



**INFORME MONOGRÁFICO.
SENTIMIENTO DE SOLEDAD
EN LA CIUDAD DE MADRID**

Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento- NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional](#)

Este documento [Sentimiento de soledad en la Ciudad de Madrid](#) forma parte como informe monográfico del [Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018](#), por ello comienza en la página 429.

Ambos disponibles en http://madridsalud.es/area_profesional/

Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en <http://madridsalud.es>

[Cómo citar el informe monográfico:](#)

Rodríguez Pérez M., Díaz-Olalla J. M., Pedrero Pérez E. J. y Sanz Cuesta M. R. Informe monográfico: Sentimiento de Soledad en la Ciudad de Madrid.

En Díaz Olalla J. M. (Dir.); Benítez Robredo M. T., Rodríguez Pérez M., y Sanz Cuesta M. R. (Coord.) Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; 2020. Págs. 429-503.

Fecha de publicación: febrero 2020

RESUMEN EJECUTIVO

El sentimiento de soledad o soledad no deseada es un problema creciente en sociedades desarrolladas al que es preciso prestar atención por sus repercusiones en la salud. En la ciudad de Madrid una de cada diez personas se siente sola.

1. PRESENTAN MAYOR PREVALENCIA DE SENTIMIENTO DE SOLEDAD QUIENES:

VARIABLES DEMOGRÁFICAS O SOCIOECONÓMICAS

Viven solos/as (21,5%) si bien también lo presentan un 8,5% de las personas que viven acompañadas.

Son jóvenes de entre 15 y 29 años (13,3% en mujeres y 10,7% en hombres).

Tienen dificultad para llegar a fin de mes (22,8% vs. 8,3%), con mayor frecuencia en mujeres (25,8% vs. 18,6% en hombres).

Sufren inseguridad de acceso a los alimentos por motivo económico (23,8% vs. 8,5%), con mayor frecuencia en mujeres (26,5% vs. 19,5% en hombres).

Tienen bajo nivel de estudios, con tendencia más acusada en mujeres (19,27% mujeres y 12,97% hombres).

Son mujeres, casi el doble en todos los tramos de edad (12,5% vs. 7,6%) excepto en jóvenes, donde hay menos diferencia entre mujeres y hombres.

Son inmigrantes (15,7% vs. 9,3%).

Pertencen a clase social desfavorecida (13,5% vs. 9,6% y 7,3% en media y favorecida respectivamente).

Están desempleados/as (18,3% vs. 9,5%).

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Apenas se cuidan ni procuran su bienestar (23,9% vs. 8,5%).

Tienen hábitos sedentarios (15,6% vs. 7,9%).

Utilizan poco o nada recursos públicos del barrio (14,1% vs. 8,5%).

Participan poco o nada en actividades del barrio (11,5% vs. 7,1%).

Son fumadores/as (12,8% vs. 9,5%).

Duermen mal (15,6% vs. 6,4%).

REDES DE APOYO Y AUTOESTIMA

Perciben que otras personas no se preocupan de ellos/as (40,1% vs. 9,1%).

Se sienten menos felices (47,2% vs. 7,1%).

Piensan que no sirven para nada (54,2% vs. 7,8%).

Se sienten menos útiles que los demás (35,3% vs. 7,4%).

Se consideran menos capaces de tomar decisiones (38,8% vs. 8,3%).

Se han sentido alguna vez discriminadas (22,1% vs. 7,1%).

ALGUNOS INDICADORES DE SALUD

Presentan riesgo de mala salud mental (30,3% vs. 4,7%).

Tienen un diagnóstico de depresión (40,2% vs. 7,7%).

Padecen limitación grave para la actividad habitual, durante al menos los últimos seis meses (30,8% vs. 7,2%).

Tomaron en el último año tranquilizantes (22,6% vs. 7,5%), antidepresivos (33% vs. 8,3%) o analgésicos opioides (18,6% vs. 8,6%).

Tienen mala autopercepción de su salud (19,7% vs. 6,6%).

Tienen un diagnóstico de ansiedad crónica (36,5% vs. 8,5%).

Refieren dolor moderado e intenso en las últimas semanas (19,1% vs. 7,4%).

Sufren una enfermedad crónica (13,6% vs. 8%).

Señalan tener problemas de memoria (15,9% vs. 5,8%).

Tienen reconocida algún tipo de discapacidad (20,3% vs. 9,5%).

Han sufrido algún accidente (14,3% vs. 8,1%).

No hay diferencias significativas entre los 21 distritos municipales, siendo la prevalencia de sentimiento de soledad algo mayor en los de Usera, Centro y Tetuán; y menor en Moratalaz, Chamartín y Moncloa-Aravaca.

2. LAS PERSONAS QUE TIENEN SENTIMIENTO DE SOLEDAD, PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA ALGUNA/S DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS :

VARIABLES DEMOGRÁFICAS O SOCIOECONÓMICAS

Viven solas (28,7%) si bien el 12% de quienes viven acompañadas también dicen sentir soledad. Los hombres que sienten soledad triplican la frecuencia de vivir solos (35,1% vs. 10%) y las mujeres la duplican (25,5% vs. 13,8%).

Tienen dificultad para llegar a final de mes (30,2% vs. 11,7%).

Tienen dificultad para acceder a los alimentos por motivos económicos (26,7% vs. 9,8%).

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

No dedican tiempo para el propio cuidado (9,3% vs. 25,8%).

Son más sedentarias en su tiempo libre (45,9% vs. 28,2%).

Son fumadoras (27% vs. 20,9%).

No consumen mucho alcohol (25,2% vs. 33%).

Utilizan el teléfono móvil con menor frecuencia (89,6% vs. 93%) y más a menudo piensan que lo utilizan más de lo que debieran (45,9% vs. 37,6%).

Participan menos en actividades del barrio (80,5% vs. 70,9%) y también utilizan menos los recursos públicos del mismo (42,1% vs. 29,2%).

Duermen peor (52,9% vs. 29,2%).

REDES DE APOYO Y AUTOESTIMA

Perciben que otras personas no se preocupan de ellas (14,3% vs. 2,4%).

Piensan que no sirven para nada (25,7% vs. 2,4%) y también se sienten menos útiles (33,4% vs. 6,8%).

Se consideran menos felices (65,7% vs. 95,7%).

Se han sentido discriminadas (53,3% vs. 23,5%).

Perciben que tienen menos capacidad de tomar decisiones (78,1 vs. 96,2%).

ALGUNOS INDICADORES DE SALUD

Tienen mayor probabilidad de riesgo de mala salud mental o malestar psicológico (63,3% vs. 16,2%).

Tienen percepción desfavorable de su salud (53,2% vs. 24,7%).

Manifiestan tener peor calidad de vida (puntuación de 3,3 en COOP WONCA vs. 2,5).

Padecen limitación crónica para la actividad habitual (14,7% vs. 3,8%).

Refieren problemas de memoria (35,1% vs. 15%).

Tienen diagnóstico de depresión (30% vs. 5,2%) y/o ansiedad crónica (22,2% vs. 4,4%).

Refieren un mayor consumo de medicamentos psicotrópicos: tranquilizantes (42,2% vs. 15,7%), antidepresivos (25,1% vs. 5,8%) o analgésicos opioides (29,1 vs. 14,5%).

Refieren dolor moderado e intenso (las mujeres 45% vs. 21,7% y los hombres 33,4% vs. 14,7%)

Sufren accidentes (28,7% vs. 17,6%).

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| INTRODUCCIÓN..... | 436 |
| METODOLOGÍA..... | 437 |
| 1. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LA CIUDAD DE MADRID..... | 439 |
| 1.1. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD RESPECTO A CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS | 440 |
| EDAD Y SEXO | 440 |
| NIVEL DE ESTUDIOS Y SEXO..... | 440 |
| CLASE SOCIAL OCUPACIONAL..... | 441 |
| EDAD, CLASE SOCIAL Y SEXO..... | 441 |
| DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS..... | 442 |
| PERSONAS QUE VIVEN SOLAS..... | 443 |
| INSEGURIDAD ALIMENTARIA | 444 |
| DIFICULTAD PARA LLEGAR A FIN DE MES..... | 444 |
| INMIGRANTES POR MOTIVO ECONÓMICO | 445 |
| DESEMPLEO | 445 |
| 1.2. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD RESPECTO A HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA..... | 446 |
| SEDENTARISMO..... | 446 |
| CONSUMO DE FRUTA Y VERDURAS..... | 446 |
| CONSUMO DE TABACO..... | 446 |
| CONSUMO DE ALCOHOL..... | 447 |
| UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO MÓVIL..... | 447 |
| PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL BARRIO..... | 448 |
| UTILIZACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS DEL BARRIO..... | 448 |
| TIEMPO PARA AUTOCUIDADO Y BIENESTAR..... | 449 |
| SUEÑO..... | 450 |
| ANÁLISIS DE OTRAS VARIABLES..... | 450 |
| 1.3. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD RESPECTO A REDES DE APOYO Y AUTOESTIMA..... | 450 |
| SENTIMIENTO DE DISCRIMINACIÓN..... | 450 |
| AUTOPERCEPCIÓN DE QUE OTRAS PERSONAS SE PREOCUPAN POR SU BIENESTAR..... | 451 |
| SENTIMIENTO DE NO SERVIR PARA NADA..... | 452 |
| SENTIMIENTO DE SER ÚTIL..... | 452 |
| CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES..... | 453 |
| SENTIMIENTO DE FELICIDAD..... | 453 |
| 1.4. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNOS INDICADORES DE SALUD | 454 |
| AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD..... | 454 |
| ENFERMEDAD CRÓNICA | 454 |
| LIMITACIÓN CRÓNICA A LA ACTIVIDAD HABITUAL | 455 |
| DISCAPACIDAD | 455 |
| PROBLEMAS DE MEMORIA..... | 456 |
| RIESGO DE MALA SALUD MENTAL..... | 456 |
| DEPRESIÓN..... | 457 |
| ANSIEDAD CRÓNICA..... | 457 |
| CONSUMO DE MEDICAMENTOS | 457 |
| DOLOR..... | 458 |
| ACCIDENTES | 459 |



| | |
|--|------------|
| 2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD DE LA POBLACIÓN AFECTADA POR LA SOLEDAD..... | 460 |
| 2.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS | 460 |
| PERSONAS QUE VIVEN SOLAS..... | 460 |
| INSEGURIDAD ALIMENTARIA | 460 |
| DIFICULTAD PARA LLEGAR A FIN DE MES | 461 |
| 2.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNOS HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA..... | 462 |
| SEDENTARISMO | 462 |
| CONSUMO DE TABACO..... | 462 |
| CONSUMO DE ALCOHOL..... | 463 |
| UTILIZACIÓN TELÉFONO MÓVIL..... | 464 |
| PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL BARRIO..... | 465 |
| UTILIZACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS DEL BARRIO..... | 465 |
| TIEMPO PARA AUTOCAUIDADO Y BIENESTAR..... | 466 |
| SUEÑO | 466 |
| 2.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN REDES DE APOYO Y AUTOESTIMA..... | 467 |
| SENTIMIENTO DE DISCRIMINACIÓN..... | 467 |
| AUTOPERCEPCIÓN DE QUE OTRAS PERSONAS SE PREOCUPAN POR SU BIENESTAR..... | 467 |
| SENTIMIENTO DE NO SERVIR PARA NADA..... | 468 |
| SENTIMIENTO DE SER ÚTIL..... | 469 |
| CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES..... | 469 |
| SENTIMIENTO DE FELICIDAD..... | 470 |
| 2.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNOS INDICADORES DE SALUD | 470 |
| AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD..... | 470 |
| CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD..... | 471 |
| ENFERMEDAD CRÓNICA | 472 |
| LIMITACIÓN CRÓNICA DE LA ACTIVIDAD HABITUAL | 472 |
| DISCAPACIDAD | 473 |
| PROBLEMAS DE MEMORIA..... | 474 |
| RIESGO DE MALA SALUD MENTAL..... | 474 |
| DEPRESIÓN..... | 475 |
| ANSIEDAD CRÓNICA..... | 476 |
| CONSUMO DE MEDICAMENTOS | 476 |
| DOLOR..... | 477 |
| ACCIDENTES | 478 |
| 3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA SOLEDAD SEGÚN FACTORES INDEPENDIENTES RELACIONADOS CON SU PREVALENCIA..... | 479 |
| 3.1. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS | 480 |
| 3.2. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA..... | 481 |
| 3.3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y LAS REDES DE APOYO Y LA AUTOESTIMA..... | 483 |
| 3.4. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD E INDICADORES DE SALUD | 485 |
| 3.5. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS FACTORES MÁS RELEVANTES QUE EXPLICAN EL RIESGO DE SENTIR SOLEDAD POR ORDEN DE ODD RATIO OBTENIDAS..... | 487 |

| | |
|--|------------|
| 4. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES EN RELACIÓN CON LA SOLEDAD Y CON OTROS FACTORES INDEPENDIENTES ASOCIADOS | 490 |
| 4.1. MALA AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD | 490 |
| 4.2. RIESGO DE MALA SALUD MENTAL | 492 |
| CONCLUSIONES GENERALES..... | 494 |
| 5. SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES. CONCLUSIONES..... | 495 |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | 498 |
| ÍNDICE DE TABLAS | 501 |
| REFERENCIAS..... | 502 |



INTRODUCCIÓN

Aunque estudiado desde hace muchos años¹, en la última década se ha producido un creciente interés por el sentimiento de soledad que aqueja a un número creciente de personas en los países desarrollados. El sentimiento de soledad y los problemas a los que se asocia configuran un problema de primer orden en el mundo actual, si bien todavía se presenta en gran medida oculto, sin visibilizar. En la raíz de este crecimiento del problema probablemente se encuentran cambios sociales muy recientes, como una gran tendencia al individualismo, la emergencia de nuevos tipos de relación interpersonal mediada, una sociedad digital que permite el acceso a información sin moverse de casa, con más posibilidades de trabajar desde el domicilio y relacionarse a distancia². No cabe duda de los grandes beneficios que la ciencia y la tecnología han puesto al alcance de la mano en las últimas décadas y del progreso global desarrollado, pero estos avances también han originado la aparición de nuevos problemas o el agravamiento de otros ya conocidos.

Según el estudio *La soledad no deseada en la ciudad de Madrid*³, realizado por Madrid Salud en 2017, no hay unanimidad en torno a este concepto; buena parte de las definiciones parten de un enfoque cognitivo que define la soledad como una sensación subjetiva de discrepancia entre las relaciones sociales que tiene una persona y las que desearía tener, discrepancia que conduce a una experiencia desagradable que acarrea sufrimiento y que tiene importantes consecuencias para su salud y el bienestar. La soledad no deseada se diferencia del aislamiento en que este último es una situación objetiva de ausencia de relaciones sociales y de contacto con otros. También es diferente al hecho de vivir solo o sola, que no se asocia necesariamente a experimentar sentimiento de soledad. En todo caso cuando hablamos de “sentimiento o sensación de soledad”, nos estamos refiriendo inevitablemente a una percepción subjetiva, una evaluación individual y, en último término, a una condición interna en modo alguno objetivable⁴.

Se ha tendido a asimilar soledad con edades avanzadas, pero estudios más recientes muestran que el problema no afecta en exclusiva a las personas mayores, sino que se está produciendo en todos los tramos de edad con intensidad creciente, incluyendo a los más jóvenes⁵. Además, la distribución geográfica del sentimiento de soledad está vinculada a aspectos culturales, económicos y sociológicos, de modo que la prevalencia en países del este de Europa alcanza al 30-55% de la población mayor, mientras que en países del oeste y sur de Europa este sector de población se ve afectada en el 10-20%⁶.

En el Reino Unido, pionero en el análisis y la adopción de medidas para este problema, se estima que entre el 5% y el 18% de personas adultas se sienten solas a menudo o siempre, configurando un grave problema que ha motivado la creación de un organismo público específico para abordarlo y la elaboración de una estrategia para tratarlo⁷. La soledad parece fluctuar a lo largo del curso de la vida, con diferentes causas y necesidades a diferentes edades. No se trata sólo de una disminución del contacto o un cambio en las relaciones, sino de la identidad y el sentido de pertenencia de la persona, y de sentir que su red social es adecuada para su etapa de vida^{8,9}.

La soledad, según muchos autores, está configurando una auténtica epidemia global que afecta principalmente a las grandes ciudades de los países desarrollados¹⁰. Aunque principalmente se ha vinculado a mala salud mental, existe abundante evidencia científica de que el sentimiento de soledad impacta en la salud con el desarrollo de un buen número enfermedades somáticas y trastornos mentales, así como con un incremento de mortalidad por todas las causas¹¹.

En la encuesta municipal de hábitos de vida 2018 de Alcalá de Henares, más de un tercio de su población experimenta cierto grado de soledad (27,7%) y el 4,9% de la población un alto grado de soledad. Las mujeres experimentan con más frecuencia sentimiento de soledad que los hombres, la población más joven (15 a 29 años) presenta más soledad en la categoría de “cierto grado de soledad” (31,9%) comparado con los datos globales y el 4,4% soledad en alto grado. Entre 45 y 64 años, un 9,4% presenta un alto grado de soledad, prácticamente el doble que la media del total de la población¹².

Todo ello justifica que en el presente Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018 se preste una especial atención a este problema.

Por todo ello el presente análisis persigue conocer la prevalencia de soledad en la ciudad de Madrid en el conjunto de la población y en algunos grupos vulnerables, así como las características demográficas, socioeconómicas y de salud de la población afectada por este problema en relación con el resto de la población, buscando también la existencia de modelos explicativos de esta situación, analizando los factores que intervendrían en su génesis de manera ajustada y la fuerza de asociación que mantienen con ella.

METODOLOGÍA

En la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 (ESCM'17), se incluyó la pregunta *¿Con qué frecuencia se ha sentido usted solo/a durante el último año?*, con las siguientes opciones de respuesta: *siempre o casi siempre, bastantes veces, pocas veces, nunca o casi nunca*. Todos los resultados contenidos en el presente informe monográfico han sido extraídos del análisis de esta pregunta y su relación con otras variables incluidas en la encuesta. Los aspectos metodológicos de la ESCM'17 están descritos en el apartado de [metodología](#) de este estudio.

A efectos del análisis, generalmente agruparemos las dos primeras categorías (siempre, casi siempre y bastantes veces) bajo epígrafes como “personas con sentimiento de soledad, sentirse solos/solas, soledad”, frente a quienes responden que se han sentido solas pocas veces, nunca o casi nunca, considerando en este caso que se trata de “personas sin sentimiento de soledad, no se sienten solos/solas o sin soledad”.

A fin de hacer más comprensivo el presente estudio monográfico y dar cuenta de los objetivos, se ha agrupado el análisis del sentimiento de soledad en base a los siguientes capítulos:

- 1) Características demográficas y socioeconómicas.
- 2) Hábitos y estilos de vida.
- 3) Redes de apoyo y autoestima.
- 4) Indicadores de salud.

En cada una de estas categorías se analizará tanto la prevalencia de soledad en la población encuestada como las características del conjunto de personas que presentan soledad frente a las que no lo presentan.

Las preguntas analizadas en la categoría de redes de apoyo y autoestima son: *¿durante las últimas semanas ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?, ¿se ha sentido capaz de tomar decisiones?, ¿ha pensado que Vd. es una persona que no sirve para nada?, ¿se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?* forman parte del *General Health Questionnaire (GHQ-12)*, instrumento de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica en contextos como la atención primaria o en población general. Este cuestionario ha sido incluido íntegramente en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

En los resultados recogidos en este informe se incluye en primer lugar un abordaje descriptivo. Dada la complejidad y el número de factores que influyen en este sentimiento investigado, no es posible determinar desde una perspectiva dual si la soledad es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades físicas y psicológicas o, incluso, para la existencia de otros determinantes económicos, sociales, familiares o de estilos de vida, o si la presencia de estos factores en las personas incrementa el riesgo de sentirse solo/a. Queremos hacer hincapié en que probablemente son factores que interactúan potenciándose cuando se dan, pudiendo actuar desde las dos perspectivas a la hora de planificar intervenciones para su prevención y mejora.

Por ello en todos los análisis bivariantes que se hacen a partir del sentimiento de soledad se incluye el cálculo de la prevalencia -o tasa de prevalencia por cada cien encuestados- de personas con sentimiento de soledad en la muestra total o en diferentes grupos de la misma, identificados por distintas características sociales, demográficas, económicas o de salud (por ejemplo, por grupos de edad, sexo, clase social ocupacional o la presencia de una enfermedad crónica). Para este cálculo se toma el número de personas con ese sentimiento y se sitúa en el numerador, mientras que el conjunto de encuestadas en situación de padecerlo (todas y todos o a quienes corresponda según los



criterios grupales que se definan, es decir la muestra total, o solo los hombres, o solo las personas de clase social desfavorecida, o solo las personas que sufren una enfermedad crónica, etc.) se lleva al denominador.

En algunos casos y en atención a esta bidireccionalidad a que se hace referencia, le ha parecido interesante a las personas que han realizado la investigación conocer también cómo son las personas que sufren este adverso sentimiento de soledad, cuáles son sus perfiles o, entendiéndolo en perspectiva, qué probabilidad diferencial existe de que sintiéndose así sufran determinados problemas de salud en relación con el resto de la población o presenten algunas características que tienen que ver con ella (mala salud mental o dificultades para llegar a final de mes). Este cálculo, la frecuencia o probabilidad que presentan las personas que sufren la soledad de encontrarse en determinada situación, se realiza, en contraposición al anterior, situando en el denominador de la ecuación a las personas encuestadas que declararon sentirse solas y en el numerador a las que, entre ellas, presentan la característica que se estudia (problemas económicos crónicos o alta puntuación en la escala GHQ-12). Como se puede entender, la frecuencia obtenida, que se dará en tanto por cien, es complementaria a la del porcentaje de personas con sentimientos de soledad que no presentan la característica estudiada.

Como culminación de todo el análisis descriptivo, se pasa a una fase de diseño analítico en la que, para cada una de las categorías de las variables estudiadas, y señalando el sentimiento de soledad como la variable dependiente, se calculan las OR ajustadas en distintos modelos de RLM según los diferentes tipos de variables independientes. Como conclusión se obtiene un modelo final en el que se incluyen las variables independientes que resultaron explicativas en los análisis previos.

En una fase final de este trabajo se realiza un abordaje analítico mediante análisis multivariante, considerando en esta ocasión los indicadores de mala salud seleccionados (autopercepción negativa de la salud -percepción regular + mala + muy mala- y riesgo de padecer mala salud mental -puntuar 3 o más puntos en la escala GHQ-) como las variables dependientes e incluyendo entre las variables independientes, además del sexo y la edad como variables categóricas, algunas socioeconómicas y de comorbilidad que resultaron relevantes en la anterior estrategia de análisis, además de la propia soledad. En esta ocasión se ofrecen los resultados de las OR correspondientes (incluida la del sentimiento de soledad) antes del ajuste con las otras variables independientes y las ajustadas en el modelo resultante, intentando visualizar el efecto que la concurrencia de las demás tiene en la relación que mantiene cada una de ellas, especialmente, y como se entiende, el sentimiento de soledad, con el aspecto de mala salud seleccionado.

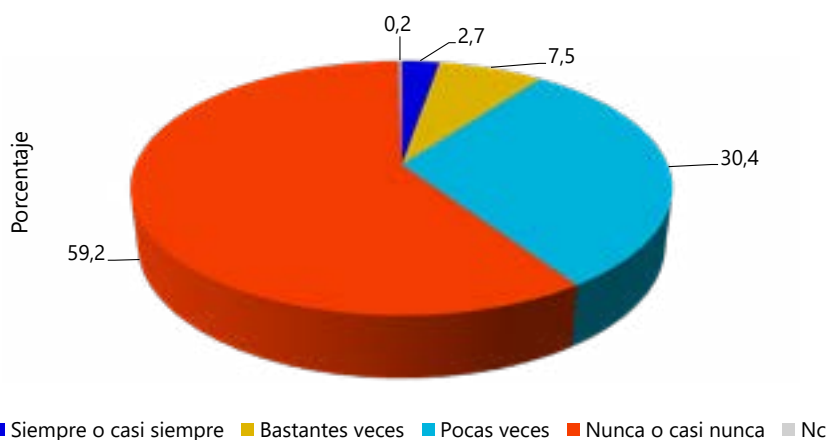
La fuente utilizada para todos los gráficos y tablas de este informe sobre soledad es la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017. Al ser la misma siempre, no se indica al pie de cada uno de ellos.

1

PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LA CIUDAD DE MADRID

Una de cada 10 personas encuestadas, 10,2% [IC 95% = 9,4-11,0] se ha sentido sola siempre, casi siempre y bastantes veces, frente a las personas que se han sentido solas pocas veces, nunca o casi nunca durante el último año. En el [gráfico 1](#) se presentan los porcentajes obtenidos para cada opción de respuesta.

Gráfico 1. Sentimiento de soledad en la ciudad de Madrid



Si comparamos estos resultados con los obtenidos mediante un análisis realizado con otra metodología en el estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017, encontramos que en este último el 6,8% de las personas manifiestan que se han sentido solos/as siempre o bastantes



veces durante el último año. En dicho estudio se realiza además un análisis no solo de las personas que perciben sentirse solas mediante pregunta directa, sino también de las que han sido identificadas mediante escalas estandarizadas, obteniendo que finalmente el 9,3% de la ciudadanía madrileña se encuentran en situación de soledad frecuente. La cifra es muy similar a la obtenida en el estudio presente.

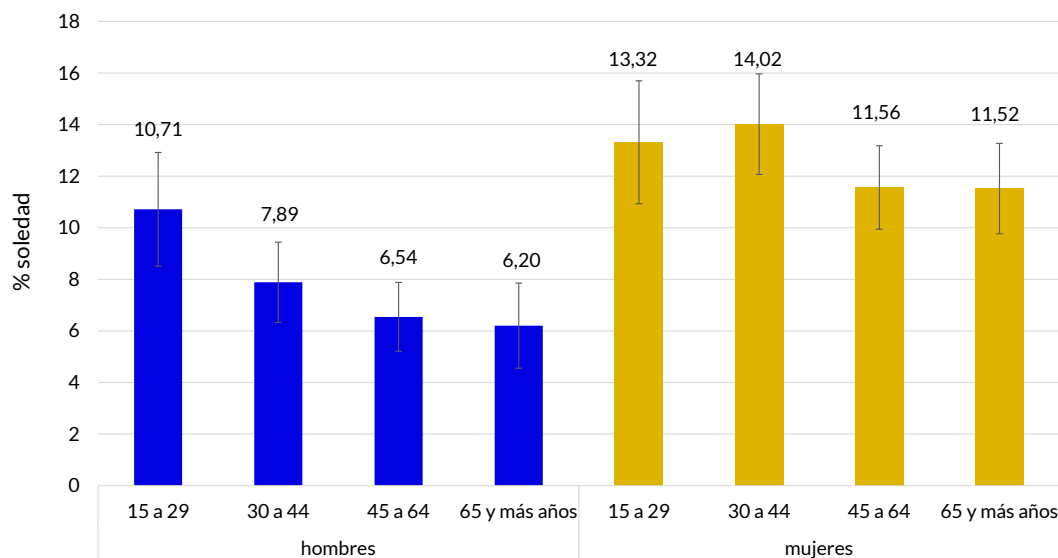
1.1. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD RESPECTO A CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS

EDAD Y SEXO

El sentimiento de soledad se presenta con más frecuencia en las mujeres que en los hombres. El 7,6% de los hombres [IC 95% = 6,5-8,5] y el 12,5% de las mujeres [IC 95% = 11,2-13,8] declaran sentimiento de soledad. Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto al sentimiento de soledad en todos los tramos de edad, salvo en el de las personas más jóvenes (15 a 29 años). No existen diferencias significativas entre los tramos de edad de las mujeres, aunque las frecuencias apuntan a mayor soledad en las jóvenes. En cuanto a los hombres aparece mayor soledad en los más jóvenes (15 a 29 años) con significación estadística respecto a los intervalos de edad de 45 a 64 y 65 y más (gráfico 2).

El informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 contiene datos equivalentes a los indicados anteriormente (el 8,1% de los hombres y el 10,3% de las mujeres se ha sentido solo/a siempre, casi siempre o bastantes veces).

Gráfico 2. Prevalencia de soledad según edad y sexo (IC 95%)



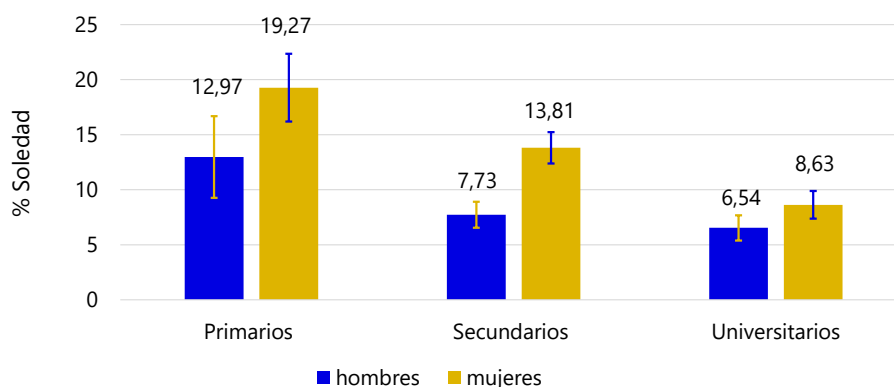
NIVEL DE ESTUDIOS Y SEXO

Las personas con sentimiento de soledad tienen con más frecuencia estudios primarios, reduciéndose progresivamente el sentimiento de soledad cuando se eleva este nivel de estudios a secundarios y universitarios. Esta tendencia es más acusada en las mujeres, que en el caso de las universitarias se aproxima a la frecuencia de sentimiento de soledad de los hombres, no existiendo diferencias significativas.

Las diferencias entre hombres y mujeres respecto al sentimiento de soledad solo alcanzan la significación estadística en el grupo con estudios secundarios. Existen diferencias significativas en las mujeres en todas las categorías y en los hombres con estudios primarios respecto a los secundarios y universitarios, pero no entre estas dos últimas categorías (gráfico 3).

El informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 coincide en la observación de que las personas que se sienten solas tienen un nivel de estudios significativamente menor que las personas que no se sienten solas.

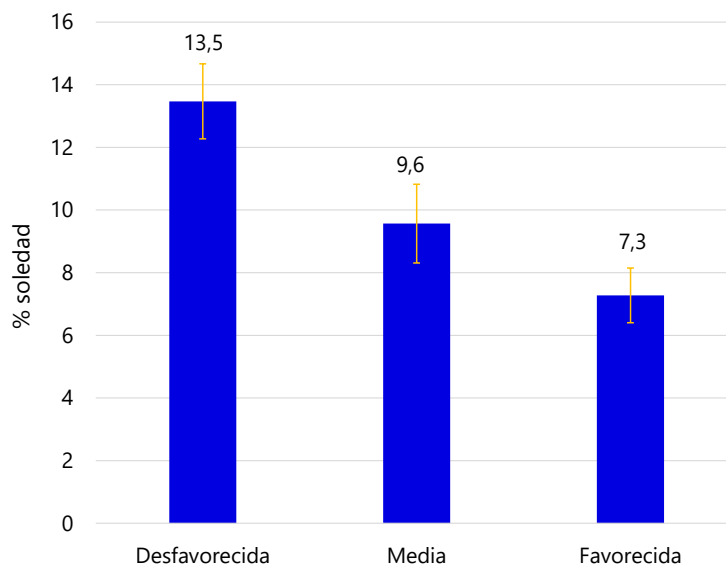
Gráfico 3. Prevalencia de soledad según sexo y nivel de estudios (IC 95%)



CLASE SOCIAL OCUPACIONAL

Las personas con sentimiento de soledad pertenecen más frecuentemente a la clase social desfavorecida, reduciéndose este sentimiento de forma progresiva en la clase media y favorecida. Hay diferencias estadísticamente significativas en todas las categorías (gráfico 4).

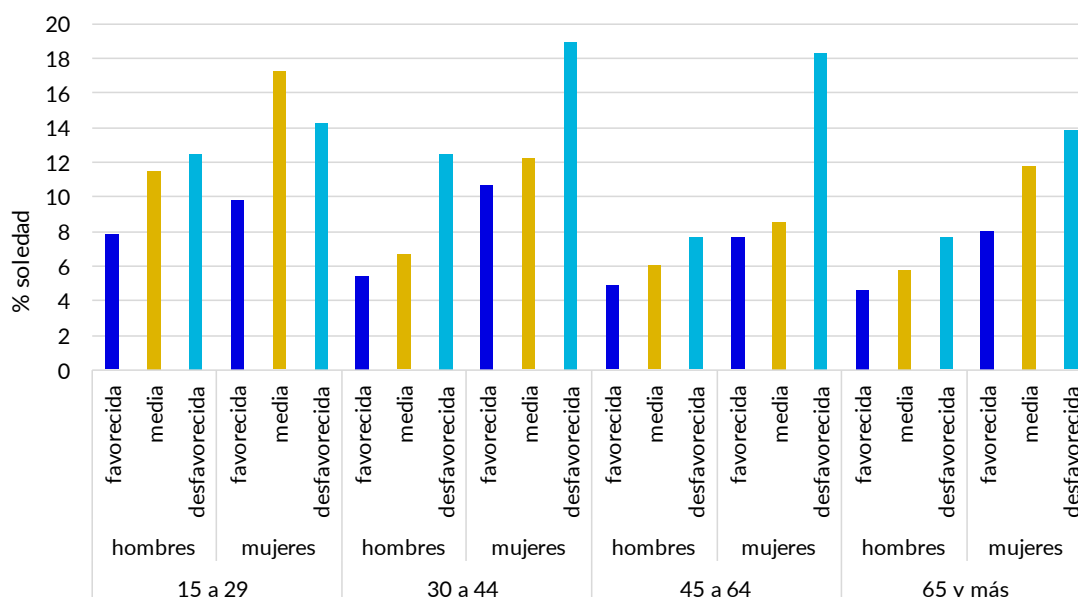
Gráfico 4. Prevalencia de soledad según clase social (IC 95%)



EDAD, CLASE SOCIAL Y SEXO

Analizado el sentimiento de soledad por edad, clase social y sexo, se destaca que en todos los grupos de edad las mujeres tienen más sentimiento de soledad que los hombres, también se incrementa este sentimiento en las clases sociales menos favorecidas en todos los grupos de edad. El gradiente de soledad se suaviza en todas las clases sociales y tanto en hombres como en mujeres en los dos últimos tramos etarios. Se aprecian diferencias significativas en la soledad de las mujeres entre la clase social favorecida y desfavorecida, a partir de 30 años. Entre los hombres únicamente existen diferencias significativas entre la clase social favorecida y desfavorecida en el tramo de edad de 30 a 44 años (gráfico 5).

Gráfico 5. Prevalencia de soledad según edad, sexo y clase social



DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS

Se han ordenado los distritos municipales en función de las personas de la muestra con sentimiento de soledad residentes en cada uno de ellos. Estas diferencias no resultan estadísticamente significativas ni se ajustan a los grupos de distrito según su nivel de desarrollo (gráficos 6 y 7). Los distritos con mayor frecuencia de sentimiento de soledad son Usera, Centro y Tetuán, y los de menor Moratalaz, Chamartín y Moncloa-Aravaca.

Gráfico 6. Prevalencia de soledad por distritos y media de la ciudad

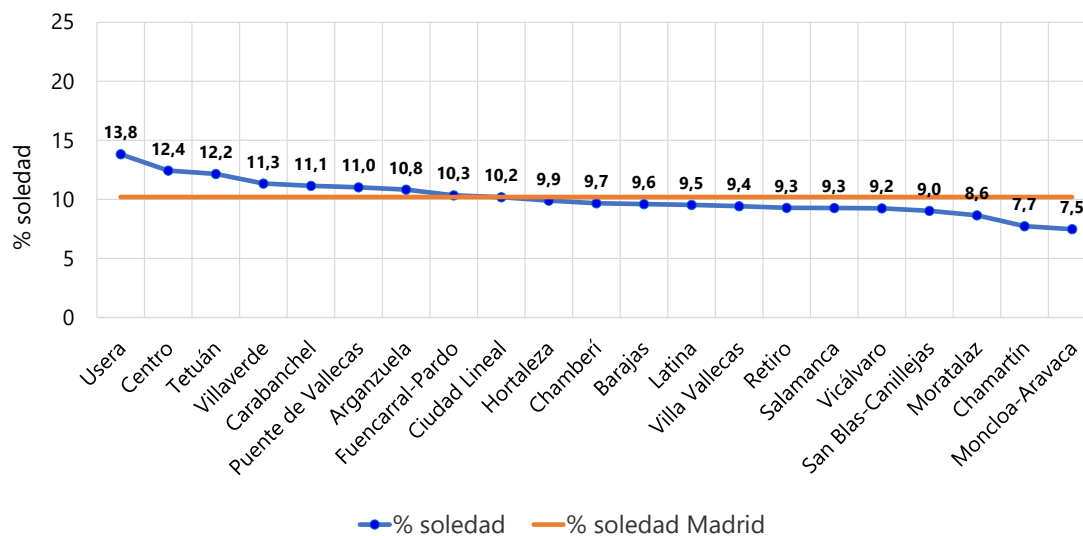
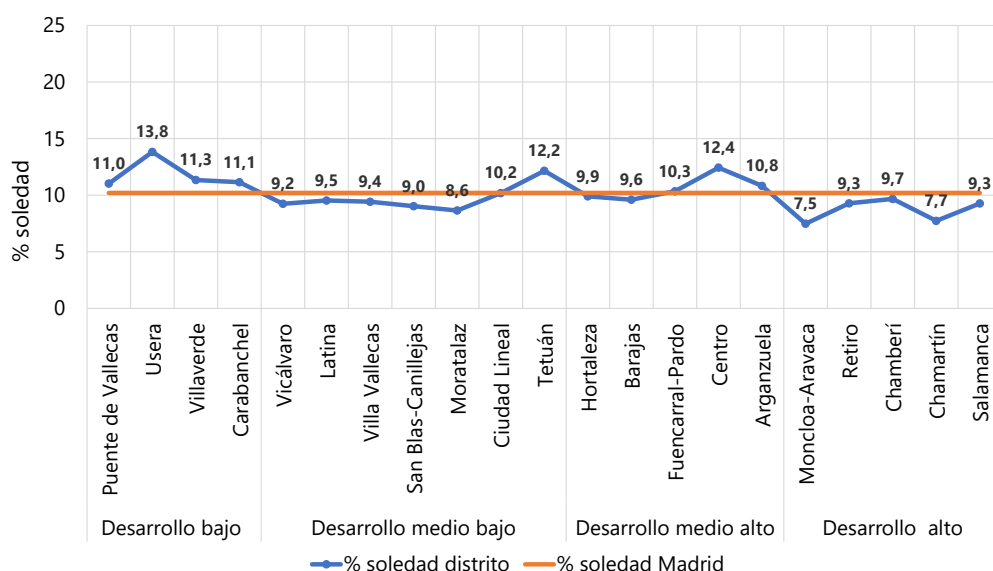


Gráfico 7. Prevalencia de soledad por grupos de distritos según nivel de desarrollo y media de la ciudad



PERSONAS QUE VIVEN SOLAS

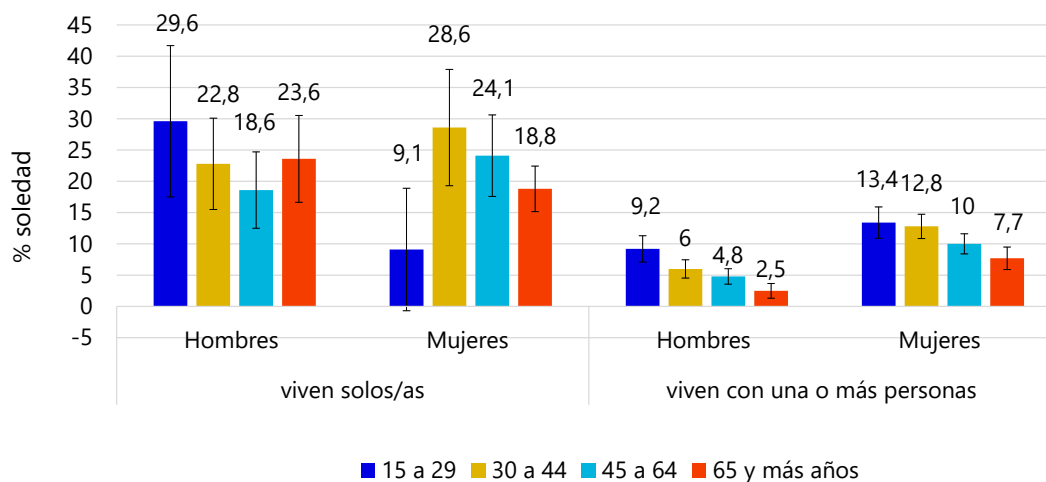
Las personas que viven solas presentan con mayor frecuencia sentimiento de soledad, 21,5% [IC



95% = 19,2-23,8] que las personas que viven acompañadas, si bien estas también lo presentan en un porcentaje considerable 8,5% [IC 95% = 7,8-9,5]. El sentimiento de soledad de las mujeres que viven solas y acompañadas es mayor que el de los hombres. El sentimiento de soledad, tanto en personas solas como acompañadas, se reduce con la edad, salvo el incremento de la frecuencia que se produce en los hombres solos a partir de los 65 años, aunque sin significación estadística (gráfico 8).

El informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 identifica datos similares: una cuarta parte (26,1%) de las personas que viven solas experimentan sentimiento de soledad.

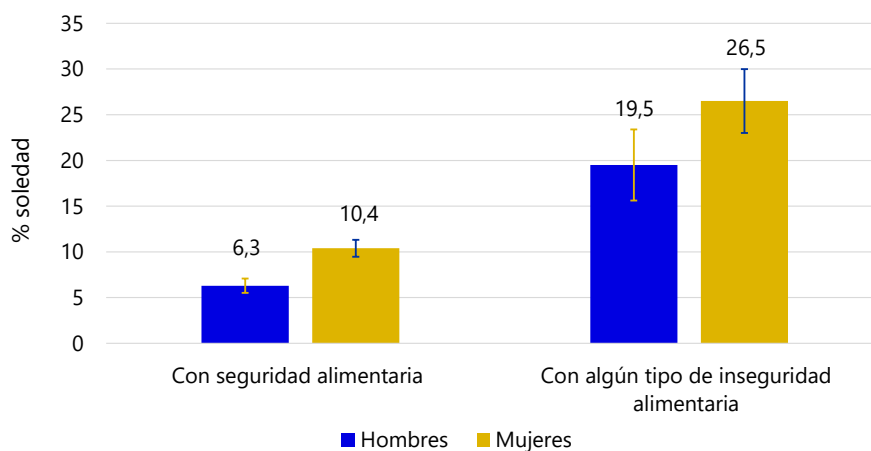
Gráfico 8. Prevalencia de soledad en las personas que viven solas o acompañadas según edad y sexo (IC 95%)



INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Las personas con algún tipo de inseguridad alimentaria (dificultad de acceso económico a los alimentos) presentan una prevalencia tres veces mayor de sentimiento de soledad, 23,8% [IC 95% = 13,1-34,4] que las que presentan seguridad alimentaria, 8,5% [IC 95% = 6,6%-10,3]. El sentimiento de soledad es mayor en las mujeres con seguridad y sin seguridad alimentaria comparado con los hombres, aunque entre hombres y mujeres con algún tipo de inseguridad alimentaria no hay diferencias significativas (gráfico 9).

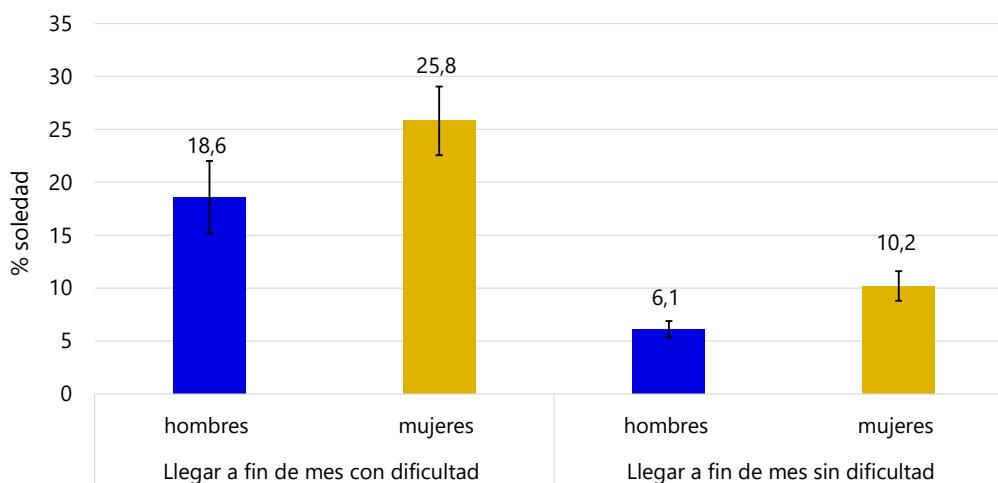
Gráfico 9. Prevalencia de soledad según seguridad alimentaria (IC 95%)



DIFICULTAD PARA LLEGAR A FIN DE MES

Las personas con dificultades para llegar a fin de mes tienen casi tres veces más probabilidad de presentar sentimiento de soledad, 22,8% [IC 95% = 20,4-25,2) que los que no tienen dificultades, 8,3% [IC 95% = 7,7-8,9], siendo la diferencia estadísticamente significativa. Son también significativas las diferencias entre sexos en todas las categorías, resultando la mayor frecuencia de sentir soledad en las mujeres respecto a los hombres (gráfico 10).

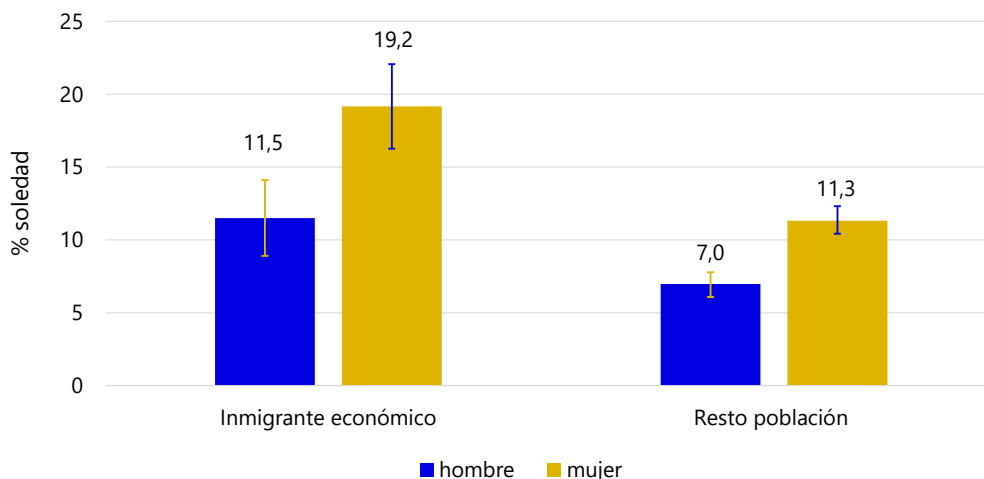
Gráfico 10. Prevalencia de soledad según dificultad para llegar a fin de mes (IC 95%)



INMIGRANTES POR MOTIVO ECONÓMICO

Las personas inmigrantes por motivos económicos presentan una mayor prevalencia de sentimiento de soledad 15,7% [IC 95% = 13,7-17,7] que el resto de la población, 9,3% [IC 95% = 8,7-10,0] (gráfico 11).

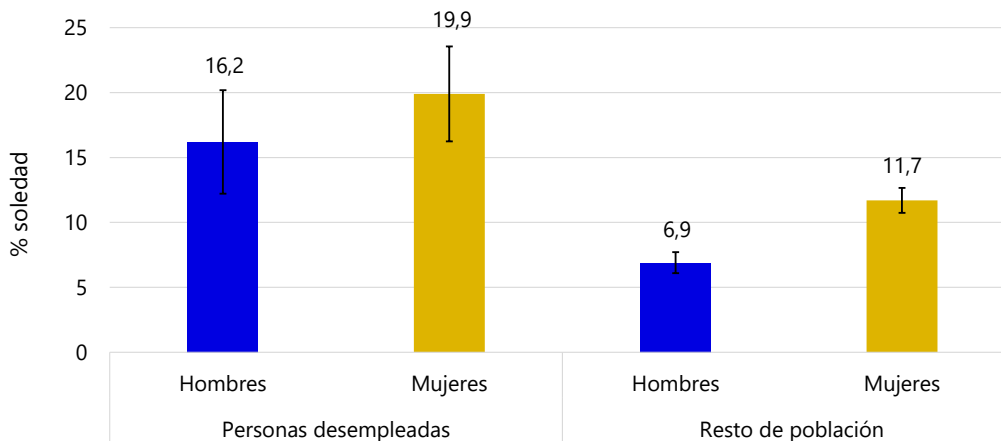
Gráfico 11. Prevalencia de soledad en inmigrantes por motivos económicos y el resto de la población (IC 95%)



DESEMPLEO

La prevalencia de sentirse solo/a es el doble en personas desempleadas, 18,3% [IC 95% = 15,6-21] que las que se encuentran en otras situaciones, 9,5% [IC 95% = 8,8-10,1]; no existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos en las personas desempleadas. Si se analiza desde las personas que se sienten solas los resultados son similares: se duplica la frecuencia de personas desempleadas, 15,9% [IC 95% = 13,5-18,3] respecto a las personas que tienen empleo, 8,1% [IC 95% = 7,5-8,7], estas diferencias tienen significación estadística. No existen diferencias significativas entre sexos para ambas categorías (gráfico 12).

Gráfico 12. Prevalencia de soledad en las personas desempleadas y resto de la población (IC 95%)



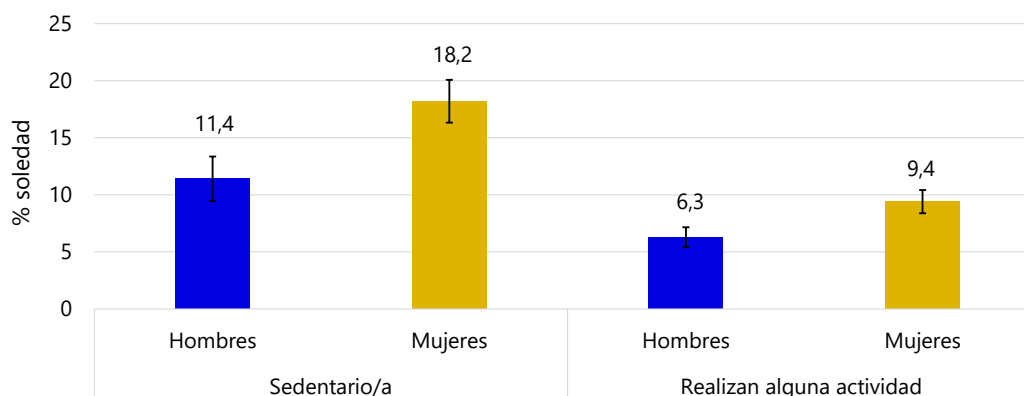
1.2. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD RESPECTO A HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Diferentes estudios apuntan a que el sentimiento de soledad se asocia con hábitos no saludables (inactividad, tabaquismo, etc.). Seguidamente se analizan algunos datos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 al respecto:

SEDENTARISMO

Las personas sedentarias duplican la prevalencia de presentar sentimiento de soledad, 15,6% [IC 95%=14,2-17] respecto a las personas que realizan alguna actividad, 7,9% [IC 95% = 7,2-8,6]. Existen diferencias significativas entre sexos. Tanto hombres como mujeres prácticamente duplican la tasa de prevalencia de soledad si son sedentarios (hombres 11,4% [IC 95% = 9,4-13,3] y 6,3% [IC 95% = 5,4-7,2]; mujeres 18,2% [IC 95% = 16,4-20,1] y 9,4% [IC 95% = 8,-10,4]) (gráfico 13).

Gráfico 13. Prevalencia de soledad en las personas sedentarias o que realizan alguna actividad (IC 95%)



CONSUMO DE FRUTA Y VERDURAS

No existen diferencias estadísticamente significativas respecto al consumo de fruta fresca y/o verduras, ensaladas y hortalizas (incluyendo zumos naturales) relacionadas con el sentimiento de soledad.

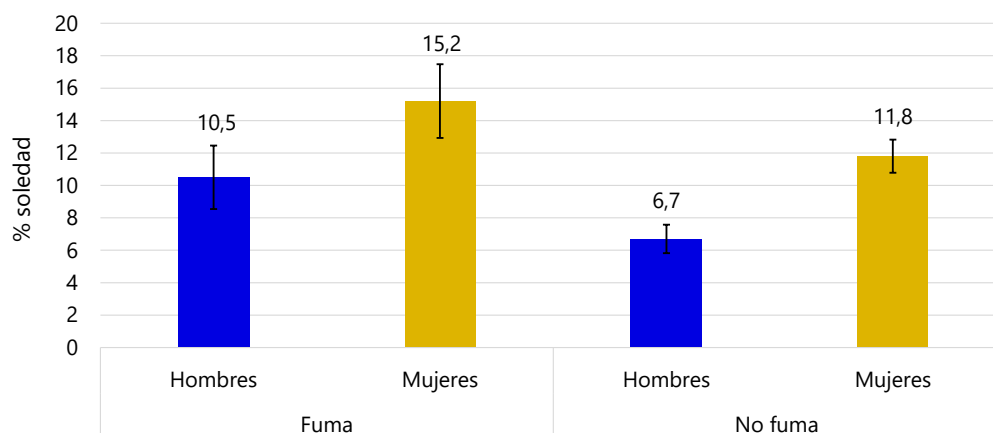
En el informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017, en coherencia con los datos arriba indicados, en la alimentación no saludable no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las personas que se sienten solas y las que no.

CONSUMO DE TABACO

Las personas que fuman tabaco tienen más prevalencia de tener sentimiento de soledad, 12,8% [IC 95% = 11,3-14,3] de forma estadísticamente significativa, que quienes no fuman 9,5% [IC 95% = 8,8-10,2]. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, tanto si fuman como si no lo hacen (gráfico 14).



Gráfico 14. Prevalencia de soledad en las personas que fuman o no fuman tabaco (IC 95%)

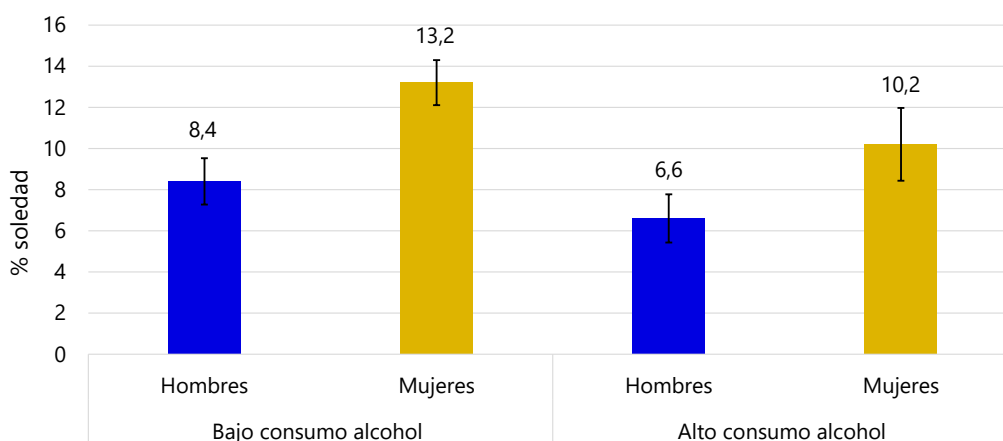


CONSUMO DE ALCOHOL

En la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 se incluye la pregunta *¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica? Nunca, una o menos veces al mes, dos a cuatro veces al mes, dos o tres veces a la semana, cuatro o más veces a la semana.* En este análisis se considera bajo consumo de alcohol la respuesta nunca, una o menos veces al mes, dos a cuatro veces al mes; y alto consumo de alcohol la respuesta de dos o tres veces a la semana y cuatro o más veces a la semana.

Las personas que tienen bajo consumo de alcohol presentan una prevalencia de sentimiento de soledad significativamente mayor 11,3% [IC 95% = 10,5-12,1] que los que mantienen un alto consumo de alcohol, 8% [IC 95% = 7,0-9,0]. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, tanto en los que tienen un bajo consumo de alcohol como en los que tienen un alto consumo de alcohol (gráfico 15).

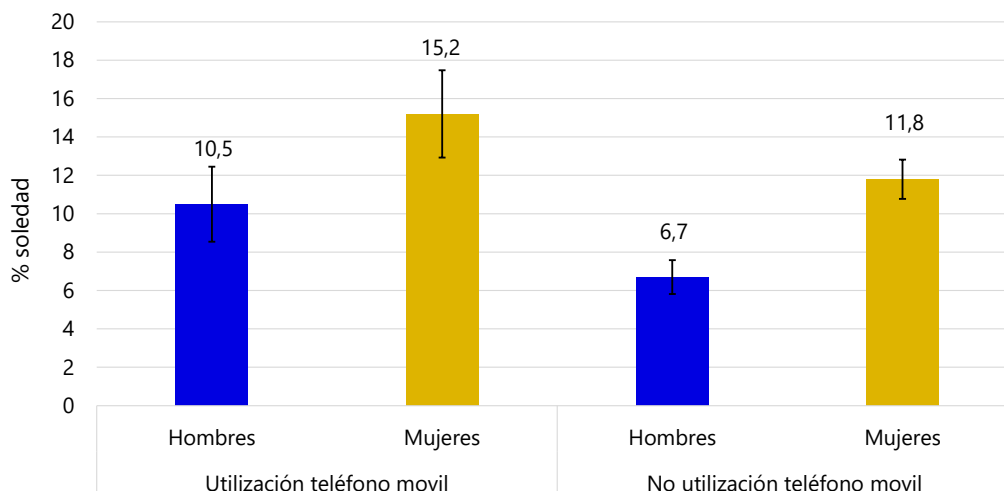
Gráfico 15. Prevalencia de soledad en las personas con consumo bajo y alto de alcohol (IC 95%)



UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO MÓVIL

Las personas que utilizan el teléfono móvil presentan con mayor frecuencia sentimiento de soledad, 12,8% [IC 95% = 11,3-14,3] que las que no lo utilizan, 9,5% [IC 95% = 8,8-10,2]. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la utilización del teléfono móvil y el sentimiento de soledad. Las mujeres que no utilizan el teléfono móvil presentan una frecuencia algo menor del doble de sentimiento de soledad que los hombres que no lo utilizan (gráfico 16).

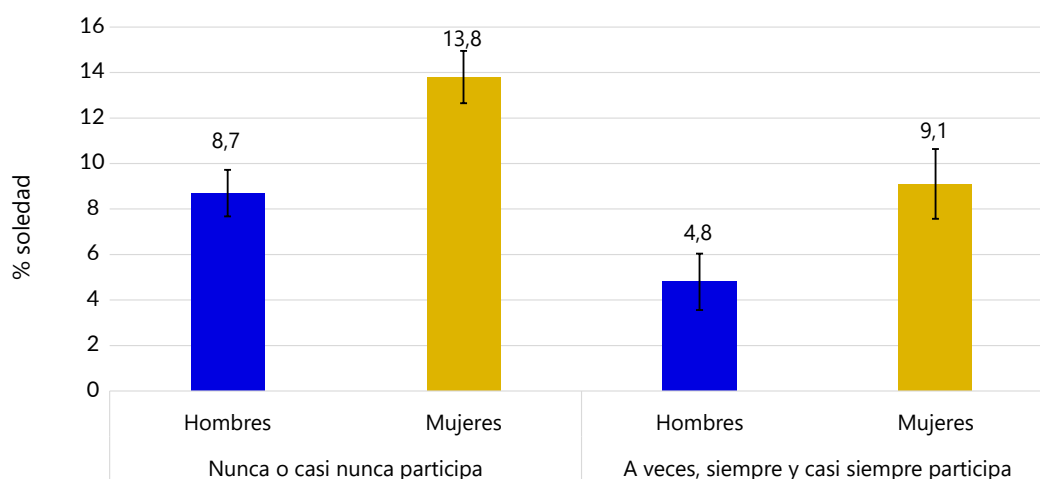
Gráfico 16. Prevalencia de soledad en las personas que utilizan o no el teléfono móvil (IC 95%)



PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL BARRIO

Las personas que nunca o casi nunca participan en actividades del barrio presentan mayor frecuencia de sentimiento de soledad 11,5% [IC 95% = 10,7-12,3] que las que participan a veces siempre o casi siempre, 7,1% [IC 95% = 6,1-8,1] siendo la diferencia estadísticamente significativa. Existen diferencias significativas por sexo en ambas categorías; las mujeres que nunca o casi nunca participan presentan más frecuencia de sentimiento de soledad que los hombres en la misma situación de participación, y las mujeres que a veces, siempre o casi siempre participan duplican en frecuencia a los hombres en la misma situación (gráfico 17).

Gráfico 17. Prevalencia de soledad en las personas con participación o no en actividades del barrio (IC 95%)



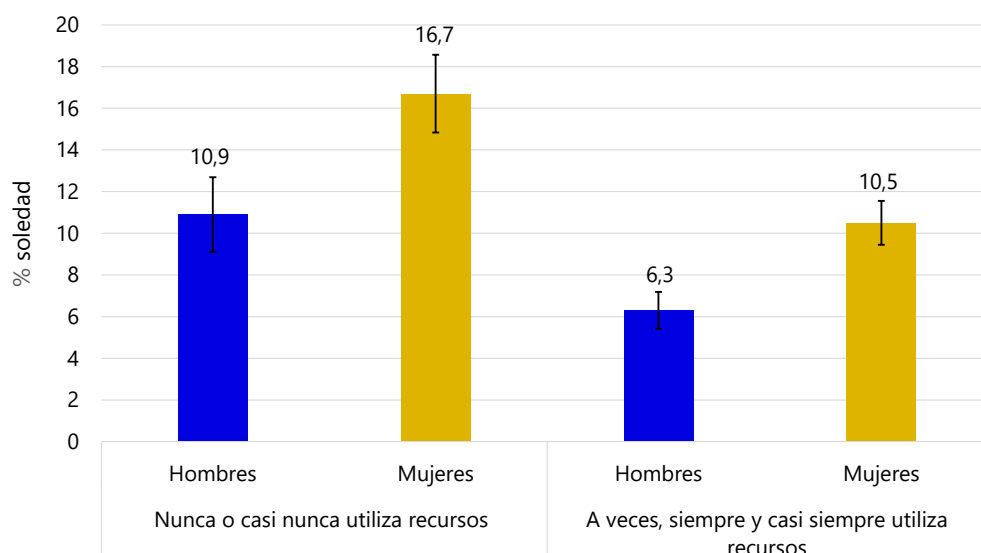
UTILIZACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS DEL BARRIO

Las personas que nunca o casi nunca utilizan recursos públicos en el barrio presentan mayor prevalencia de sentimiento de soledad, 14,1% [IC 95% = 12,8-15,5] que las que utilizan recursos públicos a veces, siempre o casi siempre, 8,5% [IC 95% = 7,8-9,2] siendo la diferencia estadísticamente signifi-



ficativa. Existen diferencias significativas por sexo en ambas categorías; las mujeres que nunca o casi nunca utilizan recursos públicos presentan un 53% más frecuencia de sentimiento de soledad que los hombres en la misma situación de utilización de recursos y de las mujeres que a veces, siempre o casi siempre utilizan recursos públicos se sienten solas con mayor frecuencia que los hombres en la misma situación de participación (gráfico 18).

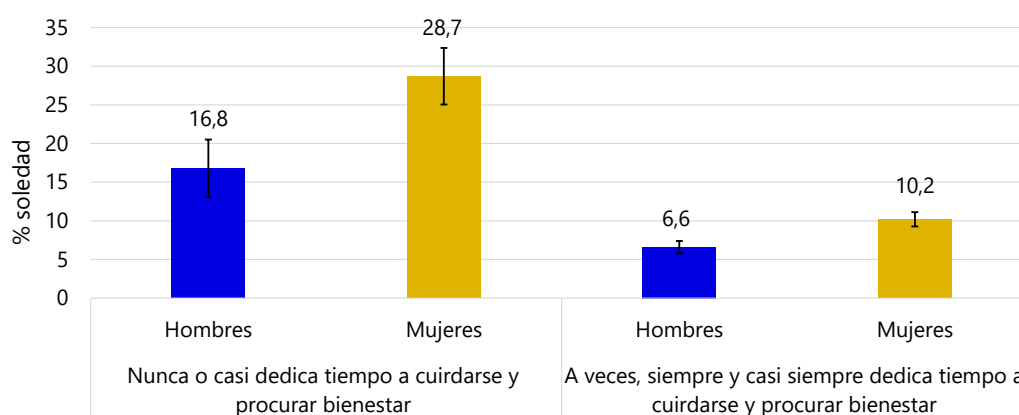
Gráfico 18. Prevalencia de soledad en las personas que utilizan o no recursos públicos del barrio (IC 95%)



TIEMPO PARA AUTOCUIDADO Y BIENESTAR

Los hombres y mujeres que nunca o casi nunca utilizan tiempo para cuidarse y procurar su bienestar casi triplican la frecuencia de sentimiento de soledad, 23,9% [IC 95% = 21,3-26,6] que los que sí lo hacen, 8,5% [IC 95% = 7,9-9,2]. En el caso de las mujeres casi duplican la frecuencia de sentimiento de soledad que los hombres en la misma situación. Todas las diferencias son estadísticamente significativas (gráfico 19).

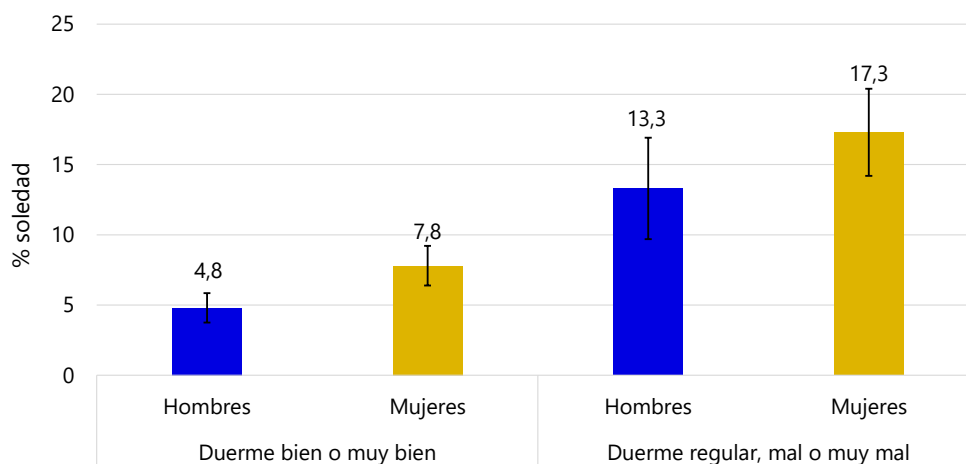
Gráfico 19. Prevalencia de soledad en las personas que utilizan o no tiempo para cuidarse y procurar su bienestar (IC 95%)



SUEÑO

Las personas que duermen regular, mal y muy mal, presentan, con significación estadística, más del doble de frecuencia de sentirse solas, 15,6% [IC 95% = 13,7-17,6] respecto a los que duermen bien o muy bien, 6,4% [IC 95% = 5,5-7,2]. No existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos (gráfico 20).

Gráfico 20. Prevalencia de soledad en las personas que duermen o no duermen bien (IC 95%)



ANÁLISIS DE OTRAS VARIABLES

No existen diferencias estadísticamente significativas entre personas con y sin sentimiento de soledad respecto a *anteponer el cuidado de los demás al suyo propio*; tampoco las encontramos entre personas con sentimiento de soledad alto y bajo respecto al *Índice de Masa Corporal (IMC)*.

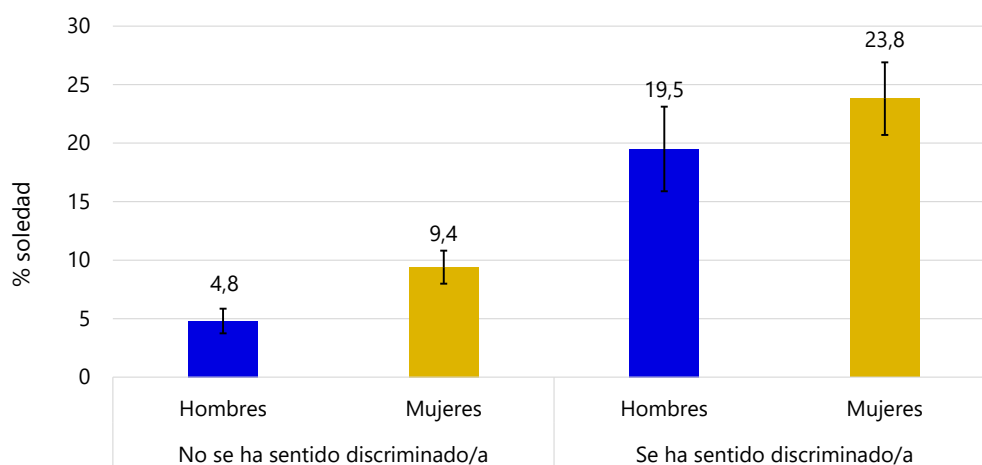
1.3. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD RESPECTO A REDES DE APOYO Y AUTOESTIMA

SENTIMIENTO DE DISCRIMINACIÓN

Las personas que se han sentido discriminadas triplican la frecuencia de sentimiento de soledad, 22,1% [IC 95% = 19,7-24,5] frente a las que no se han sentido discriminadas, 7,1% [IC 95% = 6,2-8]; los hombres que se han sentido discriminados multiplican por cuatro la frecuencia de sentirse solos frente a más del doble de frecuencia en las mujeres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (gráfico 21).



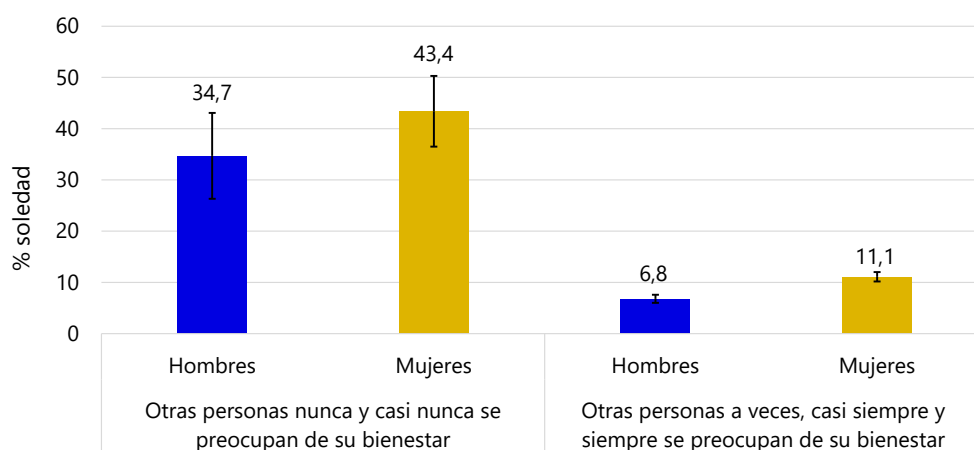
Gráfico 21. Prevalencia de soledad en las personas que se han sentido discriminadas o no (IC 95%)



AUTOPERCEPCIÓN DE QUE OTRAS PERSONAS SE PREOCUPAN POR SU BIENESTAR

Quienes tienen la percepción de que otras personas nunca y casi nunca se preocupan de su bienestar multiplican por cuatro la frecuencia de sentimiento de soledad, 40,1% [IC 95% = 34,7-45,4] frente a las personas que consideran que a veces, casi siempre o siempre otras personas se preocupan de su bienestar, 9,1% [IC 95% = 8,5-9,7]. Los hombres que consideran que nunca o casi nunca otras personas se preocupan por su bienestar quintuplican la frecuencia de presentar sentimiento de soledad respecto a los hombres que sí creen que se preocupan de ellos, las mujeres cuadruplican la frecuencia. Estas diferencias son estadísticamente significativas (gráfico 22).

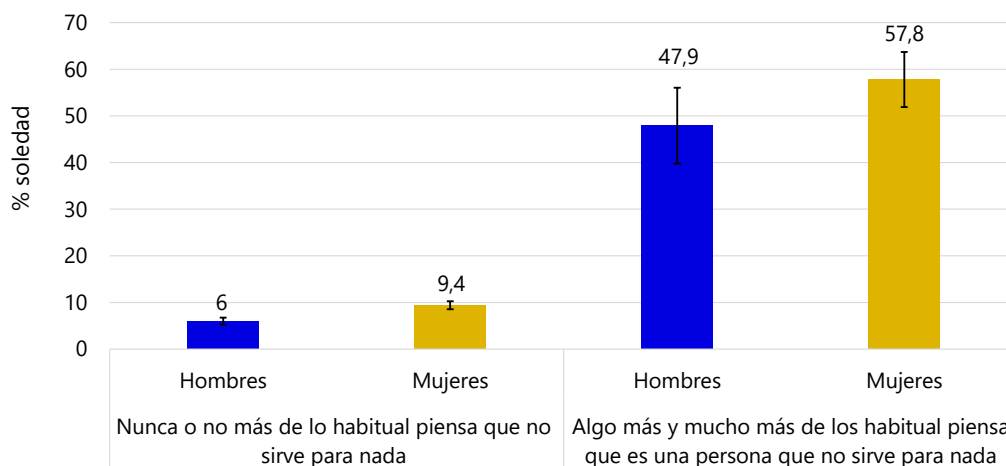
Gráfico 22. Prevalencia de soledad entre quienes perciben que otras personas se preocupan por su bienestar y quienes perciben que no se preocupan (IC 95%)



SENTIMIENTO DE NO SERVIR PARA NADA

En la pregunta de la encuesta *¿En las últimas semanas, ha pensado que Vd. es un persona que no sirve para nada?*, quienes piensan más o mucho más de lo habitual que no sirven para nada, tienen una frecuencia siete veces superior de sentir soledad 54,2% [IC 95% = 49,4-59,0], frente a quienes responden que nunca y no más de lo habitual piensan que no sirven para nada 7,8% [IC 95% = 7,2-8,4], teniendo esta diferencia significación estadística (gráfico 23).

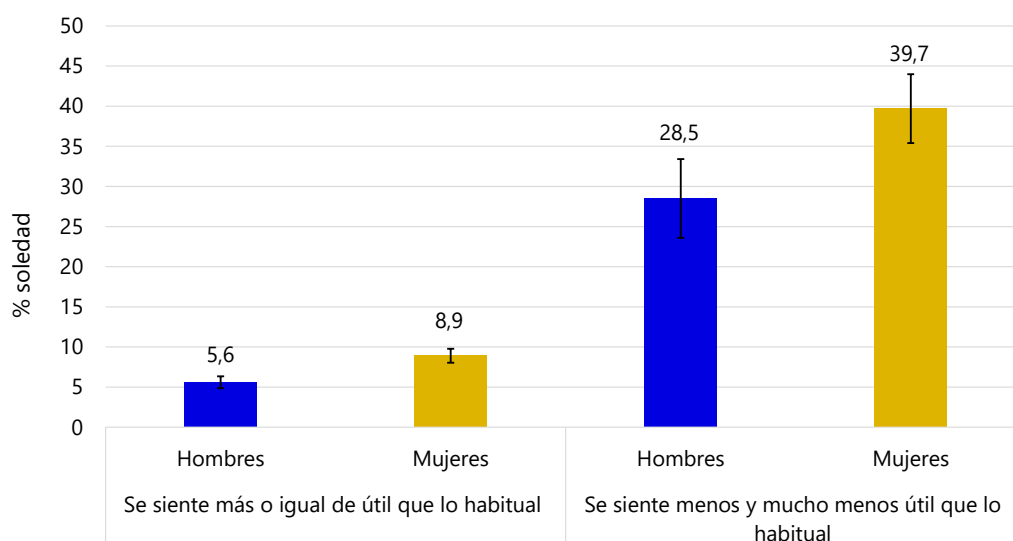
Gráfico 23. Prevalencia de soledad en las personas que perciben servir o no servir para nada (IC 95%)



SENTIMIENTO DE SER ÚTIL

En la pregunta de la encuesta *¿En las últimas semanas, ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?*, quiénes se sienten menos o mucho menos útiles que lo habitual, presentan una frecuencia cinco veces mayor de sentirse solos 35,3% [IC 95% = 32,0-38,5] que las personas que se sienten más o igual de útil que lo habitual, 7,4% [IC 95% = 6,8-8,0]. Existen diferencias significativas entre sexos: las mujeres que se sienten menos o mucho menos útiles presentan un 40% más de frecuencia de sentirse solos que los hombres en la misma situación. Todas las diferencias son estadísticamente significativas (gráfico 24).

Gráfico 24. Prevalencia de soledad en las personas que se sienten o no útiles (IC 95%)



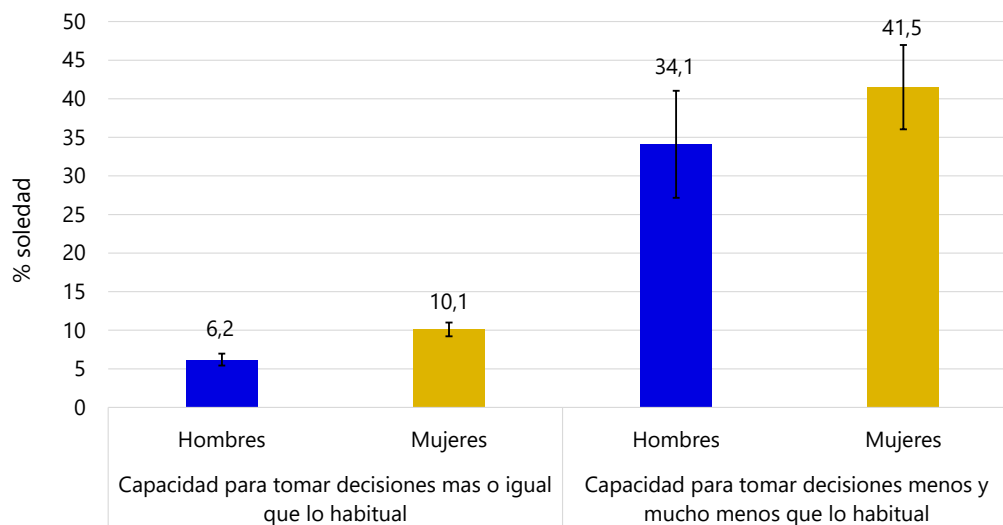
[Volver a índice monográfico](#)



CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES

Las personas que consideran tener menos capacidad para tomar decisiones multiplican por más de cuatro la frecuencia de tener sentimientos de soledad, 38,8% [IC 95% = 34,5-43,1] frente a las que tienen más o igual capacidad de tomar decisiones en las últimas semanas 8,3% [IC 95% = 7,7-8,9]. No existen diferencias significativas entre sexos en la categoría de menor capacidad para tomar decisiones (gráfico 25).

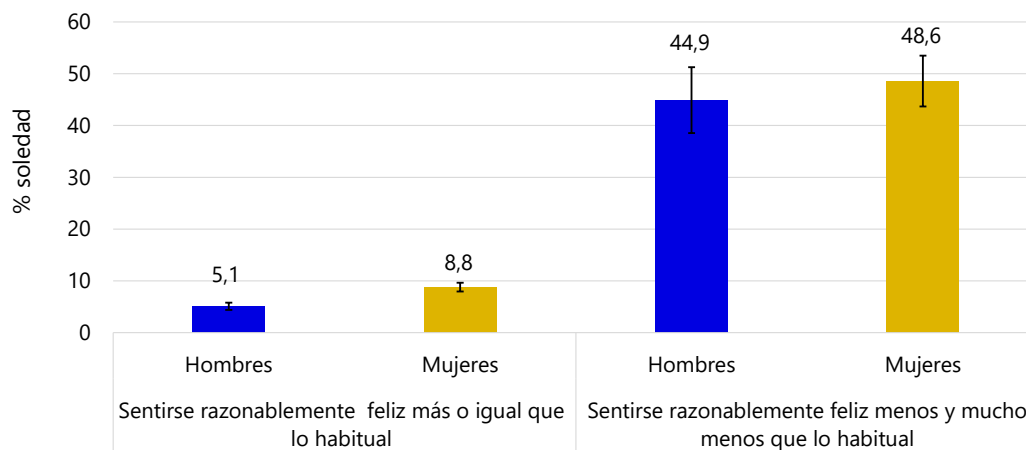
Gráfico 25. Prevalencia de soledad en las personas con capacidad o no para tomar decisiones (IC 95%)



SENTIMIENTO DE FELICIDAD

En la pregunta de la encuesta *¿Es razonablemente feliz considerando todas las circunstancias en las últimas semanas?*, las respuestas muestran que las personas que se sienten felices menos y mucho menos que habitualmente presentan una frecuencia de casi siete veces mayor sentimiento de soledad, 47,2% [IC 95% = 43,3-51,1] que las personas que se sienten razonablemente felices más o igual que lo habitual, 7,1% [IC 95% = 6,5-7,7]. No existen diferencias significativas entre sexos en la categoría de sentirse menos y mucho menos feliz (gráfico 26).

Gráfico 26. Prevalencia de soledad en las personas que se sienten o no felices (IC 95%)

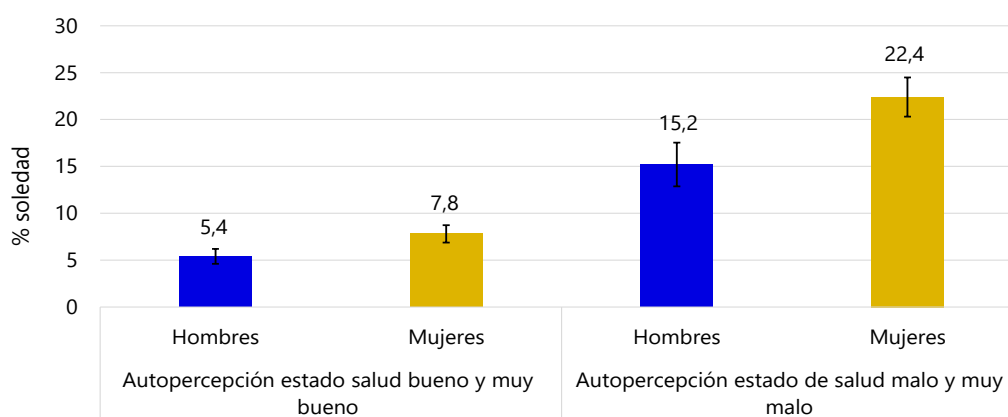


1.4. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNOS INDICADORES DE SALUD

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

El estado de salud percibido es un buen predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad y del padecimiento de enfermedades crónicas. Las personas con mala y muy mala autopercepción de salud presentan una frecuencia tres veces mayor de tener sentimiento de soledad, 19,7% [IC 95% = 18,1-21,3] que las personas con autopercepción de salud buena y muy buena, 6,6% [IC 95% = 6,0-7,2]. Las mujeres con mala percepción de su propia salud tienen 1,5 veces más frecuentemente sentimiento de soledad, 22,4% [IC 95% = 20,3-24,5] que los hombres 15,2% [IC 95% = 12,9-17,6], siendo estas diferencias estadísticamente significativas (gráfico 27).

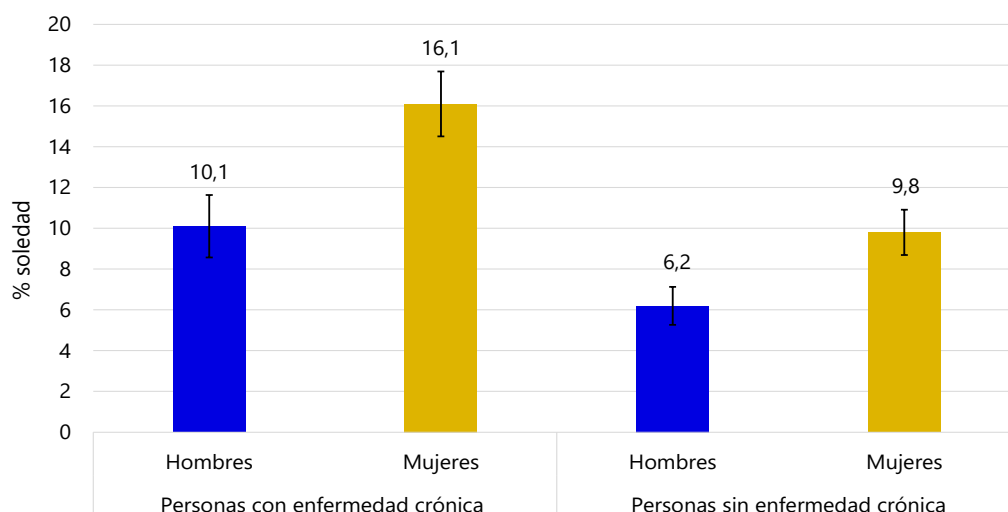
Gráfico 27. Prevalencia de soledad en las personas con autopercepción del estado de salud bueno y muy bueno, o malo y muy malo (IC 95%)



ENFERMEDAD CRÓNICA

Las personas que sufren una enfermedad crónica tienen de forma significativa casi el doble de frecuencia de sentimiento de soledad, 13,6% [IC 95% = 12,4-14,7] que los que no presentan enfermedad crónica, 8% [IC 95% = 7,3-8,8]. Existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos: las mujeres con enfermedad crónica tienen un 60% más de probabilidad de sentirse solas, 16,1% [IC 95% = 14,5-17,7] que los hombres con enfermedad crónica, 10,1% [IC 95% = 8,6-10,6] (gráfico 28).

Gráfico 28. Prevalencia de soledad en las personas con o sin enfermedad crónica (IC 95%)



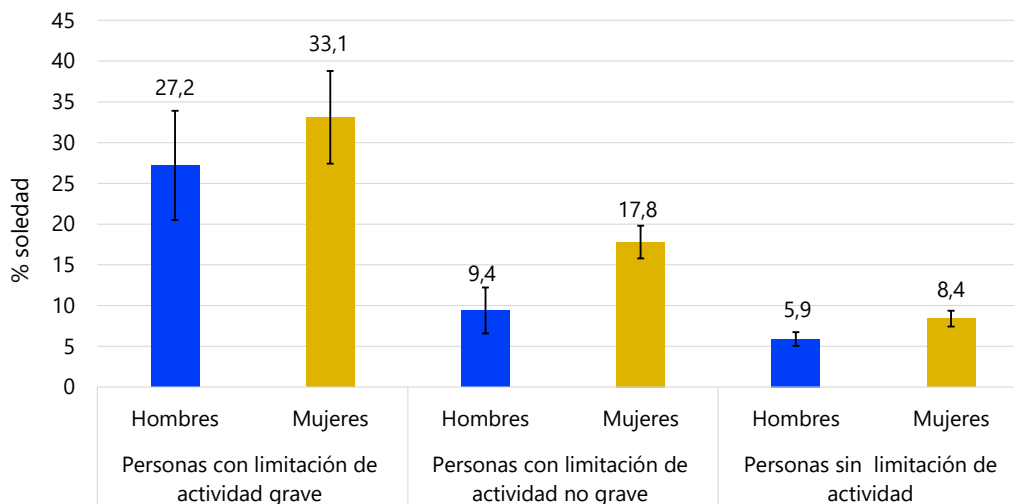
[Volver a índice monográfico](#)



LIMITACIÓN CRÓNICA A LA ACTIVIDAD HABITUAL

Las personas con limitación grave de su actividad habitual, durante al menos los últimos seis meses, tienen cuatro veces más frecuencia de presentar sentimientos de soledad, 30,8% [IC 95% = 26,4-35,1] que las personas sin esa limitación, 7,2% [IC 95% = 6,5-7,8] y el doble de frecuencia que las personas con limitación no grave, 14,4% [IC 95% = 13,0-15,8]. Las diferencias en cuanto al sentimiento de soledad entre la limitación grave y las otras dos categorías (limitación no grave y sin limitación) son estadísticamente significativas. No existen diferencias según sexo (gráfico 29).

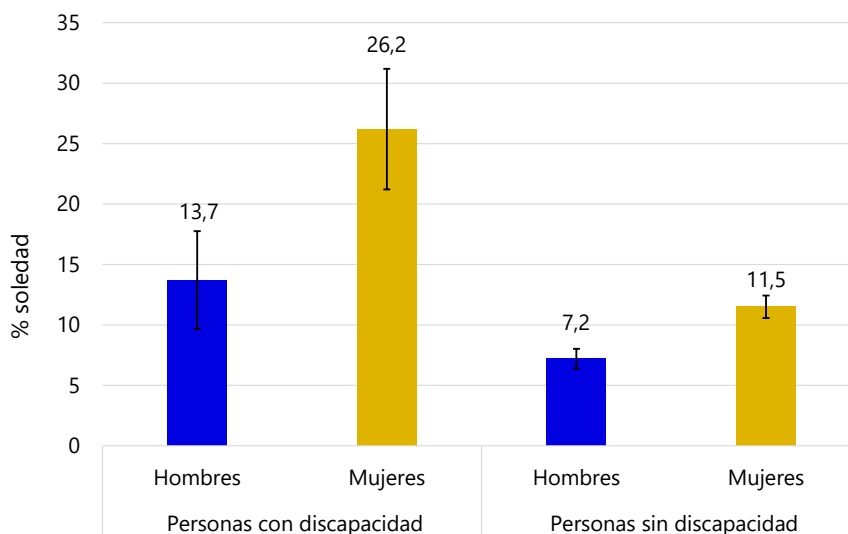
Gráfico 29. Prevalencia de soledad en las personas con limitación crónica de la actividad habitual (IC 95%)



DISCAPACIDAD

Las personas que tienen reconocida algún tipo de discapacidad presentan doble probabilidad de tener sentimiento de soledad, 20,3% [IC 95% = 17-23,6] que las personas sin discapacidad, 9,5% [IC 95% = 8,9-10,2]. Entre hombres y mujeres con discapacidad también existe el doble de frecuencia de sentimiento de soledad en las mujeres, 26,2% [IC 95% = 21,2-31,2] que en los hombres, 13,7% [IC 95% = 9,7-17,8]. Las diferencias señaladas son estadísticamente significativas (gráfico 30).

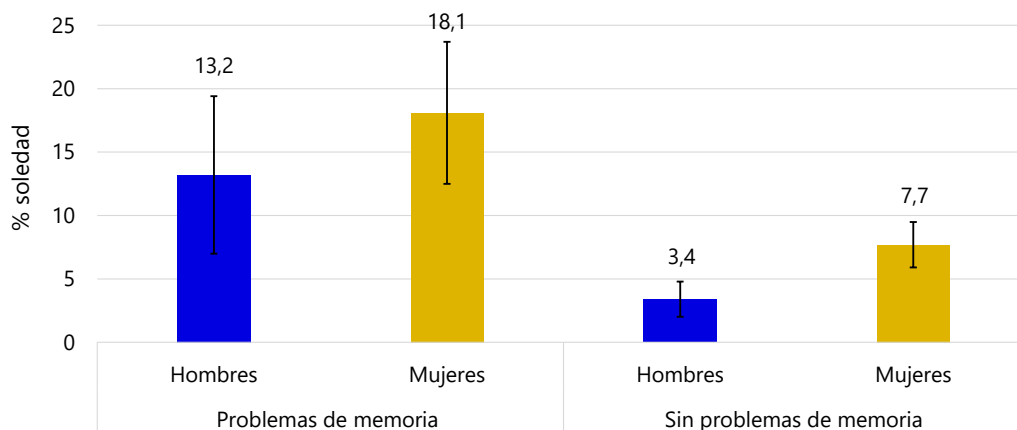
Gráfico 30. Prevalencia de soledad en las personas con y sin discapacidad (IC 95%)



PROBLEMAS DE MEMORIA

Las personas de 55 años y más con problemas de memoria triplican la frecuencia de sentirse solas, 15,9% [IC 95% = 11,8-20,1], de forma significativa frente a las personas que no presentan problemas de memoria, 5,8% [IC 95% = 4,6-7,0]. No existen diferencias significativas entre sexos en las personas con problemas de memoria y sentimiento de soledad (gráfico 31).

Gráfico 31. Prevalencia de soledad en las personas con y sin problemas de memoria en personas de 55 años y más (IC 95%)

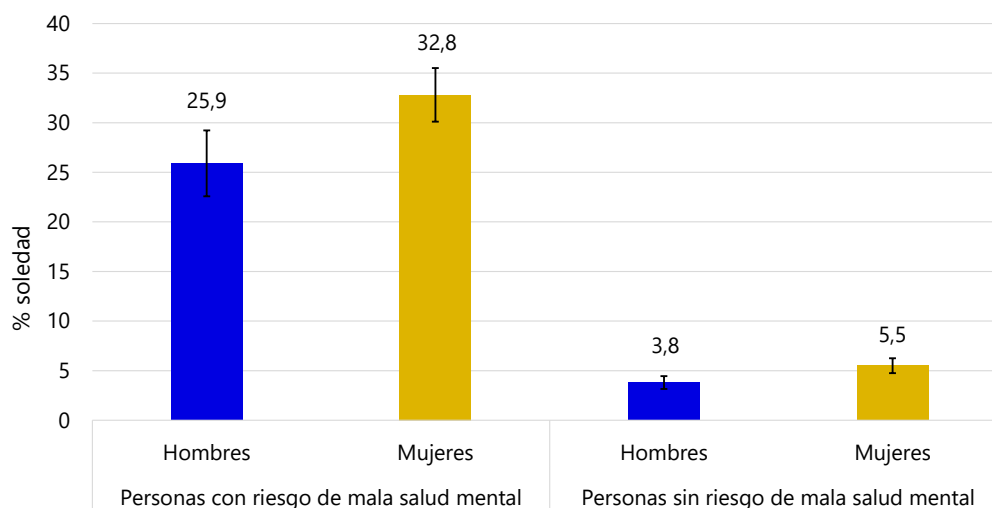


RIESGO DE MALA SALUD MENTAL

El riesgo de mala salud mental se ha estudiado utilizando el cuestionario GHQ-12, que permite explorar, por una parte, el riesgo de padecer problemas de salud mental (3 o más respuestas afirmativas) y por otra, el número de síntomas (total de respuestas afirmativas) y la intensidad del malestar (total de puntuación Likert, con puntuaciones mayores indicando más intensidad).

Las personas con riesgo de mala salud mental presentan una diferencia, estadísticamente significativa, que se puede cuantificar en seis veces mayor frecuencia de tener sentimiento de soledad, 30,3% [IC 95% = 28,2-32,4] que las personas que no presentan riesgo de mala salud mental, 4,7% [IC 95% = 4,2-5,2]. No existen diferencias significativas entre sexos (gráfico 32).

Gráfico 32. Prevalencia de soledad en las personas con y sin riesgo de mala salud mental (IC 95%)



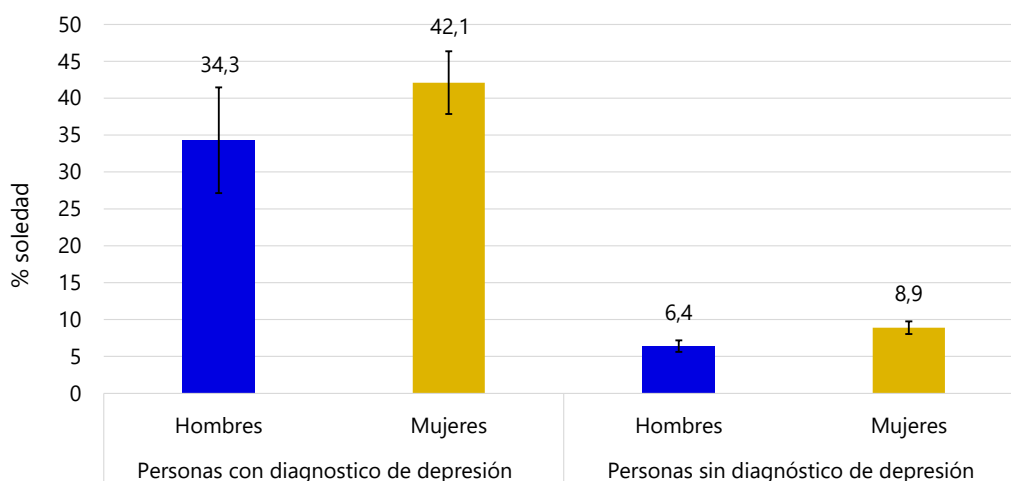
[Volver a índice monográfico](#)



DEPRESIÓN

Las personas diagnosticadas de depresión tienen 5 veces más prevalencia de sentimiento de soledad, 40,2% [IC 95% = 36,5-43,8] que las personas que no tienen este diagnóstico, 7,7% [IC 95% = 7,1-8,3], diferencia estadísticamente significativa. No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres diagnosticados de depresión y sentimiento de soledad (gráfico 33).

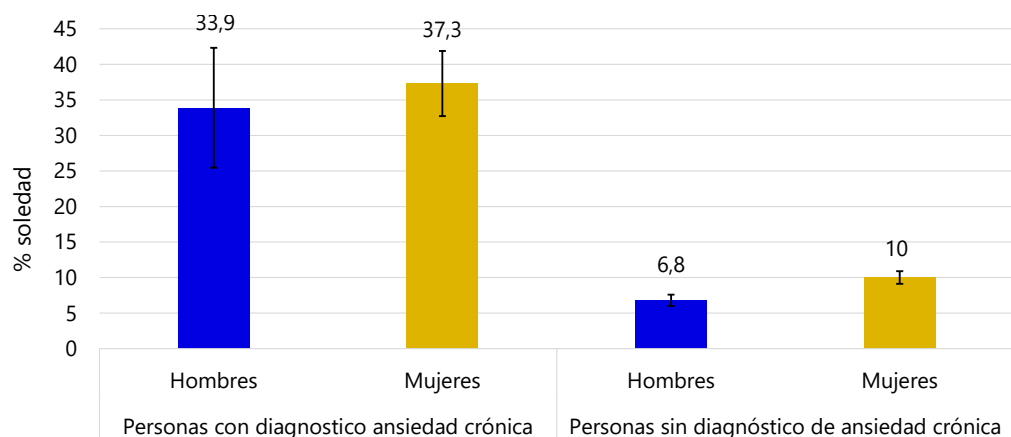
Gráfico 33. Prevalencia de soledad en las personas con y sin diagnóstico de depresión (IC 95%)



ANSIEDAD CRÓNICA

Las personas diagnosticadas de ansiedad crónica tienen 4 veces más prevalencia de sentimiento de soledad, 36,5% [IC 95% = 32,5-40,6] que las personas que no tienen este diagnóstico, 8,5% [IC 95% = 7,9-9,1], diferencia estadísticamente significativa. No existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos (gráfico 34).

Gráfico 34. Prevalencia de soledad en las personas con y sin diagnóstico de ansiedad crónica (IC 95%)



CONSUMO DE MEDICAMENTOS

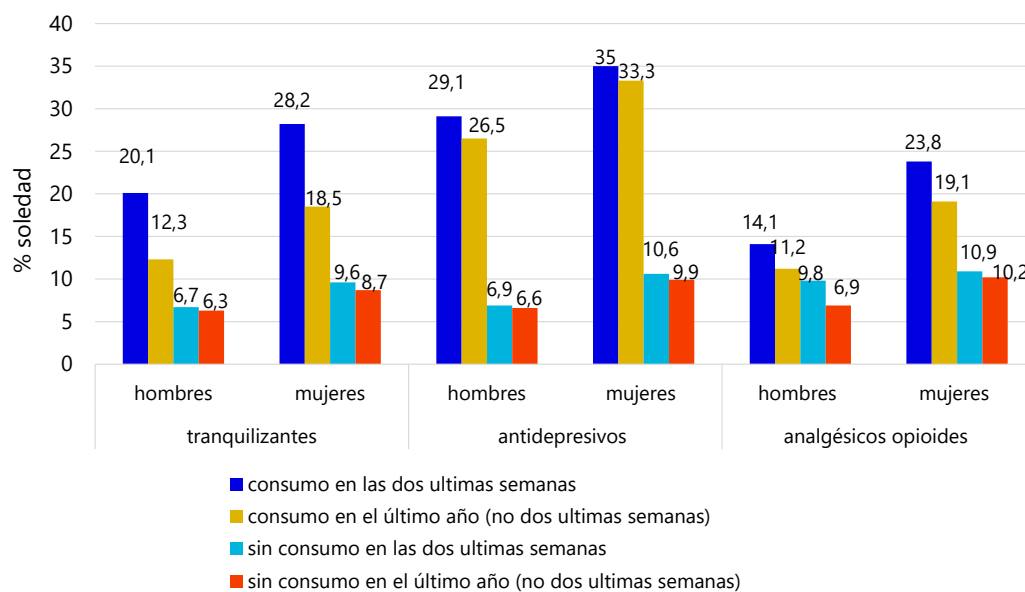
Las personas que tomaron tranquilizantes en el último año triplican de forma significativa la frecuencia de sentimiento de soledad, 22,6% [IC 95% = 20,6-24,6] respecto a las que no tomaron esta medicación, 7,5% [IC 95% = 6,9-8,1].

Las personas que tomaron antidepresivos en el último año multiplican por cuatro la prevalencia de sentimiento de soledad, 33% [IC 95% = 29,5-36,5] respecto a las que no tomaron antidepresivos, 8,3% [IC 95% = 7,7-8,9], diferencias con significación estadística.

Las personas que tomaron analgésicos opioides en el último año duplican la prevalencia de sentimiento de soledad, 18,6% [IC 95% = 16,6-20,6] respecto a las que no lo tomaron, 8,6% [IC 95% = 8-9,3]. De estos medicamentos las mujeres consumen el doble que los hombres.

El consumo de medicamentos psicotrópicos se asocia a un mayor sentimiento de soledad tanto en hombres como en mujeres (gráfico 35).

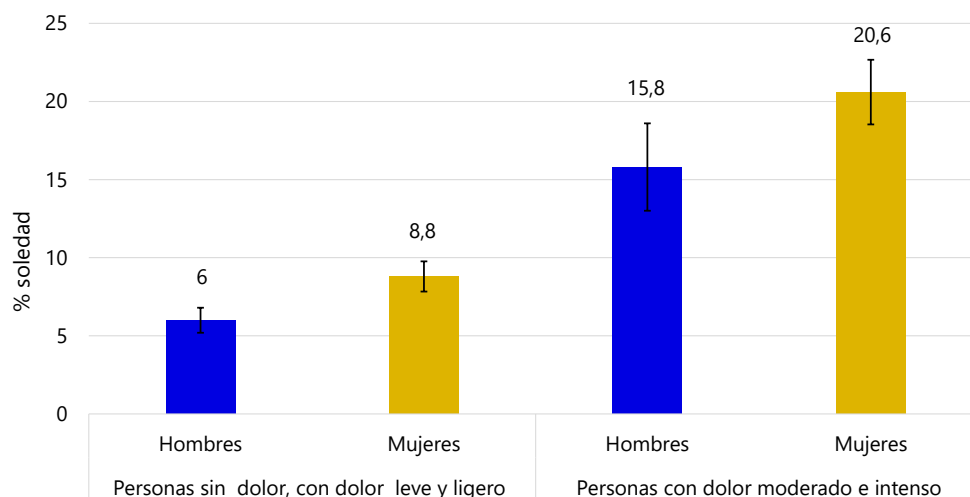
Gráfico 35. Prevalencia de soledad en las personas con y sin consumo de medicamentos psicotrópicos



DOLOR

Las personas con dolor moderado e intenso durante las dos últimas semanas presentan, con significación estadística, más del doble de frecuencia de sentirse solos, 19,1% [IC 95% = 17,5-20,8] respecto a quienes no tienen dolor o este es leve o ligero, 7,4% [IC 95% = 6,8-8,0]. Las diferencias son estadísticamente significativas entre sexos (gráfico 36).

Gráfico 36. Prevalencia de soledad en las personas con y sin dolor (IC 95%)



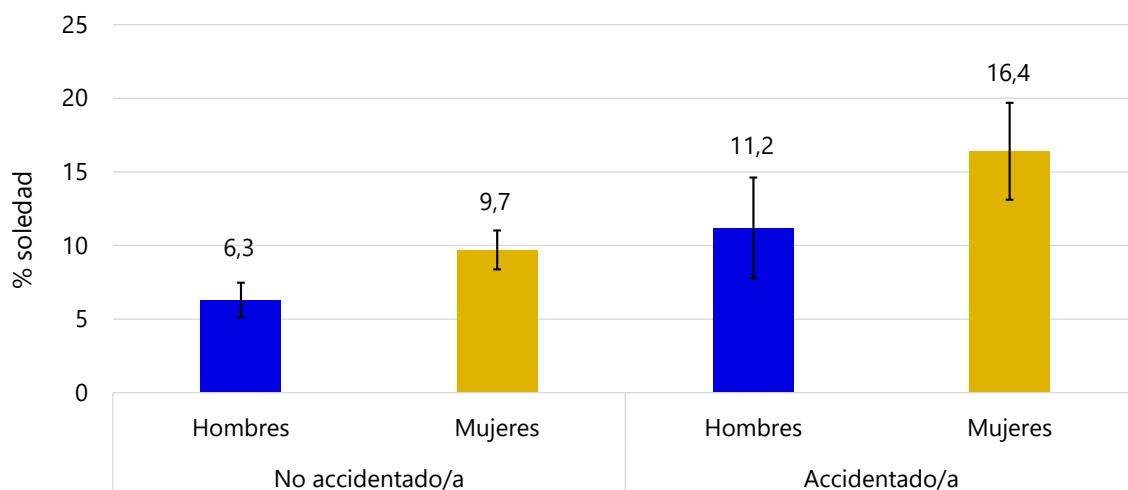
[Volver a índice monográfico](#)



ACCIDENTES

Las personas que han sufrido un accidente tienen casi el doble de frecuencia de sentir soledad, 14,3% [IC 95% = 11,9-16,7] que las personas que no han tenido accidentes, 8,1% [IC 95% = 7,2-9] esta diferencia tiene significación estadística. No existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos (gráfico 37).

Gráfico 37. Prevalencia de soledad en las personas con y sin accidente (IC 95%)



2

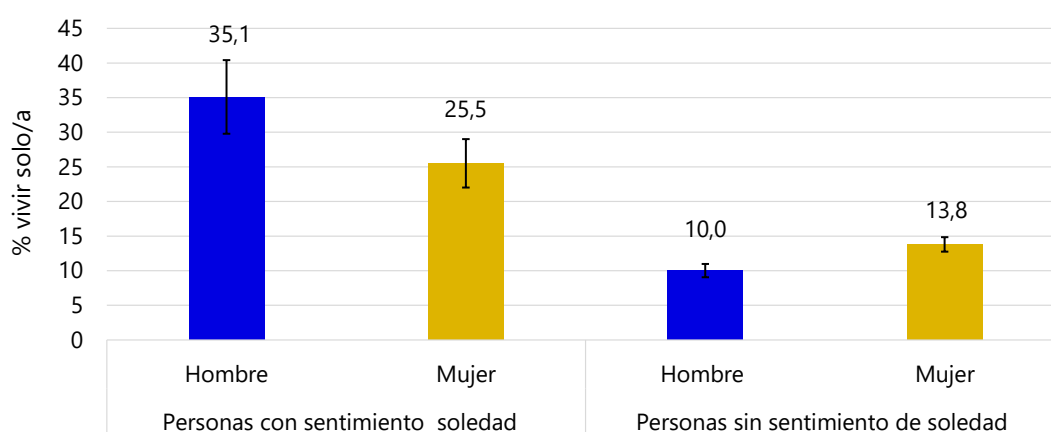
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD DE LA POBLACIÓN AFECTADA POR LA SOLEDAD

2.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS

PERSONAS QUE VIVEN SOLAS

Casi una de cada tres personas con sentimiento de soledad vive sola, 28,7% [25,8-31,7] frente a quienes tienen ese sentimiento pero viven acompañadas, 12% [IC 95% = 11,3-12,7]. Los hombres con sentimiento de soledad triplican la frecuencia de vivir solos, 35,1% [IC 95% = 29,7-40,4] vs. 10% [IC 95% = 9,0-10,9], mientras que las mujeres la duplican 25,5% [IC 95% = 22-29] vs. 13,8% [IC 95% = 12,7-14,8]. Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres que viven solos/as (gráfico 38).

Gráfico 38. Frecuencia de vivir solo entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

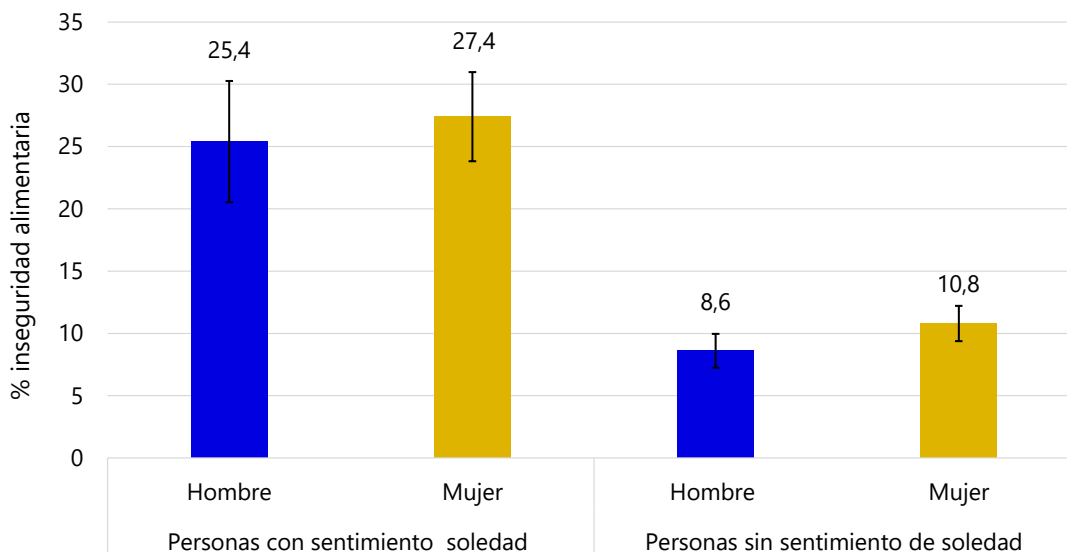


INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Las personas que se sienten solas presentan tres veces más frecuencia de tener algún tipo de inseguridad alimentaria para acceder a alimentos por razones económicas, 26,7% (IC 95%=15,0 - 38,4) comparado con las personas sin sentimiento de soledad, 9,8% (IC 95%=6,8 - 12,7); estas diferencias tienen significación estadística, aunque no según sexo (gráfico 39).



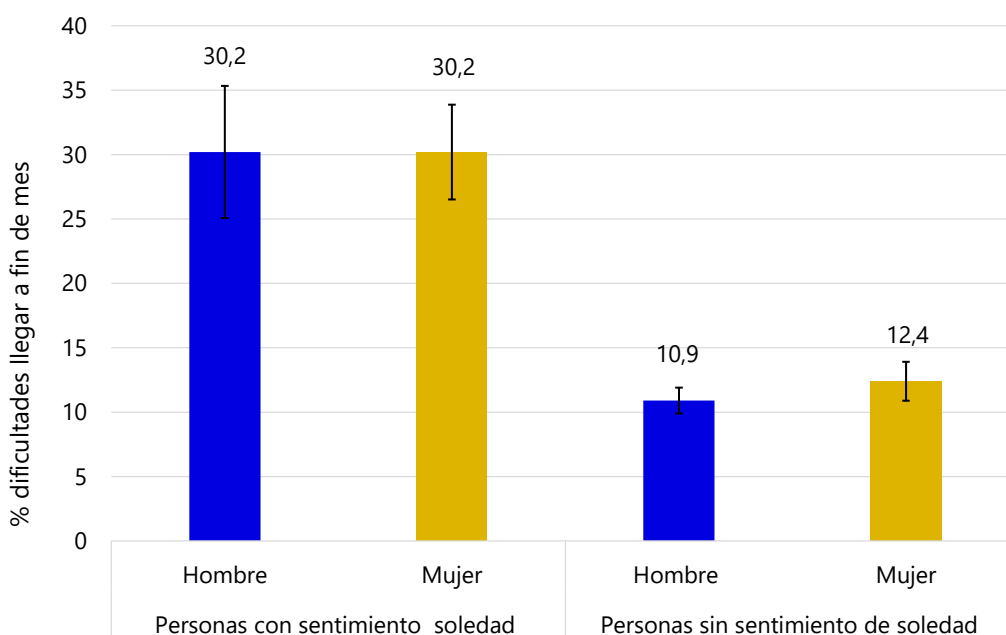
Gráfico 39. Frecuencia de inseguridad alimentaria entre las personas que se sienten solas o no según sexo (IC 95%)



DIFICULTAD PARA LLEGAR A FIN DE MES

Las personas que se sienten solas tienen casi tres veces más frecuencia de tener dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes, 30,2% [IC 95% = 27,2-33,2] que aquellas que no presentan sentimiento de soledad, 11,7% [IC 95% = 11,0-12,4]. No existen diferencias significativas por sexo (gráfico 40).

Gráfico 40. Frecuencia de dificultades para llegar a fin de mes entre las personas que se sienten solas o no según sexo (IC 95%)



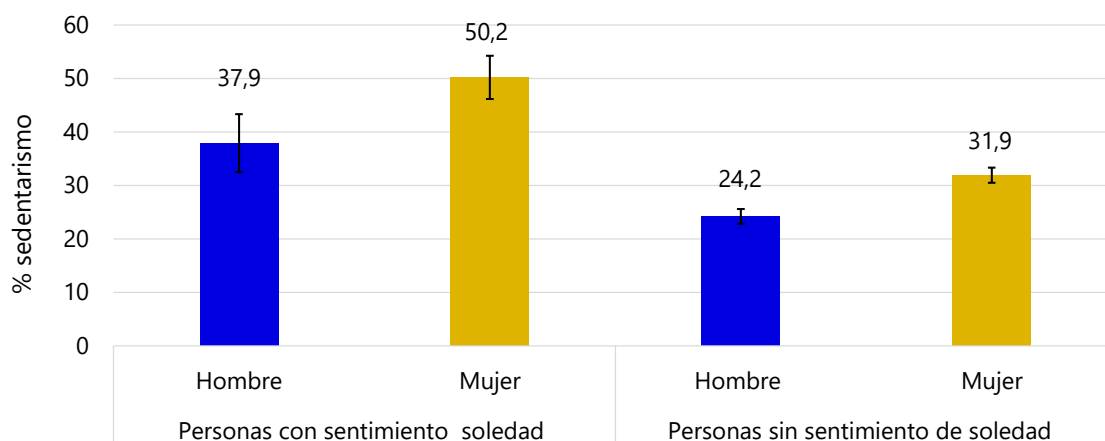
2.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

SEDENTARISMO

Las personas que se sienten solas duplican la frecuencia de sedentarismo de forma estadísticamente significativa, 45,9% [IC 95% = 34,3-49,2] frente a aquellas que no sienten soledad, 28,2% [IC 95% = 27,3-29,2]. Existen diferencias significativas entre sexos ([gráfico 41](#)).

En el estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 los resultados son similares, un 37,8% de las personas que se sienten solas apenas hacen ejercicio en su tiempo libre, frente al 20% de las que no se sienten solas, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Gráfico 41. Frecuencia de hábitos sedentarios entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



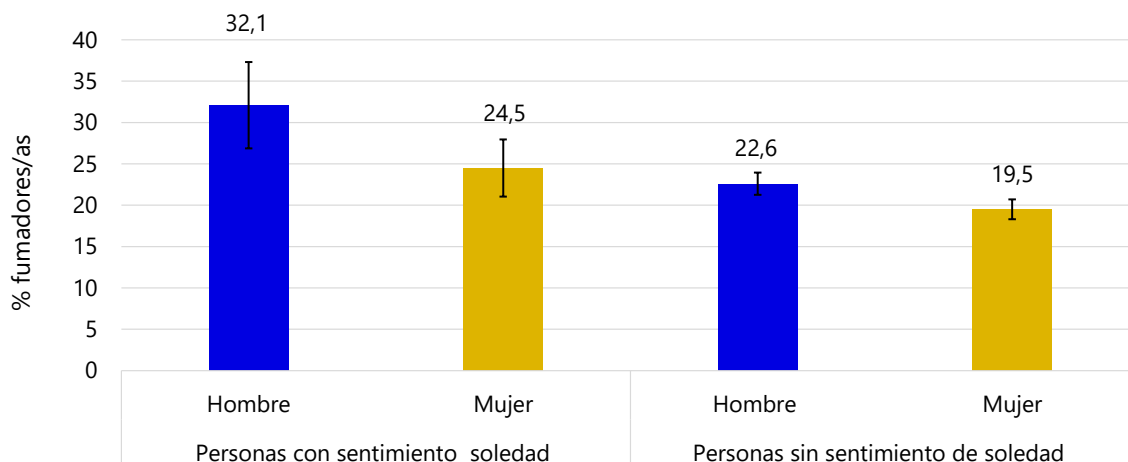
CONSUMO DE TABACO

Las personas que se sienten solas fuman tabaco con mayor frecuencia, 27% [IC 95% = 24,1-29,9] que las que no presentan soledad, 20,9% [IC 95% = 20-21,8] siendo esta diferencia significativa. Los hombres con y sin sentimiento de soledad fuman habitualmente tabaco más que las mujeres en ambas situaciones teniendo todas las diferencias significación estadística ([gráfico 42](#)).

Los datos del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 muestran que las personas que se sienten solas fuman más que las que no se sienten solas.



Gráfico 42. Frecuencia de fumadores habituales entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

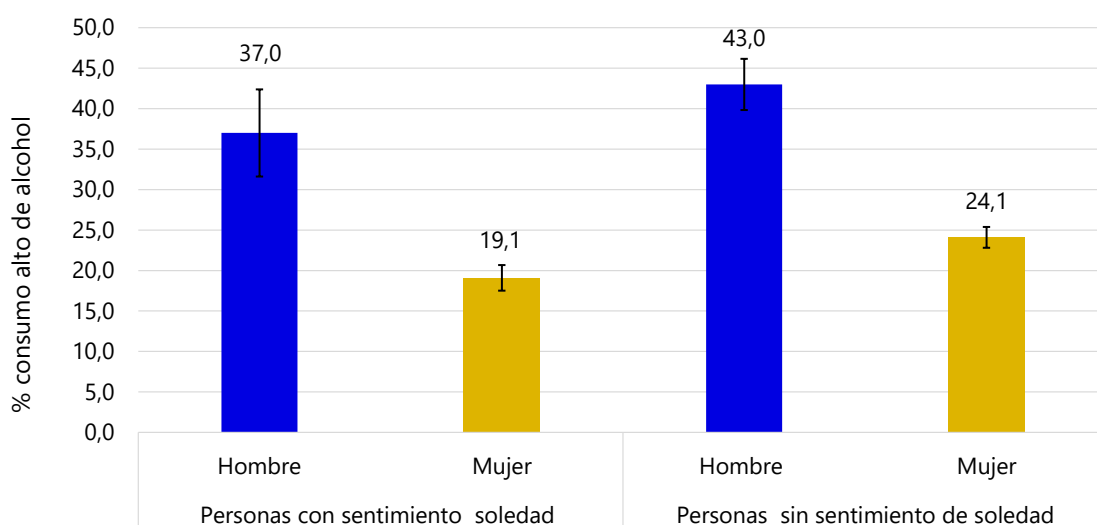


CONSUMO DE ALCOHOL

Quienes se sienten solos presentan menor frecuencia de consumo alto de alcohol, 25,2% [IC 95% = 22,4-28,0] vs. 33% [IC 95% = 32,0-34,0]. Entre los hombres con y sin sentimiento de soledad no existen diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de efectuar un consumo alto de alcohol. En el caso de las mujeres con sentimiento de soledad existe una diferencia de un 5% menos de probabilidad de consumo alto de alcohol, respecto a las mujeres sin sentimiento de soledad, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (gráfico 43).

Los datos del informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada de la ciudad de Madrid de 2017 confirman que las personas que se sienten solas beben menos alcohol que las personas que no se sienten solas.

Gráfico 43. Frecuencia de consumo alto de alcohol entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



UTILIZACIÓN TELÉFONO MÓVIL

Las personas con sentimiento de soledad utilizan el teléfono móvil con menor frecuencia, 89,6% [IC 95% = 87,3-91,9] que las que no presentan un sentimiento de soledad, 93% [IC 95% = 92,4-93,6]. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con sentimiento de soledad (gráfico 44).

Las personas que presentan sentimiento de soledad, tanto hombres como mujeres, perciben con mayor frecuencia que utilizan el teléfono móvil más de lo que debieran, 45,9% [IC95% = 42,2-49,6] frente a quienes no sienten soledad, que lo perciben en menor medida, 37,6% [IC95% = 36,4-38,8]. No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (gráfico 45).

El estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 presenta los siguientes resultados respecto a la utilización a diario del móvil: lo utilizan el 47,2% de las personas que se sienten solas y el 62,1% en las personas que no se sienten solas, mientras que el 9,1% carece de teléfono móvil.

Gráfico 44. Frecuencia de utilización del teléfono móvil entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

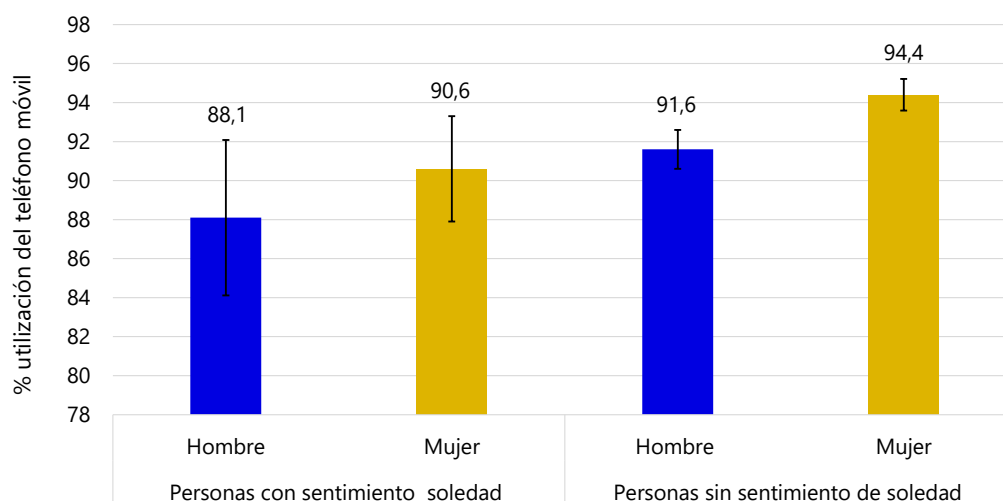
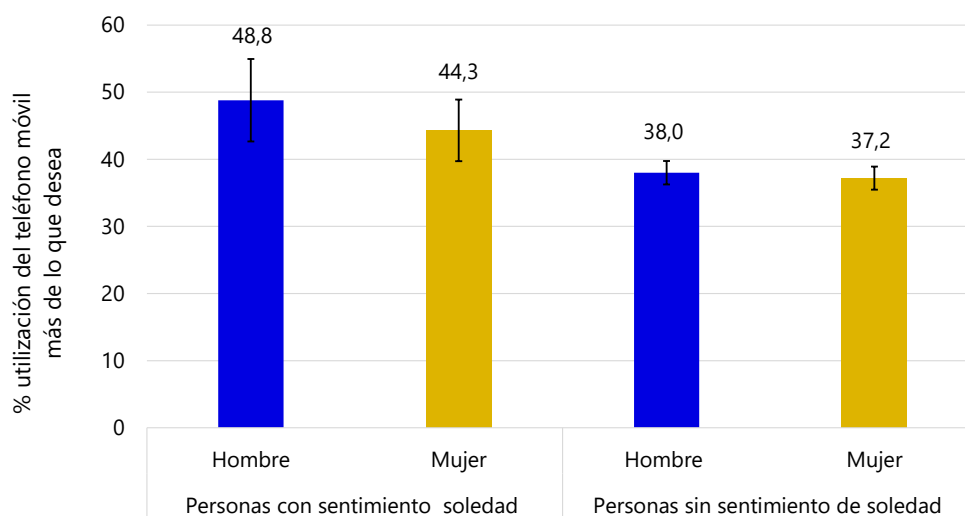


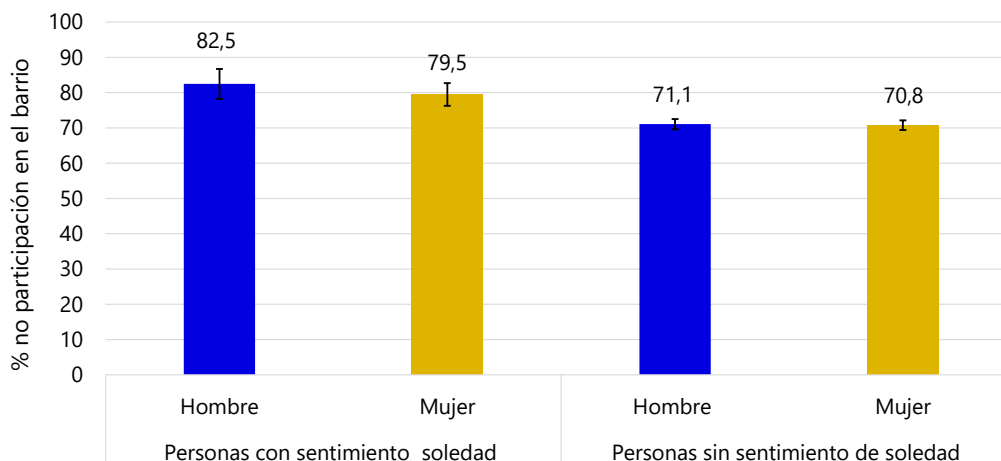
Gráfico 45. Frecuencia de utilización del teléfono móvil más de lo que desea entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL BARRIO

Las personas con sentimiento de soledad participan en actividades del barrio con menor frecuencia, 80,5% [IC 95% = 77,9-83,1] respecto a las que refieren no tener sentimiento de soledad, 70,9% [IC 95% = 69,9-71,9] siendo la diferencia estadísticamente significativa. No existen diferencias significativas por sexo en ambas categorías (gráfico 46).

Gráfico 46. Frecuencia de personas que nunca o casi nunca participan en el barrio entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

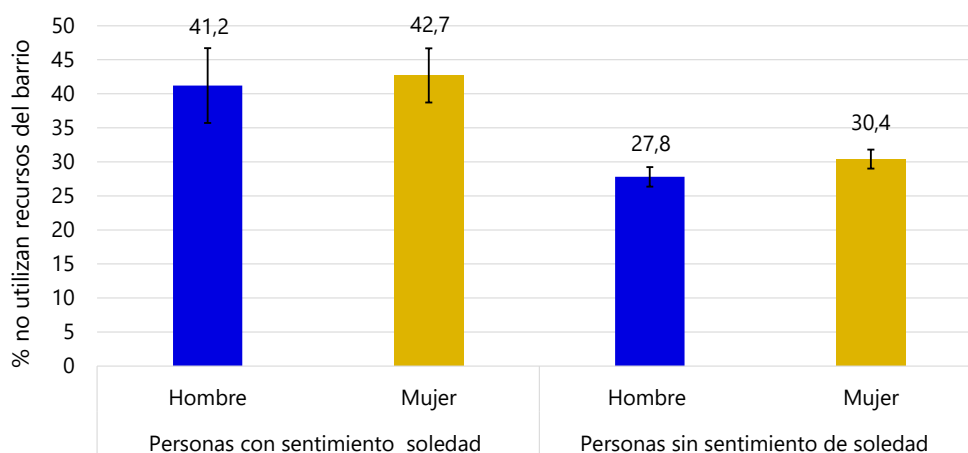


UTILIZACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS DEL BARRIO

Las personas con sentimiento de soledad presentan una frecuencia menor en la utilización de recursos públicos del barrio, 42,1% [IC 95% = 38,9-45,4] que las personas sin sentimiento de soledad, 29,2% [IC 95% = 28,2-30,2] siendo esta diferencia estadísticamente significativa. No existen diferencias por sexo (gráfico 47).

En la línea de los datos anteriores, el informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 observa que una gran parte de las personas que se sienten solas realizan un uso bajo de los espacios comunitarios (44,3%).

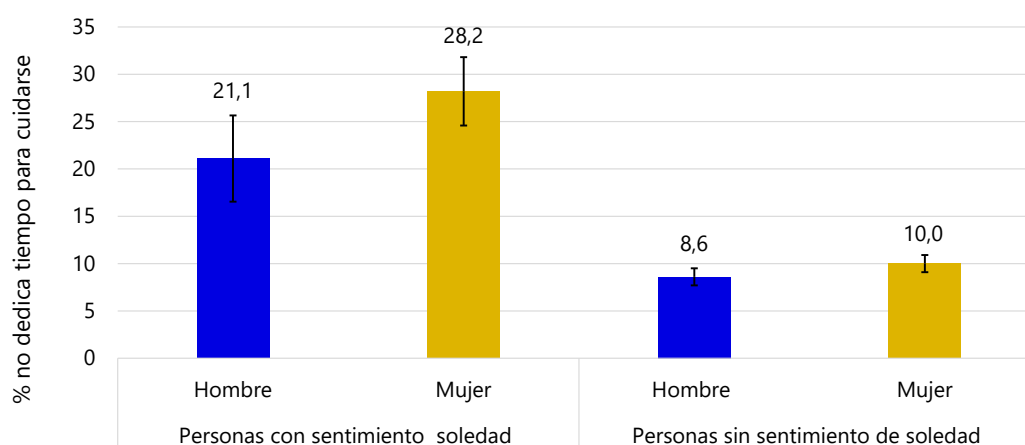
Gráfico 47. Frecuencia de personas que nunca o casi nunca utilizan recursos del barrio entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



TIEMPO PARA AUTOCUIDADO Y BIENESTAR

Las personas con sentimiento de soledad presentan casi tres veces más frecuencia de no dedicar tiempo a cuidarse y procurar su bienestar, 25,8% [IC 95% = 23,9-28,6] frente a quienes no presentan sentimiento de soledad, 9,3% [IC 95% = 8,7-10]. Los hombres con sentimiento de soledad refieren dedicar tiempo para su cuidado y bienestar con una frecuencia dos y media veces menor que los que no presentan sentimiento de soledad. En el caso de las mujeres con sentimiento de soledad la frecuencia de no dedicar tiempo a cuidarse es casi tres veces mayor que en las mujeres sin sentimiento de soledad. Las diferencias entre ambas categorías son estadísticamente significativas (gráfico 48).

Gráfico 48. Frecuencia de personas que nunca o casi nunca dedica tiempo para su cuidado y bienestar entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

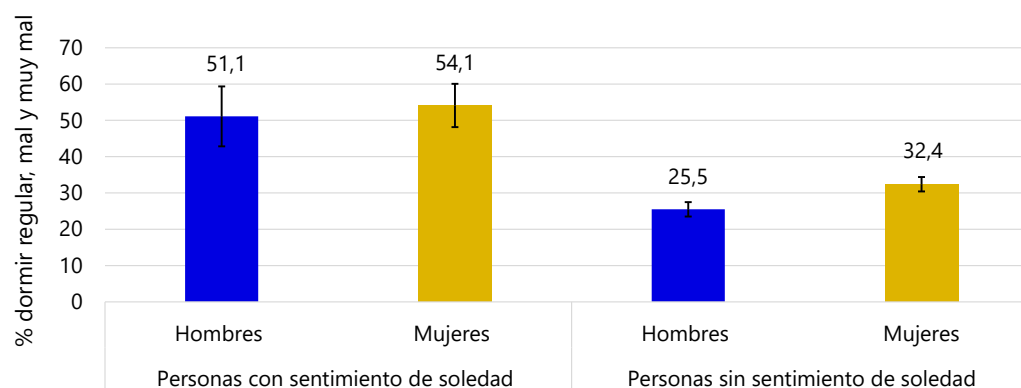


SUEÑO

Las personas con sentimiento de soledad tienen una frecuencia mayor de dormir regular, mal y muy mal, 52,9% [IC 95% = 48,1-57,8] que las personas sin sentimiento de soledad, 29,2% [IC 95% = 27,8-30,6] siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Entre hombres y mujeres con sentimiento de soledad no existen diferencias significativas (gráfico 49).

El estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 encontró que, además de dormir menos horas, las personas que se sienten solas refieren tener una calidad de sueño peor que las personas que no se sienten solas, de forma que solo un 9,1% de quienes se sienten solas valoran como “muy buena” la calidad de su descanso respecto al 21,6% de las personas que no se sienten solas.

Gráfico 49. Frecuencia de personas que duermen regular, mal y muy mal entre las personas con y sin soledad según sexo (IC 95%)



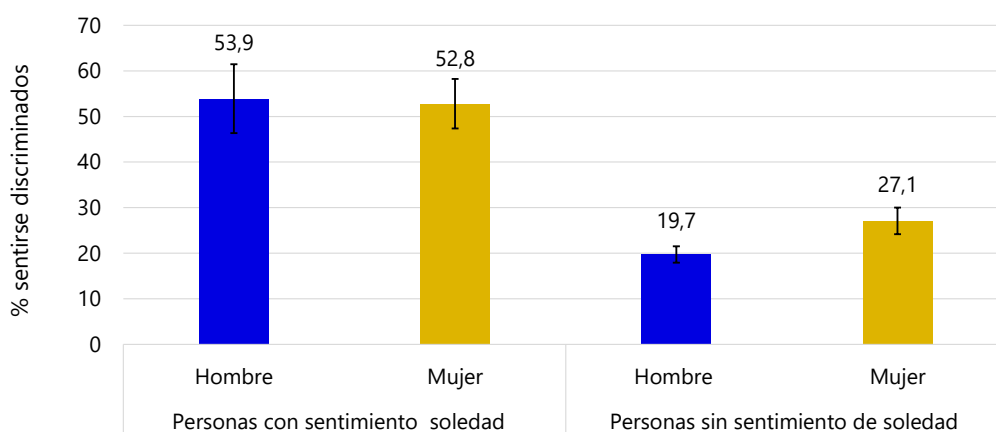
2.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN REDES DE APOYO Y AUTOESTIMA

SENTIMIENTO DE DISCRIMINACIÓN

Las personas con sentimiento de soledad duplican la frecuencia de sentirse discriminadas, 53,3% [IC 95% = 48,8-57,7] respecto a las personas sin sentimiento de soledad, 23,5% [IC 95% = 22,2-24,8]; los hombres casi lo triplican y las mujeres lo duplican; estas diferencias son estadísticamente significativas. En las diferencias entre hombres y mujeres con sentimiento de soledad no existe significación estadística (gráfico 50).

En el informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017, las personas que se sienten solas se han sentido significativamente más discriminadas que las que no (40,8% frente un 21,4%).

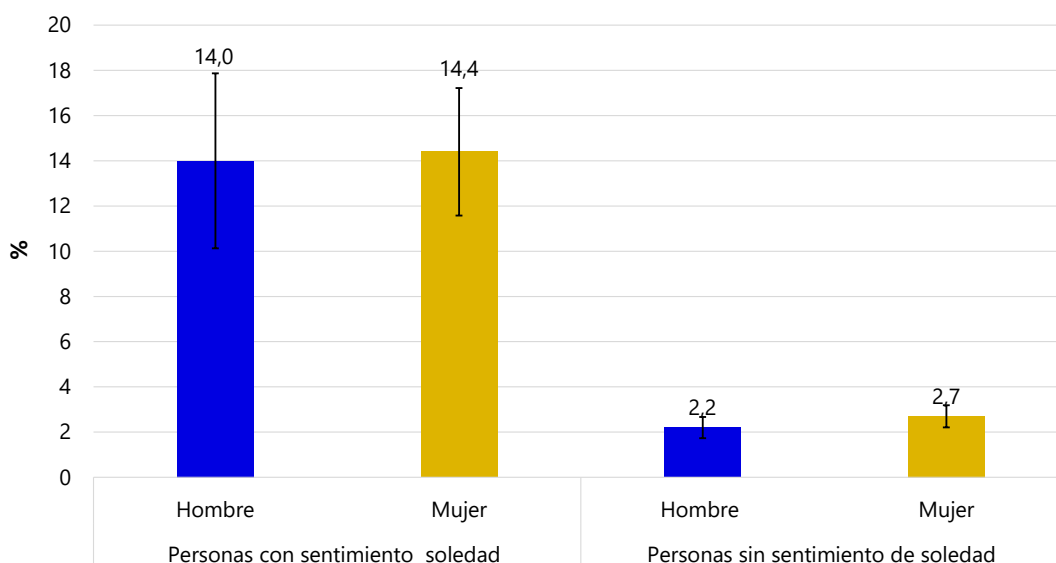
Gráfico 50. Frecuencia de personas que se sienten discriminadas entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



AUTOPERCEPCIÓN DE QUE OTRAS PERSONAS SE PREOCUPAN POR SU BIENESTAR

Las personas con sentimiento de soledad perciben hasta seis veces más frecuentemente, 14,3% [IC 95% = 12-16,5] que otras personas nunca o casi nunca se preocupan de ellas ni de su bienestar, respecto a las personas sin sentimiento de soledad, 2,4% [IC 95% = 2,1-2,8]. Los hombres con sentimiento de soledad presentan hasta seis veces más probabilidad de sentir que otras personas nunca o casi nunca se preocupen de ellos, las mujeres cinco veces más frecuencia, siendo las diferencias estadísticamente significativas (gráfico 51).

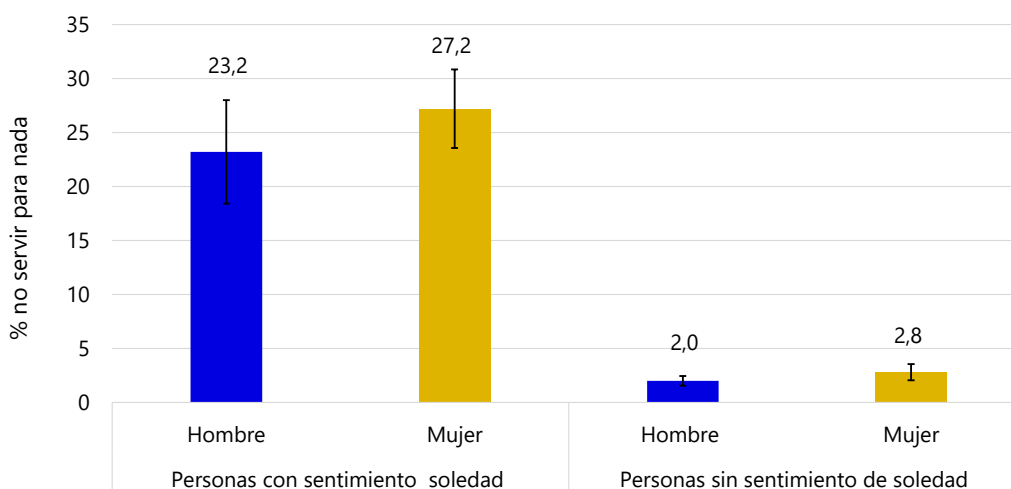
Gráfico 51. Frecuencia de percepción de que otras personas nunca o casi nunca se preocupan del bienestar propio entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



SENTIMIENTO DE NO SERVIR PARA NADA

Las personas con sentimiento de soledad tienen diez veces más probabilidad de pensar “que no sirven para nada”, 25,7% [IC 95% = 22,8-28,6] que las que no presentan sentimiento de soledad, 2,4% [IC 95% = 2,1-2,8] teniendo esta diferencia significación estadística; no existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos (gráfico 52). Analizado por grupos de edad el sentimiento de no servir para nada se mantiene sin diferencias estadísticamente significativas en todos ellos con una frecuencia similar: en las personas con sentimiento de soledad entre 23% y 29% y en las personas sin sentimiento de soledad entre 2% y 3%.

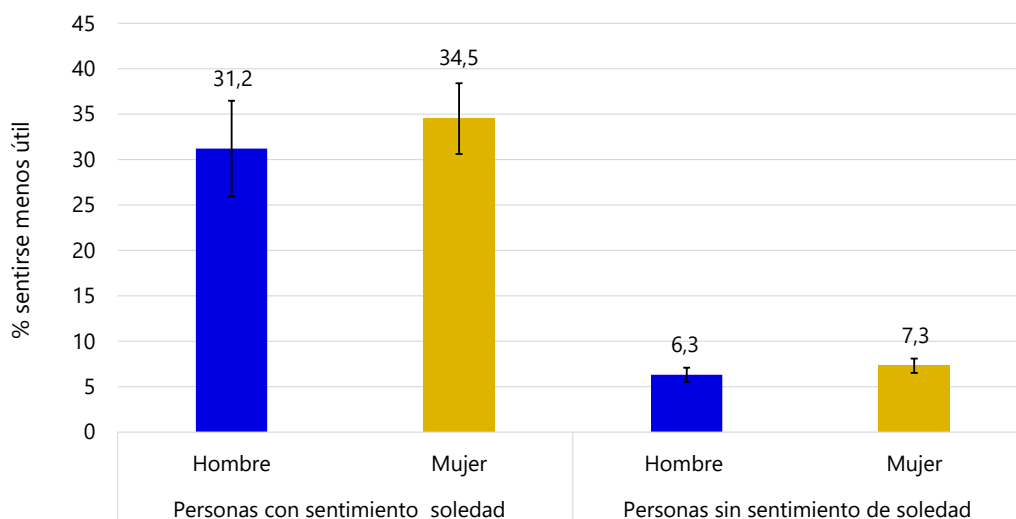
Gráfico 52. Frecuencia de percibir que no sirve para nada entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



SENTIMIENTO DE SER ÚTIL

Las personas con sentimiento de soledad presentan una frecuencia cinco veces mayor de sentirse menos útiles, 33,4% [IC 95% = 30,2-36,5] que las personas sin soledad, 6,8% [IC 95% = 6,3-7,4]. No existen diferencias significativas por sexo (gráfico 53).

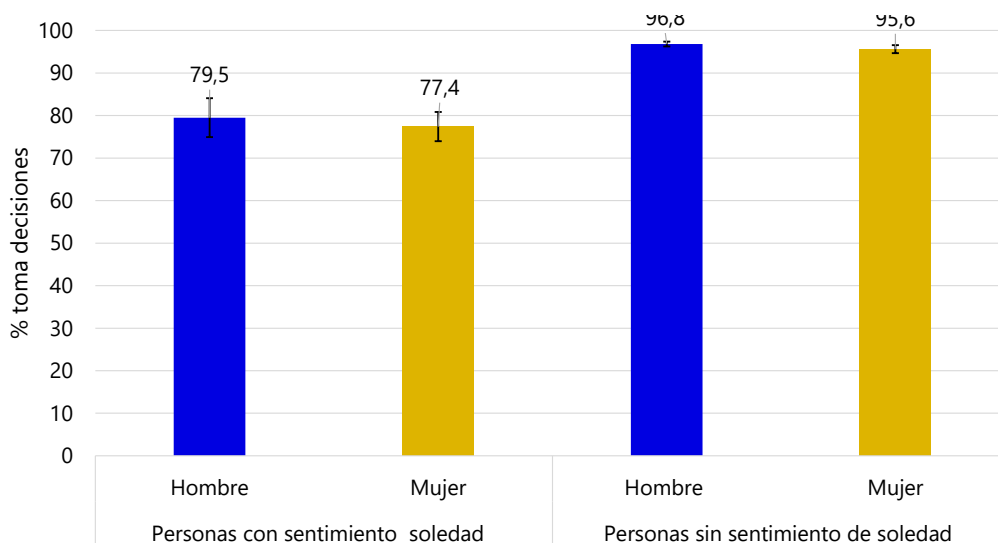
Gráfico 53. Frecuencia de sentirse menos útil entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES

Las personas con sentimiento de soledad tienen una frecuencia significativamente menor de capacidad para tomar decisiones, 78,1% [IC 95% = 75,4-80,8] respecto a las personas sin sentimiento de soledad, 96,2% [IC 95% = 95,7-96,6]. No existen diferencias significativas entre sexos en ambas categorías (gráfico 54).

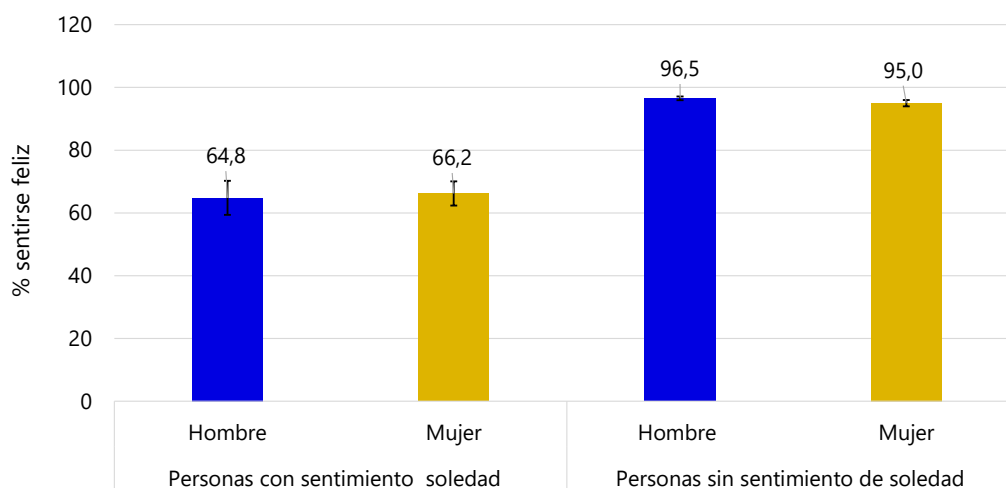
Gráfico 54. Frecuencia de menor capacidad para tomar decisiones entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



SENTIMIENTO DE FELICIDAD

Las personas con soledad sienten con frecuencia menor felicidad, 65,7% [IC 95% = 62,6-68,9] que las personas sin sentimiento de soledad, 95,7% [IC 95% = 95,3-96,2]. No existen diferencias significativas entre sexos en ambas categorías (gráfico 55).

Gráfico 55. Frecuencia de sentirse razonablemente feliz entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



2.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNOS INDICADORES DE SALUD

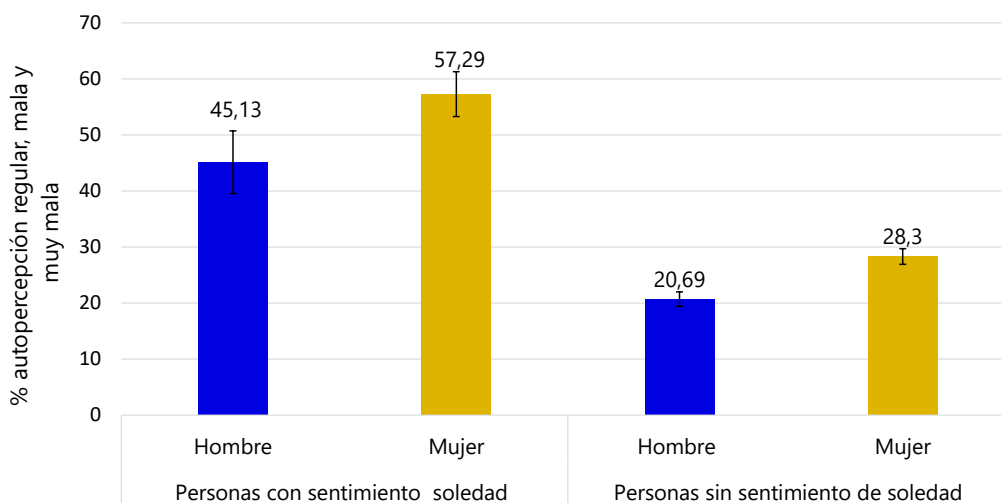
AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Las personas con sentimiento de soledad tienen una percepción desfavorable de su salud con mayor frecuencia que las que no se sienten solas, pues presentan doble frecuencia de autopercepción del estado de salud, regular, malo y muy malo, 53,2% [IC 95% = 50-56,5] frente a quienes no presentan sentimientos de soledad, 24,7% [IC 95% = 23,8-25,7]. Tanto hombres como mujeres con sentimiento de soledad presentan diferencias estadísticamente significativas en la mala autopercepción de salud respecto a los hombres y mujeres sin sentimiento de soledad (gráfico 56). Estos datos se alinean con diferentes estudios que señalan el impacto sobre la salud de los sentimientos de soledad.

En el estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 se obtienen resultados similares en cuanto a que las personas que se sienten solas tienen una peor salud percibida: el 58,1% creen que su salud es regular, mala o muy mala, proporción que desciende hasta el 25,7% en el caso de las personas que no se sienten solas.



Gráfico 56. Frecuencia de autopercepción del estado salud regular, mala y muy mala entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

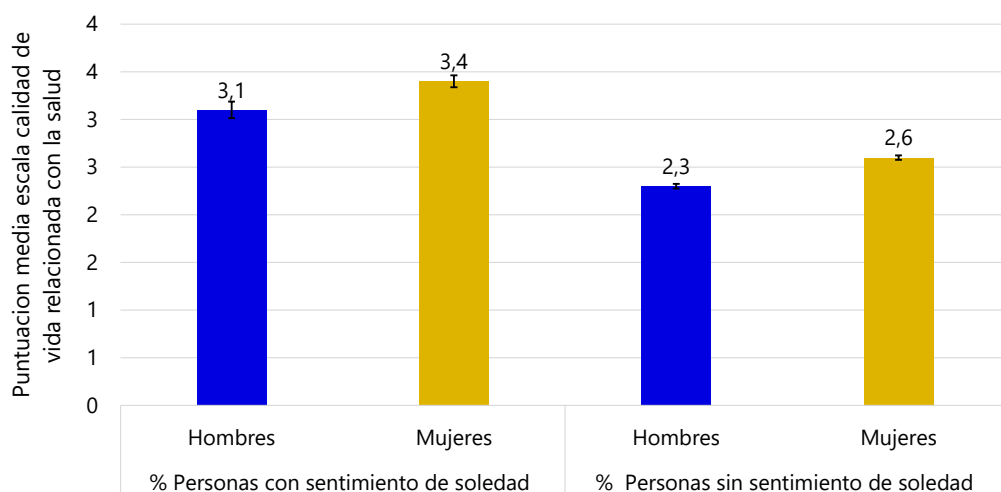


CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

El COOP/WONCA es el instrumento utilizado para estimar la calidad de vida relacionada con la salud. Este cuestionario consta de 9 ítems que se puntúan de 1 (mejor salud) a 5 (peor salud), de modo que puntuaciones más altas se corresponden con peor calidad de vida.

Analizando la puntuación media de calidad de vida se observa que las personas con sentimiento de soledad tienen de forma estadísticamente significativa peor calidad de vida, 3,3 [IC 95% = 3,2-3,3] que las personas que no lo presentan, 2,5 [IC 95% = 2,4-2,5]; de igual manera, las mujeres tienen significativamente peor calidad de vida que los hombres en ambas categorías (gráfico 57).

Gráfico 57. Puntuación media de la escala de calidad de vida relacionada con la salud (COOP-WONCA) entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo

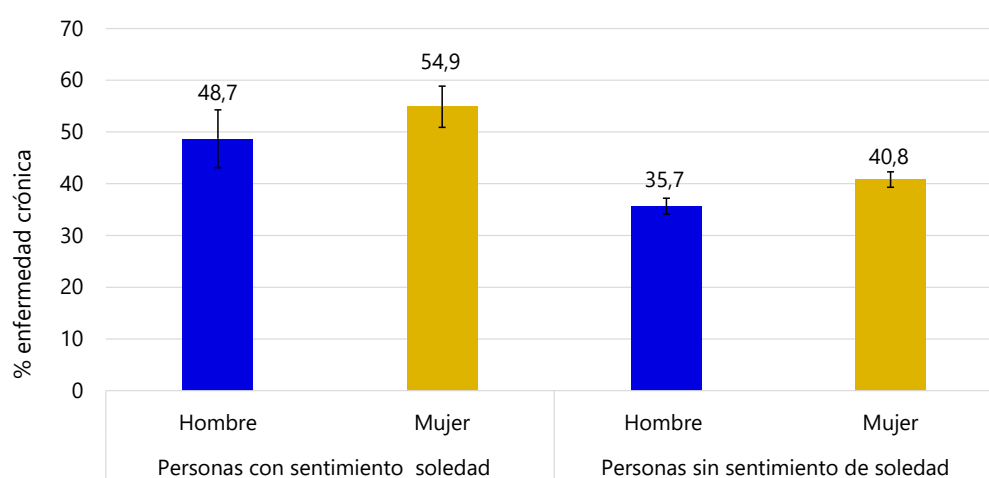


ENFERMEDAD CRÓNICA

Las personas con sentimiento de soledad presentan de forma significativa más probabilidad de sufrir una enfermedad crónica (problema que dura seis meses o más), 52,8% [IC 95% = 49,5-56] respecto a las personas que no presentan sentimiento de soledad, 38,4% [IC 95% = 37,3-39,4]. No existen diferencias significativas por sexo.

En el estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 se observan resultados similares; las diferencias son estadísticamente significativas en la prevalencia de enfermedades crónicas: el 48% de las personas que se sienten solas presentan alguna enfermedad crónica, en comparación con un 32,8% de las personas que no se sienten solas (gráfico 58).

Gráfico 58. Frecuencia de enfermedad crónica entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



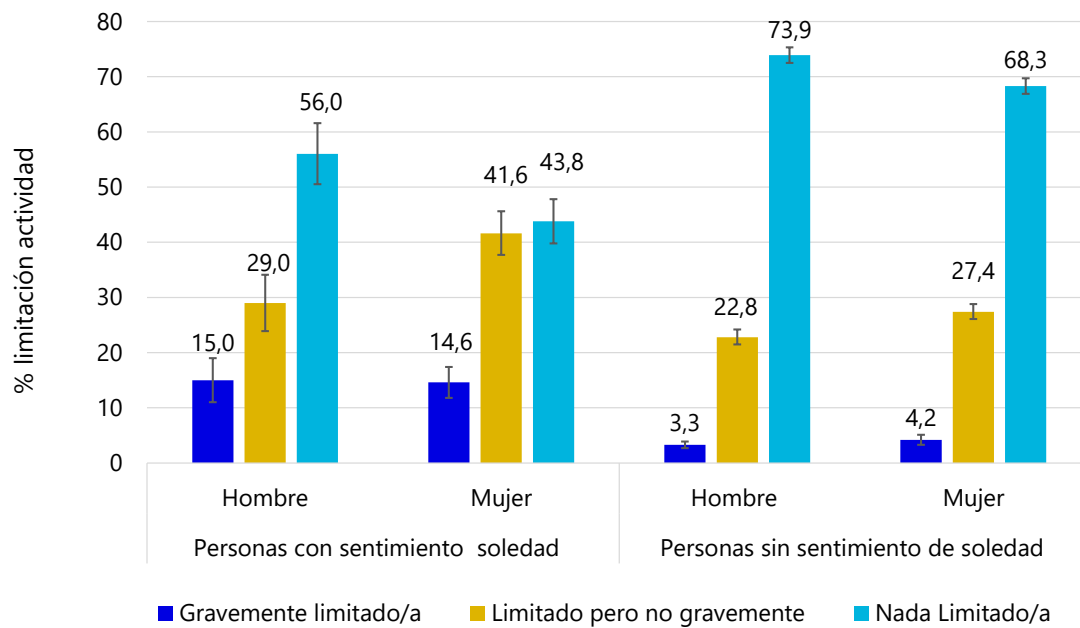
LIMITACIÓN CRÓNICA DE LA ACTIVIDAD HABITUAL

Las personas con sentimiento de soledad presentan casi cuatro veces más probabilidad de encontrarse gravemente limitadas, 14,7% [IC 95% = 12,4-17,0] que las personas sin sentimiento de soledad, 3,8% [IC 95% = 3,4-4,2]; también presentan mayor frecuencia de limitación no grave, 37,3% [IC 95% = 34,1-40,4] respecto a los que no sufren soledad, 25,3% (IC 95% = 24,3-26,2) y se reduce en más de 20 puntos la frecuencia de no encontrarse nada limitada en las personas que se sienten solas, 48,0% [IC 95% = 44,8-51,3], respecto a las personas que no se sienten solas, 70,9% [IC 95% = 69,9-71,9]. Estas diferencias tienen significación estadística entre las personas que presentan sentimiento de soledad y las que no lo presentan. Entre sexos existen diferencias significativas en la limitación no grave y la no limitación y presentan datos similares en la categoría de limitación grave (gráfico 59).

Entre los hombres con y sin sentimiento de soledad no existen diferencias estadísticamente significativas en la limitación no grave, pero sí en la categoría de nada limitado.

Entre las mujeres con y sin sentimiento de soledad existen diferencias estadísticamente significativas en todas las categorías.

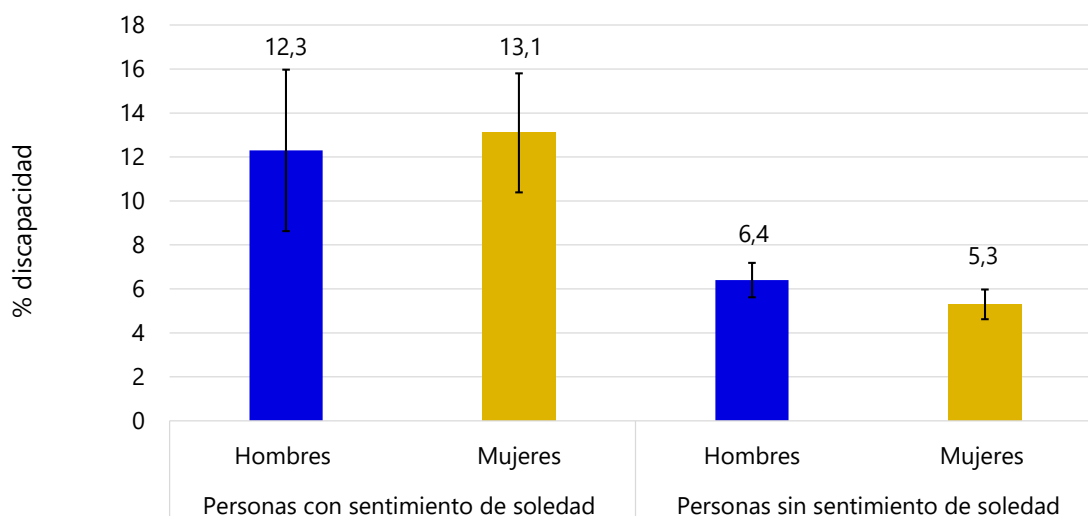
Gráfico 59. Frecuencia de limitación crónica de la actividad habitual entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



DISCAPACIDAD

Las personas con sentimiento de soledad duplican la frecuencia de tener reconocida una discapacidad respecto a las personas que no la tienen. Entre las mujeres esta diferencia es más acusada (gráfico 60).

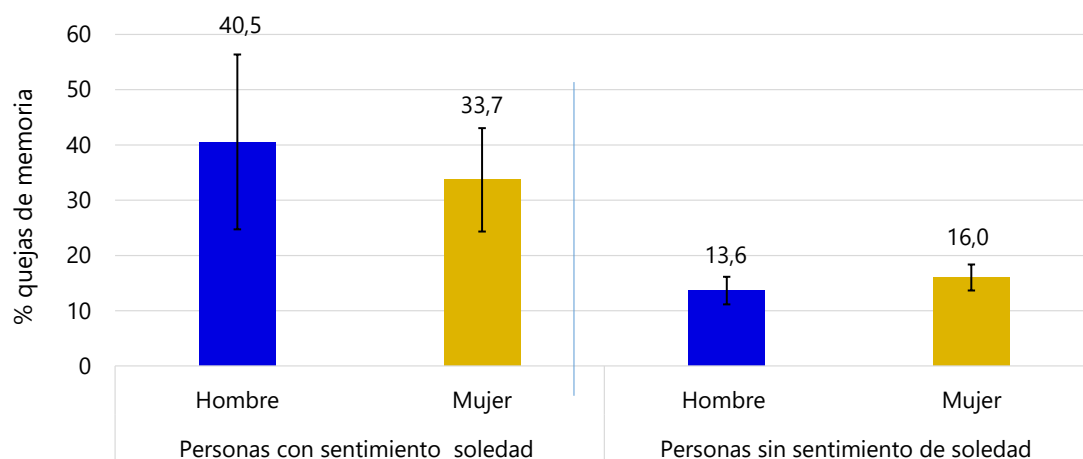
Gráfico 60. Frecuencia de discapacidad entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



PROBLEMAS DE MEMORIA

Las personas con sentimiento de soledad de 55 años y más refieren quejas de memoria con una frecuencia superior al doble, 35,1% [IC 95% = 27-43,2] que las que no tienen sentimiento de soledad, 15% [IC 95% = 13,2-16,7]. No existen diferencias significativas por sexo (gráfico 61).

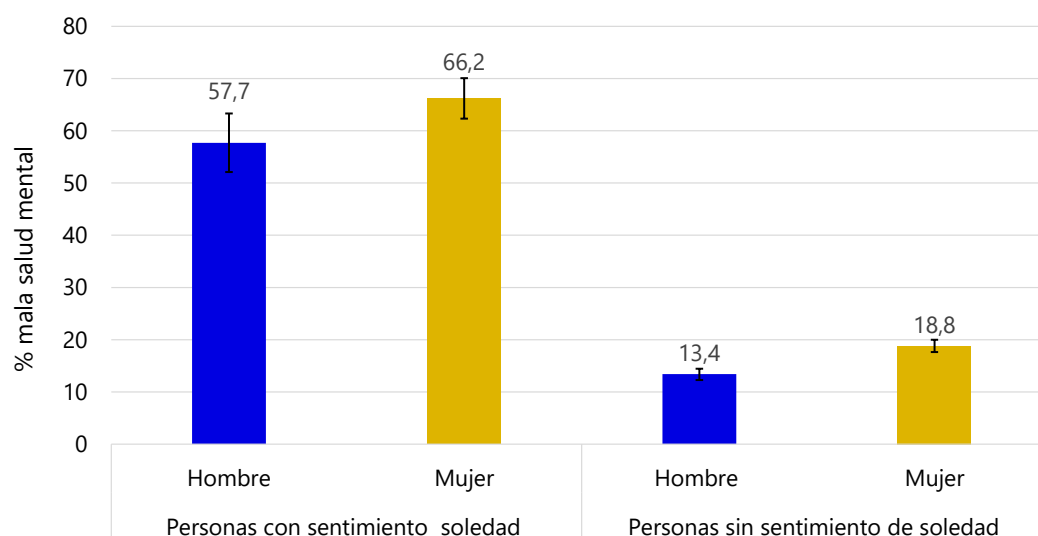
Gráfico 61. Frecuencia de quejas de memoria en personas de 55 años y más entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



RIESGO DE MALA SALUD MENTAL

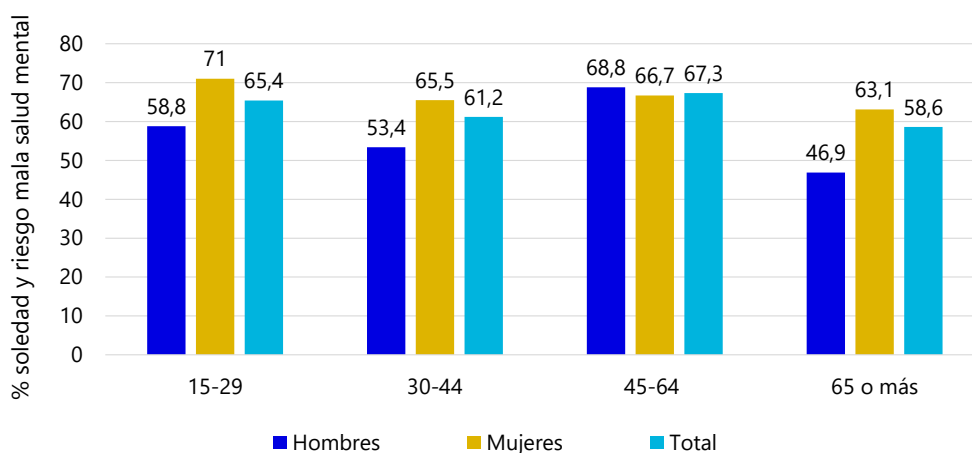
Entre quienes no tienen sentimiento de soledad, un 16,2% [IC 95% = 15,4-17,1] tiene riesgo de mala salud mental, mientras que entre quienes sí se sienten solos el porcentaje de sujetos con riesgo de mala salud mental se dispara hasta el 63,3% [IC 95% = 60,1-66,5], sin diferencias significativas entre sexos (gráfico 62).

Gráfico 62. Frecuencia de riesgo de mala salud mental entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



En el gráfico 63 se muestran los porcentajes de personas con sentimiento de soledad y riesgo de mala salud mental según sexo y grupo de edad. Se observa que las mujeres siempre presentan mayor riesgo que los hombres, salvo en el caso del grupo de edad de 45 a 64 años, si bien no aparecen diferencias significativas en ningún caso.

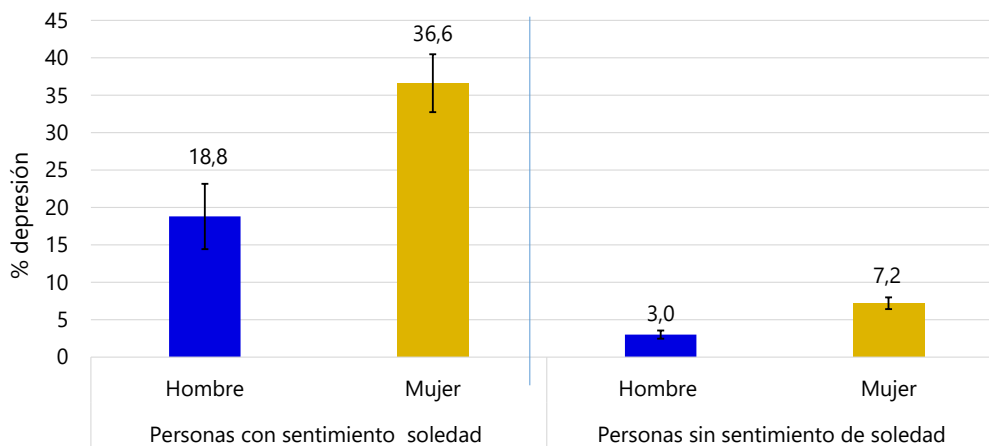
Gráfico 63. Frecuencia de riesgo de mala salud mental según sexo y grupo de edad entre las personas con sentimiento de soledad



DEPRESIÓN

Las personas con sentimiento de soledad tienen seis veces más probabilidad de tener diagnosticada una depresión, 30% [IC 95% = 27,5-33,5] que las personas que no presentan sentimientos de soledad, 5,2% [IC 95% = 4,7-5,7]. En el caso de los hombres con sentimiento de soledad existe una probabilidad 6 veces mayor de estar diagnosticado de depresión, 18,8% [IC 95% = 14,5-23,2] vs. 3% [IC 95% = 2,4-3,5] y en las mujeres cinco veces más, 36,6% [IC 95% = 32,7-40,4] vs. 7,2% [IC 95% = 6,4-7,9]. Todas las diferencias son estadísticamente significativas. Las mujeres presentan casi el doble de frecuencia de depresión diagnosticada que los hombres, tanto con sentimiento de soledad como sin sentimiento de soledad (gráfico 64).

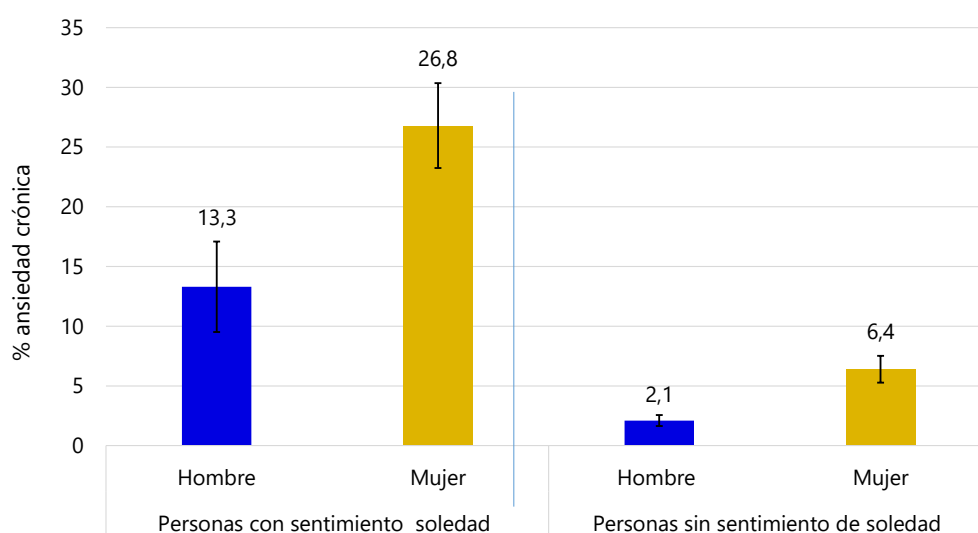
Gráfico 64. Frecuencia de personas con depresión diagnosticada entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



ANSIEDAD CRÓNICA

Las personas con sentimiento de soledad tienen cuatro veces más probabilidad de tener diagnosticada ansiedad crónica, 22,2% [IC 95% = 19,5-24,9] respecto a las personas sin sentimiento de soledad, 4,4% [IC 95% = 4,0-4,9]. En el caso de los hombres con sentimiento de soledad existe una probabilidad 6 veces mayor de ser diagnosticado de ansiedad crónica, 13,3% [IC 95% = 9,5-17,1] vs. 2,1% [IC 95% = 1,7-2,6]; y en las mujeres con sentimiento de soledad 4 veces más probabilidad de ser diagnosticadas de ansiedad crónica, 26,8% [IC 95% = 23,3-30,4] vs. 6,4% [IC 95% = 5,3-7,5]. Todas las diferencias son estadísticamente significativas. Las mujeres presentan el doble de frecuencia de ansiedad crónica diagnosticada que los hombres tanto con sentimiento de soledad como sin él (gráfico 65).

Gráfico 65. Frecuencia de personas con ansiedad crónica diagnosticada entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Las personas con sentimiento de soledad consumen anualmente y en las dos últimas semanas más medicación psicotrópica, que las personas sin sentimiento de soledad (gráfico 66).

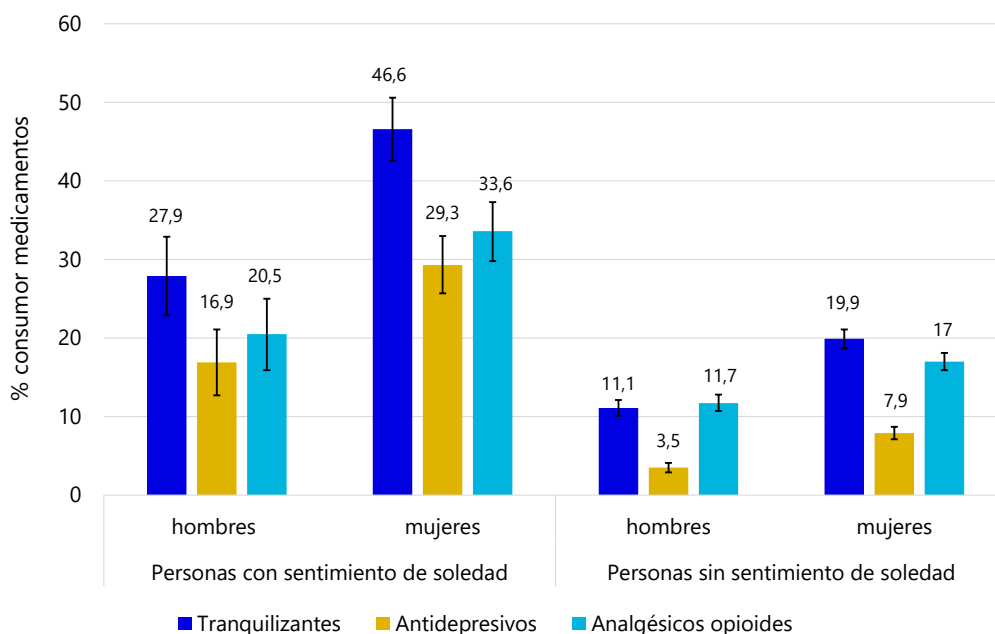
Además consumen medicación tranquilizante con frecuencia tres veces mayor, 42,2% [IC 95% = 37-43,4] que las que no se sienten solas, 15,7% [IC 95% = 14,9-16,5], aunque tanto hombres como mujeres triplican el consumo de este medicamento en el último año cuando presentan sentimiento de soledad, respecto a quienes no lo presentan. Las diferencias son estadísticamente significativas.

Las personas que presentan sentimiento de soledad consumen medicación antidepresiva con frecuencia cinco veces mayor, 25,1% [IC 95% = 22,3-27,9] que las que no se sienten solas, 5,8% [IC 95% = 5,3-6,3]. Tanto hombres como mujeres multiplican por cuatro la frecuencia de consumo de este medicamento en las dos últimas semanas cuando presentan sentimiento de soledad, respecto a quienes no lo tienen y lo duplican en el último año. Todas las diferencias son estadísticamente significativas.

Además, quienes tienen este sentimiento, duplican la frecuencia de consumo de analgésicos opioides, 29,1% [IC 95% = 26,1-32,1] frente a quienes no lo consumen, 14,5% [IC 95% = 13,7-15,3]. Tanto los hombres como las mujeres duplican el consumo de medicamentos en las dos últimas semanas y en el último año cuando presentan sentimiento de soledad respecto a quienes no lo tienen. Las diferencias son estadísticamente significativas.

En línea con todo lo anterior, el informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 también observa grandes diferencias en el consumo de sedantes y psico-fármacos entre las personas con sentimiento de soledad y las que no lo presentan (31,2% vs. 10,5%).

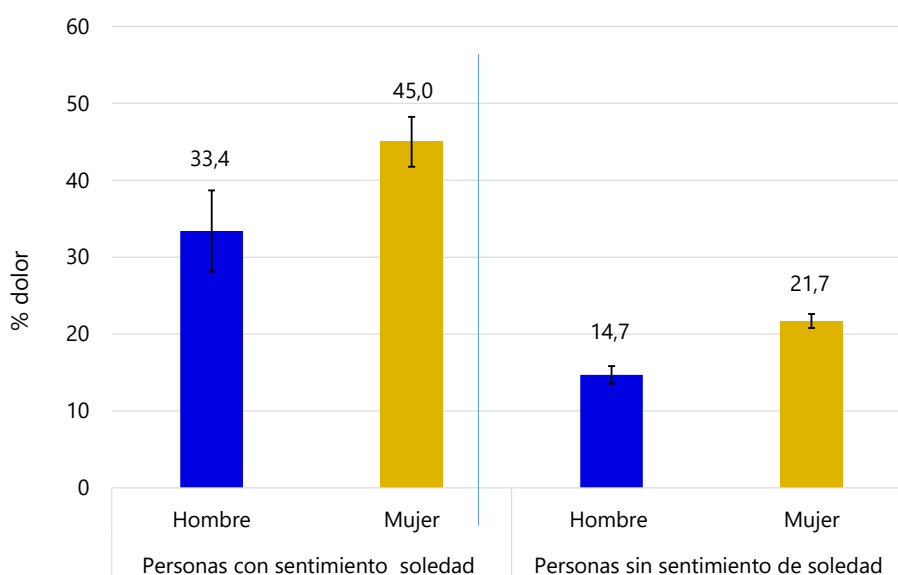
Gráfico 66. Frecuencia de personas con consumo de medicamentos psicotrópicos entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



DOLOR

Tanto hombres como mujeres con sentimiento de soledad tienen el doble de probabilidad de sentir dolor moderado e intenso durante las dos últimas semanas. Casi la mitad de las mujeres y un tercio de los hombres con sentimiento de soledad declaran dolor moderado e intenso. Todas las diferencias mencionadas alcanzan significación estadística (gráfico 67).

Gráfico 67. Frecuencia de personas dolor moderado e intenso en las dos últimas semanas entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



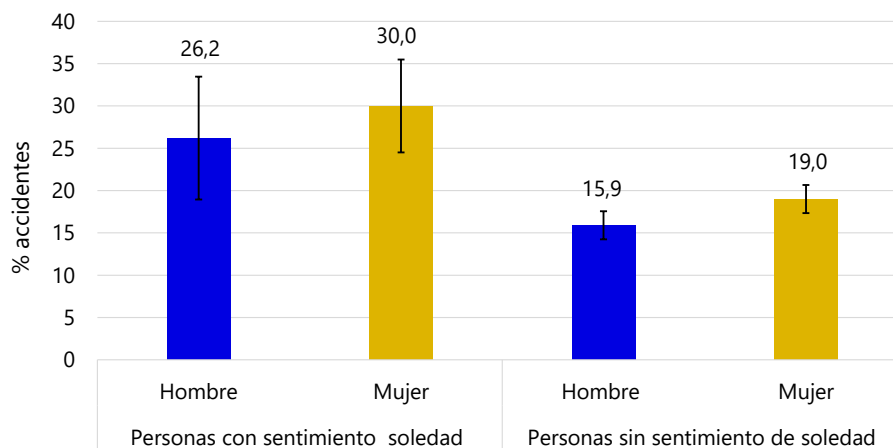
[Volver a índice monográfico](#)



ACCIDENTES

Las personas con sentimiento de soledad tienen una probabilidad mayor, estadísticamente significativa, de tener un accidente, 28,7% [IC 95% = 24,3-33,1] respecto a las personas sin sentimiento de soledad, 17,6% [IC 95% = 16,4-18,7]. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cada grupo (gráfico 68).

Gráfico 68. Frecuencia de personas que sufren accidentes entre quienes sienten o no soledad según sexo (IC 95%)



3

ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA SOLEDAD SEGÚN FACTORES INDEPENDIENTES RELACIONADOS CON SU PREVALENCIA

3.1. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

Se han seleccionado algunas variables demográficas y socioeconómicas: sexo, edad, nivel de estudios, clase social ocupacional, grupo de distrito, vivir solo/a, dificultad para llegar a fin de mes e inseguridad alimentaria.

Tras el ajuste entre estas variables mediante regresión logística multivariante, se identifican los siguientes factores demográficos y socioeconómicos que más peso tienen en el sentimiento de soledad (tabla 1):

- Vivir solo o sola supone 3,5 veces más riesgo de soledad que vivir acompañado/a.

Por encima de 2 veces más riesgo de soledad:

- Tener de 15 a 29 años, respecto al tramo de mayor edad.
- Tener dificultades para llegar a fin de mes o no poder acceder a alimentos por razones económicas.
- Tener estudios primarios, respecto a los universitarios.

Por encima de 1,5 veces más riesgo de soledad:

- Tener 30 a 44 años, respecto al tramo mayor edad.
- Ser mujer.
- Ser inmigrante por motivos económicos.

Los resultados descritos apuntan a que el sentimiento de soledad se presenta a lo largo de la vida, probablemente relacionado con momentos evolutivos o situaciones de dificultad de las personas. Vivir solo/a es el factor de riesgo que más impacta en sentirse solo/a. La pobreza y el bajo nivel de estudios producen un mayor riesgo de sentir soledad.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM

| Sentimiento de soledad | | N | n | % | OR* | IC 95% |
|---|---------------------------------------|--------------|------------|-------------|------|---------|
| TOTAL | | 8.828 | 904 | 10,2 | | |
| Sexo | Mujer | 4.783 | 596 | 12,5 | 1,7* | 1,4-1,9 |
| | Hombre | 4.045 | 308 | 7,6 | 1 | |
| Edad | 15 a 29 | 1.537 | 184 | 12,0 | 2,2* | 1,7-2,8 |
| | 30 a 44 | 2.374 | 262 | 11,0 | 1,7* | 1,3-2,2 |
| | 45 a 64 | 2.819 | 260 | 9,2 | 1,4* | 1,1-1,8 |
| | 65 y más | 2.098 | 198 | 9,4 | 1 | |
| Nivel de estudios | Primarios o menos | 949 | 163 | 17,2 | 2,1* | 1,6-2,8 |
| | Secundarios | 4.182 | 460 | 11,0 | 1,2 | 1,0-1,5 |
| | Universitarios | 3.698 | 282 | 7,6 | 1 | |
| Clase social | Desfavorecida | 3.126 | 421 | 13,5 | 1,2 | 1,0-1,5 |
| | Media | 2.101 | 201 | 9,6 | 1,2 | 1,0-1,5 |
| | Favorecida | 3.409 | 248 | 7,3 | 1 | |
| Grupo de distritos | Menor desarrollo | 2.065 | 240 | 11,6 | 1,2 | 0,8-1,3 |
| | Desarrollo medio bajo | 2.843 | 281 | 9,9 | 0,9 | 0,8-1,2 |
| | Desarrollo medio alto | 2.060 | 221 | 10,7 | 1,0 | 0,8-1,3 |
| | Mayor desarrollo | 1.859 | 162 | 8,7 | 1 | |
| Seguridad Alimentaria | Algún tipo de inseguridad alimentaria | 1.014 | 241 | 23,8 | 2,1* | 1,8-2,7 |
| | Seguridad Alimentaria | 7.819 | 661 | 8,5 | 1 | |
| Vivir solo/a o acompañado/a | Personas que viven solas | 1.210 | 260 | 21,5 | 3,5* | 3,0-4,2 |
| | Personas que viven acompañadas | 7.618 | 645 | 8,5 | 1 | |
| Dificultades económicas para llegar a fin de mes | Con dificultad y mucha dificultad | 1.198 | 273 | 22,8 | 2,2* | 1,8-2,6 |
| | No dificultades | 7.630 | 632 | 8,3 | 1 | |
| Inmigrante económico | Inmigrante económico | 1.270 | 199 | 15,7 | 1,3* | 1,1-1,6 |
| | Resto | 7.558 | 705 | 9,3 | 1 | |

(*) OR con significación estadística.



3.2. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA

El sentimiento de soledad se ha analizado según siete factores relacionados con hábitos y estilos de vida: sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, utilización del teléfono móvil, participación en las actividades del barrio, utilización de recursos públicos del barrio y tiempo dedicado para el autocuidado y el bienestar.

Tras el ajuste entre todas las variables descritas anteriormente mediante regresión logística multivariante, se identifican los **hábitos y estilos de vida que más peso tienen en el riesgo de sentir soledad (tabla 2)**:

- No dedicar tiempo a cuidarse y procurar su bienestar supone casi 3 veces más riesgo de soledad que dedicar tiempo.
- Ser una persona sedentaria en su tiempo libre supone un riesgo de incrementar el sentimiento de soledad 1,65 veces más.
- Utilizar menos los recursos públicos del barrio implica 1,4 veces más riesgo de soledad respecto a las personas que utilizan los recursos.
- Menor participación en las actividades del barrio evidencia 1,4 veces más de riesgo de sentimiento de soledad frente a quienes participan.

(*) Se ha incluido en el análisis multivariante el sexo y la edad. Como en los anteriores análisis, tienen un riesgo mayor las mujeres (1,6 veces) y el tramo de edad de 15 a 29 (1,5 veces) años y 30 a 44 (1,3 veces) años respecto al de mayor edad.

No dedicar tiempo a cuidarse y procurar su bienestar apunta a estados de ánimo depresivos, el sedentarismo y la falta de participación social son hábitos también asociados a la soledad ya descritos en la literatura científica.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM

| Sentimiento de soledad | | N | n | % | OR* | IC 95% |
|---|---------------------------------------|--------------|------------|-------------|-------|-----------|
| TOTAL | | 8.828 | 904 | 10,2 | | |
| Sexo | Mujer | 4.783 | 596 | 12,5 | 1,59* | 1,37-1,85 |
| | Hombre | 4.045 | 308 | 7,6 | 1 | |
| Edad | 15 a 29 | 1.537 | 184 | 12,0 | 1,52* | 1,21-1,90 |
| | 30 a 44 | 2.374 | 262 | 11,0 | 1,32* | 1,07-1,62 |
| | 45 a 64 | 2.819 | 260 | 9,2 | 1,03 | 0,84-1,26 |
| | 65 y más | 2.098 | 198 | 9,4 | 1 | |
| Actividad Física | Sedentarismo | 2.647 | 413 | 15,6 | 1,65* | 1,42-1,91 |
| | Alguna actividad | 6.162 | 486 | 7,9 | 1 | |
| Consumo de tabaco | Fuma | 1.903 | 244 | 12,8 | 1,24* | 1,05-1,47 |
| | No fuma | 6.922 | 660 | 9,5 | 1 | |
| Consumo de alcohol | Consumo alto | 2.843 | 228 | 8,0 | 0,83 | 0,70-0,98 |
| | Consumo bajo | 5.985 | 677 | 11,3 | 1 | |
| Participación en actividades que se organizan en el barrio | Nunca, casi nunca | 6.348 | 728 | 11,5 | 1,38* | 1,15-1,66 |
| | Algunas veces, siempre y casi siempre | 2.480 | 176 | 7,1 | 1 | |
| Utilización de recursos públicos del barrio | Nunca, casi nunca | 2.693 | 381 | 14,1 | 1,40* | 1,20-1,64 |
| | Algunas veces, siempre y casi siempre | 6.134 | 523 | 8,5 | 1 | |
| Dedica tiempo a cuidarse y sentirse bien | Nunca, casi nunca | 973 | 233 | 23,9 | 2,72* | 2,29-3,25 |
| | Algunas veces, siempre y casi siempre | 7.854 | 671 | 8,5 | 1 | |

(*) OR con significación estadística.



3.3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y LAS REDES DE APOYO Y LA AUTOESTIMA

El sentimiento de soledad se ha analizado según seis factores relacionados con las redes de apoyo y la autoestima: sentimiento de discriminación, percepción de que otras personas se ocupen de su bienestar, percepción de no servir para nada, percepción de ser útil, sentimiento de felicidad y capacidad para la toma de decisiones.

Tras el ajuste entre todas las variables descritas anteriormente mediante regresión logística multivariante, se identifican **los factores relacionados con redes e apoyo y la autoestima** que más peso tienen en el riesgo de sentir soledad (tabla 3):

- Sentir que otras personas nunca o casi nunca se ocupan de su bienestar con 5 veces más riesgo de sufrir sentimiento de soledad que aquellas personas que no lo perciben así.
- Percibir un sentimiento de felicidad menor y mucho menor de lo habitual con 5 veces más de riesgo de soledad que quien no tiene ese sentimiento de infelicidad.
- Pensar que es una persona que no sirve para nada que lo habitual con 3,4 veces más riesgo.
- Pensar que es una persona menos y mucho menos útil que lo habitual con 2,4 veces más riesgo.
- Sentirse capaz de tomar decisiones menos y mucho menos de lo habitual con 1,6 más riesgo.

(*) Se ha incluido en el análisis multivariante el sexo y la edad. Como en el anterior análisis, tienen un riesgo mayor las mujeres (1,6), las personas en el tramo de edad de 15 a 29 años (1,5) y en el tramo de edad de 30 a 44 años (1,3).

En este apartado se identifican percepciones negativas que se asocian con el sentimiento de soledad. Destaca especialmente sentir que otras personas nunca o casi nunca se ocupan de su bienestar, que prácticamente define el sentirse solo o sola.

Tabla 3. Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM

| Sentimiento de soledad | | N | n | % | OR* | IC 95% |
|--|---|--------------|------------|-------------|-------|-----------|
| TOTAL | | 8.828 | 904 | 10,2 | | |
| Sexo | Mujer | 4.783 | 596 | 12,5 | 1,57* | 1,34-1,86 |
| | Hombre | 4.045 | 308 | 7,6 | 1 | |
| Edad | 15 a 29 | 1.537 | 184 | 12,0 | 1,50* | 1,18-1,91 |
| | 30 a 44 | 2.374 | 262 | 11,0 | 1,34* | 1,07-1,67 |
| | 45 a 64 | 2.819 | 260 | 9,2 | 0,94 | 0,75-1,18 |
| | 65 y más | 2.098 | 198 | 9,4 | 1 | |
| Otras personas se preocupen de su bienestar | Nunca, casi nunca | 322 | 129 | 40,1 | 5,13* | 3,88-6,78 |
| | Algunas veces, siempre y casi siempre | 8.505 | 775 | 9,1 | 1 | |
| ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no sirve para nada? | Algo más y mucho más que lo habitual | 413 | 224 | 54,2 | 3,44* | 2,63-4,50 |
| | No en absoluto y no más que lo habitual | 8.286 | 647 | 7,8 | 1 | |
| ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida? | Menos y mucho menos que lo habitual | 825 | 291 | 35,3 | 2,44* | 1,96-3,05 |
| | Más útil e igual que lo habitual | 7.875 | 581 | 7,4 | 1 | |
| ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias? | Menos y mucho menos que lo habitual | 633 | 299 | 47,2 | 4,89* | 1,15-1,66 |
| | Más o igual que lo habitual | 8.067 | 573 | 7,1 | 1 | |
| ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? | Menos y mucho menos que lo habitual | 492 | 191 | 38,8 | 1,58* | 1,20-2,07 |
| | Más o igual que lo habitual | 8.208 | 681 | 8,3 | 1 | |

(*) OR con significación estadística.



3.4. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD E INDICADORES DE SALUD

El sentimiento de soledad se ha analizado según trece factores que repercuten en la salud: autopercepción del estado de salud, calidad de vida, enfermedad crónica, limitación crónica de la actividad habitual, discapacidad, quejas de memoria, riesgo de mala salud mental, ansiedad y depresión diagnosticada, consumo de medicamentos psicotrópicos (tranquilizantes, antidepresivos y analgésicos opioides), dolor moderado e intenso, sueño y accidentalidad.

Tras el ajuste entre todas las variables descritas anteriormente mediante regresión logística multivariante, se identifican los **factores que repercuten en la salud que tienen más peso en el riesgo de sentir soledad (tabla 4)**:

- Presentar riesgo de mala salud mental o malestar psicológico supone cinco veces más riesgo de soledad que quienes no lo tienen.
- Tener diagnóstico de depresión, con casi tres veces más riesgo de soledad que las personas que no lo tienen.
- Tener una limitación grave de la actividad, que eleva el riesgo 1,7 veces más que las personas que no tienen limitación.
- Consumir tranquilizantes, 1,5 veces más que quien no los consume.
- Autopercepción del estado de salud regular, malo y muy malo, con un riesgo de incremento del sentimiento de soledad de 1,5 veces.
- Estar diagnosticado de ansiedad crónica, 1,4 veces más frente al no diagnóstico.
- Tener dolor moderado e intenso, 1,2 veces más, frente a no sentirlo.

Se han incluido en el análisis multivariante el sexo y la edad. Como en el anterior análisis (características demográficas y socioeconómicas), tienen un riesgo de sentimiento de soledad mayor las mujeres y el tramo de edad de 15 a 29 años respecto al tramo de mayor edad (1,21 en mujeres y 1,93 respectivamente).

Como puede observarse el sentimiento de soledad está asociado con el riesgo de tener problemas de salud mental, con el diagnóstico de depresión y ansiedad crónica y también con la limitación física de la actividad que influye en la esperanza de vida en buena salud y con el dolor, también se asocia con consumir más tranquilizantes. La percepción de su estado de salud es peor que en la población general.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM

| Sentimiento de soledad | | N | n | % | OR* | IC 95% |
|--|-------------------------|--------------|------------|-------------|-------|-----------|
| TOTAL | | 8.828 | 904 | 10,2 | | |
| Sexo | Mujer | 4.783 | 596 | 12,5 | 1,21* | 1,03-1,43 |
| | Hombre | 4.045 | 308 | 7,6 | 1 | |
| Edad | 15 a 29 | 1.537 | 184 | 12,0 | 1,93* | 1,50-2,50 |
| | 30 a 44 | 2.374 | 262 | 11,0 | 1,49* | 1,17-1,88 |
| | 45 a 64 | 2.819 | 260 | 9,2 | 1,02 | 0,82-1,28 |
| | 65 y más | 2.098 | 198 | 9,4 | 1 | |
| Autopercepción del estado de salud | Regular malo y muy malo | 2.439 | 481 | 19,7 | 1,50* | 1,23-1,83 |
| | Bueno y muy bueno | 6.389 | 423 | 6,6 | 1 | |
| Enfermedad crónica | Enfermedad crónica | 3.518 | 477 | 13,6 | 1,05 | 0,88-1,26 |
| | No enfermedad crónica | 5.310 | 427 | 8,0 | 1 | |
| Limitación crónica de la actividad habitual | Grave | 432 | 133 | 30,8 | 1,74* | 1,28-2,36 |
| | Limitación no grave | 2.340 | 337 | 14,4 | 1 | 0,83-1,22 |
| | No limitación | 6.054 | 434 | 7,2 | 1 | |
| Discapacidad | Si | 576 | 117 | 20,3 | 1,04 | 0,78-1,38 |
| | No | 8.253 | 788 | 9,5 | 1 | |
| Dolor | No dolor, leve y ligero | 6.702 | 497 | 7,4 | 1 | |
| | Moderado e intenso | 2.126 | 407 | 19,1 | 1,22* | 1,01-1,47 |
| Riesgo de mala salud mental (GHQ) | Riesgo | 1.824 | 552 | 30,3 | 5,05* | 4,27-5,97 |
| | No riesgo | 6.876 | 320 | 4,7 | 1 | |
| Depresión diagnosticada | Si | 687 | 276 | 40,2 | 2,89* | 2,23-3,75 |
| | No | 8.141 | 628 | 7,7 | 1 | |
| Ansiedad crónica | Si | 550 | 201 | 36,5 | 2,15* | 1,79-2,58 |
| | No | 8.278 | 703 | 8,5 | 1 | |
| Consumo Tranquilizantes | Si | 1.057 | 273 | 25,8 | 1,52* | 1,22-1,89 |
| | No | 7.771 | 632 | 8,1 | 1 | |
| Consumo Antidepresivos | Si | 506 | 170 | 33,6 | 0,88 | 0,64-1,19 |
| | No | 8.322 | 735 | 8,80 | 1 | |
| Consumo Analgésicos Opioides | Si | 806 | 169 | 21,0 | 1,06 | 0,84-1,34 |
| | No | 8.022 | 736 | 9,2 | 1 | |

(*) OR con significación estadística.



3.5. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS FACTORES MÁS RELEVANTES QUE EXPLICAN EL RIESGO DE SENTIR SOLEDAD POR ORDEN DE ODD RATIO OBTENIDAS

Una vez analizados los cuatro grupos de factores, se identifican aquellos más explicativos del sentimiento de soledad:

Características demográficas y socioeconómicas

- Más frecuente en mujeres.
- Personas más jóvenes frente a las mayores de 44 años.
- Vivir solo o sola frente a vivir con otras personas.
- Tener dificultades para llegar a fin de mes.
- Tener estudios elementales frente a otros de mayor nivel.

Indicadores de salud

- Tener riesgo de mala salud mental.
- Tener diagnóstico de depresión.

Hábitos y estilos de vida

- No dedicar tiempo a cuidarse y procurar su bienestar.

Autopercepción y autoestima

- Sentir que nunca o casi nunca otras personas se ocupan de su bienestar.
- Pensar que no sirve para nada más o mucho más de lo habitual.
- Sentirse menos y mucho menos feliz que lo habitual.

Tras el ajuste entre todas las variables descritas anteriormente mediante regresión logística multivariante, los factores más intensamente asociados al sentimiento de soledad por orden son (tabla 5):

- Vivir solo/a frente a vivir con otras personas, 4,5 veces más.
- Sentir que nunca o casi nunca otras personas se ocupan de su bienestar frente a las que sienten que se ocupan, 3,9 veces.
- Tener riesgo de mala salud mental frente a no tenerlo, 3,5 veces más.
- Estar diagnosticado/a de depresión frente a estarlo, 3,2 veces más.
- Tener de 15 a 29 años frente al resto de edades, 3 veces más.
- Pensar que no sirve para nada más o mucho más de lo habitual, 2,6 veces más.
- Sentirse menos y mucho menos feliz que lo habitual, 2,5 veces más.
- Tener entre 30 y 44 años frente a las personas más mayores, 2,2 veces más.
- No dedicar tiempo a cuidarse y procurar su bienestar frente a quienes sí lo dedican, 1,8 veces más.
- Tener estudios primarios frente a haber cursado estudios universitarios, 1,7 veces más.
- Dificultades para llegar a fin de mes frente a no tener dificultades, 1,3 veces más.
- Ser mujer, 1,3 veces más.
- Tener estudios secundarios frente a los universitarios, 1,2 veces más.

Tabla 5. Distribución de frecuencias de sentir soledad según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas y no ajustadas mediante RLM

| Sentimiento de soledad | | N | n | %* | No Ajustada | | Ajustada | |
|---|---|--------------|------------|-------------|-------------|-------------|----------|-----------|
| | | | | | OR | IC 95% | OR* | IC 95% |
| TOTAL | | 8.828 | 904 | 10,2 | | | | |
| Sexo | Mujer | 4.783 | 596 | 12,5 | 1,73* | 1,50-2,00 | 1,32* | 1,11-1,57 |
| | Hombre | 4.045 | 308 | 7,6 | | | 1 | |
| Edad | 15 a 29 | 1.537 | 184 | 12,0 | 1,31* | 1,06-1,62 | 2,99* | 2,24-4,00 |
| | 30 a 44 | 2.374 | 262 | 11,0 | 1,19 | 0,98-1,45 | 2,18* | 1,66-2,85 |
| | 45 a 64 | 2.819 | 260 | 9,2 | 0,98 | 0,80-1,18 | 1,42* | 1,09-1,84 |
| | 65 y más años | 2.098 | 198 | 9,4 | | | 1 | |
| Nivel de Estudios | Primarios o menos | 949 | 163 | 17,2 | 2,51* | 2,04-3,09 | 1,69* | 1,27-2,26 |
| | Secundarios | 4.182 | 460 | 11,0 | 1,50* | 1,28-1,75 | 1,21* | 1,00-1,46 |
| | Universitarios | 3.698 | 282 | 7,6 | | | 1 | |
| Dificultades económicas para llegar a fin de mes | Con dificultad y mucha dificultad | 1.198 | 273 | 22,8 | 3,26* | 2,79-3,82 | 1,33* | 1,09-1,64 |
| | Sin dificultades | 7.630 | 632 | 8,3 | | | 1 | |
| Vivir solo/a o acompañado/a | Personas que viven solas | 1.210 | 260 | 21,5 | 2,96* | 2,52-3,47 | 4,47* | 3,62-5,50 |
| | Personas que viven acompañadas | 7.618 | 645 | 8,5 | | | 1 | |
| Depresión diagnosticada | Si | 687 | 276 | 40,2 | 8,05* | 6,77-9,57 | 3,16* | 2,52-3,96 |
| | No | 8.141 | 628 | 7,7 | | | 1 | |
| ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no sirve para nada? | Algo más y mucho más que lo habitual | 413 | 224 | 54,2 | 13,97* | 11,33-17,23 | 2,56* | 1,96-3,34 |
| | No en absoluto y no más que lo habitual | 8.286 | 647 | 7,8 | | | 1 | |
| ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias? | Menos y mucho menos que lo habitual | 633 | 299 | 47,2 | 11,69* | 9,79-13,96 | 2,48* | 1,96-3,14 |
| | Más o igual que lo habitual | 8.067 | 573 | 7,1 | | | 1 | |
| Dedica tiempo a cuidarse y sentirse bien | Nunca y casi nunca | 973 | 233 | 23,9 | 3,37* | 2,85-3,98 | 1,79* | 1,44-2,23 |
| | Algunas veces, siempre y casi siempre | 7.854 | 671 | 8,5 | | | 1 | |
| Riesgo de mala salud (GHQ) | Riesgo | 1.824 | 552 | 30,3 | 8,90* | 7,65-10,34 | 3,49* | 2,87-4,25 |
| | No riesgo | 6.876 | 320 | 4,7 | | | 1 | |
| Considera que otras personas se preocupen de su bienestar | Nunca y casi nunca | 322 | 129 | 40,1 | 6,65* | 5,26-8,41 | 3,93* | 2,91-5,30 |
| | Algunas veces, siempre y casi siempre | 8.505 | 775 | 9,1 | | | 1 | |

(*) OR con significación estadística.



Se han comparado las OR no ajustadas y las ajustadas mediante RLM y se constata que las no ajustadas son mayores que las otras en todas las variables, salvo en los tramos de edad, en los que la OR es mayor en las ajustadas, aumentando el riesgo de soledad de forma gradual e inversa en todos los tramos de edad comparado con el tramo de 65 años y más. Tanto en este análisis como en los dos siguientes la edad tiene un peso importante en el riesgo de padecer soledad, siendo mayor en los tramos más jóvenes. También se incrementa la OR asociada al hecho de vivir solo/a tras el ajuste. Sin duda la edad y el hecho de vivir solo/a pesan mucho más de lo que se observaba antes del ajuste posiblemente porque la capacidad explicativa de esas variables estaba “cruzada” con otras que entraron en el modelo y que pierden peso al ajustarse. Ese peso que pierden es el que es imputable a la distribución de la edad que también les afectaba. Y es el que gana la edad y el hecho de vivir solo tras el ajuste.

4

ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES EN RELACIÓN CON LA SOLEDAD Y CON OTROS FACTORES INDEPENDIENTES ASOCIADOS

4.1. MALA AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD

Como se observa en la [tabla 6](#) las OR bivariantes (sin ajustar) que más explican la mala salud autopercebida fue la sensación de aislamiento “los demás no se preocupan de mí”, seguido de la limitación de la actividad por un problema de salud crónico, el nivel educativo, la edad, el riesgo de mala salud mental y en 6.º lugar, el sentimiento de soledad. Pero una vez realizado el ajuste de las variables (sexo, edad, nivel de estudios, dificultades económicas para llegar a fin de mes, sentimiento de soledad, vivir solo/a, limitación crónica de la actividad, riesgo de salud mental y percibir que otras personas se ocupan de su bienestar), las variables que demostraron más fuerza de asociación con la percepción de mala salud fueron: la presencia de comorbilidad limitante (sufrir una limitación crónica grave o menos grave de la actividad habitual), la edad (las personas mayores frente a las más jóvenes), el nivel de estudios (elemental frente a estudios superiores), el riesgo de mala salud mental, las dificultades para llegar a fin de mes y tener sentimiento de soledad.

Al comparar la fuerza de asociación de las variables independientes antes y después del ajuste se constata que todas presentan unas OR mayores antes del ajuste, salvo de la edad, que incrementa su capacidad explicativa al entrar en el modelo de RLM con todas las demás. Seguramente este hallazgo indica que su efecto sobre el sentimiento de mala salud es muy grande, pero en cierta medida se encontraba explicado por las otras variables que tienen una distribución etaria muy marcada. El sentimiento de soledad contribuye de manera decisiva a esa mala percepción de la propia salud, aunque la fuerza de asociación que se puede medir (OR) se reduce a la mitad cuando se ajusta por todas las demás.



Tabla 6. Distribución de frecuencias de la mala autopercepción de salud en relación con la soledad y otras variables de estudio, prevalencia por grupo de población y OR no ajustadas y ajustadas mediante RLM

| Mala autopercepción de salud | | N | n | % | No ajustada | | Ajustada | |
|--|-----------------------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|----------|-------------|
| | | | | | OR | IC 95% | OR* | IC 95% |
| TOTAL | | 8.845 | 2.446 | 27,7 | | | | |
| Sexo | Mujer | 4.790 | 1.531 | 32,0 | 1,61* | 1,46-1,77 | 1,23* | 1,10-1,38 |
| | Hombre | 4.055 | 915 | 22,6 | 1 | | 1 | |
| Edad | 15 a 29 | 1.539 | 222 | 14,4 | 1 | | | |
| | 30 a 44 | 2.383 | 530 | 22,2 | 1,69* | 1,43-2,01 | 1,82* | 1,49-2,22 |
| | 45 a 64 | 2.822 | 834 | 29,6 | 2,49* | 2,11-2,93 | 2,74* | 2,26-3,31 |
| | 65 y más años | 2.101 | 860 | 40,9 | 4,11* | 3,48-4,85 | 4,30* | 3,51-5,28 |
| Nivel de Estudios | Primarios o menos | 952 | 498 | 52,3 | 4,70* | 4,04-5,47 | 2,65* | 2,19-3,20 |
| | Secundarios | 4.186 | 1.247 | 29,8 | 1,82* | 1,64-2,02 | 1,69* | 1,49-1,91 |
| | Universitarios | 3.707 | 701 | 18,9 | 1 | | 1 | |
| Dificultades económicas para llegar a fin de mes | Con dificultad y mucha dificultad | 1.201 | 574 | 47,8 | 2,83* | 2,49-3,20 | 1,85* | 1,58-2,16 |
| | No dificultades | 7.643 | 1871 | 24,5 | 1 | | 1 | |
| Sentimiento de soledad | Con sentimiento de soledad | 904 | 481 | 53,2 | 3,46* | 3,01-3,98 | 1,75* | 1,45-2,11 |
| | Sin sentimiento de soledad | 7.924 | 1.958 | 24,7 | 1 | | 1 | |
| Vivir solo/a o acompañado/a | Personas solas | 1.215 | 425 | 35,0 | 1,49* | 1,31-1,70 | 0,88 | 0,75-1,04 |
| | Personas acompañadas | 7.631 | 2.021 | 26,5 | 1 | | 1 | |
| Limitación crónica de la actividad habitual | Grave | 438 | 350 | 79,9 | 23,49* | 18,39-30,01 | 16,81* | 12,85-21,98 |
| | Limitación no grave | 2.342 | 1.214 | 51,8 | 6,32* | 5,67-7,04 | 5,34* | 4,75-6,00 |
| | No limitación | 6.064 | 882 | 14,5 | 1 | | | |
| Riesgo de mala salud mental o malestares psicológicos (GHQ) | Riesgo | 1.824 | 906 | 49,7 | 3,59* | 3,22-4,00 | 2,35* | 2,04-2,70 |
| | No riesgo | 6.883 | 1.483 | 21,5 | 1 | | | |
| Otras personas de ocupan de su bienestar | Nunca, casi nunca | 323 | 138 | 42,7 | 6,65* | 5,26-8,41 | 1,06 | 0,81-1,42 |
| | A veces, siempre casi siempre | 8.522 | 2.308 | 27,08 | 1 | | | |

En este análisis se observa que el sentimiento de soledad incrementa el riesgo de mala salud auto-percibida más de 3 veces frente a no tener ese sentimiento (OR no ajustada), sin embargo, al introducirla en un modelo multivariante ajustado entre todas las variables observamos que ese sentimiento sigue explicando en parte la mala salud percibida, pero con menor fuerza que antes. Posiblemente la edad actuaba de confusor de esa relación antes de ajustar.

Curiosamente, el hecho de vivir solo/a que justificaba un riesgo de mala autopercepción del estado de salud un 50% mayor que el de quienes viven en compañía, pierde toda su capacidad explicativa cuando se ajusta con las demás, lo que significa que ese riesgo aparente no era real sino que estaba justificado por las demás variables que posiblemente concurren con esa situación.

4.2. RIESGO DE MALA SALUD MENTAL

En el análisis sin ajustar, es decir, el de cada variable con el riesgo de mala salud mental contando con el efecto de todas las demás, el sentimiento de soledad destaca por su indudable peso en esa relación, mayor que el de ninguna otra. Tras el ajuste entre las variables independientes sexo, edad, nivel de estudios, dificultades económicas para llegar a fin de mes, sentimiento de soledad, vivir solo/a, limitación crónica de la actividad, autopercepción del estado de salud y percibir que otras personas se ocupan de su bienestar, el sentimiento de soledad resulta la variable que más se asocia con el riesgo de presentar mala salud mental, seguido de tener entre 15 y 29 años frente a las edades más avanzadas, sufrir una limitación crónica grave de su actividad habitual frente a no tener ese problema y sentir mala percepción de salud. Se quiere destacar especialmente la importante asociación que muestra el sentimiento de soledad como factor independiente de todos los demás con lo que llamamos riesgo de mala salud mental, pues el modelo de RLM resultante permite identificar como seis veces mayor la OR ajustada en las personas que sienten soledad que en quienes no viven con ese sentimiento.

Como en el análisis anterior, al comparar las OR ajustadas y no ajustadas se constata que estas últimas presentan una OR mayor salvo en el caso de la edad, que incrementa su fuerza de asociación al eliminar el efecto concomitante de las demás.



Tabla 7. Distribución de frecuencias del riesgo de mala salud mental en relación con la soledad y otras variables de estudio, prevalencia por grupo de población y OR no ajustadas y ajustadas mediante RLM

| Riesgo de mala salud mental | | N | n | % | No ajustada | | Ajustada | |
|--|-----------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|----------|-----------|
| | | | | | OR* | IC 95% | OR* | IC 95% |
| TOTAL | | 8.708 | 1825 | 21,0 | | | | |
| Sexo | Mujer | 4.715 | 1.159 | 24,6 | 1,63* | 1,46-1,81 | 1,41* | 1,25-1,59 |
| | Hombre | 3.993 | 666 | 16,7 | 1 | | 1 | |
| Edad | 15 a 29 | 1.527 | 404 | 26,5 | 1,84* | 1,57-2,17 | 2,83* | 2,31-3,47 |
| | 30 a 44 | 2.353 | 558 | 23,7 | 1,59* | 1,37-1,85 | 2,08* | 1,73-2,51 |
| | 45 a 64 | 2.768 | 526 | 19,0 | 1,20* | 1,03-140 | 1,35* | 1,13-1,62 |
| | 65 y más años | 2.059 | 337 | 16,4 | 1 | | 1 | |
| Nivel de Estudios | Primarios o menos | 915 | 233 | 25,5 | 1,63* | 1,37-1,94 | 1,13 | 0,91-1,41 |
| | Secundarios | 4.131 | 956 | 23,1 | 1,44* | 1,28-1,61 | 1,12 | 0,99-1,28 |
| | Universitarios | 3.659 | 634 | 17,3 | 1 | | 1 | |
| Dificultades económicas para llegar a fin de mes | Con dificultad y mucha dificultad | 1.166 | 487 | 22,8 | 3,32* | 2,92-3,79 | 2,10* | 1,80-2,44 |
| | No dificultades | 7.540 | 1.337 | 17,7 | 1 | | 1 | |
| Sentimiento de soledad | Con sentimiento de soledad | 872 | 552 | 63,3 | 8,90* | 7,65-10,34 | 6,02* | 5,08-7,12 |
| | Sin sentimiento de soledad | 7.828 | 1.272 | 16,2 | 1 | | 1 | |
| Vivir solo/a o acompañado/a | Personas solas | 1.173 | 245 | 20,9 | 1 | 0,85-1,16 | 0,73 | 0,61-0,88 |
| | Personas acompañadas | 7.533 | 1.579 | 21,0 | 1 | | 1 | |
| Limitación crónica de la actividad habitual | Grave | 421 | 209 | 49,6 | 5,76* | 4,70-7,06 | 2,61* | 2,04-3,34 |
| | Limitación no grave | 2.294 | 739 | 32,2 | 2,78* | 2,48-3,11 | 1,93* | 1,69-2,20 |
| | No limitación | 5.989 | 875 | 14,6 | 1 | | | |
| Autopercepción del estado de salud | Regular, mala y muy mala | 2.389 | 906 | 37,9 | 3,59* | 3,22-4,00 | 2,36* | 2,05-2,71 |
| | Bueno y muy bueno | 6.318 | 918 | 14,5 | 1 | | | |
| Otras personas de ocupan de su bienestar | Nunca, casi nunca | 318 | 147 | 46,2 | 3,43* | 2,73-4,30 | 1,85* | 1,41-2,44 |
| | A veces, siempre casi siempre | 8.389 | 1.678 | 20,0 | 1 | | | |

Nota: se destaca la relevante relación y la fuerza de la asociación entre soledad y riesgo de mala salud mental.

CONCLUSIONES GENERALES

En la ciudad de Madrid, la prevalencia de soledad no deseada que presenta la ciudadanía es de un 10,2%.

Se confirma que la soledad es un sentimiento que se produce a lo largo de la vida. Vivir solo/a y sentir que no se ocupa nadie de su bienestar son las dos variables que más se asocian con el sentimiento de soledad y que prácticamente definen el problema. Está fuertemente asociado al sentimiento de soledad tener riesgo de problemas de salud mental, tener diagnóstico de depresión, tener hábitos de no cuidado y presentar baja autoestima.

El sentimiento de soledad aparece también relacionado con la precaria situación socioeconómica, el bajo nivel educativo y la falta o escasa red de apoyo emocional y social, así como los hábitos de vida saludable, etc. Las mujeres se ven más afectadas por el sentimiento de soledad.

Los datos de la ciudad de Madrid son similares a los encontrados en otros estudios, como ejemplo en el Reino Unido se estima que entre el 5% y el 18% de las personas se sienten solas a menudo o siempre. Las personas más jóvenes de 16 a 24 años dicen sentirse solas con más frecuencia que los grupos de mayor edad. Las mujeres más solas que los hombres. Las personas solteras o viudas o con mala salud o con condiciones limitantes con mayor frecuencia también. Identificaron tres perfiles de personas con riesgo específico de sentirse solas: 1) Personas mayores viudas que viven solas con problemas de salud a largo plazo. 2) Personas solteras, de mediana edad con problemas de salud a largo plazo. 3) Personas inquilinas más jóvenes con poca confianza y sentido de pertenencia a su zona¹³.

Gran parte de los factores que incrementan el sentimiento de soledad se pueden prevenir de forma eficaz a través de programas de detección precoz, prevención y promoción de la salud (autoestima, los estilos de vida, la red de apoyo, etc.). Es necesario tener en cuenta que la prevalencia del riesgo de mala salud mental y malestar psicológico, la ansiedad y la depresión diagnosticada, el consumo de medicación psicotrópica, y las diferencias según sexo y edad requieren poner el foco en programas preventivos específicos en el ámbito psicosocial.

La frecuencia de sentimiento de soledad en jóvenes es uno de los hallazgos de este análisis, que sugiere la necesidad de estudios de las diferentes etapas de la vida, profundizando en los factores de riesgo y sobre todo de protección específicos sobre los que se pueda actuar.

El sentimiento de soledad es un reto crucial para las sociedades actuales, también para la ciudad de Madrid, ello requiere afrontar el abordaje reforzando las alianzas tanto intramunicipales como con otras instituciones públicas y agentes sociales.

Los análisis multivariantes identifican los factores que explican el sentimiento de soledad. No obstante, tal como se indicaba en el informe de resultados del Estudio sobre la Soledad no Deseada en la Ciudad de Madrid de 2017, sigue vigente el debate sobre si el sentimiento de soledad actúa como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades físicas y psicológicas y otros determinantes económicos, sociales y familiares, o si la presencia de estos factores en las personas incrementa el riesgo de sentirse solo o sola.

Respecto a los problemas de salud identificados, la soledad muestra una relación muy fuerte con el riesgo de sufrir mala salud mental, tanto ajustado como conjuntamente con los demás factores estudiados, por encima de el de los determinantes sociales, el sexo, la edad y la comorbilidad limitante.



5

SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES. CONCLUSIONES

Con datos de la misma Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 se ha analizado la situación de las personas mayores de 65 años en relación con el sentimiento de soledad, mediante un abordaje metodológico parecido al desplegado para el estudio que se presenta en este informe general. Ese trabajo ha sido realizado por autores del Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo de Madrid Salud y se puede consultar, junto a este informe monográfico, en el siguiente link: http://madridsalud.es/area_profesional/

Las conclusiones principales de ese estudio son las siguientes:

1. La frecuencia de sentir soledad para el conjunto de la población de 65 y más años, es del 9,2%.
2. Según la información recogida en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017, en la ciudad de Madrid el número de personas mayores que se sienten solas se sitúa entre 61.182 y 62.756 (9,2% +/- 0,07%).
3. Para los mayores que viven solos (27,5% de participantes en la encuesta), la prevalencia de sentir soledad es del 19,7%. Para quienes no viven solos (72,5% de participantes) es del 5,3%. Como podemos observar, el hecho de vivir solo/a es un factor que multiplica casi por cuatro la frecuencia de soledad.
4. Según se va avanzando en edad, aumenta el porcentaje de personas mayores que se sienten solas: desde el 7,1% entre los de 65 a 69 años, hasta el 15,3% de quienes tienen 85 y más años.
5. Las mujeres mayores se sienten solas más frecuentemente que los hombres (11,5 % frente a 5,7 %).
6. Los mayores con un nivel de estudios elemental tienen con más frecuencia sentimiento de soledad que los de otros niveles: 15,9% frente a los que tienen estudios secundarios (7,7%) y universitarios (5,1%).
7. Los distritos en los que hay más participantes que viven solos son: Centro, Usera y Fuencarral-El Pardo. Los distritos en los que hay mayor porcentaje de personas que se sienten solas son: Usera, Centro y Carabanchel. Hay una correlación media-alta entre los distritos en los que hay más personas mayores que viven solos y aquellos en los que hay mayor porcentaje de los que se sienten solos.
8. La calidad de vida en relación con la salud se asocia a sentir soledad. En este sentido, entre las personas mayores que opinaron que la vida les va “muy bien” o “bien” hay un porcentaje con sentimiento de soledad del 2,8% frente al 54,5% de quienes manifiestan que les va “muy mal” o “mal”.
9. La salud mental se asocia con la soledad: entre las personas mayores que han participado en la encuesta y que han sido diagnosticadas de depresión, refiere sentimiento de soledad el 32,5%, frente al 6,3% de quienes nunca recibieron este diagnóstico. Este mismo hallazgo, aunque con porcentajes inferiores, se encontró entre quienes sí recibieron diagnóstico de ansiedad, toman antidepresivos o tranquilizantes o tiene mala calidad de sueño.

10. En este mismo sentido, quienes piensan que no valen para nada presentan un porcentaje de soledad del 45,7% frente al 7,5% de quienes no lo piensan. Entre las personas mayores que se sienten felices un 6,4% tiene sentimiento de soledad, frente al 41,6% de quienes no se sienten felices.
11. Entre las personas mayores que no se sienten solas, manifiestan tener problemas de memoria el 6,6% frente al 19,68% de quienes sí sienten soledad.
12. La percepción de la propia salud se asocia al sentimiento de soledad. Entre las personas mayores que dicen tener muy buena salud solo el 3,4% se sienten solas, frente al 30,4% de quienes piensan que su salud es muy mala.
13. De las personas mayores que manifiestan no padecer ninguna enfermedad crónica un 4,5% se siente sola, frente al 13,6% de quienes tienen tres o más enfermedades crónicas. Las limitaciones que producen estas enfermedades se asocian con el sentimiento de soledad: el 9,2% de quienes no refieren ninguna limitación por enfermedades crónicas manifiesta sentir soledad frente al 24,6% de quienes tienen limitaciones graves.
14. Todos los tipos de dolor se asocian al sentimiento de soledad (cefaleas, artrosis, dolor cervical, dolor lumbar dolor en general y tomar medicamentos fuertes para el dolor).
15. Las situaciones de carencia se asocian a soledad, especialmente citamos: personas que no tienen a nadie a quien acudir si necesitan ayuda, aquellas a quienes su salud les impide salir a la calle, y quienes no comen caliente más de dos días a la semana.
16. Entre los hábitos de vida, fumar no se asocia con sentir soledad, pero sí el consumo de alcohol; entre quienes no consumen alcohol el porcentaje de sentir soledad es casi el doble que entre quienes consumen.
17. Tener animales de compañía no se asocia de modo significativo a sentir o no soledad.
18. Respecto a las actividades del barrio, hay un 76 % de mayores que no participa nunca o casi nunca en ellas y un 10 % participa siempre o casi siempre. La participación y utilización de recursos públicos del barrio se asocia con el sentimiento de soledad, habiendo diferencias significativas entre quienes no los utilizan nunca o casi nunca, y quienes lo hacen siempre o casi siempre.
19. Cuando se realiza el análisis de todas las variables conjuntamente y por bloques resultan conclusiones tales como:
 - Entre los factores sociodemográficos, la edad y el género no son predictores de soledad, sino el hecho de vivir solo y el nivel de estudios;
 - Entre las situaciones de carencia, la que tiene mayor efecto como predictora de soledad es tener problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo;
 - De todas las asociaciones de soledad con la salud y las enfermedades, de nuevo la más potente es la calidad de vida relacionada con la salud; la mayoría de los factores de salud física intervienen en la soledad al disminuir la calidad de vida de las personas.
20. Cuando se tienen en cuenta todas las variables, las que predicen el sentimiento de soledad, son ocho:
 - la salud mental en general (es el factor más importante de todos),
 - vivir solo/a (el segundo en importancia),
 - la calidad de vida en relación con la salud,
 - sentir que otros no se preocupan por uno mismo,
 - padecer depresión,
 - no comer caliente más de dos días a la semana,
 - no tener nadie a quien acudir si se necesita ayuda,
 - nivel educativo elemental.



Todos los demás factores indicados antes (dolor, morbilidad, edad, género, actividad física que puede realizar, participación en actividades de barrio, etc.) quedan englobadas y explicadas por las ocho variables anteriores.

21. Estas ocho variables las hemos resumido en tres factores que se relacionan entre ellos: vivencia subjetiva de la salud, sobre todo de la salud mental, aislamiento objetivo, aislamiento subjetivo o radical.
22. Parece evidente que al momento de realizar actividades para mitigar la soledad en mayores hay que tener en cuenta sobre todo las conclusiones obtenidas a partir de los estudios multi-variantes (conclusiones 19 y 20).
23. Hemos establecido varios grupos de mayor o menor riesgo según el hecho de vivir solo o no.

- Entre las *personas mayores que viven solas*:

El *grupo de alto riesgo* estaría conformado por personas con mala salud mental y mala calidad de vida relacionada con la salud; entre estas, el 73 % se sienten solas. Si tienen mejor calidad de vida, pero padecen depresión, el 54,5 % siente soledad.

Un *grupo de bajo riesgo* es: quienes tienen buena salud mental, percepción de no buena calidad de vida relacionada con la salud, pero tienen a alguien que se preocupe por ellos, de estos sólo el 4,8 % sienten soledad (4 veces menos que la muestra total).

- Entre quienes *viven con otras personas*:

Grupo de alto riesgo: aunque vivan con otras personas, tienen una mala salud mental y además padecen depresión, el 45,2 % sienten soledad.

También conforman un *grupo de bajo riesgo* quienes viven con otras personas, además tienen salud mental regular, pero tienen otras personas que se preocupan por ellos, de estos solo el 4,7 % se sienten solos.

Un *grupo de muy bajo riesgo* es el de aquellos que viven con otras personas y además tienen buena salud mental y buena calidad de vida, entre estos solamente el 0,8 % se sienten solos.

Los *grupos de bajo riesgo* y de *muy bajo riesgo* se pueden considerar *grupos protectores* dado que su frecuencia de soledad está por debajo de la media de la población de mayores. Por tanto, podemos considerar que los perfiles que engloban cada uno de ellos protegen de la soledad: no vivir solo/a, tener buena salud mental, buena calidad de vida y tener otras personas que se preocupan de ellos.

La soledad es una situación compleja con múltiples causas e implicaciones; es evidente que en esta situación las soluciones que se quieran dar para prevenirla y aliviarla no pueden ser simples sino multifactoriales y coordinadas.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | | |
|-------------|--|-----|
| Gráfico 1. | Sentimiento de soledad en la ciudad de Madrid | 438 |
| Gráfico 2. | Prevalencia de soledad según edad y sexo (IC 95%) | 439 |
| Gráfico 3. | Prevalencia de soledad según sexo y nivel de estudios (IC 95%) | 440 |
| Gráfico 4. | Prevalencia de soledad según clase social (IC 95%) | 440 |
| Gráfico 5. | Prevalencia de soledad según edad, sexo y clase social | 441 |
| Gráfico 6. | Prevalencia de soledad por distritos y media de la ciudad | 441 |
| Gráfico 7. | Prevalencia de soledad por grupos de distritos según nivel de desarrollo y media de la Ciudad | 442 |
| Gráfico 8. | Prevalencia de soledad en las personas que viven solas o acompañadas según edad y sexo (IC 95%) | 442 |
| Gráfico 9. | Prevalencia de soledad según seguridad alimentaria (IC 95%) | 443 |
| Gráfico 10. | Prevalencia de soledad según dificultad para llegar a fin de mes (IC 95%) | 443 |
| Gráfico 11. | Prevalencia de soledad en inmigrantes por motivos económicos y el resto de la población (IC 95%) | 444 |
| Gráfico 12. | Prevalencia de soledad en las personas desempleadas y resto de la población (IC 95%) | 444 |
| Gráfico 13. | Prevalencia de soledad en las personas sedentarias o que realizan alguna actividad (IC 95%) | 445 |
| Gráfico 14. | Prevalencia de soledad en las personas que fuman o no fuman tabaco (IC 95%) | 446 |
| Gráfico 15. | Prevalencia de soledad en las personas con consumo bajo y alto de alcohol (IC 95%) ... | 446 |
| Gráfico 16. | Prevalencia de soledad en las personas que utilizan o no el teléfono móvil (IC 95%)... | 447 |
| Gráfico 17. | Prevalencia de soledad en las personas con participación o no en actividades del barrio (IC 95%) | 447 |
| Gráfico 18. | Prevalencia de soledad en las personas que utilizan o no recursos públicos del barrio (IC 95%) | 448 |
| Gráfico 19. | Prevalencia de soledad en las personas que utilizan o no tiempo para cuidarse y procurar su bienestar (IC 95%) | 448 |
| Gráfico 20. | Prevalencia de soledad en las personas que duermen o no duermen bien (IC 95%) ... | 449 |
| Gráfico 21. | Prevalencia de soledad en las personas que se han sentido discriminadas o no (IC 95%) | 450 |
| Gráfico 22. | Prevalencia de soledad entre quienes perciben que otras personas se preocupan por su bienestar y quienes perciben que no se preocupan (IC 95%) | 450 |
| Gráfico 23. | Prevalencia de soledad en las personas que perciben servir o no servir para nada (IC 95%) | 451 |
| Gráfico 24. | Prevalencia de soledad en las personas que se sienten o no útiles (IC 95%) | 451 |
| Gráfico 25. | Prevalencia de soledad en las personas con capacidad o no para tomar decisiones (IC 95%) | 452 |
| Gráfico 26. | Prevalencia de soledad en las personas que se sienten o no felices (IC 95%) | 452 |
| Gráfico 27. | Prevalencia de soledad en las personas con autopercepción del estado de salud bueno y muy bueno, o malo y muy malo (IC 95%) | 453 |
| Gráfico 28. | Prevalencia de soledad en las personas con o sin enfermedad crónica (IC 95%) | 453 |
| Gráfico 29. | Prevalencia de soledad en las personas con limitación crónica de la actividad habitual (IC 95%) | 454 |



| | | |
|-------------|--|-----|
| Gráfico 30. | Prevalencia de soledad en las personas con y sin discapacidad (IC 95%) | 454 |
| Gráfico 31. | Prevalencia de soledad en las personas con y sin problemas de memoria en personas de 55 años y más (IC 95%) | 455 |
| Gráfico 32. | Prevalencia de soledad en las personas con y sin riesgo de mala salud mental (IC 95%)..... | 455 |
| Gráfico 33. | Prevalencia de soledad en las personas con y sin diagnóstico de depresión (IC 95%)..... | 456 |
| Gráfico 34. | Prevalencia de soledad en las personas con y sin diagnóstico de ansiedad crónica (IC 95%)..... | 456 |
| Gráfico 35. | Prevalencia de soledad en las personas con y sin consumo de medicamentos psicotrópicos | 457 |
| Gráfico 36. | Prevalencia de soledad en las personas con y sin dolor (IC 95%) | 457 |
| Gráfico 37. | Prevalencia de soledad en las personas con y sin accidente (IC 95%) | 458 |
| Gráfico 38. | Frecuencia de vivir solo entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 459 |
| Gráfico 39. | Frecuencia de inseguridad alimentaria entre las personas que se sienten solas o no según sexo (IC 95%) | 460 |
| Gráfico 40. | Frecuencia de dificultades para llegar a fin de mes entre las personas que se sienten solas o no según sexo (IC 95%)..... | 460 |
| Gráfico 41. | Frecuencia de hábitos sedentarios entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 461 |
| Gráfico 42. | Frecuencia de fumadores habituales entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 462 |
| Gráfico 43. | Frecuencia de consumo alto de alcohol entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 462 |
| Gráfico 44. | Frecuencia de utilización del teléfono móvil entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 463 |
| Gráfico 45. | Frecuencia de utilización del teléfono móvil más de lo que desea entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)..... | 463 |
| Gráfico 46. | Frecuencia de personas que nunca o casi nunca participan en el barrio entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 464 |
| Gráfico 47. | Frecuencia de personas que nunca o casi nunca utilizan recursos del barrio entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 464 |
| Gráfico 48. | Frecuencia de personas que nunca o casi nunca dedica tiempo para su cuidado y bienestar entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) ... | 465 |
| Gráfico 49. | Frecuencia de personas que duermen regular, mal y muy mal entre las personas con y sin soledad según sexo (IC 95%)..... | 465 |
| Gráfico 50. | Frecuencia de personas que se sienten discriminadas entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)..... | 466 |
| Gráfico 51. | Frecuencia de percepción de que otras personas nunca o casi nunca se preocupan del bienestar propio entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)..... | 467 |
| Gráfico 52. | Frecuencia de percibir que no sirve para nada entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 467 |
| Gráfico 53. | Frecuencia de sentirse menos útil entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 468 |
| Gráfico 54. | Frecuencia de menor capacidad para tomar decisiones entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 468 |
| Gráfico 55. | Frecuencia de sentirse razonablemente feliz entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 469 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| Gráfico 56. | Frecuencia de autopercepción del estado salud regular, mala y muy mala entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 470 |
| Gráfico 57. | Puntuación media de la escala de calidad de vida relacionada con la salud (COOP-WONCA) entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo ... | 470 |
| Gráfico 58. | Frecuencia de enfermedad crónica entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 471 |
| Gráfico 59. | Frecuencia de limitación crónica de la actividad habitual entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 472 |
| Gráfico 60. | Frecuencia de discapacidad entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 472 |
| Gráfico 61. | Frecuencia de quejas de memoria en personas de 55 años y más entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 473 |
| Gráfico 62. | Frecuencia de riesgo de mala salud mental entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) | 473 |
| Gráfico 63. | Frecuencia de riesgo de mala salud mental según sexo y grupo de edad entre las personas con sentimiento de soledad | 474 |
| Gráfico 64. | Frecuencia de personas con depresión diagnosticada entre las personas con o sin sentimiento de soledad (IC 95%) | 474 |
| Gráfico 65. | Frecuencia de personas con ansiedad crónica diagnosticada entre las personas con o sin sentimiento de soledad (IC 95%) | 475 |
| Gráfico 66. | Frecuencia de personas con consumo de medicamentos psicotrópicos entre las personas con o sin sentimiento de soledad (IC 95%) | 476 |
| Gráfico 67. | Frecuencia de personas dolor moderado e intenso en las dos últimas semanas entre las personas con o sin sentimiento de soledad (IC 95%) | 476 |
| Gráfico 68. | Frecuencia de personas que sufren accidentes entre quienes siente o no soledad (IC 95%)..... | 477 |



ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|----------|---|-----|
| Tabla 1. | Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM | 479 |
| Tabla 2. | Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM | 481 |
| Tabla 3. | Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM | 483 |
| Tabla 4. | Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM | 485 |
| Tabla 5. | Distribución de frecuencias de sentir soledad según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM y no ajustadas..... | 487 |
| Tabla 6. | Distribución de frecuencias de la mala autopercepción de salud en relación con la soledad y otras variables de estudio, prevalencia por grupo de población y OR no ajustadas y ajustadas mediante RLM | 490 |
| Tabla 7. | Distribución de frecuencias del riesgo de mala salud mental en relación con la soledad y otras variables de estudio, prevalencia por grupo de población y OR no ajustadas y ajustadas mediante RLM | 492 |

REFERENCIAS

- ¹ Lopata, H. Z. (1969). Loneliness: Forms and components. *Social Problems*, 17(2), 248-262.
- ² Santos, H. C., Varnum, M. E. y Grossmann, I. (2017). Global increases in individualism. *Psychological Science*, 28(9), 1228-1239.
- ³ Hernan Montalban, M. J. y Rodríguez Moreno, S. I. (2017). La soledad no deseada en la ciudad de Madrid. Informe de Resultados. Madrid: Madrid Salud, 2017. http://www.madridsalud.es/pdf/Soledad_ciudaddeMadrid.pdf
- ⁴ Díez Nicolas, J. y Morenos Paiez, M. (2015). La soledad en España. Madrid: Fundación ONCE y Fundación AXA.
- ⁵ Victor, C. R. y Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *Journal of Psychology*, 146(1-2), 85-104.
- ⁶ Hansen, T. y Slagsvold, B. (2015). Late-life loneliness in 11 european countries: results from the generations and gender survey. *Social Indicators Research*, 124(1), 1-20.
- ⁷ HM Government. (2018). A connected society: a strategy for tackling loneliness—laying the foundations for change. London: HM Government.
- ⁸ Victor, C., and Yang, K. (2011) The Prevalence of Loneliness Among Adults: A Case Study of the United Kingdom.
- ⁹ Aiden, H. (2016) Isolation and loneliness: An overview of the literature. British Red Cross
- ¹⁰ Cacioppo, J. T. y Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426.
- ¹¹ Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N. y Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171.
- ¹² Ayuntamiento de Alcalá de Henares, Encuesta Municipal de Hábitos de Vida 2018. Informe de resultados.
- ¹³ Office for National Statistics (2018). What characteristics and circumstances are associated with feeling lonely?



SIGLAS

| | |
|----------------|--|
| AROPE | Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social |
| AUDIT | Alcohol Use Disorders Identification Test |
| AVAD | Años de vida perdidos ajustados a discapacidad |
| AVD | Años de vida con discapacidad |
| AVP | Años de vida perdidos |
| CM | Comunidad de Madrid |
| CMBD | Conjunto Mínimo Básico de Datos |
| DGT | Dirección General de Tráfico |
| DT | Desviación típica |
| ECV | Encuesta de condiciones de vida |
| ECH | Encuesta continua de hogares |
| EDADES | Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España |
| EDO | Enfermedades de declaración obligatoria |
| EESE | Encuesta Europea de Salud en España |
| ENSE | Encuesta Nacional de Salud de España |
| EPIDAT | Programa para análisis epidemiológico de datos |
| EPOC | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |
| ESCM'05 | Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005 |
| ESCM'13 | Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2013 |
| ESCM'17 | Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 |
| ESO | Educación Secundaria Obligatoria |
| ESTUDES | Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias |
| EV | Esperanza de vida |
| EVBS | Esperanza de vida en buena salud |
| EVN | Esperanza de vida al nacer |
| EVP | Esperanza de vida de periodo |
| GALI | Global Activity Limitation Instrument |
| GBD | Global Burden Disease |
| GHQ | General Health Questionnaire |

[Volver a índice](#)



| | |
|-----------------|---|
| HFIAS | Household Food Insecurity Access Scale |
| IAEA | Inseguridad de acceso económico a los alimentos |
| IC | Intervalo de confianza |
| ICSCR | Índice combinado de salud, conocimiento y renta |
| IDH | Índice de Desarrollo Humano |
| IHME | Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington |
| IMC | Índice de Masa Corporal |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| IPAQ | Cuestionario Internacional de Actividad Física Adaptada |
| ISF | Índice Sintético de Fecundidad |
| ITS | Infecciones de transmisión sexual |
| IVE | Interrupción voluntaria del embarazo |
| LCA | Limitación crónica de la actividad |
| M | Media |
| MET | Equivalentes metabólicos |
| NO2 | Dióxido de nitrógeno |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| OR | Odds ratio |
| PIAP | Plan de Inspecciones y Actividades Programadas |
| PMH | Padrón Municipal de Habitantes |
| PNUD | Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Humano |
| RLM | Regresión logística multivariante |
| RMM | Razón de mortalidad materna |
| RTME | Razón de tasas de mortalidad estandarizadas |
| SASA | Sistema de Alertas en Salud Ambiental |
| SIVFRENT | Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles |
| TAIH | Tasa ajustada de ingresos hospitalarios |
| TAM | Tasa ajustada de mortalidad |
| TEME | Tasa de mortalidad específica por cada edad |
| TIC | Tecnologías de la información y la comunicación |
| VIH | Virus de la inmunodeficiencia humana |
| VISRAM | Sistema de Vigilancia Sanitaria de Riesgos Ambientales |

[Volver a índice](#)

