

CONVIVENCIA EN PAREJA Y RESULTADOS DE SALUD. EL PAPEL DEL APOYO SOCIAL, LOS RECURSOS ECONÓMICOS Y LOS HÁBITOS SALUDABLES

ÁLVARO SUÁREZ VERGNE*

RESUMEN

Este artículo analiza la relación entre la convivencia en pareja y la salud a partir de la Encuesta de Salud de España 2023. Compara tres situaciones: vivir en pareja, vivir en solitario y compartir hogar con otras personas sin pareja. Los resultados muestran que quienes viven en pareja presentan mejores indicadores de salud autopercebida, salud mental, menor dolor y limitaciones que quienes no lo hacen. La diferencia no se explica por tener compañía en el hogar: quienes comparten vivienda sin pareja no muestran mejores resultados que quienes viven en solitario y, en algunos casos, presentan una situación incluso peor. Al tener en cuenta el apoyo social, los ingresos y comportamientos relacionados con la salud, la desventaja de vivir en solitario se reduce o desaparece en varios indicadores, mientras que se mantiene entre quienes conviven con otras personas. En conjunto, los resultados sugieren que convivir en pareja se asocia con mejores resultados de salud, pero también que la clave no está solo en la pareja como forma de convivencia, sino en disponer de apoyo, recursos económicos y tener hábitos saludables.

1. Introducción

Las personas con las que residimos son importantes para nuestra salud. No es lo mismo organizar la vida cotidiana en pareja, en solitario o con otras personas, porque cada situación

implica formas distintas de cuidado, apoyo emocional, recursos económicos y hábitos compartidos. Aunque las formas familiares se han diversificado en las últimas décadas, la convivencia en pareja sigue siendo una de las maneras más habituales de organizar la vida adulta.

* Investigador posdoctoral (Juan de la Cierva-JDC2024-054494-I) en el Instituto de Economía, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. CSIC (alvaro.suarez@cchs.csic.es).

Por eso, numerosos estudios han analizado su relación con la salud y han mostrado que quienes viven en pareja suelen presentar mejores resultados que quienes no lo hacen (Carr y Springer, 2010; Koball et al., 2010; Musick y Bumpass, 2012).

**“
Quienes viven en pareja suelen presentar mejores resultados que quienes no lo hacen.**

Este artículo analiza si vivir en pareja se asocia con una mejor salud en cuatro aspectos que condensan dimensiones del bienestar y la autonomía que afectan directamente a la calidad de vida: cómo valoramos nuestra propia salud, la presencia de cuadros depresivos, el dolor severo o extremo y las limitaciones que los problemas de salud imponen a la actividad cotidiana.

Para ello, se distingue entre tres situaciones de convivencia: vivir en pareja, vivir en solitario y vivir con otras personas, pero sin convivir con una pareja. Esta distinción permite comprobar si la posible ventaja de la pareja se debe simplemente a no vivir sin compañía o si, por el contrario, la pareja cumple una función específica. Además, se analiza hasta qué punto las diferencias de salud se reducen cuando se tienen en cuenta tres factores: el apoyo social, los recursos económicos del hogar y los hábitos saludables.

2. Relaciones sociales, pareja y salud

Las relaciones sociales importan para la salud, y la pareja es una de las más influyentes en la vida adulta. Contar con vínculos estables, apoyo en momentos de dificultad y relaciones de confianza se asocia con mejores resultados físicos y mentales, y también con hábitos más saludables

(Umberson et al., 2010). En esa línea, numerosos estudios han mostrado que las parejas suelen presentar mejores indicadores de salud que quienes no lo hacen (Carr y Springer, 2010; Koball et al., 2010; Simó-Noguera et al., 2015).

Una de las explicaciones más habituales de esta “ventaja” en términos de salud es la hipótesis de la protección (Carr y Springer, 2010; Ross et al., 1990). La pareja coresidente combina convivencia cotidiana, recursos compartidos, capacidad de cuidado y cierta regulación de las rutinas diarias. Por eso, puede favorecer la salud por varias vías que, de manera sintética, pueden agruparse en tres: apoyo social, recursos económicos y hábitos cotidianos (Musick y Bumpass, 2012; Perelli-Harris et al., 2018; Slatcher y Selcuk, 2017; Umberson et al., 2010; Waite, 1995):

La convivencia en pareja puede representar una fuente de apoyo emocional e instrumental de alta disponibilidad. Este apoyo puede expresarse en forma de escucha, acompañamiento, supervisión informal de síntomas o asistencia ante problemas de salud. Vivir en pareja también puede mejorar la seguridad material mediante economías de escala, puesta en común de recursos y reducción de riesgos económicos individuales, aspectos que condicionan la vivienda, la alimentación, el acceso a cuidados y la exposición al estrés financiero. Por último, la pareja puede influir en comportamientos mediante rutinas compartidas y formas de control, como recordar, incentivar o supervisar hábitos relacionados con la alimentación, la actividad física, el consumo de tabaco o alcohol, la adherencia terapéutica o el uso de servicios sanitarios.

Es necesario tener en cuenta que no convivir en pareja no representa una única situación social. Algunas personas viven solas, mientras que otras comparten hogar con hijos, familiares, amistades, compañeros de piso u otras personas. Estas formas de convivencia pueden

tener significados muy distintos. Vivir en solitario puede implicar menor apoyo cotidiano dentro del hogar, pero también puede reflejar autonomía e independencia económica. Compartir hogar sin pareja puede ofrecer compañía cotidiana y ayuda, pero también estar relacionado con dependencia, cuidado familiar o falta de alternativas residenciales.

Por esta razón, distinguir entre vivir en solitario y vivir con otras personas sin convivir con una pareja permite precisar mejor qué significa “no vivir en pareja”. Si la ventaja de la pareja se debiera únicamente a no vivir sin compañía, cabría esperar que quienes comparten hogar con otras personas presentaran mejores resultados de salud que quienes viven en solitario. Si, por el contrario, la pareja cumple una función específica, la convivencia con otras personas no tendría por qué compensar necesariamente su ausencia.

“La asociación entre convivencia en pareja y salud no puede interpretarse únicamente como resultado de un efecto protector.”

Es necesario tener en cuenta que la asociación entre convivencia en pareja y salud no puede interpretarse únicamente como resultado de un efecto protector. La literatura también ha señalado la importancia de los procesos de selección. Las personas con mejor salud tienen más probabilidades de formar pareja, mantenerla y convivir con ella. Desde esta perspectiva, la asociación entre pareja y salud no reflejaría necesariamente un efecto de la pareja sobre la salud, sino diferencias previas entre quienes tienen y no tienen pareja (Carr y Springer, 2010; Waldron et al., 1996).

Dado el carácter transversal de los datos, el análisis no permite identificar de forma concluyente la dirección causal entre convivencia en pareja y salud. Por ello, el objetivo no es estimar un efecto causal puro de la convivencia en pareja, sino analizar si existe una asociación robusta entre no convivir en pareja y peores resultados de salud, y explorar si dicha asociación se atenúa al incorporar dimensiones que la literatura identifica como mecanismos plausibles de protección: apoyo social, recursos económicos y comportamiento.

A partir de aquí, el artículo se plantea tres preguntas. ¿Presentan peor salud las personas que no viven en pareja? Segunda: si no se vive en pareja, ¿es lo mismo vivir en solitario que compartir hogar con otras personas? Tercera: ¿hasta qué punto el apoyo social, los ingresos y los hábitos saludables reducen esas diferencias?

3. Datos y estrategia empírica

El análisis utiliza la Encuesta de Salud de España 2023 (ESdE 2023), elaborada por el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Estadística. La muestra se restringe a la población de 18 y más años.

Se analizan cuatro indicadores de salud. El primero es la salud autopercebida, medida con la pregunta: “En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?”. A partir de ella se distingue entre quienes declaran salud regular, mala o muy mala y quienes declaran salud buena o muy buena. El segundo indicador recoge la presencia de sintomatología depresiva, a partir de una batería de preguntas: “Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas?”, que incluye síntomas como falta de interés, de ánimo, problemas de sueño, cansancio, problemas de apetito, baja autoestima, dificultades de concentración o lentitud/agitación. En el análisis se utiliza la variable

derivada de cuadro depresivo disponible en la encuesta, que identifica a la población con cuadro depresivo mayor u otros cuadros depresivos frente al resto. El tercer indicador identifica a quienes declaran dolor severo o extremo ante la pregunta: “Durante las cuatro últimas semanas, ¿qué grado de dolor ha padecido?”. El cuarto recoge la limitación por salud, medida mediante la pregunta: “Durante al menos los últimos seis meses, ¿en qué medida se ha visto limitado debido a un problema de salud para llevar a cabo las actividades que la gente habitualmente hace?”. En este caso, se distingue entre quienes declaran alguna limitación y quienes no declaran ninguna.

La variable explicativa principal distingue tres situaciones de convivencia: vivir en pareja, vivir en solitario y vivir con otras personas sin convivir con una pareja. Para explorar los posibles mecanismos que pueden explicar la relación entre convivencia y salud, se incorporan diferentes variables relacionadas con el apoyo social: número de personas cercanas disponibles ante un problema personal grave, grado en que otras personas se interesan por lo que le ocurre a la persona entrevistada y facilidad para obtener ayuda de los vecinos en caso de necesidad. También se tienen en cuenta los ingresos mensuales del hogar y comportamientos relacionados con la salud: no fumar actualmente, consumo de alcohol, actividad física y consumo de fruta y verdura. Todos los modelos controlan por viudedad, convivencia con hijos, edad, sexo, estudios universitarios, enfermedad crónica y comunidad autónoma.

Se llevan a cabo modelos lineales de probabilidad con errores robustos. Esta opción analítica permite interpretar los resultados directamente en puntos porcentuales, es decir, como diferencias en la probabilidad de que un determinado grupo presente cada resultado adverso de salud. Para cada indicador se estiman dos especificaciones. El primer modelo, o modelo base, incluye la situación de convivencia y los contro-

les sociodemográficos y de salud. El segundo añade las variables relacionadas con el apoyo social, los ingresos del hogar y los hábitos saludables. La comparación entre ambos modelos permite valorar hasta qué punto las diferencias iniciales asociadas a vivir sin pareja se reducen cuando se tienen en cuenta estas dimensiones.

Como comprobación adicional, los modelos se replican excluyendo a la población de 65 y más años. Los resultados no alteran los patrones principales, lo que sugiere que la desventaja observada entre quienes viven con otras personas sin convivir con una pareja no se debe únicamente a situaciones de cuidado, dependencia o coresidencia propias de edades avanzadas.

4. Resultados

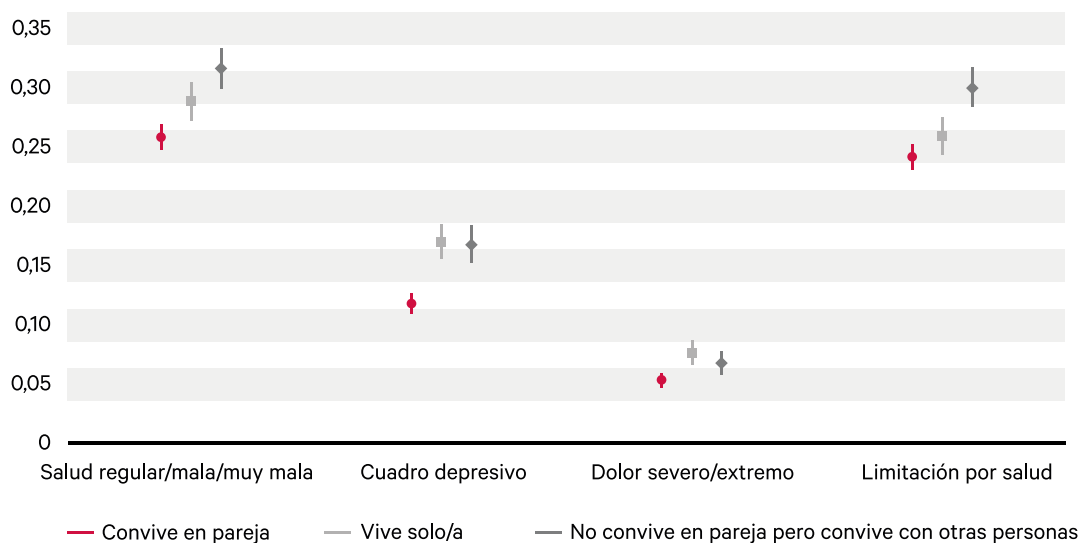
4.1. Convivir en pareja está asociado a mejores resultados en salud

Los resultados del modelo base muestran una clara asociación entre convivir en pareja y mejores resultados de salud. Como se observa en el gráfico 1, las personas que conviven en pareja presentan menor probabilidad de percibir que tienen mala salud, menor prevalencia de cuadro depresivo, menor probabilidad de experimentar dolor severo o extremo y de limitaciones en la vida diaria por motivos de salud.

“Las personas que conviven en pareja presentan menor probabilidad de percibir que tienen mala salud, menor prevalencia de cuadro depresivo, menor probabilidad de experimentar dolor severo o extremo y de limitaciones en la vida diaria por motivos de salud.”

Gráfico 1

Probabilidades predichas de diferentes resultados en salud según el tipo de convivencia



Nota: Los puntos muestran la probabilidad estimada de presentar cada problema de salud en cada grupo de convivencia, una vez tenidas en cuenta las diferencias de edad, sexo, estudios, enfermedad crónica, viudedad, convivencia con hijos y comunidad autónoma. Las líneas verticales indican los intervalos de confianza al 95 % (es decir, el margen de incertidumbre de cada estimación).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Salud de España 2023 (INE).

El gráfico 1 también muestra que la convivencia con otras personas no compensa la ausencia de pareja. De hecho, en varios indicadores, quienes no conviven en pareja pero comparten hogar presentan una desventaja igual o superior a quienes viven solos. Este patrón es especialmente claro en la salud autopercibida y en la limitación por salud. En conjunto, estos resultados apoyan la segunda hipótesis: la desventaja asociada a no convivir en pareja no se compensa automáticamente por compartir hogar con otras personas.

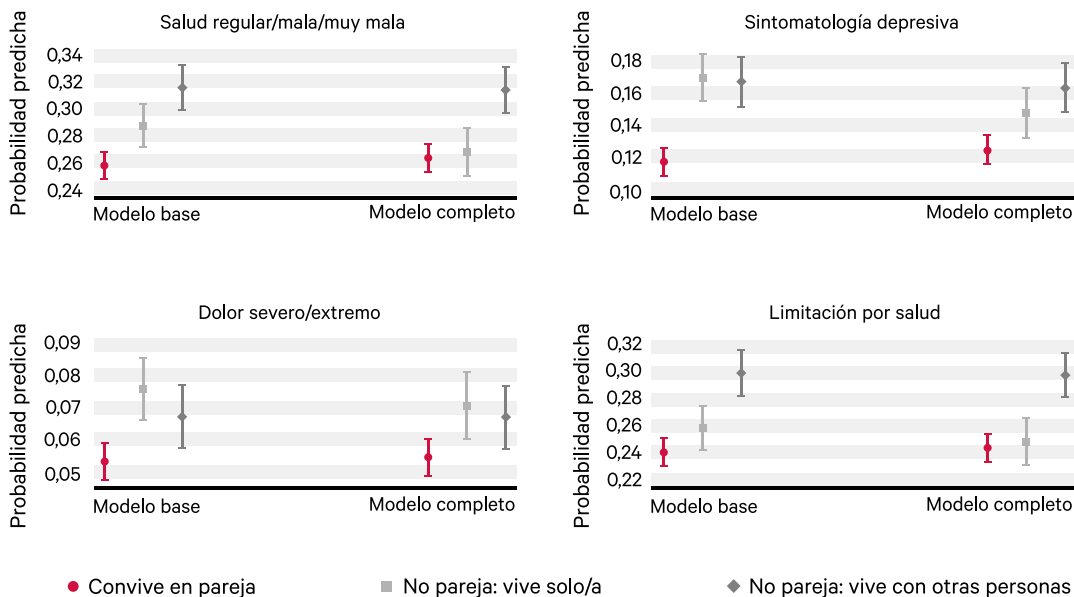
“El apoyo social, los recursos económicos y los hábitos explican estas diferencias..., pero no para todos.”

El gráfico 2 compara las probabilidades predichas según situación de convivencia en dos modelos. El primero es el modelo base, que incluye la situación de convivencia y los controles sociodemográficos. El segundo incorpora, además, los tres mecanismos analizados: apoyo social, ingresos del hogar y hábitos saludables. La comparación entre ambos permite observar hasta qué punto las diferencias asociadas a no vivir en pareja se reducen cuando se tienen en cuenta estas dimensiones.

Entre quienes viven en solitario, la incorporación de apoyo social, ingresos y hábitos saludables reduce de forma clara parte de la desventaja inicial respecto a quienes viven en pareja. Cuando se tienen en cuenta estos factores, la diferencia con los que viven en pareja deja de ser significativa. Esta reducción es especialmente visible en la salud autopercibida, el cua-

Gráfico 2

Probabilidades predichas por situación de convivencia según diferentes modelos (M0: modelo base, M4: modelo controlando por apoyo social, recursos económicos y hábitos saludables)



Nota: Los puntos muestran la probabilidad estimada de presentar cada problema de salud en cada grupo de convivencia, una vez tenidas en cuenta las diferencias de edad, sexo, estudios, enfermedad crónica, viudedad, convivencia con hijos y comunidad autónoma. Las líneas verticales indican los intervalos de confianza al 95 por ciento (es decir, el margen de incertidumbre de cada estimación).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Salud de España 2023 (INE).

dro depresivo y las limitaciones por salud. El patrón es diferente entre quienes viven con otras personas sin convivir con una pareja. En este grupo, la incorporación de apoyo social, ingresos y hábitos saludables apenas modifica las diferencias iniciales. Incluso después de introducir estos mecanismos, la probabilidad de presentar mala salud autopercebida, cuadro depresivo, dolor severo o extremo y limitación por salud sigue siendo significativamente superior a la de quienes viven en pareja.

En conjunto, los resultados ofrecen apoyo parcial a la tercera hipótesis. El apoyo social, los recursos económicos y los comportamientos saludables atenúan parte de la desventaja asociada a no convivir en pareja, pero esta atenuación se concentra principalmente entre quienes

viven solos. Entre quienes viven con otras personas sin convivir con una pareja, la desventaja permanece mucho más estable.

Aunque el gráfico 2 presenta únicamente el modelo base y el modelo con los tres mecanismos incorporados simultáneamente, se realizaron también análisis adicionales introduciendo por separado el apoyo social, los ingresos del hogar y los hábitos saludables. Estos análisis permiten matizar la interpretación: el apoyo social parece tener un papel especialmente relevante en la reducción de las diferencias en sintomatología depresiva; los ingresos del hogar contribuyen más claramente a explicar las diferencias en salud autopercebida y limitación por salud; y los hábitos saludables muestran una capacidad explicativa más limi-

tada cuando se analizan de forma aislada. No obstante, la conclusión general se mantiene: los mecanismos observados reducen sobre todo la desventaja de quienes viven en solitario, pero explican mucho menos la peor salud relativa de quienes viven con otras personas sin convivir con una pareja.

5. Discusión: más allá de compartir (o no) el hogar

Los resultados muestran que convivir en pareja se asocia con mejores indicadores de salud subjetiva, mental y funcional. Las personas que conviven en pareja presentan menor probabilidad de declarar mala salud autopercebida, menor prevalencia de cuadros depresivos, menos dolor severo o extremo y menos limitaciones por motivos de salud que quienes no conviven con una pareja. Estas diferencias se mantienen tras controlar por factores como la edad, el sexo, el nivel educativo, la enfermedad crónica, la viudedad, la convivencia con hijos y la comunidad autónoma.

También se observa que la convivencia con otras personas no compensa necesariamente la ausencia de pareja: quienes no conviven en pareja pero comparten hogar con otras personas presentan una salud igual o peor que quienes viven en solitario. La repetición de los análisis sin la población de 65 y más años apunta en la misma dirección, por lo que la desventaja de este grupo no parece deberse únicamente a situaciones de cuidado o dependencia en edades avanzadas.

Los resultados obtenidos no pueden interpretarse sin volver al debate entre protección y selección. La mejor salud de quienes conviven en pareja puede deberse, por un lado, a que la pareja protege mediante apoyo, recursos y rutinas saludables. Pero también puede reflejar procesos de selección: las personas con mejor salud, más estabilidad o más recursos pueden

tener más probabilidad de formar y mantener una convivencia en pareja. Los datos utilizados no permiten resolver de forma definitiva esta tensión, pero sí ofrecen una pista importante: cuando se tiene en cuenta el nivel de apoyo social, los recursos económicos y comportamientos relacionados con la salud, la desventaja (con respecto a las parejas) de quienes viven solos se reduce o desaparece, mientras que la de quienes viven con otras personas, pero sin pareja, permanece mucho más estable.

Este resultado permite revisar una interpretación quizá demasiado automática de la residencia en solitario como situación de riesgo. En una sociedad donde aumentan los hogares unipersonales y donde la soledad no deseada ocupa un lugar creciente en el debate público, vivir en solitario podría tender a leerse como un indicador de riesgo de la salud. Sin embargo, esa asociación no debe darse por supuesta. Los resultados apuntan a que, una vez considerados el apoyo social, el nivel de ingresos y los comportamientos saludables, buena parte de la desventaja inicial de quienes viven solos se reduce o desaparece. El problema no parece ser vivir sin pareja, sino las condiciones relacionales, materiales y conductuales bajo las que se vive.

El contraste con quienes viven con otras personas sin pareja refuerza esta lectura. En este grupo, las diferencias de salud permanecen mucho más estables aún controlando por los factores anteriormente mencionados. Esto sugiere que compartir hogar sin pareja no funciona necesariamente como sustituto de la pareja, sino que más bien puede ser un indicador de vulnerabilidad previa: una vulnerabilidad que no logran “corregir” factores como el apoyo, los recursos y los hábitos saludables.

Así, los resultados sugieren que la relación entre pareja y salud no puede entenderse solo como el efecto de tener o no tener compañía en el hogar. Importa el tipo de vínculo, el grado

de autonomía y las condiciones sociales que rodean la convivencia. En este sentido, los resultados desplazan la pregunta desde “¿es la pareja un mecanismo protector de la salud?” hacia otra más precisa: “¿bajo qué condiciones vivir sin pareja se convierte en una desventaja para la salud?”

“
Los resultados sugieren que la relación entre pareja y salud no puede entenderse solo como el efecto de tener o no tener compañía en el hogar. Importa el tipo de vínculo, el grado de autonomía y las condiciones sociales que rodean la convivencia.

El estudio tiene algunas limitaciones. La primera es el carácter transversal de los datos. Los resultados permiten identificar asociaciones entre convivencia en pareja y salud, pero no establecer su dirección causal. No puede descartarse que parte de la mejor salud observada entre quienes conviven en pareja responda a procesos de selección: personas con mejor salud, mayor estabilidad o más recursos pueden tener más probabilidades de formar y mantener una relación de pareja.

Una segunda cautela tiene que ver con los mecanismos analizados. El apoyo social, los recursos económicos y los comportamientos saludables captan dimensiones importantes de la protección atribuida a la pareja, pero futuros trabajos podrían incorporar otros aspectos relevantes, como la calidad de la

relación, el conflicto, la satisfacción con la pareja, la distribución de cuidados o el grado de autonomía en el uso de los recursos del hogar. Estas dimensiones permitirían precisar mejor qué parte de la asociación entre pareja y salud responde a apoyo efectivo, condiciones materiales, calidad del vínculo o selección previa.

También debe interpretarse con prudencia la categoría de personas que no conviven en pareja, pero viven con otras personas. Este colectivo reúne situaciones residenciales y familiares diversas. Al no poder distinguir con precisión estas situaciones, los resultados deben interpretarse como una señal de heterogeneidad y posible selección, no como evidencia de que la convivencia no conyugal tenga un efecto negativo sobre la salud.

A pesar de estas precauciones, los resultados dejan una idea clara. La ventaja sanitaria de convivir en pareja no parece derivarse simplemente de no vivir solo. La residencia en solitario puede ser compatible con buenos resultados de salud cuando existen apoyos, recursos y condiciones favorables. En cambio, compartir hogar sin pareja no garantiza esa protección y puede señalar situaciones más heterogéneas o vulnerables.

En síntesis, la pareja no es un conviviente más. Para entender la relación entre familia y salud, no basta con saber si una persona vive sola o acompañada; importa qué tipo de vínculo organiza la vida doméstica y bajo qué condiciones sociales se produce esa convivencia.

BIBLIOGRAFÍA

Carr, D., y Springer, K. W. (2010). Advances in Families and Health Research in the 21st Century. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 743-761.

- Koball, H. L., Moiduddin, E., Henderson, J., Goesling, B., y Besculides, M.** (2010). What Do We Know About the Link Between Marriage and Health? *Journal of Family Issues*, 31(8), 1019-1040.
- Musick, K., y Bumpass, L.** (2012). Reexamining the Case for Marriage: Union Formation and Changes in Well being. *Journal of Marriage and Family*, 74(1), 1-18.
- Perelli-Harris, B., Hoherz, S., Addo, F., Lappegård, T., Evans, A., Sassler, S., y Styrck, M.** (2018). Do Marriage and Cohabitation Provide Benefits to Health in Mid-Life? The Role of Childhood Selection Mechanisms and Partnership Characteristics Across Countries. *Population Research and Policy Review*, 37(5), 703-728.
- Ross, C. E., Mirowsky, J., y Goldstein, K.** (1990). The impact of the family on health: The decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 52(4), 1059-1078.
- Simó-Noguera, C., Hernández-Monleón, A., Muñoz-Rodríguez, D. y González-Sanjuán, M.^a E.** (2015). The Effect on Health of Marital and Cohabitation Status. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151, 141-166.
- Slatcher, R. B., y Selcuk, E.** (2017). A Social Psychological Perspective on the Links Between Close Relationships and Health. *Current Directions in Psychological Science*, 26(1), 16-21.
- Umberson, D., Crosnoe, R., y Reczek, C.** (2010). Social Relationships and Health Behavior Across the Life Course. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 139-157.
- Waite, L. J.** (1995). Does marriage matter? *Demography*, 32(4), 483-507.
- Waldron, I., Hughes, M. E., y Brooks, T. L.** (1996). Marriage protection and marriage selection—Prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. *Social Science & Medicine*, 43(1), 113-123. ■

