



La soledad no deseada, un nuevo reto para la atención primaria: detección, prevención y acompañamiento digital · pacientes · ConSalud



La soledad no deseada, un nuevo reto para la atención primaria: detección, prevención y acompañamiento digital El Marco Estratégico Estatal de las Soledades 2026-2030 incorpora una decisión con consecuencias asistenciales directas: la detección temprana de la soledad no deseada pasa a formar parte del trabajo de los entornos sanitario, educativo y de servicios sociales

El Marco Estratégico Estatal de las Soledades 2026-2030, aprobado en Consejo de Ministros el pasado 24 de febrero, incorpora una decisión con consecuencias asistenciales directas: la detección temprana de la soledad no deseada pasa a formar parte del trabajo de los entornos sanitario, educativo y de servicios sociales, y se plantea que la atención primaria y la medicina comunitaria puedan prescribir participación social.

Esa decisión convierte un problema social en una variable clínica, con todo lo que ello implica. Una variable clínica necesita un instrumento de cribado, un circuito de derivación y un recurso al que derivar. El primero existe. El segundo está construido en una comunidad autónoma y en obras en el resto. El tercero es donde la vía se interrumpe, y conviene mirar exactamente dónde.

Paso uno: la detección, que es la parte resuelta

Las escalas están disponibles y validadas en castellano desde hace años. La UCLA en su versión reducida de tres ítems se administra en menos de dos minutos. La De Jong Gierveld distingue entre soledad emocional y soledad social, una separación que importa porque la intervención no es la misma.



El obstáculo documentado no es el instrumento. Un estudio cualitativo realizado en centros de atención primaria españoles identificó como barrera principal la ausencia de un programa estructurado de detección —no la falta de herramientas— y situó al personal de enfermería como el facilitador más claro del circuito.

Hay un segundo obstáculo, menos discutido, que condiciona todo lo que viene después: a quién se cribó históricamente.

Paso dos: la derivación, que solo tiene datos en Cataluña

El Programa de Prescripció Social i Salut de la Generalitat es, a día de hoy, el único modelo español con serie histórica y evaluación. Sus cifras permiten dimensionar lo que significa implantar esto de verdad.

Durante 2025 se registraron alrededor de 28.000 nuevas prescripciones sociales. En el ejercicio anterior, 29.407 personas participaron en actividades comunitarias derivadas desde primaria, un 16% más que el año previo. La encuesta de evaluación fue respondida por 305 equipos de atención primaria, el 80,7% del total. Y entre las personas evaluadas, el 64% refirió una mejora de su salud emocional.

El objetivo declarado del programa es relevante para entender su diseño: reducir la sobremedicalización, señaladamente de ansiolíticos e hipnosedantes. La prescripción social nace, en Cataluña, como alternativa a una receta que se estaba emitiendo de más.

El esfuerzo formativo acompaña esa ambición. Solo en 2025 se impartieron 78 cursos que formaron a 2.510 nuevos profesionales como referentes de prescripción social.

Paso tres: el recurso, y aquí es donde la vía se rompe

El Barómetro de la Soledad No Deseada en España 2024, elaborado por Fundación ONCE y Fundación AXA dentro del Observatorio SoledadES sobre una muestra nacional de 2.900 personas, arroja un dato que reordena las prioridades del circuito: la prevalencia general es del 20%, pero en el tramo de 18 a 24 años alcanza el 34,6%.

Las personas mayores presentan una prevalencia inferior a la de los jóvenes. El barómetro añade un matiz territorial que agrava el problema: la soledad juvenil es especialmente elevada en el medio rural y desciende en las grandes urbes.

La vía asistencial, sin embargo, se construyó pensando en el paciente de 75 años. Y funciona para ese paciente, porque el activo comunitario al que se deriva existe: el casal, el grupo de paseo, el taller de memoria, la asociación de vecinos. Está censado, tiene horarios y está a diez minutos andando.

Paciente de 75 años

Paciente de 21 años

Contacto con el sistema



Frecuente: crónicos, revisiones

Escaso: urgencias, poco más

Momento de detección

Consulta programada

Rara vez se cribó

Activo comunitario disponible

Censado y próximo

Prácticamente inexistente

Barrera principal

Movilidad, transporte

Horario laboral o de estudios, dispersión geográfica

Conducta espontánea

Presencial

Mediada por pantalla

La última fila es la que decide el resultado del circuito. Derivar a un paciente de 21 años a un activo comunitario presencial de su municipio supone una tasa de no asistencia que cualquier profesional con experiencia en primaria puede anticipar, y no por falta de adherencia: el recurso no está diseñado para él.

Lo que ese paciente ya hace sin que nadie se lo prescriba

Antes de diseñar un recurso nuevo conviene observar la conducta existente, que es como se ha abordado históricamente cualquier intervención comunitaria.

La población de 18 a 24 años sostiene vínculos por vídeo con total normalidad. Un videochat semanal con una persona concreta no es, para esa cohorte, un sucedáneo de la relación presencial: es el formato habitual de buena parte de sus relaciones, incluidas las que considera importantes.

Hay además un segmento de plataformas que resuelve algo que el activo comunitario local no puede resolver en un municipio pequeño: el emparejamiento. Los servicios de video chat que conectan a personas por idioma o por interés hacen, en esencia, lo mismo que hace una referente de prescripción social —poner en contacto a alguien con una actividad y con otras personas—, pero sin la restricción del padrón municipal.



Para el joven rural que el barómetro identifica como el perfil de mayor riesgo, esa diferencia no es menor. En un pueblo de mil habitantes no hay seis personas de su edad con su mismo interés. En una red con usuarios de varios países, sí.

Conviene decir también lo que esto no es. No es una intervención validada, no tiene ensayos detrás y no sustituye a la derivación a salud mental cuando el cribado detecta sintomatología depresiva. Es una conducta de salud, del mismo orden que caminar treinta minutos: razonable, de bajo riesgo y sin pretensiones terapéuticas.

Qué implicaría incorporarlo al circuito

Tres cambios operativos, ninguno costoso.

El primero es de cribado: extender la escala a las consultas de población joven, que hoy es donde menos se aplica y donde la prevalencia es más alta. Anticoncepción, salud sexual y reproductiva, certificados deportivos y urgencias banales son puntos de contacto reales con esa cohorte.

El segundo es de catálogo: incluir activos no presenciales en el mapa de recursos. Un catálogo que solo contempla lo que ocurre dentro del término municipal excluye por diseño a quien vive en un municipio sin masa crítica.

El tercero es de registro. Si la prescripción social va a evaluarse —y en Cataluña se evalúa—, lo derivado por vía digital debe registrarse igual que lo derivado al casal. De otro modo, el programa seguirá midiendo únicamente aquello que ya sabía medir.

El riesgo de no hacerlo

La estrategia estatal plantea la prescripción social como alternativa a la respuesta farmacológica. Ese planteamiento es correcto y está respaldado por la experiencia catalana.

Pero una alternativa solo compite con la receta si está disponible en el momento de la consulta. Cuando el profesional detecta soledad en un paciente de 21 años y el único recurso de su catálogo es un taller de miércoles por la mañana en el centro cívico, la alternativa no existe operativamente. Y lo que ocupa ese hueco, en ausencia de otra cosa, ya sabemos lo que es.