

EL ROL DE LA ENFERMERA ANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL

CLAUDIA CARBAJAL COTO¹ Y DAVID GONZÁLEZ PANDO²

¹Enfermera. Hospital Valle del Nalón. Langreo (Asturias).

²Enfermero especialista en salud mental. Profesor de la Facultad de Enfermería de Gijón (Asturias).

RESUMEN

Introducción: el aislamiento social es un fenómeno complejo y multicausal caracterizado por un estado de soledad no voluntario y no deseado, cuya incidencia en los países desarrollados va en aumento en los últimos años. El aislamiento social compromete la salud física y mental de las personas, así como su funcionalidad y calidad de vida, incrementando la morbilidad y mortalidad.

Objetivo: profundizar en la conceptualización, el abordaje y las implicaciones clínicas y sanitarias del aislamiento social.

Material y métodos: se realizó un exhaustivo trabajo de búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, LILACS y CUIDEN mediante lenguaje controlado. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión para la selección de documentos, seleccionando aquellos de especial relevancia o utilidad de acuerdo con los objetivos del estudio.

Resultados: se identificaron los distintos instrumentos de evaluación en contextos asistenciales, los factores de riesgo, las consecuencias para la salud y el bienestar psicológico, así como las intervenciones de enfermería disponibles para reducirlo. Entre las intervenciones disponibles, la literatura destaca el fomento de la socialización, la modificación de la conducta y la reestructuración cognitiva. El uso de tecnologías digitales se ha consolidado como un recurso efectivo durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19; del inglés, *coronavirus disease 2019*).

Discusión y recomendaciones: la lucha contra el aislamiento social es un reto importante que tienen planteados los sistemas sanitarios en los próximos años. Sin embargo, la implementación de intervenciones eficaces es aún escasa, por lo que debe potenciarse comenzando por la evaluación y la prevención, especialmente, en las poblaciones de riesgo, como ancianos, enfermos crónicos y discapacitados.

Palabras clave: aislamiento social, enfermería, prevención, cuidados de enfermería.

Correspondencia: Claudia Carbajal Coto
Correo electrónico: claudiaccee02@hotmail.es

INTRODUCCIÓN

El aislamiento social consiste en la separación del grupo social o familiar, es decir, implica una pérdida de contacto con la comunidad. La expresión *aislamiento social* (AS) suele utilizarse erróneamente como sinónimo de *soledad*, término que se define como una carencia voluntaria o involuntaria de compañía¹. Ambas expresiones no deben confundirse, ya que es posible estar aislado sin estar solo y estar solo sin estar aislado². La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)³ identifica el AS como un estado en el que el individuo experimenta una soledad impuesta por los demás percibida como negativa o amenazadora. Según la NANDA³, en una situación de AS, la persona no es capaz de mantener relaciones satisfactorias, sus recursos personales son inadecuados, su conducta y valores pueden ser socialmente inaceptables, puede presentar intereses inmaduros y sufrir una alteración del bienestar, del aspecto físico o del estado mental. Los efectos del AS en la salud de las personas son tan relevantes que algunos estudios lo consideran equivalente al impacto de fumar 15 cigarrillos al día o a la obesidad^{4,5}.

Aunque son conceptos diferentes, AS y soledad están estrechamente relacionados, por lo que son variables que suelen investigarse simultáneamente analizando de forma conjunta sus efectos en la salud⁶⁻⁸.

En los últimos años, se ha producido un aumento del AS, lo que conlleva consecuencias negativas en la salud y el bienestar. En este contexto, son los adultos mayores las personas más susceptibles de sufrir AS por sus condiciones de salud y limitaciones funcionales, habiéndose identificado que casi una cuarta parte de esta población lo sufre en los países desarrollados⁹. La incidencia en la población general oscila entre el 7 y el 49 %, aunque algunos estudios en

áreas rurales la elevan al 65,6 %¹⁰. El AS podría estar cuando menos duplicado en áreas rurales respecto a las urbanas⁶.

Las instituciones sanitarias reconocen el AS como un problema grave y preocupante que compromete la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, ya que produce un aumento considerable en el consumo de los recursos^{7,11}.

La pandemia de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19; del inglés, *coronavirus disease 2019*) puede verse como un experimento social en el que se ha sometido a la población de forma generalizada a períodos de AS forzoso. La situación pandémica ha producido consecuencias negativas para la salud de personas de todos los grupos de edad, sobre todo, en aquellas de edad avanzada^{4,9}. Además, muchas estrategias y programas utilizados en distintos contextos para reducir el AS fueron suspendidos debido a las restricciones al contacto social para evitar el contagio. Pese a los efectos negativos de la pandemia, la crisis sanitaria ha servido para tomar consciencia del grave problema que supone el AS y la importancia de combatirlo¹¹.

El AS es un problema para el cual la enfermería dispone de intervenciones centradas en la persona. Su abordaje se basa en un enfoque holístico con intervenciones centradas en las necesidades físicas, psicológicas y sociales de las personas, una tarea compleja para la que las enfermeras están capacitadas¹².

Ante este panorama, se hace necesario profundizar en el estudio de este fenómeno, considerando que la enfermera es uno de los profesionales idóneos para desarrollar tanto funciones de prevención como intervenciones efectivas basadas en la evidencia, contribuyendo, de esta forma, al bienestar de la sociedad y a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

EL AISLAMIENTO SOCIAL AUMENTA EL RIESGO DE MUERTE PREMATURA UN 29 %, Y SU IMPACTO EN LA SALUD ES EQUIVALENTE A FUMAR 15 CIGARRILLOS AL DÍA O A LA OBESIDAD.

OBJETIVOS

Se estableció como objetivo general conocer el papel de la enfermera ante el AS. Ese objetivo fue operativizado en cuatro objetivos específicos:

- Identificar los factores de riesgo relacionados con el AS.
- Conocer las consecuencias del AS en la salud, el bienestar y la calidad de vida.
- Identificar los instrumentos de evaluación disponibles.
- Exponer intervenciones enfermeras con base en la evidencia para el manejo del AS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para elaborar este trabajo, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en fuentes primarias y secundarias desde el 1 de febrero al 30 de marzo de 2022. Se consultaron las bases de datos PubMed, LILACS y CUIDEN, el repositorio Dialnet, así como portales web de instituciones científicas como la American Psychological Association y la NANDA. Para la búsqueda en bases de datos, se utilizó lenguaje controlado mediante Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y sus equivalentes en inglés MeSH (Medical Subject Headings). Tanto los DeCS como los MeSH fueron combinados mediante el

operador booleano AND para conformar las cadenas de búsqueda. Se utilizaron distintos filtros en cada base de datos con objeto de acotar los resultados. Así, en PubMed, los filtros utilizados fueron antigüedad de cinco años y estudios exclusivamente en humanos. Adicionalmente, se utilizó la técnica de la «bola de nieve» bibliográfica, revisando la lista de referencias de todos los documentos obtenidos.

- DeCS: aislamiento social, enfermería, prevención, cuidados de enfermería.
- MeSH: social isolation, nursing, prevention, nursing care.

Proceso de selección

En el proceso de búsqueda en las diferentes bases de datos, se obtuvieron múltiples artículos relacionados con el AS. Una vez aplicados los filtros correspondientes en las distintas bases, se efectuó un proceso de selección en sucesivos pasos. En primer lugar, se realizó una lectura de los títulos de todos los trabajos encontrados, descartando aquellos que no se correspondían con los objetivos del trabajo. Posteriormente, se procedió a la lectura de los resúmenes de los documentos no descartados, seleccionando aquellos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Tras desechar los artículos duplicados, se seleccionaron 35 trabajos, de los cuales, fueron utilizados finalmente 18 por su utilidad y relevancia (fig. 1).

RESULTADOS

Factores de riesgo relacionados con el aislamiento social

La evidencia disponible sugiere que las principales variables que contribuyen al AS son la situación sociodemográfica, la salud y situaciones de riesgo

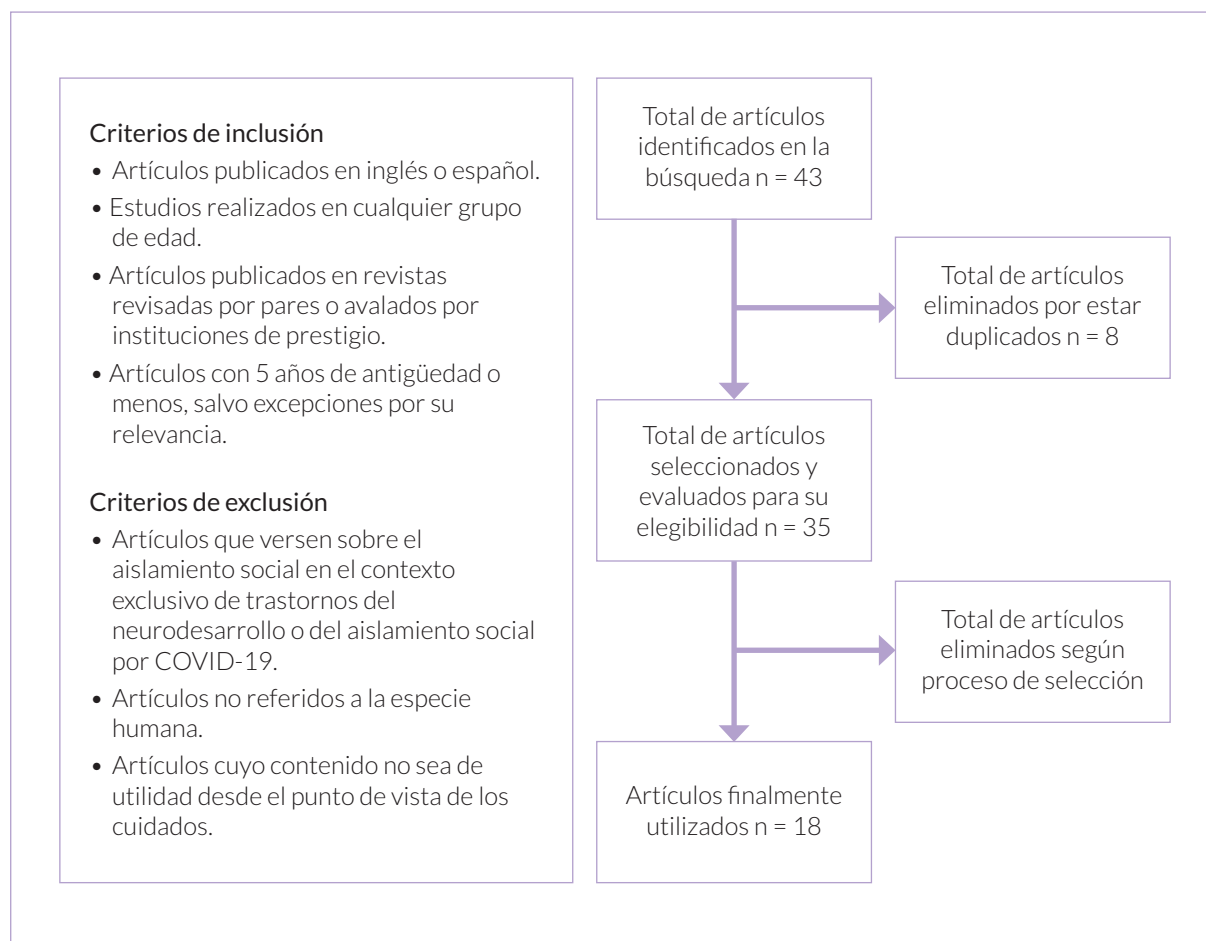


Figura 1. Diagrama de flujo para representar la selección final de los artículos científicos.

COVID-19: enfermedad por coronavirus de 2019 (del inglés, *coronavirus disease 2019*); n: tamaño de la muestra.

individuales^{13,14}. Entre los factores de riesgo socio-demográfico, se encuentran la edad avanzada, los bajos ingresos, la necesidad de cuidados prolongados, y vivir en zonas rurales aisladas o urbanas de bajos ingresos^{6,7,13}. La falta de medios de transporte y los cambios de vida (por ejemplo, de lugar de residencia o pérdidas en la red social) también han sido señalados como factores de riesgo¹³. Asimismo, la ausencia de políticas sociales que reducen la desigualdad, la falta de cohesión social, vivir en zonas que presentan alta criminalidad o escasas oportunidades de participación social, el acceso limitado a

los recursos, las barreras lingüísticas y la pertenencia a grupos sociales minoritarios incrementan el aislamiento social^{4,14}.

Por otro lado, se han descrito factores de riesgo médico, concretamente, la existencia de enfermedades crónicas o discapacidades, de deterioro por problemas sensoriales o cognitivos, o de alteraciones de la salud que producen pérdida de funcionalidad y fragilidad^{4,6,13}. En este grupo, destacan las personas con trastorno mental, un colectivo que tiende a sufrir mayor estigma, discriminación y AS, lo que, a su vez, dificulta obtener ayuda¹⁰.

Finalmente, entre los factores de riesgo individuales, la literatura identifica vivir solo o lejos de la familia, ser cuidador informal, cambios vitales como la pérdida del cónyuge o conflictos familiares y laborales^{4,13,14}.

Consecuencias del aislamiento social en la salud, el bienestar y la calidad de vida

Quienes sufren AS refieren consecuencias negativas para su salud general. Estas incluyen peor funcionamiento ejecutivo, mayor susceptibilidad a enfermedades infecciosas y cáncer, aumento del dolor y del estrés, mayor riesgo de trastornos del sueño, afecciones crónicas y deterioro cognitivo acelerado, entre otras^{4,5,7}. Se estima que el AS aumenta un 29% el riesgo de muerte prematura en aquellas personas que lo sufren¹⁰.

A menudo, las personas que presentan AS realizan conductas perjudiciales con las que tratan de sobrellevarlo o adaptarse a la situación que viven. Estas formas disfuncionales de afrontamiento incluyen comer en exceso, incrementar el consumo de alcohol y tabaco o el consumo de drogas ilegales⁵. De acuerdo con estos hallazgos, la salud de las personas con AS podría deteriorarse tanto de forma directa, por el impacto del AS en el organismo, como de forma indirecta, por el aumento de hábitos no saludables¹⁰. El AS también provoca consecuencias negativas en la salud mental, relacionándose con mayores tasas de depresión, ansiedad, estrés y conducta suicida⁵. Estos efectos serían especialmente preocupantes en niños y adolescentes.

Asimismo, el AS presenta una influencia muy negativa en lo que respecta al bienestar y la calidad de vida. En personas con problemas de salud —especialmente, si son de edad avanzada—, el AS aumenta el riesgo de complicaciones, hospitalizaciones e,

incluso, de muerte². Además, la reducción de la funcionalidad y la calidad de vida por el AS aumenta la demanda asistencial^{4,7}, la necesidad de atención domiciliaria¹⁰, el consumo de medicamentos, el riesgo de accidentes y los ingresos en residencias de ancianos¹⁵, entre otros aspectos, lo que permite identificarlo como un importante problema de salud pública⁸.

El AS se ha asociado también a una menor capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria⁴, así como un mayor riesgo de sufrir abuso, especialmente, en el caso de los ancianos⁴. No obstante, la relación entre empeoramiento de la salud y AS no está clara, pero se presupone la existencia de una influencia recíproca negativa entre ambas variables¹⁵.

Evaluación del aislamiento social

Las personas con AS a menudo no son identificadas por los sistemas sanitarios. Esto representa toda una paradoja por dos razones. Primera: porque tienden a frecuentar más los servicios sanitarios que las personas que no lo sufren. Segunda: porque son precisamente los profesionales sanitarios quienes se encuentran en el mejor escenario posible para identificarlo como un problema real o potencial⁹. En otras palabras, el AS no se detecta adecuadamente porque no se evalúa de forma rutinaria en los entornos que resultan idóneos para identificar situaciones de riesgo¹⁴.

Teniendo en cuenta las consecuencias del AS, el uso de herramientas de cribado rápidas y sencillas está indicado en los distintos niveles asistenciales. En este contexto, las enfermeras pueden utilizar distintos instrumentos de evaluación⁴. Evaluar es ya una forma de intervenir, y esto es la clave para una asistencia más integral y efectiva y menos medicalizada¹⁰. Los instrumentos deben estar validados para

LA PANDEMIA DE COVID-19 HA SERVIDO PARA TOMAR CONSCIENCIA DEL GRAVE PROBLEMA QUE SUPONE EL AISLAMIENTO SOCIAL Y LA IMPORTANCIA DE COMBATIRLO.

que la medición sea uniforme, válida, relevante y predictiva. Sin embargo, la literatura ofrece una considerable variabilidad de herramientas que puede dificultar su elección⁹.

Algunos autores plantean el uso de escalas diagnósticas de cribado de fácil acceso para los profesionales con objeto de favorecer la identificación y el registro de casos^{4,10}. Es necesario considerar que muchos instrumentos para evaluar el AS miden también la soledad, ya que las estrategias de evaluación suelen ser conjuntas. Entre los instrumentos disponibles validados en español y administrables en un período de tiempo breve, en torno a 20 minutos, se incluyen la Escala de Red Social de Lubben Abreviada (LSNS-6; del inglés, Lubben Social Network Scale-6)¹⁶, la Escala de Soledad de De Jong Gierveld (DJGLS; del inglés, De Jong Gierveld Loneliness Scale)¹⁷ y la Escala de Soledad de la UCLA (ULS; del inglés, University of California Los Angeles [UCLA] Loneliness Scale)¹⁸. También están disponibles la Escala de Recursos Sociales (OARS; del inglés, Older Adult Resources and Services)¹⁹ y el Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke (Duke-UNC-11)²⁰. Existen, además, otras herramientas, como el enfoque Making Every Contact Count (MECC), que anima a los profesionales asistenciales a mantener breves conversaciones con los usuarios sobre cómo se sienten, lo que puede favorecer la evaluación e intervención sobre el AS¹⁴.

Desde el punto de vista de la evaluación, es relevante la posibilidad de examinar el AS a nivel de zona a fin de implementar políticas preventivas en zonas especialmente vulnerables. Algunos autores proponen, además, capacitar a los allegados de personas con riesgo de AS para detectarlo lo antes posible¹³.

Intervenciones ante el aislamiento social

Desarrollar intervenciones efectivas contra el AS no es una tarea fácil, debido a que se trata de un fenómeno complejo y multicausal. En este sentido, se han apuntado las insuficiencias del modelo biomédico, especialmente, en lo referente al abordaje del problema en ancianos²¹.

Para poder realizar cualquier intervención preventiva frente al AS, el primer paso consiste en sensibilizar, informar y formar a los profesionales sanitarios y a la población en general sobre este problema y sus consecuencias²². Los profesionales de la salud deben conocer la prevalencia y morbilidad asociada al AS, los factores de riesgo, los instrumentos de evaluación y las opciones disponibles de intervención en cada contexto^{9,13}. Toda intervención debe ser coordinada desde distintas instituciones para garantizar la continuidad de las tareas y cuidados que implementar², sin menoscabo de la colaboración que pudieran ofrecer las asociaciones civiles y religiosas presentes en la comunidad¹⁰.

En la población general, las intervenciones de enfermería para el manejo del AS se realizan, fundamentalmente, desde atención primaria^{9,12}. No obstante, en todos los contextos donde las enfermeras desempeñan sus funciones, es posible evaluar e intervenir de forma deliberada⁴. Los equipos de atención primaria no deben ser simples derivadores, sino que es necesario que identifiquen y aborden casos de usuarios con mayor riesgo de soledad y AS e intro-

LAS PERSONAS CON AISLAMIENTO SOCIAL REALIZAN MÁS CONDUCTAS PERJUDICIALES COMO COMER EN EXCESO, ABUSAR DEL ALCOHOL Y TABACO O CONSUMIR DROGAS ILEGALES.

duzcan intervenciones para promover la socialización movilizando todos los recursos comunitarios disponibles¹⁰. Además, es necesario que ayuden a personas con esquemas cognitivos desadaptativos que favorecen el AS, facilitando la identificación de esos pensamientos disfuncionales y animando a evaluarlos como hipótesis posiblemente falsas que deben ser confirmadas o refutadas¹⁰. Esta intervención, conocida como *reestructuración cognitiva* y recogida por la NANDA³, tiene como objetivo cambiar los pensamientos que impiden una adecuada socialización y sustituirlos por otros más adaptativos y funcionales¹⁰. No debe desdeñarse la reestructuración cognitiva como recurso terapéutico útil para aumentar la interacción interpersonal y el apoyo social recibido. La NANDA recoge también otras intervenciones como el fomento de la integridad familiar, de la socialización, del desarrollo, el juego terapéutico o la modificación de la conducta³. Todas estas intervenciones deben individualizarse y adaptarse al contexto y circunstancias presentes. En el hospital, las enfermeras pueden realizar un papel decisivo para detectar y combatir el AS. Aunque en este contexto las intervenciones pueden verse limitadas, se ha señalado la importancia de invertir tiempo en introducir diálogos conversacionales con el paciente, fomentar el contacto con familiares y personas significativas, o la programación de actividades lúdicas u ocupacionales que favorecen la socialización⁴.

Las ventajas del uso de la tecnología digital e internet para reducir el AS se han puesto de manifiesto durante la pandemia de COVID-19 incluso en ancianos. Estos dispositivos permiten reforzar los vínculos familiares, mejorar la conexión interpersonal y la autoconfianza^{11,14,22}.

Una vez identificada, toda persona con riesgo de AS debe recibir alguna forma de intervención deliberada para prevenirlo o reducirlo. Las intervenciones pueden ser diversas o combinadas, y presentar distintos focos de atención. Pueden establecerse objetivos diferentes como mejorar las habilidades sociales, promover el apoyo social recibido, aumentar las oportunidades de interacción social o la reestructuración cognitiva. Es importante no limitar la intervención a proporcionar directamente apoyo social a las personas aisladas. Un apoyo social no natural difícilmente puede generalizarse y mantenerse en el tiempo. Lo decisivo es que estas personas sean capaces de obtenerlo en los propios contextos en los que viven y participen en actividades comunitarias o de ayuda mutua¹⁰.

En personas mayores, se ha apuntado la necesidad de promover el contacto intergeneracional como estrategia frente al AS y la soledad. Este contacto beneficia la salud y el nivel de bienestar del anciano, además de promover en este una mayor independencia o autonomía^{2,22}. Además, un aspecto identificado como especialmente relevante en ancianos es la necesidad de promover el envejecimiento activo mediante políticas que aumenten su participación en la comunidad, así como la implantación de medidas que apoyen la actividad ocupacional¹⁴.

Otras intervenciones eficaces para manejar el AS se basan en técnicas o enfoques psicoterapéuticos, incluyendo el *mindfulness*, la terapia de reducción del estrés basada en *mindfulness*, la terapia del humor o la terapia grupal de reminiscencia, entre otras^{13,14}. Este tipo de intervenciones mejoran la

capacidad para flexibilizar los pensamientos desadaptativos que dificultan el contacto social y proporcionan pautas para relacionarse dentro de sus redes sociales^{14,21}.

Algunos centros disponen de otros recursos basados en la evidencia como la terapia asistida con animales y, más recientemente, el uso de robots sociales, aunque su disponibilidad es todavía reducida^{9,13}.

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

El objetivo de este trabajo fue conocer el papel de enfermería en el AS. Mediante la revisión de la literatura, se identificaron los factores de riesgo, las consecuencias, las estrategias de evaluación y las intervenciones para su manejo.

Nuestros hallazgos y conclusiones se alinean claramente con los trabajos de Freedman y Nicolle¹³ y de Cotterell *et al.*¹⁴. Estos autores relacionan directamente el AS con el desarrollo de problemas en la salud física y mental, con una menor calidad de vida y una mayor frecuencia de conductas perjudiciales. En este sentido, debe insistirse suficientemente en la promoción de estrategias de prevención a nivel comunitario, en la detección, en la utilización de un enfoque centrado en la persona y en la selección de intervenciones individualizadas en un contexto de coordinación y colaboración entre instituciones.

El AS supone un grave problema y su afrontamiento es muy mejorable a distintos niveles. En primer lugar, se falla en la detección precoz de casos debido a la escasa implementación de estrategias de evaluación y uso de instrumentos de cribado. Todavía, en la mayor parte de las ocasiones, el AS se detecta como consecuencia de una valoración global del estado de salud, y no como resultado de una evaluación específica. Ello es así a pesar de los efectos negativos que el AS produce en la salud, el bien-

estar y la calidad de vida. Se echa en falta una apuesta institucional decidida por implementar estrategias transversales de evaluación e identificación de casos. En este sentido, es preciso señalar que algunos instrumentos de evaluación han sido desarrollados orientándose a la investigación antes que a la práctica clínica, lo que podría estar frenando su uso en contextos sanitarios. Además, existe una falta de coordinación entre instituciones, lo que impide la creación de un plan común de actuación que permita la transversalidad de las acciones, desde una correcta detección a un abordaje y seguimiento óptimos.

En cualquier caso, para que las intervenciones sean efectivas, es necesario que se produzcan cambios en las condiciones y estilos de vida de las personas. Esta es una tarea compleja que requiere un gran esfuerzo por parte de las instituciones y de los profesionales. Es necesaria también más investigación para evaluar la efectividad de las intervenciones que se realizan, especialmente, con diseños prospectivos y a largo plazo, ya que en la literatura este tipo de estudios son muy escasos o inexistentes.

Se recomienda que sean los profesionales sanitarios —y, especialmente, las enfermeras— quienes identifiquen a las personas con AS o en riesgo de sufrirlo en todos los grupos de edad. Estas profesionales se encuentran en una posición privilegiada de contacto con las personas en múltiples contextos a lo largo del ciclo vital, estando plenamente capacitadas por su propia formación para evaluar e intervenir

**EL AISLAMIENTO SOCIAL SE
RELACIONA CON MAYORES
TASAS DE DEPRESIÓN,
ANSIEDAD, ESTRÉS Y CONDUCTA
SUICIDA.**

de forma efectiva y competente, realizando, así, una aportación decisiva a la salud de la comunidad. Esta recomendación es coherente con el trabajo de Blazer⁹ para afrontar el desafío que supone el AS. En este sentido, sería útil incorporar programas transversales de intervención en centros sociosanitarios con evaluación periódica de resultados, algo inviable sin un adecuado respaldo institucional.

Debe subrayarse suficientemente la importancia de evaluar el AS de forma rutinaria tanto en atención primaria como en atención especializada, así como en todos los contextos sociosanitarios. En ese escenario, la enfermera puede desarrollar una valiosa tarea de detección e intervención precoz, que redundaría en una mejora de la salud, del bienestar y de la calidad de vida de la población, siempre en coordinación con otros profesionales, servicios y recursos comunitarios. Distintos trabajos, como los de Norman² y Somes⁴ refuerzan este planteamiento y proponen que sean las enfermeras quienes desarrollen las intervenciones desde los distintos niveles de atención.

Debe considerarse la especial vulnerabilidad de los ancianos y de las personas que padecen algún tipo de enfermedad o discapacidad, así como de aquellas que viven en zonas rurales. Estas personas pueden combinar varios factores de riesgo, además de un déficit de recursos y apoyos, que aumentan su AS. Asimismo, es importante hacer hincapié en el riesgo de AS que conlleva la sociedad digital de nuestros días, especialmente preocupante en el caso de los niños. El abuso de la tecnología digital conlleva un empobrecimiento objetivo de la actividad física, pero también de las interacciones sociales naturales, un menor desarrollo de habilidades sociales y una reducción del apoyo social, que podría aumentar en los próximos años. Las consecuencias a largo plazo de estas pautas culturales de comportamiento están por ver, así como su impacto en la salud de las personas.

La presente investigación tiene algunas limitaciones que deben señalarse. La principal es el reducido número de trabajos incluidos en ella. El volumen de estudios sobre el AS no es precisamente elevado y, menos aún, en el contexto del cuidado. Por si fuera poco, se trata de un problema cuya etiología es difícil de precisar por su naturaleza compleja, multicausal y multidimensional. Esto es debido a que, en la mayor parte de los casos, el AS depende de numerosos factores que se influyen recíprocamente. Pese a esta importante limitación, consideramos que el presente trabajo puede ser de utilidad para aquellos profesionales que deseen profundizar en la conceptualización del problema y en su abordaje.

Como última recomendación, queremos reiterar la importancia de prevenir antes de intervenir. Incluso antes de prevenir, hay que promocionar el contacto social desde las primeras etapas de la vida. Ese sería el mejor punto de partida posible. Para una promoción efectiva, deben existir programas en todos los contextos y grupos de edad y una adecuada coordinación entre las instituciones educativa, social y sanitaria. Las instituciones deben, además, luchar por la reducción de las desigualdades sociales y la pobreza, promover el desarrollo comunitario, el asociacionismo y las relaciones de vecindad para tratar de lograr que las personas vivan más cohesionadas y gocen de redes de apoyo social más fuertes. La salud de la población y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios podrían depender de ello.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. Soledad. Diccionario de la lengua española. RAE.es. Disponible en: <https://dle.rae.es/soledad>
2. Norman C. Preventing loneliness in older patients. *Br J Community Nurs*. 2018;23(7):323-5.
3. NANDA. 00053 Aislamiento social. Diagnósticos NANDA. 2020. Disponible en: <https://www.diagnosticsnanda.com/aislamiento-social/>
4. Somes J. The loneliness of aging. *J Emerg Nurs*. 2021;47(3):469-75.

5. Cassie KM, Miller-Cribbs J, Smith A. An exploratory study of actors associated with social isolation and loneliness in a community sample. *Soc Work Health Care*. 2020;59(7):485-98.
6. Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MA, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Aten Primaria*. 2020;52(4):224-32.
7. Menec VH, Newall NE, Mackenzie CS, Shoostari S, Nowicki S. Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211143.
8. Malcolm M, Frost H, Cowie J. Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev*. 2019;8(1):48.
9. Blazer D. Social isolation and loneliness in older adults-a mental health/public health challenge. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(10):990-1.
10. Gayol-Fernández M, Sánchez-Arguiano J, Conde-Díez Y. Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural. *RqR Enferm Comun*. 2020;8(1):12-22.
11. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria*. 2016;48(9):604-9.
12. Gale A. Preventing social isolation: a holistic approach to nursing interventions. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2020;58(7):11-3.
13. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: approach for primary care. *Can Fam Physician*. 2020;66(3):176-82.
14. Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. *Maturitas*. 2018;113:80-4.
15. Freak-Poli R, Ryan J, Neumann JT, Tonkin A, Reid CM, Woods RL, et al. Social isolation, social support and loneliness as predictors of cardiovascular disease incidence and mortality. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):711.
16. Granero M, Perman G, Vázquez Peña F, Bárbaro CA, Zozaya ME, Martínez Infantino VS, et al. Validación de la versión en español de la Escala de Red Social de Lubben-6. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*. 2020;77(4):296-300.
17. Buz J, Prieto G. Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Univ Psychol*. 2013;12(3):971-81.
18. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semerger*. 2016;42(3):177-83.
19. Leturia Arrazola FJ, Yanguas Lezaun JJ, Arriola Manchola E, Uriarte Méndez A. Escala de Recursos Sociales (OARS). Duke University Center (1978). En: La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Manual práctico. Barcelona: Caritas Española; 2001. p. 313-5.
20. Cuéllar-Flores I, Dresch V. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Rev Iberoam Diagn Eval Psicol*. 2012;34:89-101.
21. Novotney A. The risks of social isolation. *American Psychological Association (APA)*. 2019;50(5):32. Disponible en: <https://www.apa.org/monitor/2019/05/ce-corner-isolation>
22. Laranjeira C. The 'loneliness pandemic': implications for gerontological nursing. *Br J Nurs*. 2021;30(11):652-5.