



La soledad como problema social en personas ancianas

Loneliness as a social problem in elderly people

Milay Piedra Garcés¹ <https://orcid.org/0000-0003-1778-2128>

Mileny Piedra Garcés² <https://orcid.org/0000-0002-6971-0575>

¹Hospital Clínico-Quirúrgico "Freyre de Andrade", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". La Habana, Cuba.

²Hospital Pediátrico "Borrás-Marfán", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: milenap@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo

Piedra Garcés M, Piedra Garcés M. La soledad como problema social en personas ancianas. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García". 2022;10(1):153-65. Acceso: 00/mes/2022. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e842>

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional se ha convertido en un serio desafío económico, social y sanitario en Cuba. Éste trae consigo, condiciones bajo las cuales las personas se sienten más solas.

Objetivo: Describir las consecuencias de la soledad y el aislamiento social en personas ancianas, así como el enfrentamiento a esta problemática.

Definiciones sobre envejecimiento: Se analizarán diversas expresiones que intentan definir a este grupo etario.

Consecuencias del envejecimiento: El envejecimiento está asociado a cambios biológicos y con otras transiciones de la vida como la jubilación y la muerte de amigos y pareja; lo que demanda un aumento de servicios y atenciones como respuesta de salud pública.

Soledad – aislamiento social: La soledad es un fenómeno multidimensional psicológico; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas. El aislamiento social es la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa.

Ancianidad y soledad: El aislamiento social en personas ancianas es un factor de riesgo ante el desarrollo de enfermedades y discapacidades, y repercute sobre su bienestar psicológico.

Repercusión de la pandemia de Covid-19: El aislamiento social, se ha incrementado durante la pandemia como medida preventiva del contagio.

Enfrentamiento a la soledad: La sociedad en su conjunto, debe generar y desarrollar programas terapéuticos de prevención y control de la soledad.

Conclusiones: La soledad en personas ancianas es uno de los grandes problemas sociales actuales. Su abordaje compete a cualquier equipo sanitario que intervenga en su asistencia, apoyado en los servicios sociales para el correcto tratamiento.

Palabras clave: Soledad; anciano; envejecimiento poblacional.

ABSTRACT

Introduction: Population aging has become a serious economic, social and health challenge in Cuba. This involves conditions under which people feel like being alone.

Objective: To describe the consequences of loneliness and social isolation in elderly people, as well as to cope with this problem.

Definitions on aging: Various expressions that aim to define this age group will be analyzed.

Consequences of aging: Aging is associated with biological changes and with other life transitions such as retirement and the death of friends and partners, which demands an increase in the services and care as a public health response.

Loneliness - Social isolation: Loneliness is a multidimensional psychological phenomenon resulting from affective, social, and/or physical shortages. Social isolation is the loneliness experienced by the individual and perceived as negative.

Old age and loneliness: Social isolation in elderly people is a risk factor for the development of diseases and disabilities that have repercussions on their psychological well-being.

Impact of the Covid-19 pandemic: Social isolation has increased during the pandemic as a preventive measure against contagion.

Confrontation with loneliness: Society as a whole must generate and develop therapeutic programs for the prevention and control of loneliness.

Conclusions: Loneliness in elderly people is one of the greatest current social problems. Its approach is the responsibility of any health care staff involved in the care of these people, supported by the social services for their correct treatment.



Key words: Loneliness; elderly; population aging.

INTRODUCCIÓN

La investigación social en el campo de la medicina inició a partir de diversos trabajos que surgieron en el devenir histórico de la ciencia médica. Durante los últimos años de la década de los cincuenta, en países como los EE.UU. y Reino Unido, la perspectiva sobre la investigación en medicina se modificó; investigadores con una formación social, la mayoría historiadores y sociólogos, incursionaron en el campo de estudio de la medicina. Estas investigaciones contribuyeron al desarrollo de la llamada medicina social. En los años setenta, la vinculación entre las ciencias sociales y las médicas comenzó a tener mayor relevancia, al reconocer los aportes que se podrían realizar desde una perspectiva social para resolver los problemas presentados en usuarios de los sistemas de salud.^(1,2)

La medicina social se orienta entre otros temas, en la determinación social de la salud, el derecho a la salud, el modelo biopsicosocial en atención sanitaria y la participación ciudadana en el ámbito sanitario. En Cuba, se trabaja en la prevención de la enfermedad, cuando se establecen factores de riesgo y generan factores protectores en poblaciones, así como también, se presentan programas de promoción de la salud que permiten mirar más allá del dualismo salud-enfermedad, al establecer sus intervenciones, luego de diagnosticar la patología y mediante la búsqueda de restablecimiento de la salud en cada individuo.^(1,2)

Un sector muy vulnerable de la población son los adultos mayores. En países desarrollados, el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida causados por los progresos sociosanitarios, han hecho del envejecimiento poblacional una realidad dominante. En América Latina y el Caribe, la transición demográfica -de comienzo reciente- se caracteriza también por su rapidez. En 1950, sólo el 5,4 % de la población tenía 60 años o más. En 2002 se estimó en 8 %, mientras que para 2025 se calcula el 12,8 % de la población de este grupo. Para 2050 el 22 %, de manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se duplicará.⁽³⁾

Este envejecimiento de la población se ha convertido en un serio desafío económico, social y sanitario también en Cuba. A finales de 2020, todas las provincias del país tenían valores por encima del 15 % de la población de 60 años y más respecto al total, pero fue Villa Clara la provincia más envejecida, con 24,5 %. El municipio más envejecido del país es Plaza de la Revolución, con 2 842 personas mayores por cada mil jóvenes. Además, se ha observado que este envejecimiento trae consigo condiciones bajo las cuales las personas se sienten más solas.⁽⁴⁾

Si se tiene en cuenta que la soledad está relacionada con una serie de factores de riesgo socio-demográficos, psicológicos y con el estado de salud, es importante que los adultos mayores en situación de riesgo sean identificados de manera precoz. Los médicos deben apoyarse en otras personas que los ayuden a realizar una valoración integral del paciente e incluir también estos aspectos.



El objetivo de este trabajo es describir las consecuencias de la soledad y el aislamiento social en personas ancianas, así como el enfrentamiento a esta problemática.

Se realizó una búsqueda bibliográfica actualizada del tema, en el período comprendido entre octubre y diciembre de 2021, de acuerdo a las palabras clave "soledad", "anciano" y "envejecimiento poblacional", al utilizar como motor de búsqueda Google Académico para localizar los artículos. Se indagó acerca de diferentes definiciones sobre envejecimiento y las consecuencias de este, conceptos de soledad y aislamiento social, unido a su relación con la ancianidad, repercusión de la pandemia de Covid-19 en este tema y además sobre el enfrentamiento a la soledad. Se revisaron un total de 52 artículos y se escogieron los que a consideración de los autores resultaron de mayor rigor científico.

DEFINICIONES SOBRE ENVEJECIMIENTO

La vida es un largo transitar que implica nacer, crecer, desarrollarse y morir. Es decir, crecimiento, desarrollo y envejecimiento son procesos esperables que se dan a lo largo de la vida. Es fundamental considerar las circunstancias socioculturales de los tiempos que se viven para tener una acabada comprensión de lo que implica la vejez hoy en día.^(5,6)

Pareciera que en esta época se tiende a desmentir y denegar que en algún momento, se llegará a ser viejo. La etapa del envejecimiento pone al individuo, quizás, más a prueba que otras ya que implica muchos cambios. Resulta todo un desafío plantearse y cuestionarse cómo envejecer.^(5,6)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.⁽⁷⁾

En la actualidad la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050 se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones. Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más, y para el 2050 habrá 434 millones de personas en todo el mundo con esta edad; un 80 % de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. Para estos últimos, será muy difícil el acceso a alimentos, medicamentos y otras necesidades básicas, pues una mayoría carecerá de asistencia médica y social adecuada.⁽⁷⁾

CONSECUENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y al final a la muerte. Esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien



relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutaban de una excelente salud y se desenvuelven muy bien, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable.⁽⁸⁾

Entre las afecciones comunes de la vejez, cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.^(8,9,10)

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan síndromes geriátricos. Por lo general, son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y la muerte de amigos y pareja. En este sentido, la OMS utiliza el término envejecimiento activo para definir el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Se trata de promover el máximo de autonomía posible, es decir, potenciar la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria.⁽⁸⁾

En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. Las personas de edad avanzada se encuentran expuestas, de manera particular, a eventos que suelen acarrear una enorme transformación en sus relaciones sociales, al hacerlas más vulnerables a la soledad.⁽⁸⁾

SOLEDAD – AISLAMIENTO SOCIAL

La soledad es uno de los grandes problemas de este tiempo. Ha sido descrita como fenómeno multidimensional psicológico; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre la salud psicológica y física de la persona.⁽⁸⁾

Es conocido que la soledad acorta la esperanza de vida. El no intercambiar con otros, no mirar a otro y sobre todo de no ser mirado, reconocido, ni hablado, tiende a movilizar fantasías y vivencias de no existencia para los demás.⁽⁸⁾

En la actualidad, los cambios sociales y culturales han hecho que las personas establezcan relaciones interpersonales de una forma distinta. El debilitamiento de los vínculos familiares, la acentuación del individualismo y la fragmentación de los lazos sociales han llevado a que los individuos se encuentren solos.⁽¹¹⁾



El sentimiento de soledad representa una prevalencia del 20 % al 40 % en la población adulta mayor. Es importante diferenciar el sentimiento de soledad de otros términos relacionados que, en ocasiones, pueden haber sido considerados sinónimos, ya que, por ejemplo, vivir solo no es siempre indicativo de soledad, al mantenerse contacto social frecuente y una participación social activa en las organizaciones comunitarias.⁽¹¹⁾

Se pueden distinguir varios tipos de soledad como:

Soledad familiar: se produce cuando hay una falta de apoyo de la familia o cuando la persona mayor no percibe el apoyo como idóneo. Así pues, puede darse tanto si la persona mayor no tiene familia como si la tiene pero la valoración que de ella hace no le es óptima.⁽¹¹⁾

Soledad conyugal: Ocurre cuando hay una ausencia de sentimiento de amor en la pareja, ya sea porque la relación no es adecuada o porque se ha producido la pérdida de la pareja. Este último hecho se convierte en un momento vital de mucha importancia en la etapa final de la vida, debido al impacto emocional que supone y la gran dificultad de vivir con la ausencia del ser querido.⁽¹¹⁾

Soledad social: Se produce cuando hay carencias en las interacciones de las relaciones sociales de la persona mayor. A menudo pueden producirse reacciones de retraimiento por parte de las personas mayores que son consecuencia de sus valoraciones.⁽¹¹⁾

Crisis existencial: Proviene de un conflicto en la autopercepción de la persona, cuando la persona mayor piensa o siente que no vale la pena seguir con vida o que no encuentra el sentido para ello. Se da con frecuencia tras producirse una pérdida importante, bien de autonomía o de salud, o bien la pérdida de un ser querido.⁽¹¹⁾

En el contexto de este fenómeno, se afectan la dimensión emocional y psicológica, se manifiestan sentimientos de tristeza, dolor, temor, aislamiento que generan crisis depresivas y pensamientos suicidas; adicional a esto el estado nutricional se ve afectado y se alteran los patrones del sueño. Todo lo anterior conduce a un aislamiento social, donde su estado de salud se ve muy comprometido.^(12,13,14)

El aislamiento social se puede definir como la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora, e impuesta por otros. Se puede asociar a los siguientes factores:⁽¹¹⁾

Factores sociodemográficos como edad, sexo, estado civil y nivel educativo: A mayor edad, mayor sentimiento de soledad. En relación con el género, varios estudios refieren que es mayor el sentimiento de soledad en las mujeres, pues estas les dan mayor importancia a las pérdidas que ocurren en este transcurrir vital, aparte de que están expuestas a la viudez y al abandono por parte de los hijos. Frente al nivel educativo, un mayor nivel de escolaridad es considerado un factor protector para la aparición del sentimiento de soledad.⁽¹¹⁾

Factores que contribuyen a la ausencia de relaciones personales satisfactorias: falta de personas significativas de soporte (familiares, amigos, grupo), recursos personales inadecuados, diferencias culturales con el grupo mayoritario, enviude, emigración procesos degenerativos e invalidante en su propia persona y/o en familiares cercanos (en el caso de ser cuidador primario).⁽¹¹⁾



Situación económica desfavorecida (pobreza).

Alteraciones del aspecto físico o del estado mental. Deficiencias sensoriales, visuales.

Conductas no aceptadas desde el punto de vista social.

Traslado a otra cultura (idioma extraño). Valores no aceptados por la sociedad.

Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.

Enfermedades invalidantes: deterioro de la movilidad, miedo a la exposición de patógenos.

Afrontamiento inefectivo.

La falta de actividades placenteras: La realización de actividades lúdicas puede ser la respuesta al vacío que puede dejar el aumento de tiempo libre provocado, por ejemplo, por la jubilación. Llegada la vejez, se pueden realizar diferentes actividades lúdicas que antes no se podían realizar.⁽¹¹⁾

Los prejuicios: En la sociedad actual existen una serie de prejuicios sobre la vejez, como son la de no tener vida productiva, no tener experiencias ni necesidades sexuales, ser inútil, trasnochado y dependiente. Sin embargo, la experiencia, la capacidad de relativizar las cosas, saber juzgar de forma objetiva, la sabiduría procedente de la experiencia, etc., podrían permitir a las personas mayores mantener un rol social importante.⁽¹¹⁾

Se manifiesta o caracteriza por:⁽¹¹⁾

- Falta objetiva de personas significativas de soporte.
- Proyección de hostilidad en su voz y su conducta.
- Retraimiento, mutismo, falta de contacto ocular, temblor de manos, inseguridad en público.
- Dificultades físicas y/o mentales que afecten al bienestar del individuo y su relación con los otros.
- Búsqueda de soledad continua. Expresión de sentimientos de soledad y/o rechazo impuesta por otros.
- Manifestaciones de conductas y valores aceptables por su cultura pero rechazada por el grupo dominante.
- Manifestaciones de sentimientos de ser distintos que los demás y sentimientos de conductas de rechazo a su persona.
- Baja autoestima y temor a las críticas. Temor a ser enjuiciado por otras personas.
- Déficit de autocuidados en cuanto a baño/higiene, vestido/acicalamiento.



ANCIANIDAD Y SOLEDAD

El aislamiento social en los ancianos se ha convertido en un factor de riesgo ante el desarrollo de enfermedades y discapacidades como debilidad del sistema inmunológico, problemas cardiacos o digestivos y problemas en el patrón del sueño, así como mal control de enfermedades crónicas ya existentes; y también repercute sobre el bienestar, aumento de la ansiedad, depresión, estrés y otros sentimientos negativos. Tal y como se ha indicado para la relación entre soledad y depresión, también se ha informado de una relación bidireccional entre la soledad y el deterioro cognitivo. Este hecho podría implicar que los factores de soledad, demencia y depresión están interrelacionados entre sí.^(12,15,16)

Existen estudios que vinculan la soledad con la pérdida de función, al igual que de la asociación entre soledad y compromiso funcional. De este modo, el estado funcional debe considerarse una potencial vía de eventos adversos relacionados con la soledad, y a su vez asociado con el incremento en la mortalidad por todas las causas. El sentimiento de soledad se puede relacionar con limitación en el espacio de vida, lo que aumenta el riesgo de inactividad física, al igual que deterioro funcional progresivo y mortalidad.^(12,15,16)

REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA DE COVID-19

Esta situación de aislamiento social se ha incrementado en el contexto epidemiológico actual como parte de las medidas preventivas del contagio de la Covid-19. Los adultos mayores tuvieron que confinarse desde el principio en sus hogares. De hecho, una de las principales preocupaciones es el agravamiento de problemas de salud mental preexistentes en las personas, lo que también está relacionado con la dificultad para acceder a los servicios de salud mental en estas circunstancias.⁽¹⁷⁻²⁰⁾

Es lógico que la aparición de una nueva enfermedad que ha afectado a miles de seres humanos, con un saldo importante de muertes, que se extiende de forma global, es suficiente para que se produzcan en la población, al menos, reacciones de ansiedad, temor, inseguridad, sensación de muerte inminente, lo que pudiera llegar en algunos casos a reacciones de pánico en un número no pequeño de personas.^(17,18,19,20)

Aunque se ha observado un aumento en los síntomas de ansiedad durante estas circunstancias extraordinarias, existe el riesgo de que prevalezca un número, desde el punto de vista clínico, relevante de personas con ansiedad, depresión y que participen en comportamientos perjudiciales (como suicidio y autolesiones, abuso de alcohol y otras sustancias) que con toda probabilidad incrementarán. Existen reportes de epidemias anteriores al respecto: la epidemia de síndrome respiratorio agudo severo en 2003 se asoció con un aumento del 30 % del suicidio en las personas de 65 años y más.^(17,18,19,20)



ENFRENTAMIENTO A LA SOLEDAD

En la actualidad, la soledad se ha convertido en un problema de salud pública, no solo por ser fuente de sufrimiento y por su influencia en la salud de las personas mayores, sino también por sus importantes repercusiones en los sistemas sanitarios. En este sentido, la soledad ha sido identificada como factor social predictor de un mayor número de visitas al médico, rehospitalizaciones y un aumento de la estancia hospitalaria. Este hecho puede ser debido no solo a la relación soledad-peor salud, sino también a que las personas mayores que se sienten solas, utilizan las visitas médicas no siempre por razones médicas, sino para satisfacer parte de sus necesidades de interacción interpersonal.⁽⁹⁾

Salir al paso de la soledad no es una responsabilidad exclusiva de la persona mayor o de la familia, sino de la sociedad en su conjunto. Ésta debe sensibilizarse ante este problema, para generar y desarrollar programas terapéuticos de prevención y control de la soledad y la depresión que deberán detectarla, neutralizarla y, sobre todo, prevenirla.⁽¹⁷⁾

El seguimiento de la soledad y la intervención temprana son prioridades importantes. La soledad de las personas mayores se previene o se supera cuando se realizan actividades incompatibles con los pensamientos que la generan, sobre todo si éstas favorecen el cultivo de unas relaciones sociales y familiares satisfactorias. De manera crucial, reducir los sentimientos sostenidos de soledad y promover la pertenencia son mecanismos candidatos para protegerse contra el suicidio, la autolesión y los problemas emocionales.^(21,22)

Las estrategias para afrontar la soledad son diferentes para cada persona; están en función de los recursos sociales y personales y de la sensibilidad e intereses de cada uno. No obstante, el desarrollo de actividades domésticas, la televisión, la radio, ver a la familia, dormir lo suficiente, el retorno o aumento de las prácticas religiosas, las comunicaciones telefónicas, los centros destinados a mayores (clubes o centros de día), la participación en actividades culturales, turísticas o de ocio y, a veces, las segundas parejas, constituyen recursos que salen al paso de la necesidad de vivir estimulado y de no sucumbir en la soledad. También estos recursos pueden ser factores importantes para mitigar las dificultades de salud mental en circunstancias muy estresantes.^(17,18,21,22)

El sistema sanitario actual, en conjunto, ofrece servicios de calidad. Las diferentes redes de Atención Primaria, sociosanitarias, de salud mental y de hospitales configuran un conjunto de servicios con un buen nivel y que, por otro lado, ya proporcionan atención específica a la gente mayor. También hace falta incorporar nuevas actuaciones dirigidas a detectar a las personas con un mayor riesgo de soledad, con la finalidad de retardar la incapacidad y la dependencia que ésta pueda causar.^(18,21,22)

La estructura óptima de una vida con salud mental para las personas -a raíz del Covid-19- necesita ser trazada. Los expertos opinan que la estructura variará en función de los antecedentes y las circunstancias individuales. Dentro de lo posible, debe garantizarse la satisfacción de sus necesidades básicas en estas condiciones, que incluyen no solo la alimentación, los aseguramientos higiénicos, los suministros médicos a los que los necesiten, y el seguimiento médico preventivo, sino que incluye además, medidas



de soporte psicológico, tales como: garantizar la información objetiva y comprensible acerca de la marcha del fenómeno epidémico, tanto local como a nivel nacional, brindar facilidades para mantener la comunicación con familiares y otras personas allegadas, sugerir alternativas para la utilización del tiempo en estas condiciones, brindar apoyo psicológico, por parte del personal que se mantiene vinculado a la atención de estas personas; por lo que es importante que se les reconozca la importancia de estas acciones, para el control de la epidemia.⁽¹⁷⁾

De conformidad con lo dispuesto en una reciente decisión de la Asamblea Mundial de la Salud, la OMS está en proceso de elaborar una Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud, en consulta con los Estados Miembros y otros asociados. La estrategia y plan de acción se fundamentan en los datos científicos del Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud y se basan en las actividades ya iniciadas para abordar cinco ámbitos de actuación prioritarios.⁽⁷⁾

1. Compromiso con un envejecimiento saludable. Exige una sensibilización con respecto al valor del envejecimiento saludable y un compromiso y medidas sostenibles para formular políticas de base científica que refuercen las capacidades de las personas mayores.⁽⁷⁾

2. Alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores. Los sistemas de salud deben organizarse mejor en torno a las necesidades y las preferencias de las personas mayores, estar concebidos para reforzar la capacidad intrínseca de los ancianos e integrarse en diferentes entornos y personal de atención. Las actuaciones en ese ámbito están en estrecha relación con el trabajo que se lleva a cabo en toda la Organización para fortalecer la atención sanitaria universal y los servicios de salud integrados y centrados en las personas.⁽⁷⁾

3. Establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica. Para atender las necesidades de las personas mayores se necesitan sistemas de atención crónica en todos los países. Ello requiere fomentar, a veces desde cero, los sistemas de gobernanza, las infraestructuras y la capacidad del personal. La labor de la OMS en atención crónica (incluidos los cuidados paliativos) se corresponde con las iniciativas para reforzar la cobertura sanitaria universal, afrontar las enfermedades no transmisibles y establecer servicios integrados y centrados en las personas.⁽⁷⁾

4. Creación de entornos adaptados a las personas mayores. Ello exigirá adoptar medidas para combatir la discriminación por razones de edad, permitir la autonomía y apoyar el envejecimiento saludable en todas las políticas y en todos los ámbitos de gobierno. Estas actividades aprovechan y complementan la labor que la OMS ha llevado a cabo en la última década para impulsar la adaptación a las personas mayores en ciudades y comunidades, en particular el fomento de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores y de una plataforma para compartir información de forma interactiva (Un Mundo adaptado a las personas mayores).⁽⁷⁾

5. Mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión. Se necesitan investigaciones más centradas, nuevos mecanismos de medición y métodos analíticos para una amplia selección de cuestiones relacionadas con el envejecimiento. Esas iniciativas se apoyan en la amplia labor que ha llevado a cabo la OMS en la mejora de la información y estadísticas sanitarias, por ejemplo a través del Estudio de la OMS sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo.⁽⁷⁾



Debido a que la puerta de entrada al sistema sanitario es la atención primaria y que el colectivo de las personas mayores utiliza de manera muy frecuente este servicio, los profesionales de este nivel de atención son, a menudo, quienes tienen la oportunidad de detectar y abordar sus necesidades, al mismo tiempo que ejercen un papel determinante en la coordinación y la integración del proceso asistencial. No obstante, se debe estar preparado en todos los niveles de atención sanitaria para abordar el tema de la soledad en la gente mayor, y se debe incentivar siempre la coordinación entre entidades proveedoras, niveles asistenciales y servicios sociales con tal de responder a las necesidades específicas de cada paciente.

En conclusión, la soledad en los ancianos es uno de los grandes problemas sociales actuales. El abordaje de las diferentes situaciones relacionadas con este problema compete a cualquier equipo sanitario que intervenga en su asistencia, en cualquiera de los niveles de atención, los que se deben apoyar en los servicios sociales para su correcto tratamiento. En el contexto de la actual pandemia, es importante tener en cuenta las dimensiones psicológicas y sociales para los pacientes de la tercera edad, pues su repercusión es mayor en este grupo vulnerable.

REFERENCIAS

1. Echeverri JV. Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud. Rev. psicol. univ. Antioquia. 2010;2(4):48-55. Acceso: 13/10/2021. Disponible en: pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsva/v2n2/v2n2a5.pdf
2. Balarezo G. Sociología médica: origen y campo de acción. Rev Salud Pública. 2018;20(2):265-70. Acceso: 13/10/2021. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.46430>
3. Achiong M, Achiong F, Alfonso J, Álvarez M, Suárez M. Riesgo cardiovascular global y edad vascular: herramientas claves en la prevención de enfermedades cardiovasculares. Rev Med Electrón. 2016;38(2):211-26. Acceso: 13/10/2021. Disponible en: <https://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3008/1641>
4. Centro de estudios de población y desarrollo. El envejecimiento de la población: Cuba y sus territorios: 2020. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información República de Cuba; 2021. Acceso: 20/10/2021. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/000_envejecimiento_de_la_poblacion.2020.pdf
5. López A, Mora LL, Ortega CA, Sepúlveda G. La soledad en el adulto mayor. Tesis de grado. 2019. Bucaramanga, Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Enfermería, 2019. Acceso: 13/10/2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12494/14666>
6. Bermejo JC. La soledad en los mayores. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas. 2016;32(2):126-44. Acceso: 13/10/2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1165/arsmed.v32i2.264>
7. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Centro de prensa. 4 oct 2021. Acceso: 13/10/2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
8. Camargo CM, Chavarro DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. Univ Med. 2020;61(2):1-8. Acceso: 20/10/2021. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>



9. Rivillas JC, Gómez L, Rengifo HA, Muñoz EP. Envejecimiento poblacional y desigualdades sociales en la mortalidad del adulto mayor en Colombia: ¿por qué abordarlos ahora y dónde comenzar? Rev Dac Nac Salud Pública. 2017;35(3):369-81. Acceso: 20/10/2021. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n3a07>
10. Guerrero Ceh JG, Can Valle AR, Morales LM. La intervención gerontológica en un establecimiento de asistencia social permanente privado: identificación de los beneficios que aporta a las personas mayores residentes. Rev Iberoam Ciencias Salud. 2018;7(14):105-30. Acceso: 20/10/2021. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6779631.pdf>
11. Martínez J, Ruiz MM, Martínez MV. Detección de problemas sociales desde urgencias. Exposición de un caso. Revista electrónica de portales médicos.com. 2016;11(17):1038. Acceso: 13/10/2021. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/problemas-sociales-urgencias/>
12. Palma E, Escarabajal MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. Gerokomos. 2021;32(1):22-5. Acceso: 3/11/2021. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
13. Doblaz JL, Díaz-Conde MP. Viudedad, soledad y salud en la vejez. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(3):128-33. Acceso: 3/11/2021. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>
14. Gale CR, Westbury L, Cooper C. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. Age Ageing. 2018;47(3):392-7. Access: 3/11/2021. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/ageing/afx188>
15. Quintero A, Villamil MM, Henao E C-JJ. Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. Rev Fac Nac Salud Pública. 2018;36(2):49-57. Acceso: 3/11/2021. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n2a07>
16. O'Súilleabháin PS, Gallagher S, Steptoe A. Loneliness, living alone, and all-cause mortality?: the role of emotional and social loneliness in the elderly during 19 years of follow-up. Psychosom Med. 2019;81(6):521-6. Access: 3/11/2021. Available from: <https://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000710>
17. Pérez MA, Álvarez NE, Rodríguez AE. Repercusión psicológica y social de la pandemia COVID-19. Medimay.2020;27(2):252-61. Acceso: 13/10/2021. Disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1663>
18. Cornejo A. Salud mental: ¿La próxima pandemia? Gaceta médica. 2021. Acceso: 13/10/2021. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigación/salud-mental-la-proxima-pandemia/>
19. Brooks SK, Webster RK, Smith LE. El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo. Lancet. 2020;395:912-20. Acceso: 13/10/2021. Disponible en: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
20. Da Silva AG, Miranda DM, Diaz AP, Teles AL. Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic. Braz J Psychiatry. 2020; 42(3):229-31. Access: 13/10/2021. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0009>
21. Bermeja AI, Ausín B. Programs to combat loneliness in the institutionalised elderly: A review of the scientific literature. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(3):155. Access: 13/10/2021. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.006>



22. Gené J, Ruiz M, Obiols N, Puig LO, Jiménez EL. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *Atención Primaria*. 2016;48(9):604-9. Acceso: 13/10/2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 13/01/2022.

Aprobado: 27/02/2022.

