



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

Estudio realizado por: **ISGlobal**
Instituto de
Salud Global
Barcelona

ESTUDIO

Abordaje de la soledad

Un desafío compartido

Integrantes del Consejo Asesor Social:



Índice

Introducción	3
1. Introducción a la soledad como desafío social	4
1. Introducción.....	5
2. Ámbitos que determinan la presencia de soledad.....	8
3. Relevancia social y económica de la soledad	10
4. Percepción de la soledad.....	12
5. COVID-19 y soledad	12
6. Abordaje de la soledad	13
7. Recomendaciones	16
2. Personas mayores y su vulnerabilidad frente a la soledad	20
1. Introducción.....	21
2. Condicionantes específicos de la soledad en las personas mayores	21
3. Impacto de la soledad en la salud de las personas mayores	26
4. Abordaje específico de la soledad en personas mayores	27
5. Recomendaciones	29
3. Enfermedad crónica, discapacidad, dependencia y soledad	35
1. Introducción.....	36
2. Impacto emocional, barreras y desigualdades sociales evitables: el origen de la soledad.....	37
3. Condicionantes de la soledad en personas con enfermedades crónicas y discapacidad	37
4. Consecuencias de la soledad sobre la enfermedad, la discapacidad y la dependencia.....	42
5. Abordaje de la soledad en personas con enfermedad crónica y discapacidad	44
6. Recomendaciones	46
4. Jóvenes y soledad: redes sociales, salud mental y discriminación	51
1. Introducción.....	52
2. Causas y condicionantes específicos de la soledad en jóvenes	52
3. Consecuencias de la soledad sobre las y los jóvenes	57
4. Abordaje de la soledad en jóvenes: un largo camino por delante.....	58
5. Recomendaciones	59

Introducción

La soledad no es solo un sentimiento; es un desafío que trasciende lo individual y afecta profundamente a nuestra sociedad. Conscientes de su impacto, hemos desarrollado el informe “Abordaje de la soledad: un desafío compartido”, un trabajo colectivo impulsado por el Consejo Asesor Social de la Profesión Farmacéutica y sus 13 organizaciones integrantes.

Este estudio, que pone el foco en la necesidad de profundizar en la influencia de la soledad sobre la salud y el bienestar de las personas, no solo la analiza desde una perspectiva multidisciplinar, sino que ofrece un enfoque innovador sobre cómo abordar sus múltiples facetas de una manera integral.

Con este propósito el presente informe ofrece una visión holística a través de cuatro capítulos: “Introducción a la soledad como desafío social”; “Personas mayores y su vulnerabilidad frente a la soledad”; “Enfermedad crónica, discapacidad, dependencia y soledad”; y “Jóvenes, soledad, redes sociales, salud mental y discriminación”.

El desarrollo de cada uno de ellos ha sido posible gracias al conocimiento y la experiencia previa de las organizaciones que integran el Consejo Asesor Social, a quienes agradezco enormemente su valiosa contribución.

Este trabajo se enmarca, además, en la Estrategia Social de la Profesión Farmacéutica, entre cuyas iniciativas más destacadas está la transformación de las farmacias en una auténtica red contra la soledad, aprovechando su cercanía, capilaridad y su capacidad para conectar con los ciudadanos.

Te invito a sumergirte en él ya que analiza una de las problemáticas más urgentes de nuestro tiempo y propone acciones concretas para construir una sociedad más cohesionada, solidaria y comprometida con el bienestar de todas las personas, además de cumplir con el compromiso de colaboración de todas las entidades implicadas para una respuesta efectiva y conjunta.

1.

Introducción a la soledad como desafío social



1. Introducción

En la era de la globalización, de las redes sociales, de la mensajería instantánea y la posibilidad de estar presente al otro lado del mundo en cuestión de horas, paradójicamente, es cada vez más habitual hablar de soledad. Son ya muchas las voces que, desde el ámbito de la investigación y la salud, han comenzado a hablar de una “**Epidemia de Soledad**”, tan relevante como el tabaquismo o la obesidad (1). El Dr. Vivek Murthy, una de las máximas autoridades públicas en sanidad en el gobierno de Estados Unidos, escribió en un artículo del *Harvard Business Review* en 2017 que “*La soledad y los vínculos sociales débiles se asocian a una reducción de la esperanza de vida equivalente a fumar 15 cigarrillos al día*”.

La soledad es una experiencia humana universal, presente a lo largo de todo el ciclo vital y que, en sí misma, no tiene una connotación intrínsecamente negativa. Sin embargo, cuando la soledad se percibe de manera negativa y, además, se prolonga en el tiempo, puede tener efectos profundamente perjudiciales en la salud, tanto física como mental (2).

*“La soledad y los vínculos sociales débiles se asocian a una **reducción de la esperanza de vida equivalente a fumar 15 cigarrillos al día**”
Dr. Vivek Murthy*

Cabe reseñar que **la soledad y el aislamiento social son conceptos diferentes**. En este sentido, la **soledad** se define como la experiencia subjetiva de sentirse solo, reflejando una insatisfacción con la frecuencia y la cercanía de los contactos sociales (3). Por otro lado, el **aislamiento social** se entiende como la falta objetiva o escasez de contactos e interacciones sociales, considerando también, en definiciones multidimensionales, la calidad y la cantidad de las relaciones (4).

Aunque el sentimiento de soledad y el aislamiento social son términos distintos, están íntimamente relacionados y **pueden influir el uno en el otro**. Un aislamiento social prolongado puede aumentar el riesgo de experimentar soledad, mientras que un sentimiento de soledad persistente también puede llevar a una desconexión social. En esta línea, un metaanálisis (5) que agregaba los resultados de más de 70 estudios sobre la temática no halló diferencias entre la soledad subjetiva y el aislamiento social en cuanto a su impacto sobre la salud y su relación con factores de riesgo como la obesidad o el consumo de tabaco.

En este trabajo nos centraremos en las dimensiones de las soledades que afectan negativamente al bienestar y a la salud de las personas, entendiéndose como un fenómeno complejo que está atravesado por **factores internos**, como la autopercepción de uno mismo, como por **factores externos** que pueden intensificarla o dificultar su afrontamiento, como la pérdida de seres queridos, los cambios de domicilio o la ruptura de vínculos sociales. Utilizaremos el término “soledad” como paraguas que engloba tanto el aislamiento social como la vivencia subjetiva de sentirse solo, y que analiza las consecuencias negativas de estas soledades.

Los datos presentados en este estudio provienen, en gran medida, del *Barómetro de la Soledad No Deseada en España 2024* (6) elaborado por el Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada (SoledadES), que promueve la Fundación ONCE. Según el informe de este barómetro, en España **una de cada cinco personas** (20 %) sufre actualmente soledad. Tener sentimientos de soledad de manera puntual a lo largo de la vida es habitual. El Observatorio SoledadES señala que un **70 % de la población** ha padecido soledad en algún momento de su vida, por lo que se trata de un problema frecuente, pero que en muchas ocasiones se supera. Sin embargo, de entre las personas que declaran sentir soledad en la actualidad, la mayoría (el 67 % de las personas que la sufren) lo hacen de manera **crónica**, esto es, desde hace dos años o más.

Ciertos factores, como la renta o el estado de salud determinan la vulnerabilidad de una persona frente a la soledad y, a su vez, dificultan que se establezca un mecanismo de respuesta, haciendo que se cronifique y pudiendo además retroalimentar los factores asociados. En concreto, las personas **desempleadas** y las pertenecientes a **hogares que no llegan a fin de mes** presentan más del doble de prevalencia de soledad. Según lo expuesto por el Observatorio SoledadES, estas diferencias se acentúan más en personas

de entre 30 y 55 años, quizás debido a las expectativas del momento vital en el que se encuentran. De manera que las dificultades socioeconómicas se relacionan con la soledad al obstaculizar la participación en actividades sociales. Además, los ingresos influyen directamente en el estado de salud, que se asocia, a su vez, a la soledad. Otras situaciones de vulnerabilidad social también presentan tasas más elevadas de soledad. Es el caso de la **inmigración**, asociada, a su vez, a la precariedad laboral y el desempleo. Entre las personas nacidas en el extranjero o cuyo padre o madre ha nacido fuera de España, la prevalencia de soledad duplica a la de aquellos nacidos en España con padres también naturales de España.

La **edad** juega un papel relevante en el análisis de la soledad, no tanto como un factor determinante en sí mismo, sino porque la prevalencia y las características de la soledad fluctúan a lo largo de la vida. Los niveles más altos de soledad se observan entre la **población joven**. Los datos del Observatorio sitúan en un 35 % la prevalencia de soledad en personas de **18 a 24 años**, descendiendo de forma progresiva hasta su mínimo entre los **55 y los 74 años** (14 %), para ascender nuevamente en aquellos de **75 o más años** (20 %). Posiblemente, las expectativas sociales entre los jóvenes determinen en gran medida estos números. La necesidad de validación y aceptación es especialmente importante para este grupo de edad y las redes sociales, aunque facilitan la interacción, también pueden visibilizar y reflejar situaciones vitales y sociales poco realistas que generan frustración entre su audiencia (7). Los datos del barómetro (6) muestran que la **digitalización** tiene un gran potencial para facilitar la comunicación y resulta especialmente relevante para aquellas personas que se encuentran alejadas físicamente de su red de apoyo o que presentan problemas de movilidad. Sin embargo, la *Encuesta sobre soledad de la Unión Europea* (8) señala que entre las personas que hacen un **uso intensivo de las redes sociales** (2 o más horas diarias), existe una prevalencia de soledad un 51 % mayor a la del resto de la población (18,0 % vs. 11,9 %). Esto se atribuye al hecho de que estas personas sustituyen, en cierta medida, el tiempo de interacción cara a cara por el uso de redes. Además, el tiempo empleado en redes sociales, como cabía esperar, es superior entre los menores de 31 años, lo cual puede incrementar la vulnerabilidad de la juventud a la soledad.

En España, una de cada cinco personas (20 %) sufre actualmente soledad.

Además, el 67 % de quienes la experimentan la sufren de manera crónica, es decir, desde hace dos años o más.

Por otro lado, el **género** no condiciona diferencias notables en líneas generales. Cabe destacar que, en estos documentos, utilizamos el término género para referirnos a los roles, comportamientos y atributos socialmente construidos asociados a ser mujer u hombre, diferenciándolo del sexo, que hace referencia a las características biológicas y fisiológicas.

Un reciente metaanálisis, que utiliza encuestas estandarizadas para evaluar la relación entre soledad y género, puso de manifiesto que estas diferencias muchas veces no son significativas, que su efecto es muy reducido, y que los hombres sufren de soledad ligeramente más que las mujeres (9). La evidencia, aun así, es controvertida y otros estudios señalan que la prevalencia es mayor en mujeres, aunque en general se señala que no hay diferencias (10).

En España, la prevalencia de soledad es superior en mujeres que en hombres (14,8 % vs 12,1 %), en especial cuando hablamos de edades más avanzadas, donde existe una mayor esperanza de vida y un mayor porcentaje de viudedad entre las mujeres. También se observan diferencias entre géneros cuando se analizan los datos en función de algunas características sociodemográficas o del estado de salud. Por ejemplo, los hombres con mala salud mental sufren más soledad que las mujeres en esta situación; por el contrario, entre las personas con discapacidad, son las mujeres quienes presentan una mayor prevalencia de soledad (6).

En España, la prevalencia de soledad es mayor en mujeres (14,8 %) que en hombres (12,1 %), especialmente en edades avanzadas debido a una mayor esperanza de vida y un mayor porcentaje de viudedad entre ellas.

Cuando pensamos en los factores de riesgo, los que conducen a la soledad son múltiples y suelen clasificarse en **externos** o **internos**, según la perspectiva de quien padece la soledad.

Las causas externas son mayoritarias (80 %), siendo la **falta percibida de convivencia o apoyo familiar y social** la más reportada.

En lo relativo a las causas internas, la **dificultad autopercebida para relacionarse con los demás** es la que destaca por encima de la mala salud (11). Le siguen las expectativas de la persona respecto a la convivencia o el apoyo social, factores que también pueden influir en la percepción de soledad.

Vemos que, al igual que sucede con los determinantes sociales de la salud, la soledad se distribuye de forma desigual en función de la realidad de cada individuo. Tanto **factores individuales** como el propio **paradigma económico y social** van a modelar la experiencia de soledad, desempeñando las características del entorno comunitario cercano y familiares un papel muy importante. Por tanto, es de esperar que las soluciones al problema de la soledad sean, de igual modo, estructurales. A lo largo de este documento y los que le siguen, nos adentraremos en profundidad en la forma y dimensión de la soledad en nuestro país y se presentarán recomendaciones en materia de políticas públicas para abordarla desde las diferentes esferas de la sociedad.

2. Ámbitos que determinan la presencia de soledad

Aunque en este documento se utiliza el término soledad de manera general, es necesario recalcar, de nuevo, que el sentimiento de soledad y el aislamiento social son conceptos diferentes: las personas pueden experimentar soledad sin estar socialmente aisladas, pueden combinar ambos factores o pueden estar aisladas sin necesidad de sentirse solas. Por su parte, el **aislamiento social** en muchas ocasiones viene determinado por la **composición del hogar o modalidad de cohabitación**. El **sentimiento de soledad** suele ir vinculado a las **redes de socialización**, ya sean de amistad o familiares, o a la ausencia de un compañero específico deseado (4). En este apartado, analizaremos la importancia de ambos.

a. Composición del hogar

En nuestro contexto social, es decir, el de los países occidentales de ingresos altos, vivir solo se ha convertido en una de las modalidades más habituales en las últimas décadas. En países como Alemania, Noruega o Suecia, alrededor de la mitad de los hogares son unipersonales.

La composición del hogar determina profundas diferencias en la prevalencia de soledad. Según los datos del *Barómetro de la soledad no deseada en España 2024* (6), los factores que condicionan en mayor medida este impacto son: convivir o no con otras personas, y hacerlo o no en pareja.

Las personas que **viven solas** tienen una prevalencia de soledad especialmente acusada (35 %). Si bien quienes lo hacen por **elección propia** presentan una prevalencia notablemente inferior (25 %) frente a aquellas que **no tienen alternativa** (65 %), las cifras siguen siendo más elevadas que en las personas que **viven acompañadas** (17 %). Entre aquellos hogares no unipersonales, es decir, compartidos, resulta especialmente relevante la convivencia con una **pareja**, independientemente de si incluye hijos o no. En este tipo de hogares se observa una prevalencia de soledad de alrededor del 13 %, la más baja de todas las modalidades de convivencia, mientras que en las **familias monoparentales** y en los hogares que presentan **otras formas de convivencia**, la soledad aparece con mucha más frecuencia (29 % en familias monomarentales).

El género aporta cierta variabilidad a la relación entre el tipo de hogar y el sentimiento de soledad. Los **hombres que viven solos** sienten **más soledad** que las mujeres (37 % frente al 32 %). Sin embargo, cuando se trata de hogares no unipersonales, sea cual sea la modalidad de convivencia, las mujeres presentan soledad con mayor frecuencia, hecho que ya había sido recogido en la literatura de forma previa (12). De igual modo, mientras que la paternidad influye positivamente sobre el sentimiento de soledad en aquellos hombres que tienen pareja, en las mujeres ocurre el fenómeno contrario. Asimismo, los **padres monoparentales** se sienten menos solos (22 %) que las **madres** en esta situación (32 %) (6).

*Las personas que **viven solas** tienen una mayor prevalencia de soledad (35 %), especialmente aquellas que no lo hacen por elección propia (65 %).*

En contraste, quienes eligen vivir solas presentan una tasa menor (25 %), pero aún superior a la de quienes viven acompañadas (17 %).

Estos datos reflejan un panorama conocido socialmente, pero no siempre evidenciado con cifras: la realidad del hogar es diferente para hombres y para mujeres, y su composición y dinámicas les impactan de maneras distintas. Por este motivo, las políticas sociales implementadas en este ámbito deben presentar siempre una **perspectiva clara de género** que ataje problemas y desigualdades que aún estamos caracterizando, y responda a las necesidades de toda la población.

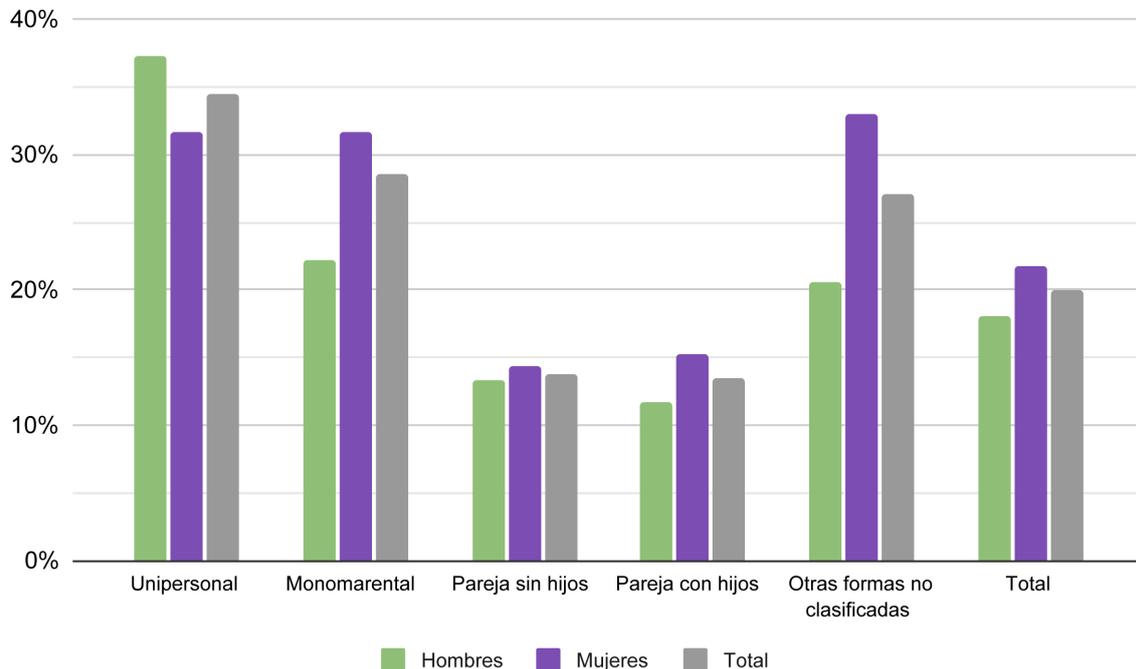


Gráfico 1. Prevalencia de soledad no deseada por tipo de hogar y sexo en España.

Fuente: Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. Barómetro de la soledad no deseada en España 2024.

b. Conexiones sociales: familia, pareja y amistad

*Un 40 % de las personas que sienten soledad reportaron **malas relaciones familiares** en el Barómetro.*

Actualmente, en nuestro país, las personas cuyas relaciones familiares son menos de las que desearían duplican en prevalencia de soledad a la población satisfecha con sus vínculos familiares (6). La influencia de la **calidad** de estos vínculos en la soledad es igualmente destacable: un 40 % de las personas que sienten soledad reportaron malas relaciones familiares en el Barómetro, mientras que esto solo se producía en un 15 % de quienes no sentían soledad.

La calidad de los vínculos familiares es especialmente importante en la experiencia de la soledad en los **niños, niñas y adolescentes**. Existe evidencia que apunta a que aquellos individuos que se han sentido solos al comienzo de su vida tienen más probabilidades de que ese sentimiento se cronifique (13). La existencia de **redes intrafamiliares sanas** entre cada uno de los miembros, y no solo con el niño o la niña, es especialmente relevante y presenta un impacto mayor que otros determinantes como el género, la educación o la renta de los padres (14).

Como se ha mencionado, en los adultos la **pareja** juega un rol clave en el sentimiento de soledad. Como es de esperar, son aquellas relaciones basadas en el apoyo, la confianza y un vínculo sexoafectivo satisfactorio las que se encuentran asociadas a menores tasas de soledad. Prueba de ello se encuentra en estudios científicos que muestran que el sentimiento de soledad ya comienza a incrementarse antes de una **separación** o un **divorcio**, es decir, cuando la relación se empieza a deteriorar, y no únicamente después del acto de la separación (15).

Otro evento vital familiar ligado a la experiencia de soledad es la **viudedad**. Sucede habitualmente en la vejez, después de años de relación, y coexiste en el tiempo con otros problemas con los que se retroalimenta la soledad, como el empeoramiento de la salud o los cambios en las relaciones con su entorno social (16). A pesar de existir una mayor proporción de viudedad entre las mujeres, debido a su mayor longevidad, son los hombres los que se ven más condicionados por ella respecto a la soledad, si bien, con el paso del tiempo, esta diferencia se va atenuando.

La influencia de los vínculos sociales no se limita a la familia. Existen estudios que señalan las amistades como vínculos más importantes. En un estudio reciente se observó que el contacto frecuente con amigos tiene **efectos positivos** sobre la **actividad física y cognitiva**, mientras que el contacto familiar no se asoció con este efecto (17). Los datos recogidos en el Barómetro muestran que la insatisfacción con las relaciones de amistad está más relacionada con la soledad que la insatisfacción con los vínculos familiares, si bien la diferencia observada no es de gran magnitud.

3. Relevancia social y económica de la soledad

Si, como se exponía al principio, la soledad disminuye la esperanza de vida tanto como el tabaco, entonces no debe ser indiferente a nadie. Su **coste social, en salud y económico**, afecta a todo el conjunto de la ciudadanía. De esta manera, las implicaciones de la soledad se ramifican por diversos ámbitos de la sociedad y van más allá de la propia salud. Según la *Encuesta sobre Soledad de la UE* (8), las personas que se sienten solas afirman tener más desconfianza y una mayor probabilidad de no votar. Vemos, por lo tanto, que este tipo de implicaciones afectan directamente a la cohesión, estabilidad y capacidad de progreso de un país. En el plano económico, se estima que esta problemática tiene un coste en España de más de **14.000 millones de euros** (más del 1 % del PIB), y casi la mitad de estos costes derivan directamente de un aumento en el gasto sanitario de estas personas (11).

a. Impacto en salud

Como adelantamos en la introducción, la soledad está asociada de manera directa y notable con la salud: aquellas personas que se sienten solas presentan un peor estado de salud. Esta va muchas veces ligada a **comportamientos de riesgo**, al incremento del **uso de servicios** sanitarios, y a mayor **morbilidad y mortalidad** (18).

Las mayores diferencias se observan en el plano de la **salud mental**. En nuestro país, aquellas personas que sienten soledad presentan aproximadamente cinco veces más prevalencia de **ansiedad y depresión**, en el último año, que aquellas que no la sienten (11), ajustando por variables sociodemográficas. Además de esto, casi la mitad de las personas que sufren soledad han presentado pensamientos autolesivos o suicidas alguna vez.

*Las personas que sufren soledad presentan **cinco veces más prevalencia de ansiedad y depresión** que aquellas que no la padecen.*

No obstante, en el plano físico también existen notables asociaciones con alteraciones **cardiovasculares, inmunológicas, metabólicas y cognitivas** (19). El nexo entre soledad y estas enfermedades podría deberse, en parte, a mecanismos conductuales, es decir, a una prevalencia más elevada de hábitos dañinos para la salud, como la inactividad física o el consumo de tabaco. Sin embargo, según múltiples estudios científicos, en el impacto de la soledad en la salud también están involucrados mecanismos biológicos directos. Muestra de ello es el hallazgo de una mayor presencia de moléculas inflamatorias en el torrente sanguíneo de las personas que sufren soledad (20–22). Estas moléculas inflamatorias a menudo se secretan de manera fisiológica como respuesta a distintos estresores, pero unos niveles altos mantenidos pueden causar, en último término, un aumento de la tensión arterial, colesterol alto, obesidad o alteraciones inmunológicas.

Aunque la relación entre la soledad y el estado de salud es clara, es necesario **profundizar en su estudio y cuantificar el impacto** de las intervenciones basadas en redes de apoyo social sobre diversos indicadores de salud. Dado que las asociaciones con problemas de salud expuestas determinan un incremento en el uso de recursos sanitarios —como pueden ser el consumo de medicamentos o la frecuentación de consultas médicas—, este conocimiento contribuiría a optimizar la planificación en salud pública y asistencia sanitaria.

b. Impacto económico

El Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada estimó que, en 2021, solo en **costes directos** (consumo de medicamentos, hospitalización y visitas en atención primaria y especializada), el coste de la soledad en España se situaba en torno a los 6.000 millones de euros. De ellos, más de la mitad se deben a las visitas a especialistas. A esto habría que sumar los **costes indirectos** (estimados en base a la pérdida de productividad y de años de vida perdidos por muertes prematuras), que ascenderían a más de 7.000 millones de euros. En total, el impacto económico de la soledad en nuestro país equivaldría a más de un 1 % del PIB.

*Se estima que la soledad tiene un coste en España de más de **14.000 millones de euros** (más del 1 % del PIB). Casi la mitad de estos costes derivan directamente del **aumento del gasto sanitario** de estas personas.*

Sin embargo, el coste real es aún mayor. A estas cifras habría que añadirles los **costes intangibles**, difíciles de medir, pero con un gran impacto social, ya que hacen referencia a la reducción de la calidad de vida de las personas que sufren soledad (5). Estos costes intangibles representan una combinación de la **pérdida de expectativa de vida** y de la **pérdida de calidad de vida**, y se miden en años de vida ajustados por calidad (AVAC). La estimación de los AVAC perdidos es compleja, pero podría situarse entre 10.000 y 30.000 en función del escenario, es decir, decenas de miles de años de buena salud perdidos para el conjunto de nuestra sociedad por culpa de la soledad (11).

4. Percepción de la soledad

La percepción de la soledad como un problema social relevante ha ido creciendo significativamente. Según cifras del Barómetro, casi el **70 %** de las personas conocen a alguien que podría estar experimentando soledad (6).

Existe una disociación en lo que respecta a la **autopercepción** de la soledad. Mientras que muchas personas son capaces de ver la soledad cuando se trata de un problema ajeno, pueden no reconocerla en su propia vida, reforzando así la invisibilidad del problema. Las personas que sufren de soledad a menudo no se sienten cómodas hablando de su experiencia ni pidiendo ayuda, sin embargo, existe la percepción generalizada de que la soledad es un tema del que se puede hablar abiertamente en abstracto. El estigma existente alrededor del reconocimiento de la propia soledad dificulta hablarlo abiertamente. Aunque se perciba la soledad, se evita hablarlo para evitar rechazo o prejuicios del entorno cercano.

En cuanto a la percepción de las causas, tan solo una minoría considera que la soledad se debe exclusivamente al comportamiento de la persona afectada. La mayoría cree que es causada por una combinación de **factores internos y externos**, como la falta de apoyo social y familiar, circunstancias laborales y problemas de salud.

La percepción de la soledad afecta de manera diversa a **distintos grupos demográficos**. Las personas mayores, especialmente aquellas que han enviudado, y las personas LGTBI+ son percibidas como los grupos más vulnerables. Sin embargo, esta percepción puede no reflejar completamente la realidad. En particular, la percepción de la soledad entre las mujeres viudas no siempre se reconoce adecuadamente. Se tiende a asumir que todas las viudas experimentan soledad, lo cual, como hemos visto, es una percepción errónea, dado que a menudo se asocia más a los hombres. Esta falta de distinción puede llevar a intervenciones inadecuadas que no abordan las necesidades específicas de las personas afectadas.

5. COVID-19 y soledad

La pandemia por COVID-19 ha contribuido notablemente a aumentar la prevalencia de soledad. Las medidas implementadas por los gobiernos en los peores momentos de la pandemia, centradas en restricciones de movilidad y distanciamiento social, redujeron las oportunidades de interacción social y agravaron la problemática de la soledad (23). De acuerdo con un estudio realizado a nivel de la Unión Europea, en 2016 el 12 % de ciudadanos de la UE y el 12 % de ciudadanos españoles declararon sentirse solos; en los primeros meses de la pandemia, este porcentaje aumentó hasta un 25 % en la UE y un 19 % en España (24).

Un aspecto crítico de la soledad durante la pandemia fue su impacto en la salud mental. El aislamiento prolongado y la falta de interacción social llevaron a un aumento significativo en los niveles de ansiedad, depresión y otros problemas de salud mental. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia global de ansiedad y depresión aumentó en un 25 % durante el primer año de la pandemia. Este deterioro de la salud mental no solo afecta al bienestar emocional de las personas, sino que, como hemos dicho, también tiene implicaciones económicas y sociales de largo alcance, incluyendo

En los primeros meses de la pandemia, la soledad aumentó hasta un 25% en la UE y un 19% en España, afectando especialmente a la salud mental y el bienestar de la población.

una mayor carga sobre los sistemas de salud y una disminución en la productividad laboral (25). Es necesario tener en cuenta que, durante la pandemia, la prevalencia de pérdidas de empleo o de ingresos fue elevada: un 28 % de los individuos entre 18 y 64 años y activos laboralmente, experimentaron alguna pérdida. Dentro de este 28 %, la mitad de estas personas sufrieron esta pérdida durante un periodo de más de 6 meses (26). Las dificultades económicas derivadas de estas circunstancias han podido agravar el impacto en salud mental y, por último, en el sentimiento de soledad, siendo un reto aún más desafiante en las personas que tradicionalmente han tenido más dificultades para acceder al mercado laboral, como personas con discapacidad, mayores de 55 años, mujeres con responsabilidades familiares no compartidas y otras personas en riesgo de exclusión social.

Asimismo, la COVID-19 también tuvo un impacto relevante sobre problemas de salud crónicos concomitantes con la soledad. El aumento de la incidencia de enfermedades crónicas complejas y el empeoramiento de las preexistentes condicionó un incremento de la soledad, al ser consecuencia de las mismas (27).

La soledad también ha tenido un impacto desproporcionado en ciertos grupos demográficos, particularmente los ancianos y aquellos con problemas de salud preexistentes, tal y como se ha mencionado anteriormente. Estos grupos, ya vulnerables, experimentaron una intensificación de sus sentimientos de soledad debido a la necesidad de mantenerse aislados para evitar la infección. Esto llevó a un círculo vicioso donde la soledad exacerbaba los problemas de salud existentes y estos, a su vez, agravaban la sensación de aislamiento (23).

Sin embargo, cabe resaltar que, en el caso de las personas jóvenes, la pandemia no es señalada como causa de soledad por casi el 80 % de quienes la sufren en la actualidad (28). Estas diferencias en la percepción del impacto de la crisis de la COVID-19 en la soledad pueden deberse a la existencia de una brecha tecnológica en un momento en el que las interacciones a distancia se volvieron la principal forma de relacionarse para la mayor parte de la sociedad.

6. Abordaje de la soledad

La identificación de la soledad como un problema social ha llevado a la adopción de diversas iniciativas por parte de las autoridades a diferentes niveles y en distintos lugares del mundo. En 2023, la OMS, teniendo en cuenta el impacto en salud pública que supone la soledad, puso en marcha una *Comisión sobre Conexión Social*, con la intención de analizar el papel central que desempeña la conexión social en la mejora de la salud de las personas de todas las edades e impulsar soluciones frente a la problemática de la soledad (29). Las iniciativas en materia de políticas públicas a nivel estatal no son muchas, pero existen algunos ejemplos. En Japón, se ha promulgado una ley orientada a promover políticas frente a la soledad, un problema que afecta a casi la mitad de su población. En consonancia con esto, es oportuno preguntarse qué iniciativas se están llevando a cabo en nuestro país para el abordaje de esta problemática social.

En España existen algunos ejemplos de abordaje de la soledad. Desde el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) se han puesto en marcha múltiples acciones orientadas a la prevención de la soledad en personas mayores. Entre estas se encuentran la realización de cursos que buscan sensibilizar a la población y capacitar a los profesionales en la identificación temprana y el tratamiento adecuado de este problema. Además, el Programa de Turismo fomenta el envejecimiento activo y contribuye a combatir la soledad al facilitar la socialización y la participación en actividades recreativas, siendo además un elemento ampliamente aceptado por los pensionistas.

El IMSERSO también ha promovido la realización de estudios y documentos sobre la soledad, contribuyendo a la comprensión y visibilización de este fenómeno. Actualmente, el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 está trabajando en la elaboración de una **Estrategia Nacional contra la Soledad**, una iniciativa que pretende coordinar y fortalecer los recursos existentes a nivel estatal para abordar este problema de manera inclusiva, transversal y con enfoque en el ciclo vital.

En el ámbito **regional**, encontramos varios ejemplos significativos. En Castilla-La Mancha la Consejería de Bienestar Social ha desarrollado la *Estrategia regional para tejer redes de valor y prevenir e intervenir en la soledad no deseada de las personas mayores de Castilla-La Mancha (2022-2025)* (30). Mediante este plan se pretende impulsar un modelo de atención centrado en la persona, promoviendo la sensibilización sobre el impacto de la soledad en el bienestar físico y emocional de las personas mayores, así como la creación de vías para canalizar estos sentimientos sin estigmas. Este plan busca coordinar los recursos sociales y sanitarios, anticipar situaciones de riesgo de aislamiento y brindar apoyo directo a quienes ya enfrentan una situación de soledad.

En el caso de Madrid, la *Estrategia Municipal contra la Soledad No Deseada en las Personas Mayores* (31), propone una intervención integral con prioridad en la prevención y sensibilización de la sociedad sobre la soledad en personas mayores. Esta estrategia, además de visibilizar la soledad como un fenómeno social, enfoca sus esfuerzos en reducir el aislamiento mediante la promoción de relaciones de apoyo, la intervención en casos detectados de soledad y el uso de tecnologías para identificar a personas en riesgo. La Comunidad de Madrid también lleva adelante un programa regional que aborda la soledad en personas mayores, coordinando una red de instituciones y profesionales que trabajan para prevenir y atender esta problemática.

Destaca también la *Estrategia municipal contra la soledad (2020-2030)* del Ayuntamiento de Barcelona (32), que adopta un enfoque integral al abordar la soledad en diferentes grupos de edad, no solo en personas mayores. Esta estrategia se articula en áreas como el análisis interno, diagnóstico, participación ciudadana, investigación académica y el uso de experiencias internacionales para aplicar soluciones intergeneracionales. Iniciativas concretas, como el *Servicio de Familias Colaboradoras*, que puede ayudar puntualmente en situaciones familiares complicadas como aquellas de familias monoparentales, e incluso podría aliviar la sensación de aislamiento de estos padres y madres.

Uno de los proyectos más ambiciosos y que más reflejan la importancia de este problema en España es, como ya hemos ido mencionando en este documento, el **Observatorio Estatal de Soledad No Deseada** (SoledadES), promovido por la ONCE. Uno de sus interlocutores es, precisamente, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, que forma parte del Grupo de Trabajo de Investigación y Conocimiento del Observatorio que tiene como objetivo crear una red de apoyo y esfuerzo común para debatir ideas, participar conjuntamente y abordar los aspectos relacionados con el estudio y conocimiento de la soledad no deseada.

Por otro lado, cada vez es más habitual que las entidades no gubernamentales promuevan iniciativas y programas dirigidos a combatir la soledad. Algunos de ellos están orientados a atajar la soledad dentro de la propia organización, como es el caso del plan *ONCERCA* (33) de la ONCE. Este plan busca atender a los afiliados que presentan sentimientos de soledad aportándoles un referente institucional que los acompañe de manera presencial, generando un vínculo y animándolos a participar en diferentes actividades.

Cruz Roja Española, que viene desarrollando desde hace décadas diferentes iniciativas ante la soledad, puso en marcha en 2022 el servicio multicanal *Te acompaña* (34) en colaboración con el IMSERSO y el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 para informar, orientar y acompañar gratuitamente a personas de todas las edades frente a la soledad, que funciona como un radar para detectar e identificar estas situaciones y que ha atendido más de 16.000 consultas desde

su puesta en marcha a través de todos sus canales, entre los que se incluyen las redes sociales (Facebook, Instagram, X) o WhatsApp. También, gracias a la colaboración de la Fundación Amancio Ortega, Cruz Roja ha lanzado en 2023 la iniciativa *Voces En Red* para paliar la soledad y favorecer la conexión con entornos próximos a través de los asistentes de voz para más de 26.000 personas mayores.

Además, conscientes de la relevancia de la soledad como desafío para el conjunto de toda la sociedad y con la mirada puesta en la búsqueda de soluciones, Cruz Roja y chocolates Milka (Mondelez) lanzaron en 2024 la iniciativa denominada *Ternura Contra la Soledad* (35), una campaña para visibilizar la realidad de la soledad no deseada, promover gestos de ternura para ayudar a aliviarla y ofrecer respuestas a las personas que lo necesiten a través del punto de atención de Cruz Roja más cercano.

Como ejemplo de iniciativas surgidas de la comunidad y enfocadas a la misma, mencionar *En bici sin edad*, iniciada en Copenhague en 2013 y con representación en más de 52 países. Esta iniciativa persigue una mejor **integración de las personas mayores** en la sociedad, fomentando su movilidad y socialización a través de paseos en bicicleta conducidos por voluntarios. Otro ejemplo es *Kuvu* (36), originada en el País Vasco, que promueve la **cohabitación intergeneracional** de alquiler entre estudiantes universitarios y personas mayores, con el objetivo de facilitar alojamiento y acompañamiento a la vez que se enriquece la perspectiva de ambas generaciones.

EL ROL DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN EL ABORDAJE DE LA SOLEDAD

El farmacéutico comunitario es una de las figuras de **referencia en salud** para la población. Además de iniciativas concretas llevadas a cabo por los Colegios de Farmacéuticos, que presentaremos a lo largo de los próximos documentos de esta serie, el propio **ejercicio profesional** del farmacéutico puede servir para contribuir a atajar la soledad de los pacientes.

La soledad puede relacionarse, en ocasiones, con el uso y abuso de ciertos medicamentos, constituyendo una señal de alerta bidireccional a la cual se debe atender. Otras cuestiones, como la adherencia terapéutica y la polimedicación, pueden tener implicaciones en el sentimiento de soledad. De manera que, fomentar una buena **adherencia farmacoterapéutica** desde la farmacia, puede traducirse en un buen manejo de la enfermedad, con menos complicaciones asociadas, que lleve, al mismo tiempo, a una mayor capacidad para salir, relacionarse y establecer vínculos. De igual modo, se ha visto que la **revisión de la medicación** en pacientes polimedificados, junto con un **abordaje psicosocial**, reduce el nivel de soledad percibido por los individuos (29, 30).

7. Recomendaciones

Después de esta aproximación inicial a la soledad, se presentan algunas recomendaciones que sirvan para atajarla desde una óptica general y partiendo de diferentes estratos y actores de la sociedad:

- La prevalencia de soledad como **prioridad para la Administración Pública**. Es necesario que la Administración sea consciente de que la soledad, aunque tenga un origen multifactorial, en último término es el resultado de un modelo social concreto. Por este motivo, no sirve abordarla exclusivamente mediante medidas escogidas que atajen algunas de las causas, sino que es necesario integrar esta visión en políticas sociales, asistenciales, sanitarias y económicas. Para que esto sea posible, es imprescindible una buena coordinación entre los diferentes niveles de la Administración, permitiendo establecer medidas a lo largo del país con una perspectiva de equidad y cohesión, y, al mismo tiempo, evaluar, promover y difundir experiencias de éxito locales y regionales.
- Implicar a los **profesionales sanitarios** y, en concreto, a la **atención comunitaria ofrecida por la Farmacia**. El farmacéutico comunitario, además de fomentar la adherencia terapéutica y revisar la medicación, puede identificar señales tempranas de aislamiento social, como el uso repetitivo de ciertos medicamentos o la falta de adherencia. A través de formación y sensibilización específicas sobre situaciones y factores de riesgo a cualquier edad, los farmacéuticos pueden actuar como un puente entre el paciente y otros servicios de salud o sociales, ofreciendo un acompañamiento integral que aborde tanto las dimensiones clínicas como las sociales de la soledad.
- Reforzar **políticas de empleo**. Al inicio de este documento, se señalaba la asociación que existe entre el desempleo y el sentimiento de soledad, especialmente en personas de mediana edad. Fomentar la capacitación, especialmente entre los grupos más vulnerables frente a la soledad y con más dificultades para conseguir empleo —por ejemplo, personas con discapacidad o migrantes—, incrementa de manera directa el contacto social a través del entorno laboral y facilita la participación en actividades sociales al generar recursos económicos y bienestar psicológico.
- Fomentar la **participación** y el **tejido asociativo**. Generar redes entre diferentes asociaciones y organizaciones locales ayuda al enriquecimiento comunitario y a establecer vínculos que fortalezcan poblaciones vulnerables, como puede ser el caso de los ancianos y la población migrante en los barrios, y puede aportar soluciones orientadas a escenarios concretos.
- Iniciativas públicas a nivel municipal o regional encaminadas al **encuentro generacional**. Teniendo en cuenta la distribución en forma de “U” del sentimiento de soledad a lo largo de la vida, es especialmente interesante fomentar este encuentro generacional entre jóvenes y ancianos. Este encuentro no solo sirve para el acompañamiento mutuo, sino también para promover una mayor empatía y transferencia de conocimiento entre generaciones que, a menudo, no comparten espacios.
- Fomentar las relaciones sociales mediante el **ocio saludable**. El impacto de esta recomendación es doble, al promover hábitos saludables, como puede ser la práctica deportiva, al tiempo que se busca aliviar o prevenir la soledad. Además, estas iniciativas pueden llevarse a cabo dentro del contexto de tejido asociativo y en combinación con otras iniciativas para combatir la soledad, como el encuentro intergeneracional.

REFERENCIAS

1. Health (OASH) O of the AS for. New Surgeon General Advisory Raises Alarm about the Devastating Impact of the Epidemic of Loneliness and Isolation in the United States [Internet]. 2023 [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/about/news/2023/05/03/new-surgeon-general-advisory-raises-alarm-about-devastating-impact-epidemic-loneliness-isolation-united-states.html>
2. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health. noviembre de 2017;152:157-71.
3. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. Ann Behav Med Publ Soc Behav Med. octubre de 2010;40(2):10.1007/s12160-010-9210-8.
4. Valtorta N, Hanratty B. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? J R Soc Med. diciembre de 2012;105(12):518-22.
5. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci. marzo de 2015;10(2):227-37.
6. Fundación ONCE, Fundación AXA. Barómetro de la Soledad No Deseada en España 2024 [Internet]. 2024 [citado 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_Barometro%20soledad-v2.pdf
7. Weigle PE, Shafi RMA. Social Media and Youth Mental Health. Curr Psychiatry Rep. enero de 2024;26(1):1-8.
8. European Commission. Loneliness risk factors and consequences [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://joint-research-centre.ec.europa.eu/scientific-activities-z/survey-methods-and-analysis-centre-smac/loneliness/risk-factors-and-consequences_en
9. Maes M, Qualter P, Vanhalst J, Van Den Noortgate W, Goossens L. Gender Differences in Loneliness across the Lifespan: A Meta-Analysis. Eur J Personal. noviembre de 2019;33(6):642-54.
10. Nicolaisen M, Thorsen K. Loneliness among men and women--a five-year follow-up study. Aging Ment Health. marzo de 2014;18(2):194-206.
11. SoledadES. El coste de la soledad no deseada en España [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.soledades.es/estudios/el-coste-de-la-soledad-no-deseada-en-espana>
12. Altschul D, Iveson M, Deary IJ. Generational differences in loneliness and its psychological and sociodemographic predictors: an exploratory and confirmatory machine learning study. Psychol Med. abril de 2021;51(6):991-1000.
13. Longevity TLH. Supporting social connections across the life course. Lancet Healthy Longev. 1 de abril de 2024;5(4):e236.
14. Heshmati S, Blackard B, Beckmann B, Chipidza W. Family Relationships and Adolescent Loneliness: An Application of Social Network Analysis in Family Studies. J Fam Psychol. 1 de marzo de 2021;35:182-91.
15. Barjaková M, Garneró A. JRC Publications Repository. 2022 [citado 10 de diciembre de 2024]. Risk factors for loneliness. Disponible en: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC127481>

16. López Doblas J, Díaz Conde M del P. Viudedad, soledad y salud en la vejez. Rev Esp Geriatria Gerontol. 1 de mayo de 2018;53(3):128-33.
17. Sharifian N, Kraal AZ, Zaheed AB, Sol K, Zahodne LB. Longitudinal Associations Between Contact Frequency with Friends and with Family, Activity Engagement, and Cognitive Functioning. J Int Neuropsychol Soc JINS. septiembre de 2020;26(8):815-24.
18. Hawkley LC. Loneliness and health. Nat Rev Dis Primer. 14 de abril de 2022;8(1):1-2.
19. Hawkley LC, Capitano JP. Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. Philos Trans R Soc B Biol Sci. 26 de mayo de 2015;370(1669):20140114.
20. JRC Publications Repository. The relationship between loneliness and health [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC129972>
21. Hackett RA, Hamer M, Endrighi R, Brydon L, Steptoe A. Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. Psychoneuroendocrinology. noviembre de 2012;37(11):1801-9.
22. Brown EG, Gallagher S, Creaven AM. Loneliness and acute stress reactivity: A systematic review of psychophysiological studies. Psychophysiology. mayo de 2018;55(5):e13031.
23. Hwang TJ, Rabheru K, Peisah C, Reichman W, Ikeda M. Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. Int Psychogeriatr. :1-4.
24. Baarck J, Balahur-Dobrescu A, Cassio LG, D'hombres B, Pasztor Z, Tintori G. JRC Publications Repository. 2021 [citado 10 de diciembre de 2024]. Loneliness in the EU. Insights from surveys and online media data. Disponible en: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC125873>
25. World Health Organization. World Mental Health Report [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>
26. Crespo L, Gómez-García M, Jovell P, Rivera B, Villanueva E. Pérdidas de ingresos y de empleo durante la pandemia de COVID-19 y situación financiera de los hogares: evidencia de la EFF. Bol Económico. 5 de diciembre de 2023;(2023/T4):05.
27. Observatorio de la Atención al Paciente archivos [Internet]. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://plataformadepacientes.org/tematica-informe/observatorio-de-la-atencion-al-paciente/>
28. SoledadES. Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estudio%20soledad%20juvenil_V12_accesible.pdf
29. WHO Commission on Social Connection [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/groups/commission-on-social-connection>

31. Fundación PILARES para la Autonomía Personal, Consejería de Bienestar Social de Castilla-La Mancha. Estrategia regional para tejer redes de valor y prevenir e intervenir en la soledad no deseada de las personas mayores de Castilla-La Mancha [Internet]. 2022 [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20240301/estrategia_snd_clm.pdf
32. Ayuntamiento de Madrid. Estrategia municipal contra la Soledad no deseada en las personas mayores [Internet]. 2024 [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Especial%20informativo/Soledad/20240701%20Estrategia-Soledad-Web.pdf>
33. Ayuntamiento de Barcelona. Estrategia municipal contra la soledad | Derechos Sociales, Educación y Ciclos de Vida [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/es/barcelona-contra-la-soledad/estrategia-municipal-contra-la-soledad>
34. ONCE. A tu lado siempre — Web de la ONCE [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.once.es/servicios-sociales/a-tu-lado-siempre>
35. Multicanal Te Acompaña - Cruz Roja [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/teacompana>
36. ternuracontralasoledad.com [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Ternura Contra la Soledad. Disponible en: <https://ternuracontralasoledad.com>
37. Kuvu [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Comparte casa con personas de otras generaciones. Disponible en: <https://kuvu.eu>

2.

Personas mayores y su vulnerabilidad frente a la soledad



1. Introducción

Actualmente, se calcula que hay más de **mil millones** de personas en el mundo con **60 años o más**. A nivel institucional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado el decenio 2021-2030 como la **Década del Envejecimiento Saludable**, promoviendo políticas marcadas por la Agenda 2030 y su compromiso por no dejar a nadie atrás. En este contexto, resulta muy relevante abordar los aspectos que condicionan la salud y el bienestar de las personas mayores (1). Se estima que, en España, hay más de **nueve millones y medio de personas de 65 años o más**, casi tres millones más que a principios de siglo, y las previsiones indican que estas cifras seguirán en aumento (2). No solo llegamos con más frecuencia hasta los 65 años, sino que, a los 65 años, con el aumento progresivo de la esperanza de vida, aún nos queda mucho por vivir. Según datos de 2022, una mujer de 65 años en España todavía tiene por delante más de 23 años de vida, y casi 20 años en el caso de un hombre, valores incluso por encima de la media de los países de nuestro entorno (3). Es un hecho que cada vez vivimos más, pero mantener una buena calidad de vida en estas etapas avanzadas sigue siendo un reto para la mayoría de las sociedades. El objetivo ya no es sumar años de vida, sino que aspiramos a **sumar vida a los años** (4).

*En España, hay más de **nueve millones y medio de personas de 65 años o más**, casi tres millones más que a principios de siglo, y las previsiones indican que estas cifras seguirán en aumento.*

Con esta ambición de vivir más, pero también mejor, uno de los aspectos que ha sido objeto de estudio en épocas recientes, por su relación con la calidad de vida, la salud y el bienestar, ha sido la **soledad entre las personas mayores**.

2. Condicionantes específicos de la soledad en las personas mayores

Como ya se ha comentado, la soledad no es un problema exclusivo de las personas mayores, sino que puede aparecer en todas las etapas de la vida. De hecho, según el último *Barómetro de la Soledad No Deseada en España* del Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, entre los 18 y los 44 años la proporción de personas que indican sufrir soledad es mayor. A partir de ahí, disminuye y vuelve a aumentar en las edades tardías de la vida (5). Según algunas estimaciones, la soledad podría afectar a entre el 30 y el 50 % de las personas mayores (6). En esta etapa de la adultez se dan una serie de condicionantes que hacen que las personas mayores sean **especialmente vulnerables a la soledad**, sobre todo si a la edad se le suman otros factores, como pertenecer a colectivos vulnerables o padecer problemas físicos o mentales. Además, en caso de aparecer, la soledad tiene consecuencias muy importantes en la salud y la calidad de vida de las personas mayores (7).

Los factores de riesgo de soledad pueden impactar de manera diferente en función de la edad y puede ser necesario abordarlos de manera diferente (8). Las personas mayores pueden experimentar situaciones que condicionen su vivencia, por ejemplo, el duelo por la pérdida de seres queridos, por el cambio de circunstancias vitales o por los posibles cambios de domicilio. Por ello, prima un abordaje

multicausal que sea objeto de investigación con el fin de integrarse en las políticas sociales enfocadas a enfrentar este problema.

a. Transiciones vitales y cambios en la estructura familiar

A partir de la séptima década de la vida se empiezan a producir muchos cambios importantes que afectan al día a día de las personas. Con la llegada de la **jubilación**, aumenta el tiempo que se puede dedicar a actividades de ocio y al fortalecimiento de las redes sociales, pero no siempre ocurre así. De hecho, el trabajo supone una oportunidad para tratar y establecer vínculos con otras personas a diario, y esto permite mantener la conexión social. La jubilación obliga a las personas a ser proactivas en esta búsqueda de contacto humano, lo cual no siempre resulta fácil. Además, la **crisis identitaria**, que a menudo se asocia a la pérdida del papel productivo en la sociedad, puede ejercer de freno para el desarrollo de esa red de apoyo personal y hacer que los jubilados y las jubiladas se encierren en una burbuja (9).

A los cambios laborales hay que sumar los cambios en la estructura familiar: los hijos y las hijas ya no viven en casa y las parejas fallecen.

A los cambios laborales hay que sumar los **cambios en la estructura familiar**: los hijos y las hijas ya no viven en casa y las parejas fallecen. Según la *Encuesta de Población Activa* del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el cuarto trimestre de 2023 había en España más de **dos millones de personas mayores de 70 años viudas** (10). Todo esto conlleva un aumento en las posibilidades de encontrarse **viviendo solo o sola**, y aunque vivir en soledad no es sinónimo de sentir soledad, sí que ha demostrado ser un claro factor de riesgo para ello, como se ha expuesto previamente. En 2016, en nuestro país, la cifra de hogares unipersonales con personas de 65 años o más, alcanzaba ya casi al 30 % de las mujeres y al 15 % de los hombres de esa edad (7).

b. Envejecer en entornos rurales

Aunque la mayoría de las personas mayores en España vive en ciudades —más de siete millones, un 77 % de los mayores de 65 años—, la proporción de personas mayores respecto del total de la población es significativamente mayor en el entorno rural. Mientras que las personas mayores constituyen un 28 % de los 2,7 millones de personas que viven en municipios rurales (de 2.000 habitantes o menos), en el ámbito urbano solamente suponen un 19 % de la población. Podemos afirmar, por tanto, que la **población rural en España está envejecida**.

Mientras que la juventud rural presenta altas tasas de soledad, entre las personas mayores sucede lo contrario: la soledad es mayor en las grandes ciudades.

Sin embargo, a pesar de la menor dotación de servicios y problemas de despoblación, la prevalencia de soledad no varía notablemente entre el entorno rural y el urbano. Esto se puede deber a su composición demográfica: las personas mayores que viven en el ámbito rural tienen menor prevalencia de soledad que la gente joven. La soledad de la juventud que vive en zonas rurales es muy elevada, pero con la gente mayor sucede lo contrario: la soledad es mucho mayor en las grandes ciudades (5). Por otro lado, la forma de afrontar la soledad en el mundo rural es diferente a la del mundo urbano, en especial para las personas mayores. A pesar de la disminución de las redes

y relaciones debido a las constantes pérdidas, siguen existiendo valores de convivencia que no se presentan de la misma manera en la ciudad. Las visitas entre vecinos y la preocupación de estos

mismos, hace que la soledad no se viva como un olvido. El mantenimiento de las relaciones personales permite que quienes permanecen en las áreas rurales aún sientan preocupación por acompañar y prestar apoyos a sus vecinos que viven solos, compensando, en algunos casos, la escasez o dificultad de acceso a otros recursos sociales (11).

LA RED DE FARMACIAS EN ENTORNOS RURALES: ESPACIOS DE APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO

Ante los desafíos que suponen el envejecimiento, la despoblación y la pérdida de servicios en las áreas rurales, cada vez más apremiantes, la farmacia ha emergido como el último bastión de los sistemas sanitarios y sociales, garantizando no solo el acceso a los medicamentos y a los servicios de salud, sino también siendo un apoyo indiscutible para la comunidad.

El contacto constante y directo que mantienen con pacientes y ciudadanos le permite colaborar con otros servicios sociales para mejorar la calidad de vida de los habitantes de esas regiones, identificar necesidades y carencias y actuar en situaciones de emergencia, como las que puede dar lugar la soledad no deseada.

Con el objetivo de incrementar ese valor sanitario y social que aporta la Farmacia y mantener su permanencia en entornos rurales, el Consejo General de Colegios Farmacéuticos ha puesto en marcha varios proyectos. Como el *Programa de Farmacia Comunitaria Rural* firmado en 2023 con los Ministerios de Sanidad, Derechos Sociales y Agenda 2030, y Transición Ecológica y Reto Demográfico, que, además de promover el avance de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales y la incorporación de la Farmacia en las estrategias de salud pública y comunitaria, fomenta también su actuación en la detección y prevención de personas en riesgo de vulnerabilidad y con necesidades de atención social.

c. La brecha digital

En los últimos años, hemos asistido a un cambio importante en la manera de relacionarnos, en el que las nuevas tecnologías han adquirido un papel protagonista. La pandemia de COVID-19, que nos mantuvo confinados en nuestros hogares y limitó nuestras posibilidades de interacción social, promovió aún más el uso de las **herramientas digitales como medio para comunicarnos**. Sin embargo, el aprendizaje necesario para su manejo no siempre alcanza a las personas mayores (12). En 2019, menos de la mitad de las personas de 65 años o más utilizaba internet, según el informe sobre brecha digital de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (13), sin embargo, el número de personas mayores que utiliza internet ha ido aumentando en los últimos años hasta llegar a un 80 % de los mayores de 65 años en 2023 (14). Aunque el uso de internet y las nuevas tecnologías ha ido en aumento, sigue existiendo una diferencia de uso respecto a la población general. Esta diferencia no se corresponde con una falta de reconocimiento de internet como conector social, sino que se debe a una falta de acceso a la red, a no disponer de ordenador, de *smartphone* o a no saber manejarlos (13).

d. Hombres mayores solos y mujeres mayores solas

Aunque en líneas generales los estudios parecen indicar que no hay grandes diferencias en la prevalencia de soledad entre hombres y mujeres, los factores de riesgo que llevan a ella pueden ser diferentes (15,16). En España, y entre las personas mayores, hay cierto consenso de que la soledad afecta más a las **mujeres** (17). Quizás porque parece claramente asociada al hecho de enviudar y pasar a vivir sola (7,16).

Si nos adentramos un poco más en el concepto de soledad, podemos ver que no solo es cuestión de quién la sufre más, sino que podríamos establecer que la soledad que sienten unos y otras no es la misma. Las mujeres sufrirían más de una soledad relacionada con la pérdida de personas significativas, como podría ser el caso de las mujeres mayores que enviudan, además de enfrentarse a la pérdida progresiva de amistades y red social. Este fenómeno se agrava, ya que las mujeres mayores suelen asumir el rol de cuidadoras principales, incluso en edades avanzadas, lo que limita aún más sus oportunidades para cultivar relaciones sociales fuera del ámbito del cuidado (18,19). Por otro lado, los hombres sufrirían más de una soledad que tiene que ver con la pérdida de la identidad social o de una red activa, y que podría asociarse más con la jubilación y el cese de la actividad productiva. Además, cuando son ellos los que asumen el rol de cuidadores no profesionales, también reportan mayor soledad (20). Sumado a esto, los hombres tendrían más dificultades para compartir el sentimiento de soledad que las mujeres (17,21).

e. Cronicidad en las personas mayores

En España, el 49,3 % de los hombres y el 59,1 % de las mujeres mayores de 15 años reconocieron tener algún problema de salud crónico en 2020. Aunque las enfermedades crónicas afectan a toda la población, el porcentaje de personas que viven con ellas aumenta con la edad (22). Es frecuente que, en las últimas décadas de la vida, tengamos que convivir con algún **problema de salud crónico**. En el documento *Abordaje de la cronicidad compleja en España*, el Observatorio de la Atención al Paciente informa de que el 70 % de las personas mayores de 65 años presenta, al menos, una enfermedad crónica, siendo la media de cuatro por persona. Presentar patologías crónicas que limitan las posibilidades o la predisposición al ocio y al encuentro con otras personas podría favorecer la aparición de soledad. Además, las personas que **viven solas** y que padecen enfermedades crónicas se enfrentan a una **complicación añadida** en el manejo de su patología, al no disponer de la ayuda de otra persona conviviente que colabore en el cuidado. Esto puede condicionar una peor evolución y mayores tasas de morbimortalidad (23). Paralelamente, tal y como se recoge en el estudio del impacto de la enfermedad crónica en las personas mayores, se ha observado que existe una asociación entre sentirse mal por vivir solo y sentirse mal por presentar un problema crónico de salud (24), por lo que ambas condiciones parecen estar **intrínsecamente asociadas** entre sí.

En España, casi la mitad de los hombres (49,3 %) y más de la mitad de las mujeres (59,1 %) mayores de 15 años tenían algún problema de salud crónico en 2020. Una cifra que aumenta con la edad, ya que la cronicidad afecta al 70 % de las personas mayores de 65 años.

f. Cuidar o que te cuiden no implica sentirse acompañado

Sin duda, las últimas décadas de la vida están marcadas fuertemente por los cuidados. Aunque la preferencia de las personas mayores en España suele ser la de permanecer en su domicilio y recibir la ayuda que necesiten en su propia casa, el número de adultos que pasan los últimos años de su vida en **residencias para personas mayores** no para de aumentar. Según estimaciones del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en 2019 vivían en residencias de mayores más de 300.000 personas de 65 años o más, y casi el 80 % de esas personas tenían 80 años o más (25). A primera vista, podría parecer que el hecho de vivir acompañado protege de manera infalible del sentimiento de soledad y quizás por esta razón la soledad se ha estudiado más entre personas mayores no institucionalizadas. Sin embargo, algunos trabajos sobre aislamiento social y soledad sí que han puesto el foco en personas mayores institucionalizadas, revelando que tanto la soledad como el aislamiento social están también muy presentes en esta población.

Un estudio realizado en España pudo comparar la existencia de soledad, medida a través de una escala de seis puntos, entre personas mayores institucionalizadas y aquellas residentes en la comunidad. Los resultados reflejaban que las personas institucionalizadas tenían una puntuación media de 2,5 en la escala de soledad, mientras que las no institucionalizadas sufrían menos soledad, con una media de 1,9 puntos. En este sentido, algunos factores dependientes de la propia residencia, como su localización geográfica, los servicios que provee y la satisfacción de los usuarios y usuarias con la institución, pueden actuar como factores de riesgo para sufrir soledad y aislamiento social en la población mayor institucionalizada (26).

Desde el Comité Económico y Social Europeo, se insta a la Unión Europea a replantearse el modelo actual de residencias. Se propone responder a la demanda de desinstitucionalización mediante la promoción de la autonomía, la independencia, la capacidad de gobernarse y las relaciones sociales de las personas mayores con dependencia. Esto precisa de garantizar recursos sociosanitarios de proximidad, ayudas a domicilio más estructuradas, y buscar alternativas de alojamiento, tales como las viviendas tuteladas, supervisadas, unidades de convivencia u otras alternativas existentes en países de la UE. Para las personas con mayor nivel de dependencia es esencial reconvertir las residencias tradicionales, adoptando un enfoque que les permita “vivir como en casa” (27).

Estar en compañía de alguien que nos cuida o a quien cuidamos no solo no protege de sentir soledad, sino que puede incluso ser un factor de riesgo para padecerla.

No podemos olvidar que, además de recibir cuidados, las personas mayores son, cada vez con más frecuencia, **cuidadoras no profesionales**, es decir, cuidan a otros dentro de su entorno familiar. Según se desprende del análisis de los datos de la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* de 2020 (28), 1 de cada 6 personas cuidadoras no profesionales en España tiene 75 años o más. Debemos mencionar en este punto el impacto, generalmente negativo, que las tareas de cuidados pueden tener en la salud y la calidad de vida de esas personas cuidadoras (29) y, particularmente, la **alta prevalencia de soledad** entre personas que proveen cuidados no profesionales (20). Vemos, por tanto, que estar en compañía de alguien que nos cuida o a quien cuidamos no solo no protege de sentir soledad, sino que puede incluso ser un factor de riesgo para padecerla.

3. Impacto de la soledad en la salud de las personas mayores

La soledad tiene consecuencias biológicas, psicológicas y comportamentales para las personas que la sufren (9). Como ya se ha mencionado, las investigaciones científicas han sido capaces de identificar la base biológica por la que la soledad afecta a la **salud física**. La soledad altera el proceso inflamatorio de las células del sistema inmunitario y, de esta manera, se incrementa el riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas (30). Esto es particularmente relevante para los adultos mayores, cuyo sistema inmunitario puede estar ya alterado, y que presentan más enfermedades crónicas que el resto de la población.

La soledad, además de asociarse con patologías como la obesidad, la hipertensión, problemas cardíacos y accidentes cerebrovasculares, también se asocia con hábitos de vida no saludables como el consumo de tabaco o el sedentarismo, lo que aumenta aún más el riesgo de desarrollar o empeorar este tipo de patologías (31). Los estudios que se centran específicamente en las consecuencias de la soledad sobre la salud de las personas mayores concluyen que la soledad no solo se asocia a todas estas enfermedades, sino que también **predice su aparición**: estar enfermo o enferma nos produce soledad, y sentirse solo o sola nos hace enfermar (32).

*La soledad se asocia tanto con **patologías** como la obesidad, la hipertensión, problemas cardíacos y accidentes cerebrovasculares, como con **hábitos de vida no saludables** incluidos el consumo de tabaco o el sedentarismo.*

Otro aspecto muy preocupante en las personas mayores es el impacto sobre la **salud mental**. Hay numerosos trabajos en este ámbito y las conclusiones son contundentes: la soledad se asocia con un aumento de la **sintomatología depresiva**, con el **deterioro cognitivo** y con la progresión de la **demencia** (32–34). Si tenemos en cuenta la carga de enfermedad asociada a estas condiciones, abordar el problema de la soledad como medida preventiva para preservar la salud mental y las capacidades cognitivas de las personas mayores se convierte en una **prioridad para las estrategias de salud pública**.

Por último, pero no menos importante, no podemos olvidar el **aspecto social de la salud**. La **fragilidad social** es la situación en la que una persona se encuentra sin recursos para satisfacer sus necesidades sociales básicas. Esta viene definida casi exclusivamente por elementos intrínsecamente relacionados con la soledad: vivir solo o sola, la posibilidad de hablar con gente a diario, aburrirse, poder visitar a amistades, sentirse útil para alguien, extrañar tener gente alrededor, experimentar vacío o sentir abandono (36). En definitiva, vemos cómo la soledad hace vulnerables a las personas en todos los ámbitos de la salud: el físico, el mental y el social.

4. Abordaje específico de la soledad en personas mayores

El consenso sobre el impacto negativo que tiene la soledad sobre la salud de las personas mayores es evidente. Por ello, **existe cierta conciencia del problema** y ya hay múltiples iniciativas en marcha para abordarlo, tanto desde el ámbito público como desde instituciones privadas.

En España, la Confederación de Organizaciones de Mayores (CEOMA) (37), ha recopilado las principales iniciativas que están en marcha en nuestro país, agrupadas por ejes temáticos:

- **Iniciativas de soporte e intervención psicosocial y detección.** Estas iniciativas se centran en detectar personas vulnerables que viven solas y derivarlas a otros recursos. Entre ellas tenemos el programa *Cuidamos Contigo* de la Fundación Pilares (38), el proyecto *Radars* del Ayuntamiento de Barcelona (39), el servicio *SENES* del Ayuntamiento de Madrid (40) y el programa *Siempre Acompañados* de la Fundación La Caixa (41). Además, se podrían incluir respuestas como la *Teleasistencia* de Cruz Roja (42), que ofrece apoyo remoto a personas mayores para promover su autonomía; el multicanal *Te acompaña* (43), una línea de acompañamiento; el multicanal *SerCUIDADORA* (44), diseñado específicamente para personas cuidadoras que necesitan orientación y soporte; y el teléfono de apoyo psicosocial *Te escucha* de Cruz Roja (45), que proporciona atención a personas que necesiten apoyo o acompañamiento emocional. Algunos de estos proyectos, como *SENES* y *Radars*, resaltan el papel de las entidades locales, y específicamente del propio barrio, en la detección de personas mayores en situación de soledad y su vinculación a la red comunitaria. Concretamente, en *Radars*, se ha incluido a las farmacias como agente local con capacidad para identificar a personas mayores con riesgo de aislamiento y exclusión social que viven solas o acompañadas por otras personas también mayores. En esta iniciativa, el farmacéutico actúa como un vecino integrado plenamente en el tejido social del entorno y como agente de salud, facilitando información y difusión del proyecto y sus recursos; identificando y comunicando situaciones de riesgo; actuando como mediador y proporcionando servicios dirigidos a la mejora de la adherencia y a la educación sanitaria.
- **Iniciativas de innovación y soporte tecnológico.** Utilizan la tecnología como herramienta para prevenir o paliar la soledad entre los mayores, y contribuyen a disminuir la brecha digital. En esta línea, destacan el *proyecto Vincles* del Ayuntamiento de Barcelona (46), el canal de televisión digital *Agenda Nagusi TV* del Gobierno Vasco (47) y el proyecto *Eldcare Remember* de la Asociación Bienestar y Desarrollo ABD. Este último consiste en un dispositivo que se instala en la vivienda de las personas mayores que reciben ayuda a domicilio y transmite mensajes elaborados por el personal de este servicio; además de reducir la soledad entre los usuarios, permite mejorar la seguridad y prevenir accidentes (48). Asimismo, se podrían destacar iniciativas recientes como las implementadas en los proyectos *CRECE* y *RVAEC* (49,50), programas que pretenden prevenir o retrasar la institucionalización de las personas mayores. También destacan *VOCESenRED* (51), que fomenta redes de apoyo comunitario a través de herramientas tecnológicas, y *VINCÚLATE* (52), una iniciativa que busca reducir el riesgo de exclusión social de las personas mayores que viven en entornos rurales.

- **Iniciativas de participación comunitaria y redes voluntarias.** Son iniciativas basadas en el acompañamiento, presencial o telefónico, y en la participación en actividades comunitarias. Ejemplos de estos proyectos son *Enrédate*, que promueve la comunicación entre las personas a través de una red social a la que se accede por medio de unas tabletas suministradas por Cruz Roja, complementadas con el uso de asistentes de voz para facilitar la accesibilidad y promover la interacción incluso en personas con limitaciones tecnológicas (53). En la misma línea de creación de redes de apoyo están el programa *Grandes Vecinos* de la ONG *Grandes Amigos* (54). En este ámbito, el IMSERSO firmó un Convenio de colaboración con la OMS en 2012 para coordinar y dinamizar la Red en España que emerge del *Programa de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores* (55) que busca crear entornos urbanos que promuevan la inclusión y participación social de las personas mayores. Dentro de este programa destaca el proyecto *Euskadi Lagunkoia* que ha incluido a las farmacias en el movimiento de amigabilidad como agentes activos del entorno comunitario, favoreciendo su papel en la detección y respuesta a las necesidades de las personas mayores. Como parte del proyecto, desarrollado bajo el nombre de *Farmacia Lagunkoia*, se han llevado a cabo tres experiencias piloto en Álava, Bizkaia y Gipuzkoa para analizar cómo avanzar en las necesidades detectadas, sirviendo estas experiencias como punto de partida para extender a futuro la iniciativa a todos los municipios amigables de Euskadi.

REDES FARMACÉUTICAS CONTRA LA SOLEDAD

El 28 de junio de 2023 el IMSERSO y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) firmaron el protocolo general de actuación para configurar **la Red de Farmacias contra la soledad no deseada**.

Enmarcado en el mismo, en junio y julio de 2024, se impartió una serie de formaciones a farmacéuticos, en las que se expuso una visión holística de la soledad y se profundizó en aspectos como las distintas tipologías, factores de riesgo e indicadores indirectos que pueden favorecer la detección desde la farmacia comunitaria.

Asimismo, además de las actividades formativas, el acuerdo prevé la elaboración de guías de actuación, y labores de comunicación y sensibilización dirigidas a la población sobre estas iniciativas. Con la firma de este acuerdo se pone en valor el papel de las farmacias comunitarias como agentes de proximidad y actores privilegiados, tanto en medio rural como urbano, para la prevención y la detección temprana de la soledad de las personas mayores y en situación de dependencia (56).

5. Recomendaciones

A pesar del gran y creciente número de iniciativas destinadas a prevenir y combatir la soledad entre las personas mayores, sigue habiendo retos a superar para disminuir su prevalencia en esta población. Para lograrlo, las políticas públicas pueden ser un motor de avance, por lo que proponemos las siguientes medidas:

- Promover **investigación de calidad sobre la soledad en personas mayores** (16):
 - › Promover el uso de herramientas estandarizadas de medida del aislamiento social y de la soledad para facilitar las comparaciones entre territorios.
 - › Favorecer aquellas investigaciones que utilicen estudios longitudinales y bases de datos robustas, que permitan conocer las tendencias y planificar las actuaciones.
 - › Evaluar de manera rigurosa y sistemática la efectividad de todas las intervenciones que se realizan en el ámbito de la soledad en las personas mayores.
 - › Contar con las propias personas mayores en todas las etapas de los estudios sobre la soledad en esta franja de edad.

- **Atajar la brecha digital:**
 - › Promover la formación digital de las personas mayores.
 - › Promover herramientas y soluciones digitales adaptadas a las necesidades específicas de las personas mayores, que garanticen una experiencia de usuario satisfactoria.
 - › Asegurar un adecuado acceso a Internet y a las nuevas tecnologías en el entorno rural.
 - › En caso de la digitalización de servicios (acceso a banca, etc.), garantizar que las personas mayores puedan acceder a esos mismos servicios de manera presencial o telefónica, o que dispongan del asesoramiento adecuado para usar las herramientas digitales propuestas.

- **Preparar a las personas para los cambios vitales** de las últimas décadas de la vida:
 - › Incentivar a las empresas y entidades que pongan en marcha planes de preparación a la jubilación.
 - › Promover el envejecimiento activo: potenciar y favorecer que las personas laboralmente activas puedan realizar actividades deportivas y de ocio al margen del trabajo. Estas actividades, además de favorecer la salud física y mental de la persona, permiten mantener la conexión social durante las últimas décadas y previenen la soledad. Un gran ejemplo es el Movimiento *A la vejez vitales*, impulsado por CEOMA y del que también forma parte el Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Una alianza de 30 organizaciones, sociedades científicas y profesiones, y medios de comunicación, que tiene como principal objetivo fomentar la prevención de la salud de este grupo etario.

- En caso de encontrarse en situación de dependencia, **favorecer la permanencia de las personas mayores en su domicilio**, evitando los cambios de residencia y la institucionalización (57), acorde con lo establecido en la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización.
 - › Mejorar las ayudas a la dependencia y los servicios sociales que cubren las necesidades específicas de las personas mayores en su domicilio.
 - › Favorecer las soluciones residenciales de pequeño o mediano tamaño e integrarlas en la comunidad para que se evite el desplazamiento de los y las futuras residentes a grandes distancias de sus domicilios habituales, y permitirles así mantener el contacto con sus redes sociales y familiares.
- Intensificar la **detección activa de las personas mayores en situación de soledad** por parte de Atención Primaria, Servicios Sociales, trabajadores de centros residenciales de mayores y otros actores, incluida la red de farmacias, para poner en marcha las soluciones que mejor se adapten a la situación y al contexto de la persona.
- Promover **programas específicos de acompañamiento de las personas cuidadoras mayores**, que tengan en cuenta sus necesidades específicas.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
2. INE [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute). Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1894&capsel=1894>
3. INE. Esperanza de vida - Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pageName=ProductosYServicios/PYSLayout
4. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: Plan of Action [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
5. Fundación ONCE, Fundación AXA. Barómetro de la Soledad No Deseada en España 2024 [Internet]. 2024 [citado 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_Barometro%20soledad-v2.pdf
6. Creixell M. Entre el 30 y el 50% de las personas mayores sufre soledad no deseada [Internet]. ABD. 2020 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://abd.org/dependencia-y-mayores/entre-el-30-y-el-50-de-las-personas-mayores-sufre-soledad-no-deseada/>
7. CSIC E en red. Envejecimiento en red. EN-RED. Portal especializado en envejecimiento y personas mayores. Gerontología y Geriátría. Consejo Superior de Investigaciones Científicas [Internet]. Envejecimiento en red. CSIC. C/ Albasanz, 26-28, 28037 Madrid, España. <mailto:menvejecimientoenred@cchs.csic.es> [citado 11 de

- diciembre de 2024]. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/indicadores/residencias/index.html>
8. Hawkley LC, Buecker S, Kaiser T, Luhmann M. Loneliness from Young Adulthood to Old Age: Explaining Age Differences in Loneliness. *Int J Behav Dev.* 1 de enero de 2022;46(1):39-49.
 9. Co-operative Trapped in a bubble. Trapped in a bubble An investigation into triggers for loneliness in the UK [Internet]. 2023 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en:
https://assets.ctfassets.net/5ywmq66472jr/5tKumBSl00suKwiWO6KmaM/230366b0171541781a0cd98fa80fdc6e/Coop_Trapped_in_a_bubble_report.pdf
 10. INE [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Encuesta de población activa (EPA). Cuarto trimestre 2023. Disponible en: <https://ine.es/dyngs/Prensa/es/EPA4T23.htm>
 11. Estrada JDR. LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA. UNA REALIDAD INVISIBLE.
 12. del Sequeros Pedroso-Chaparro M. Soledad no deseada y variables asociadas en población adulta en España. Informe de la Red Soledades. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en:
https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe%20Soledad%20no%20deseada.%20Red%20Soledad.es_.pdf
 13. Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España. Informe sobre brecha digital [Internet]. 2019 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://mayoresudp.org/wp-content/uploads/2019/09/19024-19038-UDP-BM-INF-1-FEB_Brecha-digital.pdf
 14. INE. Población que usa Internet (en los últimos tres meses). Tipo de actividades realizadas por Internet .pdf [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2023]. Disponible en:
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pageName=ProductosYServicios%2FPYSLayout
 15. Maes M, Qualter P, Vanhalst J, Van Den Noortgate W, Goossens L. Gender Differences in Loneliness across the Lifespan: A Meta-Analysis. *Eur J Personal.* noviembre de 2019;33(6):642-54.
 16. World Health Organization. Social Isolation and Loneliness among Older People: Advocacy Brief. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
 17. Doblas JL, Conde M del PD. El sentimiento de soledad en la vejez. *Rev Int Sociol.* 30 de marzo de 2018;76(1):e085-e085.
 18. UN Women Data Hub [Internet]. 2023 [citado 10 de diciembre de 2024]. Caring for carers: Recognizing the rights and contributions of older women. Disponible en: <https://data.unwomen.org/features/caring-carers-recognizing-rights-and-contributions-older-women>
 19. Hajek A, Kretzler B, König HH. Informal Caregiving, Loneliness and Social Isolation: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 18 de noviembre de 2021;18(22):12101.
 20. Bramboeck V, Moeller K, Marksteiner J, Kaufmann L. Loneliness and Burden Perceived by Family Caregivers of Patients With Alzheimer Disease. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 13 de abril de 2020;35:1533317520917788.
 21. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci.* marzo de 2015;10(2):238-49.

22. INE. Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, dependencia funcional) [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=%2F&pagename=Pro ductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
23. Observatorio de la Atención al Paciente, Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Abordaje de la cronicidad compleja en España [Internet]. 2022 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://plataformadepacientes.org/wp-content/uploads/2024/03/informe_2022_oap.pdf
24. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Estudio del Impacto de la Enfermedad Crónica en las Personas Mayores (2022) [Internet]. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://plataformadepacientes.org/cpt_informe/estudio-del-impacto-de-la-enfermedad-cronica-en-las-personas-mayores-2022/
25. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Fernández Morales I, Ramiro Fariñas D, Pujol Rodríguez R. Una estimación de la población que vive en residencias de mayores. 2020 [citado 11 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/240875>
26. Boamah SA, Weldrick R, Lee TSJ, Taylor N. Social Isolation Among Older Adults in Long-Term Care: A Scoping Review. *J Aging Health*. agosto de 2021;33(7-8):618-32.
27. Dictamen del Comité Económico y Social Europeo «Hacia un nuevo modelo asistencial para las personas mayores: aprender de la COVID-19» (Dictamen de iniciativa). 2022;
28. INE. INE. 2023 [citado 11 de diciembre de 2024]. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia. Población residente en centros (EDAD centros). Disponible en: https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
29. Bom J, Bakx P, Schut F, van Doorslaer E. The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist*. 17 de septiembre de 2019;59(5):e629-42.
30. National Institute on Aging. National Institute on Aging. 2019 [citado 11 de diciembre de 2024]. Social isolation, loneliness in older people pose health risks. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/news/social-isolation-loneliness-older-people-pose-health-risks>
31. Cacioppo S, Capitanio JP, Cacioppo JT. Toward a neurology of loneliness. *Psychol Bull*. noviembre de 2014;140(6):1464-504.
32. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*. 2016;62(4):443-9.
33. Sutin AR, Stephan Y, Luchetti M, Terracciano A. Loneliness and Risk of Dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 13 de agosto de 2020;75(7):1414-22.
34. Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, Schneider JA, Kelly JF, Barnes LL, et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry*. febrero de 2007;64(2):234-40.
35. Carrasco Díaz B, Araya AX. SOLEDAD Y FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN COMUNIDAD: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA. *Horiz Enfermería*. 28 de diciembre de 2023;

36. Hernández CZ. Definición de fragilidad social en personas mayores: una revisión bibliográfica. Rev Médica Chile. diciembre de 2020;148(12):1787-95.
37. CEOMA [Internet]. 2014 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://ceoma.org/inicio/>
38. García Mendoza A. Fundación Pilares. 2018 [citado 11 de diciembre de 2024]. Cuidamos Contigo. Proyecto de aplicación del Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (MAICP) en domicilios y entorno. Disponible en: <https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2016/01/2018-BP01-FPILARES-CuidamosContigo.pdf>
39. Radars, red de prevención de situaciones de riesgo en la tercera edad - Fundació iSocial. Innovació en l'acció social [Internet]. 2018 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://isocial.cat/es/radars-red-de-prevencion-de-situaciones-de-riesgo-en-la-tercera-edad/>
40. Proyecto Senes [Internet]. ABD. 2024 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://abd.org/programas/proyecto-senes/>
41. Fundación «la Caixa» [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Programa Siempre Acompañados. Disponible en: <https://fundacionlacaixa.org/es/personas-mayores-atencion-soledad>
42. Cruz Roja - Teleasistencia [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/web/teleasistencia>
43. Multicanal Te Acompaña - Cruz Roja [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/teacompana>
44. Multicanal SerCuidadorA - Cruz Roja [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/sercuidadora>
45. Te escucha - Cruz Roja [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/te-escucha>
46. Vincles | Persones Grans | Ajuntament de Barcelona [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/personesgrans/es/vincles>
47. Agenda Nagusi TV – Estrategia Vasca de Gobernanza con las personas mayores [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://agendanagusitv.eus/>
48. Eldcare Remember [Internet]. ABD. 2024 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://abd.org/programas/eldcare-reminder/>
49. 4CRECE: hacia un nuevo modelo de cuidados [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/web/ahora/-/evitar-y-retrasar-la-institucionalizacion-de-las-personas-con-crece>
50. Proyecto Reforzando Vínculos [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/web/ahora/-/amets-y-maria-jesus-un-vinculo-intergeneracional>
51. Cuando la voz acompaña [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/web/ahora/cuando-la-voz-acompana>
52. Unos vínculos indestructibles [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/web/ahora/-/vinculos-indestructibles>

53. SoledadES [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Programa enrédete. Disponible en: <https://www.soledades.es/inspiracion/iniciativas/programa-enredate>
54. Únete a Grandes Vecinos: cercanía, sencillez, intercambio [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.grandesvecinos.org>
55. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Ciudades Amigables. [citado 11 de diciembre de 2024]. La Red de Ciudades Amigables. Disponible en: <https://ciudadesamigables.imserso.es/ciudades-amigables/que-es-red-mundial-ciudades-amigables-personas-mayores>
56. Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. El Imserso y el CGCOF firman un protocolo para combatir la soledad no deseada desde las Farmacias. Disponible en: https://imserso.es/detalle-actualidad/-/asset_publisher/n1oS8lWfrx6m/content/el-imserso-y-cgcof-firman-protocolo-para-combatir-soledad-no-deseada-desde-las-farmacias/20123
57. Estrategia estatal de desinstitucionalización [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Estrategia estatal de Desinstitucionalización. Disponible en: <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/>

3.

Enfermedad crónica, discapacidad, dependencia y soledad



1. Introducción

El aumento de la esperanza de vida, junto con la baja natalidad, están produciendo un envejecimiento de la población en la mayoría de los países (1). Esta tendencia creciente se traduce también en una mayor incidencia de personas con enfermedades crónicas, con discapacidad y/o en situación de dependencia (2). Como se recoge en la convención de las Naciones Unidas, las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

En España, las enfermedades crónicas, la discapacidad y la dependencia están estrechamente interrelacionadas y afectan a un porcentaje significativo de la población. Según datos de 2020, **más de la mitad** de los españoles mayores de 15 años tienen alguna **enfermedad crónica** (3) y aproximadamente un 10 % de la población —más de **cuatro millones** de personas— declara tener alguna **discapacidad** (4). En cuanto a la dependencia, a fecha de diciembre de 2021 había casi **un millón y medio** de personas **dependientes** en España (5).

*Aproximadamente un 10 % de la población española —más de **cuatro millones** de personas— declara tener alguna **discapacidad**.*

*En cuanto a la dependencia, a fecha de diciembre de 2021 había casi **un millón y medio** de **personas dependientes** en nuestro país.*

Tal como se ha explicado, el estado de salud tiene una fuerte **relación** con la soledad (6). Las personas con enfermedades crónicas, discapacidad y en situaciones de dependencia muestran una prevalencia de soledad mayor a la de la población general. Las limitaciones derivadas de estos condicionantes, sumadas a las **barreras estructurales y sociales**, restringen la capacidad de mantener relaciones sociales, aumentando el riesgo de soledad. La falta de comprensión y el trato social desigual pueden derivar en sentimientos de aislamiento (7). La despersonalización de los cuidados, los procesos de institucionalización y la falta de oportunidades para participar plenamente en la vida comunitaria contribuyen a esta soledad.

La soledad está, por tanto, fuertemente ligada a la salud, pero esta no es su única causa. Viene desencadenada por la interacción de múltiples factores, barreras y desigualdades a los que se suman los determinantes sociales de la salud. Un **abordaje integral de la enfermedad crónica y la discapacidad** puede reducir los niveles de soledad en nuestro país y, consecuentemente, mejorar la salud de la población.

2. Impacto emocional, barreras y desigualdades sociales evitables: el origen de la soledad

Si previamente señalamos que el *Barómetro de la Soledad No Deseada en España* indica que un 20 % de la población española siente soledad, cabe destacar que este porcentaje se eleva hasta el **51 %** en las **personas con discapacidad**. Si nos fijamos en personas con problemas de **salud mental**, un **50 %** indican sentirse solas (8).

El 51% de las personas con discapacidad, y el 50% de personas con problemas de salud mental, indican sentirse solas.

La enfermedad crónica, la discapacidad y la dependencia tienen un gran impacto emocional, especialmente por la **pérdida de autonomía** y la dificultad para mantener el estilo de vida previo. Las limitaciones de movilidad y la necesidad constante de asistencia provocan un malestar significativo, particularmente cuando afectan a la rutina diaria y a la participación en actividades sociales. Existe una alta correlación entre estas dificultades y el impacto emocional (9). En la misma línea van los informes anuales del *Observatorio Estatal de la Discapacidad sobre Inclusión de*

las Personas con Discapacidad, que destacan que las **personas con discapacidad** se enfrentan cotidianamente a múltiples barreras y obstáculos. Debido a estas **barreras y desigualdades sociales evitables**, esta población se enfrenta a un mayor nivel de limitaciones funcionales, especialmente en las actividades cotidianas y para su participación social (10).

Es un **fallo de la sociedad** no paliar las barreras y desigualdades sociales evitables a las que se enfrentan las personas con discapacidad, así como no ser capaz de prevenir el impacto emocional que tiene la enfermedad crónica. Por este motivo, cabe preguntarse qué se podría hacer para **proteger a estos colectivos** que, como muestran los datos, son extremadamente vulnerables a la soledad.

3. Condicionantes de la soledad en personas con enfermedades crónicas y discapacidad

Como ya se ha expuesto, la soledad es un fenómeno complejo que no surge de una única causa, sino de la interacción de múltiples factores. En las personas con enfermedades crónicas o discapacidad, importan mucho las barreras y desigualdades a las que se enfrentan. Todos estos factores causantes de soledad pueden agruparse en varios ámbitos:

a. Edad y género

La enfermedad crónica y la dependencia se correlacionan en gran medida con la edad, siendo las personas mayores un grupo particularmente vulnerable. En este contexto, la soledad en personas **dependientes** se intensifica en la vejez, especialmente entre aquellos que viven solos o tienen una red social limitada. En estas personas, el comportamiento de la soledad a lo largo de la vida es similar al conjunto de la población, siguiendo una distribución en "U". Sin embargo, para las personas con

discapacidades más severas esta **distribución es diferente**: la soledad se mantiene en niveles constantes hasta los 55 años, para luego descender hasta los 74 años, cuando asciende de nuevo, especialmente entre las mujeres (11).

A propósito del género, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la prevalencia de discapacidad es mayor en mujeres (59 %) (12). Las mujeres con discapacidad van a presentar prevalencias más altas de diferentes factores que, como veíamos en el primer documento de la serie, tienen una notable influencia sobre el sentimiento de soledad. Por ejemplo, la proporción de mujeres con discapacidad que no ha trabajado nunca (27 %), triplica a la de los hombres (9 %). De igual modo, los ingresos medios de estas mujeres son muy inferiores al global de las personas con discapacidad (13). A la luz de estas cifras, no sorprende que, según datos del *Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada*, entre las personas con discapacidad son las **mujeres** quienes presentan mayor prevalencia de soledad.

b. Barreras físicas

El tipo de discapacidad más frecuente en España es la **movilidad reducida** (13). Las barreras arquitectónicas, la falta de accesibilidad en entornos públicos y privados, y la ausencia de adaptaciones necesarias en el transporte y los servicios comunitarios limitan aún más la movilidad y, por tanto, la capacidad de mantener una vida social activa.

Alrededor de **dos tercios** de las personas con discapacidad reportan **dificultades para acceder** a ámbitos como el **transporte**, los **edificios públicos** y las **vías urbanas**. Estas barreras afectan a todas las esferas de la vida, pudiendo ser una limitación para acceder a una vivienda, a un puesto de trabajo o para realizar actividades de ocio.

c. Barreras socioeconómicas

Vivienda: la discapacidad está relacionada con condiciones de vida menos favorables. En uno de cada cinco hogares españoles vive al menos una persona con discapacidad. Estos hogares suelen tener **peores condiciones**, enfrentando problemas como la falta de luz natural, ruido o humedades y se encuentran **peor equipados** que el hogar medio español, en lo que respecta a tecnologías que podrían facilitar sus tareas cotidianas. En un tercio de estos hogares la persona con discapacidad **vive sola**, y por tanto está más expuesta a situaciones de aislamiento social y soledad (14). Muchas indican tener escaso contacto con sus familiares y un porcentaje considerable carece de relaciones cercanas con amigos o vecinos (10). Es también importante hablar de las propias barreras arquitectónicas del hogar. Estas barreras representan un obstáculo para la movilidad dentro de la casa, y pueden incluso limitar o impedir la entrada y salida de la misma. Escaleras sin alternativas de acceso o puertas estrechas no adaptadas para personas con baja movilidad, contribuyen al aislamiento y la falta de autonomía de los residentes. En 2023, según el *Informe Olivenza*, un 33,8 % de las personas con discapacidad encuestadas, encontraban dificultades de acceso a su vivienda. Por ello, resulta fundamental eliminar estas barreras con el fin de garantizar una vivienda accesible para todas las personas y promoviendo, en última instancia, su autonomía y la participación en la vida social (13).

Barreras socioeconómicas como una vivienda inadecuada, la falta de accesibilidad en el entorno y las deficiencias del sistema educativo, limitan la autonomía y participación social de las personas con discapacidad, aumentando su riesgo de aislamiento y soledad.

Entorno: las personas con discapacidad que residen en áreas rurales o en comunidades con recursos limitados pueden encontrarse con mayores dificultades para participar en la vida social. La **falta de servicios adaptados** y de **infraestructuras accesibles** aumenta su sensación de aislamiento. Según el *Observatorio Estatal de la Discapacidad*, las personas con discapacidad que viven en entornos rurales tienen un 18 % más de dificultades para usar transporte que aquellos que viven en entornos urbanos. Esta barrera se relaciona inversamente con la cantidad, calidad y satisfacción de las relaciones sociales y, por ende, con el sentimiento de soledad (15).

Educación: la mayor parte de las personas con discapacidad en edad laboral tienen estudios secundarios o de formación profesional, pero solo un 18 % tiene estudios superiores, un porcentaje mucho menor que en el resto de la población. Las causas detrás de estos números son múltiples, pero existe una **ausencia estructural de integración** del alumno con discapacidad en el conjunto del sistema educativo desde el diagnóstico. La carencia de datos de calidad para un adecuado diseño de políticas educativas desemboca, por ejemplo, en deficiencias en el número y la formación del profesorado (16). En conjunto, esto redundará en una mayor dificultad para la **empleabilidad** y el acceso a rentas superiores, lo cual, como veíamos en el primer documento de esta serie, está asociado a la posibilidad de sufrir soledad.

En relación con esto, España firmó en 2008 el **Convenio de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad** (17). Su Artículo 24 recoge, entre otras cuestiones, que:

- “Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás”.
- “Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales”.
- “Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva”.

De aquí se deriva que todos los alumnos y las alumnas deberían acudir a los mismos centros educativos. Sin embargo, existen focos de rechazo a esta medida, al considerar que los centros ordinarios no pueden atender adecuadamente a estos niños y niñas. La falta de voluntad política para **dotar a los centros** con recursos para llevar a cabo una adecuada adaptación es el principal impedimento para la inclusión en las escuelas ordinarias (18).

d. Barreras cognitivas y sensoriales

Según la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia* (19), el 51,2 % de las personas con discapacidad sufre limitación auditiva o visual, y el 15,8 % relacionada con el aprendizaje. En este contexto, la accesibilidad cognitiva permite la fácil comprensión y comunicación, mientras que la accesibilidad sensorial es una característica esencial del diseño inclusivo que permite interactuar a todas las personas con diferentes medios. Sin embargo, la falta de adaptaciones en estos aspectos incrementa la sensación de aislamiento, ya que dificulta la interacción con el entorno.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que la pérdida de audición está relacionada tanto con los sentimientos de soledad como el aislamiento social (20), y también reflejan que la prevalencia de soledad es mayor en personas con algún tipo de discapacidad visual respecto a la población general (21–23). Las personas con discapacidad cognitiva también reportan mayor sentimiento de soledad que aquellas que no la sufren (24).

Las personas con dificultades cognitivas o sensoriales están presentes en todas las edades y, por tanto, es necesario diseñar medidas que palien el aislamiento o la estigmatización que pueden sufrir. Diversas organizaciones señalan medidas para hacer los entornos más accesibles, como las recomendaciones de accesibilidad cognitiva realizada por la Confederación Autismo España (25), las de accesibilidad para personas con discapacidad visual de la Fundación ONCE (26) o para personas con discapacidad auditiva (27).

EXPERIENCIAS COLEGIALES CONTRA LA SOLEDAD EN EL ÁMBITO RURAL

Dentro del papel de la farmacia como agente de salud comunitaria y dinamizadora del ámbito rural, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF) ha puesto en marcha un proyecto frente a la soledad en el ámbito rural. Su objetivo principal es el de identificar personas en **riesgo de exclusión social** asociado a la soledad en poblaciones de menos de 5.000 habitantes y llevar a cabo una serie de acciones para aliviar esta problemática.

En un primer paso, se **detectan** personas en situación de riesgo para sufrir soledad y se activa el correspondiente **protocolo** actuando de forma conjunta con los trabajadores sociales. Una vez incluida la persona dentro del programa, se recogen diferentes ámbitos de actuación: desde proporcionarles **apoyo asistencial** hasta **acompañamiento** y **actividades socioculturales** y **educativas**.

Otro ejemplo es el *Programa VIERNES* impulsado por la Dirección General de Políticas Sociales del Gobierno de Cantabria, junto con la Asociación de Desarrollo Territorial Campoo - Los Valles y la Red Cántabra de Desarrollo Rural, para prevenir el aislamiento social y la soledad no deseada en zonas despobladas. Una actuación en la que el Colegio de Farmacéuticos y la Red de Farmacias cántabros comenzaron a colaborar a partir de enero de 2023 comprometiéndose a apoyar en la detección de personas susceptibles de ser atendidas por este programa.

En esta misma línea, son varios los Colegios de Farmacéuticos que participan en iniciativas municipales y provinciales relacionadas, como son los ya mencionados *Radars*, *Siempre acompañados* y *Farmacia Lagunkoia*, a los que se añaden también *Madrid te acompaña*, *De Guardia contra la soledad* de Palencia y el *Plan Mayor de Seguridad* de la Guardia Civil.

Por su parte, más centrado en la promoción de la salud y la educación sanitaria, el Consejo General, en colaboración con el Consejo Autonómico y los Colegios de Farmacéuticos de Castilla y León, ha desarrollado el proyecto *Escuelas Rurales de Salud*. Concretamente, se ha creado un programa formativo para ser impartido por farmacéuticos en diferentes municipios de menos de 5.000 habitantes de dicha comunidad autónoma, dirigido a varios grupos poblacionales entre los que se incluyen mayores, adultos, mujeres, adolescentes y niños, y tratando, con cada uno de ellos, una temática sanitaria específica. En 2023 se celebró la primera edición con la participación de casi 10.000 personas, de las que el 98 % afirmó que volvería a participar y el 99,9 % que recomendaría este servicio. Como se menciona a lo largo de los cuatro documentos del informe, soledad y salud están intrínsecamente ligados, por lo que promover este tipo de proyectos que fomentan, no solo la educación sanitaria sino también el intercambio comunitario, redundarían en una mejor salud de las poblaciones rurales y, por lo tanto, en un menor riesgo de experimentar soledad.

e. Acceso al mercado laboral

Los datos del Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo (ODISMET) muestran que un **65 % de la población con discapacidad en edad laboral** —casi 1,3 millones de personas— es **inactiva** (28). Estas cifras ponen de manifiesto que la inmersión de esta población en el mercado laboral es más complicada.

En los hogares con personas con discapacidad, el 80 % de los ingresos proviene de **pensiones**, frente al 33 % en los hogares sin discapacidad. Solo un 36 % de estos hogares cuenta con ingresos por trabajo, comparado con el 70 % de los hogares sin discapacidad.

Las **limitaciones funcionales** o la **sintomatología** pueden dificultar el desempeño de la actividad laboral, el desarrollo profesional y el acceso a oportunidades laborales. Esto se ha convertido en una de las principales preocupaciones para esta población (29), que además de ser un problema socioeconómico relevante, también puede derivar en soledad.

f. Estado de salud y dependencia

Dos tercios de las personas que sufren enfermedades crónicas tienen **menos relaciones sociales** como consecuencia de su enfermedad. En la *Encuesta Europea sobre la Calidad de Vida* de 2016, un 30 % de las personas entrevistadas con mal estado de salud decían sentirse solos, al menos, la mitad del tiempo. En cambio, solo un 8 % de las personas sanas presentaban ese sentimiento de soledad (30). El impacto emocional de la enfermedad tiende a intensificarse en **momentos críticos** y varía según las etapas de desarrollo de dicha enfermedad: la incertidumbre antes del diagnóstico, el choque inicial al recibirlo y la progresiva pérdida de capacidades físicas o cognitivas según avanza la enfermedad. Los factores que más influyen en la intensidad del impacto emocional son el avance de la enfermedad y su efecto en las relaciones sociales.

Actualmente, alrededor de **un 10 % de la población requiere algún tipo de cuidado o apoyo**, lo que se traduce entre 4,4 y 6,5 millones de personas. De estas, aproximadamente 350.000 se benefician de recursos de atención residencial, de las cuales 33.000 son personas con discapacidad (31). Como explicamos en el documento relativo a personas mayores, las personas institucionalizadas están más expuestas a la pérdida de autonomía, el debilitamiento personal y la desvalorización social (32). Según datos de este mismo año, ascienden a 1,6 millones las personas mayores con algún grado de dependencia reconocido (33).

g. Estigma

Las personas con enfermedades crónicas o discapacidad muchas veces enfrentan no solo las consecuencias directas de la enfermedad, sino también un estigma que supone una barrera adicional.

*Casi un **30 %** de la población española considera que las personas con problemas de salud mental son **peligrosas** y un **20 %** manifiesta que **no podría convivir o trabajar con ellas**.*

Las **enfermedades mentales** podrían considerarse el paradigma del estigma entre pacientes crónicos. Casi un **30 %** de la población española considera que las personas con problemas de salud mental son **peligrosas** y un **20 %** manifiesta que **no podría convivir o trabajar con ellas** (34). Además, el estigma no se limita a lo experimentado de forma externa, sino que, a

veces, existe un **estigma internalizado y de anticipación**, asumiendo que serán discriminados, apartándose y aislándose socialmente (35). Esto sucede, en ocasiones, en enfermedades que no son tan aparentes, como la depresión o el trastorno de ansiedad, pero también ocurre con otras patologías crónicas como el lupus o la migraña crónica que, al no tener siempre signos externos visibles, también son objeto de escepticismo y falta de reconocimiento. Esta invisibilidad contribuye a que quienes las padecen **afrenten su situación de manera más solitaria**.

Queda patente, por tanto, que la percepción tanto interna como externa puede jugar un papel muy relevante en el proceso de soledad de las personas con enfermedades crónicas.

4. Consecuencias de la soledad sobre la enfermedad, la discapacidad y la dependencia

El impacto de la soledad sobre la salud de las personas con enfermedades crónicas y dependientes **no está debidamente analizado**. La mayoría de los estudios que existen se basan en observaciones realizadas en un momento concreto para explorar la asociación entre el sentimiento de soledad y ciertas enfermedades, sin poder ver su comportamiento en el tiempo ni establecer causalidad. Otros simplemente comparan la existencia de soledad entre personas que tienen algún problema de salud y aquellas que no. A este respecto, la red de farmacias podría ser también un gran aliado como sensor social territorial, con capacidad para obtener datos fiables y en tiempo real. Con sus más de 22.200 establecimientos sanitarios, es la mayor red de inteligencia sociosanitaria de España, por la que pasan cada día 2,3 millones de personas, con las que el farmacéutico mantiene una relación directa y, la mayor parte de las veces, constante.

*El impacto de la soledad sobre la salud de las personas con enfermedades crónicas y dependientes **no está debidamente analizado**.*

*A este respecto, la red de farmacias podría ser un gran aliado como **sensor social territorial**, con capacidad para obtener datos fiables y en tiempo real.*

En el caso del **cáncer**, primera causa de muerte en nuestro país (36), a día de hoy, no existen estudios que evalúen adecuadamente el impacto de la soledad entre los **pacientes oncológicos**. En la poca evidencia que existe, sí que se ha observado una **asociación entre soledad y malnutrición** (37), y este peor estado nutricional tiene consecuencias directas en estos pacientes oncológicos, llevando a **pronósticos más infaustos** (38,39).

Un síntoma compartido por muchas enfermedades crónicas es el **dolor**. El manejo del dolor en pacientes crónicos y terminales es uno de los mayores escollos para reducir su sufrimiento. Se ha visto que, en la relación que existe entre la **depresión** y el **dolor** de estos pacientes, la **soledad tiene un efecto relevante** (40). De aquí se deriva la necesidad de incidir en un **abordaje multidimensional** del dolor, que integre no solo el tratamiento medicamentoso, sino también intervenciones psicológicas, sociales y de apoyo emocional, que permitan mejorar la calidad de vida de estas personas.

También existe cierta evidencia, como se ha expuesto en el primer documento de la serie, de las consecuencias de la soledad sobre las **enfermedades cardiovasculares**. Relacionado con este punto, la soledad no solo incrementa la incidencia de estas, sino que aumenta el riesgo de tener peores resultados, incluyendo una **disminución de la supervivencia** después de un **evento cardiovascular** (41,42). Teniendo en cuenta que estas enfermedades suponen la segunda causa de muerte en España y, en el caso del ictus, la primera causa de discapacidad (43), las implicaciones de promover un abordaje social podrían ser notables (44).

Uno de los mayores ejemplos de enfermedad crónica estigmatizante es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (**VIH**). En nuestro entorno, un perfil habitual de persona seropositiva son varones homosexuales y, en muchas ocasiones, migrantes. Esta conjunción de factores hace que se multiplique el riesgo de sufrir soledad (45). La esperanza de vida de las personas con VIH ha mejorado enormemente desde la instauración de la terapia antirretroviral. Por tanto, es esperable ver en los próximos años un aumento de la prevalencia en personas mayores. Un estudio de hombres con VIH mayores de 40 años reveló que aquellos que al inicio del seguimiento declararon sentirse solos, tenían el **doblo de riesgo** de presentar fragilidad a los dos años —un estado que condiciona riesgo de dependencia, institucionalización e incluso mortalidad— (46).

Las consecuencias en personas con discapacidad intelectual tampoco están adecuadamente estudiadas. Parece que la soledad en personas mayores con **discapacidad intelectual** podría implicar aumentos de la presión sistólica o dificultades de conciliación del sueño, lo cual puede, a su vez, acarrear diferentes problemas de salud. Además, la **confianza en los y las cuidadoras** también es otro aspecto que se ve afectado negativamente debido a la soledad de estas personas, algo esencial para su bienestar (47).

Con respecto a las enfermedades crónicas de salud mental, sí que contamos con evidencia más robusta sobre el impacto de la soledad en algunas de las patologías más comunes. Diferentes estudios prospectivos destacan cómo aquellos pacientes con **depresión y/o ansiedad** que declaran **más soledad** o un **menor apoyo social percibido**, tienen **peores resultados** durante el seguimiento de la enfermedad (48). Estos hallazgos son también consistentes en aquellos pacientes con **trastorno bipolar**: el apoyo social percibido es un predictor de menos probabilidades de remisión, más tiempo para alcanzarla y más posibilidades de una recaída. En la **esquizofrenia**, una de las enfermedades más estigmatizantes y con un manejo más complicado, se ha visto que la reducción del sentimiento de soledad podría reducir la ideación persecutoria, así como mejorar la adherencia a la medicación, uno de los mayores retos en esta enfermedad (49).

EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

En pacientes con **problemas de salud mental**, la **falta de adherencia** al tratamiento farmacológico se sitúa entre el 20 y el 70 %, según la enfermedad, la metodología y la definición de adherencia utilizada. Además, en el caso de la enfermedad mental, el mantenimiento de la adherencia a lo largo del tiempo es también un desafío y habitualmente se observa una disminución progresiva de las tasas de cumplimiento con el paso del tiempo (50).

En este sentido, el farmacéutico tiene un papel muy relevante. Se ha demostrado, a través de diferentes estudios, que la intervención del farmacéutico conduce a una mejora en los resultados de adherencia. En una evaluación del impacto de la implantación de un Servicio profesional de Adherencia Terapéutica desde la Farmacia Comunitaria, llevada a cabo en 2019, se estudió la adherencia al tratamiento durante seis meses en tres patologías: asma, EPOC e hipertensión. En estos pacientes, se vio que la **provisión del servicio de adherencia terapéutica** derivaba en una adherencia del 89 % al final del periodo de estudio, frente a un 66 % en aquellos pacientes que no recibieron este servicio (51).

5. Abordaje de la soledad en personas con enfermedad crónica y discapacidad

Una de las claves para disminuir la soledad en estos grupos poblacionales es trabajar en la **accesibilidad e inclusión** para reducir la sensación de aislamiento. **Reducir las barreras físicas** a través de la innovación tecnológica es una de las maneras de hacerlo, pero este objetivo se puede enfocar desde diferentes ámbitos. Así, una de las organizaciones más destacables en esta materia dentro del panorama nacional es la *Fundación Derecho y Discapacidad* (52) cuyo trabajo incide, entre otras cuestiones, en la sensibilización para promover los derechos de las personas con discapacidad. Además, también sirve como instrumento especializado para el movimiento asociativo de personas con discapacidad y realiza investigación jurídica para generar conocimiento e impulsar cambios a nivel legal. Por ejemplo, a través de su *Red PDI-Discapacidad* asesoran a doctoras y doctores con discapacidad para incentivar la incorporación de personal docente investigador con discapacidad en las universidades. Esta lucha por una inserción laboral efectiva y al mismo nivel que las personas sin discapacidad, es imprescindible para igualar poder adquisitivo y reconocimiento social, ambos factores claves en la reducción de la soledad. Es también de suma importancia la promoción de la accesibilidad, tanto cognitiva como sensorial, en los espacios sanitarios, sociosanitarios y con los actores comunitarios de especial relevancia, como es la farmacia comunitaria.

A nivel europeo se ha puesto en marcha la **Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad 2021-2030** (53). Una de sus primeras iniciativas ha sido la *Tarjeta Europea de Discapacidad*. Es una medida emblemática que intenta acercar la libertad de circulación que tenemos como ciudadanos de la Unión Europea a toda su población, independientemente de su condición de discapacidad. Esta movilidad no se limita al transporte, se extiende también al ámbito laboral y prestaciones de servicios para poder facilitar los estudios o el empleo transfronterizo, reduciendo así esta brecha y el aislamiento social. Otro de los objetivos de la Estrategia es implementar el *Paquete de Empleo para Personas con Discapacidad*, el reto es que se traduzca en políticas efectivas a nivel nacional (54).

Además de una inclusión efectiva en la sociedad, es relevante que los pacientes crónicos se sientan acompañados en su proceso para combatir el sentimiento de soledad. Para ello, las **asociaciones de pacientes** tienen un rol fundamental desde el propio momento del diagnóstico. La *Asociación Española Contra el Cáncer* (AECC) (55), tiene un programa de acompañamiento y apoyo a través del cual complementan la figura del cuidador, ayudan a realizar gestiones o simplemente brindan compañía en momentos en que los pacientes lo precisen. Conectar con personas que atraviesan o han atravesado el mismo proceso facilita el acceso a información, el manejo de la enfermedad y reduce el sentimiento de soledad. Este es el motor que impulsó la creación de la red *PatientsLikeMe*. Esta plataforma digital usa el poder de la comunidad para empoderar y generar sensación de pertenencia a los pacientes de diferentes afecciones.

DERRIBANDO BARRERAS DESDE LA FARMACIA

Trabajar en la **accesibilidad** y la **inclusión** es imprescindible para reducir la sensación de aislamiento, especialmente en las personas con discapacidad. Por este motivo, la puesta en marcha de cualquier iniciativa que sirva para derribar los muros que se interponen entre las personas y su entorno, puede contribuir a paliar la soledad. Esto es especialmente importante cuando el entorno en cuestión se corresponde con algo tan imprescindible como la asistencia sanitaria. En este sentido, acciones que se desarrollan dentro del ámbito de la farmacia, como promover el uso de la aplicación gratuita *Medicamento Accesible Plus*, **pueden marcar la diferencia**, ya que esta aplicación se centra en garantizar la comprensión de la información sobre medicamentos a todas y todos los usuarios, independientemente de su diversidad funcional.

A esta se suman otras iniciativas organizadas por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, como la jornada desarrollada en 2023 bajo el título *Accesibilidad: Soluciones desde la Farmacia*, promovida por las Vocalías Nacionales de Ortopedia y Óptica Oftálmica y Acústica Audiométrica. En este encuentro se presentaron recomendaciones y buenas prácticas para mejorar la accesibilidad y eliminar barreras desde la farmacia comunitaria, posicionándola como un elemento sanitario clave en la promoción de la salud y la educación sanitaria.

6. Recomendaciones

Nuevamente, incidimos en que, para atajar la soledad, es vital profundizar en sus causas, muchas derivadas de la inequidad social. En el caso de la enfermedad y la discapacidad esto es, si cabe, aún más necesario. Por ello proponemos:

- **Visibilización del impacto de la soledad** y de sus efectos específicos sobre colectivos vulnerables, como las personas con enfermedades crónicas o discapacidad. Si bien es cierto que buena parte de los enfermos crónicos y personas con discapacidad son mayores, debe **abordarse de manera específica** la soledad en estos grupos y no asimilarla como un problema inherente a la edad, dado que sus condicionantes son distintos. Además, no se puede olvidar que la soledad afecta tanto a la persona como a su entorno; **brindar medios y apoyo a las y los cuidadores no profesionales** redundará en el bienestar de ambas partes (56).
- Fomentar la **educación inclusiva para niños y adolescentes** con discapacidad y enfermedades crónicas, así como **mejorar el acceso a la educación superior** a adultos en la misma situación. Una adecuada inclusión educativa mejoraría la **empleabilidad** de estas personas, pero además implica al resto de la sociedad en esta realidad compartiendo espacios educativos, visibilizando, normalizando y tejiendo redes sociales diversas desde la infancia.
- Continuar trabajando para **mejorar la accesibilidad**, no solo en ámbitos urbanos sino también en el medio rural, evitando así una experiencia desigual en función del lugar de residencia. El acceso a servicios, cultura y educación es ya dispar en personas sin diversidad funcional según dónde residan, pero esto se maximiza en el caso de las personas con discapacidad. **Diagnosticar las necesidades y las barreras** es el primer paso para un diseño de políticas públicas y planificación urbanística inclusivas, donde además se tenga en cuenta la voz de las personas con discapacidad.
- **Fomentar la investigación que aborde específicamente y de manera longitudinal el binomio enfermedad-soledad** es imprescindible para generar conocimiento científico en un campo donde los datos actuales aún no permiten dilucidar en su totalidad la relación entre la soledad y las enfermedades crónicas.

REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. Envejecimiento. [Internet]. 2024; [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
2. Jiménez Rodríguez JM. La soledad no deseada en España: un problema para la gestión de la Salud Pública y los cuidados familiares. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2024 [citado 11 de diciembre de 2024];98. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272024000100453&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Observatorio de la Atención al Paciente, Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Abordaje de la cronicidad compleja en España [Internet]. 2022 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://plataformadepacientes.org/wp-content/uploads/2024/03/informe_2022_oap.pdf
4. INE. INE. 2023 [citado 11 de diciembre de 2024]. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia. Población residente en centros (EDAD centros). Disponible en:

https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

5. Madrid - Estadísticas sobre la dependencia en las comunidades [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://epdata.es/datos/listas-espera-personas-dependencia/128/madrid/304>
6. SoledadES. Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estudio%20soledad%20juvenil_V12_accesible.pdf
7. Biblioteca Fundación ONCE. La Soledad en España [Internet]. 2015 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.fundaciononce.es/publicaciones/colecciones-propias/publicaciones-participadas/la-soledad-en-espana>
8. Fundación ONCE, Fundación AXA. Informe Barómetro de la Soledad No Deseada en España 2024 [Internet]. 2024 [citado 13 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_Barometro%20soledad-v2.pdf
9. Finkel, L., et al. Estudio sobre el impacto emocional de la enfermedad crónica. Informe de resultados. [Internet]. Plataforma de Organizaciones de Pacientes; [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://embed.siiis.net/ver.php?id=es&Ncodigo=567653>
10. Ramírez GÁ. Equidad y derecho a la salud y a la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad. Situación España 2023 [Internet]. Observatorio Estatal de Discapacidad. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030; Disponible en: <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/Informe-Equidad-en-Salud-y-Discapacidad-1.pdf>
11. Pagan R. Gender and Age Differences in Loneliness: Evidence for People without and with Disabilities. Int J Environ Res Public Health. 8 de diciembre de 2020;17(24):9176.
12. INE. Discapacidad en España [Internet]. 2020 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926668516&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
13. Informe Olivenza 2023 – Observatorio Estatal de la Discapacidad [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/informe-olivenza-2023/>
14. Observatorio Estatal de la Discapacidad. La discapacidad en los hogares españoles [Internet]. 2022 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/NOTA-OED-DISCAPACIDAD-HOGARES-ESPANOLES-1.pdf>
15. Ipsen, C, Gimm, G. Social Isolation and Loneliness Among Rural and Urban People with Disabilities | advancingstates.org [Internet]. 2021 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.advancingstates.org/sites/nasuad/files/Social%20isolation%20and%20Loneliness%20Among%20Rural%20and%20Urban%20People%20with%20Disabilities.pdf>
16. Observatorio Estatal de la Discapacidad. Alumnado con discapacidad y educación inclusiva en España [Internet]. 2019 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2020/06/OED-ALUMNADO-CON-DISCAPACIDAD-DEF.pdf>

17. BOE-A-2008-6963 Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/1>
18. Caballero DS. ElDiario.es. 2024 [citado 11 de diciembre de 2024]. España es incapaz de implantar la educación especial inclusiva por falta de inversión. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/espana-incapaz-implantar-educacion-especial-inclusiva-falta-inversion_1_11497016.html
19. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) [Internet]. 2020 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edad_2020_p.pdf
20. Shukla A, Harper M, Pedersen E, Goman A, Suen JJ, Price C, et al. Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review. *Otolaryngol Neck Surg.* mayo de 2020;162(5):622-33.
21. Brunen A, B. Hansen M, Heir T. Loneliness among adults with visual impairment: prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. *Health Qual Life Outcomes.* 1 de febrero de 2019;17(1):24.
22. Arregui Noguera B, Puig Samaniego V, Romero Rey E. Percepción del sentimiento de soledad por parte del colectivo de personas con sordoceguera. *RED Vis Rev Espec En Discapac Vis.* diciembre de 2022;(80):9-38.
23. Un acercamiento a la soledad no deseada en las personas con discapacidad visual — Web de la ONCE [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/la-discapacidad-visual/revista-red-visual/numeros-publicados-red-visual/2022-redvisual-79/un-acercamiento-a-la-soledad-no-deseada-en-las-personas-con-discapacidad-visual>
24. Grace K, Remington A, Lloyd-Evans B, Davies J, Crane L. Loneliness in autistic adults: A systematic review. *Autism.* 1 de noviembre de 2022;26(8):2117-35.
25. Autismo España [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Accesibilidad Cognitiva. Disponible en: <https://autismo.org.es/que-hacemos/lineas-de-accion/accesibilidad-cognitiva/>
26. ONCE. Accesibilidad y herramientas accesibles para todos [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/accesibilidad>, <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/accesibilidad>
27. Espinola Jiménez A, Bensusan Martín P. La accesibilidad en el entorno para personas con discapacidad auditiva. *Auditio.* 1 de mayo de 2015;4(2):33-40.
28. Servicio Público de Empleo Estatal. Servicio Público de Empleo Estatal. [citado 11 de diciembre de 2024]. Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con Discapacidad. Disponible en: <https://sepe.es/HomeSepe/que-es-el-sepe/comunicacion-institucional/publicaciones/publicaciones-oficiales/listado-pub-mercado-trabajo/informe-mercadotrabajo-estatal-discapacitados.html>
29. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. La gestión de personas con enfermedad crónica en el entorno laboral [Internet]. 2023 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://plataformadepacientes.org/sites/default/files/guia_laboral_enfermedad_cronica_es.pdf
30. European Quality of Life Survey | European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.eurofound.europa.eu/en/data-catalogue/european-quality-life-survey>
31. Estrategia estatal de desinstitucionalización [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Estrategia estatal de Desinstitucionalización. Disponible en: <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/>

32. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. El bienestar personal y social como derecho [Internet]. 2021 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://back.cermi.es/catalog/document/file/636120ddf0dbe.pdf>
33. Estadísticas mensual - Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual>
34. Confederación Salud Mental España. La situación de la salud mental en España [Internet]. Confederación Salud Mental España. 2023 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-situacion-salud-mental/>
35. O'Donnell AT, Habenicht AE. Stigma is associated with illness self-concept in individuals with concealable chronic illnesses. *Br J Health Psychol*. febrero de 2022;27(1):136-58.
36. Pilleron S, Sun V, Ayala AP, Haase KR, Arthur EK, Kenis C, et al. Loneliness in older adults living with cancer: A scoping review of the quantitative and qualitative evidence on behalf of the International Society of Geriatric Oncology Nursing and Allied Health Interest Group. *J Geriatr Oncol*. junio de 2023;14(5):1015-19.
37. Polański J, Misiąg W, Chabowski M. Impact of Loneliness on Functioning in Lung Cancer Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 27 de noviembre de 2022;19(23):15793.
38. Matsui R, Inaki N, Tsuji T. Impact of GLIM Defined Malnutrition on Long Term Prognosis in Patients With Gastric Cancer After Gastrectomy. *Anticancer Res*. septiembre de 2022;42(9):4611-8.
39. Aotani N, Yasui-Yamada S, Kagiya N, Takimoto M, Oiwa Y, Matsubara A, et al. Malnutrition by European Society for Clinical Nutrition and Metabolism criteria predicts prognosis in patients with gastrointestinal and hepatobiliary-pancreatic cancer. *Clin Nutr ESPEN*. abril de 2021;42:265-71.
40. Chan WCH, Kwan CW, Chi I, Chong AML. The impact of loneliness on the relationship between depression and pain of Hong Kong Chinese terminally ill patients. *J Palliat Med*. mayo de 2014;17(5):527-32.
41. Albasheer O, Abdelwahab SI, Zaino MR, Altraifi AAA, Hakami N, El-Amin EI, et al. The impact of social isolation and loneliness on cardiovascular disease risk factors: a systematic review, meta-analysis, and bibliometric investigation. *Sci Rep*. 4 de junio de 2024;14(1):12871.
42. Sharma T, Padala PR, Mehta JL. Loneliness and Social Isolation: Determinants of Cardiovascular Outcomes. *Curr Cardiol Rev*. 2021;17(6):e051121190873.
43. Soto A, Guillén-Grima F, Morales G, Muñoz S, Aguinaga-Ontoso I, Fuentes-Aspe R. Prevalencia e incidencia de ictus en Europa: revisión sistemática y metaanálisis. *An Sist Sanit Navar*. 28 de abril de 2022;45(1):e0979-e0979.
44. INE. INE. [citado 11 de diciembre de 2024]. Nota de Prensa: Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2023. Datos provisionales. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/pEDCM2023.htm>
45. Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad. Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España 2022. 2023;
46. Meireles P, Ware D, Henriques A, Nieves-Lugo K, Stosor V, Brennan-Ing M, et al. Loneliness and Frailty Among Middle-Aged and Aging Sexual Minority Men Living With or Without HIV: A Longitudinal Cross-Lagged Panel Analysis. *Innov Aging*. 2023;7(9):igad113.

47. Wormald A, McCallion P, McCarron M. An exploration of the consequences of, and coping with loneliness in an ageing intellectual disability population. HRB Open Res. 2022;5:2.
48. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. BMC Psychiatry. 29 de mayo de 2018;18(1):156.
49. Lamster F, Nittel C, Rief W, Mehl S, Lincoln T. The impact of loneliness on paranoia: An experimental approach. J Behav Ther Exp Psychiatry. marzo de 2017;54:51-7.
50. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Manual para la mejora de la adherencia en salud mental [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/manual_adherencia_saludmental/manualSMENTAL_.pdf?ts=20230305195643
51. Proyecto AdherenciaMED. Diseño, evaluación del impacto e implantación de un Servicio profesional de Adherencia Terapéutica desde el ámbito de la Farmacia Comunitaria. Informe global [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.farmacéuticos.com/wp-content/uploads/2020/02/2019-informe-resultados-adherenciamed.pdf>
52. Fundación Derecho y Discapacidad [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.fderechoydiscapacidad.es/>
53. Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission. Union of Equality: Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021-2030 [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8376&furtherPubs=yes>
54. Disability Employment Package to improve labour market outcomes for persons with disabilities - European Commission [Internet]. 2024 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/persons-disabilities/union-equality-strategy-rights-persons-disabilities-2021-2030/disability-employment-package-improve-labour-market-outcomes-persons-disabilities_en
55. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Apoyo y acompañamiento. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/te-ayudamos/acompanamiento>
56. SoledadES [Internet]. 2022 [citado 11 de diciembre de 2024]. Buenas prácticas contra la soledad de las personas con discapacidad. Disponible en: <https://www.soledades.es/actualidad/buenas-practicas-contra-la-soledad-de-las-personas-con-discapacidad>

4.

Jóvenes y soledad: redes sociales, salud mental y discriminación



1. Introducción

Se suele asociar la idea de la soledad a las personas mayores, pero esta “pandemia silenciosa” tiene también un impacto cada vez mayor en jóvenes. Concretamente, el *Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España* del Observatorio Estatal de Soledad no Deseada (SoledadES), estima que **1 de cada 4 jóvenes** de entre 16 y 29 años sienten soledad (1). Además, esta afecta especialmente a mujeres, con un 31 % que afirman sentirse solas frente a un 20 % de hombres. Es destacable que la soledad alcanza los valores máximos en las franjas centrales de la juventud, entre los 21 y los 26 años.

La soledad alcanza los valores máximos en las franjas centrales de la juventud, entre los 21 y los 26 años.

Esta **elevada prevalencia** en la juventud no tiene un claro desencadenante, sino que son múltiples los factores implicados, desde unas **expectativas muy elevadas** en cuanto a las relaciones sociales, hasta una **mayor detección** de casos debida a la apertura y expresividad emocional característica de las generaciones más jóvenes. De manera que la soledad juvenil es **heterogénea y multicausal**, y se define por la cantidad y la calidad de las relaciones sociales, la pertenencia a colectivos vulnerables, el impacto del mundo digital, el estado de salud, los ingresos y un largo etcétera (1).

Estudiar la soledad juvenil se hace imprescindible en España dada la cantidad y diversidad de los perfiles que viven esta situación.

2. Causas y condicionantes específicos de la soledad en jóvenes

La soledad en jóvenes es un fenómeno creciente y cada vez más preocupante para los investigadores y los profesionales de la salud mental. Contrario a lo que podría esperarse, la soledad presenta mayor incidencia entre los jóvenes de 21 a 26 años en comparación con otros grupos etarios. Este fenómeno no debe ser interpretado como un estado transitorio o aislado, dado que casi la mitad de los jóvenes que actualmente experimentan soledad han reportado haberse sentido así durante un período superior a tres años.

El uso intensivo de las **redes sociales**, las **transiciones vitales**, las **altas expectativas** sobre las relaciones sociales y la pertenencia a grupos vulnerables a la **discriminación** (1) son algunos condicionantes específicos de esta franja de edad que estudiaremos a continuación.

a. Relaciones sociales

Las relaciones sociales son uno de los factores de mayor peso. Como ya se expuso en el primer documento de la serie, más de la mitad de las personas que se sienten solas consideran que tienen un número de vínculos menor de lo que desearían. En el caso de los y las jóvenes, las relaciones que tienen un mayor impacto en la soledad son las del ámbito de la **amistad**, por encima del ámbito familiar y del trabajo o estudios. En este punto, entran en juego dos vertientes: la cantidad y la calidad de las relaciones (1).

En lo que se refiere a **cantidad** de relaciones, en la actualidad y como ya se ha mencionado, más de la mitad de los jóvenes se muestran insatisfechos, mientras que solo el 14 % están satisfechos en

todas las esferas (amistad, familiar y académica o laboral). Respecto a la **calidad** de las relaciones, los jóvenes están más insatisfechos en cuanto a sus relaciones en el entorno familiar, mientras que las relaciones de amistad presentan mayor satisfacción. Sin embargo, para algunos jóvenes, la calidad de las amistades no es un factor determinante en su sensación de soledad. Esto puede deberse a que, en ciertos casos, la cantidad de interacciones sociales —y no necesariamente su calidad— se percibe como suficiente para mitigar la soledad (1).

*En la actualidad, **más de la mitad** de los jóvenes se muestran insatisfechos con la cantidad de relaciones mantenidas.*

En lo relativo a las relaciones familiares, datos del *Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada* muestran que vivir en una cultura familiar de **silencio**, de **escucha no activa**, de **ausencia** o de **educación autoritaria**, puede favorecer experiencias de soledad a lo largo de la vida de la persona afectada. El **acoso escolar** tiene también una relación preocupante con la soledad y un 58 % de los jóvenes que la sufren han vivido acoso escolar, que a su vez aumenta el riesgo de desarrollar **ansiedad y depresión**. Estos problemas de salud mental afectan directamente a la capacidad para establecer relaciones significativas, alimentando así un círculo vicioso de soledad y aislamiento (1).

b. Pobreza y empleo

La pobreza muestra una clara relación con la soledad en la juventud, tal como establece el estudio realizado por el Observatorio, que estima que la prevalencia de soledad en jóvenes de **hogares con dificultades económicas** es casi el doble que en el resto. La relación entre pobreza y soledad se manifiesta a través de diversos factores. Por ejemplo, las personas con niveles más bajos de ingresos tienen **menos oportunidades de diversificar sus relaciones** sociales debido a la inseguridad económica y la **falta de acceso a actividades sociales** que requieren un desembolso económico. La **comparación social** con entornos más privilegiados también puede intensificar el sentimiento de soledad en jóvenes. En este sentido, las redes sociales juegan un papel decisivo, ya que actúan como ventana hacia un mundo aparentemente idealizado, aumentando la sensación de aislamiento y el descontento (1).

*Los datos del INE correspondientes al último trimestre de 2024 cifran el **desempleo en la franja de los 20 a los 24 años en un 22 %**, mucho más elevado que en franjas de edad más mayores (10 %).*

El empleo tiene también un papel muy importante, dado que las personas en situación de **desempleo** presentan una prevalencia de soledad mayor que quienes estudian o trabajan. Esto sucede ya que el empleo facilita la participación en la sociedad, al ofrecer oportunidades para establecer relaciones en el entorno laboral. Los datos del INE correspondientes al último trimestre de 2024 cifran el desempleo en la franja de los 20 a los 24 años en un 22 %, mucho más elevado que en franjas de edad más mayores, donde se sitúa alrededor del 10 %. De esta manera, vemos que el desempleo es una circunstancia relativamente frecuente en las edades que más soledad presentan, constituyendo una posible vía de actuación en materia de políticas para la prevención de soledad.

c. La discriminación como causante de soledad en grupos vulnerables

Un 54 % de la **juventud con discapacidad** experimenta soledad, dato que se explica por la interacción de diversos factores. Entre ellos, la **discriminación** juega un papel relevante, derivada de la falta de comprensión y concienciación sobre las discapacidades y su integración en la sociedad (1). Este elemento se suma a los desafíos que enfrenta este grupo de jóvenes en relación con su salud mental. En la adolescencia y la juventud, los problemas socio-emocionales de los menores aumentan, con el agravante de que muchas personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo tienen menos posibilidades de tener un **grupo de referencia o de apoyo**. Además, a menudo viven **dificultades de acceso a espacios** de todo tipo, especialmente de ocio, en una etapa en la que es esencial este sentimiento de pertenencia a un grupo (2). Es por ello que este tipo de carencias afectan significativamente a la salud mental y el sentimiento de soledad de los y las jóvenes.

La discriminación aumenta la soledad en jóvenes vulnerables, afectando especialmente a quienes tienen discapacidad (54 %), pertenecen al colectivo LGTBI+ (40 %) o son inmigrantes de primera o segunda generación (41 %), al limitar su acceso a redes de apoyo, empleo y espacios de socialización

Por otro lado, los jóvenes pertenecientes al **colectivo LGTBI+** sufren el doble de soledad que los jóvenes cisheterosexuales (40 % frente a 23 %) (1). Esta mayor prevalencia se debe, en gran parte, a las **actitudes discriminatorias** y el rechazo social que enfrentan. Otro factor que contribuye a estas cifras es el **desempleo** y la dificultad de acceso al mercado laboral para este grupo. Según datos de la Unión General de Trabajadores (UGT) en 2021, más del 80 % de las personas trans se encontraban desempleadas. Además, en el ámbito laboral, más del 75 % de los trabajadores ha presenciado algún tipo de **agresión verbal**

hacia personas LGTBI+ (3), lo que provoca que muchas personas del colectivo decidan ocultar su orientación sexual y/o identidad de género en el trabajo. Teniendo en cuenta que existe un porcentaje mayor de población LGTBI+ en los grupos de edad más jóvenes y menor en los grupos de edad mayores, las desigualdades mencionadas afectan mayoritariamente a la juventud de nuestro país (4).

En tercer lugar, el 41 % de los **jóvenes inmigrantes** de primera o segunda generación, experimentan soledad, una cifra superior a los jóvenes nacidos en España o con padres españoles. En este caso, la culpable es la existencia de **discriminación** hacia este grupo de jóvenes mediante un trato desigual o desfavorecedor, que se basa en los prejuicios de la persona o grupo de personas que discrimina (4).

Estas situaciones hacen que estos colectivos vivan **desafíos específicos** que muchos otros jóvenes no tienen que superar, como sentir rechazo social y, en algunos casos, incluso rechazo familiar. El hecho de vivir con una falta de redes de apoyo puede llevar a tener **baja autoestima**, reforzando el aislamiento y la sensación de soledad, a lo que se suman los factores y dificultades económicas que viven estos colectivos (2).

INCLUSIÓN DESDE LA FARMACIA: PEQUEÑOS PASOS CONTRA LA SOLEDAD

Es incuestionable la relevancia de las situaciones de acoso y discriminación en el sentimiento de soledad de grupos poblacionales como el colectivo LGTBI+, especialmente en la juventud. Por este motivo, fomentar iniciativas que luchen contra estas situaciones y aboguen por la inclusión puede no solo mejorar los lazos comunitarios, sino también disminuir el aislamiento en estas personas.

En Reino Unido, el Consejo General de Farmacéuticos del país (*General Pharmaceutical Council*), a través de la Fundación *LGBT Foundation*, puso en marcha en 2022 una iniciativa para **mejorar el conocimiento y la inclusividad** hacia el colectivo LGTBI+ en las farmacias comunitarias llamada "*Pride in Pharmacy*" (Orgullo en la Farmacia).

A través de una serie de recursos formativos, se explican diferentes maneras de tener en cuenta las necesidades de este grupo en el desempeño diario del trabajo en la farmacia, como pueden ser:

- Tomar conciencia de las asunciones en cuanto a orientación e identidad de género que se pueden hacer en la atención al público.
- Cómo emplear términos que eviten estas asunciones y sean inclusivos.
- Ofrecer un entorno donde sean visibles campañas de salud orientadas a miembros del colectivo (por ejemplo, cribados o información de recursos sobre salud mental), así como folletos informativos sobre estas.

d. Relación con la tecnología.

Las redes sociales, ¿aliadas o enemigas?

En la actualidad, muchos y muchas jóvenes viven inmersos en el ámbito digital y en las redes sociales. Se tiende a pensar que este acceso a la tecnología y las redes facilita la comunicación y, por tanto, el establecimiento de conexiones y de relaciones sociales. Sin embargo, esto no siempre es así. Aunque las plataformas *online* proporcionan una amplia gama de herramientas para interactuar, también pueden contribuir a un **menor uso de los espacios físicos compartidos** y generar una **sensación de aislamiento**.

Es decir, la influencia del mundo digital puede tener una doble vertiente. Por un lado, las redes sociales pueden actuar como aliadas **facilitando el mantenimiento de relaciones** con amigos y familiares, pueden crear un **sentimiento de grupo** interconectando a aquellas personas con gustos similares e incluso ser útiles para aquellos jóvenes con dificultades para socializar en persona. Esto se traduce en un 57 % de jóvenes que considera que carecer de acceso regular a internet influye bastante en el sentimiento de soledad (1). Por otro lado, aunque las redes sociales generan una sensación de bienestar cuando se recibe aprobación, a causa de la liberación de **dopamina**, también pueden **afectar negativamente a la autoestima** cuando esa validación no ocurre. Uno de los elementos negativos de

las redes es que a menudo presentan una versión idealizada de la vida de los demás, lo que puede llevar a los jóvenes a establecer comparaciones negativas y sentir que sus propias vidas son menos satisfactorias, o incluso a sentir “FOMO” acrónimo de la expresión en inglés *fear of missing out* o miedo a perderse algo que viven los demás y ellos no. En 2013, un estudio sobre esta problemática en Estados Unidos concluyó que el uso de *Facebook* podía afectar negativamente a la percepción subjetiva del bienestar y la satisfacción con la vida, lo que podría aumentar los **síntomas depresivos** (5).

Aunque el mundo digital pueda facilitar muchas interacciones, estas a menudo son superficiales y no reemplazan la profundidad de las relaciones cara a cara, lo que puede hacer sentir desconectados a los jóvenes. A este efecto, existe evidencia de que el uso excesivo de redes sociales fuera del círculo cercano de familia y amigos podía debilitar las interacciones y aumentar la soledad y la depresión (5).

Teniendo en cuenta estos elementos, vemos cómo la influencia del mundo digital es un tema complejo. Si bien el uso excesivo de redes sociales tiene un gran impacto en la sensación de soledad, en las personas que no las consumen a ese nivel puede no ser algo determinante.

e. Estado de salud

Estudios recientes indican que las y los jóvenes que experimentan soledad tienden a reportar una **percepción más negativa de su salud**. La correlación entre estos dos elementos puede darse por dos razones. Por un lado, una mala salud física puede limitar la movilidad y la participación social, incrementando el aislamiento. Por otro lado, como ya se ha explicado, la soledad en sí misma tiene efectos adversos sobre la salud, equiparables a los de factores de riesgo reconocidos como la inactividad física o la obesidad.

También en este grupo de edad, la soledad se asocia con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades **crónicas**, como la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. Además, como ya se ha explicado previamente, incrementa el riesgo de trastornos mentales como la **depresión** y la **ansiedad**. Concretamente, casi un 80 % de los jóvenes que sufren soledad padecen algún problema de ansiedad o depresión (6). También existe una correlación entre el sentimiento de soledad y los pensamientos y prácticas autolesivas y suicidas. De manera análoga, se evidencia que los jóvenes que experimentan soledad presentan niveles de autoestima significativamente más bajos en comparación con aquellos que no se sienten solos y viceversa. Esta relación muestra un carácter bidireccional: la soledad contribuye al deterioro de la autoestima, mientras que una baja autoestima restringe la capacidad de socialización, exacerbando así la sensación de soledad (7).

Las redes sociales pueden ser tanto aliadas como enemigas de la soledad en los jóvenes: facilitan la conexión, pero su uso excesivo puede generar aislamiento, comparaciones negativas y baja autoestima, aumentando la sensación de desconexión y depresión.

3. Consecuencias de la soledad sobre las y los jóvenes

a. Impacto sobre la salud física y mental

Como ya se ha explicado, las consecuencias de la soledad pueden llegar a ser muchas y variadas, es por ello por lo que cada vez se reconoce más como un problema de salud pública con amplias implicaciones para la salud física y mental.

Al igual que en otros grupos poblacionales, en los jóvenes los estudios también han demostrado que la soledad está directamente asociada con una mayor incidencia de trastornos mentales, como la **depresión** y la **ansiedad**, así como con una **mala calidad del sueño** (8). Todos estos factores pueden afectar negativamente al **rendimiento académico** y las **relaciones interpersonales**.

No podemos pasar por alto que el **suicidio** es la primera causa de muerte en jóvenes y adolescentes entre 12 y 29 años (8). Solo en 2022 se registraron 353 suicidios en menores de 29 años (9). Este alarmante panorama también está vinculado con la soledad, un factor que incrementa la prevalencia de pensamientos y prácticas autolesivas, siendo entre 2,5 y 3 veces más frecuente entre los jóvenes que la experimentan. Además, la mitad (50,5 %) de aquellos que se sienten solos, tienen pensamientos suicidas (1).

A nivel físico, distintos estudios han demostrado que la soledad se relaciona con el **riesgo cardiovascular** en adultos jóvenes (10). Cuanto más se repite y perpetúa el sentimiento de soledad, más probable es la aparición de factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial o niveles altos de colesterol. Por otro lado, sabemos que la falta de interacción social puede contribuir a la adopción de **comportamientos poco saludables**, como el consumo excesivo de alcohol o un estilo de vida sedentario.

Además de esto, y como ya se ha explicado en otros documentos de esta serie, el **coste** de la soledad para la sociedad es también muy elevado. El aumento del uso de servicios de atención sanitaria, la pérdida de productividad laboral y la pérdida de miles de años vividos con buena calidad de vida en el conjunto de la población, son ejemplos de este precio a pagar.

*El **suicidio** es la primera causa de muerte en jóvenes y adolescentes entre 12 y 29 años.*

*Solo en 2022 se registraron **353 suicidios en menores de 29 años.***

b. Efectos en el rendimiento académico y el crecimiento personal y profesional

El rendimiento académico, el crecimiento personal y el desarrollo profesional, especialmente en los más jóvenes, también pueden verse afectados por vivir una situación de soledad.

Los efectos en el **rendimiento académico** pueden manifestarse en una disminución de la concentración y atención, desmotivación, falta de interés en las actividades académicas y aumento del absentismo. Los y las estudiantes que se sienten solos **tienden a evitar entornos de socialización**, lo que puede llevar a un **mayor absentismo** y, en consecuencia, un **peor rendimiento académico** (11).

En el **entorno laboral**, la soledad en jóvenes puede generar un menor **desarrollo de habilidades interpersonales**, como la negociación y la colaboración, así como una falta de **motivación y ambición** e incluso un impacto en la **productividad** (11).

4. Abordaje de la soledad en jóvenes: un largo camino por delante

La soledad en jóvenes es un problema creciente. Sin embargo, las iniciativas para atajarla de manera específica y orientada a este grupo etario aún no son tantas como las dirigidas a personas mayores. Existe algún ejemplo; dentro de la “*Estrategia Municipal Contra la Soledad 2020-2030*”, del Ayuntamiento de Barcelona, se enmarca la “*Guía para la Prevención, Detección y Acompañamiento de Adolescentes y Jóvenes en Situaciones de Soledad*”. Esta guía está dirigida a todo tipo de **profesionales** que trabajan con este grupo poblacional y les orienta en el **abordaje específico** de la **soledad** y el **aislamiento social**.

Desgraciadamente, aún son escasas las iniciativas centradas en el abordaje de la soledad en jóvenes, a pesar de que la distribución poblacional de la misma señala la juventud como la franja más afectada. Por suerte, la existencia de espacios de socialización propiamente dichos, como son los **centros educativos**, constituye una potencial oportunidad de actuación que, de aprovecharse, podría mejorar la calidad de vida e incluso la esperanza de vida de las y los jóvenes españoles.

5. Recomendaciones

- Aprovechar el ámbito de la **enseñanza** para **generar conocimiento** sobre soledad y como **lugar de encuentro**.
 - › En cuanto al **componente social de la enseñanza**, fomentar las relaciones sanas y fuertes entre el alumnado mediante dinámicas participativas e interactivas, así como prevenir y actuar frente a actitudes de abuso y acoso, es fundamental para asentar las bases de un entorno rico en vínculos sociales.
 - › En lo relativo a la **generación de conocimiento**, instituciones como las universidades presentan un gran potencial, al ser una institución volcada hacia la investigación y el progreso social.
- Aumentar el **apoyo psicológico específico** para jóvenes que sufren soledad a causa de la **discriminación** por su **condición sexual** o **identidad de género**, su **origen** o la presencia de **discapacidad** o **enfermedad crónica**. En la lucha contra la discriminación como causa de soledad, también es necesario poner el foco en programas educativos que promuevan la inclusión y la diversidad, así como medidas más efectivas de inclusión en el ámbito laboral para jóvenes pertenecientes a colectivos que pueden sufrir acoso y discriminación.
- Elaboración de **protocolos, estrategias y campañas de sensibilización y desestigmatización** a nivel de las Administraciones Públicas con el objetivo de prevenir la discriminación, crear recursos y líneas de actuación frente a ella y promover una cultura de empatía y apoyos sociales comunitarios que ayuden a atajar la soledad.
- Fomentar el **uso saludable de las redes sociales**. Formar a niños, niñas y adolescentes en el uso saludable de redes sociales, la gestión del tiempo en línea y el manejo de la privacidad se ha hecho imprescindible, ya sea dentro o fuera del currículo educativo. Al mismo tiempo, se debería proveer de recursos formativos que ayuden a paliar el impacto de las redes sociales sobre la autoestima y la salud mental.

REFERENCIAS:

1. SoledadES. Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estudio%20soledad%20juvenil_V12_accesible.pdf
2. Consejo General de la Psicología de España. INFOCOP. Salud mental para todos y todas [Internet]. 2022 [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.infocop.es/pdf/Salud-mental-para-todos.pdf>
3. UGT | UGT denuncia la situación del colectivo LGTB en el empleo [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ugt.es/ugt-denuncia-la-situacion-del-colectivo-lgtb-en-el-empleo>
4. FELGTBI [Internet]. 2023 [citado 11 de diciembre de 2024]. Estado Socioeconómico LGTBI+. Disponible en: <https://felgtbi.org/wp-content/uploads/2023/11/I-Informe-Estado-socioeconomico-Federacion-Estatal-LGTBI.pdf>
5. Pantic I. Online Social Networking and Mental Health. Cyberpsychology Behav Soc Netw. 1 de octubre de 2014;17(10):652-7.
6. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci. marzo de 2015;10(2):227-37.
7. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. Ann Behav Med Publ Soc Behav Med. octubre de 2010;40(2):10.1007/s12160-010-9210-8.
8. Plataforma nacional Para el estudio y la prevención del suicidio [Internet]. 2023 [citado 11 de diciembre de 2024]. Evolución del suicidio en España en población infantojuvenil (2000-2021). Disponible en: <https://www.plataformanacionalsuicidio.es/informes-anuales/evolucion-suicidio-infanto-juvenil>
9. Prevención del suicidio. [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2024]. Observatorio del Suicidio en España 2022 (datos definitivos diciembre 2023). Disponible en: <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/>
10. Hawkley LC. Loneliness and health. Nat Rev Dis Primer. 14 de abril de 2022;8(1):1-2.
11. SoledadES. El coste de la soledad no deseada en España [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.soledades.es/estudios/el-coste-de-la-soledad-no-deseada-en-espana>

Abordaje de la soledad

Un desafío compartido



Estudio realizado por:



Integrantes del Consejo Asesor Social:

