

Original

Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital

Unai Martín Roncero^{a,*} e Yolanda González-Rábago^b^a Departamento de Sociología y Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación, Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), Leioa, España^b Grupo de investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico - OPIK, Leioa, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de junio de 2020

Aceptado el 27 de julio de 2020

On-line el 15 de septiembre de 2020

Palabras clave:

Soledad
Grupos de edad
Inequidad social
Clase social
Salud mental

Keywords:

Loneliness
Age groups
Social inequity
Social class
Mental health

R E S U M E N

Objetivo: Analizar la prevalencia de soledad no deseada en nuestro contexto y su asociación con la salud desde una perspectiva del ciclo vital y las desigualdades sociales.

Método: Estudio transversal a partir de los datos de la Encuesta de Salud del País Vasco (n = 7.228; tasa de respuesta 79%). Se analizaron la prevalencia de soledad no deseada, su asociación con la salud percibida y la salud mental, y las desigualdades sociales según clase social. Para analizar la asociación se calcularon razones de prevalencia (RP) ajustadas por edad calculadas a partir de modelos de Poisson de varianza robusta.

Resultados: El sentimiento de soledad no deseada afecta al 23,3% de los hombres y al 29,7% de las mujeres, siendo mayor en las personas de edad avanzada y en adultos jóvenes, y en las clases sociales más desfavorecidas. Sentirse solo/a se asocia con una peor salud, tanto general (RPa hombres 2,11, intervalo de confianza del 95% [IC95%] 1,77-2,51; RPa mujeres 2,10, IC95% 1,83-2,41) como mental (RPa hombres 3,95, IC95% 3,15-4,95; RPa mujeres 3,50, IC95% 2,99-4,12). Las desigualdades sociales en la soledad, así como la asociación entre esta y la mala salud, fueron mayores entre las personas adultas jóvenes.

Conclusiones: Los resultados del estudio tienen importantes implicaciones para la intervención en la reducción y la prevención de la soledad no deseada, destacando la importancia del ciclo vital y las desigualdades sociales.

© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Unwanted loneliness, health and social inequalities throughout the life cycle

A B S T R A C T

Objective: To analyse the prevalence of unwanted loneliness in our context and its association with health from a life cycle and social inequalities perspective.

Method: Cross-sectional study based on data from the Health Survey of the Basque Country (n = 7.228; response rate 79%). The prevalence of unwanted loneliness, its association with perceived health and mental health, and social inequalities according to social class were analysed. To analyse the association, age-adjusted prevalence ratios (PR) calculated from robust Poisson models were calculated.

Results: The feeling of unwanted loneliness affects 23.3% of men and 29.7% of women, being higher in older people and young adults, and in the most disadvantaged social classes. Feeling alone is associated with worse health, both general (PRA men 2.11, 95% confidence interval [95%CI] 1.77-2.51; PRA women 2.10, 95%CI 1.83-2.41) and mental (PRA men 3.95, 95%CI 3.15-4.95; PRA women 3.50, 95%CI 2.99-4.12). Social inequalities in loneliness, as well as the association between it and poor health, was greater among young adults.

Conclusions: The results of the study have important implications for intervention in the reduction and prevention of unwanted loneliness, underlining the importance of the life cycle and social inequalities.

© 2020 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La soledad no deseada, que puede ser definida como el sentimiento causado por la discrepancia entre las características reales

de nuestra red social y las deseadas¹, se ha convertido en nuestro contexto en un tema de creciente preocupación, tanto en el ámbito mediático como desde un punto de vista social y de salud pública². Su magnitud, evolución y efectos en la salud han llevado a considerar este fenómeno también en el ámbito internacional como un importante problema de salud pública³.

En los últimos años, una creciente literatura científica ha mostrado el impacto que la soledad no deseada tiene sobre la salud

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: unai.martin@ehu.es (U. Martín Roncero).

de las personas⁴⁻⁶. Así, diversos estudios de ámbito internacional han evidenciado que la soledad se asocia a un peor estado de salud general⁷⁻⁹, una mayor mortalidad por todas las causas^{4,10}, mayor riesgo de hipertensión¹¹ y de enfermedades coronarias¹², problemas de salud mental (como depresión¹³ y suicidio¹⁴), así como una mayor probabilidad de tener conductas perjudiciales para la salud (como un mayor consumo de tabaco¹⁵ o menores niveles de actividad física¹⁶, o más obesidad¹⁷). Los estudios longitudinales han mostrado de forma consistente y relevante esta asociación entre soledad y salud¹⁰.

La prevalencia de soledad no deseada suele variar entre el 20% y el 35% según el contexto analizado^{2,18,19}. Existen algunas características sociodemográficas que parecen estar relacionadas con la soledad no deseada, entre las cuales el sexo, el estado civil y la edad parecen contar con una mayor evidencia. Así, la soledad suele ser más prevalente entre las mujeres, aunque las diferencias respecto a los hombres suelen desaparecer cuando se controla por otros factores como el estado civil, el nivel educativo o los problemas de salud²⁰. Asimismo, la relación de la soledad con algunos factores como el estado civil se ha mostrado consistente, siendo más frecuente entre las personas solteras o viudas^{18,21}. Además, la evidencia internacional muestra que los sentimientos de soledad son más frecuentes entre las personas mayores, aunque los estudios suelen mostrar una distribución en forma de U, siendo también prevalente entre la población adolescente^{18,22,23}. Por ello, la mayoría de los estudios sobre la soledad se han centrado en las personas mayores o en los adolescentes, y es mucho menor el conocimiento sobre la prevalencia y las características de la soledad entre las personas de mediana edad y adultas jóvenes^{18,19,22}. Este hecho es más evidente en lo que respecta al conocimiento acerca del impacto de la soledad en la salud, ya que la mayor parte de los estudios de este tipo se han concentrado en la población mayor^{5,24} y es aún escasa la literatura que analiza dicho impacto a lo largo del ciclo vital^{8,23}.

Por otro lado, la evidencia en cuanto a la relación entre la soledad no deseada y los factores socioeconómicos como los ingresos, el nivel educativo o el origen étnico no es muy abundante, ha mostrado resultados menos consistentes y se ha centrado fundamentalmente en la población mayor^{2,23,25,26}. Ello contrasta con la abundante literatura existente en relación a las desigualdades sociales en problemas de salud o factores relacionados con la salud.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de soledad no deseada en nuestro contexto y su relación con la salud, desde un marco que integre las diferencias a lo largo del ciclo vital y analice las desigualdades sociales.

Método

Se realizó un estudio transversal para la población de 25 y más años de edad residente en el País Vasco a partir de datos procedentes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (ESCAV 18). La muestra utilizada fue de 7228 personas y la tasa de respuesta de la ESCAV 18 fue del 79%. La metodología de la encuesta ya ha sido publicada²⁷.

La ESCAV 18 incorporó por primera vez la medición de la soledad no deseada mediante una pregunta directa autorreportada de ítem único y de respuesta con una escala de frecuencia: «¿Se siente solo/a? Siempre, A menudo, A veces, Nunca». Esta forma de medir la soledad no deseada se utiliza de manera habitual en Europa y Norteamérica, es fácil de usar y parece tener una alta aceptación por parte de las personas encuestadas^{18,28}. En este trabajo, al analizar la distribución social y el impacto en la salud, las respuestas se dicotomizaron en nunca vs. a veces, a menudo y siempre.

Las variables de salud utilizadas fueron la salud autopercebida y la salud mental. La primera se recogió mediante la pregunta:

«¿Considera que su salud en general es...? Muy buena, Buena, Regular, Mala, Muy mala». Se trata de un indicador muy utilizado para medir la salud de las poblaciones y que está relacionado con la mortalidad y el uso de servicios de salud. La variable fue dividida en dos grupos para el análisis: muy buena y buena vs. regular, mala y muy mala. En cuanto a la salud mental, se utilizó el *Mental Health Inventory* en su versión de cinco ítems (MHI-5), que recoge el riesgo de depresión y ansiedad en la últimas 4 semanas en un rango de 0 a 100 y que es considerado un instrumento válido y fiable para valorar la salud mental en personas adultas²⁹. De acuerdo con la literatura, se consideró una puntuación de 52 como punto de corte para identificar mala salud mental. Se utilizó como variable de posición socioeconómica la clase social basada en la ocupación, dividida en clase social manual y no manual siguiendo la metodología propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología³⁰.

En primer lugar, se describió la muestra a partir de las variables utilizadas en el estudio y se analizó la significatividad de las diferencias por sexo con la prueba de ji al cuadrado de Pearson. Se calcularon las prevalencias brutas de sentirse solo/a, total y por grupos de edad quinquenales. Para analizar la asociación entre la soledad no deseada y, por una parte, la posición socioeconómica, y por otra las diferentes variables de salud, se calcularon razones de prevalencia (RP) mediante modelos de regresión de Poisson de varianza robusta y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se calcularon RP ajustadas por edad, totales y por grupos de edad (30-44, 45-64, 65-79, 80 y más años). Todos los análisis se llevaron a cabo de forma separada para hombres y mujeres, y se utilizaron los programas Microsoft Office Excel y SAS.

Resultados

En la **tabla 1** se muestra la distribución de la muestra según las principales variables utilizadas. El 36,2% de los hombres y el 32,5% de las mujeres tenían entre 25 y 44 años, el 39,3% de los hombres y el 37,2% de las mujeres tenían entre 45 y 64 años, y el 6,2% de los hombres y el 10,9% de las mujeres tenían 80 o más años. El 58,9% de los hombres y el 54,0% de las mujeres eran de clase social manual. El 2,6% de los hombres y el 4,3% de las mujeres se sentían siempre o a menudo solos/as, y el 20,1% de los hombres y el 25,4% de las mujeres algunas veces. Más del 80% de las mujeres tenían una buena salud general y un 82,9% referían buena salud mental; de los hombres, más del 86% tenían buena salud y el 90,1% referían buena salud mental.

El 23,3% de los hombres y el 29,7% de las mujeres presentaron con alguna intensidad (siempre, a menudo o a veces) sentimientos de soledad no deseada. Según el grupo de edad hubo importantes diferencias (**fig. 1**). Así, en los hombres, las mayores prevalencias se produjeron en dos grupos de edad: entre los 30 y 34 años (29,8%), y a partir de los 80 años (30,6% en los de 80-84 años y 36,6% en los de 85 y más años). En el caso de las mujeres, la prevalencia de soledad fue más estable a lo largo de toda la vida, con ligeros picos de alrededor del 30% a los 25-29 años, a los 50-54 años y a los 70-74 años, para aumentar considerablemente en la última etapa. Entre las mujeres de 80 a 84 años, el 38,3% declaraba tener sentimientos de soledad no deseada, y entre las de 85 y más años el 42,5%.

El riesgo de sentirse solo/a fue desigual por sexo y según la posición socioeconómica. Así, la prevalencia de soledad no deseada fue mayor en las mujeres (RPa: 1,30; IC95%: 1,18-1,42). Esta mayor prevalencia en las mujeres ocurrió en todos los grupos de edad y especialmente en el de 65 a 79 años (RPa: 1,80; IC95%: 1,47-2,21). En las personas de 80 y más años, las diferencias no fueron significativas (**tabla 2**).

Así mismo, la prevalencia de sentirse solo/a fue significativamente mayor entre las personas de clase social manual que entre las de clase social no manual, tanto en hombres (RPa: 1,22; IC95%:

Tabla 1
Características sociodemográficas, sentimiento de soledad y estado de salud percibido y de salud mental de la muestra (ESCAV 18)

	Hombres		Mujeres		p ^a
	N = 3456	%	N = 3772	%	
Edad					<0,000
25 a 44 años	1251	36,2	1226	32,5	
45 a 64 años	1357	39,3	1402	37,2	
65 a 79 años	634	18,3	734	19,4	
80 y más años	214	6,2	410	10,9	
Clase social					<0,000
No manual	1415	40,9	1728	45,8	
Manual	2035	58,9	2037	54,0	
No consta	6	0,2	8	0,2	
Sentimiento de soledad					<0,000
Siempre/a menudo	89	2,6	163	4,3	
Algunas veces	696	20,1	957	25,4	
Nunca	2671	77,3	2652	70,3	
Salud percibida					<0,000
Buena/muy buena	2984	86,3	3037	80,5	
Regular/mala/muy mala	472	13,7	735	19,5	
Salud mental					<0,000
Buena	3114	90,1	3128	82,9	
Mala	342	9,9	644	17,1	

^a Prueba de ji al cuadrado de Pearson.

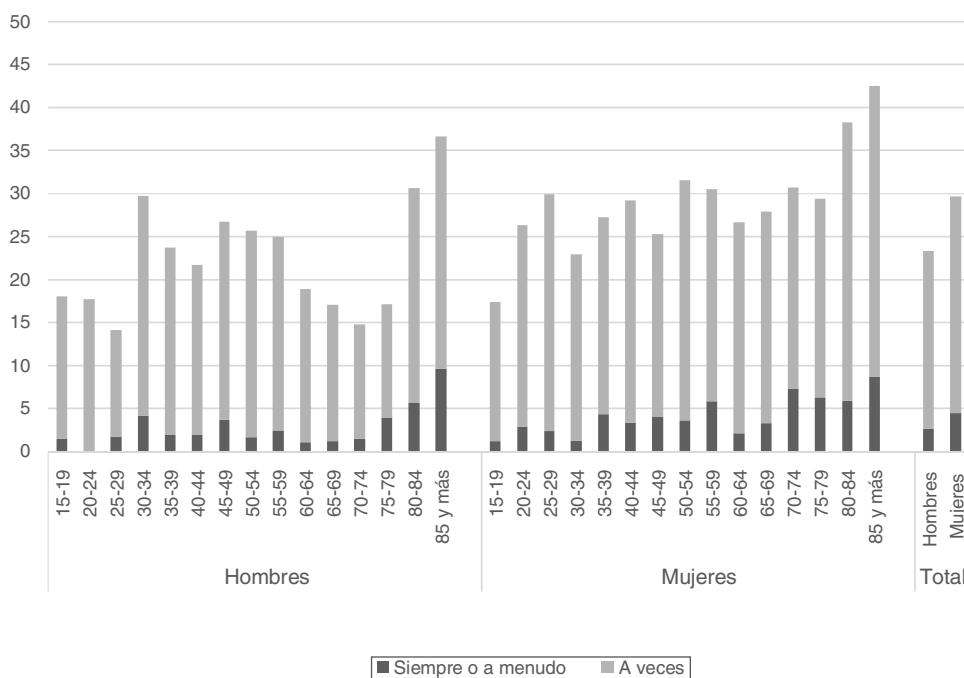


Figura 1. Prevalencia de soledad no deseada (según intensidad) por grupos de edad y sexo en el País Vasco (ESCAV 18).

Tabla 2
Razones de prevalencia e intervalos de confianza del 95% de soledad no deseada ajustados por edad (referencia: hombres y clase no manual), totales y por grupos de edad, en hombres y mujeres en el País Vasco (ESCAV 18)

	25 a 44 años RP (IC95%)	45 a 64 años RP (IC95%)	65 a 79 años RP (IC95%)	80 y más años RP (IC95%)	Total RP (IC95%)
Hombres	1	1	1	1	1
Mujeres	1,23 (1,02-1,48) ^a	1,18 (1,03-1,35) ^a	1,80 (1,47-2,21) ^a	1,20 (0,96-1,51)	1,30 (1,18-1,42) ^a
Hombres					
No manual	1	1	1	1	1
Manual	1,42 (1,05-1,92) ^a	1,10 (0,88-1,36)	1,01 (0,71-1,46)	1,35 (0,88-2,09)	1,22 (1,04-1,42) ^a
Mujeres					
No manual	1	1	1	1	1
Manual	1,44 (1,11-1,88) ^a	1,25 (1,05-1,49) ^a	1,20 (0,94-1,53)	1,24 (0,94-1,63)	1,30 (1,15-1,46) ^a

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de prevalencia.

^a p <0,05.

Tabla 3

Razones de prevalencia e intervalos de confianza del 95% de mal estado de salud (salud general y salud mental) ajustados por edad (referencia: no soledad), totales y según grupos de edad, en hombres y mujeres en el País Vasco (ESCAV 18)

	25 a 44 añosRP (IC95%)	45 a 64 añosRP (IC95%)	65 a 79 añosRP (IC95%)	80 y más añosRP (IC95%)	Total RP (IC95%)
Salud general					
<i>Hombres</i>					
Soledad: no	1	1	1	1	1
Soledad: sí	2,95 (1,60-5,41) ^a	2,09 (1,55-2,80) ^a	2,09 (1,58-2,78) ^a	1,77 (1,27-2,47) ^a	2,11 (1,77-2,51) ^a
<i>Mujeres</i>					
Soledad: no	1	1	1	1	1
Soledad: sí	4,55 (2,70-7,67) ^a	2,57 (2,00-3,31) ^a	1,99 (1,62-2,45) ^a	1,28 (1,05-1,55) ^a	2,10 (1,83-2,41) ^a
Salud mental					
<i>Hombres</i>					
Soledad: no	1	1	1	1	1
Soledad: sí	4,54 (2,79-7,38) ^a	3,29 (2,36-4,60) ^a	4,49 (2,79-7,22) [*]	3,04 (1,67-5,55) ^a	3,95 (3,15-4,95) ^a
<i>Mujeres</i>					
Soledad: no	1	1	1	1	1
Soledad: sí	5,80 (3,68-9,13) ^a	3,28 (2,59-4,15) ^a	3,45 (2,57-4,62) ^a	2,16 (1,56-3,00) ^a	3,50 (2,99-4,12) ^a

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de prevalencia.

^a p <0,05.

1,04-1,42) como en mujeres (RPa: 1,30; IC95%: 1,15-1,46) (tabla 2). Cuando se analizó esta asociación por grupos de edad, se observó que las diferencias fueron estadísticamente significativas para el grupo de edad más joven, entre 25 y 44 años (RPa hombres: 1,42, IC95% 1,05-1,92; RPa mujeres: 1,44, IC95% 1,11-1,88), y para el de grupo de 45 a 64 años en mujeres. En el resto de los grupos la tendencia se mantuvo, pero las diferencias no fueron significativas.

Al analizar la asociación entre la soledad no deseada y la salud se observó una mayor prevalencia de mala salud percibida y de mala salud mental entre las personas que se sienten solas (tabla 3). Así, la prevalencia de mala salud percibida fue el doble tanto en hombres (RPa 2,11, IC95% 1,77-2,51) como en mujeres (RPa 2,10, IC95% 1,83-2,41). Esta situación se repitió en todos los grupos de edad, pero aún de forma más acusada en las edades jóvenes, de entre 25 y 44 años (RPa hombres: 2,95, IC95% 1,60-5,41; RPa mujeres: 4,55, IC95% 2,70-7,67).

Por su parte, la soledad también estuvo fuertemente asociada con la salud mental. La prevalencia de mala salud mental fue mayor entre aquellas personas que dijeron sentirse solas, casi 4 veces mayor en los hombres y 3,5 veces mayor en las mujeres (tabla 3). Además, por grupos de edad, estas diferencias en las prevalencias fueron mayores en las personas adultas jóvenes de entre 25 y 44 años (RPa hombres: 4,54, IC95% 2,79-7,38; RPa mujeres: 5,80, IC95% 3,68-9,13), si bien esta mayor prevalencia de mala salud mental entre las personas que se sienten solas se repitió en el resto de los grupos de edad.

Discusión

El sentimiento de soledad no deseada afecta a una de cada cuatro personas en el País Vasco. La soledad no deseada es mayor en las mujeres y presenta una clara desigualdad social, por la cual en las clases sociales más desfavorecidas es más frecuente sentirse solo/a. Aunque la prevalencia de soledad más alta se da en los grupos de 80 y más años, también afecta de manera especial a las personas de 25 a 44 años. Sentirse solo/a está asociado con una peor salud, tanto general como mental. Las desigualdades sociales en la soledad, así como la asociación entre esta y la mala salud, fueron mayores entre las personas adultas jóvenes.

Los resultados del estudio están en consonancia con otros estudios en el ámbito internacional que ya han mostrado tanto un mayor prevalencia de soledad no deseada en las edades avanzadas^{18,23} como una asociación entre esta y la mala salud^{5,7-9,24}, especialmente relevante en el caso de la salud mental^{13,14}. Asimismo, en relación con las desigualdades sociales en la soledad, los resultados del estudio coinciden con lo descrito

en estudios previos en los que, aunque la evidencia sobre las desigualdades sociales en la soledad es escasa y no muy consistente por la diversidad de indicadores de posición socioeconómica utilizados, se observa que las personas de menor nivel socioeconómico se encuentran más frecuentemente solas^{2,23,26}.

En todo caso, la comparación con la evidencia es complicada e incluso muestra resultados diferentes si se tiene en cuenta la perspectiva del ciclo vital. En primer lugar, en cuanto a las diferencias en la prevalencia de soledad no deseada en las diferentes fases del ciclo vital, los datos del estudio presentan ligeras diferencias respecto a lo descrito en la mayor parte de los estudios. Así, la prevalencia de soledad no parece seguir en el País Vasco la forma de U descrita en otros contextos^{18,23}, en particular entre las mujeres, en las que la prevalencia es más estable a lo largo de la vida. En ambos sexos, pero de manera más acusada en los hombres, la prevalencia de soledad en adolescentes y jóvenes no parece ser mayor que en otras edades, sino que es el grupo de 25 a 44 años el que sigue a las personas mayores en cuanto a prevalencia de soledad. Estos resultados, aunque parcialmente, sí parecen coincidir con lo descrito para la ciudad de Madrid², pero no es posible su comparación por sexo puesto que los estudios no realizan esta estratificación. Las características sociodemográficas del sur de Europa pueden estar entre las razones de este factor diferencial. Las características del sistema familiar, económico y residencial español conllevan que este grupo de edad tenga unas características diferenciales que en el resto de Europa, con importantes consecuencias para la promoción de la salud³¹. La soledad no deseada puede presentar características diferentes a lo largo del ciclo vital, ya que mientras en edades avanzadas puede relacionarse en mayor medida con el aislamiento físico, en ocasiones, debido a las características arquitectónicas de las viviendas³² o por viudedad²¹, en el caso de la población joven puede relacionarse más con situaciones de precariedad vital, así como con procesos sociales de individualización y la pérdida de la capacidad que las instituciones sociales clásicas como el trabajo, la política o la religión tienen para otorgar sentido, cohesión y sentimiento de pertenencia a las personas³³.

Respecto a la asociación entre soledad no deseada y salud, nuestros datos muestran una mayor asociación en los grupos de edad más jóvenes. Dado que la gran mayoría de los estudios encontrados se han centrado en la población mayor^{5,24}, y pocos analizan las diferencias por grupos de edad, resulta complicado comparar estos resultados con la literatura, aunque sí parece que los pocos estudios que han analizado el impacto de la soledad en la salud teniendo en cuenta los diferentes grupos de edad muestran que el impacto de la soledad sobre la salud puede ser mayor en las personas jóvenes o de mediana edad que en los mayores de 60 años^{8,23}.

Por último, los resultados del estudio también muestran el diferente impacto que la posición social tiene en la soledad en las diferentes etapas de la vida. No obstante, la evidencia al respecto es escasa. Un estudio realizado en Dinamarca ha mostrado que factores socioeconómicos como el origen étnico y el desempleo suponen un mayor riesgo de sentir soledad en todas las edades²³. Ello contrasta con nuestros resultados, que muestran unas mayores desigualdades en las edades de 25 a 44 años.

Este estudio presenta una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, la soledad no deseada se mide de manera directa (incluyendo la palabra «soledad» en su formulación) con una pregunta de ítem único que además ha sido dividida para los análisis en dos categorías. Sin embargo, la soledad no deseada es un concepto complejo y de difícil medición debido a los posibles sesgos asociados, como el de deseabilidad social. Además, podría haber un sesgo diferencial por edad, ya que esta forma de medir la soledad podría estar infraestimando la prevalencia de los sentimientos de soledad en grupos en los que el estigma de la soledad es más acusado, especialmente entre los hombres y las personas jóvenes¹⁸. A pesar de ello, aproximaciones similares a la realizada en este artículo han sido utilizadas por estudios previos para medir la soledad no deseada^{8,12}, y los estudios que han analizado el impacto de usar diferentes tipos de medición de la soledad muestran que, en términos generales, las prevalencias son similares^{18,28}. Asimismo, la utilización de la clase social basada en la ocupación en la población mayor puede presentar dificultades especialmente en las mujeres, y aunque su uso es habitual en el estudio de las desigualdades sociales en salud³⁴, la interpretación de la asociación con la soledad debe considerar esta cuestión. Por otro lado, hay que tener en cuenta que se trata de un estudio transversal, por lo que las limitaciones de este tipo de estudios también afectan a este trabajo. En primer lugar, puede que las diferencias atribuidas al ciclo vital sean diferencias generacionales. Sin embargo, las razones que hay detrás de la prevalencia de la soledad y sus características aluden a cuestiones relativas al ciclo vital. Además, el diseño no permite establecer causalidad entre variables, ni al analizar el impacto de la posición social sobre la soledad no deseada ni el de esta sobre la salud. No obstante, desde el punto de vista conceptual es difícil que el sentido de la asociación sea el contrario del que se ha interpretado en este estudio. De hecho, algunos estudios longitudinales han mostrado que la soledad y la salud son cuestiones independientes y que la soledad predice el aumento de los síntomas de depresión, pero no viceversa¹³. Sin embargo, y para tener en cuenta el posible efecto que los estados de mala salud puedan tener en la soledad, se han repetido los análisis eliminando de la muestra las personas con alguna dependencia y los resultados no han variado significativamente (datos no mostrados).

Los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones desde el punto de vista de las políticas de salud. Así, destacan la importancia que tiene intervenir para reducir la soledad no deseada en nuestro contexto. De hecho, ya son varias las intervenciones que se están llevando a cabo en diferentes ámbitos y desde diferentes perspectivas^{32,35}. Los resultados del estudio aportan importantes potenciales aspectos de mejora al respecto. En primer lugar, la intervención sobre la soledad no deseada se ha centrado casi exclusivamente en población mayor, hasta el punto de que se ha asociado la soledad no deseada a una característica del envejecimiento. Sin embargo, los resultados muestran la importancia que este fenómeno tiene en otras etapas del ciclo vital, como en las personas adultas jóvenes, tanto por su prevalencia como por el impacto que esta tiene en la salud, mayor que en poblaciones de edad avanzada. Además, conviene tener en cuenta que las características de la soledad en las diferentes etapas del ciclo vital pueden mostrar características muy distintas, y por tanto las intervenciones deben planificarse adaptándose a esas diferentes etapas del ciclo vital²². Estos resultados no solo tienen implicaciones para las políticas de

salud, sino que también plantean nuevas necesidades de investigación. En concreto, los datos sobre población adulta joven abren la necesidad de nuevas investigaciones que analicen estos procesos de soledad en personas jóvenes que pueden estar provocando importantes impactos en la salud y desigualdades sociales en salud. En segundo lugar, el estudio constata la importancia de que las desigualdades sociales en la soledad sean tenidas en cuenta al intervenir en la prevención o la reducción de la soledad; no hacerlo puede provocar no solo un aumento de las desigualdades sociales en salud, sino también que las intervenciones no sean todo lo eficientes que podrían ser, ya que no consideran adecuadamente un aspecto importante que puede estar relacionado con la soledad y sus características.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La soledad no deseada se ha mostrado muy relacionada con un peor estado de salud general y con peor salud mental. La gran mayoría de los estudios han analizado esta relación centrándose en la población mayor, y son escasos en otros grupos de edad y con un enfoque de equidad social.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El estudio explora la prevalencia de soledad no deseada a lo largo del ciclo vital, identificando desigualdades sociales, así como un importante efecto en la salud general y en la salud mental de la población adulta joven. Los resultados subrayan la importancia de diseñar intervenciones para reducir la soledad no deseada en grupos de edad jóvenes y desde una perspectiva de equidad.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez Dardet.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

U. Martín diseñó el estudio y realizó los análisis estadísticos. Y. González-Rábago interpretó los resultados y redactó la primera versión del manuscrito. Ambas personas firmantes revisaron las versiones consecutivas del manuscrito, realizaron aportaciones y aprobaron la versión final.

Agradecimientos

El autor y la autora agradecen la cesión de datos de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 al Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Perlman D, Peplau L. Theoretical approaches to loneliness. En: Peplau L, Perlman D, editores. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley & Sons; 1982. p. 123–34.
2. Hernán Montalbán MJ, Rodríguez Moreno SI. La soledad no deseada en la ciudad de Madrid. Informe de resultados 2017. Madrid: Madrid Salud, Comunidad de Madrid; 2018. p. 75.
3. Cacioppo JT, Cacioppo S. The growing problem of loneliness. *Lancet*. 2018;391:426.
4. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10:227–37.
5. Leigh-Hunt N, Baggeley D, Bash K, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;152:157–71.
6. Christiansen J, Larsen FB, Lasgaard M. Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people? *Soc Sci Med*. 2016;152:80–6.
7. Rico-Urbe LA, Caballero FF, Olaya B, et al. Loneliness, social networks, and health: a cross-sectional study in three countries. *PLoS One*. 2016;11:e0145264.
8. Richard A, Rohrmann S, Vandeleur CL, et al. Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: results from a Swiss national survey. *PLoS One*. 2017;12:e0181442.
9. Macdonald SJ, Nixon J, Deacon L. “Loneliness in the city”: examining socio-economics, loneliness and poor health in the North East of England. *Public Health*. 2018;165:88–94.
10. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, et al. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med*. 2012;74:907–14.
11. Hawkey LC, Thisted RA, Masi CM, et al. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. 2010;25:132–41.
12. Thurston RC, Kubzansky LD. Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosom Med*. 2009;71:836–42.
13. Cacioppo JT, Hawkey LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging*. 2010;25:453–63.
14. Schinka KC, VanDulmen MHM, Bossarte R, et al. Association between loneliness and suicidality during middle childhood and adolescence: longitudinal effects and the role of demographic characteristics. *J Psychol*. 2012;146:105–18.
15. Dyal SR, Valente TW. A systematic review of loneliness and smoking: small effects, big implications. *Subst Use Misuse*. 2015;50:1697–716.
16. Hawkey LC, Thisted RA, Cacioppo JT. Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional and longitudinal analyses. *Health Psychol*. 2009;28:354–63.
17. Lauder W, Mummery K, Jones M, et al. A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychol Health Med*. 2006;11:233–45.
18. Nicolaisen M, Thorsen K. Who are lonely? Loneliness in different age groups (18–81 years old), using two measures of loneliness. *Int J Aging Hum Dev*. 2014;78:229–57.
19. Victor CR, Yang K. The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *J Psychol Interdiscip Appl*. 2012;146:85–104.
20. Dahlberg L, Andersson L, McKee KJ, et al. Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: a national longitudinal study. *Aging Ment Health*. 2015;19:409–17.
21. Doblas JL, Del Pilar Díaz Conde M. El sentimiento de la soledad en la vejez. *Rev Int Sociol*. 2018;76:1–13.
22. Luhmann M, Hawkey LC. Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Dev Psychol*. 2016;52:943–59.
23. Lasgaard M, Friis K, Shevlin M. “Where are all the lonely people?” A population-based study of high-risk groups across the life span. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51:1373–84.
24. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2017;25:799–812.
25. Pikhartova J, Bowling A, Victor C. Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging Ment Health*. 2016;20:543–9.
26. Bosma H, Jansen M, Schefman S, et al. Lonely at the bottom: a cross-sectional study on being ill, poor, and lonely. *Public Health*. 2015;129:185–7.
27. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Metodología Encuesta de Salud del País Vasco 2018. 50 p. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_18_metodologia/es.def/adjuntos/ Metodologia-encuesta-salud-2018.pdf.
28. Victor C, Grenade L, Boldy D. Measuring loneliness in later life: a comparison of differing measures. *Rev Clin Gerontol*. 2005;15:63–70.
29. Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, et al. Performance of a Five-Item Mental Health Screening Test. *Med Care*. 1991;29:169–76.
30. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, et al. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27:263–72.
31. Martín U, Bacigalupe A, Vergara I, et al. La promoción de la salud en la población joven de Gipuzkoa: ampliando la visión a los determinantes sociales de la salud. Donostia-San Sebastian: Diputación Foral de Gipuzkoa; 2010.
32. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, et al. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria*. 2016;48:604–9.
33. Bauman Z. *Modernidad líquida*. Colección. Mexico DF: Fondo de Cultura Económica; 2003. p. 232.
34. Mosquera I, Machón M, Vergara I, et al. Desigualdades sociales en salud en población Mayr: revisión de los indicadores empleados en España. *Gac Sanit*. 2020;34:297–304.
35. López MJ, Lapena C, Sánchez A, et al. Community intervention to reduce social isolation in older adults in disadvantaged urban areas: study protocol for a mixed methods multi-approach evaluation. *BMC Geriatr*. 2019;19:44.