

Trabajo de Fin de Grado – mayo 2025

Grado en Enfermería

La soledad no deseada como factor de riesgo de problemas de salud mental en la adolescencia y adultez temprana: prevención, detección precoz y abordaje enfermero.

Loneliness as a risk factor for mental health problems in adolescence and early adulthood: prevention, early detection, and nursing approach.

Facultad de Enfermería

Curso 2024-2025

Autora: Carla Lanza Caminero

Directora: Cristina Ortiz Fernández

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

1. Resumen/Abstract.....	5
2. Introducción.	6
2.1. Justificación de la investigación y su relevancia para la práctica enfermera.	6
2.2. Objetivos del trabajo.....	7
2.3. Metodología.....	7
2.4. Descripción de los capítulos.....	7
3. Capítulo I: Marco Teórico.	9
3.1. Qué es y qué no es la soledad no deseada.	9
3.1.1. Conceptos importantes.	9
3.1.2. Diferencia entre aislamiento social y soledad no deseada.	9
3.1.3. Tipos de soledad.	9
3.1.4. Modelos teóricos aplicados: el modelo evolutivo-genético, el modelo cognitivo y los enfoques sociales.	10
3.2. Factores de riesgo de la soledad no deseada en la población juvenil.	11
3.2.1. Factores personales.	12
3.2.2. Factores económicos y demográficos.	13
3.2.3. Factores sociales.	13
3.3. Consecuencias de la soledad no deseada.	15
3.3.1. Consecuencias individuales.	15
3.3.2. Consecuencias a nivel socioeconómico.	17
4. Capítulo II. La soledad no deseada como causa y consecuencia en los problemas de salud mental de los jóvenes.	18
4.1. Trastorno depresivo.	18
4.2. Ansiedad.	19
4.3. Psicosis.	19
4.4. Suicidio.	19
5. Capítulo III. Papel de la enfermería en el abordaje de la soledad no deseada en la población joven.	21
5.1. Prevención de la soledad no deseada.....	21
5.2. Detección precoz de la soledad no deseada.....	23
5.3. Abordaje enfermero de la soledad no deseada.....	25
5.3.1. Terapias psicológicas.	25
5.3.2. Tratamiento farmacológico.	27
5.3.3. La familia.....	27
6. Conclusiones.....	28

7. Bibliografía.	29
8. Anexos.	35

1. Resumen/Abstract.

Resumen

La soledad no deseada se trata de un problema de salud pública prioritario y una cuestión política relevante, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes. Se define como “una experiencia personal desagradable originada por la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las percibidas”, siendo distinta del aislamiento social y presentando diferentes tipos (en función de su naturaleza, intensidad...).

Los objetivos principales de este trabajo son analizar la relación entre la soledad no deseada y el riesgo de desarrollar problemas de salud mental, y describir el papel de la enfermería en el abordaje de soledad no deseada, en la adolescencia y adultez temprana.

A través de una revisión de la bibliografía disponible, se concluye que este fenómeno afecta al 25,5% de esta población, repercutiendo negativamente en su salud física, bienestar emocional y calidad de vida. Además, las experiencias de soledad se relacionan con el desarrollo de problemas de salud mental tales como depresión, ansiedad, psicosis y suicidio.

El abordaje de esta problemática requiere una intervención coordinada desde distintos ámbitos (la escuela, la familia, el sistema sanitario...) debido a su multicausalidad y la multitud de factores de riesgo asociados. En este contexto, la enfermería presenta un papel protagonista en la prevención, detección precoz y abordaje de la soledad no deseada.

Palabras clave: soledad, trastornos mentales, adolescente, adulto joven, enfermería.

Abstract

Unwanted loneliness is a priority public health problem and a relevant political issue, especially among adolescents and young adults. It is defined as "an unpleasant personal experience resulting from the discrepancy between desired and perceived social relationships," being different from social isolation and presenting several types (depending on its nature, intensity...).

The main aims of this work are to analyze the relationship between unwanted loneliness and the risk of developing mental health problems, and to describe the role of nursing in addressing unwanted loneliness in adolescence and early adulthood.

Through a review of the available literature, it is concluded that this phenomenon affects 25.5% of this population, negatively affecting their physical health, emotional well-being, and quality of life. Furthermore, experiences of loneliness are linked to the development of mental health issues such as depression, anxiety, psychosis, and suicide.

Addressing this problem requires coordinated intervention from different areas (school, family, healthcare system...) due to its multifactorial nature and the multitude of associated risk factors. In this context, nursing plays a key role in the prevention, early detection, and management of unwanted loneliness.

Key words: loneliness, mental disorders, adolescent, young adult, nursing.

2. Introducción.

La soledad no deseada se puede definir como la “experiencia desagradable que ocurre cuando existe una discrepancia o desajuste entre la cantidad y calidad de las interacciones sociales deseadas y las percibidas (1,2), bien sea porque se poseen menos relaciones de las deseadas o porque las relaciones existentes no ofrecen el apoyo emocional que se desea” (3).

Supone una fuente de sufrimiento para las personas y limita su derecho de participación en la sociedad. Además, tiene consecuencias negativas para la salud y el bienestar y, en consecuencia, conlleva una serie de costes tanto sociales como económicos muy importantes (3).

Cada vez más se reconoce como un problema prioritario de salud pública y una cuestión política relevante todos los grupos de edad (4), especialmente cuando se es más joven (2); tratándose de un problema social silencioso y un fenómeno de importancia creciente en España, Europa y en el mundo (3).

En España se estima que el 20% de la población general se encuentra en una situación de soledad no deseada (3). Actualmente se sabe que la soledad no es una epidemia exclusiva de adultos mayores, cómo se ha creído popularmente, sino que afecta de manera extensa a los jóvenes (2), siendo el grupo de edad de 16 a 29 años el grupo que más soledad no deseada percibe (25,5%) (5); disminuyendo progresivamente en los siguientes tramos de edad, hasta volver a ascender en las personas de 75 años y más (3).

En cuanto a los efectos que puede tener la soledad en la salud mental, se conoce que las personas que refieren sentirse solas tienen mayor probabilidad de sufrir enfermedades mentales como depresión, ansiedad y psicosis (6,7). También tienen más probabilidades de tener un diagnóstico tal como TDAH y presentar un mayor riesgo de abuso de sustancias (alcohol y cannabis), autolesiones, ideaciones suicidas, síntomas somáticos y problemas relacionados con el sueño y el descanso (7,8).

2.1. Justificación de la investigación y su relevancia para la práctica enfermera.

La soledad no deseada constituye un gran problema de actualidad y relevancia, tanto en la población general como en los jóvenes en concreto. Tal y como se ha descrito anteriormente, la población joven es la más afectada por la soledad: si sumamos las personas jóvenes que se han sentido solas en algún momento, el porcentaje asciende al 69% (5), lo cual está directamente relacionado con el hecho de que en esta población se dé una transición vital importante y llena de cambios (2). Además, la mayoría de los trastornos mentales tienen su inicio durante la adolescencia, según la OMS periodo establecido entre los 10 y 19, y la adultez temprana, entre los 20 y los 24 años (8,9). Por todo esto, esta etapa en la vida de los jóvenes se convierte en un momento clave tanto para la prevención y detección precoz de la soledad no deseada, como para evitar la aparición de una serie de problemas de salud mental, ya que, aunque no todas las personas que experimenten soledad desarrollarán problemas de salud mental, existe la posibilidad de utilizar este fenómeno como parte de una herramienta de prevención y detección precoz de futuros problemas de salud mental (6,10)

Además, esta revisión se ha centrado en el abordaje de la soledad, ya que, aunque de forma general podría pensarse que la soledad y el aislamiento social son términos interdependientes, o que las consecuencias en salud de la soledad tienen una menor relevancia que las producidas por el aislamiento social; se sabe que es posible sentir soledad sin estar aislado socialmente y que la soledad, independientemente del aislamiento social, representa un importante detrimento para la salud (5).

Por otro lado, el concepto de sociedad tiene una gran importancia en relación con la salud mental, debido a que puede ser tanto causa como consecuencia de una serie de problemas; es decir, la soledad puede generar varias problemáticas y, al mismo tiempo, puede ser la consecuencia de algunos de estos trastornos y dar lugar a un posterior sentimiento de soledad (2).

Por estos motivos, es relevante y necesario incidir en la soledad y en el papel que tiene enfermería en todo ello, para así, centrándonos a la población más joven, mejorar la salud de la población a largo plazo, previniendo tanto problemas de salud física como de salud mental.

2.2. Objetivos del trabajo.

Este trabajo presenta dos principales objetivos:

- Analizar la relación entre la soledad no deseada y el riesgo de desarrollar problemas de salud mental en la adolescencia y adultez temprana.
- Describir el papel de la enfermería en el abordaje de soledad no deseada en la adolescencia y adultez temprana.

En cuanto a los objetivos específicos se establecen los siguientes:

- Explicar qué es la soledad no deseada.
- Diferenciar la soledad no deseada del aislamiento social.
- Explicar los distintos tipos de soledad que existen.
- Enunciar los factores de riesgo de la soledad no deseada en la adolescencia y adultez temprana.
- Analizar las consecuencias en salud de la soledad no deseada en la adolescencia y adultez temprana.

2.3. Metodología.

Para llevar a cabo el presente trabajo de fin de grado se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos sobre la soledad no deseada a través de las siguientes bases de datos: PubMed, Dialnet y Scopus.

Para la búsqueda se utilizaron los términos propios de los descriptores Medical Subject Heading (MeSH): loneliness, social isolation, mental disorders, adolescent, young adult, nursing; y los respectivos Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): soledad, aislamiento social, trastornos mentales, adolescente, adulto joven, enfermería. Para delimitar la búsqueda se ha utilizado el booleano “AND” entre los descriptores.

De entre los artículos disponibles, se seleccionaron solo aquellos escritos en español e inglés que estuvieran completos, además se aplicó como requisito la utilización de los publicados en los últimos 5 años. A pesar de esto, han sido incluidos algunos artículos de años anteriores debido a su relevancia en el tema. De la bibliografía encontrada se han excluido algunos artículos por no tener acceso gratuito al texto completo o por no aportar información relevante para el trabajo.

2.4. Descripción de los capítulos.

Capítulo I. Marco Teórico.

Este primer capítulo se subdivide en 3 grandes apartados. En primer lugar, se explican una serie de términos de interés relacionados con el concepto de soledad no deseada, tales como *apoyo social percibido* y *aislamiento social subjetivo y objetivo*. Además, se establece la diferencia entre la soledad no deseada, la soledad deseada y el aislamiento social objetivo. También se definen los tipos de soledad en función de su causa y duración. En segundo lugar, se describen los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de la soledad no deseada, diferenciando ente

los factores personales, económicos, demográficos y sociales, Finalmente, se analizan las consecuencias que esta tiene para la salud, abordando su impacto personal y socioeconómico.

Capítulo II. La soledad no deseada como causa y consecuencia en los problemas de salud mental de los jóvenes.

En este segundo capítulo, se aborda la soledad no deseada como causa y consecuencia de los problemas de salud mental en los jóvenes. Se explora cómo la soledad puede ser un factor desencadenante y/o agravante de trastornos psicológicos, tales como la depresión y la ansiedad, entre otros. Además, se analiza el mecanismo a través del cual estos problemas de salud mental pueden generar o intensificar la experiencia de soledad en esta población. A lo largo de este capítulo, se revisarán estudios y teorías que explican la bidireccionalidad de estas relaciones.

Capítulo III. Papel de la enfermería en el abordaje de la soledad no deseada.

En este tercer capítulo, se analiza el papel de la enfermería en la prevención, identificación precoz y abordaje de la soledad no deseada, destacando las herramientas disponibles, los signos y síntomas a detectar, etc. Se describen, además, las estrategias de intervención de enfermería basadas en la evidencia para el tratamiento de la soledad, y estudios que respaldan su efectividad. A lo largo del capítulo se subraya la importancia de un enfoque integral en el cuidado de la salud mental de los jóvenes, destacando la importancia de la colaboración entre distintos ámbitos (escuela, familia, sistema sanitario...)

3. Capítulo I: Marco Teórico.

3.1. Qué es y qué no es la soledad no deseada.

Como se ha mencionado anteriormente, la soledad no deseada se puede definir como la “experiencia personal desagradable que ocurre cuando existe una discrepancia o desajuste entre la cantidad y calidad de las interacciones sociales deseadas y las percibidas (1,2); bien sea porque tiene menos relación de la que le gustaría o porque las relaciones que tiene no le ofrecen el apoyo emocional que desea” (3).

Además de esta, es importante conocer la definición de una serie de términos relacionados, ya que nos va a permitir esclarecer qué es y qué no es la soledad no deseada.

3.1.1. Conceptos importantes.

Apoyo social percibido.

El término de *apoyo social percibido* se define como la “autoevaluación de la adecuación de los recursos sociales disponibles para una persona” (1).

Se considera el factor más significativo para aliviar de manera efectiva la soledad e, incluso, nos permite predecir su trayectoria (11). El apoyo social percibido como suficiente se asocia con síntomas psiquiátricos menos graves, un mejor funcionamiento, una recuperación personal más efectiva, una mayor autoestima y empoderamiento, así como una mejor calidad de vida (1).

Aislamiento social subjetivo.

En conjunto, la *soledad no deseada* y el *apoyo social percibido* hacen referencia a la “percepción subjetiva de las personas sobre su mundo social”, dando lugar al aislamiento social subjetivo (1).

3.1.2. Diferencia entre aislamiento social y soledad no deseada.

Es importante diferenciar la *soledad no deseada* del *aislamiento social* (o *aislamiento social objetivo*), ya que, si bien ambas experiencias se relacionan, no tienen por qué coincidir. Las personas que se encuentran aisladas socialmente no tienen por qué sentirse solas necesariamente, o viceversa, las personas que se sienten solas no tienen por qué estar aisladas socialmente (5).

Dicho esto, *el aislamiento social objetivo* puede definirse como “la falta sustancial de contactos sociales, que denota mala integración social y que puede medirse de manera objetiva en función de medidas cuantitativas del tamaño de la red social o la frecuencia de los contactos sociales con otros” (1,3) y, como se ha mencionado anteriormente, puede generar soledad en determinadas personas, aunque no en todas (12).

Su diferenciación será fundamental para detectar la raíz del problema existente, y, en consecuencia, desarrollar un plan de acción apropiado. En la intervención de la soledad no deseada, independientemente del tamaño de la red de apoyo y la cantidad de contactos sociales, habrá que llevar a cabo acciones para abordar las condiciones que están generando soledad, como, por ejemplo, expectativas poco realistas sobre las relaciones sociales (12).

3.1.3. Tipos de soledad.

Una vez explicado lo que es la soledad, es importante destacar que existen diferentes tipos de soledad en función de cómo se decida clasificarlas.

Aunque la mayoría de las definiciones sobre el concepto de soledad la asocian a una experiencia negativa (soledad no deseada) (1,3), la RAE define la *soledad* como la “carencia voluntaria o involuntaria de compañía” (13), a partir de lo cual se deduce la existencia de dos tipos de soledad, en función de si es buscada o no. De esta forma existe un concepto que hace referencia

a un estado elegido de estar sin compañía, la *soledad deseada*, el cual se caracteriza por una oportunidad de reflexión y comprensión de uno mismo (7).

Por otro lado, atendiendo a su naturaleza, encontramos tres tipos de soledad:

Tipos de soledad	Entorno	Causa	A quién afecta
Soledad emocional	Grupo de 1 a 5 personas íntimas a las que podemos acudir en busca de apoyo emocional en momentos de crisis	Sentimiento de falta de un vínculo íntimo y cercano (padre/madre, amistades cercanas, pareja romántica...)	Por igual a hombres y mujeres.
Soledad relacional o social	Grupo de 15 a 50 personas con las que simpatizamos	Falta de una red de relaciones en el entorno más amplio (familia, amistad, entorno escolar o laboral)	Mujeres.
Soledad colectiva	Grupo de 150 a 1500 personas con las que interactuamos a través de asociaciones voluntarias.	Discrepancia experimentada en las identidades sociales y las conexiones con otras personas similares (no necesariamente conocidas: escuela, equipo, identidad nacional, grupo cultural de la persona...)	Hombres.

Ilustración 1. Tipos de soledad en función de la naturaleza. Fuente: Elaboración propia (5,14).

Atendiendo a su intensidad y duración también encontramos:

Tipos de soledad	Definición	Tiempo	Relevancia
Transitoria o cotidiana	Incluye estados de ánimo de soledad breves y ocasionales.	De días a meses.	No han sido de mucha preocupación para la investigación debido a su papel más limitado en relación con la salud. Son experiencias ligadas a situaciones concretas y, por tanto, adaptativas.
Situacional o transicional	Involucra a personas que tenían relaciones satisfactorias hasta que ocurrió algún cambio específico (p.ej. divorcio, duelo, mudanza a una nueva ciudad...)	Inferior a 2 años.	
Crónica	Ocurre cuando una persona ha carecido de relaciones sociales satisfactorias durante un periodo superior a dos años.	Dos o más años.	Se ha demostrado su relación con múltiples consecuencias negativas para la salud.

Ilustración 2. Tipos de soledad en función de la intensidad y duración. Fuente: Elaboración propia (5,7).

3.1.4. Modelos teóricos aplicados: el modelo evolutivo-genético, el modelo cognitivo y los enfoques sociales.

Existen distintos enfoques para la explicación del concepto de soledad. Los principales que encontramos son el modelo evolutivo-genético, el modelo cognitivo y los enfoques sociales (15), cada uno de ellos establece su propia definición de soledad y explica los posibles mecanismos causantes y sus consecuencias. A continuación, se explican los aspectos más destacables de cada uno de los enfoques, los cuales nos ayudarán a comprender de una manera más completa el concepto de soledad.

Uno de los principales enfoques es el enfoque evolutivo-genético. Su precursor **John T. Cacioppo** define la *soledad* como “una respuesta neuronal o endocrina, cuya función es regular el mundo interior del organismo de acuerdo con el mundo exterior de su entorno” y establece que el ser humano es social por naturaleza (15). De este modo explica la soledad como un mecanismo orgánico, el cual evolucionó para garantizar la supervivencia y la reproducción de la especie humana, donde los más jóvenes atraviesan un largo periodo de dependencia de los cuidadores e incluso periodos cortos sin protección podrían significar un riesgo importante de daño por parte de depredadores (7). La soledad se encarga de alertar al individuo de que se encuentra en peligro de aislamiento social (15) y le atrae de regreso al grupo, donde se encuentra más seguro de estas amenazas ambientales (7).

Este enfoque establece la existencia de una serie de reacciones al aislamiento social, inicialmente adaptativas, que se entienden como la base de los posteriores estados patológicos si la soledad se prolonga. Una de estas reacciones es la hipervigilancia (7), estado caracterizado por una distorsión cognitiva la cual se establece cuando los procesos neurobiológicos y comportamentales de la soledad se generalizan. Se trata de una especie de “bucle cognitivo” que retroalimenta la soledad al tensar las relaciones de la persona como mecanismo de defensa, lo que se relaciona finalmente con elevadas tasas de fenómenos como estrés, ansiedad o depresión (15).

Otro de los enfoques es el enfoque psicológico, en concreto el modelo cognitivo, el cual es reconocido como la principal teoría de explicación de la soledad en la actualidad, siendo **Perlman y Peplau (1998)** los principales autores de esta corriente. Este modelo defiende que la soledad se trata de un proceso cognitivo causado por un desajuste o discrepancia entre lo percibido o experimentado y aquello que los estándares del individuo afirman que es, en términos relacionales, lo necesitado o querido” (15).

Aunque este enfoque cognitivo sea el principal al describir la soledad, estos modelos tratan de reconocer la importancia de factores tanto externos como internos, y la combinación de ambos. De esta forma, De Jong (2006) identifica como elementos relevantes para este enfoque: las características descriptivas de la red social, los estándares de relación, las características de la personalidad y de base en la persona... Además, Perlman y Peplau (1984) describen el proceso cognitivo de la experiencia de soledad en tres momentos: factores de predisposición, evento desencadenante y momento en el que se produce y manifiesta el desajuste (15).

Cabe destacar que, según un estudio que realizó una revisión sobre los acercamientos teóricos de la soledad, la correcta interpretación de los enfoques que explican la soledad es de forma conjunta. La visión más completa de soledad engloba desde elementos psicológicos, hasta biológicos, sociales y estructurales; y la complejidad de este concepto requiere de enfoques en los que no se invisibilice ninguna dimensión (15).

3.2. Factores de riesgo de la soledad no deseada en la población juvenil.

La soledad no deseada es un fenómeno multicausal, lo que significa que no se pueden identificar causas concretas, sino que existe una amplia variedad de aspectos que pueden favorecer su aparición (5).

Actualmente, el periodo de adolescencia y adultez temprana se identifica como un periodo de desarrollo a todos los niveles, y se caracteriza por una elevada inestabilidad e incertidumbre, especialmente en relación con las transiciones educativas, laborales y de relaciones interpersonales (8,16). Además, todos estos cambios están vinculados a una serie de factores personales y sociales, que, en conjunto, pueden influir en la aparición de soledad no deseada (16).

Es importante destacar la bidireccionalidad que existe entre la soledad y estos factores, de forma que dichas variables pueden aumentar la probabilidad de experimentar soledad, y a su vez, la soledad puede intensificar los factores de riesgo (5).

A continuación, se describen los principales factores de riesgo asociados a la soledad no deseada. Han sido principalmente extraídos del *Estudio sobre Juventud y Soledad No Deseada en España* (5), el cual ha sido realizado por el Observatorio Estatal de Soledad No Deseada, Fundación ONCE y Ayuda en Acción en el año 2024, a través de una encuesta a 1.800 personas de entre 16 y 29 años.

3.2.1. Factores personales.

Género.

Según un estudio sobre la relación entre el apoyo social percibido y la soledad, las mujeres tienden a reportar mayores niveles de soledad, a pesar de presentar una mayor capacidad de comunicación y expresión de sus sentimientos que los hombres, lo que podría indicar que el género actúa como una variable moderadora en la relación soledad-apoyo social percibido (11).

Según el *Estudio sobre Juventud y Soledad No Deseada*, en España hablamos de un 31,1% de mujeres (3 de cada 10 mujeres) que refieren soledad, frente a un 20,2% de los hombres (2 de cada 10 hombres) (5).

Por otro lado, pertenecer a un colectivo LGTBI aumenta en casi el doble los sentimientos de soledad entre los jóvenes, un 39,7% frente a un 22,7% (5).

Edad.

Atendiendo a las franjas de edad, la soledad no deseada alcanza los valores máximos en las edades centrales de la juventud, entre los 21 y los 26 años. Por el contrario, los jóvenes de mayor edad, de entre 27 y 29 años, y especialmente los de menor, de 16 a 20, experimentan niveles ligeramente menores de soledad no deseada (5).

Condiciones de salud.

Según el estudio, “la juventud que se siente sola sufre un estado de salud auto percibido mucho peor que la que no está en soledad no deseada”. Mas de la mitad de los jóvenes que lo padecen (52,4%) valora su edad como regular, mala o muy mala, frente al 21,9% entre los que no lo padecen (5).

Por otro lado, determinadas condiciones de salud, tanto físicas como mentales, suponen factores de riesgo significativos que pueden destinar a una persona joven a experimentar soledad.

En cuanto a la salud física, las enfermedades crónicas, la discapacidad física o mental, los trastornos neurológicos y las deficiencias auditivas y visuales producen un aumento del riesgo de sufrir soledad (3,7).

Con relación a la salud mental, su conexión con la soledad no deseada entre la juventud es claramente significativa: las personas con algún tipo de problema relacionado (ya sea percibido o diagnosticado) poseen una probabilidad de 2,5 veces superior, de experimentar soledad no deseada. En posteriores apartados, se profundizará en esta relación y en sus mecanismos de acción (5).

Eventos vitales

Acontecimientos como la pérdida de un ser querido pueden alterar las relaciones cotidianas de una persona, predisponiéndola a experimentar una etapa de aislamiento o de sentimiento de soledad. Estas son etapas puntuales las cuales posteriormente pueden superarse o de lo contrario convertirse en crónicas (4).

3.2.2. Factores económicos y demográficos.

Factores económicos.

Según el estudio, la prevalencia de soledad no deseada es casi el doble en los jóvenes de hogares con situaciones económicas complicadas respecto a los jóvenes de hogares con facilidad para llegar a fin de mes (36% frente a 19,4%) (5).

Factores demográficos.

La relación entre el tamaño del municipio y la soledad no deseada en la juventud se ha establecido como estadísticamente significativa. Los jóvenes que viven en municipios de tamaño medio (especialmente en los de 20.000-500.000 habitantes) experimentan mayores niveles de soledad en comparación con los jóvenes que viven en medios rurales o municipios de menos de 20.000 habitantes y en grandes urbes (más de 500.000 habitantes) (5).

3.2.3. Factores sociales.

Relaciones sociales.

De entre quienes se sienten solos, el 55,4% están insatisfechos con la cantidad de relaciones que poseen (frente al 13,9% en los jóvenes que no se sienten solos). Esto significa que, casi la mitad de los jóvenes (el 44,6% restante) se sienten solos y no se encuentran insatisfechos con su número de amistades, lo cual pone en evidencia la importancia de la existencia de otros factores a la hora de explicar la soledad juvenil (5).

Cabe destacar que las relaciones de amistad juegan un papel más relevante y de mayor impacto en la soledad que las relaciones dentro del ámbito familiar, entorno de trabajo o estudio (5). De igual manera ocurre con las relaciones íntimas, de manera que los datos indican que la probabilidad de sentirse solo aumenta en más del doble dentro los jóvenes que no tienen pareja o alguna relación no estable, en comparación con los que tienen una pareja estable (2).

Otro factor relevante es el nivel de habilidades sociales, tanto verbales como no verbales, que las personas utilizan para desarrollar, mantener y fortalecer las relaciones sociales. Según el *Modelo de Vulnerabilidad por Déficit de Habilidades Sociales* de Segrin y colaboradores (2016), la falta de estas está asociada con tasas más altas de soledad, ya que afecta en aspectos importantes como desarrollar relaciones solidarias o brindar la capacidad suficiente para adaptarse a las demandas sociales en los periodos de transición (p.ej. en un contexto universitario), entre otras (17). Según la propia opinión de los jóvenes en soledad encuestados, saber comunicar a los demás lo que se experimenta, siente o desea, tiene un impacto muy importante en la soledad (5).

Por su parte, la *Teoría de la Hostilidad Interpersonal de la Soledad* sugiere que la propia soledad genera pensamientos sociales negativos que, a su vez, hacen que las personas perciban a los demás como amenazantes o poco acogedores, evitando el contacto social, lo que perpetúa la soledad y la baja autoestima (18).

Finalmente, es importante señalar la marcada relación entre la soledad y el acoso escolar/laboral. El porcentaje de jóvenes en situación de soledad que han sufrido este tipo de acoso alguna vez en su vida es casi el doble, un 58,1%, que el porcentaje entre los jóvenes que no experimentan soledad, un 32,1%. Estas experiencias impactan significativamente sobre el nivel de confianza hacia los demás (5), contribuyendo al desarrollo de una percepción negativa de las relaciones interpersonales (18).

Vivienda.

Según el estudio, la emancipación de los jóvenes no guarda relación de peso con la soledad experimentada. Sin embargo, cabe destacar que los jóvenes que viven en casa de sus padres experimentan una tasa menor de soledad respecto a los que viven en un piso compartido;

ambos a su vez presentan una menor tasa de soledad que los jóvenes que viven en su propia casa (5).

Por otro lado, es conocido que ser extranjero aumenta aún más la probabilidad de sufrir soledad (3).

Mundo digital.

La incorporación de las tecnologías en la mayoría de los ámbitos de la vida ha tenido un efecto considerable sobre la forma de relacionarse de la sociedad en general y sobre la juventud en particular (5).

Según el estudio, un tercio de los jóvenes usa las redes sociales más de tres horas diarias. La mayoría de ellos consideran que tanto poseer un número elevado de relaciones vía online con otras personas como estar demasiado pendiente de las redes sociales, son factores que influyen de forma considerable en la soledad no deseada. Sin embargo, la encuesta no permite establecer una relación entre frecuencia de uso de las redes sociales y la soledad no deseada, por lo que no se establece como una variable significativa de la soledad (5).

En lo relativo a las relaciones presenciales, se observa que éstas son más frecuentes entre los jóvenes que no sufren soledad, especialmente las de amistad. El porcentaje de jóvenes que se relaciona de forma principalmente presencial es mayoritario entre quienes no se sienten solos (79,8%), en comparación con los que si se sienten solos (55,9%). Esta relación entre presencialidad de las relaciones y la soledad si se expone como significativa (5).

Educación y empleo.

El periodo de juventud implica una serie de cambios frecuentes y exploración de diferentes direcciones de vida, estos cambios junto con las transformaciones en el entorno social pueden aumentar las tasas de soledad. La población juvenil experimenta numerosos cambios sociales especialmente durante las transiciones educativas, tales como conocer nuevos compañeros, adaptarse a distintas estructuras de aprendizaje, pertenecer a un estatus social más bajo respecto al resto de compañeros, pasar de un contexto familiar a uno desconocido... (8)

Un estudio sobre la soledad como mediador de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios, pone especial interés en cómo el proceso de transición de la adolescencia a la adultez emergente, la búsqueda de equilibrio entre la autonomía y las relaciones interpersonales, y la necesidad de establecer nuevos vínculos o redes sociales en un contexto de alta carga académica, están relacionados con la aparición de sentimientos de soledad (17).

Por otro lado, según el *Estudio sobre Juventud y Soledad No Deseada en España*, existe una importante relación entre el nivel educativo y la soledad, siendo los jóvenes con estudios universitarios quienes experimentan los niveles más bajos. Por otro lado, quienes han repetido alguna vez de curso sufren una prevalencia de soledad no deseada del 31% frente a quienes no han repetido, con un 21,3%. Además, el abandono escolar temprano y el bajo rendimiento académico también afectan a los niveles de soledad experimentados (5).

En cuanto al empleo, las personas en desempleo sufren una prevalencia de soledad superior a las que estudian o trabajan (5).

A nivel cultural.

Debido a la subjetividad de la soledad, las normas sociales pueden afectar en lo que se considera un nivel o calidad adecuada de relaciones sociales para una persona (16) y cómo se vive el hecho de “estar solo” (2) en un contexto sociocultural determinado (16)

Por ejemplo, en la cultura mediterránea se valora considerablemente la familia y las amistades; sin embargo, en otras culturas el hecho de estar separado de la familia y las amistades y hacer

muchos cambios de residencia a lo largo de la vida se ve como un hecho normal y, por lo tanto, la vivencia subjetiva que se tiene es muy diferente (2).

El tipo de sociedad, en función del grado de interdependencia social (se trata de una sociedad individualista o colectivista), es el que influirá en dichas normas e ideales de una determinada sociedad (19).

Un estudio transversal realizado en cinco países europeos analizó como el colectivismo y el individualismo influyen en las experiencias de soledad, centrándose en los posibles factores de riesgo culturales y psicológicos asociados a distintos los tipos de sociedad. Los resultados mostraron que un mayor nivel de colectivismo se asocia con una menor soledad, mientras que el individualismo se vincula con una menor integración social real, lo que a su vez se relaciona con una mayor soledad (19).

Además, se observó que, en un contexto europeo, el colectivismo actúa como un amortiguador de la soledad. También se encontró que las discrepancias entre los ideales de integración social y la realidad (es decir, las diferencias entre los que las personas desean y lo que realmente experimentan en sus relaciones sociales) se asocian con mayores niveles de soledad (19). Estos hallazgos coinciden con los resultados del *Experimento de la Soledad* de la BBC, el cual concluyó que las culturas más individualistas tienden a percibir niveles más altos de soledad (20).

Cabe destacar que no seguir los caminos culturalmente asignados y heteronormativos, como formar un matrimonio homosexual y tener hijos a una edad “culturalmente apropiada”, parece producir una intensificación de la soledad (16,21).

3.3. Consecuencias de la soledad no deseada.

La soledad no deseada se ha asociado con una gran cantidad de resultados negativos en términos socioemocionales, psicológicos y de salud física en las poblaciones de adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores en general (16). Asimismo, varias investigaciones muestran que la soledad tiene un impacto grave en la calidad de vida y la longevidad de las personas (4,7).

3.3.1. Consecuencias individuales.

Efectos en la salud física.

La soledad, junto con el aislamiento social, se ha asociado a un aumento significativo en las tasas de mortalidad (7), con efectos comparables a los observados para el tabaquismo, la obesidad y la inactividad física (4).

Entre sus consecuencias físicas, se han identificado una serie de alteraciones que están determinadas por cambios a nivel fisiológico y comportamental (3,7).

En el caso de los jóvenes que experimentan soledad, estos pueden sufrir una serie de cambios comportamentales, que, a su vez, impactan de forma significativa en la salud. Por un lado, la soledad puede influir negativamente en el acceso a los bienes y servicios de salud, así como en su adherencia a estos (3). Por otro lado, la calidad de las relaciones sociales, la percepción que los jóvenes tienen sobre ellas y su capacidad de afrontamiento, también ejercen un efecto importante sobre la salud. De esta forma, estar en contacto con personas que tienen hábitos de vida saludables, puede reforzar dichos comportamientos en la persona. Por el contrario, se pueden tener hábitos de vida poco saludables derivados de la propia experiencia de soledad (p.ej. sedentarismo, consumo de sustancias, etc.), en ocasiones para poder sobrellevar la situación, los cuales son en sí mismos factores de riesgo para el padecimiento de determinadas enfermedades (21).

Además de estos efectos comportamentales, la soledad desencadena una serie de cambios fisiológicos. Un estudio sobre los efectos de la soledad sobre la salud física (7), ha evidenciado que esta condición incrementa las respuestas inflamatorias del organismo, un mecanismo que,

desde una perspectiva evolutiva, actuaría como respuesta adaptativa ante una mayor vulnerabilidad a lesiones e infecciones derivadas de la falta de protección social. Este proceso se relaciona con múltiples factores, entre ellos: inflamación periférica y neural, activación repetida de las fibras del sistema nervioso simpático ([SNS] las cuales inervan los ganglios linfáticos y coordinan las respuestas inmunitarias), resistencia a los glucocorticoides (resultado de la activación continua del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal [HPA] y de la reducción de la expresión de genes diana del receptor de glucocorticoides); sobreexpresión de genes involucrados en el crecimiento celular y niveles duplicados de proteína C reactiva, entre otros. Estas respuestas inflamatorias pueden dar lugar a una serie de “comportamientos de enfermedad”, como somnolencia y fatiga, que, a su vez, pueden incrementar la tendencia al aislamiento, la sensación de desconexión social y la percepción de soledad, favoreciendo así la persistencia de la respuesta inflamatoria (7).

A nivel cardiovascular, la soledad en etapas tempranas de la vida se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar problemas cardiovasculares en la edad adulta, incluyendo un índice de masa corporal superior a los valores saludables, presión arterial elevada y niveles altos de colesterol. Algunos de los cambios neuroendocrinos mencionados previamente pueden contribuir al aumento de dicha morbilidad cardiovascular, favoreciendo el desarrollo de hipertensión, aterosclerosis y enfermedad arterial coronaria (7).

Por último, la soledad afecta también de forma negativa a la calidad del sueño. Este deterioro en el descanso, junto con niveles de estrés elevados y hábitos de vida poco saludables, se ha relacionado de forma significativa con diversas patologías crónicas, como la diabetes, la migraña, y, de nuevo, las enfermedades cardiovasculares (7).

Impacto psicológico y neurológico.

A nivel psicológico, la soledad produce múltiples consecuencias, repercutiendo de forma negativa en el estado anímico, la satisfacción de las necesidades vitales y en la relación que las personas establecen con los demás, entre otros aspectos (3).

En los últimos años, la investigación sobre la soledad ha atraído una atención creciente, en parte debido a la sólida evidencia de su impacto sobre la salud mental. Diversos estudios han demostrado que las personas que experimentan soledad de manera prolongada presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar problemas de salud mental como ansiedad, depresión, enfermedades psíquicas y conductas suicidas, entre otros (7,21). Además, se ha identificado una relación bidireccional entre la soledad y estos trastornos, ya que no solo actúa como factor de desencadenante y agravante, sino que, a su vez, los problemas de salud mental pueden intensificar la experiencia de soledad no deseada (7). Dada su relevancia, en apartados posteriores se profundizará en los mecanismos que explican su relación.

A nivel neurológico, existen estudios que, mediante una serie de métodos como la neuroimagen y la resonancia magnética funcional, han detectado respuestas neuronales distintas entre las personas expuestas a soledad y aquellas no expuestas, aunque los resultados en este campo siguen siendo contradictorios. Según un estudio que relaciona la soledad con una serie de consecuencias a este nivel, las personas solitarias muestran una menor activación ante estímulos sociales placenteros, lo que sugiere una menor sensación de recompensa; mientras que otros estudios sugieren lo contrario, mostrando una mayor activación, y, en consecuencia, un aumento del deseo social o “social craving”. Además, se ha encontrado que las personas con altos niveles de soledad presentan un patrón diferente de comunicación neuronal entre diversas redes cerebrales, lo que se traduce en una menor reactividad a imágenes positivas dentro de la red afectiva y una mayor reactividad a imágenes negativas (7).

Los efectos de la soledad en el funcionamiento neurológico parecen intensificarse con la edad, de modo que, además de los efectos previamente mencionados, también contribuye a un mayor

deterioro cognitivo (1,21). Sin embargo, los mecanismos subyacentes a estos procesos continúan siendo objeto de estudio (7).

En cuanto a las consecuencias en la forma en la que las personas se relacionan con los demás, encontramos que las personas que sienten soledad tienen una confianza en los demás mucho menor que los que no lo experimentan (5). Además, estos jóvenes, comienzan a sentir las relaciones de forma insegura, generando un mayor alejamiento y una disminución en la confianza, la autoestima y las habilidades sociales (15).

3.3.2. Consecuencias a nivel socioeconómico.

Según el estudio *El coste de la soledad no deseada en España*, presentado en 2023 y promovido por la Fundación ONCE, el coste total de la soledad no deseada en España es, en términos tangibles, de unos 14.141 millones de euros, el 1,17% del Producto Interior Bruto (PIB) anual (22). Es por ello por lo que la lucha contra la soledad se ha convertido en un desafío tanto para las administraciones, como para la sociedad en general. La estimación de este coste tangible se realiza a partir de los costes sanitarios y de pérdida de productividad.

En el ámbito sanitario, el coste de la soledad supone unos 6.101 millones de euros anuales. De esta cifra, más de 5.600 millones corresponden a la frecuentación de los servicios sanitarios, mientras que los costes por consumo de medicamentos alcanzan unos 495,9 millones de euros. En conjunto, estos costes sanitarios representan el 0,51% del PIB (22).

En cuanto a los costes derivados de las pérdidas de productividad (relacionadas con la reducción del tiempo de trabajo) se estima que alcanzan cifras superiores a los 8.000 millones de euros anuales, lo que representa el 0,67% del PIB (22).

En cuanto a los costes intangibles se concluye que la soledad no deseada hace que cada año se pierdan en nuestro país más de 1 millón de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC, los cuales se refieren a la reducción de calidad de vida provocada por el sufrimiento físico y emocional). Esto representa el 2,79% de los años de vida de plena salud totales de la población española mayor de 15 años (22).

Todos estos datos conducen a reflexionar sobre la evolución de esta problemática y su impacto a largo plazo en nuestro país. La creciente cantidad de jóvenes que experimentan soledad y los numerosos efectos adversos que esta conlleva en la salud sugieren un incremento de estos costes en el futuro, salvo que se implemente medidas efectivas para abordar la situación. Los jóvenes que actualmente sufren soledad tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud en la adultez, lo que podría derivar en un aumento tanto por las bajas laborales como de la demanda de atención sanitaria, tanto a nivel físico como mental. En consecuencia, esto podría generar un coste económico y difícil de asumir para el Estado de bienestar, haciendo imprescindible el desarrollo de nuevas estrategias y respuestas sociosanitarias (23).

4. Capítulo II. La soledad no deseada como causa y consecuencia en los problemas de salud mental de los jóvenes.

Actualmente, se sabe que las condiciones psicológicas y psiquiátricas son inherentemente sociales, lo que sugiere que la soledad no deseada puede desempeñar un papel fundamental en los trastornos de salud mental (7).

A raíz de la extensa variedad de trastornos relacionables con la soledad, a continuación, se profundizará en aquellos para los cuales existe mayor evidencia. Por otro lado, otros ejemplos incluyen la adicción, trastornos de la alimentación, trastornos del sueño y trastorno límite de la personalidad (7).

4.1. Trastorno depresivo.

El trastorno depresivo (o depresión) se trata de un trastorno mental común que se caracteriza por “un estado de ánimo deprimido y/o la pérdida del placer o interés en las actividades durante periodos prolongados en el tiempo” (24).

El inicio de la depresión mayor abarca desde la adolescencia media hasta los 40 años; sin embargo, aproximadamente el 40% experimenta su primer episodio antes de los 20 años (17). Cabe destacar que la adolescencia y la adultez temprana son los periodos con mayor riesgo para la aparición de la depresión, y también uno en el que la soledad es más estigmatizante, en parte debido a la presión social para parecer conectado (18).

Múltiples estudios han hallado asociaciones estadísticamente significativas entre la soledad y la depresión en diferentes grupos de edad (5,7,16). *El Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España* concluye que las personas que perciben sufrir ansiedad o depresión presentan un 89,2% más de probabilidad de experimentar soledad. A su vez, la mayoría de quienes sufren soledad presentan algún problema de ansiedad o depresión (un 77,8% de los casos, frente al 34,8% entre quienes no experimentan soledad) (5).

Algunos mediadores entre la soledad y la depresión, podrían ser la rumiación (relacionada con la discrepancia cognitiva existente entre los jóvenes que experimentan soledad (17)), y la baja autoeficacia social (definida como “las creencias, percepciones, expectativas y confianza que tiene una persona en sus habilidades para interactuar, iniciar y mantener relaciones interpersonales” (25)) que, en el caso de estos jóvenes, es menor. Del mismo modo, algunos estudiantes experimentan vergüenza asociada a la soledad y su estigmatización, lo que puede llevar a que sean menos propensos a involucrarse o desarrollar sus habilidades sociales, con el fin de mitigar esta sensación, fomentando aún más los sentimientos de soledad (17).

La relación entre estos dos fenómenos es bidireccional; por un lado, la soledad empeora la sintomatología depresiva y, por ende, aumenta el riesgo de padecer un trastorno depresivo, y, por otro lado, la depresión refuerza los sentimientos de soledad (18).

Por un lado, el análisis de la genética conductual manifiesta que los jóvenes que experimentan soledad, con frecuencia presentan depresión, en parte porque los mismos genes influyen en ambos factores. En cuanto a los factores sociales, encontramos que los jóvenes adultos solitarios pueden quedar atrapados en la experiencia de soledad, limitando su funcionamiento psicosocial y su desarrollo social y emocional, en la que es una etapa clave (18).

Es fundamental destacar que la soledad pone a las personas en un riesgo mayor de depresión que el aislamiento social. Esto indica a su vez que la percepción subjetiva y la evaluación de las relaciones sociales en los jóvenes con depresión juegan un papel importante en la mitigación de los síntomas depresivos. Por tanto, la evaluación negativa de las relaciones sociales junto con el posterior alejamiento del contacto social puede desempeñar un papel vital en el inicio de este trastorno de salud mental (7); y conocer esto, supone un importante potencial para mejorar los

síntomas y resultados depresivos a través de intervenciones bien desarrolladas y dirigidas específicamente a la soledad (18).

4.2. Ansiedad.

La soledad es un factor de riesgo reconocido en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad social a lo largo del tiempo (7,17). Cabe destacar que, aunque la evidencia existente relacione la soledad con la ansiedad social, su vínculo con otras formas de ansiedad no está claramente establecido (7).

La ansiedad social se caracteriza por un miedo y una preocupación excesivos en situaciones sociales, con síntomas lo suficientemente graves como para generar una angustia significativa o una discapacidad funcional importante (26).

Como se ha explicado anteriormente, la hipervigilancia, ese bucle cognitivo que refuerza la soledad, provoca un mayor alejamiento, disminuye la confianza, la autoestima y las habilidades sociales, y fortalece una serie de procesos biológicos y psicológicos que, en última instancia, conducen al estado de ansiedad en situaciones sociales (15). Tener bajos niveles de autoeficacia social también se relaciona con la ansiedad social y mayores sentimientos de soledad (25).

La relación entre ambas parece ser bidireccional, de modo que la soledad inicial puede predecir la posterior aparición de ansiedad social y la ansiedad social puede predecir la aparición de soledad en etapas posteriores (7).

4.3. Psicosis.

La psicosis es un síntoma presente en diversas condiciones psiquiátricas y neurológicas, siendo la característica definitoria de los trastornos del espectro de la esquizofrenia (7).

En relación con la psicosis y la soledad, la evidencia sugiere que también existe bidireccionalidad entre ambos. De esta forma, la soledad se ha identificado como un factor de riesgo para el desarrollo de la psicosis, y a su vez, los síntomas psicóticos pueden intensificar los sentimientos de soledad (7).

Por un lado, los síntomas psicóticos, tanto positivos (p. ej. alucinaciones) como negativos (p. ej. anhedonia), impactan negativamente en la capacidad de los individuos para establecer interacciones sociales y mantener relaciones cercanas (7), disminuyendo su habilidad para conectarse significativamente con otros aumentando el aislamiento social (27). En este sentido, la soledad podría actuar como pródromo de la psicosis, especialmente en su relación con el desarrollo de síntomas negativos. Estos síntomas, a su vez, pueden preceder la aparición de síntomas psicóticos positivos, lo que refuerza el papel de la soledad como un posible factor temprano en el desarrollo de trastornos o experiencias psicóticas (EP) (27).

Por otro lado, la soledad no solo intensifica los síntomas psicóticos en personas con este tipo de trastornos, sino que también incrementa el riesgo de desarrollar psicosis en individuos sin antecedentes (7).

Este vínculo se explica mediante teorías como la *Hipótesis de la Derrota Social* o la *Hipótesis de la Desafrentación Social*, las cuales sugieren que la soledad, a través de distintos mecanismos, podría precipitar la aparición de síntomas psicóticos incluso en ausencia de condiciones neurológicas o psiquiátricas subyacentes (7). Asimismo, la soledad podría intensificar las EP al aumentar el miedo al rechazo o la persecución (27).

4.4. Suicidio.

El suicidio es la tercera causa de defunción entre los jóvenes de entre 15 y 29 años (28).

Actualmente, se conoce de manera consistente que la soledad a largo plazo está relacionada tanto con la ideación como con el comportamiento suicida. De este modo, la juventud que se

siente sola y tiene un menor nivel de autoestima, se relaciona con una prevalencia mayor de pensamientos y/o prácticas autolesivas (entre 2,5 y 3 veces más frecuentes) (5). Esta relación es más fuerte entre los jóvenes de 16-20 años debido a que coincide con momentos significativos de transición social, como el paso de la adolescencia a la adultez (29).

Aunque podría deducirse que el mayor riesgo de suicidio en las personas que experimentan soledad está medido por la depresión y la ansiedad, se ha demostrado que las tasas elevadas de soledad están relacionadas con una mayor prevalencia de ideación suicida e intentos, independientemente de estas patologías. Es decir, sentirse solo, sin tener ninguna de esas patologías, aumentan el riesgo de suicidarse. Como cabría esperar, la coexistencia de ambas situaciones aumenta de forma aún más significativa el riesgo de suicidio (7).

En cuanto a los mecanismos por los cuales la soledad afecta al comportamiento suicida, se pueden establecer varias teorías. Por ejemplo, el *Modelo Integrado Motivacional-Volitivo*, el cual sostiene que la soledad puede afectar de manera similar al aislamiento social, actuando como un factor de la fase motivacional, lo que aumentaría la probabilidad de que se desarrolle sensación de atrapamiento, un precursor clave de la ideación suicida. Por otro lado, la *Teoría Interpersonal del Suicidio* sugiere que la soledad es un predictor importante del comportamiento suicida debido a la frustración del sentido de pertenencia (29).

Un reciente metaanálisis encontró que los principales constructos sociales asociados con conductas suicidas (tanto ideación como intento) son: no tener pareja, vivir solo, aislamiento social, sentirse solo, sentirse alienado de los demás y no sentirse parte de nada (30). De nuevo, el sentimiento subjetivo de soledad parece tener mayor impacto sobre la conducta suicida que el aislamiento social por sí solo (7).

De todos estos hallazgos se puede deducir que las relaciones sociales significativas son un factor protector contra este tipo de comportamientos, y que las intervenciones contra la soledad podrían ser una estrategia prometedora para reducirlos (7).

5. Capítulo III. Papel de la enfermería en el abordaje de la soledad no deseada en la población joven.

Debido a la multicausalidad de la soledad y la diversidad de perfiles de los jóvenes que la sufren, es complicado establecer una solución universal para dicho problema. De esta forma coexisten múltiples posibilidades de acción y se convierte en responsabilidad de distintos ámbitos (la familia, la comunidad, los servicios sociales, la salud pública...) coordinar esfuerzos y desarrollar estrategias que aborden las diversas dimensiones de la soledad en los jóvenes (5).

Cabe mencionar que actualmente en España algunas Comunidades Autónomas (CCAA) están desarrollando estrategias encaminadas a la lucha en contra de la soledad no deseada en la población juvenil. Algunos ejemplos serían Barcelona, con la *Guía para la Prevención, Detección y Acompañamiento de Adolescentes y Jóvenes en Situación de Soledad* (2), elaborado en el *Marco de la Estrategia Municipal contra la Soledad 2020-2030 del Ayuntamiento de Barcelona* (31); y Madrid, con su *Proyecto de cocreación y coordinación de recursos para combatir la Soledad no deseada en jóvenes* (32). Por otro lado, CCAA como Castilla y León, con el *Plan de Acción contra la Soledad No Deseada y el Aislamiento Social 2022-2025* (33), y Cantabria, con su *Estrategia para la prevención y el abordaje de la soledad no deseada 2024-2028* (34), se han centrado en la población en general.

Desde una perspectiva enfermera, el esquema de actuación frente a la soledad será: prevención e identificación de los individuos en riesgo de soledad, detección precoz de los casos existentes y tratamiento de los jóvenes en situaciones de soledad. Esta actuación se encuentra respaldada por la Taxonomía NANDA-I (o NANDA International), un esquema de clasificación de juicios clínicos o diagnósticos enfermeros, el cual proporciona a los profesionales de enfermería un marco común y de promoción de cuidados cohesionados y eficaces. En su versión 2024-2026, se han incorporado dos nuevos diagnósticos relacionados con la soledad: [00335] *Riesgo de soledad excesiva* y [00475] *Soledad excesiva* (35), los cuales se describirán posteriormente.

5.1. Prevención de la soledad no deseada.

Las estrategias de prevención de la soledad en los jóvenes tendrán como objetivo, por un lado, generar condiciones protectoras que prevengan las situaciones de soledad, y, por otro lado, evitar o disminuir la exposición a los factores de riesgo (2), identificando de forma temprana a los individuos en riesgo de experimentar soledad no deseada y proporcionando las herramientas necesarias para abordarlo de una manera efectiva.

Según la NANDA-I, existe el diagnóstico enfermero “[00335] **Riesgo de soledad excesiva**” (ANEXO 1), definido este como “ser susceptible a un sentimiento exagerado de tristeza, abatimiento o malestar asociado a la falta de compañía o estar separado de los/as demás”, a través del cual se puede abordar a los individuos que presenten factores de riesgo que les predispongan a experimentar soledad (35).

Las intervenciones de prevención de la soledad en los jóvenes requerirán un enfoque integral que abarque distintos ámbitos de actuación.

Uno de los contextos en los que la enfermera tiene contacto con los jóvenes es a través de la **“Consulta del niño sano” en atención primaria**, donde puede identificar y diagnosticar condiciones vulnerables permitiendo una actuación preventiva. En este contexto, la enfermera es responsable de realizar la exploración desde una perspectiva holística, atendiendo desde los factores de riesgo personales, como los económicos, demográficos y sociales (36).

Esta revisión, sin embargo, abarca únicamente hasta los 14 años, de modo que, fuera de este rango de edad, existe un intervalo en el que los jóvenes quedan fuera del alcance de la enfermera al tratarse de personas, por lo general, sanas. Según un estudio sobre la transición del adolescente al médico de familia, una vez que se produce el cambio a la atención de adulto, el 75% de los jóvenes visitarán el médico de familia antes de cumplir los 21 años, quedando un

25% que finalizará esta etapa sin hacer ninguna visita. Los motivos de consulta de estos jóvenes serán circunstanciales y, principalmente, por causas físicas (enfermedades respiratorias, procesos musculoesqueléticos, etc.); por lo tanto, la intervención de la enfermera en estos casos está limitada a realizar captación oportunista, aprovechando cualquier ocasión para realizar una breve entrevista y proporcionar consejos sobre medidas preventivas de los factores de riesgo adolescente (37).

Por otro lado, dado el tiempo que los jóvenes de estas edades pasan en entornos educativos, y siendo estos uno de los principales espacios de socialización durante la juventud (38), algunas organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés) recomiendan que las intervenciones de promoción de la salud mental durante estas etapas sean desarrolladas en el **ámbito escolar**. Estas tendrán como objetivo promover las competencias socioemocionales a través de actividades dirigidas al autocontrol y la resolución de problemas, contribuyendo así a la disminución del riesgo de aparición de problemas de salud mental, como en este caso, la prevención de la soledad (39).

Las acciones que pueden implementarse en el entorno escolar son diversas y pueden ser impulsadas por el propio profesorado, a través de materias específicas, actividades lúdicas o entrenamientos enfocados al desarrollo de competencias y habilidades sociales, conciencia social, autocontrol, habilidades de comunicación social o el reconocimiento o expresión de las emociones (40); así como por otros profesionales como psicólogos o enfermeros.

Como se comentaba anteriormente, el funcionamiento de las organizaciones sanitarias no facilita la interacción directa con los jóvenes (37). En esta línea, los profesionales de enfermería, a través de intervenciones desde atención primaria, pueden desempeñar una labor fundamental en la prevención de la soledad mediante intervenciones educativas, como charlas o talleres en los centros educativos. Según un informe de la *Sociedad Española de Salud Pública*, existe evidencia de alta calidad que respalda la implementación de estos programas de alfabetización en salud mental, en particular, durante los estudios secundarios (39).

Cabe destacar la figura de la Enfermera Escolar (EE), la cual podría ser de gran ayuda en esta labor al tener la oportunidad de identificar y abordar los factores de riesgo que conducen al desarrollo de las experiencias de soledad no deseada desde el mismo contexto donde muchos de ellos tienen lugar (41). Además, tienen la oportunidad de ayudar a los jóvenes a lidiar y gestionar sus sentimientos y emociones, promoviendo hábitos saludables relacionados con las relaciones sociales (42). Por último, podría desempeñar un papel fundamental al conectar a los estudiantes y sus familias con los sistemas de apoyo adecuados, así como derivar a los jóvenes a los recursos necesarios para atender sus necesidades específicas (41). Sin embargo, esta figura está muy lejos de ser instaurada en el territorio nacional, donde la ratio enfermera escolar es de un profesional por cada 6.685 alumnos, muy por debajo de los estándares internacionales (43).

Siguiendo la misma línea, la comunidad se convierte en uno de los principales factores de protección para prevenir situaciones de soledad, al establecer vínculos de calidad y de proximidad con el entorno que rodea a estos jóvenes (2). De este modo, el **enfoque comunitario** se centrará en reducir los factores de riesgo presentes en los entornos sociales, promoviendo oportunidades de encuentro a través de actividades grupales, como grupos de apoyo comunitario o grupos de apoyo entre pares (44).

Con relación a esto, existe la “Prescripción Social”, entendida como “el proceso por el cual los profesionales de la salud, en el contexto de una consulta, identifican junto a la persona aquellos recursos comunitarios que puedan beneficiar su salud (“Activos en Salud”). Esta será la principal herramienta que se utilizará para la búsqueda y recomendación de intervenciones a este nivel en los jóvenes identificados como “de riesgo” o que atraviesan fases iniciales de soledad no

cronificada. Este proceso se lleva a cabo principalmente en atención primaria, sin embargo, puede llevarse desde otros entornos, como el hospitalario (45).

Estos “Activos en Salud” son definidos como “cualquier factor o recurso que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades (...) para mantener la salud y el bienestar”. En relación con la soledad, estos activos pueden ser desde asociaciones (juveniles, de vecinos, culturales, deportivas, de familias...), centros sociales, centros de salud, hasta cualquier lugar que haga de espacio de encuentro entre los jóvenes (una plaza, una biblioteca, un polideportivo...). En cuanto a sus beneficios encontramos que pueden mejorar el riesgo de soledad no deseada al favorecer una mayor motivación y sentido vital, la adopción de un estilo de vida más saludable y la adquisición de nuevos aprendizaje, intereses y habilidades (45).

En España, la Red de Actividades Comunitarias del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) ofrece acceso a un buscador de los activos existentes y que se encuentran actualmente en funcionamiento. Algunos ejemplos serían: “Grup d’Ajuda Mútua per a persones en risc de solitud no volguda”, “Café Tertulia con Salud”, etc. Estas iniciativas representan ejemplos concretos de intervenciones comunitarias las cuales pueden servir de referencia para el resto de CCAA del país (46).

Por último, se hace imprescindible un **abordaje social** a la hora de prevenir la soledad. Las políticas, las leyes y las acciones destinadas a reducir factores de riesgo como la discriminación, el estigma y la desigualdad socioeconómica, así como aquellas orientadas a modificar normas sociales relacionadas con la conexión interpersonal; desempeñan un papel fundamental en la prevención de la soledad. Medidas como el acceso a una vivienda digna, la mejora del empleo y el transporte, entre otras, son esenciales en este contexto. Asimismo, la creación de entornos favorables y las campañas de concienciación pública resultan clave para abordar la soledad y sus implicaciones en salud (44).

En España, el *Proyecto Crece*, desarrollado por la Cruz Roja y financiado por los fondos de Next Generation de la Unión Europea a través del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, ha implementado diversas iniciativas para la sensibilización y la concienciación sobre la soledad no deseada en jóvenes. Entre estas acciones, destaca la creación de viñetas protagonizadas por el personaje ficticio “Dominga Habla Sola”, a través del cual se exploran distintas situaciones en las que los jóvenes deben experimentar soledad. Estas ilustraciones incluyen el mensaje de que “para paliar la soledad (...) es fundamental una respuesta comunitaria basada en la suma de pequeños gestos individuales”. Además, como parte de la estrategia de difusión, se ha producido una pieza musical en formato *rap*, interpretado por un artista reconocido, con el propósito de visibilizar la problemática y fomentar el diálogo en torno a ella. Ambas iniciativas han sido difundidas a través de las redes sociales, con el objetivo de alcanzar un público joven y transmitir la importancia de hablar sobre la soledad no deseada (47).

5.2. Detección precoz de la soledad no deseada.

Las estrategias de detección de la soledad estarán orientadas a identificar y diagnosticar de manera temprana las situaciones que se consideren relevantes desde la perspectiva de la soledad (2).

Para ello, utilizaremos una serie de herramientas como la entrevista clínica, las escalas de valoración y los cribados.

Por un lado, durante la **entrevista**, se establecerá una relación terapéutica basada en la empatía y la estructura activa, se delimitará y clarificarán las necesidades de la persona, y se obtendrán los datos necesarios en busca del problema a detectar, en este caso, la soledad (naturaleza, creencias y expectativas, contexto, valoración del entorno...) (45).

Los signos y síntomas que se tendrán en cuenta a la hora de detectar las experiencias de soledad en los jóvenes afectarán diversas dimensiones, incluyendo la emocional, la conductual y la física. Entre las manifestaciones más comunes se encuentran conductas adictivas, alteraciones del apetito y del sueño, ansiedad, síntomas depresivos, disminución del contacto social, uso excesivo de dispositivos electrónicos, fatiga, baja autoestima, pensamientos negativos, sensación persistente de aislamiento, malestar físico y psicológico, descuido del autocuidado y una necesidad constante de vínculos significativos. Estos indicadores pueden presentarse de forma combinada y deben valorarse en el contexto de la experiencia individual del joven durante la entrevista clínica (35).

Además, con el fin de identificar, evaluar, y cuantificar de manera precisa la experiencia subjetiva de la soledad, se emplearán las **escalas de valoración**, las cuales permitirán obtener medidas comparables y objetivas, facilitando tanto el diagnóstico como el seguimiento de intervenciones. A continuación, se detallan las más ampliamente utilizadas (48):

- Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA): es el instrumento más utilizado para medir la soledad. Los 20 ítems que encontramos en esta escala se centran en la percepción subjetiva de la soledad (7,48). (ANEXO 3)
- Escala de Soledad de De Jong-Gierveld (DJGS): su versión más actualizada contiene 6 ítems y es útil para medir el grado de soledad que experimenta una persona en su vida diaria (48). (ANEXO 4)
- Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en Adultos (SELSA): la versión actualizada SELSA-S incluye 15 ítems y está diseñada para medir la soledad emocional y relacional en adultos, evaluando la soledad en diferentes tipos de relaciones (familiares, románticas y sociales) al incorporar distintas subescalas (48). (ANEXO 5)

Cabe destacar la existencia e importancia de los **cribados**, versiones más breves de estas escalas, cuyo principal objetivo es ampliar el rango de detección de la soledad y favorecer la captación oportunista, que como se mencionó anteriormente, se debe llevar a cabo en algunas situaciones donde el motivo de consulta o atención no esté relacionado con un problema de salud mental (6) o en entornos con tiempo limitado (10).

Su uso es recomendable, ya que, a diferencia de las escalas, las preguntas son de carácter más sutil. Esto disminuye la posibilidad de que los jóvenes se nieguen a contestar (6), reduciendo los sesgos asociados a los estigmas sobre la soledad o de las interpretaciones de los entrevistados (10).

En Reino Unido, la Oficina Nacional de Estadísticas (ONS) emitió en 2018 una guía oficial para la medición de la soledad como parte de la Estrategia Nacional del Gobierno sobre la Soledad. Dicha guía aconseja un cribado con un enfoque de medición híbrido: la versión corta de 3 ítems de la Escala de Soledad de UCLA, (la cual correlaciona de forma adecuada con su versión original de 20 ítems), junto con el ítem individual “¿Con qué frecuencia se siente solo?” (ANEXO 6) (10).

Existen otras escalas de valoración que, aunque no miden de forma directa la soledad, resultan útiles como complemento para realizar una adecuada evaluación de sus efectos y del impacto de la soledad sobre el individuo (p.ej. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (11), Escalas de Autoestima (49), etc.)

Con el objetivo de favorecer una detección precoz eficaz de la soledad en los jóvenes, resulta fundamental establecer canales de comunicación abiertos y fluidos entre los distintos profesionales del entorno escolar, las familias y los equipos de atención primaria.

Para ello, en el **ámbito sanitario**, existe una figura de gran utilidad: el enfermero referente de centro de educativo, distinta del EE y por la cual han optado algunas CCAA como Andalucía, la Comunidad Valenciana o Canarias. A diferencia del EE, este profesional forma parte del equipo

de atención primaria y actúa como nexo entre el sistema sanitario y el educativo, coordinando la atención sanitaria del alumnado (50).

Desde la **escuela**, es fundamental que los equipos docentes y los departamentos de orientación estén formados y sensibilizados para promover el bienestar emocional del alumnado, creando entornos seguros, inclusivos y protectores. Tal como recoge la *Guía de Escuelas Promotoras de Salud*, el ámbito educativo debe contribuir a la detección temprana de situaciones que puedan afectar la salud mental, fomentando la creación de redes de apoyo y la colaboración con otros sectores, como el sanitario y el comunitario. En este sentido, ante la identificación de posibles signos de alarma en el comportamiento o estado emocional de un estudiante, sería clave establecer una comunicación efectiva con el equipo de atención primaria, con el fin de valorar conjuntamente el caso y coordinar una respuesta integral y adaptada a sus necesidades (51).

En cuanto a la **familia**, cuando los progenitores o convivientes están formados o sensibilizados adecuadamente, pueden desempeñar un papel clave como detectores tempranos de señales de alarma relacionadas con el estado emocional del joven (52).

La Fundación ONCE ha desarrollado una serie de materiales didácticos basados en las recomendaciones y conclusiones del *Informe de la Soledad No Deseada*, dirigidos a las familias y a las escuelas, abordando tanto la prevención, la detección y la intervención (53).

En caso de la identificación de un individuo en situación de soledad, se abordará a través del diagnóstico de enfermería “[00475] Soledad excesiva” (ANEXO 2), definido como “sentimiento exagerado de tristeza, abatimiento o malestar asociado a la falta de compañía o a la separación de los/as demás” (35).

5.3. Abordaje enfermero de la soledad no deseada.

5.3.1. Terapias psicológicas.

Como se ha comentado anteriormente, la soledad es un fenómeno multicausal y, por lo tanto, se hace imprescindible la utilización de distintos enfoques y estrategias que actúen sobre las distintas áreas afectadas que puedan estar contribuyendo al desarrollo de la soledad (44).

En función de los aspectos que se vayan a abordar, existen intervenciones dirigidas a: mejorar las habilidades sociales (HHSS), fortalecer el apoyo social, aumentar las oportunidades de contacto social y abordar las cogniciones sociales desadaptativas (21). Cabe destacar que las intervenciones centradas en el desarrollo de HHSS y emocionales, o aquellas que incluyen terapia psicológica para el abordaje de cogniciones desadaptativas, han demostrado un mayor efecto en la reducción de soledad en la población joven (54).

Las HHSS, entendidas estas como “el conjunto de conductas que te permiten interactuar de forma adecuada con otras personas”, pueden ser aprendidas y perfeccionadas a lo largo del tiempo. El **Entrenamiento en HHSS** desempeña un papel fundamental en la intervención frente a la soledad, ya que su desarrollo favorece el incremento de la autoconfianza y de las habilidades interpersonales, promueve el bienestar emocional de la persona (55), contribuye a la reducción del estigma asociado a la salud mental y facilita la creación o el fortalecimiento de las redes de apoyo del individuo (17).

Este tipo de entrenamientos puede llevarse a cabo mediante determinadas técnicas conductuales, como el *Modelado o Aprendizaje Vicario* en el que se observa un modelo (en vivo, simbólico o verbal) que demuestra las HHSS adecuadas a situaciones específicas; los *Juegos de Rol o Roleplaying*, en los que se practican interacciones sociales simuladas, asumiendo diferentes roles y escenarios ficticios; el *Reforzamiento Positivo*, en el que se llevan a cabo una serie de actividades de entrenamiento, y en base a esto, se reconoce y se recompensa el uso efectivo de las HHSS con el objetivo de que el comportamiento se repita en el futuro; y la *Retroalimentación*, en la que se llevan a cabo una serie de actividades, y en base a estas, se dan

pautas de mejora, abordando las áreas de fortaleza y de mejora para fomentar su desarrollo y crecimiento (56).

Según la NANDA-I, existe su propia intervención estandarizada: *NIC [4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales*, el cual servirá de guía para nuestra actividad enfermera en este tipo de intervenciones (35).

Por otro lado, las **Actividades de enriquecimiento de las relaciones sociales y el fortalecimiento del apoyo social** han demostrado tener importantes beneficios sobre la soledad.

En esta línea, un estudio evaluó la eficacia de un programa psicoterapéutico, denominado *Groups4Health* y diseñado para reducir la soledad a través del fortalecimiento del sentido de pertenencia de grupo, demostró que este enfoque de terapia logró disminuir de forma significativa y duradera los niveles de soledad en jóvenes de 15-25 años. Además, se observaron mejoras en los síntomas depresivos, las cuales también se mantuvieron a lo largo del tiempo (57).

En cuanto a las intervenciones estandarizadas que la NANDA-I recoge, encontramos el *NIC [5100] Mejora de la socialización* (35).

Por otro lado, la **Terapia Cognitivo Conductual (TCC)** consiste en la corrección de las tendencias cognitivas y conductuales desadaptativas. En el caso específico de la soledad no deseada, se centrará en aquellas que puedan estar contribuyendo en su perpetuación a lo largo del tiempo (58), como la autoeficacia social baja (25), las valoraciones interpersonales negativas, los comportamientos contraproducentes (como conductas de evitación o desapego) y los pensamientos negativos automáticos o sesgos del pensamiento (como *pensamiento de todo o nada*, *adivinación del futuro*, *lectura de la mente*, *generalización excesiva*, etc.) (59).

Un estudio sobre la puesta en marcha de una TCC modular diseñada especialmente para abordar la soledad crónica en los jóvenes, evaluó su eficacia y demostró una importante reducción en la soledad, junto con una mejora significativa en los niveles de ansiedad y depresión. En ella se utilizaron técnicas basadas, tanto en la TCC, como en el entrenamiento en habilidades sociales y el enriquecimiento de las relaciones sociales; y los resultados sugieren que podría tratarse de una herramienta efectiva para tratar esta problemática en los más jóvenes (58).

Según la NANDA-I, existe el *NIC [4700] Reestructuración cognitiva*, definido como el “uso de técnicas terapéuticas dirigidas a ayudar a las personas a modificar los patrones de pensamiento distorsionados y a verse a sí mismas y al mundo que les rodea de forma más realista (35).

Como se ha expuesto en apartados anteriores, la soledad se caracteriza por un estado sostenido de hipervigilancia, el cual, junto con otros factores, contribuye significativamente a la aparición de síntomas relacionados con la ansiedad social (15). En este contexto, resultan especialmente útiles las intervenciones terapéuticas como la Terapia de Atención Plena o Mindfulness, así como las técnicas orientadas a la relajación.

Por un lado, el **mindfulness** consiste en estar completamente presente y consciente en el momento actual, observando sin juicio los pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales y el entorno que nos rodea. Estas prácticas incluyen modalidades tanto formales (p.ej. control de la respiración, meditación sentada, camina consciente, exploración corporal...) como informales, permitiendo así incorporarlo a la vida cotidiana. Según una revisión sistemática, existen varias áreas de acuerdo en los beneficios de este tipo de terapias, fácilmente aplicables en individuos que experimentan soledad. Algunos ejemplos podrían ser el alivio del estrés y la ansiedad, la aceptación de las experiencias sin realizar juicios, la conexión con el momento presente, la mejora en el descanso (60) y la disminución de la hipervigilancia, generalizada en estos individuos (15).

Un estudio que investigó el impacto de las aplicaciones móvil basadas en mindfulness sobre la ansiedad, la soledad y el bienestar de los universitarios, descubrió que el tratamiento que involucraba estas aplicaciones condujo a una reducción de la ansiedad y una mejora en su bienestar. Estas aplicaciones, las cuales ofrecen opciones de meditación guiada, de ejercicios de respiración, etc. se convierten, por tanto, en un enfoque prometedor gracias a su accesibilidad y facilidad de uso. Algunos ejemplos de estas aplicaciones son *Headspace*, *Calm* e *Insight Timer* (61).

Por otro lado, existen otras terapias de relajación, cuyo principal objetivo en este tipo de pacientes será favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables de la soledad, como la ansiedad, la cual muchos experimentan. Según la NANDA-I existen una serie de intervenciones estandarizadas: NIC [06040] *Terapia de relación*, NIC [1460] *Relajación muscular progresiva*, NIC [05840] *Entrenamiento autógeno*, NIC [05960] *Facilitación de la meditación* (35).

5.3.2. Tratamiento farmacológico.

Actualmente, no existen fármacos específicos para tratar los sentimientos de soledad. Sin embargo, en los jóvenes que lo experimentan, será fundamental valorar la posible presencia de comorbilidades como ansiedad, depresión o psicosis, para ofrecer un tratamiento farmacológico adecuado, si fuera necesario. En estos casos, los fármacos desempeñarán un papel importante al ayudar a reducir la sintomatología asociada a estas patologías, que pueden estar influyendo en los sentimientos de soledad, lo que permitirá que los jóvenes puedan gestionar mejor su situación y beneficiarse aún más de las terapias psicológicas (62).

Cabe mencionar que existen algunos estudios que proponen la alopregnanolona (ALLO) (21,63) como posible fármaco para abordar la soledad. Se trata de un neuroesteroide endógeno derivado de la progesterona y modulador positivo del receptor GABA-A, cuya concentración en el organismo aumenta durante episodios de estrés agudo, actuando como regulador negativo del eje HPA. Sin embargo, en situaciones de estrés crónico, la producción endógena de ALLO disminuye, lo que reduce su capacidad de regulación negativa, favoreciendo la hiperactividad del eje HPA (21).

Uno de los estudios consultados establece, a través de los resultados obtenidos en ratones, la hipótesis de que su administración exógena podría normalizar el funcionamiento desregulado del eje HPA, reduciendo los sentimientos y comportamientos asociados a la soledad crónica tales como la hipervigilancia ante amenazas sociales, el control de impulsos y la calidad deficiente del sueño (63). A pesar de esto, hasta la fecha no se han publicado estudios clínicos concluyentes que demuestren su eficacia en el tratamiento de la soledad en humanos (21,63).

5.3.3. La familia.

La familia desempeña un papel crucial en el abordaje de la soledad no deseada, especialmente en los jóvenes que aún residen en el domicilio familiar. Esto se debe a que cumple una función clave en aspectos como el acompañamiento en los tratamientos, encargándose de la organización, el transporte, los costes y la motivación para que los jóvenes asistan a terapia. En muchos casos, la alianza terapéutica con la familia puede ser tan importante como la establecida con el propio joven (52).

En este contexto, el enfoque terapéutico basado en la familia (NIC [7150] *Terapia familiar*) consiste en ayudar a la familia a vivir de un modo más productivo (35). Este tipo de intervenciones busca proporcionar información y educación sobre la situación que experimenta el joven en situación de soledad, favorecer la resolución de posibles conflictos familiares y fortalecer el apoyo emocional que la familia le brinda (35,52). Asimismo, ofrece a todos los miembros del núcleo familiar la oportunidad de practicar habilidades de regulación emocional y comunicación efectiva, mejorando su capacidad de afrontamiento ante la situación (52).

6. Conclusiones.

Tras reflexionar acerca de la información consultada sobre la soledad no deseada en adolescentes y adultos jóvenes se puede llegar a varias conclusiones relevantes.

Al escuchar el término soledad, generalmente se piensa en personas ancianas, o incluso en personas con problemas limitantes de salud claramente visibles, como ciertas discapacidades. Sin embargo, algo que se puede concluir de la información anteriormente expuesta, es que la soledad se ha convertido en los últimos años en una pandemia silenciosa que puede afectar, y afecta, a los más jóvenes. Además, en muchos casos ocurre que no hace falta estar socialmente aislado para sentirse solo, sino que se puede experimentar incluso aunque se esté rodeado de gente. Como se ha explicado a lo largo del trabajo, la soledad se está convirtiendo, especialmente entre los jóvenes (quienes están expuestos a varias transiciones vitales y una gran presión por parte de la sociedad), en un problema cada vez más extendido.

El abordaje de la soledad entre los jóvenes es primordial, ya que se ha relacionado con multitud de efectos a nivel de salud, pero también a nivel social (en términos de calidad de vida) y a nivel económico (suponiendo un gasto elevado en nuestro país). Por todo esto, sería de vital importancia desarrollar un programa nacional que establezca las pautas de actuación ante esta problemática.

Al tratarse de un trabajo delegado a las distintas CCAA, existe a lo largo de todo el territorio nacional una importante heterogeneidad en su abordaje, e incluso, falta de actuaciones en algunas de ellas, lo cual favorece las desigualdades en salud, que ya de por sí se generan por los propios factores personales, sociales y económicos de las personas. En algunas CCAA como Cataluña, con la *Estrategia Municipal contra la Soledad 2020-2023* (31) del Ayuntamiento de Barcelona, o Cantabria (34), con su *Estrategia para la prevención y el abordaje de la soledad no deseada 2024-2028*, ya se están implementando determinadas estrategias para abordar la soledad. Sin embargo, y a pesar de esto, las directrices proporcionadas y las estrategias a implementar son todavía muy limitadas en estas CCAA, e inexistentes en otras; además de existir muy pocas campañas de concienciación y sensibilización.

Como se ha abordado a lo largo de todo el trabajo, la soledad en los jóvenes presenta una naturaleza multicausal, que sumada a la diversidad de perfiles quienes lo experimentan, requiere un enfoque integral que resalte la importancia de la sociedad, la familia y las escuelas (donde el profesorado actualmente no cuenta con guías específicas ni formación para detectar y actuar en estas situaciones). En el caso de enfermería, al igual que en el resto de las patologías físicas, y debido a sus conocimientos y competencias, debería jugar un papel protagonista en la promoción de la salud mental y en la prevención de problemas de salud mental. Sin embargo, el acceso que estos profesionales tienen a los jóvenes está muy limitado a las consultas de atención primaria, en el contexto del Programa del Niño Sano, o a los jóvenes ya conocidos en las áreas específicas de salud mental, donde ya sería tarde para aplicar este enfoque (hablaríamos de prevención secundaria o terciaria). Es por ello por lo que, dada la falta de herramientas específicas para abordar las necesidades en este grupo de edad, sería conveniente desarrollar e incorporar protocolos específicos de actuación para las actividades preventivas, de detección y tratamiento para atención primaria; además de ampliar la base de actuación de enfermería, fomentando la creación de puestos de trabajo de enfermería escolar o referente de centro educativo en los distintos servicios sanitarios de las CCAA.

7. Bibliografía.

1. Ma R, Mann F, Wang J, Lloyd-Evans B, Terhune J, Al-Shihabi A, et al. The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review. 2020 [citado 27 de diciembre de 2024];55:839-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01800-z>
2. Pere S, Iglesias E, Espona B. Guía para la prevención, detección y acompañamiento de adolescentes y jóvenes en situaciones de soledad: Estrategia municipal contra la soledad 2020-2030 [Internet]. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona; 2021 [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/guia_soledat_joves_2021_es.pdf
3. Observatorio Estatal de Soledad No Deseada. [Internet]. 2021 [citado 14 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.soledades.es/la-soledad-no-deseada>
4. Organización Mundial de la Salud. Social Isolation and Loneliness [Internet]. [citado 14 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>
5. Ruiz R, Tuñón A, José J, Fresno M, Fernando G, Río Hernández D. Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España [Internet]. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada; 2023 [citado 7 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.soledades.es/estudios/estudio-sobre-juventud-y-soledad-no-deseada-en-espana>
6. Godfrey M, Liu PJ, Wang A, Wood S. Loneliness and Mental Health: Recommendations for Primary Care Intakes. J Prim Care Community Health [Internet]. 3 de enero de 2021 [citado 7 de mayo de 2025];12. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/21501327211027104>
7. Quadt L, Esposito G, Critchley HD, Garfinkel SN. Brain-body interactions underlying the association of loneliness with mental and physical health. Neurosci Biobehav Rev [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 16 de diciembre de 2024];116:283-300. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.015>
8. Sundqvist AJE, Nyman-Kurkiala P, Ness O, Hemberg J. The influence of educational transitions on loneliness and mental health from emerging adults' perspectives. Int J Qual Stud Health Well-being [Internet]. 31 de diciembre de 2024 [citado 7 de mayo de 2025];19(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2422142>
9. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Geneva: OMS. 2024 [citado 9 de abril de 2025]. La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
10. Matthews T, Bryan BT, Danese A, Meehan AJ, Poulton R, Arseneault L. Using a Loneliness Measure to Screen for Risk of Mental Health Problems: A Replication in Two Nationally Representative Cohorts. Int J Environ Res Public Health

- [Internet]. 31 de enero de 2022 [citado 7 de mayo de 2025];19(3):1641. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031641>
11. Zhang X, Dong S. The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review. *Acta Psychol (Amst)* [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 7 de enero de 2025];227:103616. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103616>
 12. Fundación ONCE, Fundación AXA. Barómetro de la soledad no deseada en España. 2024 [citado 8 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://www.soledades.es/estudios/barometro-soledad-no-deseada-espana-2024>
 13. Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario | RAE - ASALE [Internet]. [citado 14 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
 14. 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* [Internet]. 1 de noviembre de 2016 [citado 9 de enero de 2025];48(9):604-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
 15. Barrio Formoso Ó. Hacia una cartografía teórica de la soledad: una revisión de los acercamientos teóricos a la soledad. *Papers Revista de Sociologia* [Internet]. 11 de enero de 2024 [citado 20 de enero de 2025];109(1):e3207. Disponible en: <https://papers.uab.cat/article/view/v109-n1-barrio>
 16. Rönkä AR, Sunnari V, Taanila A. Entanglements of loneliness and mental ill health among young adult women. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 7 de mayo de 2025];15(1):1838101. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1838101>
 17. Moeller RW, Seehuus M. Loneliness as a mediator for college students' social skills and experiences of depression and anxiety. *J Adolesc* [Internet]. 29 de junio de 2019 [citado 7 de mayo de 2025];73(1):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.03.006>
 18. Achterbergh L, Pitman A, Birken M, Pearce E, Sno H, Johnson S. The experience of loneliness among young people with depression: a qualitative meta-synthesis of the literature. *BMC Psychiatry* [Internet]. 24 de diciembre de 2020 [citado 7 de mayo de 2025];20(1):415. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02818-3>
 19. Heu LC, van Zomeren M, Hansen N. Lonely Alone or Lonely Together? A Cultural-Psychological Examination of Individualism–Collectivism and Loneliness in Five European Countries. *Pers Soc Psychol Bull* [Internet]. 28 de mayo de 2019 [citado 7 de mayo de 2025];45(5):780-93. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0146167218796793>
 20. Barreto M, Victor C, Hammond C, Eccles A, Richins MT, Qualter P. Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Pers Individ Dif* [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 7 de mayo de 2025];169:110066. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110066>
 21. Park C, Majeed A, Gill H, Tamura J, Ho RC, Mansur RB, et al. The Effect of Loneliness on Distinct Health Outcomes: A Comprehensive Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Res* [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 7 de mayo de 2025];294:113514. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113514>

22. Casal Rodríguez B, Rivera Castiñeira B, Rodríguez-Míguez E. El coste de la soledad no deseada en España: Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada [Internet]. Madrid: Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada; [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.soledades.es/estudios/el-coste-de-la-soledad-no-deseada-en-espana>
23. Jiménez Rodríguez JM. La soledad no deseada en España: un problema para la gestión de la Salud Pública y los cuidados familiares. *Rev Esp Salud Publica*. 20 de marzo de 2024;98(e202403025).
24. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Geneva: OMS. 2023 [citado 17 de marzo de 2025]. Depresión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
25. López-Angulo Y, Sáez-Delgado F, Mella-Norambuena J, Vergara-Morales J, Bernardo AB, Díaz-Mujica A. Validación de la Escala Cognitivo-Conductual de Autoeficacia Social en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica* [Internet]. 2024 [citado 7 de mayo de 2025];73(3):19. Disponible en: <https://doi.org/10.21865/RIDEP73.3.02>
26. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Geneva: OMS. 2022 [citado 19 de marzo de 2025]. Trastornos mentales. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
27. Raposo de Almeida E, van der Tuin S, Muller MK, van den Berg D, Wang Y, Veling W, et al. The associations between daily reports of loneliness and psychotic experiences in the early risk stages for psychosis. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 25 de noviembre de 2024 [citado 21 de enero de 2025];18(11):930-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/eip.13537>
28. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Geneva: OMS. 2025 [citado 17 de marzo de 2025]. Suicidio. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
29. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Vol. 274, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2020. p. 880-96.
30. Calati R, Ferrari C, Brittner M, Oasi O, Olié E, Carvalho AF, et al. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *J Affect Disord* [Internet]. 15 de febrero de 2019 [citado 7 de mayo de 2025];245:653-67. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>
31. Ayuntamiento de Barcelona. Estrategia municipal contra la soledad 2020-2030. 2021 [citado 4 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://www.soledades.es/politicas/estrategia-municipal-contra-la-soledad>
32. Fractal [Internet]. 2023 [citado 12 de mayo de 2025]. Proyecto de cocreación y coordinación de recursos para combatir la Soledad no deseada en jóvenes. Disponible en: <https://somosfractal.com/es/proyectos/coordinando-recursos-para-combatir-la-soledad-no-deseada-en-jovenes>
33. Servicios sociales de Castilla y León. Plan de Acción de Castilla y León contra la Soledad No Deseada y el Aislamiento Social 2022-2025. [citado 4 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/plan-accion-castilla-castilla->

leon.html#:~:text=El%20Plan%20de%20Acci%C3%B3n%20de%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n,son%3A%20%20C3%81REA%201%3A%20Prevenci%C3%B3n%20C%20sensibilizaci%C3%B3n%20C%20informaci%C3%B3n%20y%20comunicaci%C3%B3n

34. Consejería de Inclusión Social JF e I. Estrategia para la prevención y el abordaje de la soledad no deseada 2024-2028 [Internet]. Cantabria: Programa Viernes; 2024 [citado 12 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://programaviernes.com/publicada-la-estrategia-para-la-prevencion-y-el-abordaje-de-la-soledad-no-deseada-2024-2028/#:~:text=Una%20Estrategia%20que%20es%20impulsada%20por%20la%20Direcci%C3%B3n,problema%20desde%20las%20administraciones%20p%C3%BAblicas%20y%20otras%20entidades>.
35. Herdman TH. Clasificación de diagnósticos enfermeros de NANDA Internacional 2024-2026. [Internet]. Elsevier España; 2025 [citado 5 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com.unican.idm.oclc.org/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788413827612500110#hl0000257>
36. Mateo Martínez G, López Poveda A, Avilés Mozún M, Alonso Valero I, Díez Martínez ML, Sellán Soto MC. Prevalencia de condiciones de salud mental en población infanto-juvenil española. Revista Oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud [Internet]. 2022 [citado 9 de abril de 2025]; Disponible en: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/119/104>
37. E Otero Arévalo. Formación continuada en medicina de la adolescencia. 2021 [citado 9 de abril de 2025]. La transición del adolescente al médico de familia. Análisis y propuesta de mejora. Disponible en: <https://www.adolescere.es/la-transicion-del-adolescente-al-medico-de-familia-analisis-y-propuesta-de-mejora/>
38. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud, UNESCO. Cinco pilares esenciales para promover y proteger la salud mental y el bienestar psicosocial en las escuelas y los entornos de aprendizaje : nota informativa para gobiernos nacionales [Internet]. New York: Oficina de Educación y ADAP de UNICEF; 2022 [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000384614_spa
39. Casañas R, Mas-Expósito L, Teixidó M, Lalucat-Jo L. Programas de alfabetización para la promoción de la salud mental en el ámbito escolar. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 7 de mayo de 2025];34:39-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.010>
40. Koszałka-Silska A, Korcz A, Wiza A. The Impact of Physical Education Based on the Adventure Education Programme on Self-Esteem and Social Competences of Adolescent Boys. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 15 de marzo de 2021 [citado 7 de mayo de 2025];18(6):3021. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18063021>
41. NASN Position Statement: The Behavioral Health and Wellness of Students. NASN School Nurse [Internet]. 27 de marzo de 2022 [citado 7 de mayo de 2025];37(2):103-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1942602X211066656>
42. Atención enfermera en el ámbito escolar. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2023 [citado 20 de marzo de 2025]; Disponible en:

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/atencion-enfermera-en-el-ambito-escolar/>

43. Gaceta Médica [Internet]. 2023 [citado 9 de abril de 2025]. La ratio de enfermera escolar en España sigue muy por debajo de los estándares internacionales. Disponible en: <https://gacetamedica.com/profesion/alrededor-del-90-de-los-centros-educativos-se-muestran-conformes-con-su-enfermera-escolar/>
44. Welch V, Ghogomu ET, Dowling S, Barbeau VI, Al-Zubaidi AAA, Beveridge E, et al. In-person interventions to reduce social isolation and loneliness: An evidence and gap map. Campbell Systematic Reviews [Internet]. 20 de junio de 2024 [citado 7 de mayo de 2025];20(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cl2.1408>
45. López S, Suárez O, Cofiño R, Braddick F, Capella J, Colom J, et al. Guía ampliada para la recomendación de activos (“prescripción social”) en el sistema sanitario. [Internet]. Principado de Asturias: Observatorio de Salud en Asturias; [citado 7 de mayo de 2025]. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/guia_ampliada_af.pdf#:~:text=El%20objetivo%20de%20esta%20gu%C3%ADa%20ampliada%20es%20ofrecer,el%20mapa%20del%20Observatorio%20de%20Salud%20en%20Asturias.
46. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. [Internet]. [citado 6 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://pacap.net/buscador-rac/>
47. Cruz Roja. Viñetas contra la soledad no deseada [Internet]. [citado 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/web/ahora/vinetas-soledad-no-deseada#texto2>
48. Gordy A, Luo HHW, Sidline M, Brownlee K. The Missing Measure of Loneliness: A Case for Including Neededness in Loneliness Scales. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 31 de diciembre de 2021 [citado 19 de marzo de 2025];19(1):429. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010429>
49. Pop LM, Iorga M, Iurcov R. Body-Esteem, Self-Esteem and Loneliness among Social Media Young Users. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 21 de abril de 2022 [citado 7 de mayo de 2025];19(9):5064. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19095064>
50. Almazán M^a V, Ortega E, Callejas JE, Zurita A. Health Care Model for Children and Adolescents in Primary Care. The reality of shared comprehensive care. Revista Pediatría Atención Primaria [Internet]. 15 de diciembre de 2023 [citado 11 de abril de 2025];25(100):357-65. Disponible en: <https://doi.org/10.60147/ebc82ddc>
51. Ministerio de Sanidad, Ministerio de Educación FP y D. Escuelas Promotoras de Salud. [Internet]. [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/guia_EscuelasPromotorasdeSalud.htm
52. Diamond G, Diamond GM, Levy S. Attachment-based family therapy: Theory, clinical model, outcomes, and process research. Vol. 294, Journal of Affective Disorders. Elsevier B.V.; 2021. p. 286-95.
53. Materiales didácticos: Liga contra la soledad no deseada [Internet]. [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.concursoescolaronce.es/materiales-didacticos/>

54. Eccles AM, Qualter P. Review: Alleviating loneliness in young people – a meta-analysis of interventions. *Child Adolesc Ment Health* [Internet]. 13 de febrero de 2021 [citado 7 de mayo de 2025];26(1):17-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/camh.12389>
55. Grupo Social Once. Las habilidades sociales: una herramienta clave para la prevención de la soledad no deseada. [Internet]. [citado 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.concursoescolaronce.es/blog/las-habilidades-sociales-una-herramienta-clave-para-la-prevencion-de-la-soledad-no-deseada/>
56. Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales [Internet]. [citado 20 de marzo de 2025]. Disponible en: https://psicouned.com/apuntes/tecnicas-intervencion-cc/entrenamiento-habilidades-sociales/#google_vignette
57. Cruwys T, Haslam C, Rathbone JA, Williams E, Haslam SA, Walter ZC. Groups 4 Health versus cognitive-behavioural therapy for depression and loneliness in young people: randomised phase 3 non-inferiority trial with 12-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 15 de marzo de 2022 [citado 7 de mayo de 2025];220(3):140-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.128>
58. Cawthorne T, Käll A, Bennett S, Andersson G, Shafran R. The development of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for chronic loneliness in children and young people: Protocol for a single-case experimental design. Brotman MA, editor. *PLoS One* [Internet]. 9 de diciembre de 2022 [citado 7 de mayo de 2025];17(12):e0278746. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278746>
59. Luísa C, Gomes De Souza S, Pires PP, Couto ISL, De Vasconcelos NSSM, Menezes IG, et al. Development and psychometric properties of the Cognitive Distortions Questionnaire for Adolescents (CD-Quest-T). *APRS | CC-BY Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2023;45:20210214-5. Disponible en: <http://doi.org/10.47626/2237-6089->
60. Zhang D, Lee EKP, Mak ECW, Ho CY, Wong SYS. Mindfulness-based interventions: an overall review. *Br Med Bull* [Internet]. 10 de junio de 2021 [citado 7 de mayo de 2025];138(1):41-57. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab005>
61. Sun L. Social media usage and students' social anxiety, loneliness and well-being: does digital mindfulness-based intervention effectively work? *BMC Psychol* [Internet]. 31 de octubre de 2023 [citado 7 de mayo de 2025];11(1):362. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01398-7>
62. Quirónsalud [Internet]. Para abordar problemas de salud mental, la combinación de medicamentos y psicoterapia suele ser más efectiva que cualquiera de los dos métodos por separado. [Internet]. 2024 [citado 12 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/es/comunicacion/contenidos-salud/abordar-problemas-salud-mental-combinacion-medicamentos-psi/>
63. Cacioppo S, Cacioppo JT. Why may allopregnanolone help alleviate loneliness? *Med Hypotheses* [Internet]. 1 de diciembre de 2015 [citado 2 de mayo de 2025];85(6):947-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2015.09.004>

8. Anexos.

ANEXO 1. Diagnóstico enfermero “[00335] Riesgo de soledad” según la taxonomía NANDA-I.

[00335] Riesgo de soledad excesiva.
Definición: Susceptible a un sentimiento exagerado de tristeza, abatimiento o malestar asociado a la falta de compañía o a estar separado de los/as demás.
Dominio: 12 Confort; Clase: 3 Confort social
Necesidad: 10 Comunicación; Patrón: 7 Autopercepción-autoconcepto
Factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para establecer interacción social - Deterioro de la movilidad física - Apoyo emocional inadecuado - Apoyo informativo inadecuado - Apoyo instrumental inadecuado - Interacción social positiva inadecuada - Aislamiento físico

ANEXO 2. Diagnóstico enfermero “[00475 Soledad excesiva” según la taxonomía NANDA-I.

[00475] Soledad excesiva.
Definición: Sentimiento exagerado de tristeza, abatimiento o malestar asociado a la falta de compañía o a la separación de los/as demás.
Dominio: 12 Confort; Clase: 3 Confort social
Necesidad: 10 Comunicación; Patrón: 7 Autopercepción-autoconcepto
<p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conductas adictivas - Alteración del apetito - Alteración del ciclo sueño-vigilia - Ansiedad - Disminución de la interacción social - Síntomas depresivos - Desconectado de los/as demás - Uso excesivo de dispositivos electrónicos interactivos - Fatiga - Autoestima inadecuada - Anhelo de conexiones significativas - Patrones de pensamiento negativos - Sensación abrumadora de aislamiento - Malestar físico - Disconfort psicológico - Cavilación - Descuido personal <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para establecer interacción social - Deterioro de la movilidad física - Apoyo emocional inadecuado - Apoyo informativo inadecuado - Apoyo instrumental inadecuado - Interacción social positiva inadecuada - Aislamiento físico <p>Población de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes - Personas en desventaja económica - Personas que experimentan pérdida de personas significativas - Personas que viven lejos de personas significativas - Cuidadores/as informales - Personas institucionalizadas - Personas en desventaja social

ANEXO 3. Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA).

Nunca 1	Pocas veces 2	Muchas veces 3	Siempre 4
------------	------------------	-------------------	--------------

1. Con qué frecuencia sientes que te entiende la gente que te rodea. ----- 1 2 3 4
2. Con qué frecuencia sientes que te falta compañía. ----- 1 2 3 4
3. Con qué frecuencia piensas que no hay nadie a quien puedas pedir ayuda. ----- 1 2 3 4
4. Con qué frecuencia te sientes solo/a.----- 1 2 3 4
5. Con qué frecuencia sientes que formas parte de un grupo de amigos/as.----- 1 2 3 4
6. Con qué frecuencia piensas que tienes mucho en común con la gente que te rodea.-1 2 3 4
7. Con qué frecuencia sientes que no tienes a nadie cerca de ti.----- 1 2 3 4
8. Con qué frecuencia piensas que tus intereses e ideas no son compartidas por quienes
te rodean.----- 1 2 3 4
9. Con qué frecuencia piensas que eres una persona sociable y amistosa ----- 1 2 3 4
10. Con qué frecuencia te sientes vinculado y unido a otra gente.----- 1 2 3 4
11. Con qué frecuencia te sientes rechazado/a. ----- 1 2 3 4
12. Con qué frecuencia piensas que tus relaciones sociales no son importantes.----- 1 2 3 4
13. Con qué frecuencia piensas que nadie te conoce realmente bien.----- 1 2 3 4
14. Con qué frecuencia te sientes aislado/a de los demás. ----- 1 2 3 4
15. Con qué frecuencia piensas que puedes encontrar compañía cuando lo deseas.---- 1 2 3 4
16. Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te entiende. ----- 1 2 3 4
17. Con qué frecuencia te sientes tímido/a. ----- 1 2 3 4
18. Con qué frecuencia sientes que estás con gente alrededor, pero que no están
realmente contigo ----- 1 2 3 4
19. Con qué frecuencia sientes que hay gente con quien puedes hablar. ----- 1 2 3 4
20. Con qué frecuencia piensas que hay gente a quien puedes pedir ayuda ----- 1 2 3 4

ANEXO 4. Escala de Soledad de De Jong-Gierveld (DJGS).

Si	Más o menos	No
0	1	1

1. Experimento una sensación general de vacío. ----- 0 1 1
2. Extraño tener gente a mi alrededor. ----- 0 1 1
3. A menudo me siento rechazado. ----- 0 1 1
4. Hay muchas personas en las que puedo confiar cuando tengo problemas. ---- 0 1 1
5. Hay muchas personas en las que puedo confiar completamente. ----- 0 1 1
6. Hay suficientes personas con las que me siento cercano. ----- 0 1 1

ANEXO 5. Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en Adultos – Versión corta (SELSA-S).

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Me siento solo cuando estoy con mi familia.
2. Me siento parte de un grupo de amigos.
3. Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos.
4. No hay nadie en mi familia con quien pueda contar para que me apoye y estimule, pero me gustaría que lo hubiera.
5. Mis amigos comprenden mis motivos y mi forma de razonar.
6. Tengo una pareja que me da todo el apoyo y estímulo que necesito.
7. No tengo amigos que compartan mis puntos de vista. pero me gustaría tenerlos.
8. Me siento cercano a mi familia.
9. Puedo contar con mis amigos para que me ayuden.
10. Desearía tener una relación romántica más satisfactoria.
11. Me siento parte de mi familia.
12. Mi familia realmente cuida de mí.
13. No tengo ningún amigo que me comprenda, pero me gustaría tenerlo.
14. Tengo una pareja sentimental y contribuyo a su felicidad.
15. Tengo una necesidad insatisfecha de una relación romántica íntima.

ANEXO 6. Escala de Soledad de la UCLA – Versión corta.

Casi nunca	Algunas veces	A menudo
1	2	3

1. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía? ----- 1 2 3
2. ¿Con qué frecuencia se siente excluido/a? ----- 1 2 3
3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado/a de los demás? ----- 1 2 3