

VIVEK H. MURTHY

Juntos

El poder
de la conexión humana



«Un libro fantástico, imprescindible en los tiempos que corren. (...) Murthy ha escrito una obra maestra para demostrar que, ni siquiera en la era digital, nada puede sustituir a las auténticas conexiones humanas.»

Ben Silberman, cofundador y CEO de Pinterest

CRÍTICA

Vivek H. Murthy

JUNTOS

El poder de la conexión humana

Traducción castellana de

Gonzalo García

ARES y MARES

Primera edición: enero de 2021

Juntos. El poder de la conexión humana
Vivek H. Murthy

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

Título original: *Together. The Healing Power of Human Connection in a Sometimes Lonely World*

© Vivek Murthy, 2020

© de la traducción, Gonzalo García, 2021

© Editorial Planeta, S. A., 2021
Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)
Crítica es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

editorial@ed-critica.es
www.ed-critica.es

ISBN: 978-84-9199-263-9
Depósito legal: B. 20.065-2020
2021. Impreso y encuadernado en España por Liberdúplex S. L.

El papel utilizado para la impresión de este libro está calificado como papel ecológico y procede de bosques gestionados de manera sostenible.

1

ANTE NUESTROS OJOS

En mi vida he llegado a la convicción absoluta de que la soledad, lejos de ser un fenómeno raro y curioso, peculiar de uno mismo y otros pocos hombres solitarios, es el hecho central e inevitable de la existencia humana.

THOMAS WOLFE, *God's Lonely Man*

Mi primer día como médico empezó una soleada mañana de junio en la que atravesé las puertas del hospital Brigham and Women's, en Boston. Llevaba la bata blanca bien planchada, mi mejor camisa y una corbata. Sonreí a los guardias de seguridad y al personal con el que me crucé. Para ellos era un día cualquiera en un hospital urbano ajetreteado; para mí, un día que recordaría el resto de la vida.

Tenía la cabeza repleta de los hechos y anécdotas médicas que había aprendido en la universidad. Los bolsillos estaban a rebosar de útiles como un estetoscopio, un oftalmoscopio, un diapasón, un martillo de reflejos, el manual *Medicina de bolsillo*, tres bolígrafos negros, fichas en blanco para apuntar los detalles de los pacientes, una lista con los teléfonos de los principales servicios del hospital, tarjetas plastificadas con los algoritmos necesarios para lo que hiciera falta, desde la reanimación cardíaca al tratamiento de la cetoacidosis diabética. Pero en ninguna de esas tarjetas o manuales se mencionaba el padecimiento más común entre mis pacientes.

En los días posteriores, mientras hacíamos la ronda de habitaciones con mi equipo de residentes y de médicos titulares, centré mi atención en acertar con los diagnósticos y la prescripción de medicamentos, tratamientos y pruebas. Hubo momentos de agobio, sin duda, pero con el paso de los meses me fui sintiendo más cómodo en la gestión tanto de enfermedades comunes como la diabetes o el cáncer, como de otras inusuales que solo había visto en los libros. A medida que emprendía el lento ascenso por la pronunciada curva de aprendizaje de la formación médica, empecé a prestar atención igualmente a otros aspectos de las personas a las que atendía, incluida su vida social... o la ausencia de esta.

Algunos pacientes siempre tenían alguna visita en la habitación, que los acompañaba en un entorno extraño, como es el hospitalario. Si el caso empeoraba o, sencillamente, se acercaban al final de la vida, tenían un séquito de familiares y amigos que acudían a estar con ellos, a veces desde muy lejos, y explicaban a los médicos y al personal del hospital cuánto aprecio sentían por la persona enferma. Pero otros pacientes podían pasar días e incluso semanas sin recibir una visita o al menos una llamada de teléfono; sin que nadie del exterior se interesara por cómo les iba. Algunos morían en soledad, sin más testigos de sus últimos momentos que mis colegas del hospital y yo.

No me llamó la atención tan solo la presencia o ausencia física de amigos y familiares, sino también lo que podría calificarse de hambre de compañía, evidente en muchos de los hombres y mujeres que atravesaban las puertas de nuestro hospital. Mientras que muchos pacientes estaban ansiosos por abandonar nuestra custodia y reanudar la vida, una minoría nada desdeñable apreciaba al personal médico como un oído amigable al que llevaban tiempo echando en falta. Compartían largas historias de su vida con cualquiera que se mostrara dispuesto a prestar atención a su existencia. A menudo me tuve que debatir entre el deseo de seguir acompañando a esos pacientes y la conciencia de que había otros muchos pacientes esperando.

Como médico, yo me centraba en la medicina. Las cuestiones sociales podían resultar desgarradoras, pero parecían hallarse fuera del ámbito de mi profesión. Un paciente llamado James me enseñó hasta qué punto me estaba equivocando.

Solo tuve oportunidad de ver a James una vez, la tarde en la que entró en nuestra clínica a pedir ayuda para la diabetes y la hipertensión; pero aquel día, este caballero de mediana edad me enseñó una lección tan profunda como inolvidable sobre la soledad y la conexión.

James era un hombre fornido, de pelo castaño y una piel rojiza y curtida que exhibía las huellas de los muchos inviernos que había pasado en Nueva Inglaterra. Su rostro expresaba una sombría frustración, relacionada —supuse— con los problemas de salud que vi apuntados en sus papeles.

—Me alegra saludarle. ¿En qué le puedo ayudar? —le dije.

James describió las dificultades que le suponía lidiar con la diabetes, la tensión alta, el exceso de peso y el estrés que todo ello solía representar. Se le veía cansado. Sus gestos eran apáticos, lánguidos. Parecía derrotado por la vida.

De pronto soltó algo que, en aquellas circunstancias, me pareció que no venía a cuento.

—Ganar la lotería ha sido lo peor que me ha pasado nunca.

—¿¡En serio!? —Mi voz no pudo ocultar la sorpresa—. ¿Y eso...?

En respuesta a mi invitación, James se arrancó a contar toda su historia. Había sido muy literal: había ganado la lotería de verdad. Antes había sido panadero, me dijo. Era un buen panadero, de talento, apreciado por sus clientes. Disfrutaba con el trabajo y se complacía al comprobar que lo que preparaba despertaba en la gente felicidad y placer. No tenía pareja, pero sí una comunidad de personas que le caían bien. Eran los trabajadores con los que compartía la panadería, así que nunca se sentía solo. Cuando ganó la lotería, todo cambió.

De pronto era «rico» y pensó que debía «ascender» en la vida. A partir de los mensajes que había absorbido a través de la televisión, las películas, los anuncios y otros medios culturales, decidió entrar en el mundo del lujo y el ocio. Daba por sentado que esto le daría más felicidad que acumular horas en el horno. Era como si su nueva condición le obligara a convertirse en una persona diferente.

James dejó el trabajo y se desplazó a un barrio de categoría, en una vecindad costera. Allí, con todas las necesidades cubiertas e ingresos constantes, vivía una vida proverbialmente de sueño. No se

sentía realizado, sino triste y abatido. Si antes había sido un hombre simpático, divertido y sociable, ahora estaba cada vez más retraído, aislado y enfadado. Ganó peso y, con el tiempo, le diagnosticaron la diabetes y la hipertensión que le habían traído al hospital. En vez de compartir el tiempo con los compañeros de la panadería y los clientes habituales, iba de consulta en consulta o se encontraba sentado en casa, solo.

James comprendió demasiado tarde que había cometido un error terrible al hacer lo que le parecía que debía hacer un ganador de la lotería, en vez de escuchar la voz de su propio corazón: «Dejé a mis amigos, y un trabajo que me gustaba, y me mudé a un barrio en el que la gente se queda en sus casas gigantescas sin mantener contacto con los demás. Es solitario».

La experiencia de James fue un ejemplo de cómo lo que parecemos valorar más en la sociedad moderna —la condición propia comparada con la de los demás, la riqueza, los logros, la fama— no es ninguna garantía de felicidad. Con más dinero podemos adquirir más privacidad, vivir en fincas muy bien aisladas, incluso viajar de forma exclusiva en un yate o un avión propios. Aunque todos estos privilegios tienen su atractivo, quizá ocultan un coste desde el punto de vista humano. Si no llevamos cuidado, tal clase de éxito puede conducirnos a una vida que nos resultará cada vez más solitaria, por el incremento de la distancia entre uno y los demás.

Si James lograba encontrar la forma de escapar de su jaula de oro y consolidar el contacto humano, pensaba yo, su salud experimentaría una clara mejora. Era probable que se mostrara más activo y comprometido, que fuera más feliz, más acorde con su propia forma de ser. A fin de cuentas, antes de ganar la lotería había gozado de una comunidad y de conexiones. Pero esto significaba rebelarse contra las ideas típicas del éxito, pasaba por redefinir sus propias ambiciones en un contexto social antes que económico. Al parecer él mismo lo entendía así, pero el proceso de cambio se antojaba abrumador, más aún en aquellos momentos en los que estaba aquejado de problemas de salud. Yo, que era su médico, ¿cómo le podía ayudar?

En la única visita en la que le atendí hice lo que pude. Escuché a

James con toda mi atención y le planteé algunas preguntas. Le recomendé ajustar las dosis de los medicamentos para la diabetes y la hipertensión, para que se situaran en niveles más favorables. Y le ofrecí derivarle al trabajador social de nuestro hospital, que quizá podría ayudarle a establecer contactos en su comunidad. Pero más allá de esto, sinceramente, no tenía ni idea de cómo abordar la soledad que parecía ser el motor de sus problemas médicos. Hoy aún me entristezco al pensar en cómo me enfrenté a esta cuestión, pero, como médico novato, a mí James me enseñó bastante más de lo que yo le supe aportar a él.

Mi formación médica no me había preparado para reconocer el impacto de la conexión humana sobre la salud ni, desde luego, me había proporcionado herramientas con las que ayudar a los pacientes que se enfrentaban con la soledad. Por el contrario, esa formación se había centrado casi por entero en la materialidad del cuerpo. Si en clase se había tratado de las emociones, era antes que nada en el contexto de la gestión de enfermedades psiquiátricas como la depresión, o el de crear una relación de confianza entre médico y paciente de forma que este se sintiera cómodo a la hora de participar en el proceso de curación.

Esto, no se puede decir de otro modo, era insuficiente cuando uno trataba con pacientes como una joven a la que atendí. Adolecía de una infección bacteriana en una válvula del corazón, relacionada con el consumo de drogas intravenosas. Le podía dar consejos sobre los riesgos que entrañaría seguir recurriendo a la droga intravenosa y qué precauciones debía adoptar en adelante. Sabía cómo formular la complejidad de las vías de tratamiento, los ciclos de antibióticos y la distribución temporal de los estudios de imagen para el seguimiento. Sabía transmitirle mi empatía ante la tensión y el desgaste emocional derivados de una enfermedad grave; sabía escucharla, a ella y su familia, cuando me contaban sus preocupaciones. Todo esto era muy importante, pero no alcanzaba a abordar una necesidad crucial: su vida necesitaba de contactos más sanos. Las relaciones de la joven, así la como la ausencia de ellas, eran un factor importante tanto en primer lugar como causa de la adicción, como en segundo lugar a la hora de determinar si recaería o no en el consumo de drogas. Nunca se me había formado para asesorar

sobre la soledad, o enfrentarme a ella; y ahora, cuando la tenía delante, no sabía por dónde empezar.

No siempre la peor soledad es la de estar a solas

Pero, de hecho, ¿qué es la soledad? La pregunta aparenta ser muy simple, pero cuando el tema se examina de cerca cobra una inesperada complejidad.

Muchas personas conciben la soledad como *aislamiento*, pero entre los dos conceptos hay diferencias sustanciales. La soledad es la sensación subjetiva de carecer de los contactos sociales que necesitamos. Se asemeja a sentirse desamparado, abandonado, apartado de la gente con la que nos sentimos bien; no es incompatible con estar rodeado por otra clase de personas. Cuando nos sentimos solos echamos de menos las sensaciones de proximidad, confianza, el afecto de amigos de verdad, los seres queridos, la comunidad.

Diversos estudios han identificado tres «dimensiones» de la soledad, reflejo del tipo concreto de relaciones del que se carece.^{1,2,3} La soledad *íntima* o emocional entraña el deseo de contar con una persona muy próxima, con la que nos podemos sincerar, con quien compartimos un lazo mutuo y profundo de confianza y afecto. La soledad *relacional* o social es el anhelo de disponer de buenos amigos, de compañía y respaldo social. La soledad *colectiva* es el ansia por tener una red o una comunidad de personas que compartan los mismos propósitos e intereses. Estas tres dimensiones combinadas reflejan toda la diversidad de contactos sociales de calidad que el ser humano necesita para prosperar. La ausencia de relaciones en cualquiera de estas dimensiones nos puede hacer sentir solos. Esto ayuda a explicar, por ejemplo, por qué quizá estemos casados con una persona que nos apoya, pero aun así podemos sentirnos solos si hay ausencia de amigos y comunidad.

Como el nivel de conexión social que cada cual requiere es distinto, es imposible decir cuántos amigos se necesitan para impedir la soledad. El nivel no solo es variable a lo largo de la vida, sino que además depende de la personalidad. Las personas más extravertidas tienden a desear

más el contacto humano y la actividad social, pues el trabajo en red con extraños les proporciona energía. En cambio, las más introvertidas necesitan más tiempo para sí mismas y una interacción excesiva las cansa, de modo que prefieren una socialización con grupos más pequeños, o una sola persona. Ahora bien, tanto los introvertidos como los extravertidos pueden experimentar la soledad y ambos necesitan relaciones fuertes para gozar de un sentimiento de pertenencia y la seguridad que esto transmite. Lo más importante no suele ser la cantidad o la frecuencia del contacto social, sino la calidad de nuestras conexiones y las sensaciones que estas nos despiertan.

A diferencia de la sensación de soledad, que es subjetiva, el aislamiento describe un estado material objetivo: encontrarse a solas, sin trato con otras personas. El aislamiento se considera un factor de riesgo de la soledad por la razón evidente de que, si uno raramente interactúa con los demás, es más probable que se sienta solo. Pero la materialidad de hallarse a solas no se traduce necesariamente en la experiencia emocional de la soledad. Muchos de nosotros pasamos largos períodos de tiempo a solas en los que estamos tan absortos en el trabajo o en nuestras actividades creativas que en ningún caso nos sentimos solos. Por otro lado, podemos sentirnos solos, sentir la soledad *emocional*, aun estando rodeados de otras personas. La soledad se define por no sentirse interiormente confortado.

Llegados a este punto resulta necesario distinguir dos sentidos comunes de la palabra *soledad*. Cuando nos sentimos *solos*, hablamos de una infelicidad, del deseo de huir de un pesar emocional. En cambio, podemos *hallarnos a solas* por efecto de un deseo deliberado, que nos aporta paz. Este tiempo solitario es una oportunidad de pensar con tranquilidad, de conectar con uno mismo sin interrupciones ni distracciones. Refuerza el crecimiento personal, potencia la creatividad y el bienestar personal, permite reflexionar, restaurar, recargar. Durante varios milenios, los monjes y ascetas de diversas tradiciones espirituales han buscado retiros solitarios para favorecer la introspección y renovar la conexión con lo divino. A diferencia de sentirse solo, estar en soledad

no acarrea la carga de la vergüenza. Antes al contrario, puede ser una condición sagrada.

Estar a solas también puede provocar inquietud, e incluso miedo, porque permite que emerjan las emociones y los pensamientos positivos tanto como los negativos. El espacio en el que nos enfrentamos a nuestros demonios no es un espacio al que siempre entramos voluntariamente. Aun así, ese esfuerzo nos ayuda a resolver problemas, a aclarar nuestros sentimientos, a sentirnos más cómodos con nosotros mismos. Desarrollar la capacidad de estar a solas, en suma, es un elemento esencial para reforzar la conexión con uno mismo y, por extensión, facilitar el contacto con otros. Estar a solas, por paradójico que pudiera parecer, nos protege de sentirnos solos.

La cuestión de la soledad

Según una encuesta realizada en 2018 por la Fundación de la Familia de Henry J. Kaiser, el 22 % de la población adulta de Estados Unidos afirma sentirse solo o aislado socialmente a menudo o siempre.⁴ Esto asciende a más de cincuenta y cinco millones de personas, un total muy superior al de los fumadores adultos y que prácticamente duplica al de personas con diabetes. Un estudio de 2018 de la organización sin fines de lucro AARP, que utilizaba una escala de soledad rigurosamente validada —la de la UCLA— constató que uno de cada tres adultos estadounidenses de más de cuarenta y cinco años se siente solo.⁵ Y en otra encuesta nacional de 2018, de la aseguradora médica Cigna, una quinta parte de los entrevistados afirmaron que nunca o casi nunca sentían a nadie cerca.⁶

Los estudios de otros países avalan estos resultados. Entre los canadienses de edad media o avanzada, cerca de una quinta parte de los hombres y una cuarta parte de las mujeres reconocieron que se sentían solos al menos una vez por semana.⁷ Una cuarta parte de los adultos australianos también comunicaron sentirse solos.⁸ En el Reino Unido, más de doscientos mil ancianos «se reúnen o hablan por teléfono con sus hijos, familia y amigos menos de una vez por semana»;⁹ el 13 % de los adultos italianos indican que no cuentan con nadie a quien pedir

ayuda;¹⁰ y en Japón, más de un millón de adultos se ajustan a la definición gubernamental oficial de «recluidos sociales» (*hikikomori*).^{11,12}

¿Qué impide que todas estas personas se unan a un club, hagan nuevos amigos o vuelvan a conectar con la familia y los viejos amigos? Sencillamente: la soledad.

Cuando ya nos sentimos solos y vemos que otros se divierten en compañía y disfrutan del trato con los demás, hay una tendencia natural a retirarse, en vez de aproximarse al grupo. Tememos que nos etiqueten y juzguen como marginados sociales. (Para comprender esta inquietud basta con pasar algún rato en el comedor o el patio de una escuela primaria.) Es decir, ocultamos nuestros verdaderos sentimientos incluso a aquellos que quizá intentarían conectar con nosotros. De este modo, la vergüenza y el temor conspiran para convertir la soledad en una condición que se perpetúa a sí misma, favorece las vacilaciones, reduce la autoestima y nos disuade de solicitar ayuda. A lo largo del tiempo, este círculo vicioso puede hacernos llegar a la convicción de que no le importamos a nadie y no merecemos amor, lo que hará que nos apartemos aún más de las relaciones que más necesitamos.

Esta espiral emocional también contribuye al estigma que rodea a la soledad. Como las personas tendemos a esconder y negar la soledad, otras personas que podrían ayudar —incluidos los amigos, la familia y los médicos— son reticentes a abordar lo que parece ser un problema emocional espinoso. Con ello se incrementa el riesgo de las conductas autodestructivas. Muchas personas recurren a la droga, el alcohol, la comida y el sexo para mitigar el dolor emocional de la soledad. De este modo, la combinación de la soledad y el estigma crea una cascada de consecuencias que afectan no solo a nuestra salud y productividad personales, sino también a la salud de la sociedad en su conjunto.

Así visto, el círculo de la soledad podría parecer intratable... pero se puede interrumpir. Si aprendemos a reconocer y abordar a tiempo las señales, podemos intervenir para crear contactos cuando la soledad golpea, en vez de permitir que se convierta en una constante en nuestras vidas diarias. Como primer paso hay que reconocer que, para todos los seres humanos, el contacto social es una necesidad vital.

Es muy sencillo: las relaciones humanas son esenciales para el bien-

tar, tanto como la comida y el agua. Si el hambre y la sed son el mecanismo del cuerpo para indicarnos que es preciso que comamos y bebamos, el sentimiento de soledad es la señal natural que nos recuerda que debemos conectar con otras personas. No hay en ello nada de que avergonzarse. Aun así, nos resulta mucho más aceptable admitir el hambre y la sed, y hablar de ellas, que hacerlo de la soledad. Para combatir este efecto de silenciamiento debemos apreciar con más profundidad la relación existente entre la soledad, el contacto social y la salud física y emocional. De esta manera podremos quitarnos el peso de la vergüenza, la crítica y la culpa, que alimenta el estigma que rodea a la soledad.

Es un enfoque que se ha constatado que funciona bien ante estados como la depresión. Durante mucho tiempo, la depresión se ha estigmatizado tanto que quienes adolecían de ella, en su mayoría, preferían padecer en silencio antes que reconocer que se sentían deprimidos. En la actualidad han hablado abiertamente sobre la depresión atletas profesionales como el nadador Michael Phelps, ganador de veintitrés oros olímpicos,¹³ y figuras de la cultura como Lady Gaga,¹⁴ Dwayne Johnson («La Roca»)¹⁵ o J. K. Rowling.¹⁶ En las escuelas y los centros de trabajo se ha empezado a reconocer que nos hallamos ante un problema generalizado y en muchos ámbitos se han puesto en marcha programas para facilitar ayuda a quien la necesita. Estamos viendo una evolución similar en el concepto de la adicción. Aunque falta recorrer mucho camino hasta asegurarse de que las personas con depresión o desórdenes por consumo de sustancias no se sientan avergonzadas o discriminadas a causa de su enfermedad, lo cierto es que se ha avanzado mucho. Hay toda clase de razones para creer que el estigma que rodea la soledad también menguará a condición de que estemos dispuestos a hablar con franqueza (y lo hagamos de hecho) al respecto de nuestras experiencias, entendiendo que la soledad no es sino una condición humana prácticamente universal.

Una cuestión de vida o muerte

La doctora Julianne Holt-Lunstad tuvo ocasión de aprender de primera mano el poder del contacto social en la ciudad de Saint Paul (en Minne-

sota). Era la cuarta de seis hermanos y procedía de una familia que se enorgullecía de trabajar duro y mantenerse unida. Los cuatro hermanos del padre también formaron familias numerosas, lo que significaba que había muchos primos y primas, tías y tíos. Durante toda una semana, cada año, la familia se reunía al completo. Los abuelos, convencidos de la importancia esencial de la familia, eran los primeros defensores de la idea.

«Crecimos teniendo siempre a la familia cerca, y a menudo mis mejores amigos eran precisamente familiares», me contó Julianne. El poder de estas conexiones sociales estaba destinado a marcar su posterior carrera profesional. Tras licenciarse en una universidad de Utah, donde quedó fascinada por los procesos biológicos de la salud mental, Julianne completó un doctorado en psicología social y de la salud, centrado en el impacto de nuestras relaciones en cualquier faceta, desde nuestro comportamiento a nuestra función celular.

Cuando entró en la facultad de la Universidad Brigham Young no faltaban datos que demostraran la vinculación entre las relaciones y la salud, pero Julianne todavía pudo constatar que abundaba el escepticismo, tanto en el mundo académico como en el exterior, sobre el conjunto de su ámbito de investigación. Apenas se le consideraba serio o valioso. Julianne decidió pasar a la acción porque el tema le parecía importante. Así, ella y sus colaboradores dedicaron más de un año a analizar minuciosamente ciento cuarenta y ocho estudios realizados sobre más de trescientos mil participantes de todo el mundo.¹⁷

El equipo examinó los estudios en detalle y escribió incontables líneas de código informático para crear un *software* analítico, con la intención de responder una pregunta tan simple como profunda: ¿las relaciones sociales reducen el riesgo de una muerte prematura?

En el verano de 2009, Julianne dio por fin con la respuesta. Cuando pudo contemplar en su ordenador el análisis en el que llevaban tiempo trabajando se quedó atónita. «¡Esto va a ser colosal!», se dijo a sí misma. En efecto, había razones para pensar así.

El estudio de Julianne demostró que las personas con relaciones sociales fuertes tienen una probabilidad de morir prematuramente un 50 % inferior a las personas con relaciones sociales débiles. Lo que era aún más llamativo, la doctora descubrió que la reducción de la esperanza de

vida causada por la carencia de contacto social equivale al riesgo de fumar quince cigarrillos al día, y es superior a los riesgos asociados con la obesidad, el consumo excesivo de alcohol y la falta de ejercicio. En pocas palabras: Julianne había encontrado que los contactos sociales débiles pueden representar un peligro grave para nuestra salud.

En un nivel superficial, la idea quizá parezca difícil de creer. ¿Y si el verdadero factor que impulsaba las enfermedades coronarias y otras formas de muerte prematura era la obesidad o la pobreza y, sencillamente, coincidía que las personas en tal estado también se sentían solas? Por decirlo en la jerga de la estadística, ¿y si la soledad era un simple factor de confusión, y no una causa? Julianne también se había ocupado de esta posibilidad. Así pues, diseñó el estudio para que analizara igualmente un amplio espectro de los factores de riesgos, incluida la edad de los participantes, el sexo, el estado de salud inicial y la causa última de muerte, lo cual ayudaría a aclarar a qué debían atribuirse los efectos constatados sobre la salud. Pues bien, el efecto protector de las conexiones sociales se mantuvo consistente en todas estas variables, al igual que la contribución de la soledad a la muerte prematura.

El estudio de Julianne suscitó una reacción pública inmediata. Los periódicos empezaron a publicar artículos sobre sus llamativos hallazgos. Los productores de radio y televisión la invitaron a sus estudios para que hablara con las audiencias y los espectadores sobre un tema que, desatendido hasta entonces, podía resultar tan dañino como fumar. Varias organizaciones del Reino Unido y Australia le pidieron consejo cuando se pusieron a desarrollar planes para abordar la soledad en estos países.

Cinco años después, Julianne publicó otro análisis basado en una gran cantidad de datos, que confirmaba que la muerte prematura es más habitual entre las personas solas.¹⁸ En este punto, un número creciente de artículos de investigación concluía que la soledad se asociaba a un riesgo más elevado de enfermedades coronarias, hipertensión, ic-tus, demencia, depresión y ansiedad. Los estudios también sugerían que las personas solas tenían una probabilidad mayor de dormir mal, sufrir disfunciones del sistema inmune, desarrollar conductas compulsivas y deterioros en la capacidad de juicio.¹⁹

Las llamadas de los grandes medios de comunicación y organizaciones de todo el mundo se multiplicaron aún más. Todos querían saber: ¿por qué la soledad es tan peligrosa para la salud?

El vínculo perdido

En estas fechas, muchos médicos estaban observando soledad entre sus pacientes. En una encuesta de 2013, el 75 % de los médicos de cabecera del Reino Unido informaban de que habían visto entre uno y cinco pacientes al día cuya visita se debía, antes que nada, a la soledad.²⁰

Entre estos médicos estaba la doctora Helen Stokes-Lampard, responsable de una consulta de atención primaria en Lichfield (a unos treinta kilómetros de Birmingham, en Inglaterra). Helen conserva tan vivos el entusiasmo y la emoción por cuidar de sus pacientes como si acabara de salir de la facultad. Nos vimos en su despacho, me saludó cordialmente y se puso a hacerme un té mientras hablábamos. Nada era fingido. Es una mujer compasiva, brillante y pragmática.

Pero Helen no solo es una médica en ejercicio, sino que además preside el Real Colegio de Médicos Generalistas del Reino Unido, una de las mayores asociaciones del sector en este país, que representa a más de cincuenta y tres mil médicos de familia británicos. Al asumir la presidencia del Real Colegio hizo algo inesperado: dedicó su discurso inaugural a los problemas de sus pacientes con la soledad. Más de tres décadas antes, una serie de estudios había encontrado ya una asociación entre la soledad y la tasa de utilización de los servicios médicos británicos; pero la profesión se había esforzado poco en abordar este tema. Helen, que quería convertir la soledad en una de las grandes prioridades del Real Colegio, estaba resuelta a que esta vez fuera distinto.

Centró el discurso en una paciente llamada Enid, quien, después de haber perdido a su esposo en una etapa tardía de su vida, había quedado atrapada en una profunda soledad. Helen le podría haber prescrito antidepresivos y haber pasado a otro paciente. En su lugar, hizo algo que cada día resulta más difícil, porque la cultura de la medicina mo-

derna está muy regulada por medio de recuadros de «sí» o «no»: escuchó atentamente a Enid y permitió que las necesidades de la paciente guiaran la sesión.

Por decirlo con las palabras del discurso de Helen:

No me atuve a las normas. Charlé con ella, la escuché. Hice lo que hacen todos los buenos médicos de familia: ver el mundo a través de los ojos de Enid durante el corto pero precioso tiempo que compartimos. No di prioridad a las directrices, sino a lo que Enid quería. A veces la aconsejaba sobre alguna clase, algún grupo o alguna asociación de beneficencia que pensaba que le podría ir bien y contribuir a que mejoraran su salud y su bienestar.

Al final, Enid contactó con una escuela primaria local que relaciona a mujeres maduras con madres jóvenes que viven lejos de sus propias familias. Esto era exactamente lo que Enid necesitaba. Un par de horas, dos veces a la semana, en las que ha encontrado un propósito, la necesitan y la aprecian; en las que puede utilizar la larga experiencia acumulada para ayudar a los demás.

Enid ya no pide citas regulares con el médico de familia, como antes. Ya no ocupa un espacio de hospital para una operación de cadera que, en realidad, no necesita. No toma antidepresivos; de hecho, en general toma pocos medicamentos ... Me he dado cuenta de que Enid ha vuelto a maquillarse. Ha ido a la peluquería por primera vez desde la muerte de Brian. La soledad y el aislamiento social, por el impacto que tienen sobre la salud y el bienestar de nuestros pacientes, se parecen a una dolencia crónica y prolongada ... Si queremos centrar nuestro enfoque en los pacientes hay que abordar estas cuestiones.

Hablar de soledad ante la principal organización médica del país no era convencional. «Pero la reacción fue increíble —me contó Helen—. Todos los asistentes conocían pacientes que tenían dificultades debidas a la soledad.» Estos médicos estaban empezando a enfrentarse con el vínculo existente entre la salud social y la emocional, que se refleja a menudo en la salud física de los pacientes. Si no se atiende, la soledad puede tener consecuencias en la salud a largo plazo, pero no se trata de

una condición que se pueda arreglar con una pastilla o un procedimiento. Es una condición humana que nos recuerda que necesitamos amor, compasión y la compañía de otros seres humanos.

Helen intentó ayudar a Enid mediante la práctica que se conoce con el nombre de «prescripción social». Los clínicos recomiendan («prescriben») acudir a recursos y actividades en la comunidad que pueden ayudar a los pacientes a forjar conexiones sociales sanas. Esta práctica parte de admitir que la soledad afecta a la salud y que existe una necesidad universal de conexión con otros.

El doctor Sachin Jain también ha llegado a la misma conclusión. Como Helen, ha estado trabajando en formas de centrarse en cómo lograr que los pacientes que tiene en Estados Unidos amplíen sus contactos sociales. Sachin es director ejecutivo de CareMore, un sistema de atención médica que presta sus servicios principalmente a personas ancianas y de escasos recursos económicos. En 2007, Sachin y su equipo pusieron en marcha un programa denominado Togetherness, pensado para identificar y ayudar a pacientes que se sienten solos. En poco tiempo este programa —que incluía visitas a domicilio, llamadas telefónicas semanales y vínculos con los programas sociales ya existentes en la comunidad— contaba ya con seiscientos pacientes. Entre los participantes de CareMore figuraba una mujer de algo menos de sesenta años, llamada Virta.

Cuando conocí a Virta en 2019, en el Centro de Atención de CareMore en Downey (California), era evidente que le había costado un gran esfuerzo acudir a verme. Luchaba contra el efecto debilitador de la diabetes y pasaba buena parte del día confinada en una silla de ruedas. Una neuropatía le causaba dolores atroces en las piernas y los pies. Sin embargo, Virta transmitía optimismo de cara al futuro. Me dijo que la conocía en un momento crucial de su vida.

La familia de Virta procedía de Memphis, pero sus padres se habían mudado a Long Beach (California) al poco de nacer ella. Después de acabar la secundaria Virta tuvo muchos trabajos esporádicos hasta que encontró un puesto como guardia de seguridad en el puerto de Long Beach. El trabajo le gustaba y lo mantuvo durante quince años.

Aunque nunca nos habíamos visto, resultaba evidente que en su juventud Virta había mostrado una gran personalidad y llevado un estilo de vida sumamente social. «Cuando estaba sana —me dijo—, iba siempre por delante de todos.» Pero su dieta se limitaba a la comida rápida y los refrescos azucarados y, a la postre, contrajo diabetes. Las complicaciones le dificultaban caminar y la dejaron con dolores crónicos. Al poco tiempo, no pudo seguir trabajando y tuvo que quedarse en casa. Esto lo cambió todo.

«¡Me quedé tan sola! —me contaba—. Me encontraba demasiado mal para salir y demasiado mal para recibir a nadie.» Aunque compartía el apartamento con una hija ya adulta, la interacción era infrecuente y cuando se daba, solía acabar en una discusión. Otros familiares tampoco se interesaban por hablar con ella. Y al ser incapaz de mantener las relaciones que la animaban, Virta comenzó a perder la esperanza.

Recuerda vívidamente el día en que llegó al buzón una carta que anunciaba los servicios incluidos en el programa Togetherness de Care-More. Había, entre otros, asesoramiento, sesiones de ejercicio, oportunidades de trato social y atención médica. El centro se ocupaba incluso del transporte. «Fue leer aquella carta y romper a llorar —me dijo—. Me sentía como si lo hubieran escrito especialmente para mí.» Virta se sumó a la iniciativa y, a los pocos días, recibió una primera llamada de uno de los «amigos telefónicos» del programa. Le contó que se llamaba Armando y quería saber cómo se encontraba y cómo le estaban yendo las cosas.

«Sencillamente, me escuchó», decía Virta. La voz de Armando le resultaba tranquilizadora. Él le prometió llamarla otra vez a la semana siguiente y hacerlo así en adelante. A veces Armando le hablaba de sus propios hijos: de la cantidad de cosas que tenían que hacer, del partido que su hija había jugado un día antes... Virta no tardó en esperar con ilusión aquellas llamadas.

Pero al no poder trabajar ni cumplir con las facturas, Virta se vio incapaz de seguir pagando el alquiler. Acabaron desahuciándola y tuvo que refugiarse en su coche, que estaba en el aparcamiento de uno de los parques de la ciudad. De noche, aquel lugar daba miedo. Las piernas le dolían, la salud decaía.

CareMore le había asignado a una trabajadora social en prácticas, Ruby, que habría querido ayudar a Virta como fuera. Pero los alquileres en el sur de California resultan inalcanzables para las personas con bajos ingresos. Por suerte, un día encontró en un sitio de anuncios clasificados, Craigslist, la oferta de una casita de invitados por 700 dólares al mes, con todos los servicios incluidos. Era un chollo. «Yo quería ducharme —recordaba Virta—, pero Ruby me dijo: “¡Ni hablar! ¡Ve ahora mismo!”.»

Los propietarios, Sonya y Earnest, estaban esperando a Virta. Ruby les había hablado de sus dificultades y problemas de salud, y la pareja estaba ansiosa por hacer que todo saliera bien. Lo único que faltaba averiguar era si Virta haría buenas migas con el perro de la familia, un pitbull llamado *Protector*. Sin embargo, el animal, con su enorme mandíbula y su pecho colosal, cuando la conoció se levantó sobre dos patas para darle lametones en la cara. «Cuando Sonya llamó más tarde para decirme que la casita era mía, me puse a llorar.»

Sonya y Earnest recibieron a Virta como si fuera de la familia, y esta amistad la ayudó a abrirse y retomar el contacto con otras personas. Armando seguía llamando cada semana. Le preguntaba a menudo qué estaba haciendo para cuidarse sí misma y la animaba a intentar salir de casa.

A veces Virta se preocupaba por la idea de que le estaba robando demasiado tiempo a Armando. Como no quería decepcionarle, se esforzó por demostrarle que iba a mejorar. «Armando me llamaba y yo le decía: “Me he aseado” u “Hoy me he maquillado”.» También empezó a perder peso.

La gran diferencia estaba siendo el contacto humano. Aunque se tratara de una relación telefónica, a Virta le resultaba fácil mostrarse sincera y vulnerable con Armando, porque él la escuchaba sin juzgarla y parecía preocuparse de verdad por su bienestar. Más adelante, cuando Virta tuvo ocasión de conocer a Armando en persona, en una fiesta del programa Togetherness, quedó sorprendida al comprobar que no era un hombre de mediana edad, sino de treinta y pocos años. «Joven, perdóname pero ¿tú eres* Armando? —preguntó Virta, incapaz de contener la sorpresa—. ¡Al teléfono sueñas más viejo!»

* En castellano en el original. (N. del t.)

Cuando yo hablé con Virta aún recibía las llamadas semanales de Armando y me contó, orgullosa de sí misma, que había perdido casi dieciocho kilos. «Sin las llamadas del señor Armando, no lo habría conseguido.» Virta se siente agradecida por poder vivir en un sitio tranquilo, seguro y próximo a sus nuevos amigos. Todavía tiene que cambiar algunos hábitos y a veces aún se siente muy sola, sobre todo por la noche. Pero está resuelta a seguir esforzándose por recuperar la salud y empezar a vivir una vida más plena. Además, tiene la intención de hacerse oír, para que otras personas sepan que el poder de la conexión ha cambiado su vida. «Ahí fuera hay tanta gente sola... Quiero ayudar a alguien más.»

Virta está en lo cierto. Hay muchas personas que se sienten solas y, entre las que además están enfermas, demasiado a menudo el sistema de atención médica solo contribuye a agravar este sentimiento. En especial en los hospitales, a los pacientes les puede parecer que se les reduce a su enfermedad: quedan convertidos en un problema que se debe diagnosticar y tratar, y dejan de ser una persona con esperanzas, anhelos, temores y una urgente necesidad de consuelo. El dolor de esta experiencia se puede hacer extensivo igualmente a los seres queridos de los pacientes.

Mychele pasó la mayor parte del último año de vida de su esposo en el Centro Médico Ronald Reagan, de la UCLA. Su marido, Vincent, padecía un síndrome mielodisplásico (SMD), una enfermedad en la que la médula ósea deja de producir las células sanguíneas sanas que necesitamos para sobrevivir. Había soportado quimioterapia, transfusiones constantes y un trasplante de células madres donadas por su hermano. Pero el día de Navidad de 2017, Vincent estaba en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Nada parecía ayudarlo. Mychele nunca se había sentido tan sola.

Cuando tuvimos ocasión de hablar, dos años más tarde, Mychele recordaba a su marido como «el hombre más gigantesco y cariñoso que he conocido nunca. Era un samoano corpulento, de más de 1,85 metros, que amaba a todo el mundo». Cuando le comunicaron el diagnóstico, Vincent prestaba servicio activo en la Marina de Estados Unidos. Pero aquella Navidad llevaba ya más de un mes en la UCI. El tubo del

ventilador que le entraba por la boca le tapaba media cara y estaba rodeado de varias máquinas que le mantenían con vida. Era solo una sombra del hombre con el que Mychele se había casado.

Mychele sabía que la situación era muy difícil y sentía terror ante la perspectiva de perder a Vincent. El personal del hospital prestaba atención a todos los problemas inmediatos, pero a Mychele el trato le resultaba impersonal. No sabía cómo orientarse en el papel de defensor visceral de su esposo, por quien debía tomar las decisiones dada su incapacidad; se sentía frustrada y asustada, y no sabía dónde pedir ayuda.

La situación habría permanecido tal cual de no haber sido por la doctora Thanh Neville, especialista pulmonar y de cuidados intensivos. Thanh es conocida por centrarse, con la precisión de un láser, en asegurarse de que los deseos de sus pacientes se cumplen. Esta mujer, muy capaz de reírse de sí misma, trabaja con denuedo como una feroz protectora de sus pacientes. Poco antes había puesto en marcha un programa inspirado en la obra de una médica canadiense, la doctora Deborah Cook. El proyecto 3 Deseos concedía voluntades a los pacientes que estaban muriendo en la UCI. El objetivo era convertir una experiencia que puede resultar alienante e impersonal en una que dignifique a los enfermos terminales y sus seres queridos.

Mychele recuerda que aquel día de Navidad, cuando conoció a Thanh y su equipo, reaccionó con escepticismo. «Tal como iban las cosas, yo siempre tenía una actitud negativa. Thanh me habló del programa y yo la miré a los ojos y le dije: “Lo que quiero saber es la verdad, y la quiero ahora. ¿Se está muriendo?”. Ella me tomó la mano y me dijo: “Seré sincera contigo. El equipo médico me ha dicho lo mismo que a ti: que no creen que pueda sobrevivir. Nosotras hemos venido a acompañarlo el tiempo que le queda y ayudarte a ti a prepararte”.» Vincent estaba agonizando, en efecto, y los médicos ya no podían hacer nada por él. «Al principio estaba enfadada. Fui grosera. “¿Y usted de qué me conoce? ¿Y esto cuánto me va a costar?” Tardé un rato en creerme que hubiese venido porque se preocupaba.» Este era, en pocas palabras, el sentimiento de los 3 Deseos.

Cuando Mychele lo comprendió, bajó la guardia. «Le dije a Thanh, llorando y con la sensación de que no me salían las palabras: “Tengo

miedo a estar sola”. Me abrazó y me dijo: “No te dejaremos sola”. Su compañera me tomó la mano y, con lágrimas en los ojos, me dijo: “Estaremos aquí, contigo, todo el camino”.»

Mychele hizo una pausa en nuestra conversación. «Sinceramente, cuando comprendí que no tendría que pasarlo sola, empecé a aceptarlo, y agradecí no estar sola cuando se desconectasen las máquinas.»

A Vincent le quedaban tres días de vida, en los que el equipo cumplió lo prometido. El esposo de Mychele pidió que lo trasladaran a la planta de oncología, donde conocía a las enfermeras tan bien que tenía motes para muchas. Quería que su mujer estuviera cerca de las personas que le habían acompañado en el viaje del último año. Y aunque la unidad de oncología no estaba preparada para pacientes con respirador, el equipo de Thanh consiguió que se aprobara una excepción, para dar respuesta al deseo de Vincent.

«Sin preguntarme siquiera —recordaba Mychele— trajeron flores. Yo soy de Hawái, y mi esposo, de Polinesia, así que para nosotros las flores son muy importantes. Trajeron tantas flores polinesias como pudieron. Este pequeño detalle significó mucho para nosotros.»

Y cuando llegó el momento de dejar que Vincent se marchara, el equipo de Thanh estaba allí para lo que necesitaran. «Incluso hoy en día —admitía Mychele—, me deja sin palabras que alguien se preocupara por estar a mi lado durante la media hora que necesité para decidir que era el momento de desconectar a mi marido. Fue muy diferente tener a alguien sentado a mi lado mientras le quitábamos el soporte vital. Y eso sin que fuera la obligación de los médicos.»

Para Thanh, el presupuesto básico del programa, y su poder, son simples: «El objetivo de 3 Deseos es: dejemos de preguntar qué les pasa a los pacientes y empecemos a preguntarles qué les *importa*».

En menos de dos años, el programa ha ayudado a más de doscientos pacientes y sus familias. Se han celebrado dos bodas; se ha preparado una última cita nocturna, con mantel sobre una mesa de hospital y una película de Netflix; se ha conseguido que la escuela artística local interprete la pieza favorita de un paciente en directo, ante su cama; se ha decorado la habitación de una mujer con fotos de Hawái porque era su destino vacacional preferido; se han creado numerosos recuerdos para

las familias entristecidas por la pérdida, entre ellos, reproducciones de manos (de una pareja que se ha dado las manos por última vez).

También es habitual en este programa enviar una tarjeta de condolencias, algunas semanas después, firmada por médicos, enfermeros y el resto del personal de la UCI. La respuesta no ha dejado de sorprender a Thanh: «Es asombroso lo mucho que les importa. En las entrevistas que hemos hecho, muchísimas de las familias nos han dicho que para ellos la tarjeta significa que “no nos han olvidado; existimos”. Una persona nos contestó por carta y nos decía: “A las pocas semanas de haber perdido a mi madre, pensaba que lo había perdido todo..., pero vuestra tarjeta me ha demostrado que la gente se sigue interesando por mí”».

La medicina y la tecnología tal vez nos fallen en ocasiones; pero el contacto humano basado en el amor y la compasión, siempre cura. Es posible que el sentimiento de soledad y desconexión que acompaña a la muerte no se pueda impedir por completo, pero sí se puede aliviar. Ayudar a que los pacientes y sus familias no se sientan abandonados, contribuir a que perciban que se les tiene en cuenta y se les aprecia, esa es la más poderosa de las medicinas.

Yo me preguntaba por el coste de un programa como 3 Deseos. No resulta fácil ponerle precio a que los pacientes y sus familias sientan satisfacción, paz y conexión durante uno de los momentos más tensos de la vida. Esto hace aún más llamativo que el coste promedio del programa de Thanh 3 Deseos haya sido de solo treinta dólares por paciente. No hablamos de treinta mil dólares, no, sino de treinta. Cuando se sopesa el impacto que tiene sobre el personal médico y de enfermería, además de sobre otros trabajos relacionados con el cuidado de los pacientes, la inversión compensa, sin lugar a dudas, compensa de una forma extraordinaria.

Mychele, por ejemplo, aspira ahora a empezar un programa para dar apoyo a los familiares que cuidan de un paciente en el hospital. Estas personas suelen tener miedo a abandonar su posición al lado de la cama del enfermo, por si su ausencia coincidiera con la visita del médico, que tiende a ser breve; en consecuencia, una de las cosas que Mychele quiere hacer es poder facilitar el descanso a los cuidadores, sentándose con el paciente y, en caso de que se presente el médico, yendo a avisar al fami-

liar. Estos regalos son inestimables y nos conectan como seres humanos, nos devuelven la tranquilidad y nos recuerdan que no estamos solos.

Estas y otras muchas historias que he encontrado a lo largo de los años, para mí, representan la prueba clara de que la soledad puede arrasarnos nuestras vidas física y emocionalmente; y estas mismas historias me convencen con no menos rotundidad de que la cuestión principal es la conexión social. Todos tenemos una necesidad profunda y perdurable de que nos vean como lo que somos: seres humanos plenamente dimensionados, complejos y vulnerables. Todos necesitamos saber que somos importantes para alguien y que nos aman. Estas son necesidades hondamente arraigadas que las relaciones seguras satisfacen; y cuando se cumplen tendemos a vivir vidas más sanas, más productivas y más gratificantes. En cambio, si no se cubren, sufrimos.

Cuando nos encontramos en medio de semejante padecimiento, nos resulta difícil imaginar que esta miseria forma parte de algún diseño evolutivo. Pero es evidente que la soledad cumple una función vital, pues nos advierte de que carecemos de algo esencial para la supervivencia: el contacto social. Los primeros científicos que reconocieron esta función vital pensaron que, tal vez, si lográbamos aprender a darle respuesta a la soledad (como hacemos con el hambre y la sed), en lugar de rendirnos a ella, quizá seríamos capaces de reducir tanto la duración como los efectos negativos y, de hecho, mejorar la calidad general de nuestras vidas. El primer paso fue estudiar la evolución interrelacionada entre la conexión social y la soledad.