



Soledad y Salud Mental: Precisiones y ambigüedades sociales y clínicas (con énfasis en períodos de crisis)

*Loneliness and mental health:
Social and clinical precisions and ambiguities
(with emphasis on periods of crisis)*

Renato D. Alarcón-Guzmán¹, Luis Matos-Retamozo²

Resumen

La idea y el concepto de Soledad constituyen un vasto campo de reflexiones y elaboraciones en diferentes terrenos de discusión académica. Más allá de sus significados individual y social o colectivo en diferentes lenguas, Soledad es materia de conceptualizaciones epistemológicas, vivencias artísticas, exploraciones psicológico-emocionales y concepciones ontogénico-filosófico-metafísicas. Luego de una exposición conceptual introductoria, el presente artículo se centra en las varias implicaciones clínicas del término como un estado subjetivo de incomodidad y sufrimiento, síntoma y/o síndrome presente en una variedad de entidades nosológicas, con mecanismos etiopatogénicos diversos y modalidades más o menos complejas de manejo terapéutico. A manera de *background* gnoseológico, su consideración como un nuevo Determinante Social de Salud y Salud Mental hace también de la Soledad, un tema trascendente de indagaciones en torno a crisis sociales y de estudios significativos de disciplinas socio-culturales contemporáneas.

Palabras clave: Soledad, existencia, emoción, separación, cultura social, ontogenia.

Abstract

The idea and the concept of Loneliness constitute a vast field of reflections and elaborations in different areas of academic discussion. Beyond its individual and social (or collective) meanings in different languages, Loneliness is a matter of epistemological conceptualizations, artistic experiences, psychological-emotional explorations, and ontogenic-philosophical-metaphysical conceptions. Following a conceptual introductory exposition, this article centers on the several clinical implications of the term under study as a subjective state of discomfort and suffering, a symptom and/or syndrome present in a variety of nosological entities with diverse etio-pathogenic mechanisms and more or less complex modalities of therapeutic management. As a gnoseological *background*, its consideration as a new Social Determinant of Health and Mental Health makes of Loneliness, as well, a transcending topic of inquiries about social crises and meaningful studies of contemporary socio-cultural disciplines.

Key words: Loneliness, existence, emotion, separation, social culture, ontogenics.

Introducción

La riqueza de todo lenguaje a lo largo de la historia constituye un meandro de significados que van mucho más allá de sinonimias o antinomias para constituir contextos comple-

jos y a veces conflictivos. Más aún, los esfuerzos de distinción conceptual amplían la gama de ciertos términos con elementos de posesividad por parte de diferentes comunidades socio-culturales, intelectuales, ocupacionales o profesionales. El resultado es, en todo caso, un debate permanente que impide

¹Médico psiquiatra - Profesor Emérito y Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú; Profesor Emérito Distinguido, Dpto. de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Mayo Clinic, Rochester, MN, EE. UU; Académico Emérito, Academia Nacional de Medicina, Lima, Perú; Ex-Secretario General, Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural. ID ORCID:0000 0002 7316 1185. ²Médico psiquiatra - Ex-Coordinador de los Programas de Residencia en Psiquiatría de Adultos, Niños y Adolescentes, Universidad Peruana Cayetano Heredia; Primer Jefe del Servicio de Hospitalización de Varones, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi; Ex-Vicepresidente de la Sociedad Peruana de Psiquiatría Infanto-Juvenil; Becario del Harvard Program in Refugee Trauma. ID ORCID: 0009 0000 9527 9080.

un acercamiento considerado indispensable en términos de comunicación y conocimiento pero que, a su vez, genera definiciones, clasificaciones e inferencias semánticas sumamente productivas e insoslayablemente autónomas.⁽¹⁾

Tal es el caso de la palabra soledad, derivada del latín *solitas* o “cualidad de estar solo, sin compañía”. El uso secular del término le asignó una cualidad de carencia “voluntaria o involuntaria” de compañía, pero también engendró a lo largo del tiempo, significados cualitativa y cuantitativamente diferentes, con vinculaciones, implicaciones y vigencias diversas.^(2,3) La naturaleza social de la palabra es innegable, pero ella oscila entre los extremos de una experiencia de goce personal, reflexivo, meditativo y pleno y el estado subjetivo de discomfort, aislamiento, separación, abandono, incomunicación, clausura, destierro o desamparo.^(4,6)

Estas caracterizaciones difieren muchas veces en función del idioma o la lengua en que se utiliza la palabra. De hecho, el idioma inglés establece distinciones más marcadas entre términos como *loneliness*, *solitude* y *aleness*⁽⁷⁾ que los que aplicaría el español, algo más propenso a sinonimias. Está bien establecido, sin embargo, que el aislamiento físico no equivale a soledad ya que es posible tanto sentirse solo en presencia de otros como sentirse cómodo estando solo. Se acepta pues, en general, que soledad refleja una separación entre las conexiones deseadas por un individuo y las que el mismo percibe como reales.

Las reflexiones precedentes conducen a esquemas definitorios y clasificatorios de soledad, distinciones conceptuales necesarias como introducción a escenarios de uso y vigencia, implicaciones sociales, conductuales y afectivas que, en casos, pueden alcanzar niveles clínicos. Tal es, de hecho, el enfoque esencial en la agenda del presente artículo. Se examinarán perspectivas vivenciales y clínicas del término, precisiones y ambigüedades descriptivas, modelos de percepción médica o más específicamente- psicosocial y/o psiquiátrica, en el contexto de eventos críticos como una pandemia. La parte final intentará explorar perspectivas de manejo clínico y socio-ambiental de este complejo fenómeno.

Definiciones y significados de la Soledad

Más allá de la *definición etimológica* o de diccionario, citada arriba, se acepta que soledad entraña significados generales en el devenir humano de corte individual o social/colectivo y significados más específicos de tipo puramente emocional, como vivencia artística o como percepción filosófica para arribar, finalmente, a una conceptualización clínica (sintomática o sindrómica).

Una *perspectiva individual* y genérica de la soledad la sitúa y describe como un rasgo de personalidad en el rango de la normalidad, cualidad personal u ocupacional característica y adaptable a circunstancias diferentes o cambiantes en la vida del individuo que la porta.⁽⁸⁾ Tiene, por otro lado, implicaciones

sociales o colectivas, constituyéndose en rasgo evidente dentro de un contexto interpersonal, una condición de soledad grupal compartida y aceptada, útil en circunstancias determinadas como la introspección, la meditación o el “diálogo interno” que equivale casi a aceptar una condición de soledad.⁽⁹⁾ Vale la pena señalar aquí que no es lo mismo estar solo que sentirse solo: hay personas que pueden sentirse solas en medio de una multitud o de una reunión festiva y otras que podrían estar transitoriamente aisladas sin sentirse solitarias.

La experiencia de “estar solo” o “sentirse solo” entraña tres facetas de soledad, frecuentemente reportadas en la literatura, incluida aquella vinculada a las consecuencias sociales de la pandemia COVID-19:^(7,10) Social, vinculada a la falta de conexiones personales, i.e., amigos; emocional, caracterizada por el sentimiento de nostalgia ante la ausencia de relaciones estrechas (familiares, románticas, etc.); y existencial o soledad más profunda, percepción del *self* como desconectado de otros y del universo con sentimientos de vacío, alienación, abandono y hasta terror a morir. Por otro lado, y aún cuando menos estudiada, se acepta una forma diferente, espontánea y hasta positiva o gozosa de soledad: en inglés se le llama *solitude*, en tanto que en español, el concepto más cercano sería “retiro” o “contemplación”.

Para muchos autores, la soledad es característica fundamental en la vida de artistas, como fuente sustancial del *proceso creativo* que los impulsa. En efecto, la creatividad entraña elaboraciones propias, intransferibles y profundas en el quehacer de poetas, escritores, pintores, compositores, actores o escultores,^(11,12) requiriendo para ello el insumo de una soledad fructífera. Esta realidad ha conducido, por otra parte, a hacer de la soledad un tema de reflexión ontológica, concepciones y estudios intensos de antropólogos, filósofos existenciales y otros pensadores.⁽¹³⁾

En el terreno puramente *psicológico-emocional*, la soledad sobreviene al conjuro de vivencias dolorosas como la ausencia, la separación la pérdida o partida final de seres queridos⁽¹⁴⁾. Puede ser reacción muy sentida frente a experiencias de rechazo o marginación que hieren la necesidad universal de afiliación o pertenencia.⁽¹⁵⁾ Y cuando estas expectativas de interacción socio-afectiva se apartan de los confines de la normalidad para interiorizarse en *territorios clínicos*, la soledad se concibe como un estado subjetivo de malestar y sufrimiento, con crecientes dificultades intra- e interpersonales cuya persistencia genera síntomas o síndromes y la hacen parte de entidades clínicas definidas⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Según de Balzac, de todas las formas de soledad, la *soledad ética* es la más aterradora ya que incluye la soledad inherente a la libertad, la elección y la responsabilidad, así como a la formación de valores y el compromiso. Implica la formidable tarea moral de enfrentar la soledad en sus diversas formas y de convertirla en actitudes y acciones éticamente constructivas. Sartre afirma que el precio de la libertad es la soledad. Declara que la libertad “es un obsequio triste, de soledad y vergüenza”. Al descubrir que la libertad y la soledad

están inextricablemente vinculadas a lo largo de la vida, cada persona puede verse abandonada sin guías directrices de orden moral.⁽¹⁹⁾

Lo dicho, la conceptualización más abarcativa de soledad, la que puede servir como base y fondo de todas las demás formas, es de naturaleza *filosófica o metafísica*. En tal contexto, la soledad es “un estado de ánimo maestro”, una aprehensión omnipresente que flota libremente con respecto a la separación de uno con el mundo y su lugar en él. Denota una falta de solidaridad íntima/significativa con otros seres y habla de un anhelo entitativo-emocional por su plenitud y conectividad. Además, representa el entrelazamiento experiencial de las categorías últimas de la realidad, como el ser y el no ser, con sus contrapartes metapsíquicas, a saber, los sentimientos de integridad, plenitud y sustancialidad, en contraste con los de fragmentación, vacío y/o fragilidad.⁽¹⁹⁾ Así, la soledad es soberana *a priori*, es un principio absoluto, universal y necesario, es el prisma por el cual percibimos y evaluamos la realidad, aunque, por regla general, podemos no ser conscientes de su vigencia.

Las causas de la soledad metafísica están arraigadas, en última instancia, en los principios de individualización (concebidos como de naturaleza física, mental y/o espiritual) que producen la separación de los seres, un hecho que puede originar el intenso anhelo de una congruencia más íntima con los demás. De hecho, se ha afirmado que todos los actos de conciencia y conducta están inevitablemente motivados por el deseo de escapar o evadir la soledad.

Consideraciones clínicas

Todas las formas de soledad, especialmente cuando son intensas e inveteradas, obstaculizan la comunicación. Cada forma de soledad contiene barreras generales y específicas a la comunicación de su naturaleza, causas, mensajes o algún otro aspecto de su composición. Los impedimentos para dicha comunicación pueden ser legiones, pero generalmente incluyen el dolor y la humillación que implica revelar la soledad propia, particularmente en culturas donde la soledad es estigmatizada como inherente a seres débiles, solitarios y perdedores. Como cualquier sufrimiento abyecto, la soledad es propensa a debilitar antes que mejorar o fortalecer las capacidades comunicativas propias⁽¹⁹⁾.

Consubstancial con la existencia humana, universal y multicausal, la soledad afecta todos los grupos etarios y socio-económicos, con mayor incidencia en jóvenes, ancianos y grupos deprivados, característica que la convierte en decisivo determinante social de salud y salud mental⁽²⁰⁾. Los efectos clínicos de la soledad se deben a la interacción de tres factores: a) Nivel de vulnerabilidad frente a la desconexión social; b) Habilidad o capacidad de autorregulación de emociones asociadas; c) Procesamientos de la llamada cognición social o capacidad de comprensión y manejo de la “otredad” (los otros)^(20,21).

Los indicadores clave de salud mental afectados por la soledad reflejan cuestionamientos de la identidad personal (¿Quién soy?, ¿Qué soy?, ¿Cómo he llegado a ser lo que soy?, etc.), la forja y evolución de autoestima y autoimagen, el rol de la persona como componente del “capital social”⁽²²⁾ y la percepción por parte de otros (¿Cómo me ven?, ¿Cuáles son mis virtudes y mis defectos?), niveles de relación social (de desconocimiento, indiferencia o frialdad a amistad profunda), etc.^(23,24)

La soledad se traduce en una serie de síntomas clínicos, es decir manifestaciones detectables o diagnosticables en entidades como depresión, ansiedad, estrés post-traumático, trastornos de personalidad y psicosis.^(17,25) A nivel colectivo y particularmente en grupos jóvenes el aislamiento social inicial puede conducir a autocrítica severa, percepción de excesiva presión grupal, pesimismo, confusión, desesperación y pánico⁽²⁶⁾. La cobertura y el estudio integral de estas experiencias más o menos subjetivas abre las puertas de otro fenómeno de poderoso impacto: la desmoralización.⁽²⁷⁾

Este complejo escenario clínico incluye además componentes genéticos y manifestaciones endocrinas, inmunológicas, cardiovasculares, digestivas o neurológicas.⁽²⁸⁾ Estudios fisiológicos, farmacológicos y neuro-imagenológicos han contribuido a la delineación del rol del llamado “cerebro social” que a través del “túnel de la vulnerabilidad” refleja funciones de compartimiento y conexión de sectores del lóbulo frontal, el cíngulo anterior y otras estructuras.⁽²⁹⁾

La Soledad en el mundo contemporáneo

La soledad ha sido llamada una “epidemia silenciosa” que, cuando intensa y prolongada afecta la calidad de vida, “fragiliza” al ser humano y puede acortar su existencia en proporción semejante al tabaquismo y más que la obesidad o el sedentarismo.⁽³⁰⁾ La relevancia de factores sociales en lo que podría denominarse la patogenia de la soledad es un elemento importante en su estudio contemporáneo, dominado en las últimas décadas por la “digitalización de la cultura”⁽³¹⁾, es decir el régimen sustancialmente orwelliano⁽³²⁾ de la tecnología, las computadoras y otras maquinarias regidas hoy por la inteligencia artificial (IA) e instrumentadas de manera universal por las redes sociales.

Una interrogante clave en relación a este proceso sería: ¿Constituyen las redes sociales un elemento sólido y duradero de auténtica vinculación interpersonal e interhumana, de amistad real y genuina? Y hay otra pregunta subsecuente, más directa, paradójica y compleja: ¿Existe acaso una relación entre la intensa vigencia de las redes sociales y la soledad en aumento?

Como es de esperarse, las respuestas son dilemáticas, incompletas y hasta antagonicas y pueden depender, en parte, de la existencia histórica de dos tipos de culturas y/o socieda-

dades cuyos nombres se explican por sí mismos y presiden claramente el tenor de las respuestas: egocéntricas o individualistas y sociocéntricas o colectivistas.⁽³³⁾ Complican más aún el panorama los cambios inducidos por dos fenómenos típicamente contemporáneos: el avance tecnológico *per se* y las migraciones globales, internas y externas que han truncado la faz poblacional del planeta.⁽³⁴⁾

La tesis esencial de las respuestas es, entonces, controversial y negativa. La tecnología y su producto (¿o es acaso, subproducto?), las redes sociales, no son un instrumento efectivo de vinculación humana y generan más bien, particularmente entre jóvenes, un proceso de acercamiento artificial, de superficialidad, irrelevancia e inautenticidad, de despersonalización o impersonalización.⁽³⁵⁾ No nos referimos, por cierto, a la totalidad de participantes en redes sociales, sino a un sector prominente que las utiliza, tal vez sin reparar en ello, como herramienta-vocero de alienaciones y de una gradual pero poderosa distorsión teleológica, quiebra de valores que confiere significados vacíos, identidades erróneas y un distanciamiento intergeneracional dañino y -valga repetir el término- alienante.

El resultado de este proceso es pues el de un pseudo-diálogo, una serie de intercambios ligeros, fríos, repetitivos e inconducentes. En no pocos casos, la reflexión de que “algo no funciona bien”, de que a pesar del rasgo “social” de las redes, el contacto auténticamente interpersonal va perdiendo fuerza, vigor y valor, lleva a un monólogo que es preludio de una soledad incierta y desmoralizante.⁽³⁶⁾

Manejo de la Soledad

En tanto que fenómeno clínico, la soledad ha venido siendo objeto de creciente interés debido a su intenso impacto emocional y a su rol en el diagnóstico y pronóstico de los casos de que forma parte. Una evaluación integral no solo contribuye a identificarla como dato nosológico sino a asignarle una comprensión a veces causal, otras contextual y, siempre, terapéutica. Es importante recalcar que no hay manejo psicofarmacológico específico de la soledad y, por lo tanto, el enfoque psicoterapéutico es el dominante.

Psicoterapias de tipo individual, grupal, familiar y social pueden y deben ser utilizadas. Técnicas tales como Mentalización (*o Mindfulness*), terapia cognitivo-conductual, focalizada en la transferencia, reflexiones metacognitivas y otras^(37,39) han probado su efectividad. El “acompañamiento terapéutico” a personas y pacientes con soledad marcada implica énfasis en acciones e interacciones característicamente sociales, respeto declarado y cultivo de modalidades de diálogo a través de movilizaciones grupales (i.e., organizaciones vecinales, instituciones socio-comunitarias o religiosas), búsqueda de identidades individual y colectiva, estímulos artísticos y el uso ocasional de una confrontación medida.^(40,41) Todos estos enfoques conducen al fomento,

establecimiento y reforzamiento sistemático de la esperanza como elemento terapéutico fundamental.⁽⁴²⁾

Discusión

La soledad como experiencia individual, fenómeno socio-cultural y hallazgo clínico es realidad innegable. Depende de una multitud de factores cuyo estudio cuidadoso y profundo resulta indispensable para el alivio de su impacto global y, particularmente, emocional en individuos y comunidades de todo orden⁽¹⁹⁾. La salud mental de los afectados por la soledad a lo largo del mundo es foco de atención por parte de organizaciones profesionales nacionales e internacionales.^(3,17,43)

Se considera a la soledad como uno de los más recientemente reconocidos y formalmente incorporados Determinantes Sociales de Salud y Salud Mental.^(20-22,44) El refuerzo mutuo de estos factores (inequidades sociales, pobreza, violencia, corrupción, etc.) conduce, a su vez, a realidades penosas como indiferencia, demagogia, discriminación o estigma.⁽⁴⁵⁾ El impacto de la pandemia por COVID-19 sobre diversos aspectos de la salud mental de la población mundial tuvo tal vez a la soledad como su punto de partida: una soledad “acompañada” y, por lo mismo, mucho más dolorosa porque intensificó distanciamientos afectivos negados o poco reconocidos al interior de familias ahora reclusas por el temor colectivo al contagio viral, cultivó autorreflexiones reveladoras o precipitó características premórbidas afectivo-cognitivas o de rasgos anormales de personalidad.⁽¹⁰⁾

Pero no solamente son fenómenos masivos como una pandemia los que hacen explícita la vigencia de la soledad y sus efectos patogénicos en la salud tanto física como mental. En todo momento, y más aún en la realidad de este Siglo XXI, el riesgo de experiencias negativas o mórbidas de soledad (aún aquéllas de tipo paradójico como las debidas al diálogo “vacío” de muchas redes sociales, o las vividas por grupos migrantes masivos en diversas partes del globo) es más intenso y desafiante.⁽⁴⁶⁾

El rol de las redes sociales es tema de amplios y conflictivos debates. Convertidas en casi el único medio de comunicación durante la cuarentena de la pandemia COVID-19, no solo no cumplieron una función compensatoria o alivante, sino que develaron y acentuaron rasgos desadaptativos de muchos usuarios.^(5,10,47,48) Por otro lado, la existencia y conducción eficientes de programas generales y específicos de salud mental, orientados al manejo competente de la soledad y sus trastornos, implica un complejo set de intervenciones psicoterapéuticas. El manejo clínico individual y/o grupal permite redescubrir en muchos casos la esencia de la solidaridad, el apoyo emocional, el valor de amistades auténticas e incluso la autopercepción, tal vez hasta entonces poco reconocida y/o escasamente utilizada, de reciedumbre emocional.

Referencias bibliográficas

1. **Robbins P, Aydede M.** The Cambridge Handbook of Situated Cognition. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2009.
2. **Mund M, Freuding MM, Mobius K, Horn N, Neyer FJ.** The stability and change of loneliness across the life span: A meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Review*, 2019;24(1):24-52. <https://doi.org/10.1177/1088868319850738>.
3. **Cacioppo JT, Patrick W.** Loneliness. Human nature and the need for social connection. New York, NY: WW Norton, 2008.
4. **Peplau LA, Perlman D.** Perspectives on Loneliness. En: LA Peplau & D. Perlman (Eds.): Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York, NY: Wiley, 1982:1-18.
5. **Holt-Lunstad J.** A pandemic of social isolation? *World Psychiatry*, 2021;20(1):55-56. <https://doi.org/10.1002/wps.20839>.
6. **Dahlberg L, McKee KJ.** Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & Ment Health*, 2014;18(4):504-514. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863>.
7. **Weiss RS.** Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: The MIT Press, 1973.
8. **Ost Mor S, Palgi Y, Segel-Karpas D.** The definition and categories of positive solitude: older and younger adults' perspectives on spending time by themselves. *Int J Aging & Human Development*, 2020;93(4):943-962. <https://doi.org/10.1177/0091415020957379>.
9. **DiTommaso E, Spinner B.** Social and emotional loneliness: A re-examination of Weiss' typology of loneliness. *Pers & Individ Differences*, 1977;22(3):417-427. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(96\)00204-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(96)00204-8).
10. **Leary T, Asbury K.** Alone in the COVID-19 lockdown: An exploratory study. *Anal Soc Issues Public Policy*, 2022;1:1-23. doi: 10.1111/asap.12317.
11. **Jamison KR.** Touched with fire. New York, NY: Free Press, 1996:384.
12. **Alarcón RD.** Arte y Psicopatología: Reflexiones sobre las dimensiones clínicas de la Creatividad. Conferencia, Academia Nacional de Medicina, Perú, Lima, Julio 20, 2024.
13. **Wilber K.** La pura conciencia del ser. Barcelona: Kairós, 2006.
14. **Nguyen T V-T, Ryan RM, Deci EJ.** Solitudes as an approach to affective self-regulation. *Pers & Soc Psychol Bull*, 2018; 44(1):92-106. <https://doi.org/10.1177/0146167217733073>.
15. **Williams KD.** Ostracism: The power of silence. New York, NY: Guilford Press, 001.
16. **Cacioppo JT, Ernst JM, Burleson MH, McClintock MK, WB Malarkey et al.** Lonely traits and concomitant physiological processes. The McArthur social neuroscience studies. *Int J Psychophysiology*, 2000;35:143-154.
17. **Van Winkel M, Wichers M, Collip D, Jackson N, Derom C et al.** Unraveling the role of loneliness in depression: the relationship between daily life experience and behavior. *Psychiatry*, 2017;80(2):104-117. <https://doi.org/10.1080/0032747.2016.1256143>.
18. **Singer T, Lamm C.** The social neuroscience of empathy. *Ann NY Acad Science*, 2009;1156:81-96.
19. **McGrow JG.** Loneliness, its nature and formation: An existential perspective. *Man & World*, 1995;28:43-64.
20. **Alarcón RD.** Determinantes Sociales de la Salud Mental: Retórica, realidades y Esperanzas. Conferencia, Ceremonia central por el Aniversario del Instituto Nacional de Salud Mental del Perú. Lima, Junio 14, 2024.
21. **Haslam SA, Haslam C, Jettson J, Cruwys T, Bentley SV.** Rethinking the nature of the person at the heart of the biopsychosocial model: Exploring social changeways not just personal pathways. *Soc Sci Med*, 2021;272:113566. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113566.
22. **Gabbard GO, Kay J.** The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *Am J Psychiatry*, 2001;158:1956-1963.
23. **Barcia Salorio D, Mediavilla Ruiz JL. (Eds.)** Conciencia Histórica de la Psiquiatría. 8ª. Ed. Madrid, España: HiFer Editor, DELIREMA.30. Fundación Española de Salud Mental, 2018:162.
24. **Shidhaye R, Lund C, Chisholm D.** Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. *Int J Ment Health Syst*, 2015;9:40.
25. **Wang K, Frison E, Eggermont S, Vandenbosch L.** Active public Facebook use and adolescents' feelings of loneliness: evidence for a curvilinear relationship. *J of Adolescence*, 2018; 67: 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.008>.
26. **Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford LE, Ernst JM, Buleson MH et al.** Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosom Med*, 2002; 64: 407-417.
27. **de Figueiredo JM, Gostoli S.** Culture and Demoralization in Psychotherapy. En: Cultural Psychiatry (RD Alarcón, Ed.). Basel, Switzerland: Karger Eds., 2013:75-87.
28. **McHugh PR, Slavney PR.** The perspectives of Psychiatry, 2nd ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1998.
29. **Goldstein-Piekarski AN, Korgaonkar MS, Green E. et al.** Human amygdala engagement moderated by early life stress exposure is a biobehavioral target for predicting recovery on antidepressants. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2016;113:11955-11960.
30. **van Tilburg TG.** Social, emotional and existential loneliness: A test of the multidimensional concept. *The Gerontologist*, 2020. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa082>
31. **Stepanikova I, Nie NH, He X.** Time on the Internet at home, loneliness and life satisfaction: Evidence from panel time-diary data. *Computers in Human Behav*, 2010;26(3):329-338. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.11.002>
32. **Nowland R, Necka EA, Cacioppo JT.** Loneliness and social Internet use: Pathways to reconnection in a digital world? *Persp Psychol Science*, 2018;13(1):70-87. <https://doi.org/10.1177/1745691617713052>.
33. **Turkle S.** Alone together: Why we expect more from technology and less from each other. New York, NY: Basic Books, 2011.
34. **Stiglitz J.** Globalization and its discontents. London, UK: Penguin Books, 2002.
35. **Chorost M.** World Wide mind: The coming integration of humanity, machines and the Internet. New York, NY: Free Prss, 2011.
36. **McNeely IF, Wolverson L.** Reinventing Knowledge: From Alexandria to the Internet. New York, NY: Norton Ed., 2010.
37. **World Health Organization.** Psychological interventions

- implementation manual: Integrating evidence-based psychological interventions into existing services. 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240087149>.
38. **Plakun EM.** Psychotherapy and psychosocial treatment: recent advances and future directions. *Psychiatr Clin North Am*, 2015; 38:405-418. doi:10.1016/j.psc.2015.05.012.
 39. **Alarcón RD.** Cultura y Salud Mental: Postulados y alcances multidisciplinares e integradores. Conferencia Inaugural (Via Zoom), Curso de Doctorado en Psicoterapia, Universidad de Chile y Universidad Católica. Agosto 6, 2024
 40. **Berzoff J, Glanagan LM, Hertz P. (Eds.)**. Inside Out and Outside In. *Psychodynamic Clinical Theory and Psychopathology in contemporary multicultural contexts* (2nd. Ed.). Lanham, UK: Jason Aronson, 2007.
 41. **Mishne J.** Multiculturalism and the therapeutic process. New York, NY: Guilford Press, 2002.
 42. **Alarcón RD, Frank JB (Eds.)**. The Psychotherapy of Hope. The legacy of Persuasion and Healing. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2012.
 43. **Dattilo J.** How to reduce loneliness: Meaningful activities can improve health, well-being. Pennsylvania State University Health and Medicine News, April 6, 2022.
 44. **Alegría M, Atkins M, Farmer E, Slaton E, Stelk W.** One size does not fit all: Taking diversity, culture and context seriously. *Admin Policy Men Health*, 2010;37:48-60.
 45. **Insel TR.** Healing: Our path from mental illness to mental health. New York, NY: Penguin Press, 2022:306.
 46. **Bekalu MA, McCloud RF & Viswanath K.** Association of social media use with social well-being, positive mental health, and self-rated health: disentangling routine use from emotional connection to use. *Health Educ & Behv*, 2019;46(2):69-80. <https://doi.org/10.1177/1090198119863768>.
 47. **Labrague LJ, De los Santos JAA, Falguera CC.** Social and emotional loneliness among college students during the COVID-19 pandemic: The predictive role of coping behaviors, social support and personal resilience. *Persp Psychiatr Care*, 2021. <https://doi.org/10.1111/ppc.12721>.
 48. **Office for National Statistics.** Coronavirus and loneliness. **Great Britain: April-May 2020.** <https://www.onw.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/bulletins/coronavirusandlonelinessgreatbritain/3aprilto3may2020#who-is-feeling-lonely>.

Contribución de autoría: Los autores han participado en la concepción del artículo, su redacción y aprobación de la versión final.

Conflicto de interés: Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

Financiamiento: Autofinanciado.

Citar como: Alarcón-Guzmán RD, Matos-Retamozo L. Soledad y Salud Mental: Precisiones y ambigüedades sociales y clínicas (con énfasis en periodos de crisis). *Diagnóstico (Lima)*. 2024;63(4):230-235.

DOI: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i4.557>

Autor correspondiente: Renato D. Alarcón Guzmán.

Correo electrónico: alarcon.renato@mayo.edu

DIAGNÓSTICO

Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue

Invitamos a los interesados en publicar artículos a remitirlos, de acuerdo a nuestras Normas de Publicación que pueden ser revisadas en nuestra página web:

<https://revistadiagnostico.fihu.org.pe>

Autores - Normas para autores

CORREO ELECTRÓNICO:

fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe