pareja <i>n=111</i>	
Edad	<i>M=25</i>		<i>M=46</i>		<i>M=44</i>		<i>M=43</i>	
Sexo	24,0% Masc	76,0% Fem	21,4% Masc	78,6% Fem	34,6% Masc	65,4% Fem	34,1% Masc	65,9% Fem
Soledad	4,85		4,24		3,72		3,78	

Ansiedad- Depresión	10,30	7,22	5,35	4,76
Quejas somáticas	3,69	2,54	2,06	2,05

---

### Discusión y conclusiones

En el presente estudio sobre la situación actual de Pandemia se han investigado los sentimientos de soledad y problemas internalizantes frente al aislamiento social preventivo por el nuevo Coronavirus COVID-19, con el propósito de tener una mayor comprensión del impacto psicológico en la población.

Se han encontrado niveles de percepción de riesgo elevados ( $M= 3,73$  sobre 5), en comparación con un estudio previo realizado durante la pandemia de COVID-19 en Norteamérica ( $M= 5$  sobre 10) (McFadden et al., 2020). La diferente valoración puede deberse a las distintas medidas de cuarentena y aislamiento social. El estudio en Estados Unidos fue realizado cuando este país no era aún un epicentro de la pandemia, tenía bajos niveles de contagios y muertes. Mientras que los participantes del presente estudio principalmente realizado en Argentina y España respondieron a la encuesta en el contexto de medidas extremas de confinamiento; lo cual puede aumentar la percepción de riesgo. En lo que respecta a la valoración subjetiva de credibilidad de las fuentes de información se encontró una equivalencia casi exacta entre este estudio y el de Mc Fadden y colegas (2020). En ambos los encuestados eligieron a los profesionales de la salud y a los funcionarios de salud como las fuentes más confiables.

Además, el presente estudio demostró correlaciones estadísticamente significativas indicando que a mayores niveles de soledad se encuentran mayores niveles de problemas internalizantes. Esto es coincidente con estudios previos que han encontrado asociaciones entre la soledad, problemas de ansiedad y síntomas depresivos en jóvenes (Fontaine et al., 2009; Kim et al., 2009).

Otros hallazgos concordantes fueron los elevados niveles de soledad en el grupo de los más jóvenes que viven con sus padres y/o hermanos. Los valores obtenidos ( $M=4,85$ ) fueron cercanos al puntaje de corte de 5 que indicaría un nivel moderado de soledad. Se ha observado en otros estudios en que el grupo de edad

comprendido entre 18 a 29 años ha sido el más afectado de manera negativa reportando sentimientos de soledad, comparativamente con adultos de edad media y mayor, cuando tienen poco contacto con amigos (Igarashi, 2019; Nicolaisen & Thorsen, 2017).

En relación con el estado civil, estudios previos han confirmado que las personas que no están en pareja y viven solas informan un mayor nivel de soledad que las personas que están en pareja (Igarashi, 2019). Incluso durante la pandemia COVID 19 quienes viven en pareja reportaron menor descontento y ansiedad (de Pedraza et al., 2020). Todo lo anterior es coincidente con lo encontrado en el presente estudio, dado que uno de los grupos que reportó mayor nivel de soledad fue el de los adultos que viven solos.

La identificación de los elevados niveles de soledad en el grupo de los más jóvenes que viven con sus padres y/o hermanos se considera un aporte de interés de este estudio ya que posibilitará intervenciones de mediano y largo plazo en este grupo etario (18-25 años) que se considera de mayor riesgo para la emergencia de problemas mentales (Pitman et al., 2018).

El valor promedio del ítem "me preocupo mucho por mi futuro" ( $M=1,1$ ) fue más elevado que lo encontrado en un estudio previo a la pandemia, realizado en 29 sociedades ( $M=0,43$ ). Lo mismo ocurre con el ítem "me preocupo mucho" ( $M=0,83$  versus  $M=0,65$ ) (Ivanova et al., 2015). Los altos niveles referidos a los problemas internalizantes ponen en juego la incertidumbre frente a lo que se ha dado en llamar la "nueva normalidad", que se presenta como lo que sería el probable escenario próximo. Los efectos transformadores en la subjetividad que el distanciamiento social produzca son aún una incógnita (Puget, 2020).

Entre las limitaciones del estudio es posible mencionar que este no es representativo de la población, sino de voluntarios. También, que existe una mayor proporción de mujeres de alto nivel educativo en la muestra, y que aún no se han podido plantear comparaciones entre sociedades dado que no se tienen grupos parejos.

La encuesta realizada nos permite, como ya se ha descrito, caracterizar a quienes más riesgo tienen de sufrir soledad, depresión y ansiedad. Sin embargo, la literatura actual sugiere que hace falta comprender las conexiones que hay entre la cualidad y la cantidad de las relaciones que una persona joven necesita mantener. De este modo será posible correlacionar como el aislamiento social y según este estudio el confinamiento, pueden exacerbar el peso de las pérdidas y las dificultades para relacionarse (Pitman et al., 2018).

Otra limitación es respecto al conocimiento que nos permite alcanzar la encuesta realizada, si bien tiene importancia para detectar quienes sufren de mayor riesgo de soledad y problemas internalizantes en este momento de pandemia, carece de profundidad en cuanto a la experiencia subjetiva del encuestado. Considerando esta condición, la investigación propone realizar entrevistas semiestructuradas, en profundidad, a

las personas que se ofrecieron para ser entrevistadas. Se busca de este modo, comprender la experiencia subjetiva durante la actual pandemia de algunos representantes de los diversos grupos etarios previamente encuestados, en relación a su vivencia de soledad, depresión y ansiedad, con el objetivo de poder generar intervenciones acordes a las necesidades que se detecten (Wang et al., 2018). También propone poder avanzar en el estudio de la mentalización con relación a la soledad y a los problemas internalizantes, presentándola como un posible factor protector.

El avance parcial de la presente investigación sobre el impacto psicológico del COVID-19, permite concluir, por un lado, que los niveles de problemas internalizantes se asocian con los sentimientos de soledad. Por otra parte, se estableció que existen dos grupos de mayor riesgo, los jóvenes que conviven con sus padres y los adultos que viven solos. Ambos grupos reportaron los mayores niveles de soledad, ansiedad, depresión y quejas somáticas.

### Referencias bibliográficas

Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. (2003). Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the Adult Self-Report (ASR) and Adult Behavior Checklist (ABCL). *Research Center for Children, Youth and Families*.

Adler, G., & Buie Jr, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 83-96.

Alizade, A. M. (1998) La mujer sola, ensayo sobre la mujer andante en occidente.

Alizade, A.M. (2011/2012) Hacer la vida en el siglo XXI: familias, parejas, soledades. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*.15/16, 73-86

Bartoszek, A., Walkowiak, D., Bartoszek, A., & Kardas, G. (2020). Mental Well-Being (Depression, Loneliness, Insomnia, Daily Life Fatigue) during COVID-19 Related Home-Confinement—A Study from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7417.

Berlin, L. J., Cassidy, J., & Belsky, J. (1995). Loneliness in young children and infant-mother attachment: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly* (1982-), 91-103.

Bernardi, R., Villalba, L. & Bagattin, N. (2020) COVID-19 Y SALUD MENTAL: La cuarta ola de la pandemia. *ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA*

Bowlby, J. (1984) Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *The American Journal of Psychoanalysis* Vol.44, No. 1, 1984

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.

Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Loneliness during lockdown: trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 35,712 adults in the UK. *medRxiv*.

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2012). The phenotype of loneliness. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(4), 446-452.

Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Loneliness.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., ... & Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic medicine*, 64(3), 407-417.

Cacioppo, S., Capitanio, J.P., & Cacioppo, J.T. (2014). Toward a Neurology of Loneliness. *Psychological Bulletin*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037618>

Carvajal-Carrascal, G., & Caro-Castillo, C. V. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquichan*, 9(3), 281-296.

Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R., & Forte, G. (2020). The enemy who sealed the world: Effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep Medicine*.

Cole, S. W., Hawkey, L. C., Arevalo, J. M., & Cacioppo, J. T. (2011). Transcript origin analysis identifies antigen-presenting cells as primary targets of socially regulated gene expression in leukocytes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), 3080-3085.

Cortés-Álvarez, N. Y., Piñeiro-Lamas, R., & Vuelas-Olmos, C. R. (2020). Psychological effects and associated factors of COVID-19 in a Mexican sample. *Disaster medicine and public health preparedness*, 1-12. de Pedraza, P., Guzi, M., & Tijdens, K. (2020). Life Dissatisfaction and Anxiety in COVID-19 pandemic (No. 544). GLO Discussion Paper.

Dixon, D., Cruess, S., Kilbourn, K., Klimas, N., Fletcher, M. A., Ironson, G., ... & Antoni, M. H. (2001). Social support mediates loneliness and human herpesvirus type 6 (HHV-6) antibody titers. *Journal of applied social psychology*, 31(6), 1111-1132.

Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L. A., Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(4), 381-390.

Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., & Hernández Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación*. Editorial McGraw Hill.

Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*, 14(2), 137-150. Pitman, A., Mann, F., & Johnson, S. (2018). Advancing our understanding of loneliness and mental health problems in young people. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 955-956.

Fonagy, P., & Campbell, C. (2017). Mentalizing, attachment and epistemic trust: how psychotherapy can promote resilience. *Psychiatria Hungarica*, 32(3), 283-287.

Fontaine, R. G., Yang, C., Burks, V. S., Dodge, K. A., Price, J. M., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2009). Loneliness as a partial mediator of the relation between low social preference in childhood and anxious/depressed symptoms in adolescence. *Development and Psychopathology*, 21(2), 479-491.

Freud, S. (1933) *El malestar en la cultura en Obras completas Tomo XXI*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (p. 77)

Frieda Fromm-Reichmann M.D. (1990) Loneliness, *Contemporary Psychoanalysis*, 26:2, 305-330, DOI: 10.1080/00107530.1990.10746661

García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., López-Roldán, P. D., Padilla, S., & Rodríguez-Jimenez, R. (2020). Mental health in elderly Spanish people in times of COVID-19 outbreak. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1040-1045.

Glaser, K., Evandrou, M., & Tomassini, C. (2005). The health consequences of multiple roles at older ages in the UK. *Health & Social Care in the Community*, 13(5), 470-477.

González-Sanguino, C., Ausín, B., ÁngelCastellanos, M., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*.

Hall, R. C., Hall, R. C., & Chapman, M. J. (2008). The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *General hospital psychiatry*, 30(5), 446-452.

Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227.

Hawkey, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of personality and social psychology*, 85(1), 105.

Hawkey, L. C., Masi, C. M., Berry, J. D., & Cacioppo, J. T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and aging*, 21(1), 152.

Hawkey, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and aging*, 25(1), 132.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., . . . Everall, I. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 227-237.

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on aging*, 26(6), 655-672.

Igarashi, T. (2019). Development of the Japanese version of the three-item loneliness scale. *BMC psychology*, 7(1), 20.

Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Turner, L. V., Ahmeti-Pronaj, A., Au, A., . . . Chen, Y.-C. (2015). Syndromes of self-reported psychopathology for ages 18–59 in 29 societies. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 37(2), 171-183.

Ivchenko, A., Jachimowicz, J., King, G., Kraft-Todd, G., Ledda, A., MacLennan, M., . . . Roth, C. (2020). Evaluating COVID-19 Public Health Messaging in Italy: Self-Reported Compliance and Growing Mental Health Concerns1.

Johal, S. S. (2009). Psychosocial impacts of quarantine during disease outbreaks and interventions that may help to relieve strain.

Kiecolt-Glaser, J. K., Ricker, D., George, J., Messick, G., Speicher, C. E., Garner, W., & Glaser, R. (1984). Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency, and loneliness in psychiatric inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 46(1), 15-23.

Kim, J., LaRose, R., & Peng, W. (2009). Loneliness as the cause and the effect of problematic Internet use: The relationship between Internet use and psychological well-being. *CyberPsychology & Behavior*, 12(4), 451-455.

Kissler, S. M., Tedijanto, C., Goldstein, E., Grad, Y. H., & Lipsitch, M. (2020). Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*.

Kramer Richards, A., Spira, L. & Lynch, A. Eds. (2013). *Encounters with loneliness: only the lonely*. S.I.: IPBooks.

Lasgaard, M., Friis, K., & Shevlin, M. (2016). "Where are all the lonely people?" A population-based study of high-risk groups across the life span. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(10), 1373-1384.

Layden, E. A., Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Cappa, S. F., Dodich, A., Falini, A., & Canessa, N. (2017). Perceived social isolation is associated with altered functional connectivity in neural networks associated with tonic alertness and executive control. *Neuroimage*, 145, 58-73.

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.

Liu, D., Ren, Y., Yan, F., Li, Y., Xu, X., Yu, X., . . . Yang, F. (2020). Psychological Impact and Predisposing Factors of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on General Public in China.

Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Jiménez-Gonzalo, L., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Gallego-Alberto, L., & Fernandes-Pires, J. (2020). Differences in anxiety, sadness, loneliness and comorbid anxiety and sadness as a function of age and self-perceptions of aging during the lock-out period due to COVID-19. *Revista Espanola De Geriatria Y Gerontologia*.

Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social science & medicine*, 74(6), 907-914.

Matthews-Bellinger, J. (2015). Book Essay: Encounters with Loneliness: Only the Lonely Encounters with Loneliness: Only the Lonely. Edited by Kramer Richards, A., Spira, L. & Lynch, A. New York: International Psychoanalytic Books, 2013, XXII. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63(6), 1288–1296.

McFadden, S. M., Malik, A. A., Aguolu, O. G., Willebrand, K. S., & Omer, S. B. (2020). Perceptions of the adult US population regarding the novel coronavirus outbreak. *PLOS ONE*, 15(4), e0231808.

Müller, N. (2014). Infectious diseases and mental health. *Comorbidity of Mental and Physical Disorders*, 99.

Mundial, A. M. (2019). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Retrieved from

Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2017). What are friends for? Friendships and loneliness over the lifespan—From 18 to 79 years. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(2), 126-158.

Organization, W. H. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. Retrieved from

Paloutzian, R. F., Ellison, C. W., Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*.

Pitman, A., Mann, F., & Johnson, S. (2018). Advancing our understanding of loneliness and mental health problems in young people. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 955-956.

Pressman, S. D., Cohen, S., Miller, G. E., Barkin, A., Rabin, B. S., & Treanor, J. J. (2005). Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychology*, 24(3), 297.

Puget, J., & Torres, D. (2020). Mundos superpuestos hoy. Ateneo Científico Apdeba. "Mundos superpuestos hoy". 31 de marzo de 2020

Puget, J., Wender, L. (1992) «Analista y paciente en Mundos Superpuestos», *Psicoanálisis*, Vol. IV B 3, año 1982.

Rubenstein, C., & Shaver, P. (1982). The experience of loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 206-223.

Samaniego, V. C., & Vázquez, N. (2011). Psicopatología en adultos, ¿coinciden los auto-reportes con los reportes de otros informantes? Trabajo presentado en el III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.

Shoestul, B., Han, J., Germine, L., & Dodell-Feder, D. (2020). Risk factors for loneliness: The high relative importance of age versus other factors. *PLoS one*, 15(2), e0229087.

Sim, K., Chan, Y. H., Chong, P. N., Chua, H. C., & Soon, S. W. (2010). Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of psychosomatic research*, 68(2), 195-202.

Solms, M., *Feeling Brain: Selected Papers on Neuropsychanalysis*. (2019) London, Karnac Books.

Straits-Tröster, K. A., Patterson, T. L., Semple, S. J., Temoshok, L., Roth, P. G., McCutchan, J. A., ... & Grant, I. (1994). The relationship between loneliness, interpersonal competence, and immunologic status in HIV-infected men. *Psychology and Health*, 9(3), 205-219.

Torrente, F., Yoris, A. E., Low, D., Lopez, P., Bekinschtein, P., Cetkovich, M., & Manes, F. (2020). Sooner than you think: a very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *medRxiv*.

Tucci, V., Moukaddam, N., Meadows, J., Shah, S., Galwankar, S. C., & Kapur, G. B. (2017). The forgotten plague: Psychiatric manifestations of Ebola, Zika, and emerging infectious diseases. *Journal of global infectious diseases*, 9(4), 151.

Voitsidis, P., Gliatas, I., Bairachtari, V., Papadopoulou, K., Papageorgiou, G., Parlapani, E., ... & Diakogiannis, I. (2020). Insomnia during the COVID-19 pandemic in a Greek population. *Psychiatry Research*, 113076.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729.

Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18(1), 156.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*.

Whisman, M. A. (2010). Loneliness and the metabolic syndrome in a population-based sample of middle-aged and older adults. *Health Psychology, 29*(5), 550.

Willock, B. E., Bohm, L. C., & Curtis, R. C. E. (2012). Loneliness and longing: Conscious and unconscious aspects. Routledge/Taylor & Francis Group.

Winnicott, D.W. (1958). The Capacity to be Alone. *International Journal of Psycho-Analysis, 39*:416-420

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*.