



Soledad no deseada, intervención global en el adulto mayor

Unwanted loneliness: a comprehensive intervention for older adults

MYRIEL M LÓPEZ TATIS

Complejo Asistencial de Palencia (CAUPA)

Hospital San Telmo

Av. San Telmo s/n

34004 Palencia, España

Dirección de correo electrónico: mmlopezt@saludcastillayleon.es

<https://orcid.org/xxx>.

López Tatis, Myriel M. (2024). Soledad no deseada, intervención global en el adulto mayor. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 58: 459-466. DOI: <https://doi.org/10.24197/hsgzj37>

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: El aumento de la longevidad se ha convertido en un serio desafío económico, social y sanitario. España es uno de los países más envejecidos del mundo. Este envejecimiento trae consigo condiciones bajo las cuales las personas se sienten más solas. Las personas de edad avanzada se encuentran particularmente expuestas a eventos que suelen acarrear una enorme transformación en sus relaciones, haciéndolas más vulnerables a la soledad no deseada. Otros factores de riesgo son: sexo femenino, edad, situación laboral, nivel de estudios, nivel económico, localidad, la defunción de la pareja y el deterioro de la salud. En el adulto mayor es esencial realizar una valoración geriátrica integral que incluya las esferas: clínica, funcional, mental y social, para elaborar una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo. Existen estrategias para disminuir la soledad no deseada en esta población, las cuales deben de ser implementadas desde las estructuras administrativas y ser parte de estrategias de salud global.

Palabras clave: soledad no deseada; adulto mayor; geriatría.

Abstract: Increasing longevity has become a serious economic, social, and healthcare challenge. Spain is one of the world's most aging countries. This is frequently linked to circumstances in which individuals experience increased loneliness. Older adults are particularly exposed to events that often entail enormous changes in their relationships, making them more vulnerable to unwanted loneliness. Other risk factors include female

sex, age, employment status, educational level, economic status, location, the death of a partner, and deteriorating health. In older adults, a comprehensive geriatric assessment that includes clinical, functional, mental, and social aspects is essential to develop an interdisciplinary strategy for intervention, treatment, and long-term follow-up. There are strategies to reduce unwanted loneliness in this population, which must be implemented by administrative structures and be part of global health strategies.

Keywords: unwanted loneliness; elderly; geriatrics.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional, cambios en la estructura familiar y económica, han provocado un aumento del número de personas con soledad no deseada. España, es el segundo país con más personas mayores del mundo. Se pronostica que para el 2050 la población mayor de 65 años superará a los niños menores de 14 años, representando un 18% de la población española². En Castilla y León, según el Instituto Nacional de Estadística, la población mayor de 80 años representa 5,5%.

La soledad no deseada se define como un sentimiento doloroso que surge de la discrepancia entre las relaciones sociales que una persona tiene y las que le gustaría tener.¹

En general, la soledad aumenta el riesgo de aislamiento social. Durante la pandemia COVID-19 se ha experimentado un aumento de conciencia en el tema y mayor visualización en los medios de comunicación. Además de proyectos de investigación para mitigar esta nueva pandemia.

1. EPIDEMIOLOGÍA

En España, el 44,4% de los mayores de 65 años refieren soledad no deseada. Es más frecuente en mujeres y en personas con deterioro funcional, discapacidad o enfermedad mental, desempleados, personas que viven solos y en mayores de 50 años.³

Las personas mayores tienen más riesgo de soledad no deseada, por ejemplo, al perder a su pareja o personas queridas, disminución en la funcionalidad y mayor dependencia, hipoacusia, pérdida de la visión, enfermedades crónicas. Además, dificultad para utilizar medios de transporte y disminución de actividades de ocio adaptadas.⁴ En la Tabla 1

se muestran los distintos tipos de factores de riesgo de aislamiento social, soledad y vulnerabilidad social, adaptado de Keefe et al., 2006¹¹.

Tabla 1. Factores de riesgo de aislamiento social, soledad y vulnerabilidad social (adaptado de Keefe et al., 2006).

| Factores de riesgo sociodemográficos | Factores de riesgo médicos/clínicos | Factores de riesgo sociales |
|--------------------------------------|---|---|
| • Edad avanzada | • Multimorbilidad | • Vivir solo |
| • Mujer | • Hipoacusia o disminución de la agudeza visual | • Vivir lejos de la familia |
| • Bajos recursos | • Deterioro cognitivo | • Escasos medios de transportes |
| • Vivir en residencias | • Dependencia funcional | • Pocos amigos |
| • Zonas rurales aisladas | • Fragilidad | • Ser cuidador de un familiar anciano |
| • Zonas urbanas con bajos recursos | | • Cambios de vida: mudanza, disminución de redes sociales, enviudar, empeoramiento en la salud, no tener licencia de conducir |

Se han descrito cambios neurobiológicos por neurocientíficos. Existen regiones cerebrales implicadas en la soledad en los seres humanos. La soledad puede alterar regiones cerebrales relacionadas con el comportamiento y las emociones. De igual manera, la corteza insular y la corteza prefrontal están muy influenciadas por la soledad, así como la actividad límbica, incluyendo regiones de la amígdala e hipocampo.¹⁰

2. INTERVENCIÓN GLOBAL EN EL ANCIANO

Parte de la labor de la geriatría es valorar al paciente de una manera global e integral, por lo que identificamos personas con aislamiento social y soledad no deseada como parte de nuestra valoración geriátrica integral.

El objetivo principal es diseñar un plan terapéutico y rehabilitador personalizado, con el fin de lograr el mayor nivel de independencia y calidad de vida del anciano.

En la población mayor es importante la visión integral, no solo el abordaje clínico de las comorbilidades. Se deben valorar todas las esferas: clínica, funcional, mental y social, para elaborar una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida.^{5,6}

Se pueden identificar personas frágiles, definido como un estado clínico caracterizado por una disminución de la reserva y resistencia del organismo. Lo que resulta en una mayor vulnerabilidad a factores estresantes. Este síndrome se asocia con un aumento del riesgo de caídas, hospitalizaciones y mortalidad en personas mayores. Las personas frágiles tienen mayor riesgo de deterioro funcional y mayor dependencia, por lo tanto, más riesgo de soledad no deseada. Otro factor de riesgo que identificamos con la valoración geriatría integral es el maltrato. Se ha descrito que una de cada seis personas mayores de 60 años sufren maltrato.^{7,8}

3. IMPACTO DE LA SOLEDAD NO DESEADA EN LA SALUD

Los investigadores han asociado la soledad no deseada con aumento de enfermedades cardiovasculares, ictus, demencia, ansiedad y depresión. Por el contrario, las conexiones sociales aumentan la longevidad, bienestar y estado físico y mental.⁴

En la Tabla 2 se muestran los distintos tipos de eventos adversos asociados con soledad y aislamiento.

Tabla 2. Eventos adversos asociados con soledad y aislamiento (adaptado de Keefe et al., 2006).

| Estado físico | Estado mental | Uso de recursos sanitarios |
|--|--|--|
| • Aumento de mortalidad | • Aumento de depresión | • Aumento del uso de urgencias hospitalarias |
| • Aumento de caídas | • Aumento de demencias | • Aumento de acudir al Médico de Atención Primaria |
| • Aumento de enfermedad cardiovascular | • Disminución en la satisfacción/calidad de vida | • Aumento de reingresos |
| • Aumento de enfermedad grave | • Aumento de abuso | • Aumento de ingresos en residencias. |
| • Deterioro funcional | | |
| • Aumento del riesgo de malnutrición | | |

Se ha descrito que la soledad relacionada con el duelo conyugal, muy frecuente en la población envejecida, podría ocurrir independientemente de un bajo aislamiento social o un alto apoyo social.

4. ¿CÓMO DISMINUIR O PREVENIR LA SOLEDAD NO DESEADA?

Las principales recomendaciones son:

- Mantener y establecer conexiones sociales que reduzcan los sentimientos de soledad y ayudar a los individuos a vivir más saludablemente y con una vida plena.
- Actividades que pueden reducir el sentimiento de soledad incluyen quedar con los familiares, amigos, vecinos.
- Acudir a centros de día, a eventos y programas locales, bibliotecas adaptadas a la población mayor.
- Aprender actividades nuevas y acceder a clases online y grupos sociales y espirituales.
- Realizar actividad de voluntariado.
- Grupo de soporte para duelo.

- Conversar con su médico sobre la soledad y maneras de prevenirla⁹. Los sanitarios que trabajan con mayores son parte del proceso de identificación de personas vulnerables, y son responsables de realizar intervenciones para mejorar la calidad de vida y reducir el aislamiento social.

CONCLUSIONES

La soledad no deseada se define como dificultad para mantener conexiones con la familia, amigos o en la comunidad. Por el contrario, la persona se puede sentir subjetivamente sola aun estando acompañada. Las personas mayores son especialmente vulnerables a la soledad no deseada, al perder su autonomía y presentar con mayor frecuencia enfermedades crónicas, que pueden dificultar tener una vida activa y plena. Existen estrategias para disminuir la soledad no deseada en esta población, las cuales deben de ser implementadas desde las estructuras administrativas y ser parte de estrategias de salud global.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palma-Ayllón, E & Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*. 2021; 32(1): 22-25. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
2. World Health Organization. Global health estimates: life expectancy and leading causes of death and disability. En: The Global Health Observatory [website]. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
3. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Boletín sobre el envejecimiento. La soledad de las personas mayores. Diciembre 2000.
4. Conn DK, Billard T, Dupuis-Blanchard S, Freedman AK, Hoang PM, Levasseur M, Newall NE, Sullivan MP, Wister AV. Canadian Clinical Guidelines on Social Isolation and Loneliness in Older Adults. Can

Geriatr J. 2024 Dec 1;27(4): 531-538.
<https://cgjonline.ca/index.php/cgj/article/view/772>

5. Rubenstein LZ. Geriatric assessment: an overview of its impacts. *Clin Geriatr Med.* 1987;3(1):1-15.
6. Kane RA, Bayer AJ. Assessment of functional status. En: Pathy MSJ, editor. *Principles and practice of geriatric medicine.* 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1991. p 265-71.
7. González Montalvo JI. Principios básicos de la valoración geriátrica integral. En: *Valoración Geriátrica Integral.* Barcelona: Glosa Ediciones; 2001. p 15-27.
8. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017 Feb;5(2): e147-e156. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30006-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30006-2/fulltext)
9. Gerlach LB, Solway ES, Malani PN. Social Isolation and Loneliness in Older Adults. *JAMA.* 2024;331(23):2058. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2819153>
10. Vitale EM and Smith AS (2022). Neurobiology of Loneliness, Isolation, and Loss: Integrating Human and Animal Perspectives. *Front. Behav. Neurosci.* 16:846315. <https://www.frontiersin.org/journals/behavioral-neuroscience/articles/10.3389/fnbeh.2022.846315/full>
11. Keefe J, Andrew M, Fancey P, Hall M. Final report: a profile of social isolation in Canada. Halifax, NS: Mount Saint Vincent University; 2006. Available from: http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/keefe_social_isolation_final_report_may_2006.pdf. Accessed 2019 July 26.