

## **Indicadores de soledad y aislamiento en adolescentes de dos provincias del Norte Argentino<sup>1</sup>**

### **Indicators of Loneliness and Isolation in Adolescents from two Provinces in the North of Argentina**

**Ana Betina Lacunza<sup>2</sup>, Claudia Paola Coronel<sup>2</sup>, Evangelina Norma Contini<sup>2</sup>, Lourdes Martin<sup>2</sup>, Susana Medina<sup>3</sup>**

---

#### **Resumen**

El objetivo de este trabajo fue evaluar indicadores de soledad y aislamiento autopercibida por 412 adolescentes escolarizados, residentes en Tucumán y Santiago del Estero (Argentina). Se trató de un estudio comparativo, transversal con muestreo accidental. Se administró el Cuestionario de Aislamiento y Soledad (CAS), la Batería de Socialización (BAS-3) y una encuesta sociodemográfica. El 28% manifestaba comportamientos riesgosos en soledad y 25% en aislamiento. Un 7% refería comportamientos con mayor propensión psicopatológica. El grupo con riesgo en soledad presentaba déficits en habilidades sociales: menor consideración con los demás, menor liderazgo y mayor retraimiento respecto a sus pares sin riesgo; los de riesgo en aislamiento mostraba menor autocontrol. Los datos descriptos identificaron indicadores de vulnerabilidad en población adolescente escolarizada y son valiosos para diseñar estrategias de intervención como prevención.

**Palabras clave:** soledad - aislamiento - introversión - autocontrol - adolescentes

---

Citar: Lacunza, Ana Betina et al. «Indicadores de soledad y aislamiento en adolescentes de dos provincias del norte argentino». *Cuadernos Universitarios* [Salta, Argentina], núm. 10, 2017: xx-xx

---

<sup>1</sup> Este estudio fue posible por el financiamiento de la Universidad Nacional de Tucumán, la Universidad Católica de Santiago del Estero y una beca CIN del Consejo Interuniversitario Nacional. Se agradece la colaboración de los siguientes investigadores en tareas de trabajo de campo: Álvarez, Melisa (UCSE); Caballero, Silvina Valeria (UNT); Cohen Imach, Silvina (UNT); Coria, Valeria (UCSE); Esterkind, Ana (UNT); González, Magalí (UCSE); Hormigo, Karina (UNT); Levin, Mariel (UNT) y Mejail, Sergio (UNT).

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.

<sup>3</sup> Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad, Universidad Católica de Santiago del Estero.

## Abstract

The aim of this paper was to evaluate indicators of self-perceived loneliness and isolation by 412 adolescents attending school and living in Tucumán and Santiago del Estero (Argentina). A comparative, transversal research was carried out and the technique used was accidental sampling. The loneliness and isolation questionnaire (CAS), BAS-3 Socialization Battery and a sociodemographic survey were administered. 28% evidenced risky behaviour in loneliness and 25% in isolation. Within this group, 7% presented a higher psychopathological tendency. The group in loneliness at risk showed lack of social skills related to less consideration for others, a lower degree of leadership and higher degree of withdrawal. On the other hand, the group in isolation at risk evidenced a reduced level of self-control. The data described made it possible to identify indicators of vulnerability in adolescent population who attend school and they proved to be valuable to design intervention strategies as prevention.

**Keywords:** loneliness - isolation - introversion - self-control - adolescents.

## Introducción

La etapa adolescente está caracterizada por la presencia de cambios físicos, cognitivos y sociales. Algunos de estos cambios pueden estar asociados con la probabilidad del adolescente de participar en comportamientos de riesgo y, por lo tanto, desarrollar problemáticas psicosociales (Torregrosa, Inglés, Estévez-López, Musitu y García-Fernández, 2011). Casullo, Cruz, González y Maganto (2003) señalan que es necesario diferenciar en la etapa adolescente malestares transitorios de patrones psicopatológicos. Estos últimos resultan de la interacción de diversas variables, entre las que se destacan el nivel de ajuste o la vulnerabilidad personal, las condiciones previas de salud, las situaciones de riesgo como la presencia o ausencia de factores protectores. Como bien señala Donas Burak (2001) con el desarrollo de sistemas de atención de la salud de los adolescentes se comenzó a emplear el denominado enfoque de riesgo. Así, se utilizaron conceptos tales como *factores de riesgo*, *conductas de riesgo* y *vulnerabilidad*. Los factores de riesgo son aquellas «características

detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que señalan una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño» (p. 490). En la etapa adolescente existen importantes factores de riesgo, que pueden valorarse como estresores (Buelga, Cava y Musitu, 2012; Páramo, 2011). A su vez, los factores protectores serían aquellas características individuales o contextuales que pueden contrarrestar los efectos de los factores de riesgo y, por ende reducir la vulnerabilidad. Sartori, Zabaleta, Aguilar y López (2013) afirman que

... no existe un conjunto aislado de factores responsables de un desarrollo inadecuado y consideran que las probabilidades de un incremento en la aparición de episodios traumáticos, para un niño o adolescente, es consecuencia de una descompensación entre los factores de riesgo y protección presentes en el contexto de desarrollo (pág. 32).

Donas Burak (2001) señala que el nivel de vulnerabilidad de un sujeto es el resultado de la interacción de múltiples factores, protecto-

res y de riesgo, tanto de orden biológico, psico-social como del entorno. La complejidad inherente a este constructo llevó a que fuese mencionado de modo diverso, sin que hubiera una definición unívoca. Esta posibilidad de que se produzca un daño o un riesgo es mayor en la etapa adolescente, por lo que la vulnerabilidad en este momento evolutivo debe ser valorada teniendo en cuenta tanto los factores protectores generales y específicos como los factores de riesgo generales y específicos, así como las conductas de riesgo existentes. Para el tema objeto de estudio —soledad y aislamiento— factores protectores generales serían, por ejemplo, contar con una buena comunicación familiar y, un factor protector específico, un noviazgo con buen vínculo; en cambio, un factor de riesgo general estaría dado por ser partícipe de violencia intrafamiliar, o la deserción escolar; mientras que puede considerarse como factor específico de riesgo, a modo de ejemplo, que el adolescente se perciba deprimido, o bien que un miembro del grupo familiar haya tenido una tentativa de suicidio.

Un factor de riesgo para la salud mental del adolescente es la presencia crónica de soledad (Mc Whriter, 1990) y los comportamientos desajustados que pueden asociarse a esta percepción negativa (por ejemplo, los comportamientos suicidas).

El sentirse solo y experimentar situaciones solitarias son circunstancias que los sujetos pueden experimentar a lo largo de la vida. Sin embargo, estas experiencias pueden ser relevantes en la etapa adolescente (Majorano, Musetti, Brondino y Corsano, 2015). Es sabido que en la adolescencia los sentimientos de soledad presentan una alta frecuencia, dada por carencias afectivas y pobres vínculos significativos con las personas del entorno del joven (López Quintero, Pérez Nieto y Castro Camacho, 2012). En comparación con los niños, los adolescentes pasan una creciente cantidad de

tiempo solos por lo que la sensación de soledad es una experiencia común en este período de la vida (Qualter et al, 2015).

Retomando aspectos evolutivos, se plantea que el proceso de separación-individuación propuesto por Blos (1981) como la búsqueda de experiencias interpersonales relacionadas a la adquisición de la identidad, llevan a los adolescentes a experimentar experiencias solitarias (Majorano et al, 2015). Esto supone que los adolescentes redefinen las relaciones con las figuras parentales, alejándose de la dependencia familiar, mientras que incrementan la construcción de redes sociales con sus pares. Estas tareas, vinculadas a la definición de su identidad, llevan a que los adolescentes necesiten estar conectados con sus pares y demanden el apoyo de sus padres, pero al mismo tiempo, requieran definir un sentido de sí mismo. Es así, como en este camino de consolidación de la identidad pueda aumentar la vulnerabilidad para desarrollar lo que se denomina soledad emocional, «una experiencia subjetiva mucho más compleja que tiene su origen en el modo en el que el individuo percibe la calidad de sus relaciones» (Expósito y Moya, 2000, pág. 580) o social (la no pertenencia a un grupo o red que supongan un sentido de pertenencia) (Torres Fermán et al., 2014).

Qualter et al. (2015) analizaron los cambios sustanciales en las experiencias sociales de los sujetos vinculadas al desarrollo. Según lo observado, estos cambios aumentan la probabilidad de conexión-desconexión social a partir de las oportunidades específicas del contexto. Cuando los cambios en el entorno social se acompañan de cambios físicos y psicológicos, la prevalencia de la percepción de soledad tiende a ser mayor. Por ejemplo, estos autores mencionan que el porcentaje de adolescentes que se sienten solos cuando inician la pubertad y enfrentan el reto de establecer la propia identidad es tan alto como en la vejez,

cuando hay un aumento de la fragilidad, una disminución de la movilidad y la pérdida de seres queridos.

La soledad es un fenómeno que se conoce universalmente, con repercusiones importantes en el funcionamiento psicológico (Yárnoz-Yaben, 2008). La soledad es definida por Peplau y Perlman (1982) como el deseo no logrado de mantener relaciones satisfactorias próximas con otros significativos, en tanto, el aislamiento se presenta como la evitación de vínculos psicosociales por parte del sujeto. Weiss (1973) planteó que la soledad es un fenómeno multidimensional que varía en intensidad, causas y circunstancias. Este autor discriminó la soledad social de la emocional, considerando que la primera da cuenta de la carencia de relaciones sociales, la que provoca aislamiento, aburrimiento y sentimiento de marginalidad (Yárnoz-Yaben, 2008). En tanto, la soledad emocional supone la ausencia de relaciones románticas o personales que generen sentimientos de afecto y seguridad, esenciales para el establecimiento de un apego seguro (Brennan, 1982).

Heinrich y Gullone (2006) realizaron un análisis teórico del constructo soledad desde un enfoque clínico y desde el papel que tiene en los déficits sociales durante la adolescencia; señalaron que, si bien cierta vivencia de soledad se espera durante este período, los sentimientos persistentes y dolorosos no son normativos. La adolescencia se presenta como un período proclive a la experiencia de soledad y que, si no se resolviera en su transcurso, afectará las relaciones sociales y la salud mental en la vida adulta.

Puesto que la soledad es vivenciada por los adolescentes como una experiencia prolongada y dolorosa que puede asociarse a comportamientos riesgosos para la salud, Stickley, Koyanag, Kuposov, Schwab-Stone y Ruchkin (2014) analizaron estas relaciones en un estudio transcultural con 2050 adolescentes esta-

dounidenses y 1995 rusos. Se evaluó la vinculación entre soledad y consumo de sustancias, prácticas violentas y conductas sexuales de riesgo. Se encontró que las adolescentes rusas solitarias fueron más propensas al consumo de marihuana, como los varones rusos al consumo de cigarrillos; mientras que en sus pares norteamericanos predominó el consumo de otras drogas lícitas, como el alcohol. Si bien se observó una mayor presencia de síntomas depresivos en adolescentes con embarazos precoces, lo que permitió inferir a los autores que la presencia del embarazo podría haber sido un precursor de la soledad (puesto que se trabajó con adolescentes de 13 a 15 años) mientras que el uso de sustancias pudo ser una forma de aliviar los sentimientos negativos propios de la soledad. Vanshalst, Luyck y Goossens (2014) estudiaron características individuales, como autoestima y timidez, y las experiencias de victimización, cantidad y calidad de amigos—relacionados con la soledad, en 884 adolescentes, con una edad promedio de 16 años. Los resultados mostraron que la falta de aceptación por parte de los pares, ser víctima de situaciones violentas, carecer de amigos y experimentar amistades de mala calidad contribuían a la experiencia de soledad. A nivel local, Contini, Lacunza y Medina (2012) estudiaron la percepción de soledad y aislamiento en 337 adolescentes de la ciudad de Santiago del Estero (Argentina). Un 23% de adolescentes de nivel socioeconómico bajo y alto mostraban comportamientos de soledad mientras que el 20% de estos autopercebían aislamiento. En tanto, Contini, Coronel y Mejail (2012) analizaron la percepción de soledad y aislamiento relacionado con el estilo de habilidades sociales de adolescentes de Tucumán (Argentina). Encontraron que los sujetos con mayor autopercepción de soledad registraban indicadores elevados de retraimiento social y que un

elevado registro de aislamiento correlacionaba con altas puntuaciones en las dimensiones inhibitorias de la socialización.

Aunque los estudios sobre indicadores de soledad y aislamiento están en expansión, todavía son escasos los estudios que contemplan la influencia del contexto de residencia en la expresión de estos factores de riesgo. Desde una perspectiva transcultural, se plantea la necesidad de realizar investigaciones que enfatizen la influencia ecológica como socio-cultural en la percepción de la soledad y el aislamiento. En este marco, los objetivos del presente trabajo fueron: a) describir la autopercepción de soledad y aislamiento (según CAS) de los adolescentes del norte argentino (Tucumán y Santiago del Estero); y b) describir las habilidades sociales (BAS-3) según la presencia de soledad y aislamiento (CAS) como del lugar de residencia. Si bien se analizaron poblaciones adolescentes de dos ciudades del NOA, se partió de la hipótesis de que el lugar de residencia influiría en la percepción de soledad, aislamiento y tipo de habilidades sociales.

## **Método**

*Participantes:* 412 adolescentes, asistentes a 6° y 7° año de nivel primario, de escuelas públicas de San Miguel de Tucumán y de Santiago del Estero, Argentina. Las edades estuvieron comprendidas entre 10 y 16 años ( $M=12$  años,  $DS=1.39$ ). El 56% eran mujeres y el 37% tenía 12 años de edad. El 52% de los adolescentes residía en Santiago del Estero.

### **Materiales**

- Batería de Socialización BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 1989): prueba objetiva de 75 ítems, aplicable a adolescentes de 11 a 19 años de edad, de autoadministración individual con dos opciones de respuesta (Sí-No). Permite obtener un perfil del comportamiento

social del adolescente a partir de cinco dimensiones de socialización: Consideración con los demás (Co); Autocontrol (Ac); Retraimiento Social (Re). Ansiedad Social / Timidez (At); Liderazgo (Li). Cuenta con una escala de Sinceridad (S) que fue incluida para evaluar la consistencia interna de las respuestas a las escalas. Los estudios de fiabilidad mostraron una consistencia interna satisfactoria (coeficientes *alpha* de .73 a .82 para las distintas escalas). El test-retest, en un intervalo de cuatro meses, confirmó una estabilidad temporal adecuada para Autocontrol ( $r = .66$ ) y Liderazgo ( $r = .61$ ), siendo menor para Consideración con los demás ( $r = .42$ ) y Retraimiento ( $r = .43$ ) (Silva Moreno y Martorell Pallás, 1989). Un estudio local analizó las propiedades psicométricas de la BAS-3 en población adolescente temprana de S. M. de Tucumán, encontrándose que el análisis factorial exploratorio identificaba cinco factores (sin incluir la escala S) que explicaban el 26,65% de la varianza total. Desde el modelo jerárquico de la socialización propuesto por los autores mostraba una solución de dos factores que explicaban el 53,13% de la varianza. Las asociaciones estadísticas observadas daban cuenta de la presencia de factores primarios, secundarios y terciarios de la socialización. El análisis de fiabilidad indicó una consistencia interna satisfactoria en las escalas facilitadoras e inhibitorias (coeficiente *alpha* de Cronbach: Consideración .688, Autocontrol .676, Retraimiento .685, Ansiedad-timidez .721, Liderazgo .520 y Sinceridad .608) (Lacunza, Caballero y Contini, 2013). Este análisis factorial exploratorio justifica la utilización de la prueba en el presente estudio.

- Cuestionario de Aislamiento y Soledad (Casullo, 1998): contiene 25 ítems (cuatro opciones de respuesta: siempre, algunas veces, casi nunca, nunca). Doce ítems evalúan soledad y trece tendencia al aislamiento; algunos

ítems se computan de manera directa y otros de forma inversa. Según su autora, presenta adecuadas características psicométricas. En una muestra de 25 alumnos de tercer año se calculó la confiabilidad a partir de la técnica de test-retest, encontrándose un valor de  $r = .071$ . Casullo (1998) señala que la prueba surgió en base a la escala UCLA de Rusell, Peplau y Cutrona (1980), como de otros referentes teóricos sobre la percepción de la estructura causal de los sentimientos de soledad. Un estudio con adolescentes de Necochea (Buenos Aires) mostró que la prueba presenta índices aceptables de confiabilidad (Soledad  $\bar{U} = .81$ , Aislamiento  $\bar{U} = .83$ ) (Di Rico, Paternain, Portillo y Galarza, 2016).

- Encuesta sociodemográfica (diseñada para el presente estudio): explora datos personales del adolescente (sexo, edad, zona de residencia, nivel educativo en curso) como composición del grupo familiar (ocupación y educación alcanzada por el principal sostén del hogar).

#### Procedimiento y aspectos éticos

Se trató de un estudio comparativo-correlacional, no experimental, de tipo transversal (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010), *ex post facto* retrospectivo (Montero y León, 2007). Tal como fue descripto en otros escritos del equipo de investigación, los adolescentes participaron de modo voluntario, anónimo, previo consentimiento informado de sus padres. La recolección de datos se realizó en las instituciones escolares, con una administración grupal de 40 minutos aproximadamente. Para esta presentación se han considerado participantes de nivel socioeconómico bajo (estimado a partir de la ocupación y educación del principal sostén del hogar) que asistían a escuelas públicas. Se realizaron análisis descriptivos de los instrumentos, considerándose como variable independiente el lugar de residencia. Si bien

no se tuvo como objetivo validar el CAS, se establecieron datos normativos para población adolescente temprana de ambas ciudades del NOA. Se identificaron niveles de riesgo en soledad y aislamiento considerando puntos de corte percentilares. Posteriormente se realizaron análisis uni y multivariados. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 17.0.

## Resultados

El primer objetivo fue describir la autopercepción de soledad y aislamiento (CAS) de los adolescentes del norte argentino (Tucumán y Santiago del Estero). Se establecieron puntuaciones descriptivas de la prueba y puntajes percentilares, tomando a la misma muestra como grupo normativo. El 28% de la muestra total presentaba percentiles superiores a 75 en la dimensión soledad y el 25% en Aislamiento (se consideraron como indicador de riesgo aquellos desempeños superiores al  $P 75$ ). A partir de pruebas no paramétricas se identificó la relación entre variables y la presencia de altos puntajes en la dimensión soledad como aislamiento, encontrándose que el 14% se ubicaba en percentiles superiores a 75 en ambas dimensiones del CAS ( $\chi^2(1, 411) = 43.89, p = .000$ ).

Puesto que se encontraron diferencias estadísticas en ambas dimensiones del CAS según el lugar de residencia (soledad:  $t = -6.07, p = .000$ ; aislamiento  $t = -2.74, p = .006$ ) y los adolescentes de Tucumán se autopercebían con mayor sentimiento de soledad respecto a sus pares de Santiago del Estero, se decidió establecer puntuaciones percentilares para cada grupo (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Puntajes brutos y percentiles de dimensiones CAS según lugar de residencia

Percentiles	Soledad (puntajes brutos)		Aislamiento (puntajes brutos)	
	Tucumán	Santiago del Estero	Tucumán	Santiago del Estero
5	13	12	17	15
10	15	14	18	16
25	20	16	21	20
75	26	23	29	28
90	30	28	32	31
95	32	29	35	32
descriptivos	$M=22.96$ $DE=5.34$ Puntaje min: 11 Puntaje máx: 36	$M=19.83$ $DE=5.06$ Puntaje min: 8 Puntaje máx: 35	$M=25.02$ $DE=5.49$ Puntaje min: 13 Puntaje máx: 47	$M=23.53$ $DE=5.49$ Puntaje min: 7 Puntaje máx: 38

Posteriormente se consideraron tres puntos de cortes en las categorías percentilares superiores a 75: a) riesgo leve (P75 a P89), b) riesgo moderado (P90 a P94) y c) riesgo grave (P 95 a P99). Se observó que el 7% y el 6% de los participantes se ubicaban en un nivel de riesgo mayor de soledad y aislamiento, respectivamente. Considerando el lugar de residencia, alrededor del 6% de los adolescentes de ambas provincias mostraban un nivel de riesgo grave en ambas dimensiones del CAS (ver Tabla 2).

**Tabla 2.** Niveles de riesgo dimensiones CAS según muestra total y lugar residencia

Niveles de riesgo	% de presencia según muestra total					
	Soledad			Aislamiento		
	Total (N: 117)	Tucumán (n: 59)	Stgo. del Estero (n: 58)	Total (n: 105)	Tucumán (n: 50)	Stgo. del Estero (n: 55)
leve	17	19	10	14	15	8
moderado	4	5	2	5	4	4
grave	7	6	5	6	6	4

Siguiendo lo indicado en el segundo objetivo, se observó que los adolescentes con mayor autopercepción de soledad (CAS) presentaban menor nivel de habilidades en consideración con los demás (*Co*) ( $F(1, 410) = 3.56, p = .060$ ), en liderazgo (*Li*) ( $F(1, 410) = 3.22, p = .073$ ) respecto a sus pares sin riesgo. Cabe destacar que este grupo en riesgo también refería mayor ansiedad social y timidez al momento de iniciar relaciones sociales (*At*) ( $F(1, 410) = 6.45, p = .011$ ) que sus pares sin riesgo. Por su parte, el grupo de adolescentes con riesgo en la dimensión Aislamiento (CAS) se describía con menor autocontrol en las situaciones de interacción social (*Ac*) ( $F(1, 409) = 5.41, p = .020$ ) y mayor retraimiento social (*Re*) ( $F(1, 409) = 11.39, p = .001$ ) que sus pares sin riesgo en esta dimensión (ver Tabla 3).

**Tabla 3.** Escalas BAS-3 según riesgo en Soledad y Aislamiento (CAS)

BAS-3	Soledad						Aislamiento					
	Con riesgo (n: 117)		Sin riesgo (n: 295)		F	p	Con riesgo (n: 105)		Sin riesgo (n: 306)		F	p
	M	DE	M	DE			M	DE	M	DE		
Co	10.91	2.95	11.47	2.63	3.56	.060	11.10	2.71	11.42	2.69	1.07	.301
Ac	9.38	2.79	9.66	2.71	.873	.351	9.06	2.8	9.78	2.68	5.41	.020
Li	7.1	2.49	7.79	2.48	3.22	.073	7.29	2.46	7.7	2.51	2.14	.144
Re	4.06	2.38	3.62	2.21	.690	.407	4.37	2.42	3.51	2.16	11.39	.001
At	5.35	2.77	5.61	2.89	6.45	.011	5.76	2.82	5.45	2.88	.882	.348
S	3.66	2.2	3.55	2.19	2.13	.644	3.69	2.41	3.53	2.1	.397	.529

Nota. Co (Consideración con los demás); Ac (Autocontrol); Li (Liderazgo); Re (Retraimiento); At (Ansiedad Social / timidez)

Por otro lado se analizaron las habilidades sociales a partir de las escalas de la BAS-3 considerando el lugar de residencia. Un análisis a partir de la prueba t de *Student* mostró que los adolescentes de Tucumán referían menor autocontrol en las relaciones sociales (*Ac*) respecto a sus pares de Santiago del Estero. Asimismo, los adolescentes de Tucumán se percibían con mayor retraimiento (*Re*) y ansiedad social (*At*) que sus pares de Santiago del Estero (ver Tabla 4).

**Tabla 4.** Escalas BAS-3 según lugar de residencia

BAS-3	Tucumán (n:197)		Santiago del Estero (n:215)		t	p
	M	DE	M	DE		
Co	11.2	2.61	11.44	2.84	.895	.371
Ac	9.11	2.5	10.04	2.86	3.52	.000
Li	7.34	2.53	7.82	2.46	1.93	.053
Re	4.13	2.34	3.4	2.13	-3.32	.001
At	6.04	2.84	5.09	2.81	-3.38	.001
S	4.21	2.15	3.02	2.07	-5.69	.000

Nota.  $p < .05$

Nota. Co (Consideración con los demás); Ac (Autocontrol); Li (Liderazgo); Re (Retraimiento); At (Ansiedad Social / timidez)

Posteriormente se llevó a cabo un análisis multivariado de la varianza (MANOVA) con un diseño 2 (soledad = con y sin riesgo) x 2 (aislamiento: con y sin riesgo) x 2 (lugar residencia = Tucumán y Santiago del Estero). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la interacción entre soledad, aislamiento y lugar de residencia (*Lambda de Wilks* = .022, *F* (6, 398) = 1.52,  $p = .169$ ). Solo se observó interacción entre la variable aislamiento y lugar de residencia (*Lambda de Wilks* = .034, *F* (6, 398) = 2.34,  $p = .031$ ). Los análisis multivariados mostraron que los adolescentes de Tucumán, con mayor percepción de soledad y aislamiento, presentaban mayor percepción de ansiedad social (*At*) (ver Tabla 5).

**Tabla 5.** Tipo de habilidades sociales según percepción de riesgo en soledad, aislamiento y lugar de residencia. Muestra completa

Escala s BAS- 3	Soledad sin riesgo				Soledad con riesgo				F	p
	Riesgo en aislamiento		Sin riesgo en aislamiento		Riesgo en aislamiento		Sin riesgo en aislamiento			
	Tucumán	Stgo.del Estero	Tucumán	Stgo.del Estero	Tucumán	Stgo. del Estero	Tucumán	Stgo.del Estero		
Co	10.85 (DE: 2.88)	11.76 (DE: 2.46)	11.59 (DE: 2.9)	11.43 (DE: 2.22)	10.4 (DE: 2.8)	11.35 (DE: 2.65)	11.36 (DE: 2.94)	10.453 (DE: 3)	.681	.410
Ac	8.21 (DE: 2.06)	9.57 (DE: 2.78)	9.41 (DE: 2.4)	10.17 (DE: 2.94)	8.13 (DE: 2.71)	10.05 (DE: 3.08)	9.44 (DE: 2.67)	9.7 (DE: 2.13)	.640	.424
Li	7.6 (DE: 2.16)	7.47 (DE: 2.24)	7.7 (DE: 2.44)	7.94 (DE: 2.62)	6.04 (DE: 2.78)	7.73 (DE: 2.45)	6.88 (DE: 2.65)	7.58 (DE: 1.69)	1.24	.266
Re	5.64 (DE: 2.18)	3.71 DE: 2.41	3.59 (DE: 2.12)	3.22 DE: 2.05	5 (DE: 2.09)	3.23 (DE: 2.29)	3.94 (DE: 2.63)	4.25 (DE: 1.96)	.156	.693
At	6.28 (DE: 2.74)	6.42 (DE: 3.1)	5.95 DE: 2.76)	5.06 (DE: 2.92)	6.81 (DE: 2.78)	4.23 (DE: 2.11)	5.52 (DE: 3.18)	5.29 (DE: 2.44)	5.90	.016

Nota.  $p < .05$

Nota. Co (Consideración con los demás); Ac (Autocontrol); Li (Liderazgo); Re (Retraimiento); At (Ansiedad Social/ timidez)

## Discusión

El primer objetivo fue describir la autopercepción de soledad y de aislamiento de los adolescentes del norte argentino. Se destaca que el 28% de la muestra total presentaba percentiles superiores a 75 en la dimensión Soledad y el 25% en Aislamiento, encontrándose que el 14% de estos se ubicaban en percentiles superiores a 75 en ambas dimensiones del cuestionario CAS. Estos hallazgos dan cuenta de que estos adolescentes presentarían mayor propensión a desarrollar cuadros psicopatológicos vinculados a los sentimientos de soledad y aislamiento. Estos datos mantienen la línea de lo planteado por Qualter et al. (2015) respecto a que los porcentajes de percepción

de soledad son más altos en los adolescentes que enfrentan el reto de establecer su propia identidad respecto a otros momentos evolutivos. Estos autores refirieron a Bartels, Cacioppo, Hudziak y Boomsma (2008), quienes encontraron que un 20% de niños y adolescentes tempranos (7- 12 años) referían sentirse solos a menudo. Sí es importante destacar, tal como plantean estos autores, la contribución de la herencia en el análisis de las diferencias individuales respecto a la percepción de soledad. Si bien este estudio encontró que el 58% de la varianza era explicada por factores genéticos a los 7 años de edad, mientras que tendía a bajar al 26% a los 12 años; esto mostraba que el porcentaje de las influencias ambientales presentaba un papel decisivo en este momento evolu-

tivo (Bartels et al, 2008). De allí que resulten fundamentales las intervenciones tempranas que intenten mitigar los sentimientos crónicos de soledad en población vulnerable y eviten la cristalización de psicopatologías.

El segundo objetivo fue describir las habilidades sociales (evaluadas por BAS-3) de los participantes según la presencia de soledad, aislamiento (evaluado por el CAS) y el lugar de residencia. Se encontró que los adolescentes con mayor percepción de soledad presentaban déficits en sus habilidades sociales, sobre todo en comportamientos facilitadores de la socialización. Este grupo presentaba un bajo nivel de sensibilidad social y de iniciativa para encarar actividades grupales, como también una mayor ansiedad al momento de iniciar relaciones sociales. Por su parte, los adolescentes con mayores sentimientos de aislamiento (CAS) se describían con menor control de impulsos para establecer relaciones sociales. Los datos descriptivos coinciden con estudios preliminares en población de Santiago del Estero (Contini et al., 2012) como de Tucumán (Contini et al., 2012). Bolaños Esguerra y Peñuela Moreno (2012), investigando con población colombiana, sostienen que algunos déficits en las habilidades sociales pueden precipitar el sentimiento de soledad, tales como: a) iniciación en el contacto social; b) habilidades para concretar encuentros; c) capacidad para proveer consejo y guía; d) asertividad general; y e) resolución de conflictos. Estas autoras, a partir de un estudio exploratorio-descriptivo, enfatizan que la dificultad para entablar relaciones sociales tanto como la inhabilidad para profundizarlas predicen la emergencia del sentimiento de soledad.

Tanto los déficits en habilidades sociales como la presencia de soledad y aislamiento social suponen una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos psicopatológicos. Si bien el presente estudio no identificó la presen-

cia de otros factores de riesgo para la emergencia de psicopatologías, la vivencia prolongada de sentimientos de soledad puede potenciar otros comportamientos riesgosos para la salud. Este el caso del estudio transcultural, ya descripto, de Sticklely et al. (2014) como el de Salvo y Castro (2013) quienes encontraron en adolescentes chilenos que las variables soledad, impulsividad y consumo de alcohol se relacionaban significativamente con la presencia de comportamientos suicidas. Por su parte, una investigación de Heras y Navarro (2012) en adolescentes escolarizados de Castilla (España) mostraba que aquellos adolescentes que experimentaban un alto nivel de soledad informaban un menor ajuste escolar (definido como integración escolar, rendimiento académico y expectativas académicas). Si bien estas evidencias empíricas pusieron el acento en la autopercepción del adolescente, la contribución de informantes clave ratifica el papel negativo de la soledad y el aislamiento como factores de riesgo en la adolescencia. Tal es caso del estudio de Páramo (2011) con población adolescente consultante de Mendoza (Argentina), que incluyó a padres y profesores. Con un diseño cualitativo —aplicación de la técnica de grupos de discusión— encontró que los padres hacían referencia a la soledad y a la desesperanza como factores de riesgo en los adolescentes estudiados. En tanto, los profesores participantes de este estudio referían que la presencia de aislamiento, timidez y depresión en los alumnos se asociaba a dificultades en el rendimiento académico.

Respecto al lugar de residencia, se observó que los adolescentes de Tucumán con mayor percepción de soledad y aislamiento presentaban mayores indicadores de apartamiento (Re), particularmente en situaciones sociales, comparados con el grupo de Santiago del Estero. Es de destacar que los adolescentes de Tucumán se percibían con menor autocontrol,

mayor retraimiento y ansiedad social/timidez en las relaciones sociales respecto a sus pares de Santiago del Estero. Estos resultados pueden deberse no solo a una vivencia de soledad y aislamiento sino a cómo el contexto —en este caso el lugar de residencia— puede mediar en la configuración de las habilidades sociales. Estos hallazgos abren una línea de análisis con relación al estilo de vida favorecedor o inhibitorio de la construcción de habilidades de interacción social—factor protector de la soledad—vinculado al contexto ecocultural. Mientras la ciudad de Tucumán es densamente poblada y ha adquirido rasgos propios de grandes urbes—como la competencia entre iguales, la globalización en las costumbres y el hiperindividualismo—, la ciudad de Santiago del Estero, tiene baja densidad de población, destacándose la conservación de una cultura local que favorece los vínculos interpersonales. Retomando lo planteado por Bartels et al. (2008), la fuerza genética propia de la adolescencia temprana se conjuga con las influencias contextuales adquiriendo particularidades esenciales en cada adolescente. En este momento de transición, los adolescentes se enfrentan a nuevos escenarios sociales: diversas relaciones sociales con pares y con el sexo opuesto, con el posible rechazo social que toda interacción social puede conllevar. Según los recursos protectores que posean dichos adolescentes, podrán adaptarse y aprender ante estos nuevos desafíos biológicos-situacionales y contrarrestar posibles factores de riesgo.

Los datos descriptivos indican que el grupo con riesgo en soledad presentaba déficits en habilidades sociales, caracterizados por una menor consideración con los demás, menor liderazgo y mayor retraimiento. En tanto, el grupo en riesgo en aislamiento mostraba menor autocontrol ante situaciones sociales. Estos factores de riesgo específicos identificados (alta percepción de soledad y aislamiento como

déficits en habilidades sociales) potencian la vulnerabilidad de un grupo de adolescentes escolarizados del norte argentino.

Estos resultados abren nuevas perspectivas de investigación centradas en identificar qué factores protectores han operado en aquellos adolescentes que no presentan alta percepción de soledad y aislamiento como déficits en habilidades sociales. Sería de valor indagar variables tales como el nivel de comunicación intrafamiliar, la eficaz inserción en el sistema educativo, la red de apoyo social de pares, la autoestima, entre otros. En el caso concreto de las relaciones entre soledad, aislamiento y habilidades sociales, definir si los déficits sociales aumentan la vulnerabilidad hacia los sentimientos de soledad y aislamiento o si estos son los que causan las habilidades sociales deficitarias. Por otro lado, resulta necesario efectuar un estudio longitudinal que identifique si la soledad y el aislamiento son procesos transitorios—propios del ciclo vital—o pueden configurar un cuadro psicopatológico en la vida adulta.

## Referencias

- Contini, N., Lacunza, A. y Medina, S. (2012). La percepción de soledad como factor de riesgo en la adolescencia. *Investigaciones en Psicología, UBA*, 17(2), 29-47.
- Bartels, M., Cacioppo, J. T., Hudziak, J. J., y Boomsma, D. I. (2008). Genetic and environmental contributions to stability in loneliness throughout childhood. *American Journal of Medical Genetic Part B (Neuropsychiatry Genetics)*, 147(3), 385-391. DOI 10.1002/ajmg.b.30608
- Blos, P. (1981). El segundo proceso de la individuación de la adolescencia. En P. Blos, *La transición adolescente* (pp. 118-401). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Bolaños Esguerra, A. y Peñuela Moreno, M.

- (2012). *Percepción que tienen sobre la soledad los adolescentes estudiantes de un colegio militar de Bogotá*. Tesis de licenciatura, Universidad de la Sabana, Colombia. Recuperado el 13/04/2014 desde <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4080/131259.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Brennan, T. (1982). Loneliness at adolescence. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.) *Loneliness: A Sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp. 269-290). New York: Wiley-Interscience.
- Buelga, S, Cava, M y Musitu, G. (2012). Reputación social, ajuste psicosocial y victimización entre adolescentes en el contexto social. *Anales de Psicología*, 28(1), 180-187.
- Casullo, M, Cruz, S., González, R y Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes: estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16(2), 135-151.
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Contini, N., Coronel, P y Mejail, S. (2012). Déficit en habilidades sociales: soledad y aislamiento en la adolescencia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 58(4), 221-230.
- Di Rico, E., Paternain, N., Portillo, N. y Galarza, A. (2016). *Análisis de la relación entre factores interpersonales y riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Necochea*. *Perspectivas en Psicología*, 13(2), 95-106.
- Donas Burak, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. En S. Donas Burak. (Ed.), *Adolescencia y juventud en América Latina* (pp. 489-499). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Exposito, F y Moya, M (2000). Percepción de la soledad. *Psicothema*, 12(4), 579-585.
- Heras, J. y Navarro, R. (2012). Ajuste escolar, soledad y conducta agresiva entre estudiantes de educación secundaria. *Revista Currículum*, 25, 106-124.
- Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2010). *Metodología de la Investigación* (5.ª ed.). México: Mc Graw Hill.
- Lacunza, A., Caballero, V. y Contini, N. (2013). Adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas de la BAS-3 para población adolescente de Tucumán (Argentina). *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 9(1), 29-44.
- López Quintero, Pérez Nieto y Castro Camacho, (2012). Construcción y validación de un instrumento para evaluar percepción de soledad en niños y adolescentes. Trabajo final de Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y de la Adolescencia, Universidad de La Sabana. Recuperado el 10 de octubre de 2015 de <http://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/4497>
- Majorano, M., Musetti, A., Brondino, M. e Corsano, P. (2015). Loneliness, emotional autonomy and motivation for solitary behavior during adolescence. *Journal of Child and Family Study*, 24(11), 3436-3447. DOI: 10.1007/s10826-015-0145-3
- McWhirter, B. (1990). Loneliness: A Review of Current Literatur, with Implications for Counseling and Research. *Journal of Counseling and Development*, 68(4), 417-422. DOI: 10.1002/j.1556-6676.1990.tb02521.x
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*,

- 29(1), 85-95.
- Peplau, L. y Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In Peplau, L. y Perlman, D. (Eds.). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* (pp.1-20). New York: John Wiley and Sons.
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M. and Verhagen, M. (2015) Loneliness Across the Life Span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 250-264. DOI: 10.1177/1745691615568999
- Russell, D., Peplau, L. A., y Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Salvo G, L. y Castro S. A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista médica de Chile*, 141(4), 428-434.
- Sartori, M., Zabaleta, V., Aguilar, M. y López, M. (2013). Variables psicológicas troncales en el desarrollo de habilidades sociales: estudio diferencial en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 8(2), 31-34. DOI: 10.5839/rcnp.2013.0802.02.
- Silva Moreno, F. y Martorell Pallas, M. (1989). *BAS-3 Bateria de Socialización (Autoevaluación)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Stickley, A., Koyanagi, A., Kuposov, R., Schwab-Stone, M. y Ruchkin, V. (2014). Loneliness and health risk behaviours among Russian and U.S. adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14, 366. DOI: 10.1186/1471-2458-14-366
- Torregrosa, M. S., Inglés, C. J., Estévez-López, E., Musitu, G. y García, J. M. (2011). Evaluación de la Agresividad en la Adolescencia: Revisión de Cuestionarios, Inventarios y Escalas en Población Española. *Aula Abierta*, 39, 37-50.
- Torres Fermán, I., Beltrán Guzmán, F., Saldívar González, A., Lin Ochoa, D., Barrientos Gómez, M., y Monje Reyna, D. (2014). La soledad ¿un mal de nuestro tiempo?. *Revista Electrónica Medicina, Salud Y Sociedad*, 3(1), 1-25. Recuperado de <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/93/102>
- Vanhalst, J., Luyckx, K., y Goossens, L. (2014). Experiencing loneliness in adolescence: A matter of individual characteristics, negative peer experiences, or both? *Social Development*, 23, 100-118. DOI: 10.1111/sode.12019
- Weiss, R. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Yáñez-Yáñez, S. (2008). Adaptación al castellano de SESLA-S, una escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 103-116.

Recibido: junio de 2017  
Aceptado: octubre de 2017

