

# ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA PERCEPCIÓN DE SOLEDAD DURANTE EL CONFINAMIENTO DERIVADO DE LA COVID-19 EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN ESPAÑOLA

## LONGITUDINAL STUDY ON PERCEPTION OF LONELINESS DURING CONFINEMENT DERIVED FROM COVID-19 IN A SPANISH POPULATION SAMPLE

BERTA AUSÍN<sup>1</sup>, CLARA GONZÁLEZ-SANGUINO<sup>1</sup>, MIGUEL ÁNGEL CASTELLANOS<sup>1</sup> Y MANUEL MUÑOZ<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. A. y Muñoz, M. (2021). Estudio longitudinal de la percepción de soledad durante el confinamiento derivado de la COVID-19 en una muestra de población española [Longitudinal Study on Perception of Loneliness during Confinement derived from COVID-19 in a Spanish Population Sample]. *Acción Psicológica*, 18(1), 165–178. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.28845>

### Resumen

El objetivo del estudio es analizar longitudinalmente los efectos del confinamiento derivados de la COVID-19 en la soledad de la población general española. Se evaluó mediante una encuesta online en tres momentos: dos semanas después del inicio del confinamiento ( $N = 3480$ ), un mes después ( $N = 1041$ ) y dos meses después con la vuelta a la nueva normalidad ( $N = 569$ ). Se tomaron

medidas de variables sociodemográficas, soledad, apoyo social, sintomatología depresiva y ansiosa. Para analizar el efecto de las medidas longitudinales se calculó un modelo lineal mixto (GLMM) para la variable soledad, con comparaciones posthoc mediante medias marginales estimadas con la corrección de Tuckey. La tendencia en las puntuaciones de soledad es descendente a lo largo del estudio longitudinal, disminuyendo las puntuaciones en la tercera evaluación de forma significativa ( $Z_{(T1-T2)} = 0.13$ ,  $p = .045$ ). Los principales predictores para la soledad son

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Berta Ausín, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España.

**Email:** [bausin@ucm.es](mailto:bausin@ucm.es)

**ORCID:** Berta Ausín (<https://orcid.org/0000-0001-9497-0275>), Clara González-Sanguino (<https://orcid.org/0000-0001-7020-0604>) y Miguel Ángel Castellanos (<https://orcid.org/0000-0003-1627-1123>).

<sup>1</sup> Universidad Complutense de Madrid, España.

Recibido: 20 de marzo de 2021.

Aceptado: 16 de junio de 2021.

la sintomatología depresiva y el apoyo social. Es necesario prestar una mayor atención a la soledad en la situación derivada por la pandemia, además de presentar atención a la sintomatología depresiva asociada y a las medidas de fortalecimiento de las redes de apoyo social.

**Palabras clave:** Coronavirus; COVID-19; Soledad; Cuarentena; Longitudinal.

### Abstract

The aim of the study is to longitudinally analyse the effects of confinement derived from COVID-19 on the loneliness of the general Spanish population. It was assessed by an online survey at three points in time: two weeks after the start of confinement ( $N = 3480$ ), one month after ( $N = 1041$ ) and two months after the return to normal ( $N = 569$ ). Measures were taken of sociodemographic variables, loneliness, social support, depressive and anxious symptoms. To analyse the effect of the longitudinal measures, a mixed linear model (GLMM) was calculated for the solitude variable. Posthoc comparisons for the time variable were calculated using the marginal means estimated with Tuckey's correction. The analyses have been carried out using the R software (v3.5.6) and the lme4 and emmeans packages. The trend in loneliness scores is downward throughout the longitudinal study, decreasing the scores in the third evaluation significantly ( $Z_{(T1-T2)} = 0.13, p = .045$ ). The main predictors for loneliness are depressive symptomatology and social support. Greater attention needs to be paid to loneliness in these situations, in addition to presenting attention to associated depressive symptomatology and measures to strengthen social support networks in these circumstances.

**Keywords:** Coronavirus; COVID-19; Loneliness; Quarantine; Longitudinal.

### Introducción

La COVID-19 supera en noviembre de 2020 los 43 millones de contagios en el mundo y el millón de casos en España (Ministerio de Sanidad, Gobierno de España,

2020). La mayoría de países, incluido España, con el paso del tiempo y llegada del virus entre finales del 2019 y comienzos del 2020, tuvieron que declarar el estado de emergencia sanitaria, aplicando como principal medida el confinamiento forzoso de la población. Los efectos psicológicos del confinamiento se han hecho evidentes en los numerosos estudios publicados a nivel nacional e internacional, en los que se observa, entre otros, un incremento en la población general y poblaciones específicas (e.g., sanitarios, personas con trastorno mental) de sintomatología depresiva y ansiosa, problemas de sueño e incluso sintomatología de tipo postraumático (Balluerka Lasa et al., 2020; Becerra-García et al., 2020; Dosil Santamaría et al., 2020; Erquicia et al., 2020; González-Sanguino et al. 2020; Liu et al. 2020; Mazza et al. 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Pappa et al. 2020; Rodríguez-Rey et al., 2020; Romero et al. 2020; Sandín et al., 2020; Tanoue et al. 2020; Voitsidis et al. 2020; Wang et al. 2020).

Sin embargo, los efectos del confinamiento en la soledad percibida de la población han recibido menor atención por parte de la comunidad científica, a pesar de que varios estudios publicados coinciden en que esta situación excepcional ha afectado a los sentimientos de soledad (Killgore et al., 2020; Losada-Baltar et al., 2020; Okruszek et al., 2020; Sandín et al., 2020). Killgore et al. (2020) evalúa el impacto del aislamiento social a consecuencia de la COVID-19 en la población estadounidense, encontrando que 61.5 % decía sentirse aislado socialmente la mayor parte del tiempo. Además, aquellas personas que se sentían solas presentaron mayor sintomatología depresiva. En el estudio de Okruszek et al. (2020) con una muestra de 380 personas de población general polaca, analizan la relación entre la soledad y la salud mental durante el confinamiento, y encuentran que la soledad correlaciona de forma positiva con sintomatología de salud mental. Los estudios realizados con población española durante el confinamiento revelan resultados similares. Losada-Baltar et al. (2020) con una muestra de 1.310 personas de población general, encuentra que el 37.3 % de los jóvenes, el 18.5 % de las personas de mediana edad, y el 23.5 % de las personas mayores, informaron de elevada percepción de soledad. Estos autores observaron comorbilidad ansioso-depresiva en todos los grupos de edad, siendo mayor en el grupo de jóvenes. Este efecto diferencial del confinamiento por grupos de edad coincide con los resultados se-

ñalados por Sandín et al. (2020) en población española, informando de porcentajes de soledad percibida de 19.6 % en los jóvenes, 9.6% en las personas de edad media, y 8.9 % en las personas mayores de 65 años. Para observar los niveles de soledad informados por la población europea anteriores a la pandemia, se puede tomar como referencia la Encuesta Europea de Calidad de vida (European Quality of Life Survey, 2016), que señala que únicamente un 6% de los españoles afirmaba haberse sentido sólo últimamente. Además, estos resultados también parecen ser comunes en otros países. En el Reino Unido, Groarke et al. (2020), con una muestra de 1964 personas encuentran una prevalencia de soledad del 27 %, con factores de riesgo como el ser joven, separado o divorciado, presentar problemas de regulación emocional, depresión o problemas de sueño. Así como en Israel, donde en una muestra de 1059 personas, Palgi et al. (2020), encuentran que las personas mayores de 60 años se mostraban más resilientes, siendo la soledad el mayor factor de riesgo para la depresión y ansiedad.

Por otro lado, menos frecuentes son los estudios longitudinales que analizan la evolución de la soledad a lo largo de la pandemia. En Europa, destacan los estudios a gran escala llevados a cabo en Reino Unido que muestran los efectos en la soledad antes y después de la aparición de la COVID-19. Niedzwied et al. (2020), con datos previos del UK Household Longitudinal Study y realizando una evaluación en abril de 2020 a 9748 adultos, encuentran similares medidas de soledad antes y después de la pandemia, mientras que Steptoe y Fancourt (2020), con datos previos provenientes también del UK Household Longitudinal Study con una evaluación posterior a 31064 personas en el proyecto del University College London COVID-19, encuentran que algunas personas que ya corrían el riesgo de estar solas como los adultos jóvenes de 18 a 30 años, las personas con bajos ingresos familiares y los adultos que vivían solos, experimentaron un mayor riesgo de soledad durante el confinamiento, añadiendo a estos resultados que el hecho de ser estudiante resultó ser un factor de riesgo diferencial más elevado de lo habitual durante el encierro. Por otro lado, en relación a estudios que muestran la evolución longitudinal de la soledad en los meses que duró la primera oleada de la COVID-19, es posible citar un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, donde Luchetti et al. (2020) evaluaron a 1545 participantes en

tres momentos tras el inicio de la COVID-19 (al mes, a los dos meses y a los tres), sin encontrar cambios significativos en la soledad a lo largo de estas tres evaluaciones, registrando únicamente un ligero aumento de la soledad en la segunda evaluación que se mantuvo en la tercera, y donde los adultos mayores mostraron menor soledad que los jóvenes. Son necesarios más estudios longitudinales que den cuenta de los efectos de la primera ola de la pandemia y medidas que la acompañaron en los sentimientos de soledad de la población general, así como poder conocer cómo evolucionó la soledad percibida tras la relajación de las medidas restrictivas de confinamiento.

A fecha actual, noviembre de 2020, es posible afirmar que España se encuentra en la segunda ola de la pandemia, con los contagios y defunciones aumentando exponencialmente, junto con la aplicación de nuevas medidas restrictivas y la posibilidad real de volver a un confinamiento domiciliario similar al ya vivido. De este modo, poder conocer los efectos que la primera ola de contagios tuvo sobre la soledad puede ayudar a evitar que el impacto de esta segunda ola sea mayor, así como identificar variables clave en relación con la misma sobre las que prestar una mayor atención en la situación actual. El presente estudio, es el primer estudio español que ha evaluado los efectos del confinamiento sobre la percepción de soledad en la población general de manera longitudinal en tres momentos tras la aparición de la COVID-19: tras dos semanas del inicio del confinamiento, al mes, y pasados dos meses, con el inicio del desconfinamiento y vuelta a la nueva normalidad, mostrando la evolución de esta variable a lo largo del tiempo e identificando las variables claves en relación a su aparición.

## Método

### *Procedimiento*

Los datos del estudio longitudinal se recogieron entre el 21 de marzo y el 4 de junio de 2020, coincidiendo con momentos específicos de confinamiento y restricciones de movimiento de la población general. Desde la declaración del estado de alarma en España el 14 de marzo, en el que se aplicaron drásticas medidas de cuarentena a todos los

ciudadanos, incluyendo desde el 30 de marzo al 12 de abril la suspensión total de toda actividad laboral no imprescindible, hasta el 4 de mayo en que se inició el proceso de desescalada, suprimiendo progresivamente las medidas tomadas, extendiéndose hasta el 21 de junio, con la llegada de la nueva normalidad, la población española vivió la situación de confinamiento. La primera evaluación (T0), se llevó a cabo desde el 21 de marzo al 29 de marzo, evaluando el impacto inicial de la situación. La segunda (T1), se desarrolló del 13 al 27 de abril, recogiendo la evolución del impacto durante los momentos más duros del confinamiento con mayor afectación a nivel socioeconómico. La tercera y última evaluación (T2), tuvo lugar el 21 de mayo hasta el 4 de junio, pudiendo evaluar las consecuencias del confinamiento e inicio de la desescalada en las medidas restrictivas.

Las evaluaciones se llevaron a cabo mediante una encuesta online (80 ítems, 10 minutos de duración aproximada). El estudio recibió el visto bueno de la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (pr\_2019\_20\_029) previo a su implementación. En la realización de la evaluación también se incluyó la firma del consentimiento informado y aceptación de las leyes de protección de datos.

### *Participantes*

Los participantes fueron reclutados mediante el envío de solicitudes de participación a personas pertenecientes a bases de datos de diferentes instituciones: estudiantes y trabajadores de organizaciones públicas como la Universidad Complutense de Madrid y la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma y organizaciones privadas como la empresa Grupo 5. Estas bases de datos son lo suficientemente completas como para hacer un muestreo razonable de la población española. Para aumentar el tamaño de la muestra en la medida de lo posible se pidió a los participantes que ayudaran en la difusión de la encuesta por diversos canales de las redes sociales. El porcentaje de personas reclutadas de esta manera fue pequeño, estimado en menos del 5 %. Además, el estudio se difundió en la página web de la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma: [www.contraelestigma.com](http://www.contraelestigma.com). En la primera evaluación participaron un total de 3480 personas. Para las sucesivas evaluaciones se contactó por email a aquellas personas que

previamente habían aceptado participar en el estudio de forma longitudinal (apartado específico de la evaluación), reclutando un total de  $N = 1041$  en la segunda toma de datos, y en la tercera evaluación  $N = 569$ . Los criterios de inclusión fueron: (a) ser mayor de 18 años; (b) estar viviendo en España durante la situación de alarma sanitaria derivada por el COVID-19; y (c) aceptar participar en las sucesivas evaluaciones del estudio.

### *Variables e instrumentos*

**Las variables sociodemográficas** y aquellas variables relacionadas con la COVID-19 se evaluaron mediante preguntas desarrolladas ad hoc. La información relacionada con la pandemia recogida fue la siguiente: padecimiento de síntomas (sí, no); existencia o no de familiares o personas cercanas contagiadas; convivencia con persona contagiada; percepción de la información recibida sobre la situación de alarma (considera que tiene suficiente información sí, o, o bien considera que está sobreinformado); situación laboral (obligado a acudir a su centro de trabajo o bien teletrabajo).

**Soledad:** medida por la versión de 3 ítems de la UCLA Loneliness Scale (UCLA-3; Russell, 1996) en su versión en castellano y autoaplicada (Velarde-Mayol et al., 2016). Incluye los siguientes ítems: Desde el pasado 15 de marzo... ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?; ¿Con qué frecuencia te sientes excluido?; ¿Con qué frecuencia te sientes aislado de los demás? Los tres ítems en formato tipo Likert con tres opciones de respuesta (1 casi nunca, 2 algunas veces, 3 a menudo), aborda tres dimensiones de la soledad: la conexión relacional, la conexión social y el aislamiento autopercibido. La versión española presenta un  $\alpha$  de Cronbach de .95.

**Apoyo social:** evaluado mediante la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) adaptada al castellano (Landeta y Calvete, 2002; Zimet et al., 1988). La escala, formada por 12 ítems tipo Likert con 7 alternativas de respuesta (1 totalmente en desacuerdo a 7 totalmente de acuerdo), evalúa los niveles de apoyo social percibido, identificando de dónde proceden los apoyos y la percepción de los mismos. Los ítems incluidos son: A continuación, indica tu acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones, pensando en cómo te has sentido desde el

pasado 15 de marzo con el decreto de estado de alarma sanitaria derivada del coronavirus COVID-19....1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil; 2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías; 3. Mi familia realmente intenta ayudarme; 4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito; 5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí; 6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme; 7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal; 8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia; 9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías; 10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos; 11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones; y 12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos. La versión española presenta un  $\alpha$  de Cronbach de .89.

**Sintomatología depresiva:** se evaluó con los el instrumento de detección o screening: Patient Health Questionnaire 2 (Cuestionario de salud del paciente, PHQ-2), en su versión en castellano (Diez-Quevedo et al., 2001; Kroenke et al., 2009). Breve cuestionario de autoinforme que aborda la frecuencia de síntomas de depresión. Los dos ítems son: Desde el pasado 15 de marzo con el decreto de estado de alarma sanitaria derivada del coronavirus COVID-19 ¿con qué frecuencia te han supuesto una molestia los siguientes problemas? ...1. Poco interés o placer en hacer cosas; y 2. Te has sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas. La persona responde: Nunca; Varios días; Más de la mitad de los días; o Casi cada día. Puntuaciones más altas indican más sintomatología. La versión original presenta una sensibilidad de 0.9 y una especificidad de 0.61.

**Sintomatología ansiosa:** se evaluó a través del Generalized Anxiety Disorder Scale-2 (Escala de trastorno de ansiedad generalizada, GAD-2; Spitzer et al., 2006), en su versión en castellano (García-Campayo et al., 2014). Este cuestionario evalúa la presencia de sintomatología ansiosa. Están formados por 2 preguntas tipo Likert que van desde 0 nunca, hasta 3 todos los días: Desde el pasado 15 de marzo con el decreto de estado de alarma sanitaria derivada del coronavirus COVID-19 ¿con qué frecuencia te han supuesto una molestia los siguientes problemas? ...1. Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a; y 2. Ser

incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación. Puntuaciones más altas indican más sintomatología. La versión original presenta una sensibilidad de 0.88 y una especificidad de 0.61.

### *Análisis*

Para analizar el efecto de las medidas longitudinales se calculó un modelo lineal mixto (GLMM) para la variable UCLA-3. Debido a que los datos contenían valores perdidos (participantes que no contestaron a las sucesivas mediciones) los efectos aleatorios se calcularon exclusivamente como pendientes aleatorias (sin ordenadas aleatorias), de esta manera los modelos pudieron ser estimados con todas las mediciones disponibles. Los resultados del modelo se muestran en formato de tabla de Anova para facilitar la interpretación y se incluyen los valores de pseudo-R<sup>2</sup> de Nakagawa (marginal y condicional); el primero considera exclusivamente la varianza de los componentes fijos mientras que el segundo considera tanto los componentes fijos como los aleatorios. Las comparaciones posthoc para la variable temporal han sido calculadas utilizando las medias marginales estimadas con la corrección de Tuckey. Los análisis han sido realizados usando el software R (v3.5.6) y los paquetes lme4 y emmeans.

## Resultados

### *Características de la muestra*

A lo largo de las tres evaluaciones, la muestra estuvo formada por una proporción elevada de mujeres (75, 81 y 81 %), con una mayoría de edad entre los 30-59 años (59, 64 y 65 %) y mayoritariamente con personas que tenían una pareja (74, 75 y 75 %). En general la muestra estuvo formada por personas con estudios universitarios o de posgrado (67, 72 y 75 %), con un trabajo a la hora de realizar la evaluación (63, 58 y 56 %). Las personas encuestadas valoraban su situación económica personal de buena a muy buena (59, 60 y 65 %). La mayoría de las personas no declararon tener ninguna enfermedad previa de las preguntadas (84 82 y 81 %), y tampoco había padecido sínto-

mas de COVID-19 (86, 80 y 80 %). Por el contrario una proporción mayor tenía algún familiar o persona cercana que había sido infectada por el virus (28, 39 y 32 %). La mayor parte de las personas indicaron que la información sobre la pandemia que recibieron durante el confinamiento fue suficiente (57, 57 y 58 %). En cuanto a la situación laboral, la mayoría de las personas de la muestra había continuado trabajando desde casa en lugar de acudir a su centro de trabajo (43, 45 y 39 %).

Los resultados a lo largo de las tres evaluaciones longitudinales en las variables sociodemográficas, así como las puntuaciones en las principales escalas pueden observarse en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

*Variables sociodemográficas y resultados en las variables estudiadas a lo largo de tres evaluaciones.*

Variables	T1 N (%)	T2 N (%)	T3 N (%)
<b>Género</b>			
Masculino	860 (0.25)	202 (0.19)	104 (0.19)
Femenino	2584 (0.75)	841 (0.81)	453 (0.81)
<b>Edad</b>			
18-29	1216 (0.35)	306 (0.29)	148 (0.27)
30-59	2035 (0.59)	670 (0.64)	364 (0.65)
>60	200 (0.06)	69 (0.07)	46 (0.08)
<b>Convivencia</b>			
Vive solo	921 (0.27)	265 (0.25)	139 (0.25)
Con pareja pero no conviven	710 (0.21)	195 (0.19)	94 (0.17)
Convive en pareja	1820 (0.53)	585 (0.56)	325 (0.58)
<b>Estado Civil</b>			
Soltero	1900 (0.55)	542 (0.52)	268 (0.48)
Casado	1231 (0.36)	386 (0.37)	227 (0.41)
Divorciado	214 (0.06)	82 (0.08)	42 (0.08)
Separado	67 (0.02)	28 (0.03)	17 (0.03)
Viudo	39 (0.01)	7 (0.01)	4 (0.01)
<b>Hijos</b>			
No	2032 (0.59)	580 (0.56)	292 (0.52)
Sí	1419 (0.41)	465 (0.44)	266 (0.48)
<b>Nivel educativo</b>			
Básico	98 (0.03)	15 (0.01)	6 (0.01)
Bachillerato	599 (0.17)	149 (0.14)	69 (0.12)
FP	439 (0.13)	125 (0.12)	68 (0.12)
Universitario	1294 (0.37)	401 (0.38)	216 (0.39)
Postgrado	1021 (0.30)	355 (0.34)	199 (0.36)

Variables	T1 N (%)	T2 N (%)	T3 N (%)
<b>Situación Económica</b>			
MM-M	348 (0.10)	111 (0.11)	58 (0.10)
B-MB	1975 (0.59)	621 (0.60)	359 (0.65)
Regular	1042 (0.31)	304 (0.29)	137 (0.25)
<b>Situación laboral</b>			
Sin trabajo	283 (0.08)	92 (0.09)	54 (0.10)
Estudiante	655 (0.19)	180 (0.17)	86 (0.15)
Jubilado	122 (0.04)	48 (0.05)	35 (0.06)
Otro*	212 (0.06)	120 (0.11)	70 (0.13)
Trabaja	2173 (0.63)	604 (0.58)	312 (0.56)
<b>Empleo durante Covid-19</b>			
No aplicable	1398 (0.41)	427 (0.41)	233 (0.42)
Presencial	565 (0.16)	148 (0.14)	107 (0.19)
Tele-trabajo	1488 (0.43)	470 (0.45)	218 (0.39)
<b>Área profesional</b>			
Administrac.	332 (0.10)	95 (0.09)	49 (0.09)
Comercial	208 (0.06)	55 (0.05)	29 (0.05)
Educación	542 (0.16)	179 (0.17)	108 (0.19)
Socio-sanit.	1025 (0.30)	348 (0.33)	181 (0.32)
Otro	1344 (0.39)	368 (0.35)	191 (0.34)
<b>Enfermedades previas</b>			
Ninguna	2906 (0.84)	855 (0.82)	452 (0.81)
Cardiovasc.	109 (0.03)	43 (0.04)	26 (0.05)
Neurológica	56 (0.02)	23 (0.02)	12 (0.02)
Respiratoria	169 (0.05)	53 (0.05)	27 (0.05)
Salud mental	211 (0.06)	71 (0.07)	41 (0.07)
<b>Información recibida</b>			
Insuficiente	614 (0.18)	184 (0.18)	96 (0.17)
Buena	1983 (0.57)	594 (0.57)	326 (0.58)
Sobre infor.	854 (0.25)	267 (0.26)	136 (0.24)
<b>Síntomas Covid-19</b>			
No	2974 (0.86)	836 (0.80)	445 (0.80)
Sí	477 (0.14)	209 (0.20)	113 (0.20)
<b>Diagnóstico Covid-19 familiar</b>			
No	2474 (0.72)	638 (0.61)	380 (0.68)
Sí	977 (0.28)	407 (0.39)	178 (0.32)
<b>Convivencia con alguien infectado</b>			
No	3358 (0.97)	1016 (0.97)	550 (0.99)
Sí	93 (0.03)	29 (0.03)	8 (0.01)
	<b>M(D)</b>	<b>M(DT)</b>	<b>M(DT)</b>
<b>Soledad</b>	4.55 (1.63)	4.53 (1.65)	4.30 (1.52)
<b>A. Social</b>	51.74 (8.51)	51.08 (8.82)	51.03 (8.50)
<b>PHQ-2</b>	1.60 (1.51)	1.81 (1.43)	1.65 (1.40)
<b>GAD-2</b>	1.79 (1.63)	1.80 (1.57)	1.73 (1.51)

*Nota:* FP: Formación profesional; MM-M: Muy mala-mala; B-MB: Buena-Muy buena; (\*): fuerzas de seguridad, abogado...  
Sobre infor.: Sobre informado; A. Social: Apoyo Social.

**Tabla 2.**

*Resultados del Modelo para Soledad (UCLA-3)*

	Med. Cuad.	gl1	gl2	F	<i>p</i>	
<b>Efectos fijos:</b>						
Tiempo	51.44	1	1226.6	29.87	< 0.001	***
Depresión (PHQ2)	2058.90	1	5040.7	1195.87	< 0.001	***
Apoyo social (EMAS)	953.06	1	4950.7	553.56	< 0.001	***
<b>Efectos aleatorios:</b>						
id	0.042	Pseudo-R <sup>2</sup> :				
Residual	1.721	Condicional		0.346		
		Marginal		0.336		

( $Z_{(T0-T2)} = 0.08, p < .234$ ), aunque se observa una clara tendencia descendente.

### *Cambios longitudinales en la soledad percibida*

En las puntuaciones en soledad percibida, aunque la tendencia es descendente a lo largo del estudio longitudinal, no existen cambios significativos entre la primera y la segunda evaluación que se mantienen en niveles similares ( $Z_{(T0-T1)} = 0.04, p < .499$ ), disminuyendo las puntuaciones en la tercera evaluación llevada a cabo de forma significativa ( $Z_{(T1-T2)} = 0.13, p = .045$ ). No se obtuvieron diferencias significativas entre la primera y la tercera evaluación

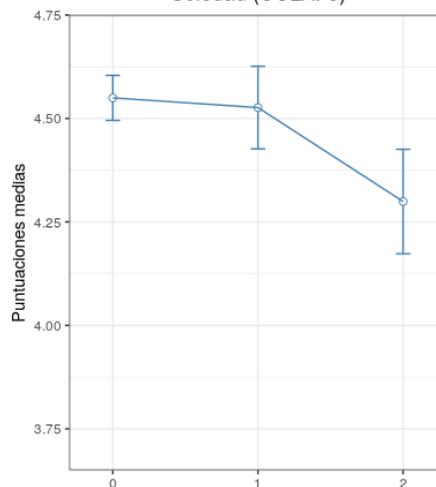
Las puntuaciones y tendencias en los resultados para la variable soledad percibida (UCLA-3) pueden observarse en la Figura 1.

### *Ecuaciones de regresión sobre la soledad percibida*

Los modelos de regresión para las distintas variables muestran cómo para la soledad percibida el modelo explica 35 % de la varianza de los efectos fijos, con las variables de sintomatología depresiva y apoyo social como

**Figura 1.**

*Resultados y tendencias en soledad percibida a lo largo de las tres evaluaciones*  
Soledad (UCLA.-3)



principales predictores. Los resultados y el modelo desarrollado pueden observarse en la Tabla 2.

## Discusión

Los resultados revelan la evolución del impacto del confinamiento sobre la soledad percibida en una muestra de población general a lo largo de las diversas fases del estado de alarma en la población española. En general, con el paso del tiempo e inicio de desconfinamiento se observa una disminución en la soledad percibida, aunque existen diferencias en las tendencias observadas.

En las puntuaciones en soledad percibida, aunque la tendencia es descendente a lo largo del estudio longitudinal, no existen cambios significativos entre la primera y la segunda evaluación que se mantienen en niveles similares, disminuyendo de forma significativa las puntuaciones en la tercera evaluación con el inicio del desconfinamiento. No se obtuvieron diferencias significativas entre la primera y la tercera evaluación, aunque se observa una clara tendencia descendente.

Contamos con medidas recientes de las puntuaciones en la UCLA-3 de la población española (Rico-Urbe et al., 2016) señalando puntuaciones medias en la población general de 3.66. Esta puntuación es bastante menor a la encontrada en la primera evaluación del presente estudio que fue de 4.55, lo que sugiere que durante las medidas de confinamiento los niveles de soledad percibida fueron más altos que habitualmente. Estos datos pueden explicarse porque durante el confinamiento muchas personas han echado de menos ver a familiares y amigos y realizar actividades de ocio y otras actividades habituales, como por ejemplo el paso del trabajo presencial al teletrabajo, que han podido tener como consecuencia sentimientos de soledad. Estos resultados coinciden con los estudios previos, en los que se observa que la situación de confinamiento derivada de la COVID-19 agrava los sentimientos de soledad en gran medida (Killgore et al., 2020; Losada-Baltar et al., 2020; Okruszek et al., 2020; Sandín et al., 2020). Los datos longitudinales muestran una disminución en los niveles de soledad a lo largo de los meses evaluados entre

marzo y junio de 2020, llegando a descender las puntuaciones en la UCLA-3 hasta 4.30 de media. Estos niveles observados en la etapa de desconfinamiento se alejan mucho de los supuestos valores de soledad pre-confinamiento señalados por Rico-Urbe et al. (2016), sugiriendo que la primera ola de COVID-19 sí supuso una mayor soledad para la población general, al contrario que los resultados del estudio en Reino Unido de Niedzwiedz et al. (2020). Por otro lado, la estabilidad en las puntuaciones de soledad en la primera y segunda evaluación podría explicarse por el ajuste realizado por la población en sus relaciones sociales y en las actividades ocupacionales realizadas durante el confinamiento, ya que gran parte de la población utilizó las redes sociales y las herramientas de videollamada para reconectarse con los seres queridos y realizar actividades gratificantes en línea. Esta estabilidad es coherente con el estudio de Luchetti et al. (2020) de EEUU, donde tampoco se encontró variación en las medidas en sus primeras dos evaluaciones. Sin embargo, en nuestros datos sí se observa una disminución de las puntuaciones en la tercera evaluación, cuando ya se había iniciado el desconfinamiento y había llegado la nueva normalidad, con la posibilidad de volver a ver a los seres queridos y comenzar a trabajar presencialmente en algunos casos. En el estudio de Luchetti et al. (2020) las tres evaluaciones no parecen incluir el periodo de desconfinamiento, y nuestros datos parecen apuntar a que la disminución de la soledad en nuestra tercera evaluación se debe precisamente a este periodo.

El modelo de regresión desarrollado revela como predictores de la soledad, la sintomatología depresiva y el apoyo social. Los estudios precedentes acerca de la relación entre la soledad y la sintomatología depresiva en condiciones normales, indican una relación bidireccional entre ambas variables (Ausín et al. 2017; Cohen-Mansfield et al., 2016; Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007; Courtin y Knapp, 2017; Leigh-Hunt et al., 2017; Losada-Baltar et al., 2012). De la misma forma, estudios precedentes encuentran esta relación entre la soledad y la sintomatología depresiva durante el confinamiento derivado por la COVID-19 (Killgore et al., 2020; Losada-Baltar et al., 2020; Okruszek et al., 2020; Palgi et al., 2020; Sandín et al., 2020), así como una menor soledad también resultó ser un factor clave protector del estrés y aparición de sintomatología depresiva evaluada en otro estudio longitudinal

centrado en la depresión y los efectos de la pandemia (Probst et al., 2020).

Si bien el confinamiento ha obligado a que nos aislemos y se produzca una distancia social física, las tecnologías de la información y la comunicación y otras redes tradicionales pueden fomentar el apoyo social para hacer frente a la soledad, variable clave protectora de la aparición de la misma. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el acceso a este tipo de recursos online, en muchas ocasiones viene determinado por el nivel socioeconómico y la capacidad personal de aprendizaje y uso de este tipo de canales, debiendo tener en cuenta que ciertos grupos de la población se encuentran en una clara situación de desventaja a la hora de poder obtener apoyo social en estas situaciones. Además, queda por demostrar si realmente el mundo virtual es capaz de ofrecer un apoyo equiparable a las relaciones presenciales tradicionales a la hora de mitigar la soledad, siendo necesaria más investigación en este ámbito.

Como limitaciones del estudio, tal y como se indica en la sección de participantes, a pesar del esfuerzo en el reclutamiento, la muestra resultante no es exactamente equivalente a la población española. Este hecho no distorsiona los resultados encontrados, ya que el objetivo no es proporcionar información epidemiológica o datos de prevalencia, sino comparar los promedios obtenidos por la población general en la variable soledad y analizar el cambio diferencial entre las medidas temporales. En este sentido, siempre y cuando la muestra cumpla con los requisitos de las pruebas estadísticas utilizadas, creemos que es válida para el estudio. Sin embargo, es necesario ser cuidadoso en la interpretación de los resultados y comprender que están limitados por las características de la muestra obtenida. Los hombres y las personas mayores de 65 años están infrarrepresentadas en la muestra. Otra limitación del estudio es la pérdida de participantes a lo largo de las evaluaciones, especialmente en la tercera evaluación, que quizás pueda ser una señal de la vuelta a la normalidad y pérdida de interés por el fenómeno.

En definitiva, la presente investigación muestra los efectos de la pandemia y del estado de alarma en la soledad percibida por la población general en tres momentos del confinamiento. Los resultados sugieren que la primera

ola de la pandemia ha tenido efectos negativos sobre la soledad percibida, encontrando que durante las medidas de confinamiento los niveles de soledad percibida fueron más altos que los niveles pre-confinamiento, y que estos niveles de soledad fueron disminuyendo con el inicio del desconfinamiento. Estos resultados subrayan la importancia de prestar una mayor atención a la soledad de las personas durante los posibles períodos de confinamiento en el futuro, además de tener en cuenta la sintomatología depresiva asociada y las medidas de fortalecimiento de las redes de apoyo social en estas circunstancias, aunque sean a través de las tecnologías online. Es conveniente formar a las personas poco familiarizadas con las tecnologías de la información en el uso de recursos digitales, además de fomentar desde las administraciones públicas intervenciones que impliquen un contacto telefónico más frecuente con las personas significativas, familiares cercanos y amigos, organizaciones voluntarias o profesionales de la salud, así proyectos comunitarios que brinden apoyo durante la situación de confinamiento y traten de disminuir la brecha digital que puede afectar a ciertos grupos más vulnerables (Armitage y Nellums, 2020; Banerjee y Rai, 2020; Brooke y Jackson, 2020; Egtesadi, 2020; Jones y Keynes, 2020).

## Referencias

- Armitage, R. y Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the Consequences of Isolating the Elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), Artículo e256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)
- Ausín, B., Muñoz, M. y Castellanos, M. A. (2017). Loneliness, Sociodemographic and Mental Health Variables in Spanish Adults over 65 Years Old. *Spanish Journal of Psychology*, 20, Artículo e46. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.48>
- Balluerka Lasa, M. N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, M. A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L. y Santed Germán, M. A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento* [informe de investigación].

[https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu\\_eines/noticies/docs/Consecuencias\\_psicologicas\\_COVID19.pdf](https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID19.pdf)

- Banerjee, D. y Rai, M. (2020). Social Isolation in COVID-19: The impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry* 00(0), 1–3. <https://doi.org/10.1177/0020764020922269>
- Becerra-García, J. A., Giménez Ballesta, G., Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito Resa, S. y Calvo 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 [Psychopathological Symptoms during COVID-19 Quarantine in Spanish General Population: A Preliminary Analysis based on Sociodemographic and Occupational-contextual Factors]. *Revista Española de Salud Pública*, 94(1), 1–11. [https://www.msccbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/O\\_BREVES/RS94C\\_202006059.pdf](https://www.msccbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/O_BREVES/RS94C_202006059.pdf)
- Brooke, J. y Jackson, D. (2020). Older People and COVID-19: Isolation, Risk, and Ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2044–2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Cohen-Mansfield, J. y Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in Older Persons: A Theoretical Model and Empirical Findings. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 279–294. <https://doi.org/10.1017/S1041610206004200>
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y. y Shalom, V. (2016). Correlates and Predictors of Loneliness in Older-Adults: A Review of Quantitative Results Informed by Qualitative Insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557–576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- Courtin, E. y Knapp, M. (2017). Social Isolation, Loneliness and Health in Old Age: A Scoping Review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K. y Spitzer, R. L. (2001). Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679–686. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Dosil Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J. J. y Gorrotxategi, M. P. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles [Psychological Impact of COVID-19 on a Sample of Spanish Health Professionals]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14(2), 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
- Eghtesadi, M. (2020). Breaking Social Isolation amidst COVID-19: A Viewpoint on Improving Access to Technology in Long-term Care Facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5), 949–950. <https://doi.org/10.1111/jgs.16478>
- Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J. y Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia del COVID-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa [Emotional Impact of the COVID-19 Pandemic on Healthcare Workers in one of the most Important Infection Outbreaks in Europe]. *Medicina Clínica*, 155(10), 434–440. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006>
- European Quality of Life Survey. (2016). *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. Recuperado de <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2016>

- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L. y Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish Versions of the Long (26 items) and Short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C. y Muñoz, M. (2020). Mental Health Consequences during the Initial Stage of the 2020 Coronavirus Pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P. E., McGlinchey, E. y Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PloS One*, 15(9), e0239698–e0239698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>
- Jones, X. R. y Keynes, M. (2020). COVID-19: An Exposition, with a Focus on Social Isolation in the Elderly (UK). *Preprint* <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12022632>
- Killgore, W., Cloonan, S. A., Taylor, E. C. y Dailey, N. S. (2020). Loneliness: A Signature Mental Health Concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, Artículo 113117. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113117>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Löwe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido [Adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in People with Severe Mental Disorders]. *Ansiedad y Estrés*, 8(2), 173–182. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352017000200006>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N. y Caan, W. (2017). An Overview of Systematic Reviews on the Public Health Consequences of Social Isolation and Loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Liu, J., Zhu, Q., Fan, W., Makamure, J., Zheng, C. y Wang, J. (2020). Online Mental Health Survey in a Medical College in China During the COVID-19 Outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 459. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00459>
- Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V. y Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and Mental Health in a Representative Sample of Community-Dwelling Spanish Older Adults. *The Journal of Psychology*, 146, 277–292. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.582523>
- Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Jiménez-Gonzalo, L., del Sequeros Pedroso-Chaparro, M., Gallego-Alberto, L. y Fernandes-Pires, J. (2020). Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por el COVID-19 [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 Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 272–278. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.005>
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A. y Sutin, A. R. (2020). The Trajectory of Loneliness in Response to COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 897–908). <https://doi.org/10.1037/amp0000690>

- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C. y Roma, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(9), Artículo 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Actualización no 238. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. 28.10.2020.* Autor. [https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_238\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_238_COVID-19.pdf)
- Niedzwiedz, C. L., Green, M. J., Benzeval, M., Campbell, D., Craig, P., Demou, E., Leyland, A., Pearce, A., Thomson, R., Whitley, E. y Katikireddi, S. V. (2020). Mental Health and Health Behaviours before and during the Initial Phase of the COVID-19 Lockdown: Longitudinal Analyses of the UK Household Longitudinal Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(3), 224–231. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-215060>
- Okruszek, L., Aniszewska-Stańczuk, A., Piejka, A., Wiśniewska, M. y Żurek, K. (2020). Safe but Lonely? Loneliness, Mental Health Symptoms and COVID-19. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/9njps>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. e Idoiaga-Mondragon, 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 [Stress, Anxiety, and Depression Levels in the Initial Stage of the COVID-19 Outbreak in a Population Sample in the Northern Spain]. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), Artículo e00054020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Palgi, Y., Shrira, A., Ring, L., Bodner, E., Avidor, S., Bergman, Y., Cohen-Fridel, S., Keisari, S. y Hoffman, Y. (2020). The Loneliness Pandemic: Loneliness and other Concomitants of Depression, Anxiety and their Comorbidity during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 275, 109–111. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.036>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. y Katsaounou, P. (2020). Prevalence of Depression, Anxiety, and Insomnia among Healthcare Workers during the COVID-19 pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Probst, T., Budimir, S. y Pieh, C. (2020). Depression in and after COVID-19 Lockdown in Austria and the Role of Stress and Loneliness in Lockdown: A Longitudinal Study. *Journal of Affective Disorders*, 277, 962–963. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.047>
- Rico-Urbe, L. A., Caballero, F. F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Haro, J. M., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J. L. y Miret, M. (2016). Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLoS one*, 11(1), Artículo e0145264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. y Collado, S. (2020) Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, Artículo 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Romero, C.-S., Catalá, J., Delgado, C., Ferrer, C., Errando, C., Iftimi, A., Benito, A., De Andrés, J., Otero, M. y PSIMCOV group. (2020). COVID-19 Psychological Impact in 3109 Healthcare Workers

- in Spain: The PSIMCOV Group. *Psychological Medicine*, 14, 1–7. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001671>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional [Psychological impact of the COVID-19 Pandemic: Negative and Positive Effects in Spanish People during the Mandatory National Quarantine]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1–22. <http://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. y Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Step toe, A. y Fancourt, D. (2020). Who is Lonely in Lockdown? Cross-cohort Analyses of Predictors of Loneliness before and during the COVID-19 Pandemic. *Public Health*, 186, 31–34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.036>
- Tanoue, Y., Nomura, S., Yoneoka, D., Kawashima, T., Eguchi, A., Shi, S., Harada, N. y Miyata, H. (2020). Mental Health of Family, Friends, and Co-workers of COVID-19 Patients in Japan. *Psychiatry Research*, 291, Artículo 113067. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113067>
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S. y García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola [Validation of the UCLA Loneliness Scale in an Elderly Population that Live Alone]. *Semergen*, 42(3), 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2015.05.017>
- Voitsidis, P., Gliatas, I., Bairachtari, V., Papadopoulou, K., Papageorgiou, G., Parlapani, E., Syngelakis, M., Holeva, V. y Diakogiannis, I. (2020). Insomnia during the COVID-19 Pandemic in a Greek Population. *Psychiatry Research*, 289, Artículo 113076. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113076>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L. y 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), Artículo 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)

