



AULA DE EDUCACIÓN MÉDICA

Abordando la soledad en la formación de profesionales sanitarios y en la práctica clínica



María Antonia Parra-Rizo^{a,b,*}, Igor Cigarroa^c, Catarina Pereira^d,
Sergio Hernández-Sánchez^e y Jesús González-Moreno^b

^a Departamento de Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Campus de Elche, Universidad Miguel Hernández (UMH), Elche, España

^b Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de Valencia (UIV), Valencia, España

^c Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Arturo Prat, Victoria, Chile

^d Departamento de Deporte y Salud, Escuela de Salud y Desarrollo Humano, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Évora, Portugal

^e Departamento de Patología y Cirugía, Área de Fisioterapia, Centro de Investigación Traslacional de Fisioterapia, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

Recibido el 1 de abril de 2025; aceptado el 1 de abril de 2025

Disponible en Internet el 8 de mayo de 2025

PALABRAS CLAVE

Soledad;
Envejecimiento;
Formación sanitaria;
Educación médica;
Tutorización de
residentes;
Planificación docente

Resumen El envejecimiento de la población plantea un desafío para la salud pública, donde la soledad emerge como un factor relevante, con un impacto significativo en la salud física, mental y social de los adultos mayores. La soledad se asocia con depresión, deterioro cognitivo, enfermedades crónicas y mayor mortalidad, afectando la toma de decisiones clínicas y la adherencia a los tratamientos. A pesar de su relevancia, los programas de formación en ciencias de la salud, especialmente en medicina y enfermería, no abordan adecuadamente este problema, generando una brecha en la formación de los profesionales en salud. Es esencial que estos adquieran competencias para detectar y abordar la soledad, incluyendo empatía, toma de decisiones éticas y comunicación efectiva con pacientes mayores. Sin embargo, la formación actual a los profesionales en salud prioriza aspectos técnicos, sin integrar factores emocionales y sociales que afectan el bienestar del paciente. Se propone una estrategia formativa que incorpore la soledad como determinante social de la salud en los currículos sanitarios, mediante talleres sobre comunicación con adultos mayores, simulaciones clínicas y un enfoque interdisciplinario que incluya trabajo social, psicología y medicina. Este enfoque favorecería una sensibilización de los profesionales en formación para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores.

© 2025 El Autor/Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.parrar@umh.es (M.A. Parra-Rizo).

KEYWORDS

Loneliness;
Aging;
Healthcare training;
Medical education;
Resident mentoring;
Curriculum planning

Addressing loneliness in health professional training and clinical practice

Abstract Population aging poses a challenge for public health, where loneliness emerges as a critical factor with a significant impact on the physical, mental, and social health of older adults. It is associated with depression, cognitive decline, chronic diseases, and increased mortality, affecting clinical decision-making and treatment adherence. Despite its relevance, health sciences training programs, particularly in medicine and nursing, do not adequately address this issue, creating a gap in professional education. It is essential for healthcare professionals to acquire skills to identify and manage loneliness, including empathy, ethical decision-making, and effective communication with older patients. However, current training prioritizes technical aspects without integrating the emotional and social factors that influence patient well-being. An innovative educational strategy is proposed to incorporate loneliness as a social determinant of health within health sciences curricula. This training would include workshops on communication with older adults, clinical simulations focused on loneliness, and an interdisciplinary approach involving social work, psychology, and medicine. This strategy would promote more comprehensive care, improving the quality of life and well-being of older adults.

© 2025 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Introducción

El envejecimiento de la población constituye una de las tendencias demográficas más destacadas a nivel mundial, afectando tanto a países con altos ingresos como a aquellos que están en vías de desarrollo. Este fenómeno no solo provoca cambios en la estructura etaria, sino que impacta en la economía, en la organización de los sistemas de salud y en la concepción de las políticas sociales^{1,2}. En los contextos más avanzados, el aumento sostenido de la esperanza de vida obliga a redirigir recursos para atender a un número cada vez mayor de adultos mayores, a menudo con enfermedades crónicas y requerimientos asistenciales complejos. Mientras tanto, en países menos desarrollados, el envejecimiento se superpone a la escasez de recursos económicos y profesionales, así como a la necesidad de fortalecer infraestructuras que respondan a la nueva realidad demográfica^{3,4}.

La transición demográfica, caracterizada por la disminución de la natalidad y el aumento de la longevidad, acelera la necesidad de adaptar los sistemas de protección social a una proporción creciente de personas en edades avanzadas. Aunque este proceso se produzca a distintas velocidades según el país, sus consecuencias suelen ser similares: incremento en la demanda de cuidados a largo plazo, necesidad de personal especializado en geriatría y retos logísticos en la provisión de servicios de salud⁵. Asimismo, el número de enfermedades crónicas asociadas a la edad (hipertensión, diabetes, artrosis, demencias u otros problemas de salud mental) exige repensar los modelos de atención, alejándose de la visión puramente biomédica para adoptar un abordaje integral y preventivo.

En este contexto, surgen con especial fuerza la fragilidad y la soledad como factores determinantes del bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores^{6,7}. Si bien la fragilidad apunta a la vulnerabilidad fisiológica ante eventos

de salud adversos, la soledad se relaciona estrechamente con problemas psicosociales y clínicos, incluyendo la depresión, el deterioro cognitivo y el incremento del riesgo cardiovascular. Aun cuando la soledad ha sido tradicionalmente considerada un problema social o emocional, su persistencia en el tiempo repercute en la esfera física y mental de modo significativo. Por ello, abordarla desde un enfoque multidimensional resulta esencial para mejorar tanto la planificación asistencial como la calidad de vida de quienes envejecen.

La presente propuesta se centra en la necesidad de abordar la concienciación, en la formación de los profesionales de la salud, sobre la soledad de los adultos mayores como un fenómeno que trasciende lo meramente social, incidiendo de forma decisiva en aspectos como la carga de morbilidad o la utilización de servicios de salud. Reconocer la complejidad y el carácter multifactorial de esta realidad es el punto de partida para promover intervenciones preventivas y terapéuticas más ajustadas, así como para orientar la formación de los profesionales sanitarios hacia un abordaje que combine elementos clínicos y psicosociales.

La soledad y su impacto en la salud de las personas mayores

La soledad alude a la percepción subjetiva de desconexión (o soledad «sentida»), mientras que el aislamiento social se refiere a la falta objetiva de interacción o redes de apoyo. Ambas situaciones pueden coincidir, pero no siempre. Se ha documentado que la soledad crónica puede asociarse con un mayor riesgo de depresión, deterioro cognitivo, enfermedades cardiovasculares e incluso con una mayor mortalidad prematura⁸. Sin embargo, no todos los estudios revelan un vínculo directo entre la soledad y desenlaces clínicos específicos, como las fracturas o las caídas, lo cual

enfatisa la necesidad de considerar otros factores, entre ellos el aislamiento social y las condiciones de vida. Cuando la soledad coincide con el cambio de entorno y la reducción de redes de apoyo, tal como sucede con frecuencia en las residencias geriátricas, se potencia la percepción de contar con pocas conexiones sociales o un control limitado de la vida diaria, lo que incrementa la angustia emocional y afecta la calidad de vida⁹. Estas evidencias refuerzan la importancia de una identificación temprana del problema y la aplicación de intervenciones específicas y multi-dimensionales que cuenten con la participación de múltiples agentes sociosanitarios, de sus propios familiares y, en la medida de lo posible, de las personas afectadas¹⁰.

Las consecuencias clínicas de la soledad se manifiestan en diversos frentes. Primero, el deterioro cognitivo y la salud mental pueden verse agravados, dificultando la adaptación de los adultos mayores a condiciones como el deterioro cognitivo leve o la demencia, y afectando negativamente su capacidad para afrontar síntomas como el dolor o la fatiga^{11,12}. En segundo lugar, el estrés crónico derivado de la soledad puede desencadenar procesos inflamatorios y disfunciones inmunológicas, lo que incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Asimismo, la correlación significativa entre la soledad y alteraciones del estado de ánimo (por ejemplo, depresión o ansiedad) ha sido señalada reiteradamente¹³, llegando a estimarse que, en instituciones de larga estancia, hasta el 56% de los residentes sufren soledad persistente¹⁴. Finalmente, la soledad limita la participación en actividades cotidianas, ralentiza la recuperación tras enfermedades o cirugías y se ha relacionado con un aumento de la discapacidad y de la mortalidad¹⁵.

Consecuencias en la práctica clínica

En el ámbito de la práctica clínica, la soledad puede influir de forma notable en la adherencia al tratamiento médico. La falta de motivación y apoyo (a menudo asociada a estados de ánimo negativos) incrementa la probabilidad de omitir citas o descuidar la pauta farmacológica, o de actividad física, lo que repercute en un control deficiente de las enfermedades crónicas¹⁶. Por otro lado, la menor supervisión y la falta de recordatorios contribuye a elevar el riesgo de errores y olvidos, acarreando complicaciones que pueden requerir hospitalización. Se ha observado que la soledad empeora el curso de las enfermedades y favorece reingresos, especialmente cuando la persona vive sin una red social que cubra necesidades básicas como la nutrición o la vigilancia de síntomas¹⁶. En fases avanzadas o de cuidados paliativos, la ausencia de un sostén emocional retrasa la planificación anticipada de directivas avanzadas o testamento vital, y genera una mayor carga emocional¹⁵. Sin embargo, pese a su relevancia, la soledad se aborda de manera insuficiente en la formación de los profesionales de la salud¹⁷, lo cual puede conllevar intervenciones limitadas y una visión incompleta del cuidado. En este sentido, la colaboración entre distintas disciplinas (medicina, enfermería, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, fisioterapia) enriquece la detección y el manejo, proponiendo intervenciones holísticas y contextuales¹⁸.

Para solventar la brecha formativa, se plantea un programa docente que incorpore la detección y el manejo de la soledad como un elemento clave en la formación de futuros profesionales de la salud. El eje metodológico reside en la combinación de talleres prácticos, simulaciones clínicas y un enfoque interdisciplinario, en el que participen no solo facultativos médicos, sino también psicólogos y trabajadores sociales. La formación de tutores de residentes resulta prioritaria, pues son quienes pueden transmitir competencias clínicas y humanistas, vinculadas a la empatía y la toma de decisiones éticas. Se recomienda, además, incluir la evaluación rutinaria de la soledad como un factor de riesgo más en la historia clínica, al mismo nivel que la presión arterial o la glucemia.

En línea con esta necesidad, se plantea un programa modular de entre 8 y 12 semanas, con sesiones de 2-3 horas semanales en formato preferentemente virtual, que permita la participación de profesionales de distintos ámbitos. El contenido inicial aborda las definiciones de soledad y aislamiento social, así como la prevalencia e impacto en la salud mental y física. Seguidamente, se presentan los determinantes sociales que predisponen a la soledad, incluyendo la pérdida de redes de apoyo y los cambios de residencia en la vejez. Un módulo esencial consiste en formar a los participantes en la identificación temprana de la soledad mediante escalas validadas y herramientas de cribado, junto con el desarrollo de habilidades de comunicación empática que faciliten el acercamiento al paciente. Se dedican sesiones específicas a las estrategias de manejo, enfatizando intervenciones individuales y grupales. En esta línea, el desarrollo de programas de actividad física grupal ha demostrado tener un efecto positivo en la salud física y mental¹⁹. A su vez, la práctica de ejercicio durante 20 minutos, 5 veces por semana, supone un aumento de endorfinas, mejorando el estado de ánimo y reduciendo uno de los elementos de la soledad, como es la depresión^{20,21}. Además de la colaboración interdisciplinaria con psicólogos y trabajadores sociales, y de la creación de programas comunitarios dirigidos a la integración social de las personas mayores. Para el diseño de los programas, se sugiere emplear métodos colaborativos en los que especialistas y adultos mayores trabajen conjuntamente en su estructuración. Posteriormente, se propone la formación de tutores de residentes como pilar para afianzar el conocimiento en la educación clínica, estableciendo puentes entre la teoría y la práctica. También se subraya la importancia de la formación continua y el diseño de planes personales de actualización sobre la soledad. Finalmente, el programa aborda las políticas de salud y los recursos disponibles para atender el fenómeno desde una perspectiva colectiva, exhortando a integrar la soledad en la planificación sanitaria y a reforzar los servicios enfocados en quienes están en riesgo (tabla 1).

En cuanto a los resultados de aprendizaje, se espera que los participantes reconozcan las distintas formas de soledad y comprendan su efecto en la salud física y mental. Se pretende dotarlos de herramientas sólidas para la evaluación e intervención, promoviendo la creación de redes comunitarias y un enfoque multidimensional. Además, el programa fomenta la adopción de metodologías pedagógicas innovadoras (clase inversa, *design thinking* y

Tabla 1 Proyecto formación en soledad para profesionales sanitarios y en la práctica clínica

Unidades de aprendizaje	Contenidos
<i>Unidad I. Soledad y determinantes sociales y psicofísicos en la salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento, soledad y aislamiento social • Tipos de soledad (objetiva, subjetiva, emocional, social, entre otros) • Factores que contribuyen a la soledad en la vejez: biográficos, sociales y de salud • Impacto de la soledad en la salud física y mental: depresión, deterioro cognitivo, fragilidad, aumento de la mortalidad • Estigmas y mitos sobre la soledad en los mayores
<i>Unidad II. Detección y evaluación de la soledad en el ámbito clínico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Signos clínicos y señales de alarma de la soledad • Herramientas de detección: Escala de Soledad de UCLA, Cuestionario ESTE, etc. • Valoración integral de la persona mayor: enfoque biopsicosocial • Técnicas de comunicación efectiva
<i>Unidad III. Impacto de la soledad en la toma de decisiones clínicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo la soledad influye en la adherencia terapéutica • Decisiones compartidas y redes de apoyo • Soledad y el final de la vida: decisiones éticas, voluntades anticipadas
<i>Unidad IV. Intervenciones desde la práctica clínica y comunitaria</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones individuales: acompañamiento, prescripción social, estimulación cognitiva y emocional • Intervenciones comunitarias: redes vecinales, asociaciones, programas institucionales • Coordinación sociosanitaria: trabajo en equipo, recursos disponibles • Análisis de políticas de salud pública relacionadas con la soledad • Identificación de recursos y servicios disponibles para adultos mayores • Propuestas para mejorar la integración de la soledad en la atención sanitaria
<i>Unidad V. Rol del profesional de la salud y del tutor en la formación sobre soledad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Competencias docentes en humanización y atención centrada en la persona • Cómo incorporar el tema de la soledad en la tutoría clínica y en la formación de residentes • Supervisión emocional del propio profesional frente a la soledad del paciente

aprendizaje basado en problemas) que propicien una formación activa y reflexiva y un aprendizaje significativo. Las actividades incluyen conferencias con expertos y pacientes, talleres de *role-playing* para escenificar el acompañamiento emocional, simulaciones clínicas y foros de discusión en línea. La evaluación constará de pruebas objetivas y simulaciones para verificar la asimilación de los contenidos y las competencias adquiridas (tabla 2).

Conclusiones

- Incorporar la soledad como determinante social de la salud en los planes de estudio de Medicina y Enfermería es urgente para formar profesionales sanitarios capaces de enfrentar sus efectos en la morbilidad y mortalidad.
- Formar a los residentes y asegurar que sus tutores dispongan de formación adecuada resulta clave para la detección precoz de la soledad y su manejo efectivo.
- Adoptar metodologías pedagógicas activas (como talleres prácticos, simulaciones y *role-playing*) facilita una enseñanza más sólida de la gestión de la soledad.
- Reconocer que la soledad incrementa los costos del sistema de salud, al propiciar complicaciones y

hospitalizaciones, invita a su detección y abordaje para optimizar recursos sociosanitarios.

- Reformar las políticas de salud pública para incluir la soledad en la planificación y formar a los profesionales refuerza la atención integral a esta población vulnerable.
- Abordar la soledad de forma transversal e integral constituye un paso ineludible para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, reducir costos sanitarios y preparar a los equipos de salud ante los desafíos de una sociedad en rápido proceso de envejecimiento.

Tabla 2 Metodología y evaluación

Metodología	Evaluación
<i>Conferencias interactivas</i>	Preguntas test y videos
<i>Clases teóricas</i>	EdPuzzle
<i>Aprendizaje basado en problemas (ABP)</i>	Entrega de tareas Evaluación continua (rúbrica ABP)
<i>Casos clínicos simulados</i>	Escenarios con pacientes
<i>Asistencia supervisada en práctica real</i>	Examen Cínico Objetivo Estructurado (ECO)
<i>Role playing y simulación</i>	Evaluación continua (rúbrica)

Financiación

Los autores declaran que no han recibido financiación de parte de entidades públicas o privadas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Scott T, Canudas-Romo V. Decomposing the drivers of population aging: a research note. *Demography*. 2024;61(4):1011–21. <https://doi.org/10.1215/00703370-11481955>.
2. Temsumrit N. Can aging population affect economic growth through the channel of government spending? *Heliyon*. 2023;9:e19521. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19521>.
3. Nagarajan NR, Teixeira AAC, Silva ST. Ageing population: identifying the determinants of ageing in the least developed countries. *Popul Res Policy Rev*. 2021;40(2):187–210. <https://doi.org/10.1007/s11113-020-09571-1>.
4. Sarif N, Hemalatha SA. Population aging in India: a microlevel estimate using gridded population data. *Innov Aging*. 2023;7:718–9. <https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.2329>.
5. Xi JY, Liang B, Zhang W, Yan B, Dong H, Chen YY, et al. Effects of population aging on quality of life and disease burden: a population-based study. *Glob Health Res Policy*. 2025;10(1). <https://doi.org/10.1186/s41256-024-00393-8>.
6. Kleinenberg-Talsma N, van der Lucht F, Jager-Wittenaar H, Krijnen WP, Finnema E. The impact of frailty on the use of social services, medication and mortality risk: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2024;24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05441-z>.
7. Ciochoń A, Kozela M, Pająk A. Loneliness and the prevalence of injuries, falls and fractures in older people. *Eur J Public Health*. 2024;34(Suppl 3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1953>.
8. Di Gessa G. Trajectories of loneliness in later life: evidence from a 10-year English panel study. *Innov Aging*. 2024;8(Suppl 1):92. <https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.0287>.
9. Gill AS, Sullivan SS. Resonances of feeling alone: a systematic review unveiling older persons' loneliness and its mechanisms in residential care facilities. *J Adv Nurs*. 2025. <https://doi.org/10.1111/jan.16766>.
10. Patil U, Braun KL. Interventions for loneliness in older adults: a systematic review of reviews. *Front Public Health*. 2024;12:1427605. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1427605>.
11. Kotwal AA, Meier DE. A paradigm shift—loneliness as a root cause of symptom distress among older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2022;70(8):2201–4. <https://doi.org/10.1111/jgs.17880>.
12. Kanemoto H, Umeda S, Satake Y, Nagata Y, Suehiro T, Suzuki M, et al. Impact of loneliness and social isolation in older people in Japan. *Int Psychogeriatr*. 2023;35(S1):19. <https://doi.org/10.1017/S1041610223001771>.
13. Fan Z, Shi X, Leng J, Cui D, Deming L. The impact of stigma of loneliness on psychological distress in older adults: the chain mediating effect. *Psychol Res Behav Manag*. 2025;18:25–38. <https://doi.org/10.2147/prbm.s494430>.
14. Smith LE, Theeke LA. A systematic review of quantitative studies of loneliness and social isolation in long-term care. *Innov Aging*. 2024;8(Suppl 1):1001–2. <https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.3224>.
15. Pitkälä KH, Jansson A, Savikko N. Older people's loneliness in clinical work. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(10):2211–2. <https://doi.org/10.1111/jgs.16113>.
16. Williams-Farrelly MM, Schroeder MW, Li C, Perkins AJ, Bakas T, Head KJ, et al. Loneliness in older primary care patients and its relationship to physical and mental health-related quality of life. *J Am Geriatr Soc*. 2024;72(3):811–21. <https://doi.org/10.1111/jgs.18762>.
17. Satorres E, Delhom I, Llopis J, Navarro A, Bueno C, Meléndez JC. Addressing loneliness in older adults: predictors, protective factors, and implications for social work practice. *Soc Work Health Care*. 2024;63(6–7):456–72. <https://doi.org/10.1080/00981389.2024.2386277>.
18. Taylor HO. Social isolation's influence on loneliness among older adults. *Clin Soc Work J*. 2020;48(1):140–51. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00737-9>.
19. Martínez-Velilla N, Sáez de Asteasu ML, Zambom-Ferraresi F, Galbete A, Marín-Epelde I, Ferrara MC, et al. The impact of loneliness and social isolation on the benefits of an exercise program with hospitalised older adults. *J Nutr Health Aging*. 2024;28(7): 100282. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100282>.
20. Musich S, Wang SS, Schaeffer JA, Kraemer S, Wicker E, Yeh CS. The association of physical activity with loneliness, social isolation, and selected psychological protective factors among older adults. *Geriatr Nurs*. 2022;47:87–94. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.07.006>.
21. Sunarti S, Subagyo KAH, Haryanti T, Rudijanto A, Ratnawati R, Soeharto S, et al. The effect of physical activity on social isolation in elderly. *Acta Med Indones*. 2021;53(4):423–31.