

Soledad no deseada y variables asociadas en población adulta en España.

Informe de la Red Soledad.es

María del Sequeros Pedroso-Chaparro^a

^aUniversidad Autónoma de Madrid, Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Madrid, España

Correspondencia: maria.pedroso@uam.es

Elaborado en la Comisión de Estudios y Jornadas de la Red Soledad.es

La soledad se define como una "condición psicológica debilitante caracterizada por una profunda sensación de vacío, inutilidad, falta de control y amenaza personal" (Cacioppo et al. 2010; p.453. Esta experiencia se ha visto asociada con consecuencias negativas en la salud física y mental de quienes la padecen (Cacioppo & Cacioppo, 2018; Lim et al., 2020; Ong et al., 2016) incluyendo una mayor mortalidad en quienes reportan puntuaciones más altas de soledad (Luo, et al., 2012).

Existen algunos factores que se asocian con mayores niveles de soledad. En estudios de revisión previos estos factores se han agrupado en tres: demográficos, de salud y socioambientales (Heinrich y Gullone, 2006; Lim, Eres y Vasan, 2020). Siguiendo esta clasificación, se presentan a continuación algunos de los factores de riesgo incluidos en cada categoría:

Factores demográficos

Existen algunos factores demográficos identificados en la literatura de forma consistente como factores de riesgo en la aparición de soledad no deseada como vivir solo o sola, un bajo estatus socioeconómico, ser inmigrante en una cultura diferente (Lim, Eres y Vasan, 2020) o, el desempleo (Morrish y Medina-Lara, 2021). Sin embargo, otros factores no están claramente identificados, como la edad o el género. Por ejemplo, un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra de cerca de 5.000 personas de entre 10 y 97

años encontró que la edad era un factor de riesgo relevante en los sentimientos de soledad no deseada, siendo la edad adulta temprana la edad más asociada a padecer soledad (Shovestul, et al., 2020). Sin embargo, Lim y colaboradores (2020) revisaron la literatura previa sobre factores de riesgo en la soledad no deseada y encontraron que los resultados sugieren mayor soledad tanto en adultos jóvenes como en personas mayores. Así mismo, Lim y colaboradores (2020) encontraron prevalencias más altas de soledad en mujeres frente a hombres, si bien, destacan la importancia de considerar las diferentes maneras de expresar la soledad en ambos géneros. Sin embargo, en una revisión sistemática del análisis de la asociación entre los sentimientos de soledad y el género, los resultados sugieren que los hombres informan de una soledad ligeramente mayor, pero concluyen que no hay una asociación clara entre la soledad y el género (Maes et al., 2019).

Factores de salud

Se conocen diferentes patologías físicas asociadas a los sentimientos de soledad como múltiples afecciones crónicas, que incluyen, por ejemplo, enfermedades cardíacas, hipertensión, derrames cerebrales, obesidad, diabetes y enfermedades pulmonares (Petitte et al., 2015). Así mismo, menor actividad física se ha visto asociada bidireccionalmente a reportar mayor soledad (Pels, y Kleinert, 2016). De forma similar, los resultados obtenidos por Wormald, McCallion, y McCarron (2019) sugieren que en las personas mayores la presencia de limitaciones físicas supone un disparador de los sentimientos de soledad.

Por otro lado, las enfermedades mentales también se han asociado a la aparición de soledad (Lim, Eres y Vasan, 2020). Por ejemplo, los resultados de Wang y colaboradores (2019) sugieren que quienes experimentan crisis de salud mental a menudo informan de una soledad relativamente severa, que generalmente es más severa durante el curso de la enfermedad. Así mismo, se han encontrado asociaciones de forma transversal entre enfermedades mentales como los trastornos psicóticos y la soledad (Michalska da Rocha, et al., 2017). Específicamente en población mayor, los resultados de la revisión sistemática de los trabajos que analizaban longitudinalmente los factores de riesgo para padecer soledad realizada por Dahlberg y colaboradores (2021) sugieren que la depresión constituye uno de los predictores en el desarrollo de mayores sentimientos de soledad. Finalmente, centrándonos, de nuevo, especialmente en la población mayor, la soledad se

ha visto asociada de forma consistente en la literatura al deterioro cognitivo (Boss et al., 2015).

Los factores de salud expuestos pueden ser tanto de riesgo como consecuentes, o, muy probablemente, en la mayoría de ellos, darse una relación bidireccional ente la soledad y estos factores.

Factores socioambientales

Probablemente, uno de los aspectos que más ha cambiado la forma de relacionarnos en las últimas décadas, favoreciendo mayor soledad, es la emergencia de la comunicación digital (Lim, Eres y Vasan, 2020), que en muchos casos ha podido ser un facilitador de la pérdida de interacciones personales y la emergencia de relaciones superficiales. Así mismo, ha supuesto una barrera para paliar la soledad en quienes no dominan las nuevas tecnologías. Por otra parte, los cambios socioeconómicos que han dado lugar a menor compromiso laboral de los trabajadores (Santas, Işık y Demir, 2017), así como el auge del teletrabajo, dificultan la interacción social y facilitan la aparición de soledad no deseada (Lim, Eres y Vasan, 2020). Así mismo, las jornadas laborales extensas, cada vez más frecuentes, se han asociado a mayor soledad (ver, por ejemplo, Zhong, et al., 2016).

Si bien no hay una relación biunívoca entre la soledad no deseada y el hecho de vivir solo (una persona puede vivir con otras y sentirse sola; una persona que vive sola puede gozar de una buena red social), como se ha identificado en la literatura, el hecho de vivir solo es un factor de riesgo en la soledad no deseada. Así según el INE (2020a) 4.889.900 hogares españoles están constituidos por una sola persona, es decir, un 10.30% de la población española vive sola. De ellas 2.758.500 tienen menos de 65 años y 2.131.400 superan esa edad. Por lo que respecta al sexo, se observa una mayor frecuencia de mujeres que viven solas, con un índice de 1,17. No podemos dejar de referirnos a las personas con discapacidad, en las cuales el hecho de vivir solas puede tener un efecto multiplicador de la vulnerabilidad, según el INE 1.128.200 personas con discapacidad viven solas, lo que supone en torno al 25% de todas las personas con discapacidad (INE, 2020b).

Así mismo, cabe considerar que si el hecho de vivir solo es un factor de riesgo en la soledad es posible que en las situaciones de restricción de la movilidad que se han dado

a causa de la pandemia de la COVID-19 este efecto podría haberse agravado, de ahí parte de la importancia de disponer de datos actualizados sobre la prevalencia de soledad en España.

Resultados preliminares del estudio: soledad no deseada y variables asociadas en población adulta en España. análisis de la red soledad.es

Han participado 406 adultos de entre 18 y 89 años (con una edad media de 48,78 años) desde octubre del 2021 hasta enero del 2022. La mayor parte de los participantes eran mujeres (60,6% mujeres). Respuestas al ítem: “Me siento solo”.

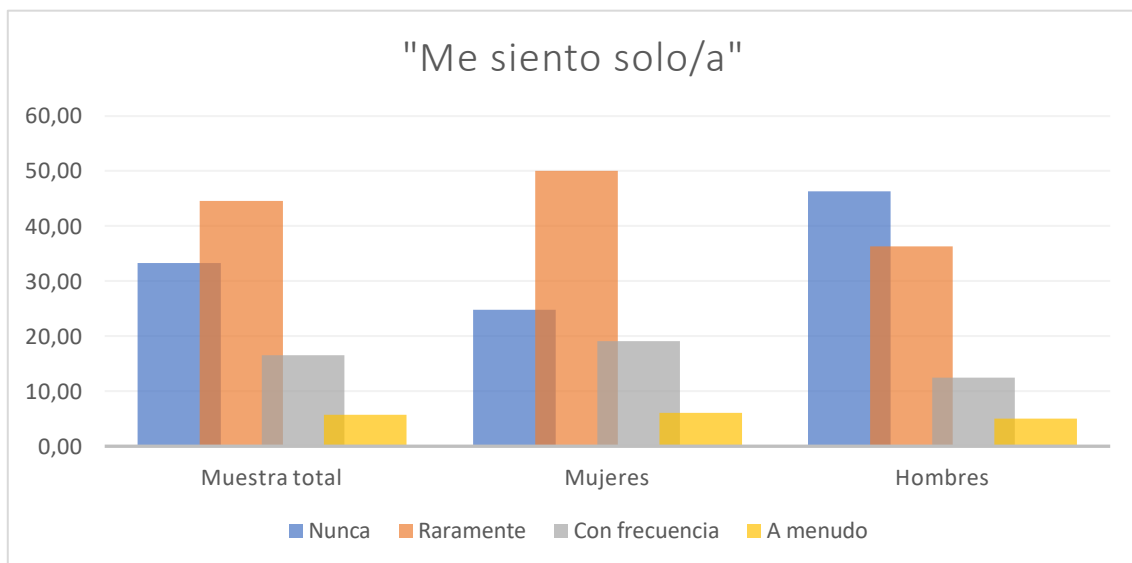


Ilustración 1. Prevalencias de soledad en función del género

Como muestra la tabla y el gráfico, más del 65% de las personas que participaron en la encuesta refieren sentir soledad al menos raramente, y, más del 22% con frecuencia o a menudo. Separando la población en función del género se encontró que más del 75% de las mujeres informaron de sentirse solas al menos raramente, frente al poco más del 50% de los hombres.

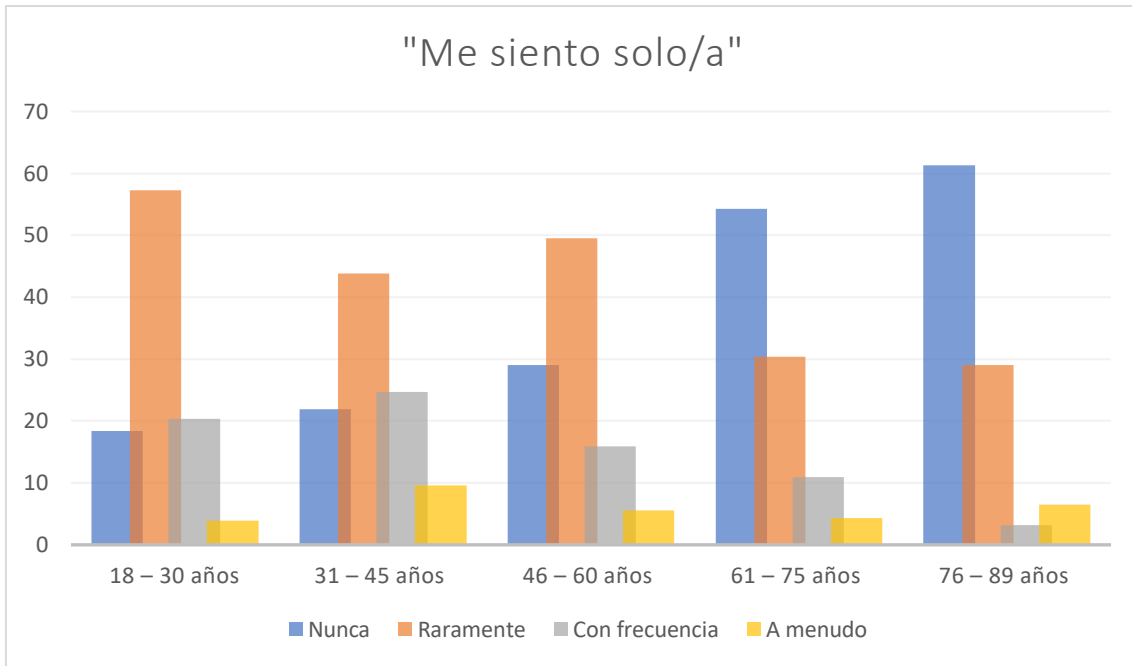


Ilustración 2. Prevalencias de soledad en función de la edad

Como muestra la ilustración 2, atendiendo a rangos de edad, las personas más jóvenes (de 18 a 30 años) refieren no sentirse solas nunca en menor medida frente a las personas más mayores; especialmente frente a los adultos mayores de 75 años, siendo los adultos mayores quienes reportan sentir soledad en menor medida, reportando no sentirse solos nunca más del 60% de los adultos mayores.

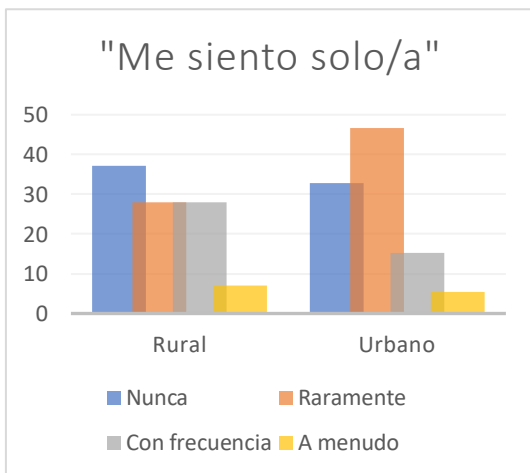


Ilustración 3. Prevalencias de soledad en función de la zona de residencia

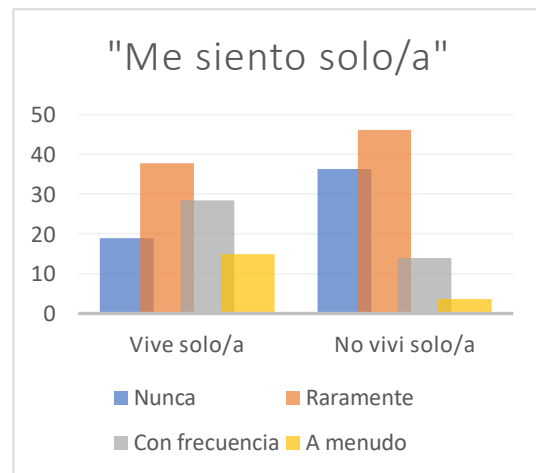


Ilustración 4. Prevalencias de soledad en función de vivir o no solo/a

Atendiendo a la soledad referida en función de la zona de residencia, como se muestra en la ilustración 3, más del 37% de quienes residen en una zona rural refieren no sentirse solos, frente a casi el 33% de quienes residen en una zona urbana. Sin embargo, casi el 35% de quienes residen en una zona rural refieren sentirse solos con frecuencia o a menudo, frente a casi el 21% de quienes residen en una zona urbana.

Si nos fijamos en los datos en función de vivir o no solo/a, uno de los factores que se ha asociado de forma consistente a la soledad en la literatura, encontramos que más del 36% de quienes viven solos refieren sentir soledad frente a casi el 19% de quienes no viven solos. Así mismo, más del 43% % de quienes viven solos/as refieren sentirse solos con frecuencia o a menudo, frente a casi el 18% de quienes no viven solos/as.

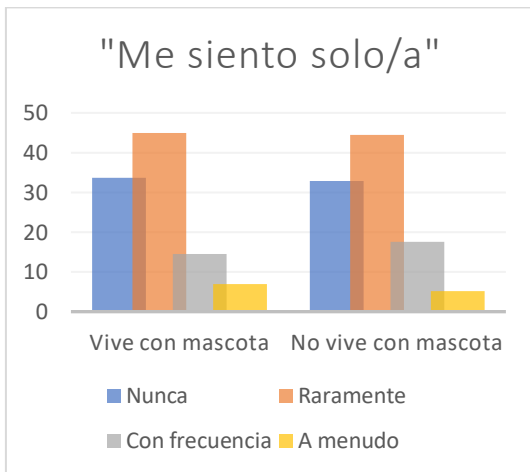


Ilustración 5. Prevalencias de soledad en función de si vive o no con una mascota

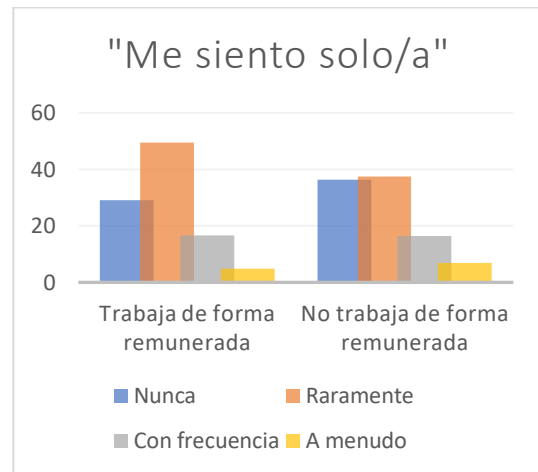


Ilustración 6. Prevalencias de soledad en función de trabajar o no de forma remunerada

Las ilustraciones 5 y 6 muestran los porcentajes de soledad en función de vivir o no con una mascota y trabajar o no de forma remunerada, respectivamente. Encontrándose porcentajes muy similares en los grupos que conviven o no con mascotas. Sin embargo, en el grupo de quienes trabajan de forma remunerada alrededor del 70% de los participantes indicó sentirse solo al menos raramente, frente alrededor del 60% de quienes no trabajan de forma remunerada.

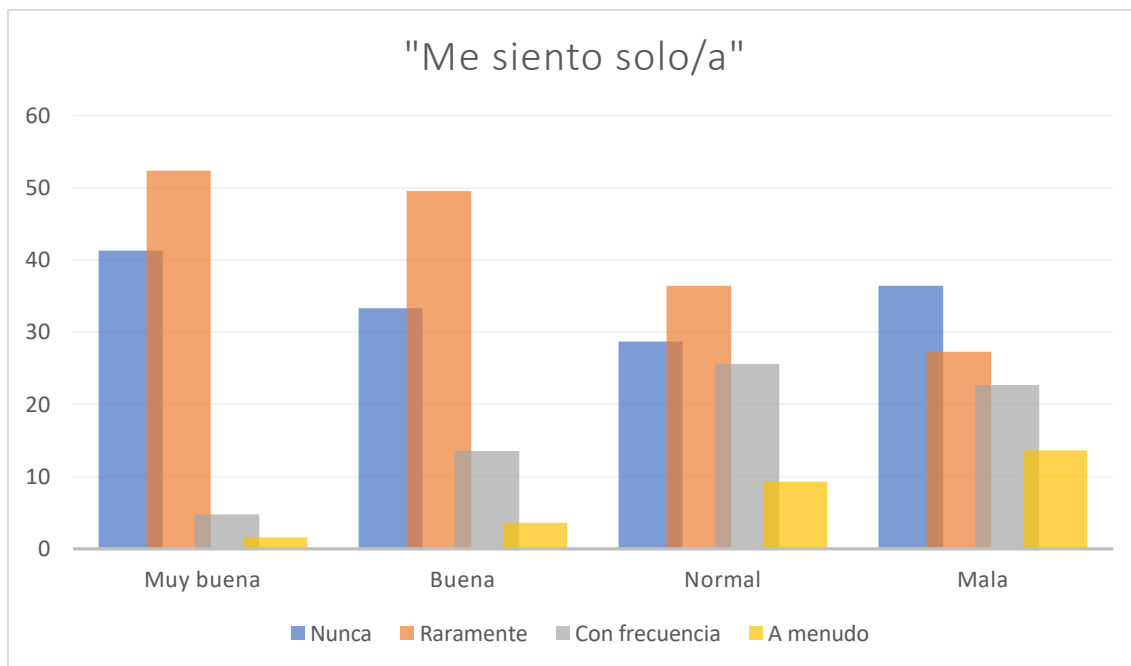


Ilustración 7. Prevalencias de soledad en función de la salud general percibida

Finalmente, en relación con la salud percibida, se encontró que el 6,4% de quienes reportaron muy buena salud, el 17% de quienes referían tener buena salud, el 35% de quienes referían tener una salud normal y más del 36% de quienes referían tener mala salud indicaron sentirse solos con frecuencia o a menudo.

Tabla 1. Prevalencias de soledad en función de las variables evaluadas

| Ítem: | Respuesta: Me siento así ... | | | |
|------------------------|---------------------------------|----------------|----------------|-----------|
| | Nunca | Raramente | Con frecuencia | A menudo |
| Me siento solo | | | | |
| Muestra total (n= 406) | 33,3% (135) | 44,6% (181) | 16,5% (67) | 5,7% (23) |
| En función del género: | | | | |
| Mujer (n= 246) | 24,8% (61) | 50% (123) | 19,1% (47) | 6,1% (15) |
| Hombres (n= 160) | 46,3% (74) | 36,3% (58) | 12,5% (20) | 5% (8) |
| En función de la edad: | | | | |
| 18 – 30 años (103) | 18,4% (19) | 57,3% (59) | 20,4% (21) | 3,9% (4) |
| 31 – 45 años (73) | 21,9% (16) | 43,8% (32) | 24,7% (18) | 9,6% (7) |
| 46 – 60 años (107) | 29,0% (31) | 49,5% (53) | 15,9% (17) | 5,6% (6) |

| | | | | |
|------------------------------------|----------------|----------------|------------|------------|
| 61 – 75 años (92) | 54,3% (50) | 30,4% (28) | 10,9% (10) | 4,3% (4) |
| 76 – 89 años (31) | 61,3% (19) | 29% (9) | 3,2% (1) | 6,5% (2) |
| Lugar de residencia | | | | |
| Rural (43) | 37,2% (16) | 27,9% (12) | 27,9% (12) | 7% (3) |
| Urbano (363) | 32,8% (119) | 46,6% (169) | 15,2% (55) | 5,5% (20) |
| Vive solo | | | | |
| Sí (n= 74) | 18,9% (14) | 37,8% (28) | 28,4% (21) | 14,9% (11) |
| No (n= 331) | 36,3% (120) | 46,2% (153) | 13,9% (46) | 3,6% (12) |
| Vive con mascota | | | | |
| Sí (n= 131) | 33,6% (44) | 45% (59) | 14,5% (19) | 6,9% (9) |
| No (n= 274) | 32,8% (90) | 44,5% (122) | 17,5% (48) | 5,1% (14) |
| Trabaja de forma remunerada | | | | |
| Sí (n= 245) | 29% (71) | 49,4% (121) | 16,7% (41) | 4,9% (12) |
| No (n= 160) | 39,4% (63) | 37,5% (60) | 16,3% (26) | 6,9% (11) |
| Salud general | | | | |
| Muy buena (n= 63) | 41,3% (26) | 52,4% (33) | 4,8% (3) | 1,6% (1) |
| Buena (n= 192) | 33,3% (64) | 49,5% (95) | 13,5% (26) | 3,6% (7) |
| Normal (n= 129) | 28,7% (37) | 36,4% (47) | 25,6% (33) | 9,3% (12) |
| Mala (n= 22) | 36,4% (8) | 27,3% (6) | 22,7% (5) | 13,6% (3) |

Referencias:

- Boss, L., Kang, D. H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541-553.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). 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. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2021). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, 1-25.
- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2021). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, 1-25.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- Lim, M.H., Eres, R. & Vasan, S. (2020). Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 793–810 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01889-7>
- Luo, Y., Hawkley, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907–914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>

- Luo, Y., Hawkley, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907–914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Maes, M., Qualter, P., Vanhalst, J., Van den Noortgate, W., & Goossens, L. (2019). Gender differences in loneliness across the lifespan: A meta-analysis. *European Journal of Personality*, 33(6), 642–654. <https://doi.org/10.1002/per.2220>
- Michalska da Rocha, B., Rhodes, S., Vasilopoulou, E., & Hutton, P. (2017). Loneliness in Psychosis: A Meta-analytical Review. *Schizophrenia Bulletin*, 44(1), 114–125. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx036>
- Morrish, N., & Medina-Lara, A. (2021). Does unemployment lead to greater levels of loneliness? A systematic review. *Social science & medicine* (1982), 287, 114339. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114339>
- Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449. <https://doi.org/10.1159/000441651>
- Pels, F., & Kleinert, J. (2016). Loneliness and physical activity: A systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 9(1), 231–260. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2016.1177849>
- Petitte, T., Mallow, J., Barnes, E., Petrone, A., Barr, T., & Theeke, L. (2015). A Systematic Review of Loneliness and Common Chronic Physical Conditions in Adults. *The Open Psychology Journal*, 8(1), 113–132. <https://doi.org/10.2174/1874350101508010113>
- Santas, G., Işık, O., & Demir, A. (2017). The effect of loneliness at work; work stress on work alienation and work alienation on employees' performance in Turkish health care institution. *South Asian Journal of Management Sciences*, 10 (2), 30 – 38. <https://doi.org/10.21621/sajms.2016102.03>

- Shovertul, B., Han, J., Germine, L., & Dodell-Feder, D. (2020). Risk factors for loneliness: The high relative importance of age versus other factors. *PLOS ONE*, 15(2), e0229087. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229087>
- Wang, J., Lloyd-Evans, B., Marston, L., Ma, R., Mann, F., Solmi, F., & Johnson, S. (2019). Epidemiology of loneliness in a cohort of UK mental health community crisis service users. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01734-6>
- Wormald, A. D., McCallion, P., & McCarron, M. (2019). The antecedents of loneliness in older people with an intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 85, 116–130. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.11.009>
- Zhong, B., Xu, Y., Jin, D., Zou, X., & Liu, T. (2016). Prevalence and correlates of loneliness among Chinese service industry migrant workers: A cross-sectional survey. *Medicine*, 95(24), e3903. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003903>
- INE (2020a). *La primera es Encuesta continua de hogares 2020*. Recuperado de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
- INE (2020b). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia*. Recuperado de: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=8596&capsel=8597>