



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2020 – 03

LA NUEVA ECONOMÍA DE LA SOLEDAD

Soledad y salud de las personas mayores

Guillem López Casasnovas

Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra

Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra

Marie Beigelman

Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra

La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF).

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, Febrero 2020

LA NUEVA ECONOMÍA DE LA SOLEDAD. Soledad y salud de las personas mayores(*)

Guillem López-Casasnovas, Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra, Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES). Marie Beigelman, Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES).

RESUMEN

La soledad no coincide con el aislamiento. Designa un estado subjetivo de malestar: el de *sentirse solo*, con percepción de vaciedad, ansiedad, sin sentido de pertenencia. Tiene que ver con el aislamiento involuntario, estar erradicado de redes sociales, sin el capital social mínimo del que no tiene a quien acudir para hablar o pedir ayuda. La población española envejece, la sociedad se transforma de la mano de nuevos hábitos, estilos de vida y de los efectos de la tecnología y la inteligencia artificial, y con ello la prevalencia de la soledad no deja de aumentar. Si el capital social es reconocido por su impacto en una mayor salud, su falta, en su componente de aislamiento involuntario, emerge como causa generadora de enfermedad y depresión. España tiene esta espada de Damocles encima y no ha empezado aún a reaccionar. Sí lo están haciendo los británicos entre otros, al menos institucionalmente, identificando el problema. El texto pretende dar un toque de atención sobre la relación entre envejecimiento, soledad y salud y hacer emerger la importancia de buscar estrategias eficientes en prevención y en acompañamiento para que la soledad no deteriore la salud y el bienestar de buena parte de nuestros mayores.

1. INTRODUCCIÓN

El presente texto se adentra por primera vez en nuestro país en lo que se conoce como la nueva ‘economía de la soledad’. Vinculada a la longevidad, a este enorme éxito de nuestra sociedad de bienestar, emerge sin embargo la soledad, en sus distintas acepciones, provocando nuevas necesidades sociales que una sociedad atenta no puede ignorar. Son diversas las acepciones de lo que se identifica como ‘soledad’ (desde el aislamiento social y el vivir solo/a o la soledad elegida) y no todas ellas generan iguales consecuencias sociales. A cómo el Estado del bienestar haya de contemplar la nueva situación que la mejora en la esperanza de vida crea en nuestras sociedades van dirigidas las páginas que siguen.

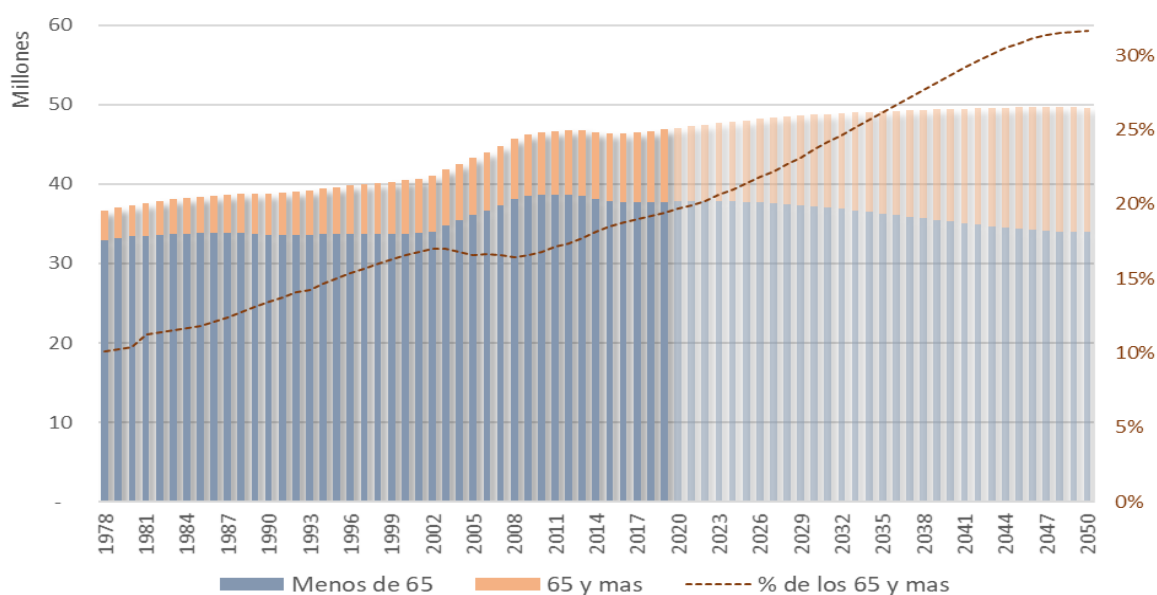
(*)- Documentado realizado por encargo de FAES, Fundación a la que agradecemos la financiación.

2. LA LONGEVIDAD

El cambio demográfico impone de entrada un análisis diferenciado a partir de sus múltiples aristas y consecuencias; así, a la vista de si se observa un incremento del porcentaje de cohortes mayores, con o sin crecimiento total de la población de referencia, o de si aumentan relativamente los mayores ya por ser menos los jóvenes (baja natalidad), ya porque los mayores viven más, o por ambas razones a la vez. Y, por supuesto, para la adaptación social es relevante la velocidad con la que se producen los cambios, las transiciones y los ajustes necesarios de las políticas en cada momento (véase Gráfico 1).

Notemos también que, en caso de que exista crecimiento vegetativo y aun así se produzca un aumento relativo de las cohortes de más edad, es importante reconocer si este crecimiento procede de oleadas inmigratorias que siguen el ciclo económico o de la recuperación de la natalidad; y ante un descenso de la natalidad, distinguir si se trata de una ralentización coyuntural o estructural, con o sin acompañamiento en el mercado de trabajo de una mayor participación femenina.

GRAFICO 1 Evolución de la población de menos de 65 años y de 65 años y más, proyecciones hasta 2050



Fuente: elaboración propia sobre ECV 2017, proyecciones demográficas INE.

En el impacto del envejecimiento es necesario considerar la prevalencia de morbilidades, absolutas o relativas, que con él se asocian. En la incidencia que ello tenga sobre la salud de nuestros longevos, hace falta remarcar las respuestas sanitarias que se den, según

tratamientos sanitarios de multi-morbilidades, niveles de cronicidad, transiciones y cuidados sociosanitarios integrados. Finalmente, de mayor relevancia por su efecto sobre el gasto va a ser la distinta naturaleza de las intervenciones sanitarias en la proximidad a la muerte y en la financiación de los cuidados, dada la que sea la situación socioeconómica en renta y riqueza de nuestros mayores. Para la necesaria priorización de las políticas públicas se debe prestar atención a la heterogeneidad de la longevidad por sus consecuencias sobre la equidad de resultados y en el acceso a la utilización de los servicios. Y por supuesto, fijando la atención a lo que aquí tratamos como colateral: los efectos del envejecimiento sobre la soledad y de ésta sobre la salud y el bienestar, con el *transhumanismo* y el vivir para siempre como trasfondo, por el momento, siendo pura ensoñación.

3- LA SOLEDAD Y SUS CONSECUENCIAS

La soledad de las personas mayores

Para los profesionales del sector del cuidado a las personas mayores en España, la soledad es parte de la problemática central del envejecimiento. En España, un 26% de las personas atendidas por Cruz Roja se sienten solas, y un 30% según los datos de Sanitas¹. Este sentimiento no corresponde al hecho de *vivir* solo y *estar* solo: la soledad también es un problema de la gente mayor que viven en residencias juntos o que mantienen redes sociales.

A diferencia del aislamiento social que designa un estado objetivo (estatuto civil, redes sociales, actividades con otros, etc.), la soledad designa a menudo un estado subjetivo de malestar: el de *sentirse* solo, con percepciones de vaciedad, ansiedad, sin sentido de pertenencia (Weiss, 1973). Los orígenes de este malestar y sus características están explicados de manera diferente según los autores, tal como lo destaca el estudio de la Fundación Pilares (Henernandis & Nunes, 2018). Robert Weiss (Weiss, 1973), unos de los autores clásicos que han estudiado la soledad, la considera un fenómeno natural que se puede experimentar de modo distinto por cada persona. En este sentido la soledad no es un tema propio únicamente de las personas mayores. Para Christina Victor (Victor, 2000), la soledad puede considerarse una respuesta subjetiva a una situación de aislamiento social. Otros autores diferencian la soledad según su persistencia y su intensidad. De hecho, la soledad de larga duración no se experimenta de la misma manera que la soledad que se vive en situaciones puntuales.

¹Véase: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/habitos-vida-saludable/evitar-soledad.html>

En cuanto a la definición y prevalencia de la soledad, por ser ésta un sentimiento subjetivo, va a ser difícil de cuantificar. Las estimaciones varían mucho según la composición de la muestra, del país, de la metodología usada y también de la definición misma de lo que se entienda por soledad. En España, el estudio de Losada *et al.* (Losada, 2012) la aproxima con una pregunta directa sobre la frecuencia con que las personas mayores encuestadas se sentían solas. Los autores hallaron que el 23,1 % de su muestra de personas mayores españolas se sentían solas; el 17,1 % se sentían solas a veces y el 6,0 % a menudo. La mayoría de las investigaciones cuantitativas sobre la soledad usan instrumentos específicos para medirla (UCLA). Una de las medidas más utilizadas es la escala UCLA -y, más específicamente, versiones revisadas de esta escala- que fue desarrollada en la Universidad de California, Los Ángeles por D. Russell *et al.* (1978). Esta escala está integrada por dos factores: “Intimidad con otros” y “Sociabilidad”. Existen muchas versiones de esta escala, una de ellas se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Ejemplo de la escala UCLA revisada

<i>Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes 1 : a menudo; 2 : con frecuencia; 3 : raramente; 4 : nunca</i>	1	2	3	4
Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo				
Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar				
Con qué frecuencia siente que nadie le entiende				
Con qué frecuencia se encuentra esperando que alguien le llame o le escriba				
Con qué frecuencia se siente completamente solo				
Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos				
Con qué frecuencia se siente con ganas de compañía				
Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos				
Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás				

Un estudio del año 2015 sobre una muestra de ancianos españoles (Velarde-Mayola, Fragua-Gilb, & García-de-Ceciliac, 2015) validaba la escala UCLA, en particular para discriminar el sentimiento subjetivo de sentirse solo entre las personas que no viven solas (soledad objetiva). Dentro de la muestra comentada, uno de cada cinco ancianos viven solos (80%), fundamentalmente por la pérdida del cónyuge. Los investigadores también hallaron que las

mujeres afectadas triplican a los hombres. En total, dos de cada tres personas ancianas encuestada que viven solas experimentan la sensación de soledad.

Al analizar otros estudios sobre la prevalencia de la soledad en el colectivo de los ancianos españoles se puede estimar que aproximadamente 30% se sienten solos, con un 10% que presentan niveles altos de soledad (IMSERSO, 2010); es decir 2,7 millones de mayores de 64 años sufrían en 2018 la soledad.

Aislamiento social y soledad

El aislamiento social suele estar definido de manera unidimensional como medida objetiva de la cantidad de contactos con miembros de la familia y amigos. El instrumento más usado para cuantificar el aislamiento social es un índice *ad hoc* compuesto de medidas del estatuto marital, composición del hogar, número de amigos y familia extensa, y frecuencia de encuentros con amigos y familia (Knapp, 2017). La soledad ciertamente no coincide totalmente con características objetivas del aislamiento social. En este sentido, el IMSERSO considera que “el estado civil [...] se configura como un indicador óptimo para conocer el apoyo con el que pueden contar las personas, ya que la soltería, la viudedad, la separación y el divorcio reducen los vínculos familiares con los que las personas pueden contar en la vejez”².

De hecho, vivir solo tiene incidencia importante sobre la probabilidad de experimentar soledad. Según las estimaciones, un 60-70% de las personas mayores que viven solas en España también se sienten solas. Más específicamente, estar solo por pérdida de la pareja es un factor de riesgo muy importante de la soledad. Un estudio cualitativo español reciente halla la pérdida de la pareja como principal factor desencadenante de la soledad entre las personas mayores (Doblas & del Pilar Diaz Conde, 2018). Al analizar documentación relativa a grupos de discusión sobre este tema, los autores muestran que la muerte de la pareja genera un vacío emocional imposible de llenar: los viudos se encuentran en una situación de soledad residencial interna que en muchos casos deviene en trastornos depresivos.

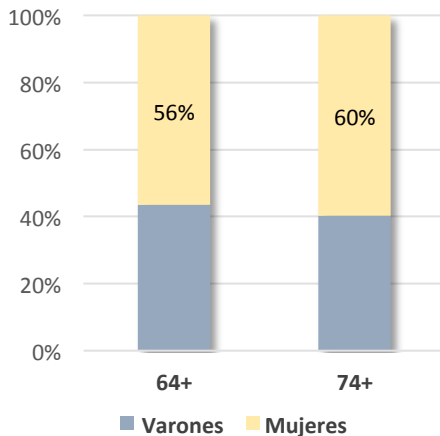
En España, 3,8 millones de personas de 65 años y más vivían solas en 2018, o sea el 43% de las personas mayores de 65 años y más (estimación propia sobre ECV 2017, INE). Entre las mujeres de más de 64 años, la proporción que vive sola representa el 55% del total, la mayoría por viudedad. El 46% de las mujeres de más de 64 años son viudas; entre las que superan los

² IMSERSO, Informe 2016, “Las personas mayores en España”, p. 63
http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf

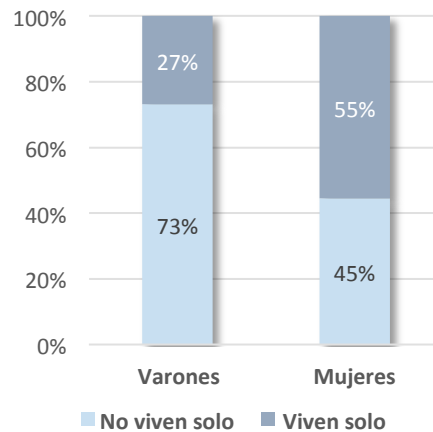
75 años se incrementa hasta el 72% la proporción de las que viven solas (estimación propia sobre ECV 2017, INE).

Por estar más sujetas a situaciones de viudedad, las mujeres se ven mucho más afectadas que los varones por la soledad. De hecho, el 72% de las personas en situación de soledad son atendidas por la Cruz Roja. También destaca que más del 51 % tiene 80 años o más.

Porcentaje de varones y mujeres mayores en España, según la edad



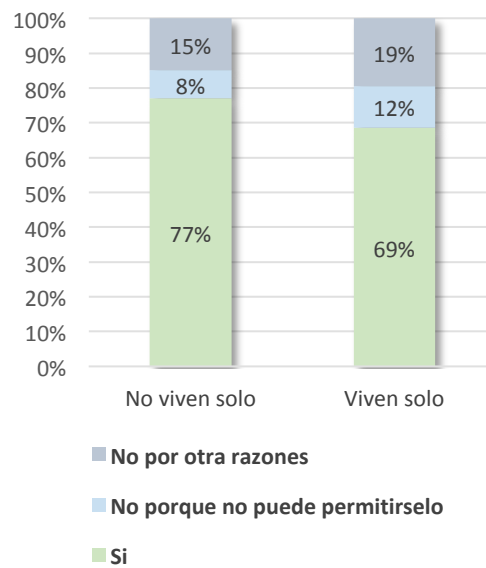
Porcentaje de personas mayores que viven solas en España, según el genero



Fuente: ECV 2017, elaboración propia.

Los datos muestran que los ancianos que viven solos tienen menos actividad social que los que no viven solos, rasgo que se acentúa con la edad (análisis propio sobre datos de Población española INE, 2016). La pérdida de la pareja también puede afectar antiguas relaciones de amistad (reuniones de parejas para hacer actividades conjuntas). Para algunos viudo/as la falta de la pareja puede dificultar el establecimiento de nuevas relaciones de amistad.

**¿Se reúne con amigos y/o familiares para comer o tomar algo al menos una vez al mes?
Repuestas de los españoles de más de 64 años (ECV 2016)**



Fuente: ECV 2017, elaboración propia

Por lo demás, los factores de riesgos de la soledad no vienen únicamente de la composición del hogar, sino también del nivel socioeconómico de las personas mayores (Losada & al, 2012). En este sentido, por vivir solas a una edad más avanzada, las mujeres mayores están más sujetas que los varones a situaciones de angustia económica y emocional.

Salud y soledad

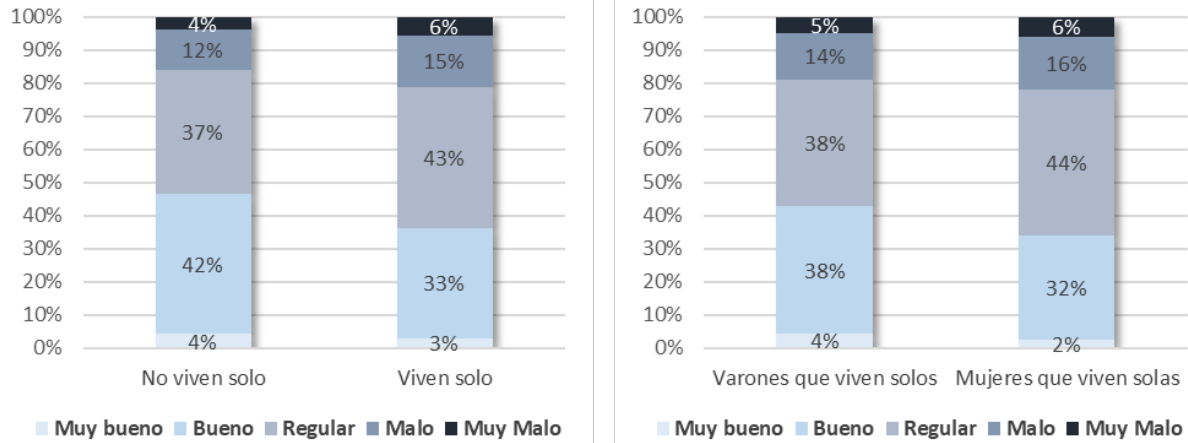
En cuanto a la salud, otra explicación de las diferencias de género en el sentimiento de soledad es el estado de salud físico. Las mujeres envejecen con mayor dependencia que los varones, y además se encuentran a menudo solas para afrontar la degradación de su salud. Por otro lado, los varones suelen contar con el apoyo de su pareja en situaciones de pérdida de autonomía.

Uno de los primeros estudios cuantitativos sobre el tema de la soledad diferencia los factores determinantes de la soledad y el aislamiento social (G. Clare Wenger, 1996). Mientras que el aislamiento social depende mucho del estatus social, de las redes sociales y del gradiente socioeconómico, la soledad depende de la composición del hogar y de la salud. Es decir, la salud también tiene un impacto sobre la soledad, lo cual puede implicar una situación de causalidad inversa.

En algunos estudios cuantitativos, el uso de datos longitudinales permitió controlar (parcialmente) la posibilidad de causalidad inversa entre salud y soledad. Un meta-análisis sobre este tema (Knapp, 2017) muestra que el problema de la causalidad inversa afecta más a la salud mental (depresión) que física. En efecto, usando datos longitudinales Luo *et al.* hallaron

que la soledad afecta y se ve afectada por la depresión y la salud física (limitación de movimientos) (Luo, Hawkley, Waite, & Cacioppo, 2012).

Estado de salud declarado de las personas de más de 65 años, según el género y la composición del hogar (2016)



Fuente: ECV 2017, elaboración propia

La soledad en distintos países

La prevalencia de la soledad varía con amplios márgenes -entre un 10% y un 50%- según los países. Al comparar la soledad de las personas mayores en España y en Suecia, del Barrio destaca (del Barrio, 2010) que los mayores con buena salud que viven solos son cinco veces más propensos a sentirse solos en España que en Suecia, y 2–3 veces más si viven solos y tienen mala salud. Este resultado también se muestra en otro estudio que compara países europeos (Fokkema, De Jong Gierveld, & Dykstra, 2011): los ancianos experimentan mayor sensación de soledad en los países del centro y del sur de Europa, donde los valores familiares son más fuertes. En estos países vivir solo puede causar soledad, dadas las expectativas sociales que las personas tienen de vivir con sus familias. Por supuesto, muchas otras variables influyen sobre la integración/exclusión de las personas mayores en cada sociedad (factores religiosos, políticas públicas, características sociodemográficas, diferentes perspectivas sociales, etc.).

4. EL IMPACTO DE LA SOLEDAD SOBRE LA ASISTENCIA SANITARIA

Además de significar una situación de malestar para la gente mayor, la soledad tiene implicaciones directas sobre la salud, en general, y sobre la salud mental, en particular. De hecho, la casi totalidad de los estudios cuantitativos sobre la relación entre salud y soledad

encuentran resultados significativos (Knapp, 2017). Este fenómeno se puede explicar por varios factores, entre ellos, el estado de la salud mental. También influye aumentando el riesgo ser fumador, la inactividad o la malnutrición, que pueden producir trastornos físicos y mortalidad prematura.

Soledad y mortalidad

Se recogen aquí las investigaciones sobre la relación entre soledad y salud bajo la hipótesis de que la primera es un factor de riesgo por mortalidad prematura, más específicamente entre las personas mayores que sufren más que los otros de las consecuencias de la soledad. Se detecta efectivamente una relación positiva entre soledad y deterioro del funcionamiento del sistema cardiovascular, lo que resulta en tasas de mortalidad más altas (Andrew C. Patterson, 2010): sentirse solo a menudo dobla las probabilidades de mortalidades por cualquier causa, controlando por edad y género, en comparación con quienes nunca se sienten solos, y casi doblando los riesgos de mortalidad una vez se controla por educación, ingresos y el estado civil con un *odd ratio* (OR) de 1,7; es decir, con una probabilidad de morir 70% más alta para los que experimentan soledad vs. los demás.

En el Reino Unido, Steptoe *et al* (2013) averiguaron que el aislamiento social también estaba asociado con un aumento de la mortalidad de las personas mayores (OR=1,26). Además, concluyeron que las personas mayores que contaran con un máximo de tres personas en su red social de apoyo en el momento del estudio tenían un riesgo relativo de 2,43 de morir por razones cardíacas y de 2,11 por otras razones (Brummett, Barefoot, & Siegler, 2001). Los resultados se mantienen controlando por edad, enfermedades previas, ingresos y comportamientos de riesgo que acostumbran a aumentar la probabilidad de enfermedades cardíacas (por ejemplo, fumar).

Soledad y comportamiento de riesgos

Un mecanismo por el cual la soledad impacta negativamente en la salud es el de los comportamientos de las personas solas. En particular, la soledad aumenta comportamientos de riesgos que luego pueden influir sobre la salud física y mental. Shankar *et al* (Shankar, McMunn, Banks, & Steptoe, 2011) usaron la encuesta longitudinal ELSA (*The English Longitudinal Study of Ageing*) sobre adultos de 50 años y más para identificar los efectos propios de la soledad, medida mediante la escala UCLA revisada, y del aislamiento social (índice que combina el estado civil, la frecuencia de contactos cada mes y otras actividades) sobre la salud. Para ambas variables, controlando por factores sociodemográficos y por el registro de enfermedades, los autores encontraron una relación estadísticamente significativa

y positiva con el consumo de tabaco (OR = 1,07 para la soledad, y 1,21 para aislamiento social); la falta de ejercicio físico (OR= 1,08 y 1,15); el consumo de tabaco y la falta de ejercicio físico (OR= 1,12 y 1,36).

La soledad también aparece asociada a la malnutrición en un estudio de 2016 sobre datos de Finlandia (Eskelinen, Hartikainen, & Nykänen, 2016). Los autores estudiaron la relación entre soledad y una puntuación de nutrición usando la escala MNA (*Mini Nutritional Assessment*; esta escala incluye elementos sobre el apetito, la nutrición, las capacidades físicas y neurológicas) y hallaron que la soledad a menudo estaba asociada con riesgos de malnutrición (OR =1,63).

Sin embargo, la evidencia sobre la importancia de los comportamientos de las personas solas como canal de transmisión del impacto de la soledad es menos concluyente. La soledad puede impactar en factores fisiológicos de manera independiente, como comprobaron (O’Luanaigh & Lawlor, 2008). Estos autores han encontrado una relación de causalidad entre soledad y descanso nocturno de peor calidad, disminución de las capacidades cognitivas, respuestas fisiológicas al estrés y alta tensión vascular. De hecho, es sabido que situaciones de estrés causadas por la soledad impactan en la salud, algo que también se aplica a los trastornos emocionales y mentales de manera general.

Soledad y salud mental

La mayoría de los estudios científicos recientes que exploran la relación entre salud mental y soledad enfocan la atención en los síntomas de depresión. Losada et al (Losada & al, 2012) al estudiar la relación entre salud mental y soledad sobre una muestra representativa de personas mayores españolas encontraron que la soledad contribuye significativa y negativamente a la salud mental medida con una escala de 15 preguntas para validar síntomas de depresión: el 50% de la varianza total de la salud mental de las personas de la muestra se explicó por sus niveles de soledad.

No limitándose a síntomas depresivos, Bekhet et al. (Bekhet & Zauszniewski, 2012) comprobaron la fuerte relación entre la soledad y la depresión (OR = 1,91), pero también entre la soledad y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (OR = 1,21) o los impulsos suicidas (OR = 1,35).

No es, sin embargo, fácil distinguir depresión de soledad e identificar sus efectos propios, ya que ambos comparten síntomas similares. La literatura reciente aporta evidencia de que se trata de dos estados distintos (Knapp, 2017), lo cual fue confirmado en un estudio con un

horizonte a largo plazo (panel de cinco años): la soledad es un factor de riesgo de la depresión, controlando por características sociodemográficas, estado civil y factores de riesgos psicosociales, incluyendo el aislamiento social (Cacioppo & al, 2010).

En España las diferencias de género inciden particularmente en la relación entre soledad y salud mental. Escobar Bravo *et al.* (Escobar & al, 2013) examinaron las posibles diferencias de género en la presencia de síntomas depresivos en personas mayores de 75 años de una comunidad de ancianos: las mujeres tenían un mayor riesgo de depresión que los varones, incluso después de ajustar por factores sociodemográficos y estado de salud, presentando casi el doble de probabilidades de padecer depresión. Asimismo, los factores protectores de tales síntomas no son los mismos según el género: el nivel alto de estudios en las mujeres y la presencia de pareja en los varones.

La soledad también tiene impacto sobre los trastornos mentales y, en especial, la demencia. En un estudio longitudinal con datos de, The English Longitudinal Study of Ageing ELSA, Steptoe *et al* (Steptoe, Rafnsson, Orrell, d'Orsi, & Hogervorst, 2017) encontraron que riesgos de demencia, incluyendo Alzheimer, estaban relacionados de manera positiva con un elevado nivel de soledad (OR = 1,40) y negativa con la cantidad de familiares en el entorno y con el hecho de vivir en pareja. Asimismo, los riesgos de desarrollar demencia en una muestra de personas mayores residentes en Ámsterdam se asociaron a sentirse solo, controlando por características sociodemográficas y síntomas de depresión (OR=1,64) (Jan Holwerda & al, 2012).

¿El impacto sobre la salud procede de la soledad o del aislamiento social?

Aunque soledad y aislamiento pueden ser independientes, la identificación de sus impactos respectivos sobre la salud no es evidente. De hecho, algunos estudios que intentaron diferenciar sus impactos fueron menos concluyentes (Knapp, 2017). Tilvis *et al* (Tilvis, et al., 2012) encontraron que grupos de personas mayores en situación de aislamiento/soledad muestran efectos similares solo parcialmente, y explicaron efectos sobre las tasas de mortalidad en virtud de la soledad, y no del aislamiento (Holwerda & al, 2012). En el Reino Unido algunos autores extrajeron conclusiones opuestas (Andrew Steptoe, 2013). En otros estudios, soledad y aislamiento fueron considerados como diferentes factores de riesgos con efectos distintos sobre la salud.

Las diferencias de resultados entre investigaciones se pueden explicar por las muestras usadas en cada caso (pacientes de un hospital, muestra representativa, etc.), el país y el momento en el tiempo, la metodología (datos o no de panel) y las definiciones de la soledad y del

aislamiento social consideradas (tipo escala usada). A pesar de esta disparidad, existe suficiente evidencia concordante respecto al deterioro de la salud que produce la soledad/aislamiento social, en particular en el colectivo de las personas mayores. En resumen, cabe afirmar que la soledad dobla las probabilidades de mortalidad, en particular por razones cardíacas, casi dobla la probabilidad de tener trastornos depresivos y aumenta los riesgos de trastornos de demencia en aproximadamente un 60%. Al final, la falta de contacto y apoyo humanos tienen consecuencias sobre la salud comparables a las del consumo de tabaco y la obesidad (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010).

5. SOLEDAD Y CARGA DE ENFERMEDAD

A nivel individual abunda la evidencia de que el aislamiento emocional y social representa un factor de riesgo de salud, tal como otros tan conocidos y contrastados, como el consumo de tabaco, la malnutrición o la falta de actividad física. Estas consecuencias se traducen directamente en costes de salud más altos para las personas que padecen soledad.

Costes derivados de algunas consecuencias de la soledad

Parte de los costes de la soledad se derivan del hecho de que los ancianos solos usan más los servicios médicos que los demás, y eso con condiciones de salud parecidas (*ceteris paribus*). En un estudio sobre pacientes de un hospital en Los Ángeles, se halló que el uso de los servicios de urgencia era un 60% más alto en los pacientes que presentaban niveles de soledad superior a la media, controlando por el estado de salud y otras variables sociodemográficas (Geller, Janson, McGovern, & Valdini, 1999). Si aplicamos esta estimación a un caso concreto, al coste medio de una entrada simple en las urgencias en Francia, que era de 161,5€ en 2012³, resulta un coste adicional de 96€ por un paciente mayor que se siente solo. Además, este coste se incrementa en las personas mayores habida cuenta de los costes indirectos (del transporte, por ejemplo), que suelen ser mayores que los que afrontan pacientes con menos limitaciones físicas.

Otros costes proceden directamente de las enfermedades causadas por la soledad, y particularmente de los trastornos mentales, en primer lugar, el Alzheimer, considerado como el principal factor de riesgo del envejecimiento. Un estudio de 2017 publicado por la revista *The Economist*⁴ estima el coste medio anual por paciente de Alzheimer en España a 24.84€.

³ Tribunal de Cuentas Nacionales, 2014 Francia

⁴ https://www.lilly.es/global/img/ES/PDF/Impacto-socioeconomico-de-la-enfermedad-de-Alzheimer_EIU.pdf

En el caso de los otros trastornos mentales, investigadores del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM) estiman el coste por paciente y el coste social de varios trastornos mentales en España; en concreto, cifran el coste medio por paciente en 2 474€, mas específicamente 2 494€ para trastornos de depresión y de TAG (Pares-Badell, et al., 2014). Parte de dichos costes por pacientes son indirectos, debidos a baja de productividad, absentismo, etc. que no se aplican en los casos de personas mayores jubiladas. Al mismo tiempo, los costes directos (medicamentos, consultas medicas, etc.) aumentan en personas mayores en comparación con el resto de la población. También están más sujetas a problemas de comorbilidad entre salud mental y física: para cada persona con una condición de enfermedad crónica y problemas de salud mental comórbidas, se puede estimar que los gastos suben por lo menos un 45% (López Casanovas, 2018).

Las posibles consecuencias de la soledad (el costo por paciente año) se acentúa con la cronicidad: la enfermedad de Alzheimer dura de tres a veinte años, con una media de 4,5 años, según el Informe de Datos y Cifras de la *Alzheimer's Association*, lo cual resulta en un coste social medio (incluyendo los costes trasladados a terceros) per paciente de 108 000€. Frente a una persona de las mismas características que padece soledad, una persona que no se siente sola podría sufrir Alzheimer más tarde, lo cual se traduciría en un coste más bajo, de 64 800€ por paciente - asumiendo que la soledad aumenta de 0,6 la probabilidad de padecer Alzheimer.

Al nivel global, las condiciones de salud que la soledad puede provocar suponen una carga social elevada. se estima que ,unos 900 000 españoles vivían con la enfermedad de Alzheimer, o sea, casi el 9,4% de las personas mayores (*The Economist*, 2017). Entre los ancianos de 90 y más años, el porcentaje asciende a 50%. Según el mismo estudio, el Alzheimer costaría 20 800 millones de euros cada año. En cuanto a los trastornos de depresión de las personas mayores, se estima que su coste social anual total se eleva a 2 373 millones de euros (estimación propia sobre datos del INE y del coste por paciente de la depresión, IMIM). Por fin, los costes totales para visitas medicas de las personas mayores se han estimado 4 en 36 millones de euros en 2040,. Con una media anual de 4,2 consultas medicas para personas mayores (análisis propio sobre ECV 2017), ya hoy representa el 10% del gasto total de atención primaria (estimación propia a partir de datos del Ministerio de la Salud).

Medir la carga social de la soledad

Conocemos entonces los costes sociales de algunas consecuencias de la soledad, que indican la importancia de su prevención. En el caso de España, todavía faltan estudios y datos que midan precisamente el peso de la soledad en estos costes. Para ello, será necesario disponer de un estudio representativo de las personas mayores, con datos individuales sobre la utilización de los servicios médicos de las personas mayores y sobre variables relevantes, como las relativas a estado de salud y el sentimiento de soledad.

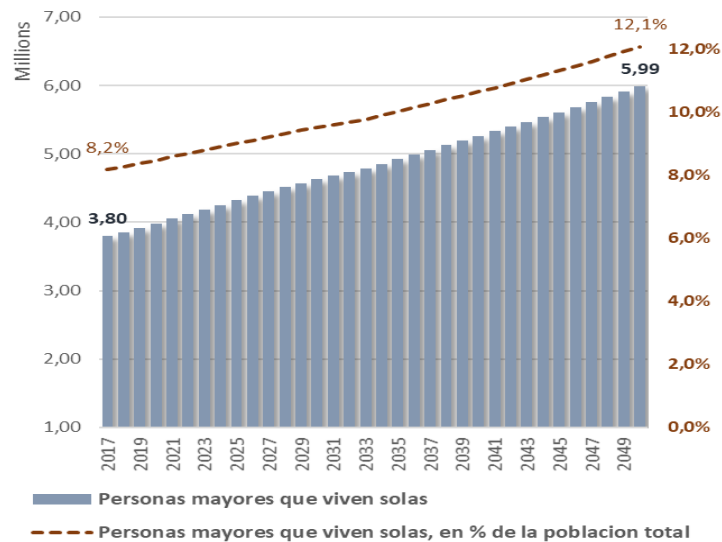
Como referencia podría tomarse el estudio sobre los costes de la soledad realizado en el Reino Unido por parte de investigadores de la London School of Economics (McDaid, Bauer, & Park, *Making the economic case for investing in actions to prevent and/or tackle loneliness: a systematic review*, 2017). A partir del análisis de una muestra de ancianos en Worcestershire, los investigadores hallaron que la soledad aumenta en 6 000 libras (unos 7 200€) los costes por paciente anciano al cabo de diez años. En los Estados Unidos investigadores de Harvard, Stanford y del AARP Public Policy Institute han relacionado datos de Medicare y de la Encuesta Nacional de Salud y Jubilación (HRS) a nivel individual, para mayores de 64 años, durante un período de tres años. Encontraron que la falta de contacto y apoyo social está asociada con costes adicionales por paciente mayor estimables en \$1,608 por año, lo cual representa costes totales adicionales de \$67 000 millones cada año (AARP Public Policy Institute, 2017). Según los investigadores, el nivel de costes provocados por la soledad es comparable con el ocasionado por condiciones crónicas como la artritis y alta tensión arterial. En total, el coste social de la soledad representa 0,2% de los gastos de salud de Medicare

6. POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENCIÓN

La alta prevalencia de la soledad (2,7 millones de personas en 2019 España viven solas) y la carga social (costes indirectos y a terceros) que se le asocia irán previsiblemente aumentando con el envejecimiento de la población. Utilizando proyecciones del INE de los hogares según la composición del hogar entre 2018 y 2033, se puede estimar que el número de personas mayores que viven solas en España podría aumentar hasta 6 millones en 2050. La proporción de personas mayores que viven solas también aumentará probablemente: si hoy día representa 8,2%, en 2050 podría llegar al 12,1% . Tomando en cuenta que aproximadamente el 70% de las personas que viven solas también se sienten solas, se puede estimar un aumento de la cantidad de ancianos solos, desde 2,7 millones viven y además a 4,2 millones en 2050 (8,4% de la población total) –véase Gráfico 2

Ante al envejecimiento de la población y al aumento prospectivo de los costes de salud, un objetivo central de las políticas públicas de salud es el de disminuir el papel de los cuidados en hospitales respecto a los cuidados a domicilio, en particular, para las personas mayores. El hecho de que, en el futuro, una parte más importante de estas personas mayores que recibirán cuidados a domicilio también estarán solas y expuestas a la soledad destaca aún más la necesidad de situar la lucha contra la soledad en un lugar destacado en la agenda de las políticas públicas de salud.

GRAFICO 2 Proyecciones del número de personas de 65 años y más que viven solas en España



Fuente: elaboración propia sobre ECV 2017, proyecciones demográficas INE.

Todavía disponemos de escasa evidencia sobre qué políticas públicas dirigidas a las personas mayores solas son más eficientes. No está claro qué programas facilitan en mayor medida la participación en actividades sociales e iniciativas de encuentro entre personas solas desde un punto de vista de coste-beneficio (McDaid, Bauer, & Park, *Making the economic case for investing in actions to prevent and/or tackle loneliness: a systematic review*, 2017). Por otro lado, en el Reino Unido algunos autores han averiguado que las campañas para mejorar la información que tienen las personas mayores sobre recursos alternativos a las consultas médicas pueden resultar efectivas, puesto que reducen el número de consultas médicas, en particular las que realizan aquellas personas que se sienten solas, y también mejoran su salud mental. El beneficio derivado de la reducción de las consultas médicas se ha estimado en £1,6 por cada £1 invertido, pudiéndose añadir además los beneficios derivados de la mejora de las condiciones de salud física y mental, no incluidas en dicha estimación (McDaid, Park, & Knapp, *Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health*, 2017).

Bibliografía

- AARP Public Policy Institute. (2017). Medicare Spends More on Socially Isolated Older Adults.
- Andrew C. Patterson, G. V. (2010). Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *Social Science & Medicine* 71 , 181-186.
- Andrew Steptoe, A. S. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS* 110 (15), 5797-5801.
- Bekhet, A., & Zauszniewski, J. (2012). Mental Health of Elders in Retirement Communities: Is Loneliness a Key Factor? *Archives of Psychiatric Nursing* 26(3), 214-224.
- Brummett, B., Barefoot, J., & Siegler, I. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine* 63 (2), 267-272.
- Cacioppo, J., & al. (2010). Perceived Social Isolation Makes Me Sad: Five Year Cross-Lagged Analyses of Loneliness and Depressive Symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging* 25(2), 453-463.
- del Barrio, E. e. (2010). La soledad de las personas mayores en Espana y en Suecia: contexto y cultura. 189-195.
- Doblas, J. L., & del Pilar Diaz Conde, M. (2018). Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* (53), 128-133.
- Escobar, B., & al. (2013). Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 48 (2), 59-64.
- Eskelinen, K., Hartikainen, S., & Nykänen, I. (2016). Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People? *International Journal of Gerontology* 10, 43-45.
- Fokkema, T., De Jong Gierveld, J., & Dykstra, P. A. (2011). Cross-National Differences in Older Adult Loneliness. *The Journal of Psychology* 146, 201-208.
- Fullerton, C., & al. (2017). Prevalencia y niveles de soledad en adultos mayores asistentes a actividad de la municipalidad de Vitacura. *GPU*, 13;3;312-318.
- G. Clare Wenger, R. D. (1996). Social Isolation and Loneliness in Old Age: Review and Model Refinement. *Cambridge University Press, Volume 16*, 333-358.
- Geller, J., Janson, P., McGovern, E., & Valdin, A. (1999). Loneliness as a Predictor of Hospital Emergency Department Use. *Journal of Family Practice*, 801.
- Henernandis, S. P., & Nunes, M. D. (2018). *La soledad de las personas mayores*. Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS medicine*.
- Holwerda, T., & al. (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? . *Psychological Medicine* 24 (4), 843–853.

- Jan Holwerda, T., & al. (2012). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 85(2).
- Knapp, E. C. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community* 25(3), 799–812.
- López Casanovas, G. (2018). La Salud Mental entre lo dicho y lo hecho. *CRES Health Policy Paper*.
- Losada, A., & al, e. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *The Journal of Psychology* 146, 277- 292.
- Luo, Y., Hawkley, L., Waite, L., & Cacioppo, J. (2012). Loneliness, health and mortality in old age : a national longitudinal study. *Social Science & Medicine* 74 (6), 907-914.
- McDaid, D., Bauer, A., & Park, A.-L. (2017). Making the economic case for investing in actions to prevent and/or tackle loneliness: a systematic review. *LSE briefing paper*.
- McDaid, D., Park, A.-L., & Knapp, M. (2017). Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health. *LSE Personel Social Services Research Unit*.
- Montorio Cerrato, I., Nuevo Benitez, R., Losada Baltar, A., & Marquez Gonzalez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresion en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina* 12(1).
- O’Lunaigh, C., & Lawlor, B. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23, 1213-1221.
- Oshagan, H. a. (1992). Three loneliness scales: An assessment of their measurement properties. *Journal of Personality Assessment* 59, 380–409.
- Pares-Badell, O., Barbaglia, G., Gustavsson, A., Jerinic, P., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE* 9(8):.
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Navarro, R. M., Medrano, L., Moriana, J. A., & Aguado, C. B. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*, 118-123.
- Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., & Steptoe, A. (2011). Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology* 30(4), 377-385.
- Steptoa, A., Rafnsson, S. B., Orrell, M., d'Orsi, E., & Hogervorst, E. (2017). Loneliness, Social Integration and Incident Dementia Over 6 years : Prospective Findings From the English Longitudinal Study. *The Gerontological Society of America Vol 0.*, 1-11.
- Tilvis R.S., L. V. (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risks of older people. *Journal of Aging Research*, 2090–2204.
- Tilvis, R., Routasalo, P., Karppinen, H., Strandberg, T., Kautiainen, H., & Pitkälä, K. (2012). Social isolation, social activity and loneliness as survival indicators in old age; a nationwide survey with a 7-year follow up. *European Geriatric Medecine* 3 (1), 18–22.

Velarde-Mayola, C., Fragua-Gilb, S., & García-de-Ceciliac, J.-M. (2015). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen* 42(3), 177-183.

Victor, C. S. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.

Villagrasa, B., Olaya, B., Lopez-Anton, R., de la Camara, C., Lobo, A., & Santabarbara, J. (2019). Prevalence of anxiety disorder among older adults in Spain : A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 246, 408-417.

Weiss, R. (1973). Loneliness: The experience of emotional and social isolation. *MIT press*.

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López-Casasnovas, G; "**La *malaltia* de la sanitat catalana. Finançament i Governança**"
Colección Health Policy Papers 2020-02GL

López-Casasnovas, G; "**¿Qué hacemos con las desigualdades en salud?**" Colección Health
Policy Papers 2020-01GL

López-Casasnovas, G; "**Evitar errores fiscales en sistemas sociales que se quieran inclusivos y favorables al crecimiento**" Colección Health Policy Papers 2019-15_GL.

López Casasnovas, G; "**Reflexions sobre l'equitat des d'una perspectiva generacional**" Colección Health Policy Papers 2019-14_GL.

López-Casasnovas, G. "**Aproximación a la atención primaria desde la perspectiva de la economía de la salud. A la búsqueda de apalancamientos positivos y de evitar frustraciones**" Colección Health Policy Papers 2018-09bis_GL.

López-Casasnovas, G; "**Los cuidados de larga duración. Alternativas de financiación. Gravar el patrimonio para financiar la dependencia. Una propuesta.**" Colección Health Policy Papers 2019-13_GL.

López-Casasnovas, G; "**Cuestiones no resueltas en economía de la salud aplicada al sector del medicamento.**" Colección Health Policy Papers 2019-12_GL.

López-Casasnovas, G; "**Els reptes de futur del sector sanitari. La provisió pública des de la concertació sanitària.**" Colección Health Policy Papers 2019-11_GL.

López-Casasnovas, G; "**Indicadores y políticas públicas. Objetivos de salud y realidades sanitarias**" Colección Health Policy Papers 2019-10_GL.

Maynou, L; Hernández-Pizarro, HM; Herisson, M; Saez, M; "**Physical activity and mental health: a systematic review**". Colección Health Policy Papers 2019-09_HH_LM_MH_MS.

López-Casasnovas, G; "**Los CAR-Ts Como síntoma**" Colección Health Policy Papers 2019-08_GL.

López-Casasnovas, G; "**La capacitat de decidir i la cohesió social: el cas de la concertació educativa i sanitària**" Colección Health Policy Papers 2019-07_GL.

López-Casasnovas, G. "**Futuribles per al nostre sistema de salut**" Colección Health Policy Papers 2019-06_GL.

López-Casasnovas, G. "**El futuro de la formación y la investigación en economía de la salud**" Colección Health Policy Papers 2019-05_GL.

López-Casasnovas, G. "**El futur de les pensions. La necessitat del consens i les raons del disens**" Colección Health Policy Papers 2019-04_GL.

López-Casasnovas, G. "**Reflexió sobre la cohesió i la desigualtat social al nostre país**"
Colección Health Policy Papers 2019-03_GL.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

