



Aislamiento social amenaza adultos mayores Chile

Gastón Gaete Coddou, Geógrafo
Académico Universidad Playa Ancha

La soledad y el aislamiento social en las personas mayores representan una crisis silenciosa en nuestro país. Con casi el 20% de la población chilena superando los 60 años -cifra que alcanzará el 32% en 2050-, estos fenómenos no son meras experiencias emocionales: son factores de riesgo para la salud pública que requieren atención urgente.

En relación a lo indicado, un reciente estudio del investigador chileno Pedro Olivares Tirado sobre adultos mayores chilenos reveló cifras alarmantes: el 30,4% experimenta aislamiento social y el 23,4% reporta sentimientos de soledad (Olivares-Tirado, 2026). La investigación demuestra que la soledad no es simplemente una consecuencia del aislamiento social, sino que actúa como «un mediador importante» en la relación entre el aislamiento y el deterioro de la salud auto percibida.

Para comprender la magnitud del problema, debemos distinguir ambos conceptos. El aislamiento social es objetivo: refleja la ausencia de roles, relaciones o interacciones sociales. La soledad, en cambio, es subjetiva: un «estado emocional negativo que surge cuando las expectativas de conexión social de una persona difieren de sus experiencias reales» (Russell et al., 1980). Una persona puede estar físicamente sola sin sentirse aislada, o estar rodeada de gente y sentirse profundamente sola.

Chile enfrenta esta problemática en un contexto particularmente complejo. La generación nacida aproximadamente entre 1946 y 1964 (baby boomers), protagonista de transformaciones sociales, políticas y económicas profundas, ahora confronta «desafíos como pérdida de identidad tras la jubilación,

prejuicios relacionados con la edad y desconexión de la vida familiar debido a familias dispersas» (Leach et al., 2008; Lin & Brown, 2012; Lissitsa et al., 2021). Las altas tasas de divorcio llevan a muchos a vivir solos, aumentando el riesgo de desconexión social.

Las consecuencias para la salud son devastadoras. Ambas condiciones están vinculadas a «desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA) y del sistema nervioso simpático» (McPherson et al., 2006; Uchino, 2006; Steptoe & Kivimäki, 2013; Cacioppo et al., 2015; Xia & Li, 2018; Cudjoe et al., 2022; Warren, 2025), provocando cambios neuroendocrinos, disfunción inmune, estrés oxidativo, trastornos del sueño, deterioro cognitivo y desregulación emocional. En términos prácticos, esto se traduce en mayor riesgo de depresión, enfermedades cardiovasculares, demencia y mortalidad prematura.

El análisis de mediación realizado en 6.755 personas reveló que aproximadamente el 36% del efecto del aislamiento social sobre la salud percibida se canaliza indirectamente a través de la soledad. Esto significa que el aislamiento no solo afecta directamente la salud, sino que gran parte de su impacto opera a través del sufrimiento psicológico de sentirse solo. Este hallazgo tiene implicaciones cruciales para las políticas públicas: no basta con crear oportunidades de socialización; debemos abordar también la experiencia subjetiva de soledad.

La situación se agrava por disparidades sociales. Los datos muestran que el riesgo de desconexión social aumenta con la edad, menores niveles educativos y posiciones económicas más bajas. Las mujeres reportan más soledad, mientras que los hombres expe-

rimentan mayor aislamiento social. Mientras tanto, en comunidades indígenas rurales, las tasas de soledad superan el 55% en algunos grupos étnicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado la década 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable, instando a los países a proporcionar «atención adecuada en salud y social para abordar capacidades físicas, mentales y de participación comunitaria que contribuyan a un envejecimiento saludable» (UN, 2020, 2022; WHO, 2020a), situación a la que Chile debe responder con urgencia.

Las intervenciones deben ser multidimensionales. Primero, identificar tempranamente a adultos mayores en riesgo mediante evaluaciones sistemáticas en atención primaria. Segundo, implementar programas comunitarios que «enfaticen el apoyo entre pares, actividades grupales y tecnologías de bajo costo». Tercero, combatir la discriminación por edad que marginaliza a las personas mayores. Cuarto, fortalecer redes de protección social que mitiguen el impacto de la jubilación, viudez o dispersión familiar.

La evidencia es clara: las «conexiones sociales sólidas y el compromiso comunitario contribuyen significativamente a la salud y bienestar de los adultos mayores» (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020; Kim & Park, 2025). No podemos permitir que un tercio de nuestra población mayor viva desconectada y olvidada.

El costo humano y económico es demasiado alto. Como sociedad, debemos reconocer que el envejecimiento digno no es un privilegio, sino un derecho fundamental que exige acción inmediata.