



La soledad no deseada. Umbral de la depresión

Unwanted Loneliness. Threshold of Depression

FERNANDO LEAL HERRERO

Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid

C/ Chancillería 2

47003 Valladolid, España

fern_leal_h@hotmail.com

<https://orcid.org/xxx>

Leal Herrero, F. (2024). La soledad no deseada. Umbral de la depresión. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 58: 445-458. DOI: <https://doi.org/10.24197/7kxgaj86>

Artículo de acceso abierto distribuido bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional \(CC-BY 4.0\)](#). / Open access article under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC-BY 4.0\)](#).

Resumen: La soledad no deseada es un fenómeno social de incidencia creciente en España y otros países occidentales. Contribuyen a la misma diversos factores, incluidos los cambios en la organización social y estructura familiar. La soledad no deseada da lugar a una disminución de vínculos afectivos así como contactos sociales, que puede conducir al empobrecimiento del mundo vital de la persona, al aislamiento social y a la depresión. Los principales cuadros clínicos psicopatológicos en que se expresa esta "posición depresiva" son: depresivos, de ansiedad, obsesivos, paranoides, alimentarios, abuso de tóxicos y somatización. La soledad no deseada debe abordarse desde la vertiente comunitaria-social y la sanitaria-personal. Se revisan también las contribuciones de autores relevantes en el tema.

Palabras clave: depresión; psicopatología; social; soledad no deseada; trastorno mental.

Abstract: Unwanted loneliness is a social phenomenon of increasing prevalence in Spain and other Western countries. Various factors contribute to it, including changes in social organization and family structure. Unwanted loneliness leads to a decrease in emotional links and social contacts, which can lead to the impoverishment of a person's life world, social isolation, and depression. The main psychopathological clinical conditions in which this "depressive state" appears are: depression, anxiety, obsessive-compulsive disorder, paranoid disorder, eating disorders, substance abuse, and somatization. Unwanted loneliness must be addressed from both a community-social and a health-personal perspective. The contributions of relevant authors on the topic are also reviewed.

Keywords: depression; psychopathology; social; unwanted loneliness; mental disorder.

INTRODUCCIÓN

En las sociedades actuales, principalmente en los países occidentales, ha aparecido, y ha ido en incremento, un fenómeno social en el que numerosas personas van aislándose progresivamente, hasta quedarse en total o casi total soledad. Es una soledad no buscada, sino sobrevenida por diferentes factores medioambientales de su entorno. Es la SOLEDAD NO DESEADA.

Este concepto excluye, por supuesto, a todos aquellos que, por unas razones u otras, han escogido libre y deliberadamente vivir solos y se manejan bien en el ámbito de libertad que ellos han preferido. Generalmente, estas personas no han perdido sus relaciones sociales en áreas de la vida como el trabajo, las actividades recreativas, culturales y otras, que les permiten tener unos contactos humanos y unas satisfacciones relacionales que equilibran su soledad individual.

Por el contrario, en la soledad no deseada, quienes la padecen sufren de encontrarse en esa situación, al verse privados de lazos afectivos próximos y significativos. Como actualmente hay un gran número de personas que se encuentran en esta situación, el fenómeno social se ha convertido en un amplio y serio problema de Salud Mental.

1. AMPLITUD DEL PROBLEMA DE LA SOLEDAD NO DESEADA EN LA SALUD MENTAL

Diferentes estudios sociales y estadísticos sitúan la casuística de la SOLEDAD NO DESEADA en España, entre los tres y los tres millones y medio de personas que la padecen. Es un número muy considerable, que plantea un desafío para poder ofrecer una atención adecuada a todos los que lo necesiten. Y son muchos los que lo necesitan, pues la soledad no deseada conduce a la tristeza y la depresión. Es el UMBRAL de la DEPRESIÓN.

2. FACTORES QUE CONDUCEN A LA SOLEDAD NO DESEADA

La organización social y la estructura familiar de nuestra sociedad ha ido evolucionando en las últimas décadas hacia un individualismo cada vez más acusado y cada vez menos comunitario. Los desplazamientos por razones de trabajo, las dinámicas del mercado laboral, la incorporación de la mujer a este mercado y su plena vida laboral, las migraciones, las

tensiones familiares, con sus rupturas y divorcios, la separación de los mayores viviendo en hogares diferentes a los de sus hijos y nietos, la proliferación de familias monoparentales, etc., son todos ellos factores que han contribuido a una mayor independencia y autonomía personal, económica y social para cada persona, individualmente, pero que han ido en detrimento de la estructura global del parentesco, de la familia en sentido amplio.

El antropólogo y filósofo Claude LÉVI-STRAUSS (1908-2009), nacido en Bruselas en una familia francesa de ascendencia judía, y considerado como el padre del “estructuralismo” antropológico, investigó profundamente la organización relacional de sociedades y familias, tanto primitivas como modernas. Destaca, entre sus obras, *Les structures élémentaires de la parenté* (*Las estructuras elementales del parentesco*).

Siguiendo las enseñanzas de Lévi-Strauss, así como de otros antropólogos y sociólogos, podemos decir, muy resumidamente, que los seres humanos han ido evolucionando, a través de los siglos, desde unas formas de vida tribal, en grandes grupos humanos, a otras formas más diferenciadas, en subgrupos cada vez más pequeños, favoreciendo la estabilidad en los lazos relacionales y la mayor intimidad entre sus componentes. Avanzando en ese proceso se llega a la estructura de parentesco amplio (en las sociedades occidentales, pues en las culturas llamadas “primitivas” se han conservado durante mucho más tiempo las estructuras tribales) y, posteriormente, se fue perfilando la organización en “familias nucleares”, compuestas solamente por padres e hijos.

Cuando parecía que los hogares ya no iban a reducirse más en ese núcleo de padres e hijos, han ido apareciendo núcleos más pequeños, de familias monoparentales, de parejas separadas y de personas que terminan viviendo solas en sus hogares, por la pérdida del cónyuge y por la emancipación de los hijos.

Todo ese proceso de individualización ha conducido a la situación actual en la que millones de personas se sienten en una soledad dolorosa y sufriente, en la que padecen toda clase de inconvenientes psicológicos y sociales, hasta el punto de que estamos viendo numerosos casos en los que muere una persona sola y se tarda semanas, incluso meses, en descubrir su cadáver.

3. LA DISMINUCIÓN DE LOS ESTÍMULOS RELACIONALES Y SOCIALES. EL EMPOBRECIMIENTO DE LA COMUNICACIÓN

En las personas que viven en situación de “soledad no deseada”, van disminuyendo los estímulos exteriores sociales, propios del contacto con los demás. Empobrecimiento de estímulos que, progresivamente, va aislando a esas personas de la comunidad ambiental.

El ser humano es un ser social. Así lo definía Aristóteles, como un “ser social y político”. Un ser que nace en una sociedad, que vive en sociedad y que necesita a esa sociedad para desarrollarse. Es decir, un individuo que depende de la comunidad para llegar a ser alguien, entre los demás y con los demás. Procede de ellos y depende de ellos.

Necesita tener VÍNCULOS AFECTIVOS. Estar en una relación humana donde los sentimientos de afecto, de acogida y de reconocimiento le proporcionen el calor y la base emocional en que apoyarse, para sentirse seguro y confortable.

El ser humano nace muy inmaduro. Necesita, imprescindiblemente, el cuidado y la protección de los adultos, especialmente de su madre, para poder sobrevivir e ir desarrollándose paulatinamente, a través de los años, para ir adquiriendo cierta autonomía e independencia. Los lazos con la madre y con el resto de familiares y próximos son muy estrechos y poderosos. Esos lazos le son imprescindibles, marcan su vida infantil y dejan una huella indeleble para su futuro.

La importancia de esos fundamentales lazos afectivos quedó meridianamente demostrada con los magistrales trabajos de investigación de John BOWLBY primero, y de Harry HARLOW después.

El psiquiatra inglés John BOWLBY (1907-1990) describió y desarrolló la teoría del “link” (el apego), a partir de sus investigaciones – que llevo a cabo durante más de 10 años - sobre los efectos que produce la separación o ruptura de la relación entre el niño y su madre. Observó a los niños de los orfanatos y a niños adoptados, así como a otros niños separados temporalmente de sus madres por razones de guerra u otras circunstancias sobrevenidas.

Los resultados fueron contundentes: los niños separados de la madre padecían, en mayor o menor medida, algún tipo de retraso en su desarrollo psicomotor, se mostraban más tristes y menos activos que los demás niños, llegando en muchos casos a tener cuadros clínicos de padecimientos psíquicos o retrasos intelectuales.

La “TEORÍA del LINK” de Bowlby causó una gran controversia en los ámbitos científicos de la época (décadas de los 60 y 70), y algunos investigadores que replicaron sus conclusiones, terminaron dándole la razón.

Uno de ellos fue Harry HARLOW (1905-1981) psicólogo estadounidense de la Universidad de Wisconsin en Madison, que realizó sus trabajos con monos “*macacus Rhesus*”. Desde su nacimiento los colocó en diferentes situaciones de privación de los cuidados maternos y los puso ante objetos sustitutos de la madre. Los resultados también fueron muy significativos: todos los monos se resentían de la ausencia de la madre real, mostrando deficiencias respecto a los animales no privados. Además, ante las “madres artificiales” mostraban mayor apego y ligazón a la “madre” de contacto más suave y acogedor, por encima de la “madre” que les daba alimento.

Por otra parte, la gran mayoría de los investigadores y de las escuelas científicas que han trabajado sobre el desarrollo psicogenético del ser humano (escuela psicoanalítica freudiana, Melanie Klein, Frieda Fromm-Reichmann, entre otros) le dan una importancia capital a la relación materno-infantil desde el primer momento de la vida hasta avanzada la infancia, poniendo el acento en el período clave del primer año. Los lazos afectivos que se crean son esenciales para el desarrollo emocional y, a partir de este, para el desarrollo psicobiológico y para la organización de la estructura de la personalidad.

Por todo ello, podemos concluir que el ser humano es un ser esencialmente social, que necesita indefectiblemente el apoyo, el calor y el afecto de los demás –desde su madre hasta el amplio complejo comunitario en el que vive– para poder desarrollarse y madurar como persona. De ahí se desprenden los daños y perjuicios que puede ocasionar la pérdida de los vínculos afectivos y sociales en las personas que llegan a estar en la situación de SOLEDAD NO DESEADA.

Con la pérdida de contactos personales que acarrea el aislamiento, van disminuyendo los estímulos, va disminuyendo la actividad física y psíquica, va empobreciéndose y estrechándose el mundo vital de la persona en soledad, va perdiéndose la motivación para tomar iniciativas, para salir a la calle, para mantener contactos y amistades y para buscar otros nuevos. Incluso se va perdiendo el interés por sí mismo, haciendo dejación de funciones que anteriormente eran habituales, como el aseo, la vestimenta, cocinar la comida (“¿total, para qué voy a cocinar para mí

sola?”), dicen muchas personas, sobre todo mujeres, que viven en soledad), etc.

En definitiva, el aislamiento y la pérdida de contactos humanos, con la consecuente DEPRIVACIÓN AFECTIVA que generan, son la *entraña* de la SOLEDAD NO DESEADA.

4. EVOLUCIÓN DEL PROCESO

Las personas que han iniciado este proceso de pérdida de estímulos, aislamiento y privación afectiva suelen pasar por una fase en la que sienten “una cierta sensación de comodidad”, porque, estando desgastados para cualquier actividad, prefieren la inactividad de su aislamiento al esfuerzo que exigen acciones como tener que vestirse, salir a la calle, hablar con los demás o hacer frente a cualquier acto grupal. Les cuesta menos trabajo quedarse inactivos, en soledad, sin tener que responder a las exigencias psicológicas de cualquier contacto social.

Esa sensación de comodidad es una verdadera trampa para la evolución de su estado, pues agrava la pasividad y la desmotivación. Y aparece la APATÍA, la TRISTEZA, y ese es EL UMBRAL DE ENTRADA A LA DEPRESIÓN.

Cuando se intensifica la tristeza, el estado de ánimo va decayendo progresivamente hasta niveles de verdadera depresión, clínicamente hablando; con cuadros de diferentes formas clínicas.

LA “POSICIÓN DEPRESIVA” ES LA BASE COMÚN de las diferentes FORMAS de aparecer de la SOLEDAD no DESEADA. Entendiendo por “posición depresiva” un cuadro marco psicopatológico caracterizado por unos elementos comunes de apatía, tristeza, inhibición psicomotora y autodepreciación, que pueden constituir, por sí mismos o combinados con otros síntomas, diversos cuadros clínicos, tanto del registro depresivo como del de otras enfermedades mentales.

5. PSICOPATOLOGÍA DEL PROCESO DE LA SOLEDAD NO DESEADA

Desde las diferentes FORMAS de la POSICIÓN DEPRESIVA se desarrollan los diferentes cuadros clínicos psicopatológicos. Entre los más frecuentes se encuentran los siguientes: reacciones y trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos, trastornos paranoides,

trastornos de la alimentación, abuso de sustancias tóxicas y tendencia a la “somatización”.

5.1. Reacciones y trastornos depresivos

Son entidades psicopatológicas evolutivas, que proceden de la situación de soledad no deseada, que han inducido unas formas clínicas de naturaleza adaptativa, y que se enmarcan en el ámbito de las depresiones. Cursan con apatía, desgana, tristeza, inhibición psicomotora, autodepreciación, enlentecimiento del curso del pensamiento y del débito ideo-verbal, con bradipsiquia generalizada. Y, en muchas ocasiones, con ideas de suicidio o, al menos, con deseos de muerte. Hay que tener en cuenta que en todos los estudios epidemiológicos el índice de suicidios entre las personas que viven solas es superior al de la población general.

5.2. Trastornos de ansiedad

Las reacciones y respuestas de ansiedad, a partir de las situaciones de soledad no deseada, son también muy frecuentes. Es natural, pues la persona que, sintiéndose sola, se sienta abandonada, piense que está indefensa ante las dificultades y amenazas de la vida; que no tiene en quien apoyarse para protegerse y ahuyentar sus temores conscientes e inconscientes. Cualquier detalle circunstancial puede alarmarla. Que suene el teléfono o que alguien llame a la puerta, u oír una sirena de ambulancia o de la policía puede causarle una impresión de peligro. Las fantasías de amenazas, con base real o no, se hacen presentes con fuerza.

Sintomatológicamente, además de la sensación de miedo y de peligro, aparecen la angustia, el desasosiego, el agobio, hasta provocar alguna crisis de ansiedad con dificultad para respirar, sensación de opresión, dolor precordial, sudoración, escalofríos y malestar generalizado.

La ansiedad puede llegar a focalizarse en un “objeto” aglutinador y estructurarse sintomáticamente en forma de fobia, dando origen a un trastorno fóbico, propiamente dicho, frecuentemente de tipo agorafóbico.

5.3. Trastornos obsesivos

Dependiendo de la intensidad de los síntomas de un trastorno obsesivo, o de los rasgos de la estructura de una personalidad obsesiva, puede ser mayor o menor el grado de deterioro que produzca una situación

de soledad no deseada. En soledad, pueden desarrollarse los signos y síntomas de obsesividad, pues el sujeto tiene mucho tiempo para preocuparse de sus “preocupaciones” sin que nadie interfiera en sus pensamientos, sentimientos y actitudes obsesivas. Le da muchas vueltas a cualquier cosa y a todo. Sus pensamientos se repiten, una y otra vez, y se “fijan” machaconamente, hasta encerrarse en un círculo vicioso.

Paradójicamente, en su evolución patológica el obsesivo puede llegar a considerar que el aislamiento –aunque le haga sufrir– lo protege de los males que puede acarrear el contacto con otras personas, como los contagios de enfermedades infecciosas. Típico de los obsesivos es su exagerada preocupación por la pulcritud y la higiene, y su temor a mancharse o contaminarse con cualquier objeto o con la proximidad de cualquier persona. También le inquietan las tensiones interpersonales que pueden surgir por cualquier diferencia de opinión o de actitud. Lo cual, factualmente, aumenta su situación de soledad.

Por otra parte, el ambiente de soledad favorece el desarrollo de conductas de compulsión de repetición, como lavarse las manos reiteradamente, apagar y encender luces, abrir y cerrar grifos, controlar varias veces el cierre de puertas y ventanas, etc. Al no tener testigos presenciales, el paciente obsesivo tiene menos control de sus pulsiones de repetición.

5.4. Trastornos paranoides

La situación prolongada de soledad no deseada puede acentuar los rasgos o síntomas paranoides en los pacientes que ya tuvieran una patología paranoide previa o, si no la tuvieran, pueden provocarla, actuando como elemento desencadenante.

Se caracterizan las personalidades paranoides por su suspicacia, desconfianza, susceptibilidad, temor a ser engañados o defraudados, o a ser objeto de algún ataque o de burlas indebidas, o de alusiones malintencionadas. Los paranoides son “referenciales”, pues tienden a pensar que los demás se refieren a ellos, que las intenciones ajenas van dirigidas a ellos, con la amenaza consiguiente que ellos perciben. Es comprensible que en la situación de soledad no deseada se sientan desprotegidos, al no tener con ellos a nadie de confianza que pudiera aliviar sus sentimientos de indefensión ante esas supuestas amenazas. Y que la soledad intensifique el miedo a ser atacados o robados o engañados o vilipendiados. Por lo que no es raro que, en esas circunstancias, extremen

su seguridad física, como poniendo cerrojos de seguridad, reforzando puertas y ventanas, descolgando el teléfono fijo o apagando el móvil, rechazando cualquier contacto con desconocidos, etc.

Con cierta frecuencia sucede que las personas paranoides que viven solas tengan una mala relación con sus vecinos, pues proyectan sobre ellos la responsabilidad y la culpa de cualquier incidencia que surja en la comunidad. El resultado de esa dinámica es que los vecinos pueden mostrar una cierta hostilidad, rechazando al paranoide y aislándolo más todavía. Para el paciente paranoide, la hostilidad de sus vecinos confirma sus sospechas de ser víctima de malevolencia.

5.5. Trastornos de la alimentación

Aunque la persona en situación de soledad no deseada no tenga antecedentes de trastornos de la alimentación, ni tendencia espontánea a padecerlos, lo cierto es que suele alimentarse peor y de manera más desordenada que cuando vivía en compañía. Las comidas ya no son en familia o en pareja, sino solitarias. Al no tener a nadie a su lado, la persona tiende a darle menor importancia a los “actos” de las comidas. Porque la comida ya no es un acto familiar o social, sino individual. La comida, por lo tanto, ya no es compartir y disfrutar de unos alimentos en convivencia, sino que se convierte solamente en una ingestión de alimentos como sustento vital.

La formalidad de la comida desaparece y se instala un sistema más simple, reduccionista y desordenado, con variadas formas de concretarse, según las costumbres de cada uno, sus gustos y sus tendencias, pero ya bajo la condición tendente a la menor actividad y menor esfuerzo. Los horarios dejan de tener importancia, como la ortodoxia de hacer sistemáticamente una alimentación sana, variada y completa. Los gustos personales y la tendencia al mínimo esfuerzo hacen que cada cual busque su “modus vivendi” en una alimentación simplista, muchas veces caprichosa y marcada por la reducción del número y calidad de los productos. El resultado suele ser una alimentación poco variada y descompensada, con consecuencias negativas para el metabolismo y la salud general.

Pondríamos de relieve dos tendencias: una, por defecto, sería la alimentación hacia la hiporexia; y otra, su contraria, hacia la bulimia, o al menos hacia la sobrealimentación. La hiporexia estaría determinada por “la posición depresiva”; y la sobrealimentación lo estaría por el

mecanismo de defensa de “compensación”, ingiriendo (incorporando) alimentos como tentativa de rellenar el vacío existencial que sienten.

5.6. Abuso de sustancias tóxicas

La situación de soledad no deseada favorece el consumo de sustancias tóxicas, o que sin ser tóxicas pueden tener efectos perniciosos para la salud por su abuso, que crea hábito y dependencia. Como consumir medicamentos psicotropos en exceso, habitualmente sin control médico. Los medicamentos más utilizados son los ansiolíticos y los hipnóticos. (Afortunadamente, estos medicamentos tienen un margen de seguridad muy amplio, lo que limita los efectos nocivos de su dependencia).

El alcohol es otra de las sustancias preferidas, de consumo habitual y en muchos casos excesivo, pues además de ser una bebida para acompañar a la comida, tiene un efecto ansiolítico y ligeramente euforizante, muy deseado por los solitarios para aliviar el fondo depresivo-ansioso que padecen. Actualmente, el alcoholismo está convirtiéndose en una enfermedad frecuente entre las personas solitarias, incluidas las de avanzada edad.

El consumo de drogas duras es mucho más raro entre ellos. Pero el tabaquismo puede aumentar considerablemente.

5.7. Tendencia a la “somatización”

Psique y soma son las dos caras de la misma moneda, como es bien sabido. Ambos forman parte indivisible e inseparable de la naturaleza humana. De ahí que cualquier dolencia, padecimiento o alteración en una de esas dos vertientes repercuta en la otra.

El sufrimiento psíquico se manifiesta preferentemente en los síntomas psicopatológicos, que constituyen las diferentes y numerosas enfermedades mentales. No obstante, en algunos casos, el aparato psíquico no puede expresarse en la vertiente psicopatológica y “desplaza” su padecimiento hacia la vertiente somática. Esto sucede en los pacientes que no pueden “metabolizar su ansiedad” y recurren a la vía somática, como cauce de expresión de su patología. Los pacientes con una especial ansiedad, los que tienen una personalidad histriónica y los que tienen un pensamiento “operatorio-concreto” son los más proclives a la somatización de su patología. Como descubrieron los creadores de la

Escuela Psicosomática de París, Pierre MARTY, Christian DAVID y Michel de M'UZAN, que describieron magistralmente la estructura de la personalidad psicosomática de los pacientes somatizadores, con los siguientes rasgos de carácter: pensamiento operatorio-concreto, incapacidad de desarrollo de fantasías, dificultad para la abstracción, inercia en la conservación de los síntomas y tendencia a la “fijación” del órgano somático de preferencia.

La “inercia” en la conservación de los síntomas prolonga la duración de la enfermedad y dificulta la recuperación clínica. Y la “fijación” del órgano se dirige, preferentemente, a los aparatos digestivo (estómago y colon), respiratorio (asma), circulatorio (taquicardias e insuficiencia cardiaca) y alergias en general.

5.8. Comentario general

Estas entidades nosopatológicas son, a nuestro juicio, las más frecuentes en la soledad no deseada, sin excluir otras, por supuesto, pues las formas sintomáticas de aparecer de la psicopatología humana son muy variadas. El cauce habitual en el desarrollo de las enfermedades mentales en la soledad no deseada viene dado por la historia personal de cada paciente, y tiene como base la estructura de la “personalidad premórbida”, que es el cañamazo sobre el que se apoya y determina la formación de los síntomas. Así, quien tenga una personalidad premórbida paranoide, desarrollará una sintomatología de enfermedad paranoide. E igualmente en los demás casos, según su estructura de personalidad previa. Caso especial es el de las personalidades “narcisistas”, que por ser éstas las más primitivas en cuanto al desarrollo psicogenético y poseer un núcleo más embrionario – por describirlo de alguna manera – tienen la capacidad de discurrir por diferentes vías psicopatológicas y, por lo tanto, abocar a distintas enfermedades. Además, tiene mayor riesgo de llegar a descompensaciones de intensidad psicótica.

6. ¿QUÉ HACER? ABORDAJES

Como la soledad no deseada es una situación existencial peculiar de aislamiento y una situación social de desamparo, que conduce al sufrimiento psicológico y por ello al padecimiento psíquico y somático, desborda el campo de lo sanitario. Pues, aunque se cuiden las reacciones psicopatológicas de los pacientes, ese cuidado no será suficiente si no se

abordan las causas de la propia soledad. Por lo tanto, se hace necesario abordar la problemática general desde las dos grandes vertientes de atención:

1. La Comunitaria - Social. (Que podríamos llamar Socioterapéutica).
2. La Sanitaria - Personal. (Psicoterapéutica y Médica).

6.1. Vertiente sociocomunitaria

Desde la vertiente SOCIOCOMUNITARIA pueden hacerse muchas intervenciones de diferentes tipos que favorezcan la “comunicación” y “el acercamiento humano”, que arropen al solitario ofreciéndole afecto, expresividad, apoyo eficiente, amabilidad y amor constructivo.

De hecho, ya hay programas de actuación, en los Servicios Sociales de los Ayuntamientos y en muchas instituciones de orientación comunitaria o benéfica, que trabajan en este campo, y aumentan su actividad a medida que el problema ha ido extendiéndose. En algunos países, como en el Reino Unido, siendo conscientes de la amplitud del fenómeno de la soledad no deseada, han comenzado a aplicar un plan general de lucha contra la soledad, a nivel nacional.

6.2. Vertiente sanitaria

Desde la vertiente SANITARIA, es imprescindible abordar decididamente este gran reto de la soledad no deseada en los Servicios de Salud Mental: Unidades hospitalarias de Psiquiatría, Centros de Salud Mental, y estructuras “intermedias”: Centros de Día, Cuidados a domicilio, Hogares tutelados, Talleres ocupacionales, Centros Comunitarios, etc. Todo lo que pueda hacerse desde el ámbito asistencial, será muy útil, pues la soledad no deseada es uno de los factores que están aumentando la incidencia de la patología psíquica en la población general. Como también están incrementándola el aumento de los suicidios, el aumento de los trastornos del comportamiento y la mayor casuística de los trastornos de la personalidad.

Hasta hace pocos años, los estudios epidemiológicos valoraban el conjunto de los trastornos psíquicos en torno al 25% de la población general. Actualmente, los padecimientos por enfermedades mentales se sitúan en torno al 30% de los ciudadanos, en las sociedades occidentales. Ha contribuido a ello, además de los factores que hemos mencionado, las

consecuencias de la pandemia del COVID19. Ésta aumentó dramáticamente la incidencia de todos los trastornos reactivos, afectivos, y neuróticos. Solamente en el capítulo de los suicidios, el incremento en España ha ascendido, de unos 3.000 suicidios anuales a unos 4.000 actualmente.

Con toda esta nueva realidad, no es de extrañar que estén levantándose muchas voces en favor de la urgente necesidad de reforzar considerablemente los Servicios de Salud Mental, para hacerle frente a todas estas nuevas necesidades. Como hace la doctora Margaret S. HAMILTON desde la Universidad de Columbia, quien pide insistentemente que se dé prioridad en los planes de Sanidad a la Salud Mental, pues la alta incidencia de los trastornos psíquicos se ha convertido en una urgencia global.

Y en el marco de esa urgencia global, la soledad no deseada, quizás por ser silenciosa, es una de las más desatendidas.

BIBLIOGRAFÍA

ARISTÓTELES: *Política*. Madrid, Gredos, Biblioteca Clásica, 2022.

BASTIDE, Roger: *Sociología de las enfermedades mentales*. México, Siglo XXI, 1966.

BOWLBY, John: *El apego*. Barcelona, Paidós, 1998.

FREEMAN, H. L.: *Mental Health and Environnement*. London, Churchill Livinston, 1984.

FREUD, Sigmund: *Totem y tabú*. En *Obras Completas*, tomo II. Madrid, Biblioteca Nueva, 1968.

LARA PÉREZ, Elvira, y MARTÍN MARÍA, Natalia (coords.). *La soledad no deseada*. Madrid, Pirámide, 2024.

LEAL, Fernando: *Salud Mental. El hombre en su laberinto*. Valladolid. Editora Médica Europea, 1993.

LÉVI-STRAUSS, Claude: *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris, PUF (Presses Universitaires de France), 1949.

MARTY, Pierre, De M'UZAN, Michel et DAVID, Christian: *L'investigation psychosomatique*. Paris, PUF, 1963.

NARDONE, Giorgio: *La soledad*. Barcelona, Herder, 2021.

RUEDA ESTRADA, José Manuel: *La soledad no deseada en las personas mayores*. Madrid, CCS, 2024.

SÁNCHEZ MORENO, Esteban, y FOUCE FERNÁNDEZ, José Guillermo (coords). *Soledad no deseada. Claves para la acción municipal*. Madrid, Catarata, 2024.

SATZ, Mario: *Breve tratado de la soledad*. Madrid, Kairós. 2021.

ZUCKERMAN, S.: *The Social Life of Monkeys and Apes*. Abingdon, Oxon, Routledge, 2000. (1ª ed. London, Kegan Paul, 1932).