



CARTA AL EDITOR

Soledad en pacientes mayores no institucionalizados



Loneliness in non-institutionalized elderly patients

Sr. Editor:

En relación con el artículo publicado por Hernández-Ascanio et al.¹, quisiéramos expresar nuestras alabanzas al contenido, puesto que la soledad en gente mayor es un tema que, aunque cada vez se conoce más, sigue sin tener la relevancia que le corresponde. De esta forma, teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, la presencia de la soledad comporta un factor de riesgo que no se debe ignorar. Es por esta razón que hay que destacar la importancia de la detección y tratamiento precoz de la soledad.

Primeramente, con el objetivo de profundizar en la definición de la soledad, esta es una condición donde existe una discrepancia entre las acciones sociales deseadas de un individuo y las realizadas. La soledad consta de 3 dimensiones: una íntima, conocida también como soledad emocional, que se define como la ausencia de una persona confiable en situaciones de crisis; una relacional, definida como aislamiento social, referida a la percepción de la ausencia de conexión familiar y/o amistades; y una colectiva, referida a una red de conexiones compuesta por personas similares que pueden conectar a distancia².

En un estudio en el que se siguió a los pacientes durante 19 años se reporta un aumento de la mortalidad general del 18,6% atribuida a la soledad emocional, cuyo resultado aumenta la importancia de establecer un programa estandarizado de detección y actuación contra la soledad³.

En el artículo, los autores concluyen que el cribado de la soledad en la población es dificultoso debido a la falta de escalas estandarizadas. Sin embargo, existen 14 escalas para medir la soledad del paciente, aunque las 3 más utilizadas en los estudios suponen una variación de una de ellas, la escala de soledad de la Universidad de California en Los Ángeles, siendo la variante de 3 ítems la más utilizada por los profesionales⁴. Por este motivo, habríamos optado por comparar con los profesionales entrevistados las diferentes escalas existentes y razonar cuál es más adecuada, puesto

que existen artículos en los que concluyen que los trabajadores de atención primaria tienen dificultad para identificar los problemas de soledad. Este hecho resalta la importancia de escoger una escala para tener un método común de evaluación de la soledad⁵.

Por último, nos gustaría debatir que, aun habiendo hecho un gran trabajo con el estudio, el nombre del mismo es: «Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad en adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud». Y, sin embargo, estos condicionantes han sido propuestos por los trabajadores de la atención primaria, de forma que en ningún momento del estudio se han tenido en cuenta las vivencias de los pacientes, sino las experiencias de los trabajadores, a diferencia de un estudio de su propia bibliografía, en el que se entrevista a los pacientes, pudiendo identificar más fácilmente patrones comunes de soledad⁶.

En conclusión, es indiscutible que en la última década ha aumentado la importancia dada a temas como la soledad y su conocimiento como factor de riesgo en otras enfermedades. Sin embargo, aún se puede avanzar mucho en el campo, empezando por el establecimiento de programas comunes de cribado de soledad y guías de acción para tratarla. Además, también es necesaria una mayor comunicación con los pacientes para que desde la atención primaria sea menos dificultosa la identificación de la soledad del paciente.

Bibliografía

- Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE, Grupo colaborativo estudio ASyS. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2022;54:102218, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102218>.
- Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10:238–49.
- 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;81:521–6, <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000710>.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102461>

0212-6567/© 2022 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

4. Das A, Padala KP, Crawford CG, Teo A, Mendez DM, Phillips OA, et al. A systematic review of loneliness and social isolation scales used in epidemics and pandemics. *Psychiatry Res.* 2021;306:114217, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114217>.
5. Drud Due T, Sandholdt H, Siersma VD, Waldorff FB. How well do general practitioners know their elderly patients' social relations and feelings of loneliness? *BMC Fam Pract.* 2018;19:34, <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-018-0721-x>.
6. Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Aten Primaria.* 2020;52:224–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>.

Alexey Zazo Yuan^{a,*} y Jordi Delas Amat^b

^a *Departament de Medicina, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona, Barcelona, España*

^b *Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Quirónsalud, Barcelona, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alexeyzazo2001@gmail.com

(A. Zazo Yuan).