Un estudio realizado por Fundación ONCE y Fundación AXA

Soledad no deseada y salud mental en Castilla y León 2026



En el marco de:

soledadES
Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada

Elaborado con la asistencia técnica de:



Contenido

1. INTRODUCCIÓN 5
2. OBJETIVOS 8
   2.1. Objetivo General 8
   2.2. Objetivos Específicos 8
3. METODOLOGÍA 9
   3.1. Análisis de la literatura 9
   3.2. Encuesta soledad no deseada y salud mental 10
      3.2.1. Definición operativa de la soledad no deseada 10
      3.2.2. Alcance y muestra 11
      3.2.3. Limitaciones metodológicas 12
4. MARCO INTERPRETATIVO 14
   4.1. Qué entendemos por soledad no deseada 14
   4.2. Tipos de soledad 16
   4.3. Qué entendemos por salud mental en este estudio 17
   4.4. Relación entre soledad no deseada y salud mental 18
5. PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA SOLEDAD NO DESEADA Y LA SALUD MENTAL 22
   5.1. Prevalencia y evolución reciente de la soledad no deseada en Castilla y León 23
   5.2. Prevalencia y evolución reciente de la salud mental 31
6. SOLEDAD NO DESEADA Y SALUD MENTAL 44
   6.1. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental ... 44
   6.2. Experiencias previas de soledad y salud mental 54
   6.3. Duración de las experiencias de soledad 61
   6.4. Soledad y salud mental por sexo y edad 63
   6.5. Malestar psicológico, pensamientos autolesivos y otras experiencias de vulnerabilidad 65
7. FACTORES ASOCIADOS Y ÁMBITOS ESPECÍFICOS DE VULNERABILIDAD 70
   7.1. Factores sociodemográficos y económicos 71
   7.2. Discapacidad, dependencia y salud mental 81
   7.3. Entornos digitales, redes sociales e inteligencia artificial 84
8. APOYOS, RELACIONES SOCIALES Y BÚSQUEDA DE AYUDA 91
   8.1. Redes de apoyo y relaciones sociales 91
   8.2. Atención profesional y medicación 101

8.3. Estrategias de búsqueda de apoyo y barreras para acceder a la ayuda 109
9. PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA SALUD MENTAL Y DE LA SOLEDAD NO DESEADA 112
9.1. Evolución percibida de la salud mental y la soledad 113
9.2. Relación percibida entre ambos fenómenos 115
10. CONCLUSIONES 123
10.1. Hallazgos clave 123
10.2. Implicaciones sociales 124
10.3. Dimensión estructural (derechos) 127
11. BIBLIOGRAFÍA 129

1. Introducción

La importancia de la soledad no deseada

La soledad no deseada afecta a una de cada cinco personas en España, siendo un problema de primera magnitud según la opinión mayoritaria de la sociedad, en la que existe además una fuerte preocupación porque sea un problema cada vez más grave. La relación de la soledad no deseada con otros fenómenos, como la salud, física o mental, o la pobreza, entre otros, hacen que su importancia vaya más allá del propio problema de la soledad.

La soledad no deseada no es únicamente una experiencia individual o emocional, sino que debe entenderse también como un fenómeno social. Este enfoque implica reconocer que la soledad no afecta por igual a toda la población, sino que se distribuye de manera desigual en función de distintos factores sociales, económicos y personales. En este sentido, variables como la discapacidad, la situación socioeconómica, el género o la edad no solo actúan como factores de riesgo, sino que reflejan la existencia de barreras estructurales que dificultan la construcción y el mantenimiento de vínculos sociales. Desde la perspectiva de la equidad y los derechos humanos, abordar la soledad no deseada exige, por tanto, identificar y reducir dichas barreras, promoviendo entornos accesibles, inclusivos y facilitadores de relaciones significativas.

En este contexto, resulta especialmente relevante analizar cómo se expresa la soledad no deseada en los distintos territorios del Estado. **El presente estudio se centra en la situación de Castilla y León, comparándola sistemáticamente con los datos de España**, con el fin de identificar singularidades, factores diferenciales y prioridades específicas que permitan orientar las políticas públicas autonómicas. Conocer cómo la soledad no deseada se distribuye y se manifiesta en Castilla y León es un paso imprescindible para diseñar respuestas adaptadas a la realidad de la comunidad.

La importancia de la salud mental

Más de mil millones de personas en el mundo tienen una afección de salud mental, según la Organización Mundial de la Salud. En España, una de cada cuatro personas sufre problemas de salud mental, hayan sido diagnosticados o no por un profesional. La salud mental es una dimensión clave para el bienestar de las personas y de la sociedad en su conjunto, con efectos en todos los ámbitos, desde la salud física hasta el ámbito laboral, pasando, por supuesto, por la soledad no deseada.

La salud mental se ha convertido en una de las grandes preocupaciones de salud pública de las últimas décadas. El incremento sostenido del consumo de psicofármacos, el aumento de las incapacidades temporales por trastornos mentales y del comportamiento y la creciente demanda de atención psicológica en los sistemas sanitarios ponen de manifiesto la magnitud de un problema que afecta a todos los grupos de población. Este estudio incorpora la salud mental como una dimensión central del análisis, prestando especial atención a su relación con la soledad no deseada en el ámbito autonómico.

La soledad no deseada y la salud mental, dos fenómenos entrelazados

El estudio muestra con rotundidad y datos que existe una fuerte relación entre la soledad no deseada y la salud mental. **Esta relación no es una sorpresa, ya se alumbraba por la literatura, incluida por el propio Barómetro Soledad España. Además, el estudio muestra que la percepción mayoritaria en el conjunto de la sociedad es plenamente consciente de la relación entre la soledad no deseada y la salud mental.**

La relación entre la soledad no deseada y la salud mental es profundamente relevante desde el punto de vista de las políticas públicas. **Si bien ya se conocía por estudios anteriores la importancia de la soledad no deseada para la salud física, su relación con la salud mental convierte a la soledad en un problema de salud pública de primera magnitud**. Por otra parte, la relación tanto de la soledad como de la salud mental con otros fenómenos como la pobreza o la discapacidad, nos invitan a repensar cuestiones como la equidad en la sociedad desde una perspectiva de interseccionalidad que debe ser tenida en cuenta desde el punto de vista de los derechos. **La relación entre la soledad no deseada y la salud mental nos abre la puerta a nuevas vías de intervención desde lo social y lo comunitario**, sugiriendo que, si logramos reducir la soledad, lograremos mejorar también la salud mental.

Este estudio persigue, además, contribuir a la literatura existente mediante un análisis integral de los factores que articulan la compleja relación entre la soledad y la salud mental. Para ello, proporciona una radiografía detallada y actualizada de ambos fenómenos en Castilla y León, comparándola con los datos del conjunto de España, con vistas a proponer políticas y acciones orientadas a mejorar la situación. El estudio se desarrolla en un contexto especialmente propicio, marcado por la aprobación del "Marco Estratégico Estatal de las Soledades 2026-2030" y, en Castilla y León, por el "Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2026-2029", que incorpora la soledad no deseada entre las necesidades sociales que deben ser abordadas y prevé la aprobación de un nuevo plan de acción específico. Este marco se complementa con el "V Plan de Salud de Castilla y León 2032", que

contempla medidas frente a la soledad no deseada y el aislamiento social, y con la "Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024-2030".

Desde este marco, el presente estudio no solo pretende describir la relación entre la soledad no deseada y la salud mental, sino contribuir a una comprensión más amplia de ambos fenómenos como retos de carácter social y colectivo. La evidencia presentada se orienta a informar el diseño de políticas públicas y estrategias de intervención que, más allá de enfoques individualizados, promuevan comunidades inclusivas, refuercen las redes de apoyo y garanticen el derecho de todas las personas a una vida social plena. En este sentido, la lucha contra la soledad no deseada se configura como una prioridad para avanzar hacia una sociedad más cohesionada, accesible e inclusiva.

Estructura del estudio

El estudio comienza con una definición de sus objetivos y descripción de la metodología, llevando a cabo una aproximación a la literatura sobre la soledad no deseada y la salud mental, con el fin de definir qué se entiende por soledad y, especialmente, cómo se ha articulado una definición operativa en la encuesta en la que se basa el estudio. En este sentido, se ha optado por la continuidad con el Barómetro Soledad España 2024 y con el Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026, con el fin de obtener resultados plenamente comparables entre el ámbito nacional y el autonómico.

A continuación, se exponen los principales resultados de soledad en la región de Castilla y León, comparando los datos con los del conjunto de España. Esta comparación muestra la prevalencia de la soledad a nivel general y la detalla por sexo, grupo de edad, nivel de estudios, tipo de hogar, situación económica, discapacidad y orientación sexual. Posteriormente, se lleva a cabo una presentación similar de los resultados sobre la situación de **la salud mental en Castilla y León**, realizando igualmente una comparativa con los datos nacionales para mostrar las particularidades del territorio.

Esta presentación de la situación de la soledad no deseada y la salud mental en Castilla y León sirve como punto de partida para llegar al núcleo del análisis de este estudio: **el análisis de la relación entre la soledad y la salud mental**. Esta relación se estudia desde **diferentes perspectivas**, como el perfil de la persona y los factores relacionados con la soledad, abordando dimensiones como la educación, los ingresos, la salud, la discapacidad, la dependencia, el tamaño del municipio o el uso de la tecnología, siempre en clave comparada Castilla y León–España.

La encuesta ha ido más allá de los datos de prevalencia de soledad no deseada y se ha adentrado en la **percepción sobre la soledad y la salud mental** que existe en la sociedad, tanto entre las personas que están en una situación de soledad no deseada como las que no.

Por último, el análisis realizado deriva en una serie de conclusiones que sirven de base para formular recomendaciones en el ámbito de las políticas públicas, los sistemas de atención, la comunidad y la prevención, con una mirada específicamente orientada a Castilla y León y a las prioridades que se desprenden de la comparación con el conjunto del Estado.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

El objetivo general del estudio es

- Conocer la manera o maneras que la soledad no deseada se relaciona con la salud mental de las personas y en distintos segmentos de la población, identificando causas, consecuencias, factores de riesgo y protección que ayuden a desarrollar prevención e intervención efectiva, así como políticas públicas dirigidas a la mejora el bienestar emocional y la salud mental.

2.2. Objetivos Específicos

Para alcanzar el objetivo general se proponen los siguientes objetivos específicos:

- **Conocer la percepción ciudadana de la salud mental y la soledad no deseada** en cuanto a las relaciones existentes entre ambas, importancia social de estas causas, opinión sobre las instituciones y políticas relacionadas, etc.
- **Cuantificar la prevalencia de la soledad no deseada según situaciones y estados de salud mental**, y perfiles sociodemográficos de población.
- **Cuantificar prevalencia de problemas de salud mental** para diversos perfiles sociodemográficos de población
- **Identificar factores de riesgo y protección** con impacto en el estado de salud mental, con especial énfasis en los relacionados con la soledad, el aislamiento y las relaciones sociales.
- **Conocer la influencia y relaciones existentes entre soledad no deseada y las diferentes dimensiones de la salud mental,** como por ejemplo la felicidad, el bienestar emocional, los estados de ánimo, la autoestima, los estilos de vida, expectativas y aspiraciones sociales etc.

- **Comparar los diferentes datos de la CCAA en relación con los resultados a nivel nacional**

3. Metodología

3.1. Análisis de la literatura

El análisis de la literatura constituye la primera fase metodológica del estudio y tiene como finalidad situar la investigación en el marco del conocimiento disponible sobre la soledad no deseada, la salud mental y la relación entre ambos fenómenos. Esta revisión ha permitido delimitar los conceptos centrales del informe, identificar los principales factores de riesgo y protección y orientar la interpretación de los resultados de Castilla y León en comparación con el conjunto de España.

La revisión se ha centrado en tres ámbitos principales: la definición y medición de la soledad no deseada, diferenciándola del aislamiento social; la relación entre soledad y salud mental, especialmente su carácter bidireccional; y los determinantes sociales que condicionan ambos fenómenos, como la edad, el género, la situación económica, la discapacidad, el tipo de hogar o las barreras de participación social.

El trabajo documental se ha apoyado en literatura académica nacional e internacional, así como en informes y barómetros de referencia, especialmente el Barómetro de Soledad No Deseada en España 2024 y el Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. La revisión no se ha planteado como una revisión sistemática exhaustiva, sino como una revisión narrativa y aplicada, orientada a fundamentar el diseño analítico y la lectura de los datos.

Los resultados de esta fase se reflejan de manera transversal en el informe. Por un lado, sustentan el marco interpretativo desarrollado en el capítulo 4, donde se definen los conceptos de soledad no deseada, aislamiento social y salud mental, y se explica la relación entre ambos fenómenos. Por otro lado, orientan la lectura de los capítulos empíricos, en los que los datos de Castilla y León se analizan de forma comparada con España, prestando atención a los perfiles de mayor vulnerabilidad y a los factores que pueden intensificar o amortiguar la relación entre soledad y salud mental.

3.2. Encuesta soledad no deseada y salud mental

3.2.1. Definición operativa de la soledad no deseada

Una cuestión clave de la encuesta es la definición de soledad empleada para considerar que una persona encuestada está o no en una situación de soledad no deseada.

En el Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud Mental se utiliza la definición de "soledad no deseada" provista por el Observatorio Estatal contra la Soledad No Deseada:

> *"la experiencia personal negativa en la que un individuo tiene la necesidad de comunicarse con otros y percibe carencias en sus relaciones sociales, bien sea porque tiene menos relación de la que le gustaría o porque las relaciones que tiene no le ofrecen el apoyo emocional que desea".* (SoledadES, 2021)

Esta definición se transforma en dos preguntas del cuestionario para ofrecer una definición a nivel operativo. En el presente estudio se considera que una persona siente soledad no deseada si se cumplen al menos una de estas dos posibilidades:

a) La persona encuestada haya respondido la pregunta de la encuesta "Independientemente del mayor o menor contacto que tengas con otras personas en tu vida diaria ¿con qué frecuencia te sientes solo/a? Por sentirse solo nos referimos a que tienes menos relación de la que te gustaría con otras personas, o las relaciones que tienes no te ofrecen todo el apoyo que deseas" con las opciones "Con Frecuencia" o "Siempre".
b) La persona haya obtenido en la siguiente pregunta una puntuación de entre 6 y 9 puntos.

Pregunta. ¿Con qué frecuencia…

	1. Casi Nunca	2. Algunas Veces	3. Con Frecuencia
a. Sientes que te falta compañía?			
b. Te sientes excluido/a?			
c. Te sientes aislado/a?			

La pregunta consta de 3 ítems, a los que corresponden tres respuestas posibles, valorándose la respuesta casi nunca con 1 punto, la respuesta "algunas veces" con 2 puntos y la respuesta "con frecuencia" con 3 puntos. De esta manera una persona que respondiera a las tres subpreguntas con "casi nunca" obtendría 3

puntos (1+1+1=3). En cambio, una persona que contestara a las tres subpreguntas con "con frecuencia" obtendría 9 puntos (3+3+3=9).

3.2.2. Alcance y muestra

El presente estudio se enmarca dentro del **Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026**, una investigación de alcance estatal con una muestra global representativa de 4.100 personas de 18 y más años. Dentro de este diseño, Castilla y León se incluyó como una de las comunidades autónomas con sobremuestreo específico, con el fin de garantizar un análisis representativo y comparable a nivel autonómico. De este modo, el presente informe se sustenta en las **400 entrevistas realizadas en Castilla y León**, comparadas sistemáticamente con los resultados del conjunto de España.

Para la definición de la muestra y de cada uno de sus estratos en Castilla y León, se utilizaron los datos más actualizados proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), tomando como referencia el Censo Anual de Población de 2023. El método de encuestación fue **CATI** (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*), con un cuestionario de aproximadamente 12 minutos de duración.

El trabajo de campo se desarrolló entre el **12 de marzo de 2026 y el 20 de abril de 2026**, junto con el conjunto de la encuesta nacional, garantizando así la plena comparabilidad temporal de los resultados de Castilla y León con los del conjunto de España.

Como ocurre con la mayoría de las encuestas, los resultados muestrales obtenidos en el trabajo de campo presentaron una **sobrerrepresentación de las personas con mayor nivel educativo**, por lo que ha sido necesario llevar a cabo una restitución de la muestra a la proporcionalidad del universo. Para ello se han calculado valores de ponderación teniendo en cuenta el nivel de estudios (hasta primaria, secundaria primera etapa, secundaria segunda etapa y estudios superiores) y 3 rangos de edad (entre 18 y 34 años, de 35 a 64 y de 65 y más años). Se empleó la combinación de edad y nivel educativo con el mayor grado de desagregación, incluyendo en algunos casos el género, aplicando siempre factores que no supusieran una elevación excesiva, tanto a nivel nacional como a nivel territorial. Gracias a este proceso de ponderación, se garantiza que la muestra obtenida en Castilla y León es representativa del universo poblacional autonómico, asegurando así que los resultados sean fiables y extrapolables.

En la siguiente tabla se presenta el margen de error asociado a la muestra total de Castilla y León y a las principales variables de cruce consideradas en el análisis, como el sexo, la edad, la situación de soledad no deseada, el diagnóstico de salud

mental o la situación de discapacidad. Estos márgenes deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados, especialmente en aquellos subgrupos de tamaño muestral más reducido, en los que las diferencias observadas frente al conjunto de España deben leerse con prudencia.

Tabla 1. Margen de error de la muestra de Castilla y León

Categorías	Muestra	Margen de error (± %)
Total muestra Castilla y León (+18 años)	400	4,9
Hombres	187	7,2
Mujeres	213	6,7
Personas en situación de soledad no deseada	59	12,8
Diagnóstico de salud mental	33	17,1
Problemas de salud mental con o sin diagnóstico	72	11,5
Discapacidad	34	16,8

Fuente: elaboración propia a partir del Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Márgenes de error calculados para un nivel de confianza del 95% y en el supuesto de máxima indeterminación (p=q=50%).

Por último, debe tenerse en cuenta que, en algunas tablas y gráficos del informe, la suma de las bases muestrales (*n*) de las distintas categorías puede no coincidir exactamente con el total de la muestra. Esta diferencia se debe a la existencia de valores perdidos o respuestas no válidas en determinadas variables, por lo que cada análisis se realiza sobre la base efectiva de casos disponibles para la pregunta o cruce correspondiente. Asimismo, como criterio general de interpretación, las afirmaciones derivadas de comparaciones dentro del territorio de Castilla y León se realizan preferentemente cuando las categorías cuentan con una base muestral aproximada mínima de 30 casos, mientras que las comparaciones entre Castilla y León y el conjunto de España se formulan, con carácter general, cuando las bases muestrales se sitúan en torno a un mínimo de 100 casos. En aquellos cruces con bases inferiores, los resultados deben leerse con especial cautela y como tendencias orientativas o se han omitido en el análisis.

3.2.3. Limitaciones metodológicas

Como todo estudio basado en técnicas de encuesta, los resultados presentados deben interpretarse teniendo en cuenta una serie de limitaciones metodológicas que pueden afectar tanto a la estimación de la prevalencia como a la caracterización de los fenómenos analizados en Castilla y León y a su comparación con el conjunto de España.

En primer lugar, la aproximación a la salud mental empleada en este estudio presenta una limitación derivada de su **concepción binaria**. La clasificación de la población entre personas con o sin problemas de salud mental (ya sea desde una perspectiva diagnóstica o auto percibida) simplifica una realidad mucho más compleja, en la que existen distintos grados de intensidad, duración y tipología de los problemas de salud mental.

En segundo lugar, es importante considerar las implicaciones en términos de **accesibilidad y representatividad**, particularmente desde la perspectiva de las personas con discapacidad. Aunque el diseño muestral busca la representatividad de la población general de Castilla y León, el uso de una metodología CATI puede generar barreras de participación para determinados colectivos, como personas con discapacidad sensorial, cognitiva o dificultades de comunicación. Esto puede traducirse en una **posible infrarrepresentación de estas personas en la muestra**, así como en una menor captación de sus experiencias específicas de soledad no deseada y salud mental. Desde una perspectiva de inclusión y equidad, este aspecto resulta especialmente relevante, al tratarse de grupos que, como muestran los resultados del estudio, presentan una mayor exposición a situaciones de soledad y peor salud mental.

En tercer lugar, debe tenerse en cuenta una limitación específica del análisis autonómico: el **tamaño muestral de Castilla y León (n=400)**, aun siendo adecuado para ofrecer estimaciones representativas del conjunto de la población de Castilla y León, implica que **algunos subgrupos de cruce** (por ejemplo, personas con discapacidad, con dependencia, con diagnóstico de salud mental o pertenecientes a determinados grupos de edad) cuentan con bases muestrales reducidas. En estos casos, los márgenes de error son mayores y las diferencias observadas frente al conjunto de España, o entre subgrupos dentro de Castilla y León, deben interpretarse con prudencia, especialmente cuando se trata de pequeñas variaciones porcentuales. Por este motivo, a lo largo del informe se prioriza la lectura de las tendencias y los órdenes de magnitud más que la comparación literal de cifras puntuales.

En conjunto, estas limitaciones no invalidan los resultados obtenidos, pero sí invitan a interpretarlos con prudencia y refuerzan la necesidad de complementar este tipo de aproximaciones cuantitativas con metodologías adicionales (especialmente de carácter cualitativo y accesible) que permitan profundizar en la diversidad de experiencias y mejorar la inclusión de todos los grupos de población en Castilla y León.

4. Marco interpretativo

4.1. Qué entendemos por soledad no deseada

La soledad no deseada y el aislamiento social son cosas distintas

El aislamiento social se refiere a la situación en la que una persona tiene pocos o ningún contacto con otras personas. Esta situación puede estar provocada por diferentes situaciones, como la falta de relaciones de amistad, vivir solo, no tener pareja, no participar en actividades sociales o carecer de apoyo social. Las diferentes formas de carencia en las relaciones personales tienen un efecto en la experiencia de aislamiento social; por ejemplo, vivir solo o carecer de una relación de pareja tiene un mayor efecto en el aislamiento social que tener poco contacto con los vecinos (Van Tilburg y De Jong Gierveld, 2023).

El aislamiento social consiste en la falta sustancial de contactos sociales y es por lo tanto un fenómeno objetivo. En cambio, la soledad no deseada es un sentimiento, por tanto subjetivo.

La soledad no deseada es un sentimiento subjetivo

La soledad no deseada es un sentimiento, subjetivo por naturaleza, que experimenta una persona, de carecer de la cantidad y/o calidad deseada de relaciones con otras personas (Perlman y Peplau, 1981; Russell et al., 2012).

La experiencia de la soledad no deseada se ve influida por las **expectativas subjetivas** acerca de la cantidad y la calidad de las relaciones personales. Esto es clave ya que, en algunos casos, estas experiencias pueden ser muy exigentes y carecer de realismo (Van Tilburg y De Jong Gierveld, 2023). La subjetividad de la soledad no deseada implica por tanto que no es un fenómeno objetivo, y puede experimentarse incluso en momentos o entornos en los que se está rodeado de personas, bien por la insatisfacción en el nivel de intimidad o apoyo percibido de estas personas, bien por la exigencia de las expectativas.

La experiencia de la soledad no deseada surge de la evaluación de las relaciones personales (objetivas), a través de unas expectativas y deseos (subjetivos), generando una satisfacción sobre estas relaciones o una frustración, o sentimiento de soledad.

¿La soledad no deseada y el aislamiento social están relacionados?

La soledad y el aislamiento social son fenómenos diferentes, sin embargo, en realidad ambos fenómenos están relacionados. **Las personas que tienen un**

mayor aislamiento social tienen una mayor probabilidad por lo general de sufrir soledad, pero esto no tiene por qué ser necesariamente así. Existen personas aisladas socialmente que se sienten solas, o a la inversa, personas que se sienten solas sin estar aisladas. Las expectativas sobre las relaciones y las necesidades subjetivas juegan un papel importante en la relación entre la existencia objetiva de relaciones sociales y la soledad experimentada en el plano subjetivo (De Jong-Gierveld et al., 2006).

En el Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 (Observatorio SoledadES, 2024), así como en el Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026 en el que se enmarca este informe de Castilla y León, se utiliza la definición de "soledad no deseada" provista por el Observatorio Estatal contra la Soledad No Deseada:

> ***"La experiencia personal negativa en la que un individuo tiene la necesidad de comunicarse con otros y percibe carencias en sus relaciones sociales" (...)***

Otro elemento central es que tanto la cantidad como la calidad de las relaciones son relevantes. La soledad no deriva únicamente de tener pocos contactos, sino también **de relaciones poco satisfactorias o que no se sienten como significativas**. Una persona con pocos vínculos puede sentirse acompañada si considera esos vínculos valiosos; mientras que alguien con muchos contactos puede sentirse solo si percibe una falta de profundidad o reciprocidad (Andersson, 1998).

Mantener clara la diferencia entre aislamiento social y soledad es importante, porque muchas veces **los factores que causan estos fenómenos son diferentes, lo que requiere diferentes respuestas.** Como señalan Van Tilburg y De Jong Gierveld (2023), las intervenciones que intentan aumentar el número de contactos sociales pueden responder al problema de aislamiento social, pero pueden no ser tan eficaces para abordar la soledad si el problema es debido a las expectativas poco realistas del contacto personal, en términos de frecuencia de los contactos, o esperar una mayor cercanía de la relación con personas con las que se ha mantenido poco contacto durante un periodo de tiempo breve. *"Las altas expectativas en las relaciones pueden generar reticencia o incluso rechazo por parte de los demás, reforzando así los sentimientos de soledad"* (Cacioppo, Hawkley, et al., 2006).

Esta distinción conceptual resulta especialmente pertinente para analizar la realidad de Castilla y León. La comunidad combina un **elevado envejecimiento demográfico** con una marcada **dispersión territorial**: cuenta con 2.248 municipios, el 94 % de ellos con menos de 2.000 habitantes, y el 36 % de su población reside en el medio rural. A ello se suma un elevado peso de los hogares

unipersonales: la Proyección de Hogares 2026-2041 del INE estima que en 2026 representan el 35,5 % del total autonómico. Estas características pueden incrementar el riesgo de aislamiento social en determinados perfiles y territorios, pero no implican necesariamente una experiencia subjetiva de soledad: vivir solo o en un núcleo rural de pequeño tamaño no equivale automáticamente a sentirse solo, del mismo modo que convivir con otras personas o disponer de contactos frecuentes no garantiza la existencia de relaciones significativas. Por ello, el análisis desarrollado en los siguientes capítulos parte de esta distinción para interpretar adecuadamente los datos de Castilla y León en comparación con el conjunto de España y diferenciar entre las respuestas dirigidas a ampliar las oportunidades de contacto y participación social y aquellas orientadas a mejorar la calidad de las relaciones y el apoyo percibido.

4.2. Tipos de soledad

La soledad no es un estado estático y puede clasificarse según su duración. Young (1982) distingue entre tres tipos según su intensidad y duración. La soledad puede ser **transitoria, situacional o persistente**, y sentirse con distinta intensidad emocional.

Soledad transitoria, o pasajera, se refiere a episodios breves de sentimiento de soledad.

Soledad situacional, está ligada a un acontecimiento vital crítico, como una pérdida o el duelo, un divorcio, o una mudanza a una nueva ciudad.

Soledad persistente, también llamada crónica, consiste en un sentimiento que se prolonga en el tiempo (habitualmente más de dos años), afectando seriamente la salud mental y física.

Asimismo, Weiss (1973) distingue entre la **soledad emocional**, vinculada a la ausencia de vínculos íntimos, y la **soledad social**, relacionada con la carencia de una red social más amplia. La soledad emocional proviene de un deseo no satisfecho de tener a una persona a quien poder confiar sus preocupaciones y sentimientos personales y está acompañada por los sentimientos de aislamiento, vacío y abandono (van Tilburg, 2021). En cambio, la soledad social se refiere al sentimiento subjetivo y negativo de carecer de una red más amplia de conexiones sociales, como amigos o miembros de la comunidad. Esta soledad consiste en un sentimiento de no pertenencia o de tener vínculos sociales inadecuados, incluso en presencia de relaciones afectivas e íntimas estrechas.

Por último, un tercer tipo de soledad, la **soledad existencial**, se define como "un vacío, una tristeza y un anhelo intolerable que resulta de la conciencia de la separación (*separateness*) fundamental de uno como ser humano" (Ettema et al., 2010, p. 142). La soledad existencial puede incluir sentimientos de desconexión con los demás y con el mundo exterior, de alienación, aislamiento, vacío y abandono, y miedos relacionados con la mortalidad (Bolmsjö et al., 2019).

Esta tipología resulta especialmente relevante para el análisis de la soledad no deseada en **Castilla y León**. Como se verá más adelante, los datos autonómicos permiten aproximarse a la distinción entre **soledad transitoria y persistente** a partir de la duración declarada de la experiencia de soledad, una variable clave para valorar el riesgo de cronificación. Asimismo, la composición demográfica de la comunidad (con un peso significativo de personas mayores, situaciones de duelo, viudedad y movilidad intergeneracional) hace especialmente pertinente atender a las experiencias de **soledad situacional** ligadas a acontecimientos vitales críticos. Por su parte, la distinción entre **soledad emocional y soledad social** orienta la interpretación de los resultados sobre redes de apoyo, calidad de las relaciones y vinculación comunitaria que se desarrollan en los capítulos siguientes.

4.3. Qué entendemos por salud mental en este estudio

La definición de salud mental en este estudio se basa en la comparabilidad de los resultados de la encuesta con el Barómetro Soledad realizado en 2024 y con el Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026, y persigue el propósito de facilitar el análisis comparado entre Castilla y León y el conjunto del Estado. En este sentido, la salud mental se concibe desde una **perspectiva binaria**, asumiendo que una persona puede estar en dos situaciones: tener problemas de salud mental, o carecer de problemas de salud mental. Es decir, en el estudio no se tienen en cuenta numerosas características de las problemáticas de salud mental que pueden sufrir las personas ni su gravedad.

Por otra parte, la delimitación de la existencia de problemas de salud mental se concibe desde una doble perspectiva:

Desde una **perspectiva clínica**, considerando que tiene problemas de salud mental una persona que haya sido diagnosticada como tal por parte de un profesional del ámbito de la salud mental.

Desde una **perspectiva subjetiva**, considerando que también tiene problemas de salud mental una persona que perciba que tiene tales problemas, aunque no haya sido diagnosticado por un profesional del ámbito de la salud mental.

Ambas perspectivas se basan en la respuesta obtenida a partir de una encuesta, es decir, se asume como cierta la existencia de un diagnóstico profesional cuando la persona responde como tal.

Este enfoque configura la pregunta central de la encuesta que sirve para delimitar las prevalencias de salud mental en este estudio:

- En la actualidad, ¿cuenta con algún diagnóstico médico de salud mental (ansiedad crónica, depresión crónica, esquizofrenia, trastorno bipolar u otros)?
  0. Ns/Nc (no leer)
  1. No, y no tengo problemas con mi salud mental
  2. No, aunque creo tener problemas con mi salud mental
  3. Sí, tengo un diagnóstico médico de salud mental

Esta operacionalización resulta especialmente útil para el análisis comparado de **Castilla y León** con el conjunto de España, ya que permite construir una variable de salud mental plenamente homogénea entre ambos ámbitos territoriales. De este modo, las comparaciones que se desarrollan en los capítulos siguientes, tanto en términos de prevalencia (diagnóstico clínico, sospecha sin diagnóstico y ausencia de problemas) como en sus cruces con la soledad no deseada, los factores socioeconómicos, la discapacidad o el uso de apoyos, se sustentan sobre la misma definición operativa empleada en el estudio nacional, garantizando la consistencia metodológica del análisis.

4.4. Relación entre soledad no deseada y salud mental

La relación entre la soledad no deseada y la salud mental no puede entenderse de forma aislada ni lineal, sino como parte de un **sistema complejo de interacciones** en el que intervienen múltiples factores sociales, económicos y personales. En este sentido, el presente estudio adopta un enfoque relacional que permite interpretar ambos fenómenos como componentes interdependientes de un entramado más amplio de desigualdades.

La soledad no deseada se ha convertido en un importante problema de salud pública debido a sus vínculos bidireccionales con problemas de salud mental, tanto percibidos por la propia persona (*self-reported*) como diagnosticados clínicamente, como la depresión, la ansiedad y el deterioro cognitivo (Hawkley & Cacioppo, 2010; Heikkinen & Kauppinen, 2004; Nuyen et al., 2020; Tiikkainen & Heikkinen, 2005; Wang et al., 2018).

Varios estudios, incluyendo estudios longitudinales, muestran que **la soledad no deseada es un factor de riesgo para la emergencia de problemas de salud mental** (Cacioppo, Hughes, et al., 2006). Una revisión sistemática de la literatura concluye que sentir soledad no deseada de manera frecuente, intensa e persistente puede aumentar el riesgo de experimentar problemas de salud mental (Leigh-Hunt et al., 2017). El aislamiento social y la soledad pueden provocar pensamientos negativos, bajo estado de ánimo y deterioro de la salud mental, lo que puede impedir que las personas accedan al apoyo de otros que podría ayudarlas a mantenerse bien (Birken et al., 2023). Las emociones negativas generadas por la soledad no deseada son un factor de riesgo para la depresión (Erzen & Çikrikci, 2018). La soledad aumenta la vigilancia ante amenazas sociales, lo que altera la atención y la memoria hacia señales negativas, incrementa la rumiación, o dudas sobre uno mismo, alimentando estados depresivos o de ansiedad (Hawkley & Cacioppo, 2010). Otros problemas generados por la soledad no deseada incluyen el abuso de sustancias como el alcohol para evitar los sentimientos angustiantes asociados con la soledad (Ingram et al., 2020). La soledad persistente tiene un impacto negativo también en la salud general que resulta más intenso que el de la soledad transitoria (Martín-María et al., 2020).

Los problemas de salud mental también pueden generar soledad no deseada. Los problemas de salud mental pueden motivar a las personas a un mayor aislamiento social, a una retirada de las relaciones sociales con el fin de recuperar su energía para poder afrontar necesidades prácticas urgentes, lo que puede generar una mayor soledad, derivando en una relación cíclica entre la soledad y la salud mental (Achterbergh et al., 2020; Birken et al., 2023). La desconfianza social y los síntomas de ansiedad social pueden generar ideas negativas sobre las personas, aumentando la hipervigilancia (Rietdijk et al., 2009), lo que puede dificultar la capacidad de conectar con los demás de forma significativa, derivando en mayores niveles de soledad (Lim et al., 2016). En las personas mayores, el deterioro físico y la reducción del tamaño de la red social predicen la soledad, lo que aumenta los síntomas depresivos y reduce todavía más el tamaño de la red social (Domènech-Abella et al., 2021).

La asociación entre estas dos condiciones es bidireccional y además es cíclica. Es decir, la soledad puede precipitar o exacerbar los síntomas de salud mental, mientras que los problemas de salud mental pueden intensificar los sentimientos de soledad a través del aislamiento social, el estigma o el deterioro de la cognición social, como se mostró en estudios con personas con discapacidad (Bailie et al., 2023; Benam et al., 2023). La depresión puede predecir la soledad no deseada en personas mayores (Dahlberg et al., 2015) y, a la inversa, puede ser afectada por la soledad no deseada (Cacioppo, Hughes, et al., 2006; Luo et al., 2012). Otro estudio

longitudinal identificó efectos recíprocos entre el bienestar subjetivo y la soledad no deseada (VanderWeele et al., 2012).

Un estudio longitudinal mostró que la ansiedad social predice situaciones de soledad en el futuro, mientras que la soledad no deseada es un antecedente de ansiedad social, paranoia y depresión en el futuro (Lim et al., 2016). Otro estudio longitudinal sugirió que la soledad puede predecir la aparición de trastornos mentales graves en adultos que partían de una situación de salud mental sin sufrir trastornos al inicio del estudio, y aumentar el riesgo de trastornos mentales graves persistentes en el seguimiento en aquellos con trastornos mentales al inicio del estudio. Por el contrario, los trastornos mentales graves predijeron la aparición de soledad en el seguimiento en adultos que no se sentían solos al inicio del estudio, pero no se asociaron con la soledad persistente en los adultos que sí se sentían solos al inicio del estudio (Nuyen et al., 2020).

La desconexión social está relacionada con una mayor percepción de aislamiento en periodos posteriores, lo que es un factor predictor de mayores síntomas de depresión y ansiedad, así como a la inversa, sugiriendo una **influencia bidireccional** entre ambos fenómenos (Santini et al., 2020). La soledad y el aislamiento social están fuertemente asociados con condiciones diagnosticadas y con la gravedad de los síntomas a nivel de salud mental, con evidencia cualitativa de que la relación es bidireccional (Pearce et al., 2023).

La soledad juega un papel en la evolución de patologías de salud mental. En personas con problemas diagnosticados graves de salud mental, el alto nivel de soledad no deseada predice peores autopercepciones de salud mental y una frecuencia aumentada de síntomas (Jenkins et al., 2023). Una revisión sistemática de la literatura muestra que las personas con depresión que perciben su apoyo social como deficiente tienen peores resultados en términos de síntomas, recuperación y funcionamiento social. La soledad se ha investigado mucho menos que el apoyo social percibido, pero existe cierta evidencia de que una mayor soledad predice un peor pronóstico de la depresión. También hay cierta evidencia preliminar de asociaciones entre el apoyo social percibido y los resultados en la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos de ansiedad (Wang et al., 2018).

Sin embargo, esta relación no se produce en el vacío, sino que está modulada por factores estructurales que configuran las condiciones de vida de las personas. Entre estos factores, destacan especialmente la **situación socioeconómica y la discapacidad**, que actúan como elementos clave en la configuración de trayectorias de vulnerabilidad.

De este modo, puede entenderse el fenómeno a través de un esquema relacional en el que:

La **pobreza o las dificultades económicas** limitan el acceso a recursos, espacios de socialización y oportunidades de participación, lo que incrementa el riesgo de aislamiento y debilita las redes de apoyo.

La **discapacidad**, especialmente en contextos con barreras sociales, físicas o comunicativas, puede dificultar la participación plena en la vida comunitaria, aumentando la exposición a la soledad no deseada y afectando al bienestar emocional.

Tanto la pobreza como la discapacidad están, a su vez, estrechamente relacionadas con la **salud mental**, generando dinámicas de retroalimentación que pueden agravar las situaciones de vulnerabilidad.

En este contexto, la **soledad no deseada** no solo es un resultado de estas condiciones, sino también un factor que puede intensificarlas, generando un círculo de difícil ruptura.

En consecuencia, la relación entre estos elementos puede representarse como un sistema de interacciones dinámicas:

Soledad no deseada ↔ Salud mental ↔ Pobreza ↔ Discapacidad

Este modelo permite comprender que los factores no actúan de manera independiente, sino que se **refuerzan mutuamente**, configurando procesos de acumulación de desventajas que afectan de forma desigual a distintos grupos de población. Desde esta óptica, la soledad no deseada debe interpretarse no solo como una experiencia individual, sino como el resultado de condiciones sociales que facilitan o dificultan la construcción de vínculos significativos.

Adoptar un enfoque sistémico tiene implicaciones relevantes tanto para el análisis como para la intervención. En primer lugar, permite identificar que las estrategias centradas exclusivamente en uno de los factores (por ejemplo, la intervención clínica en salud mental o el incremento puntual de contactos sociales) pueden resultar insuficientes si no abordan el conjunto de condiciones que subyacen a la soledad. En segundo lugar, pone de manifiesto la necesidad de **respuestas integrales**, que combinen políticas sociales, sanitarias y comunitarias, y que tengan en cuenta la diversidad de situaciones y trayectorias vitales.

En definitiva, este modelo refuerza la idea de que la soledad no deseada y la salud mental forman parte de un sistema más amplio de desigualdades sociales, cuya

comprensión resulta imprescindible para diseñar políticas públicas eficaces, inclusivas y orientadas a la prevención.

Este enfoque relacional resulta especialmente útil para interpretar los resultados que se presentan a lo largo del informe sobre **Castilla y León**. La amplia extensión territorial de la comunidad, su elevada dispersión municipal, el envejecimiento demográfico y la coexistencia de pequeños núcleos rurales con áreas urbanas configuran realidades sociales diversas, con diferencias en el acceso a servicios, espacios de participación, redes comunitarias y apoyos de proximidad. En este contexto, las relaciones entre soledad no deseada, salud mental, situación económica y discapacidad pueden adoptar características distintas en función del entorno y de las circunstancias personales. Por ello, el análisis comparado Castilla y León–España que se desarrolla en los capítulos siguientes se sustenta en este marco sistémico, evitando interpretaciones parciales de los datos y orientando las conclusiones y recomendaciones hacia respuestas integrales adaptadas a la realidad autonómica.

5. Prevalencia y evolución reciente de la soledad no deseada y la salud mental

En este capítulo se muestra la incidencia en **Castilla y León** de los dos fenómenos clave estudiados en profundidad en este informe: la **soledad no deseada** y la **salud mental**. La descripción se realiza desde una doble perspectiva comparada que permite ubicar los resultados autonómicos en su contexto.

Por un lado, los datos de Castilla y León se comparan sistemáticamente con los del **conjunto de España en 2026**, procedentes del *Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026*, en el que se enmarca este informe. Esta comparación permite identificar las singularidades del territorio respecto del promedio estatal y detectar aquellos perfiles o ámbitos en los que la situación de Castilla y León se aleja (al alza o a la baja) de la media nacional.

Por otro lado, los resultados de Castilla y León y España en 2026 se ponen en relación en algunos momentos con los del **Barómetro de Soledad No Deseada de**

España 2024, lo que permite mostrar la **evolución reciente de ambos fenómenos entre 2024 y 2026** en el conjunto del Estado y valorar en qué medida las tendencias observadas a nivel nacional se reflejan también en la realidad de Castilla y León.

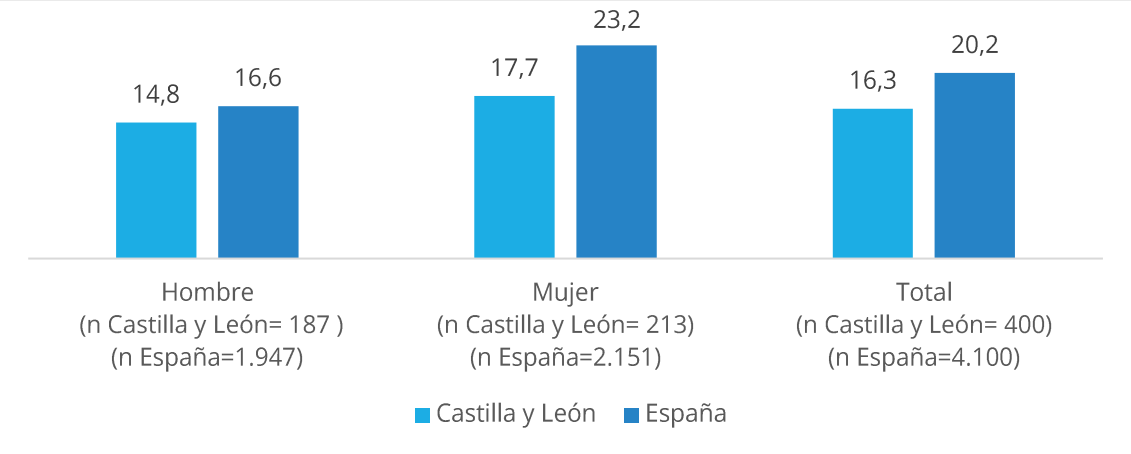
5.1. Prevalencia y evolución reciente de la soledad no deseada en Castilla y León

- **La prevalencia de la soledad no deseada en Castilla y León se sitúa en el 16,3% de la población**, una cifra 3,9 puntos inferior al promedio nacional de 2026, situado en el 20,2 %.
- **Por sexo, la prevalencia alcanza el 17,7 % entre las mujeres y el 14,8 % entre los hombres, lo que supone una diferencia de 2,9 puntos porcentuales**. Esta brecha es menor que la observada en el conjunto de España, donde la diferencia entre mujeres (23,2 %) y hombres (16,6 %) asciende a 6,6 puntos.
- **La soledad no deseada presenta su prevalencia más elevada entre la población joven de Castilla y León**: afecta al 25,0 % de las personas de 18 a 34 años, un resultado muy próximo al promedio nacional de este grupo (24,2 %). En cambio, la prevalencia es considerablemente menor entre las personas de 35 a 54 años (13,2 %, frente al 21,2 % nacional) y, en menor medida, entre las de 55 y más años (15,0 %, frente al 17,2 %).
- **El nivel educativo introduce diferencias moderadas en Castilla y León**: la prevalencia se sitúa en el 17,0 % entre las personas sin educación superior y en el 14,9 % entre quienes cuentan con estudios superiores. La diferencia, de 2,1 puntos, es menor que la observada en España, donde alcanza 5,8 puntos (22,5 % y 16,7 %, respectivamente).
- **Vivir solo se asocia con una mayor prevalencia de soledad no deseada en Castilla y León** (20,2 % frente al 15,5 % entre quienes viven acompañados), aunque la brecha es mucho menor que en España: 4,7 frente a 15,8 puntos.
- **La dificultad para llegar a fin de mes mantiene una fuerte asociación con la soledad no deseada en Castilla y León** (26,3 % frente al 12,9 % entre quienes llegan con facilidad). La brecha económica, de 13,4 puntos, es ligeramente inferior a la nacional (16,8 puntos).
- **La prevalencia de la soledad no deseada es mayor entre las personas con discapacidad en Castilla y León**: afecta al 23,3 %, frente al 15,5 % de las personas sin discapacidad. La diferencia, de 7,8 puntos, es menor que la observada en España, donde alcanza 12,4 puntos (31,2 % y 18,8 %, respectivamente).

- **La orientación sexual presenta una de las diferencias más amplias**: la prevalencia observada entre las personas LGTBI+ de Castilla y León alcanza el 44,1 %, frente al 14,4 % de la población heterosexual. Esta brecha, de 29,7 puntos, es superior a la registrada en España, donde la prevalencia se sitúa en el 34,2 % y el 19,0 %, respectivamente.

Castilla y León presenta una prevalencia general de soledad no deseada inferior a la registrada en el conjunto de España. En la comunidad, el porcentaje se sitúa en el 16,3%, 3,9 puntos por debajo del dato nacional de 2026 (20,2%) y también por debajo de la referencia del *Barómetro de la Soledad No Deseada en España 2024* (20,0%). Esta diferencia territorial no se reproduce, sin embargo, con la misma intensidad en todos los grupos de población.

Gráfico 1. Prevalencia de la soledad no deseada por sexo, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo[1] para España.

La brecha entre hombres y mujeres es más reducida en Castilla y León que en el conjunto del Estado. La prevalencia autonómica alcanza el **14,8% entre los hombres** y el **17,7% entre las mujeres**, con una distancia de 2,9 puntos porcentuales. En España, la diferencia asciende a 6,6 puntos, al situarse los porcentajes en el 16,6% y el 23,2%, respectivamente.

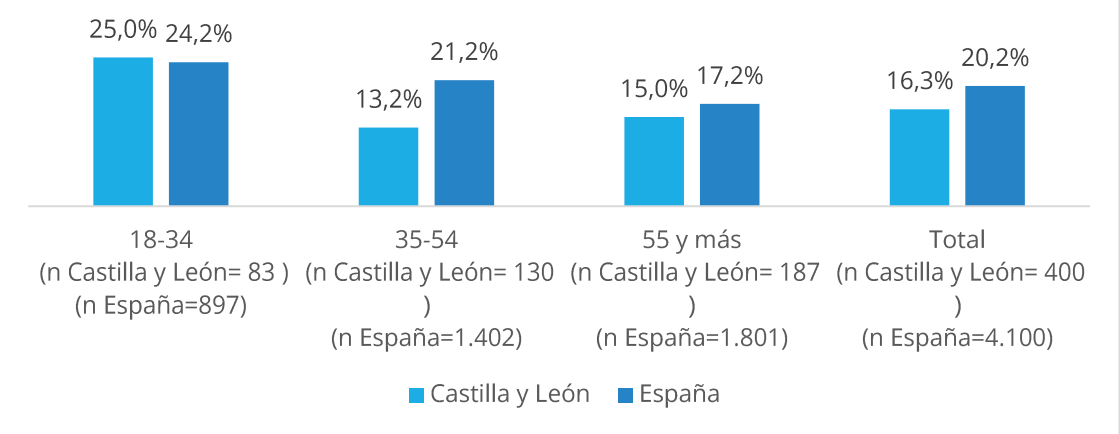
La prevalencia de Castilla y León es inferior a la nacional en ambos sexos, aunque la distancia es **más amplia entre las mujeres**. En este grupo, el dato autonómico se sitúa **5,5 puntos** por debajo del promedio estatal, mientras que entre los hombres la diferencia es de 1,8 puntos. La menor prevalencia general de la comunidad se

[1] En este estudio se considera que el P-valor es estadísticamente significativo en el nivel ,05.

refleja, por tanto, de manera especialmente clara entre las mujeres, mientras que los resultados masculinos son más próximos a los observados en España.

La moderación de la brecha por sexo contrasta con una distribución por edad más diferenciada dentro de Castilla y León. **La población joven registra la prevalencia más elevada de la comunidad, mientras que la principal distancia respecto a España se concentra en las edades intermedias.** Entre las personas de **18 a 34 años**, la prevalencia alcanza el **25,0%**, una cifra muy similar a la registrada para este mismo grupo de edad en el conjunto de España en 2026 (24,2%) y ligeramente inferior a la observada entre la población joven en el *Barómetro de la Soledad No Deseada en España 2024*. A partir de los **35 años**, la prevalencia desciende de forma apreciable. Entre las personas de **35 a 54 años** se sitúa en el **13,2%**, claramente por debajo del promedio nacional (21,2%) y también inferior a los niveles observados para las edades intermedias en el Barómetro de 2024. Por su parte, entre la población de **55 y más años**, la prevalencia alcanza el **15,0%**, situándose igualmente por debajo de la media nacional correspondiente a este grupo de edad (17,2%).

Gráfico 2. Prevalencia de la soledad no deseada por edad, Castilla y León y España



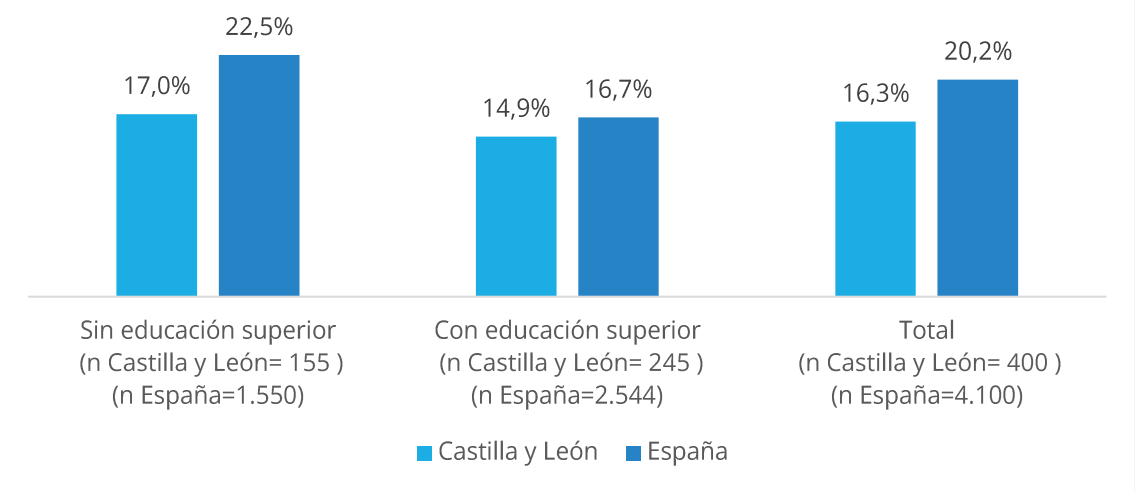
Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo para España

Estos resultados muestran una singularidad en Castilla y León entre las **personas de mediana y mayor edad**. En ambos grupos, la prevalencia de la soledad no deseada se sitúa por debajo de la media nacional, configurando un patrón territorial más favorable que el del conjunto del Estado.

A diferencia de este perfil por edad, las diferencias asociadas al nivel educativo son más moderadas. **El nivel de estudios introduce una separación menor en Castilla y León que en el conjunto de España.** La prevalencia se sitúa en el **17,0% entre las personas sin educación superior** y en el **14,9% entre quienes cuentan**

con estudios superiores, lo que representa una distancia de 2,1 puntos porcentuales.

Gráfico 3. Prevalencia de la soledad no deseada por nivel de estudios, Castilla y León y España

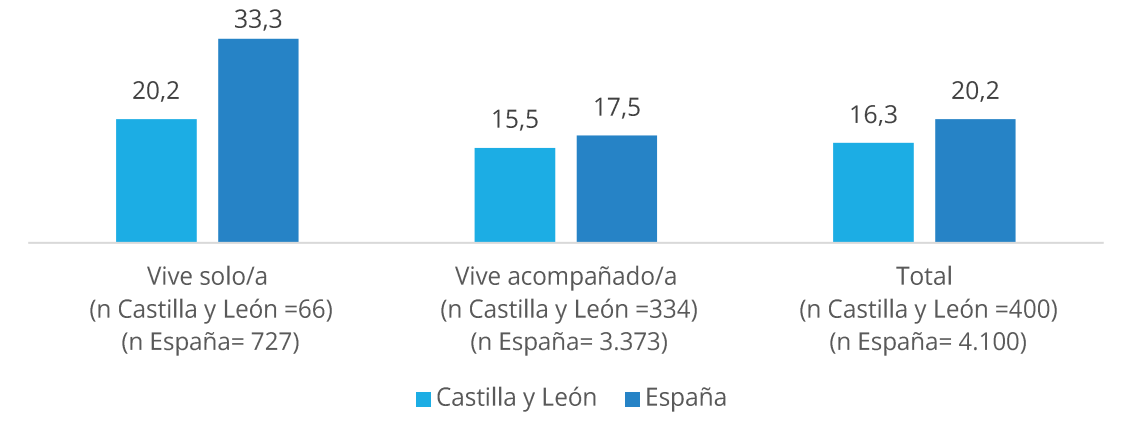


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo para España

La situación es distinta en el conjunto de **España**, donde la prevalencia disminuye de forma más clara a medida que aumenta el nivel educativo. Mientras que el **22,5%** de las personas sin educación superior se encuentra en situación de soledad no deseada, la cifra desciende hasta el **16,7%** entre quienes poseen estudios superiores. Esta pauta ya estaba presente en el *Barómetro de la Soledad No Deseada en España 2024*, que identificaba la educación como un elemento asociado a menores niveles de soledad. Más que por una menor incidencia entre las personas con estudios superiores, la singularidad de **Castilla y León** se explica por los niveles relativamente reducidos de soledad entre quienes no cuentan con educación superior. Mientras que en este grupo la prevalencia se sitúa **5,5 puntos por debajo** de la media estatal, las diferencias son mucho más reducidas entre quienes disponen de estudios superiores. Como resultado, la comunidad presenta un patrón menos condicionado por el nivel educativo que el observado en el conjunto del Estado.

La **forma de convivencia** introduce una nueva dimensión en el análisis. **Vivir solo se relaciona con una mayor prevalencia de soledad no deseada en Castilla y León, aunque la distancia observada respecto a quienes viven acompañados es moderada.** El porcentaje alcanza el **20,2% entre las personas que viven solas** y el **15,5% entre quienes viven acompañadas**, lo que supone una diferencia de 4,7 puntos.

Gráfico 4. Prevalencia de la soledad no deseada entre las personas que viven solas y las que no viven solas, Castilla y León y España



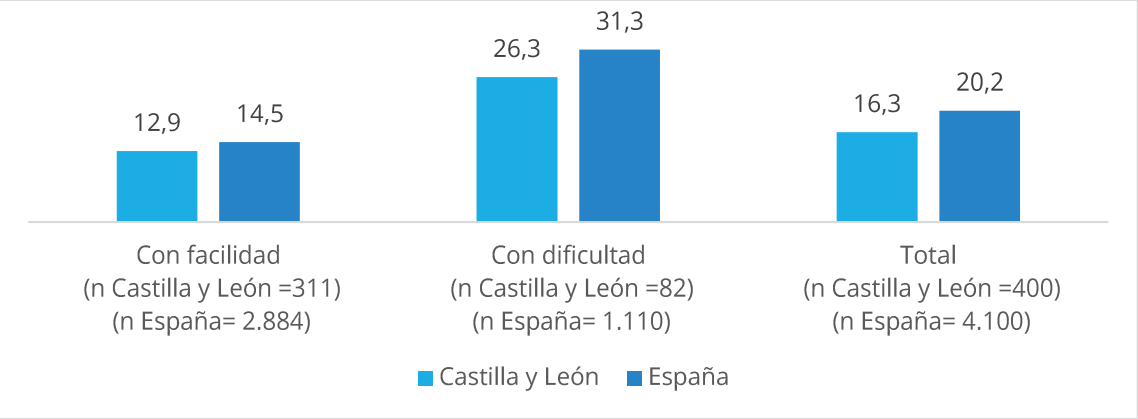
Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026.

En el conjunto de España, la diferencia según el tipo de hogar es notablemente más acusada. La prevalencia de la soledad no deseada alcanza el **33,3% entre las personas que viven solas** y desciende al **17,5% entre quienes viven acompañadas**, lo que supone una brecha de **15,8 puntos porcentuales**. Esta pauta reproduce prácticamente los resultados observados en el *Barómetro de Soledad No Deseada en España 2024*, que registraba prevalencias del 34,5% y del 17,4%, respectivamente. La comparación territorial muestra una singularidad relevante de **Castilla y León**. Aunque vivir solo también se asocia a una mayor prevalencia de soledad no deseada, la intensidad de esta relación es considerablemente menor que en el conjunto del Estado. La principal diferencia se concentra en las personas que viven solas, cuya prevalencia se sitúa **13,1 puntos por debajo** de la registrada a nivel nacional, mientras que entre quienes viven acompañadas la distancia respecto a España es mucho más reducida (**2 puntos porcentuales**). Estos resultados sugieren que, en Castilla y León, el hecho de vivir solo no se traduce con la misma intensidad que en el conjunto de España en una situación de soledad no deseada. Aunque sigue siendo un factor asociado a una mayor prevalencia, la diferencia entre quienes viven solos y quienes viven acompañados es claramente menor, configurando un patrón territorial más favorable que el observado a escala estatal.

Dentro de las condiciones de vida, la situación económica introduce una diferencia más amplia que la forma de convivencia. **Las dificultades para llegar a fin de mes constituyen una de las variables que más separa la prevalencia de la soledad no deseada en Castilla y León.** Entre quienes manifiestan dificultades económicas, el porcentaje asciende al **26,3%**, mientras que entre las personas que llegan con

facilidad se sitúa en el **12,9%**. La distancia alcanza los 13,4 puntos y el primer porcentaje duplica el segundo.

Gráfico 5. Prevalencia de la soledad no deseada según la facilidad o dificultad con la que llegan a fin de mes, Castilla y León y España

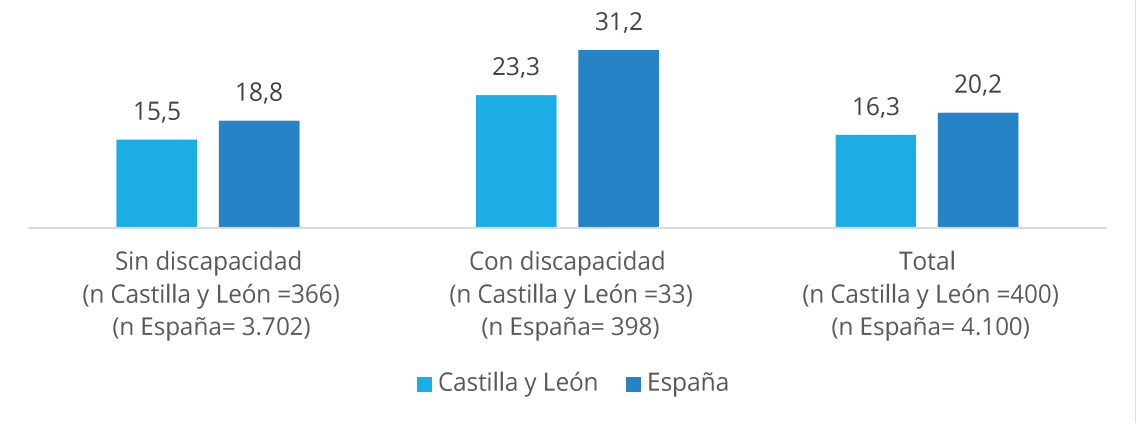


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo para España

La magnitud de esta diferencia se aprecia mejor al ponerla en relación con la prevalencia general autonómica, situada en el 16,3%. El grupo que declara dificultades económicas se sitúa **10 puntos por encima de la media de Castilla y León**, mientras que quienes llegan con facilidad a fin de mes quedan 3,4 puntos por debajo. En términos relativos, la prevalencia entre quienes afrontan dificultades **duplica** la registrada entre quienes no las tienen, una intensidad muy similar a la observada en el conjunto del Estado. Esta pauta es coherente con la observada en el conjunto de España, donde la prevalencia alcanza el **31,3%** entre quienes tienen dificultades económicas y el **14,5%** entre quienes llegan con facilidad a fin de mes, con una brecha de **16,8 puntos porcentuales**, una distribución muy similar a la recogida en el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024*. La dirección del fenómeno es, por tanto, la misma en ambos ámbitos territoriales: la posición económica se asocia de forma consistente con la experiencia de soledad no deseada, con independencia del contexto geográfico.

Las diferencias observadas según nivel económico también se reproducen al analizar las diferencias por discapacidad. **Los datos apuntan a una mayor prevalencia de soledad no deseada entre las personas con discapacidad.** En Castilla y León, el porcentaje alcanza el **23,3% entre las personas con discapacidad**, frente al **15,5% entre quienes no tienen discapacidad**, con una distancia de 7,8 puntos.

Gráfico 6. Prevalencia de la soledad no deseada según situación de discapacidad, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo para España

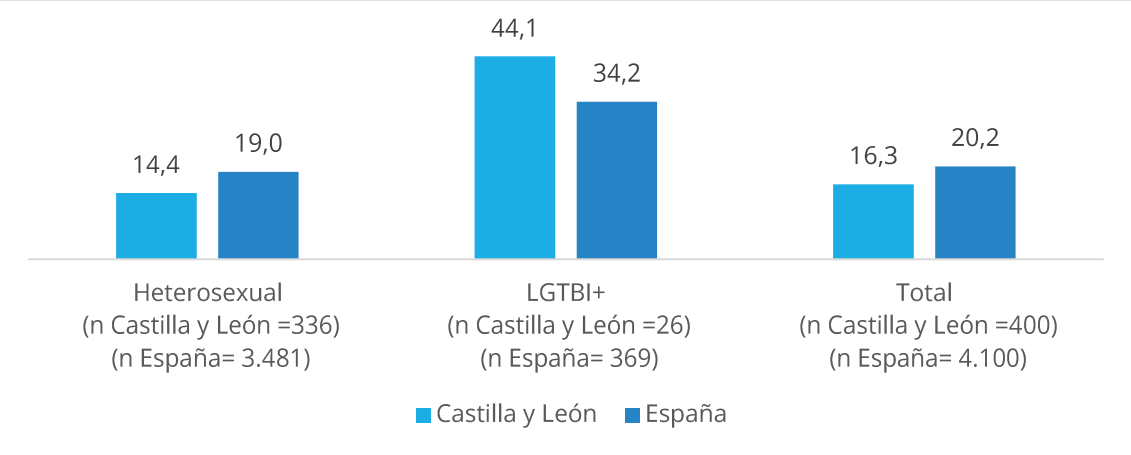
En España, la prevalencia se sitúa en el 31,2% entre las personas con discapacidad y en el 18,8% entre quienes no tienen discapacidad, lo que supone **una diferencia de 12,4 puntos**. Los resultados nacionales mantienen la pauta recogida en el *Barómetro de Soledad No Deseada en España 2024*, donde los porcentajes alcanzaban el 29,1% y el 19,1%, respectivamente.

En términos comparativos, la prevalencia de la soledad no deseada es menor en Castilla y León que en el conjunto de España tanto entre las personas con discapacidad (23,3 % frente al 31,2 %) como entre quienes no tienen discapacidad (15,5 % frente al 18,8 %). La distancia territorial es más amplia en el primer grupo, de 7,9 puntos porcentuales, que en el segundo, de 3,3 puntos. También se observa en ambos territorios una mayor prevalencia entre las personas con discapacidad, aunque la diferencia respecto a quienes no la tienen es de 7,8 puntos en Castilla y León y de 12,4 puntos en España. Ahora bien, la estimación autonómica para las personas con discapacidad procede de **solo 33 casos**. Por ello, estas cifras describen lo observado en la muestra, pero no permiten afirmar con suficiente solidez que la discapacidad tenga una relación menos intensa con la soledad no deseada en Castilla y León ni establecer la magnitud de la diferencia respecto a España.

Por último, los resultados observados según orientación sexual muestran las diferencias más acusadas de este apartado, aunque también requieren una interpretación especialmente prudente. La muestra apunta a una prevalencia elevada de soledad no deseada entre las personas LGTBI+, si bien el reducido número de casos no permite considerar su magnitud como una estimación consolidada. En Castilla y León, el porcentaje se sitúa en el **44,1% entre las**

personas LGTBI+ y en el **14,4% entre las personas heterosexuales**, con una distancia de 29,7 puntos porcentuales.

Gráfico 7. Prevalencia de la soledad no deseada según la orientación sexual, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

A escala **nacional** también se registra una **mayor prevalencia** entre las personas LGTBI+, con un 34,2%, frente al 19,0% observado entre la población heterosexual. La distancia es de 15,2 puntos y apenas varía respecto al *Barómetro de Soledad No Deseada en España 2024*, que situaba ambos porcentajes en el 34,4% y el 19,3%.

Entre la población heterosexual, cuya base autonómica es de 336 casos, la prevalencia de Castilla y León se sitúa 4,6 puntos por debajo de la nacional. En el grupo LGTBI+, el porcentaje autonómico supera en 9,9 puntos el registrado en España. Esta segunda comparación debe considerarse únicamente orientativa, ya que la muestra LGTBI+ de Castilla y León está formada por **26 personas**. La diferencia observada permite identificar una pauta que merece atención dentro del análisis, pero no determinar con precisión su alcance en el conjunto de la población LGTBI+ de Castilla y León.

En conjunto, los resultados muestran que la soledad no deseada afecta de forma desigual a distintos grupos de población de Castilla y León. Las dificultades económicas presentan una asociación especialmente marcada, mientras que la forma de convivencia, la discapacidad y la orientación sexual también muestran diferencias que merecen atención. Estas cifras, sin embargo, no significan que una característica personal o una condición de vida determine por sí sola la experiencia de soledad.

Para interpretar estas diferencias es necesario atender a lo que puede haber detrás de cada variable. Vivir solo no informa sobre la calidad de los vínculos disponibles; disponer de menos recursos puede limitar las oportunidades de participación; y las diferencias observadas según discapacidad u orientación sexual pueden estar relacionadas con barreras o experiencias de desigualdad, más que con estas características en sí mismas. El estudio permite identificar grupos en los que la soledad no deseada aparece con mayor frecuencia, pero no establecer las causas de esas diferencias. Profundizar en sus circunstancias y necesidades resulta, por tanto, esencial para orientar respuestas que actúen sobre las condiciones que dificultan la creación y el mantenimiento de vínculos.

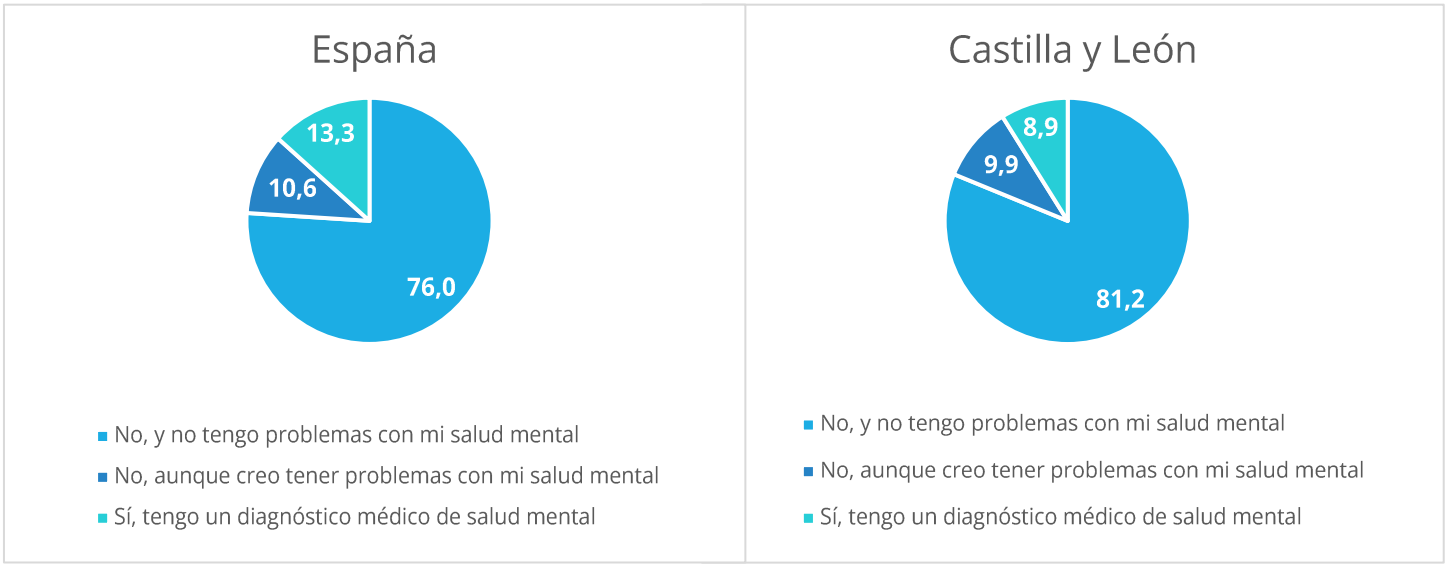
5.2. Prevalencia y evolución reciente de la salud mental

- **El 18,8% de la población de Castilla y León declara tener problemas de salud mental, diagnosticados o no**, frente al 24,0% de España. La diferencia se concentra principalmente en el menor peso de los diagnósticos médicos: 8,9% frente al 13,3% nacional.
- **La valoración subjetiva de la salud mental es comparativamente más favorable**: el 74,6% la considera buena o muy buena, frente al 67,1% en España. Un 20,4% la valora como regular y un 5,0% como mala o muy mala, aunque este último resultado debe considerarse orientativo por su reducida base muestral.
- **La prevalencia presenta una brecha de género marcada**: alcanza el 25,6% entre las mujeres y el 11,6% entre los hombres. La diferencia, de 14 puntos, es similar a la observada en España, aunque ambos grupos se sitúan por debajo de sus respectivos promedios nacionales.
- **Los problemas de salud mental disminuyen progresivamente con la edad**. La prevalencia alcanza el 33,2% entre las personas de 18 a 34 años, desciende al 20,2% entre los 35 y 54 años y se sitúa en el 12,8% a partir de los 55 años. La juventud constituye, por tanto, el grupo con mayor prevalencia en términos absolutos.
- **El nivel educativo apenas introduce diferencias**: la prevalencia es del 18,6% entre las personas sin educación superior y del 19,1% entre quienes cuentan con ella. Tampoco el tipo de hogar presenta un efecto especialmente marcado, aunque la cifra es algo mayor entre quienes viven solos (20,6%) que entre quienes viven acompañados (18,4%).
- **La situación económica es el principal eje de diferenciación entre los datos analizados**. La prevalencia alcanza el 30,0% entre las personas con dificultades para llegar a fin de mes, el doble que entre quienes llegan con facilidad (15,0%). Este patrón coincide con el observado en el análisis de la soledad no deseada.

- **Los resultados relativos a la discapacidad no permiten establecer un patrón autonómico concluyente**. La reducida base de personas con discapacidad (n=34) obliga a interpretar el porcentaje observado como exploratorio y no permite sostener una comparación territorial sólida.
- **En conjunto, Castilla y León presenta una prevalencia inferior a la media española en la mayoría de los perfiles analizados**, aunque persisten diferencias relevantes asociadas al sexo, la edad y, especialmente, la situación económica. Estos resultados orientan hacia actuaciones preventivas sensibles al género y la edad, con especial atención a la juventud y a las personas con dificultades económicas.

Los datos del *Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026* permiten dibujar una primera fotografía del estado de salud mental de la población de Castilla y León. El **81,2% de la población declara no tener problemas de salud mental, mientras que el 9,9% considera que puede tenerlos, aunque no dispone de un diagnóstico clínico, y el 8,9% afirma contar con un diagnóstico médico de salud mental.**

Gráfico 8. Distribución de la población según su estado de salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Número total de respuestas España: 4.087; Castilla y León: 400

La distribución general es similar en ambos territorios, aunque Castilla y León presenta un menor porcentaje de personas con diagnóstico médico de salud mental. En España, el 76,0% de la población declara no tener problemas de salud mental, frente al 81,2% registrado en Castilla y León. La distancia entre ambos territorios se sitúa, por tanto, **en 5,2 puntos.** La diferencia se concentra principalmente en la categoría correspondiente al **diagnóstico clínico**. El

porcentaje alcanza el **8,9% en Castilla y León** y el **13,3% en España**, con una distancia de 4,4 puntos. En cambio, la proporción de personas que perciben tener un problema sin disponer de diagnóstico es más próxima: **9,9% en Castilla y León y 10,7% en España**. Los datos apuntan así a una **prevalencia conjunta menor en Castilla y León**, vinculada en la distribución observada al menor peso de los diagnósticos médicos.

La comparación con el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* permite situar estos resultados en una perspectiva de evolución reciente, aunque únicamente para el conjunto del Estado. A escala nacional, la prevalencia conjunta de los problemas de salud mental, diagnosticados o no, ha pasado del **18,3% en 2024 al 24,0% en 2026**, lo que supone un incremento de 5,7 puntos porcentuales. El porcentaje registrado en Castilla y León en 2026 (18,8%) se encuentra próximo al dato nacional de 2024 y por debajo del promedio estatal actual.

El perfil observado muestra, en definitiva, un menor peso relativo del diagnóstico clínico en Castilla y León y una presencia de problemas percibidos sin diagnóstico más cercana a la media española. Esta distribución admite distintas interpretaciones: podría responder a una menor presencia de problemas formalmente diagnosticados, a diferencias en la detección y reconocimiento de estas situaciones o a pautas distintas de acceso y utilización de la atención profesional. La información disponible no permite distinguir entre estas posibilidades, por lo que resulta conveniente interpretar los resultados conjuntamente con otros indicadores sanitarios y sociales.

Al analizar los diagnósticos concretos, **la ansiedad y la depresión son los problemas de salud mental más frecuentes** entre los recogidos por la encuesta, tanto en Castilla y León como en el conjunto de España. En la comunidad, el **9,5% de la población declara tener actualmente o haber tenido en el pasado un diagnóstico de ansiedad**, mientras que el **11,6% señala un diagnóstico de depresión**. En España, los porcentajes correspondientes son del **11,5%** y del **12,0%**, respectivamente. La comparación muestra, por tanto, un patrón muy similar entre ambos ámbitos territoriales, especialmente en el caso de la depresión, donde la distancia entre Castilla y León y España es mínima. En el caso de la ansiedad, la prevalencia autonómica se sitúa ligeramente por debajo del promedio nacional, aunque la diferencia debe interpretarse con prudencia y como una variación de intensidad moderada. En conjunto, estos resultados apuntan a que los diagnósticos de ansiedad y depresión concentran el peso principal de los problemas de salud mental identificados en la encuesta y constituyen, por ello, una referencia central para interpretar la relación posterior entre salud mental y soledad no deseada.

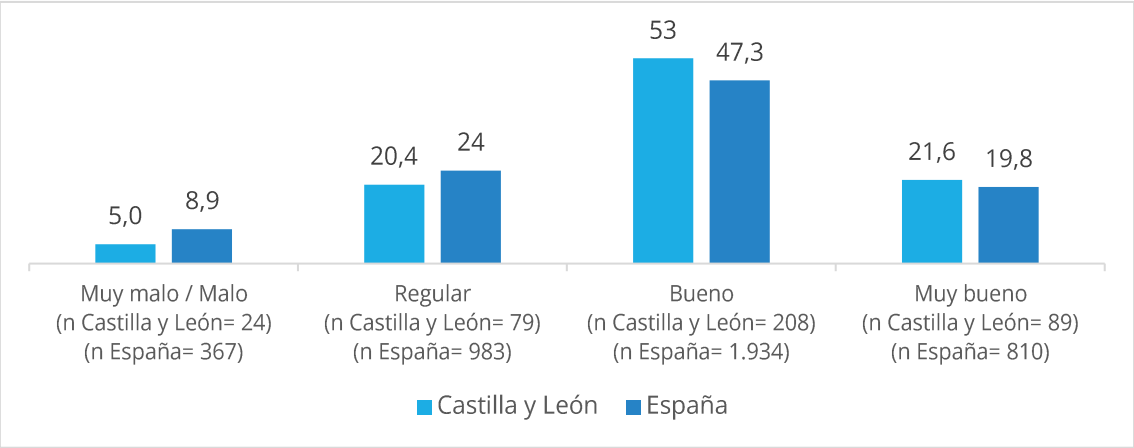
La lectura de estos resultados requiere, no obstante, cierta cautela. Los porcentajes recogidos en esta encuesta reflejan exclusivamente a las personas que cuentan con un diagnóstico profesional de salud mental o que consideran que podrían tener un problema, aun sin haber recibido dicho diagnóstico. Por ello, las cifras deben entenderse como una aproximación a la prevalencia de estos problemas en la población.

Esta limitación resulta especialmente relevante **al comparar estos resultados con otras fuentes estadísticas.** Por ejemplo, la Encuesta Europea de Salud 2023, utilizada por el INE y basada en el cuestionario PHQ-8, estima que cerca del 30% de la población española presenta algún grado de sintomatología depresiva. Entre las mujeres, además, un 7,3% presenta sintomatología grave o moderadamente grave.

La diferencia entre ambas fuentes no implica una contradicción, sino que responde a enfoques de medición distintos. Mientras la Encuesta Europea de Salud identifica la presencia de síntomas compatibles con depresión, este estudio recoge únicamente situaciones reconocidas por la propia persona, ya sea mediante un diagnóstico profesional o mediante la percepción de que podría existir un problema de salud mental. En consecuencia, la prevalencia real de estos problemas podría ser superior a la que reflejan los resultados aquí presentados. El resto de los diagnósticos recogidos por la encuesta, como la esquizofrenia y los trastornos bipolares, el estrés postraumático, el TDAH, el TOC, los trastornos alimentarios, los trastornos de personalidad, los trastornos del sueño o los trastornos por abuso de sustancias y comportamientos adictivos, presentan prevalencias significativamente menores tanto en Castilla y León como en el conjunto de España. El tamaño muestral no permite ofrecer estimaciones desagregadas suficientemente robustas para estas categorías, por lo que el análisis se centra en los dos diagnósticos más frecuentes: ansiedad y depresión.

Los diagnósticos y la percepción de problemas de salud mental ofrecen una aproximación relevante a la situación de la población. No obstante, la salud mental también puede analizarse desde una perspectiva más amplia, atendiendo a la **valoración que las propias personas realizan de su bienestar emocional y psicológico**. El estudio recoge también la valoración subjetiva que las personas hacen de su propio estado de salud mental, complementando así la mirada basada en el diagnóstico clínico y la sospecha de problemas. **En Castilla y León, cerca de tres de cada cuatro personas (74,6%) valoran su salud mental como buena o muy buena: un 53,0% la considera buena y un 21,6%, muy buena.** Esta proporción supera en 7,5 puntos porcentuales la registrada en el conjunto de España (67,1%; 47,3% buena y 19,8% muy buena).

Gráfico 9. Distribución de la población según la auto percepción de su estado de salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Número total de respuestas España: 4.100; Castilla y León: 400

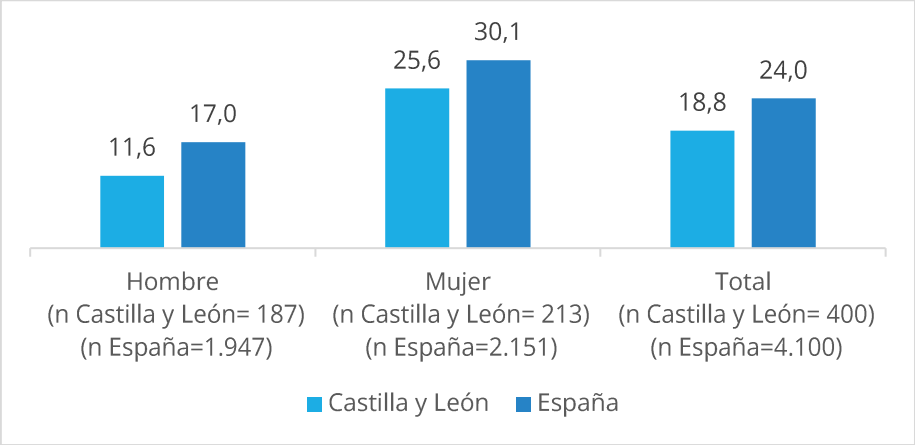
El análisis por categorías permite precisar esta valoración. En Castilla y León, el **53,0%** de la población considera que su salud mental es buena, frente al 47,3% registrado en España, mientras que el **21,6%** la califica como muy buena, frente al 19,8% nacional. Por su parte, la categoría **regular**, identificada en el informe nacional como un ámbito de especial interés preventivo, representa el **20,4%** de la población autonómica, 3,6 puntos por debajo del conjunto del Estado (24,0%). En el extremo negativo, las valoraciones mala y muy mala, presentadas conjuntamente en el gráfico, alcanzan el **5,0%** en Castilla y León y el 8,9% en España. Este último resultado debe tomarse como orientativo, al estar basado en un número reducido de casos en la muestra autonómica (n=24).

En conjunto, **Castilla y León presenta una valoración subjetiva de la salud mental más favorable que la observada en el ámbito nacional**: las respuestas positivas alcanzan el **74,6%**, frente al **67,1%** en España, mientras que las valoraciones regulares y negativas tienen un peso menor. Esta diferencia no se limita únicamente a una mayor presencia de respuestas muy positivas, sino que se observa también en el menor peso de las situaciones intermedias o claramente desfavorables, lo que dibuja un perfil autonómico comparativamente más favorable en términos de autopercepción del bienestar emocional. Este patrón resulta coherente, en términos descriptivos, con la menor proporción autonómica de personas que declaran problemas de salud mental, diagnosticados o no (**18,8%** frente al **24,0%** nacional), así como con el menor porcentaje de diagnósticos clínicos. No obstante, la lectura de estos resultados debe mantenerse en el plano descriptivo: una mejor valoración subjetiva puede estar relacionada con una menor presencia percibida de malestar, pero también con diferencias en el reconocimiento

de los problemas de salud mental, en las expectativas sobre el propio bienestar o en las pautas de acceso y uso de los recursos profesionales. Por ello, más que como una ausencia de necesidades, los datos deben interpretarse como un indicador de partida que sitúa a Castilla y León en una posición relativamente más favorable, pero que requiere ser matizado mediante el análisis posterior de los perfiles de mayor vulnerabilidad.

El análisis por sexo de los problemas de salud mental, diagnosticados o no, permite precisar el perfil general observado en Castilla y León. La prevalencia conjunta alcanza el **18,8%** de la población autonómica, frente al **24,0%** registrado en España en 2026 y al 18,3% recogido en el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024*. Castilla y León se sitúa, por tanto, **5,2 puntos por debajo del promedio estatal actual** y en un nivel próximo a la referencia nacional de 2024. En el conjunto de España, la prevalencia declarada aumentó 5,7 puntos durante este periodo. Esta tendencia nacional también aparece reflejada, con una metodología diferente, en el *VI Informe Mundial de Salud Mental del Grupo AXA*, según el cual la población española que considera tener algún problema de salud mental pasó del 26% en 2023 al 33% en 2026.

Gráfico 10. Prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) por sexo, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

La distribución por sexo muestra que la prevalencia es más elevada entre las mujeres en los dos ámbitos territoriales. En **Castilla y León, el 25,6% de las mujeres** declara tener problemas de salud mental, diagnosticados o no, frente al 30,1% de las mujeres en España. La cifra autonómica se encuentra, por tanto, 4,5 puntos por debajo del promedio estatal de 2026, aunque supera en 2,2 puntos la referencia nacional de 2024 (23,4%). Esta última comparación permite

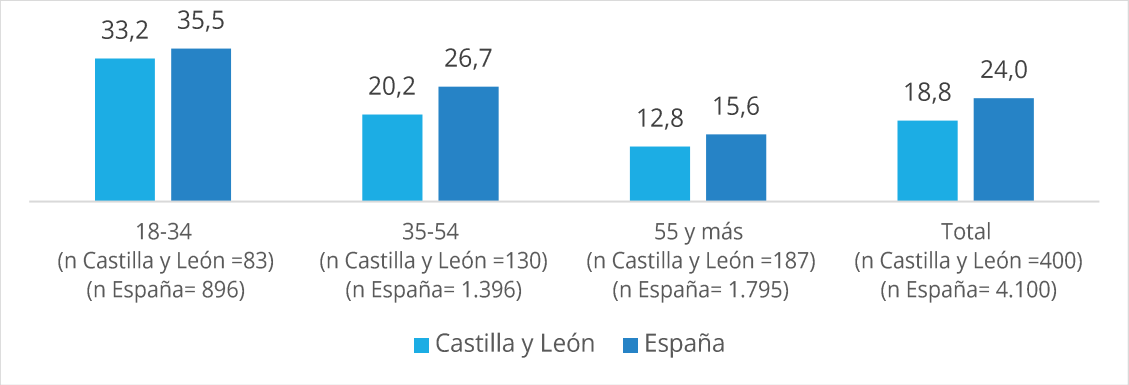
contextualizar el resultado, pero no implica que se haya producido un incremento equivalente entre las mujeres de Castilla y León.

Entre los **hombres**, la prevalencia registrada en Castilla y León se sitúa en el **11,6%**, 5,4 puntos por debajo del valor nacional de 2026 (17,0%) y próxima al dato estatal de 2024 (12,9%). De este modo, **la menor prevalencia global observada en Castilla y León se reproduce tanto entre los hombres como entre las mujeres**, sin concentrarse exclusivamente en uno de los dos grupos. La diferencia entre mujeres y hombres alcanza los **14 puntos porcentuales en Castilla y León**, una brecha muy próxima a la registrada en España en 2026 (13,1 puntos) y superior a la observada a escala nacional en 2024 (10,5 puntos). Por tanto, aunque la prevalencia es menor en Castilla y León para ambos sexos, la distancia relativa entre mujeres y hombres mantiene una magnitud similar a la del conjunto del Estado. En la comunidad, el porcentaje de mujeres que declara problemas de salud mental es más del doble que el de los hombres.

Desde la perspectiva de las políticas públicas, los resultados señalan la conveniencia de **incorporar un enfoque de género en la prevención, detección y atención de los problemas de salud mental en Castilla y León**. La mayor prevalencia registrada entre las mujeres constituye un elemento relevante del perfil autonómico, aunque el gráfico no permite identificar sus causas. Para interpretar adecuadamente esta diferencia será necesario analizarla conjuntamente con otras variables, como la edad, la situación económica, las responsabilidades de cuidados, las redes de apoyo, la soledad no deseada y las pautas de reconocimiento y búsqueda de ayuda.

Por otro lado, los problemas de salud mental, diagnosticados o no, presentan en Castilla y León un patrón claramente asociado a la edad: la prevalencia disminuye progresivamente a medida que aumenta la edad, reproduciendo la tendencia observada en el conjunto de España. No obstante, la comunidad registra niveles inferiores a los estatales en todos los grupos analizados, siendo especialmente relevante la diferencia observada entre la población de 35 a 54 años, donde la prevalencia es **6,5 puntos menor que la media nacional**. La distribución por edad muestra que la prevalencia es **inversamente proporcional a la edad**, describiendo un gradiente marcado entre la juventud y la población mayor.

Gráfico 11. Prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) por edad, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

La comparación con el **Barómetro de Soledad No Deseada en España 2024** permite contextualizar en clave temporal los resultados del **Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud Mental en España 2026**, si bien únicamente para el conjunto del Estado. A escala nacional, **los problemas de salud mental entre la población de 18 a 34 años han pasado de situarse en torno al 23% en 2024 al 35,5% en 2026, lo que supone un incremento cercano a 13 puntos porcentuales.** Este aumento, claramente superior al observado en los grupos de mayor edad, confirma que la juventud concentra el deterioro más intenso de la salud mental en la evolución reciente.

En este marco, el dato de Castilla y León en 2026, **33,2% entre las personas de 18 a 34 años**, se sitúa en línea con una tendencia nacional especialmente preocupante entre la población joven, mientras que los grupos de mediana y mayor edad se mantienen próximos a sus niveles de 2024 (20,2% frente a 19,5% en 35-54 años, y 12,8% frente a 13% en 55 y más años). Esta contención en los tramos de edad más avanzada explica en buena medida por qué la prevalencia total de Castilla y León (18,8%) se sitúa por debajo de la media nacional 2026 (24,0%).

Conviene precisar que **la comparación territorial en el grupo de 18 a 34 años debe interpretarse con cautela**, ya que la muestra autonómica en este tramo (**n=83**) se encuentra por debajo del umbral de 100 casos. **La lectura territorial más robusta se apoya, por tanto, en los grupos de 35 a 54 años (n=130) y de 55 y más años (n=187),** donde Castilla y León presenta **valores claramente inferiores a la media nacional**, con una diferencia especialmente amplia en la población de mediana edad (**-6,5 puntos**).

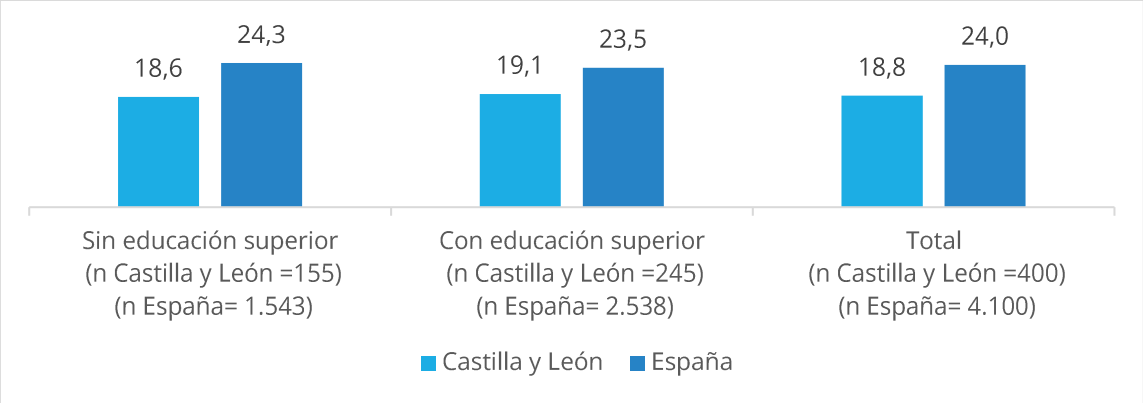
En conjunto, **Castilla y León muestra una carga de salud mental inferior a la media estatal en todos los tramos de edad, si bien la prevalencia entre la juventud continúa siendo elevada en términos absolutos: uno de cada tres jóvenes declara tener un problema de salud mental**, diagnosticado o no, y próxima a la registrada en el conjunto del país. Sería necesario **reforzar las políticas de prevención, detección precoz y atención a la salud mental en Castilla y León con una atención prioritaria a la población joven**, donde el fenómeno alcanza su mayor intensidad y donde la evolución reciente apunta a un deterioro coherente con la tendencia nacional.

Junto con las diferencias observadas por edad, el análisis incorpora el nivel educativo como otra posible dimensión de desigualdad. En este caso, **el nivel de estudios apenas introduce diferencias en la prevalencia de los problemas de salud mental en Castilla y León**, y los valores de ambos grupos se sitúan por debajo de sus respectivos promedios nacionales.

Entre las personas **sin educación superior**, la prevalencia de problemas de salud mental, diagnosticados o no, alcanza el **18,6%**, mientras que entre quienes cuentan con **educación superior** se sitúa en el **19,1%**. La distancia entre ambos grupos es de apenas 0,5 puntos porcentuales y, además, presenta un sentido distinto al que cabría esperar si la educación superior actuase como un factor protector: el porcentaje es ligeramente mayor entre quienes tienen estudios superiores.

En el conjunto de España, las diferencias también son reducidas, aunque la distribución se presenta en sentido contrario: la prevalencia alcanza el **24,3% entre las personas sin educación superior** y el **23,5% entre quienes sí disponen de ella**, una distancia de 0,8 puntos. **Los resultados no muestran, por tanto, una relación clara entre el nivel educativo y la prevalencia de los problemas de salud mental**, a diferencia de la pauta observada anteriormente en el análisis de la soledad no deseada.

Gráfico 92. Prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) por nivel educativo, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor no estadísticamente significativo.

La comparación con el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* permite contextualizar estos resultados dentro de la evolución nacional. En 2024, la prevalencia de los problemas de salud mental se situaba aproximadamente en el 18,7% entre las personas sin estudios superiores y en el 17,6% entre quienes contaban con educación superior. En 2026, estos porcentajes han aumentado hasta el 24,3% y el 23,5%, respectivamente. El incremento registrado a escala estatal ha sido, por tanto, de una magnitud similar en los dos grupos educativos: 5,6 puntos entre las personas sin educación superior y 5,9 puntos entre quienes sí la tienen. Los valores de Castilla y León en 2026 se encuentran próximos a las referencias nacionales de 2024, especialmente entre la población sin educación superior.

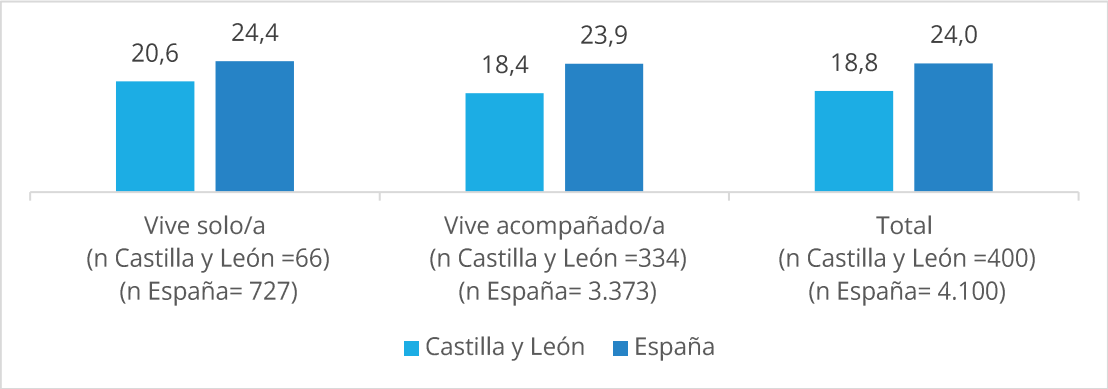
La comparación territorial muestra una **menor prevalencia en Castilla y León en ambos niveles educativos**. Entre las personas sin educación superior, la diferencia respecto a España alcanza los 5,7 puntos porcentuales (18,6% frente a 24,3%), mientras que entre quienes tienen estudios superiores se reduce a 4,4 puntos (19,1% frente a 23,5%). La distancia territorial es, por tanto, algo mayor entre la población con menor nivel educativo, aunque el patrón general es similar en los dos grupos.

Esta lectura resulta coherente con los hallazgos de los apartados anteriores, en los que Castilla y León se situaba por debajo de la media nacional en todos los tramos de edad. En conjunto, **la carga de salud mental en Castilla y León se muestra sistemáticamente más contenida que en el promedio estatal en los distintos cruces sociodemográficos analizados**, sin que el nivel educativo introduzca diferencias apreciables en su interior.

El 20,6% de las personas que residen en hogares unipersonales en Castilla y León presenta un problema de salud mental, frente al 18,4% de quienes conviven con otras personas. Ambos valores se sitúan por debajo de la media nacional 2026.

El análisis por tipo de hogar revela un gradiente moderado en Castilla y León: la prevalencia de problemas de salud mental (diagnosticados o no) alcanza el 20,6% entre quienes residen en hogares unipersonales y el 18,4% entre quienes conviven con otras personas, una diferencia de 2,2 puntos porcentuales. La residencia en solitario se asocia, por tanto, a una **exposición algo mayor a los problemas de salud mental**, si bien la distancia entre ambos grupos es contenida.

Gráfico 13. Prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) por tipo de hogar, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo para España.

En el conjunto de España 2026, la diferencia por tipo de hogar es prácticamente inexistente: la prevalencia entre quienes residen solos es del 24,4% y entre quienes conviven acompañados del 23,9%, apenas 0,5 puntos. La comparación con el Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024 revela una pauta singular en el plano nacional: en 2024 la prevalencia era menor entre quienes vivían solos (17,7%) que entre quienes vivían acompañados (21,9%). Durante los últimos dos años, el incremento de los problemas de salud mental ha sido, por tanto, **notablemente más intenso entre las personas que viven solas** (+6,7 puntos) que entre quienes viven acompañadas (+2,0 puntos), lo que ha invertido la relación entre ambos grupos a escala estatal.

La comparación territorial evidencia que Castilla y León presenta valores inferiores a la media nacional en ambos tipos de hogar: -3,8 puntos entre quienes residen solos (20,6% frente al 24,4% nacional) y -5,5 puntos entre quienes conviven acompañados (18,4% frente al 23,9%). La posición autonómica resulta, así, más

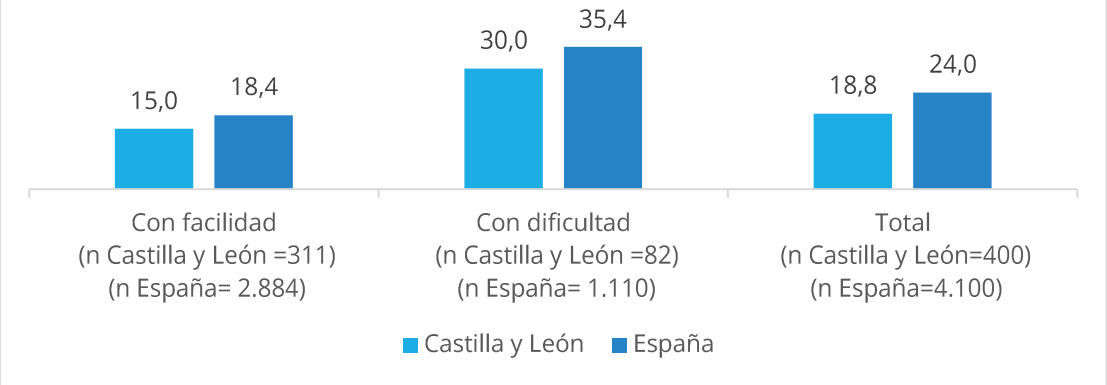
favorable que la del conjunto del país en los dos casos, con una distancia algo mayor en los hogares con convivencia

Aunque la diferencia entre ambos grupos es reducida y se apoya en una base limitada de personas que viven solas (n=66), el **dato merece atención** en una comunidad en la que los **hogares unipersonales representan el 35,5% del total**, según la Proyección de Hogares del INE para 2026. Conviene, por tanto, que las actuaciones de prevención y atención sociosanitaria contemplen de forma específica a las personas que residen solas, integrando el apoyo emocional, la prevención de la soledad no deseada y la atención a la salud mental.

La situación económica es uno de los factores más fuertemente asociados a los problemas de salud mental en Castilla y León: el 30,0% de las personas que llegan con dificultad a fin de mes presenta un problema de salud mental, frente al 15,0% de quienes llegan con facilidad, el doble de prevalencia.

La situación económica autopercibida se confirma como uno de los principales factores asociados a los problemas de salud mental en Castilla y León. La prevalencia entre las personas que llegan con facilidad a fin de mes se sitúa en el 15,0%, mientras que entre quienes llegan con dificultad asciende al 30,0%, una diferencia de 15,0 puntos porcentuales. Las personas con dificultades económicas presentan, por tanto, una prevalencia de problemas de salud mental **el doble que la de quienes llegan con holgura**, lo que la convierte en el factor socioeconómico con mayor capacidad de diferenciación y en la segunda brecha más amplia del apartado, tras la edad.

Gráfico 14. Prevalencia de las personas con un problema de salud mental (diagnosticados o no) según la facilidad o dificultad con la que llegan a fin de mes, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

En el conjunto de España 2026, la prevalencia entre quienes llegan con facilidad a fin de mes se sitúa en el 18,4%, mientras que entre quienes llegan con dificultad alcanza el 35,4%, con una diferencia de 17,0 puntos. La comparación con el Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024 dimensiona el alcance del empeoramiento general: en 2024 la prevalencia era del 13,1% entre quienes llegaban con facilidad y del 25,6% entre quienes llegaban con dificultad. Entre 2024 y 2026, los problemas de salud mental han aumentado en torno a 5 puntos en el grupo con facilidad y cerca de 10 puntos en el grupo con dificultad, lo que evidencia que **el deterioro de la salud mental en el conjunto del Estado ha sido más acusado en los hogares con menor capacidad económica.**

La comparación territorial revela un patrón coherente con los apartados anteriores: Castilla y León se sitúa por debajo de la media nacional 2026 en ambos grupos. Entre quienes afrontan dificultades económicas, la prevalencia autonómica (30,0%) es 5,4 puntos inferior a la media estatal (35,4%), si bien la lectura de este grupo conviene tomarla como una aproximación, dado su tamaño muestral más reducido (82 casos). Entre quienes llegan con facilidad a fin de mes, la diferencia es de 3,4 puntos por debajo del promedio nacional (15,0% frente al 18,4%).

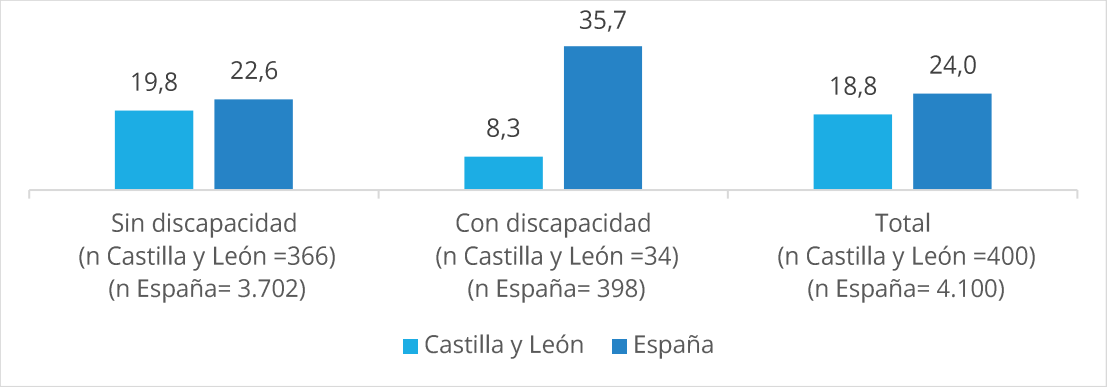
Este patrón configura una brecha económica más comprimida en Castilla y León (15,0 puntos) que en el conjunto del Estado (17,0 puntos en 2026). En Castilla y León la menor brecha responde a una prevalencia inferior a la media nacional en ambos extremos de la distribución económica. Las dificultades económicas siguen operando en la comunidad como un factor de vulnerabilidad de primer orden, duplicando la prevalencia de problemas de salud mental, pero su impacto se produce sobre un nivel general de prevalencia sistemáticamente más contenido que el del conjunto del país.

Tras la relación observada con la situación económica, el análisis según discapacidad presenta en Castilla y León un resultado diferente. En la muestra autonómica, **la prevalencia de los problemas de salud mental, diagnosticados o no, se sitúa en el 19,8% entre las personas sin discapacidad y en el 8,3% entre las personas con discapacidad**, lo que supone una diferencia de 11,5 puntos porcentuales.

Esta distribución se aparta del patrón observado en el conjunto de España y debe interpretarse con especial cautela. El grupo de personas con discapacidad está formado por 34 casos y el porcentaje obtenido se apoya, por tanto, en un número muy reducido de observaciones de personas que reúnen ambas condiciones. **El resultado no permite concluir que la discapacidad esté asociada a una menor prevalencia de problemas de salud mental en Castilla y León**, sino que debe

considerarse una aproximación exploratoria que requeriría una muestra más amplia para poder confirmarse.

Gráfico 15. Prevalencia de las personas con un problema de salud mental (diagnosticados o no) según su situación de discapacidad, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo para España.

En el conjunto de **España**, la distribución muestra una pauta distinta. La prevalencia alcanza el **35,7% entre las personas con discapacidad**, frente al **22,6% entre quienes no tienen discapacidad**, una diferencia de 13,1 puntos porcentuales. A escala nacional, por tanto, los problemas de salud mental sí parecen presentar una mayor prevalencia entre la población con discapacidad.

Por todo ello, la comparación territorial entre Castilla y León y el conjunto del Estado en función de la discapacidad debe interpretarse con cautela. El reducido tamaño del subgrupo autonómico impide extraer conclusiones sólidas sobre la relación entre discapacidad y salud mental en la comunidad. Mientras que a escala estatal se observa una mayor prevalencia de problemas de salud mental entre las personas con discapacidad, los datos disponibles para Castilla y León no permiten corroborar este patrón ni establecer diferencias concluyentes.

6. Soledad no deseada y Salud mental

6.1. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental

- **Existe una asociación clara entre salud mental y soledad no deseada en Castilla y León:** la prevalencia de la soledad pasa del 12,3% entre quienes no declaran problemas de salud mental al 33,4% entre quienes sí los presentan, diagnosticados o no.

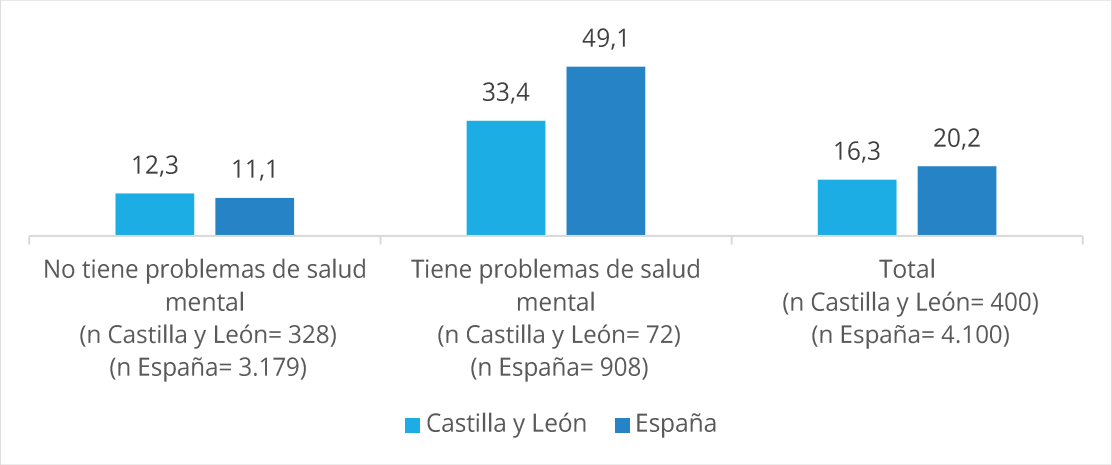
- **Las personas con problemas de salud mental tienen una exposición mucho mayor a la soledad:** en Castilla y León, la prevalencia es aproximadamente 2,7 veces superior entre este grupo que entre la población sin problemas de salud mental.
- **La relación se reproduce también en España, aunque con mayor intensidad:** a nivel nacional, la soledad afecta al 49,1% de las personas con problemas de salud mental, frente al 11,1% de quienes no los tienen.
- **La brecha asociada a la salud mental es menor en Castilla y León** que en España, pero esta diferencia debe interpretarse con cautela por el tamaño reducido de la muestra autonómica de personas con problemas de salud mental.
- **La asociación no se limita a las personas con diagnóstico clínico:** en Castilla y León, la soledad afecta al 40,2% de quienes creen tener problemas de salud mental sin diagnóstico y al 25,8% de quienes sí cuentan con diagnóstico médico.
- **La sospecha de problemas de salud mental sin diagnóstico emerge como un grupo especialmente relevante:** cuatro de cada diez personas en esta situación se encuentran en soledad no deseada, lo que apunta a necesidades no necesariamente canalizadas por el sistema sanitario.
- **La autopercepción de la salud mental confirma un gradiente claro:** cuanto peor es la valoración del bienestar emocional, mayor es la prevalencia de soledad no deseada: 9,7% entre quienes valoran su salud mental como buena o muy buena, 33,7% entre quienes la consideran regular y 43,8% entre quienes la califican como mala o muy mala.
- **El grupo con salud mental auto percibida como "regular" tiene especial interés preventivo**: representa una quinta parte de la población autonómica y concentra una prevalencia elevada de soledad, sin situarse todavía necesariamente en una situación clínica grave.
- **Entre las personas que ya están en soledad, casi cuatro de cada diez presentan problemas de salud mental, diagnosticados o percibidos**. Esto confirma que la salud mental debe incorporarse a la detección y acompañamiento de la soledad, aunque la soledad no pueda interpretarse solo como un problema de salud mental.
- La mayoría de las personas en soledad en Castilla y León **no declara problemas de salud mental**
- **El perfil autonómico apunta a un mayor peso del malestar no diagnosticado que del diagnóstico clínico formal entre quienes están en soledad**, a diferencia de lo observado en el conjunto de España.

Una vez analizadas por separado la soledad no deseada y la salud mental, resulta especialmente relevante examinar la relación existente entre ambas

dimensiones. Los datos de Castilla y León muestran una asociación clara entre los problemas de salud mental y una mayor prevalencia de soledad no deseada.

Entre las personas que declaran **no tener problemas de salud mental**, la prevalencia de la soledad no deseada se sitúa en el **12,3%**. Este porcentaje asciende al **33,4% entre quienes tienen un problema de salud mental**, diagnosticado o no. La diferencia entre ambos grupos alcanza los **21,1 puntos porcentuales**. En términos relativos, la prevalencia de la soledad no deseada es aproximadamente **2,7 veces mayor** entre las personas con problemas de salud mental.

Gráfico 16. Prevalencia de la soledad no deseada según el estado de salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

En el conjunto de **España**, la relación presenta la misma dirección, aunque con una intensidad mayor. La prevalencia de la soledad no deseada alcanza el **11,1% entre las personas sin problemas de salud mental** y el **49,1% entre quienes sí los tienen**, lo que supone una diferencia de 38 puntos porcentuales. A escala nacional, la prevalencia de la soledad es, por tanto, más de cuatro veces superior entre las personas con problemas de salud mental.

El *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* ya identificaba en el conjunto del Estado una prevalencia considerablemente mayor de soledad entre las personas con problemas de salud mental. La coincidencia en la dirección de los resultados muestra que **la asociación entre ambos fenómenos se mantiene en las distintas mediciones nacionales**, aunque los datos disponibles no permiten analizar su evolución específica en Castilla y León.

La comparación territorial presenta dos situaciones diferenciadas. Entre las personas sin problemas de salud mental, las cifras son próximas: **12,3% en Castilla**

y León y 11,1% en España, una distancia de 1,2 puntos. En cambio, entre quienes declaran problemas de salud mental, la prevalencia observada en Castilla y León es 15,7 puntos inferior a la nacional (33,4% frente a 49,1%). Esta segunda comparación debe considerarse orientativa, ya que el grupo autonómico está formado por 72 casos.

Como resultado, **la brecha asociada a la salud mental es menor en Castilla y León que en España** (21,1 frente a 38 puntos). Esta diferencia responde principalmente a la menor prevalencia de soledad observada entre las personas con problemas de salud mental en la muestra autonómica, mientras que los valores correspondientes a quienes no presentan estos problemas son similares en ambos territorios. No obstante, el tamaño de la base aconseja no interpretar la menor intensidad de la asociación como una particularidad territorial consolidada.

En cualquier caso, los resultados muestran que los problemas de salud mental delimitan un grupo con una exposición considerablemente mayor a la soledad no deseada también en Castilla y León. **Una de cada tres personas con problemas de salud mental se encuentra en situación de soledad no deseada**, frente a aproximadamente una de cada ocho entre quienes no declaran este tipo de problemas. En todo caso, la evidencia refuerza la necesidad de orientar las políticas autonómicas de salud mental y de lucha contra la soledad no deseada hacia **respuestas integrales que aborden simultáneamente la dimensión clínica, la emocional y la relacional y comunitaria**.

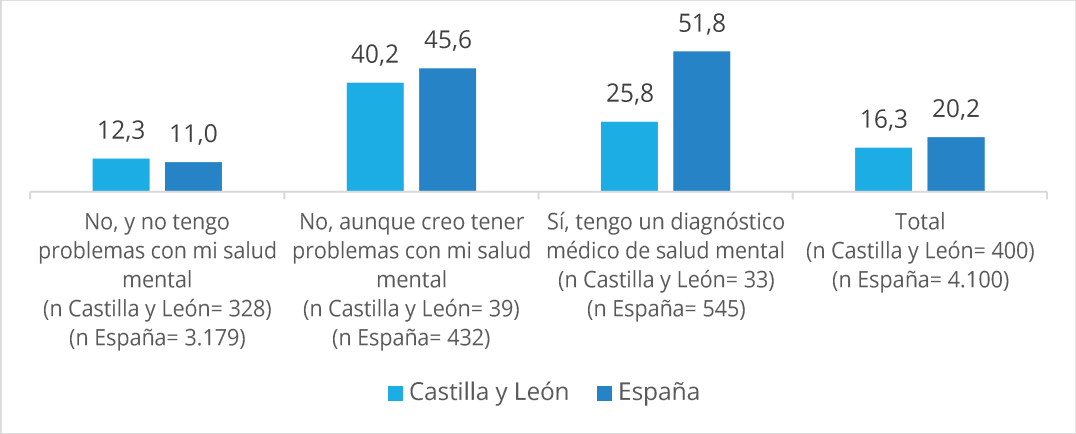
La desagregación de los problemas de salud mental en función de la existencia o no de un diagnóstico permite precisar el resultado del apartado anterior. En Castilla y León, la prevalencia de la soledad no deseada se sitúa en el **12,3% entre las personas que declaran no tener problemas de salud mental**, asciende al **40,2% entre quienes creen tenerlos, pero no disponen de un diagnóstico**, y alcanza el **25,8% entre quienes cuentan con un diagnóstico médico**.

Las dos categorías que reflejan la existencia de algún problema de salud mental presentan una prevalencia de soledad considerablemente superior a la del grupo sin problemas. En la muestra autonómica, la prevalencia es aproximadamente 3,3 veces mayor entre quienes sospechan tener un problema sin diagnosticar y 2,1 veces mayor entre quienes disponen de un diagnóstico clínico.

La cifra correspondiente a la sospecha sin diagnóstico supera en 14,4 puntos a la observada entre las personas con diagnóstico. No obstante, esta diferencia debe interpretarse con prudencia, ya que ambos grupos cuentan con bases muestrales reducidas (39 y 33 casos, respectivamente). **Los resultados no permiten afirmar que la soledad sea más frecuente entre las personas sin diagnóstico que entre**

quienes ya disponen de él, aunque sí muestran una mayor prevalencia en ambos grupos respecto a la población que no declara problemas de salud mental.

Gráfico 17. Prevalencia de la soledad no deseada según el estado de salud mental y según el tipo de diagnóstico, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

La comparación con el conjunto de España 2026 permite dimensionar estas cifras. En el promedio nacional, la prevalencia de la soledad se sitúa en el 11,0% entre las personas sin problemas de salud mental, en el 45,6% entre quienes sospechan tener problemas sin diagnóstico y alcanza el 51,8% entre quienes cuentan con un diagnóstico clínico. A escala estatal, por tanto, las dos categorías con problemas de salud mental muestran prevalencias muy elevadas, siendo el diagnóstico clínico el que se asocia a la mayor exposición a la soledad no deseada.

En definitiva, el resultado central coincide en ambos territorios: **la asociación entre soledad no deseada y problemas de salud mental no se limita a las personas que han recibido un diagnóstico profesional. En Castilla y León, cuatro de cada diez personas que creen tener un problema de salud mental sin diagnosticar se encuentran en situación de soledad no deseada.** Aunque se trata de una estimación que debe manejarse con cautela, debido al número reducido de la muestra, su magnitud señala la relevancia de atender también a las necesidades expresadas por quienes todavía no han accedido a una valoración profesional.

Desde la perspectiva de las políticas públicas, este resultado aconseja combinar la atención dirigida a las personas con diagnóstico con actuaciones de **prevención, detección temprana y orientación hacia los recursos disponibles**. La respuesta frente a la soledad y los problemas de salud mental no debería depender exclusivamente de la existencia de un diagnóstico clínico, sino incorporar también

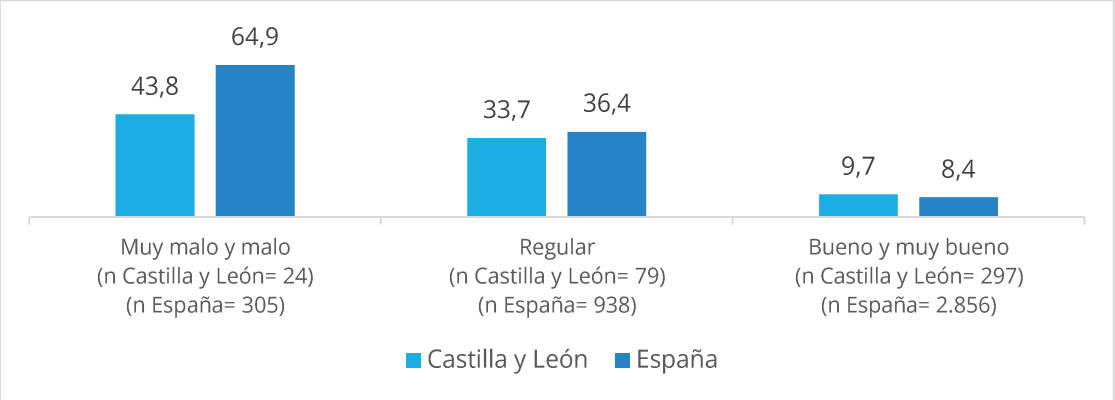
mecanismos accesibles para identificar y acompañar situaciones de malestar percibido.

La relación entre la soledad no deseada y la salud mental también se observa cuando se utiliza la valoración subjetiva que las personas hacen de su propio bienestar emocional. En Castilla y León, **la prevalencia de la soledad aumenta a medida que empeora la percepción del estado de salud mental**.

Entre quienes valoran su salud mental como **buena o muy buena**, la prevalencia de la soledad no deseada se sitúa en el **9,7%**. En el grupo que la considera **regular**, el porcentaje asciende al **33,7%**, una diferencia de 24 puntos. Finalmente, entre quienes califican su salud mental como **mala o muy mala**, la prevalencia observada alcanza el **43,8%**.

Los datos configuran así un gradiente claro: la soledad afecta aproximadamente a una de cada diez personas con una valoración positiva, a una de cada tres con una valoración regular y, de manera orientativa, a algo más de cuatro de cada diez con una valoración negativa. No obstante, esta última estimación debe manejarse con especial prudencia, ya que se basa en 24 casos.

Gráfico 18. Prevalencia de la soledad no deseada según el estado auto percibido de salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

En el conjunto de **España**, el patrón presenta la misma dirección. La prevalencia de la soledad no deseada se sitúa en el **8,4%** entre quienes valoran su salud mental como buena o muy buena, aumenta hasta el **36,4%** entre quienes la consideran regular y alcanza el **64,9%** en el grupo con una valoración mala o muy mala. La distancia entre los extremos positivo y negativo es de 56,5 puntos en España, frente a los 34,1 puntos observados en Castilla y León.

La comparación territorial permite señalar tres elementos:

- En el **tramo positivo**, los resultados son próximos: 9,7% en Castilla y León y 8,4% en España.
- En la categoría **regular**, la prevalencia autonómica se sitúa ligeramente por debajo de la nacional: 33,7% frente a 36,4%. La diferencia es reducida y debe leerse en términos descriptivos, dada la base autonómica de este grupo (n=79).
- En el **tramo negativo**, el porcentaje observado en Castilla y León es inferior al nacional (43,8% frente a 64,9%), pero la reducida base autonómica (n=24) no permite considerar esta distancia como una diferencia territorial consolidada.

Por tanto, **la principal conclusión no reside en las diferencias entre Castilla y León y España, sino en la consistencia del gradiente observado en ambos territorios**: una peor valoración de la salud mental se corresponde con una prevalencia progresivamente mayor de soledad no deseada. Al tratarse de datos transversales, esta asociación no permite determinar si el deterioro percibido de la salud mental favorece la soledad, si la soledad empeora la valoración del bienestar emocional o si ambos procesos se producen simultáneamente.

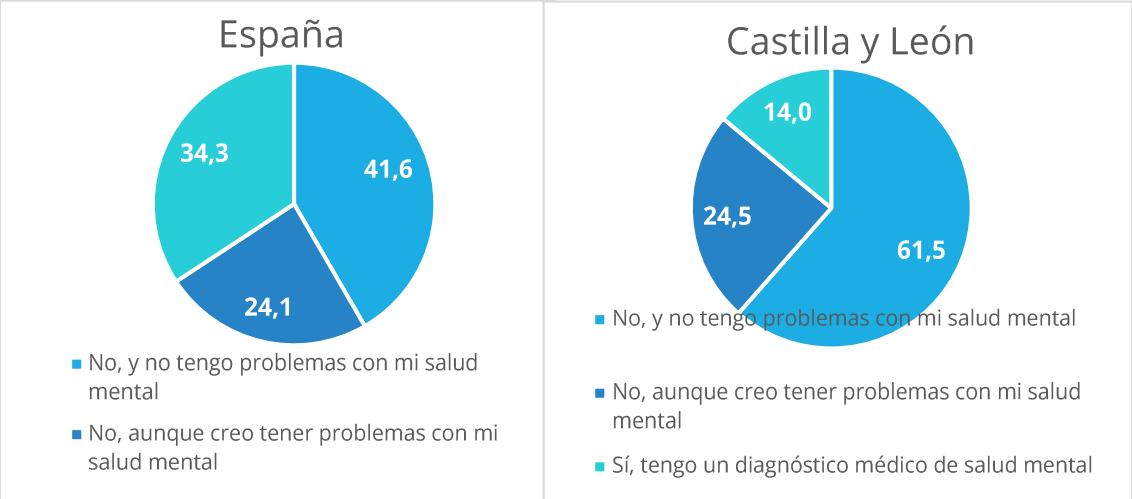
El grupo que valora su salud mental como **regular** resulta especialmente relevante desde una perspectiva preventiva. Representa el 20,4% de la población de Castilla y León y, dentro de él, aproximadamente una de cada tres personas se encuentra en situación de soledad no deseada. Aunque una valoración regular no implica necesariamente la existencia de un problema clínico ni anticipa por sí sola una evolución negativa, identifica un segmento situado fuera de los niveles más positivos de bienestar emocional.

Estos resultados respaldan el desarrollo de actuaciones preventivas que no se concentren exclusivamente en las situaciones de mayor gravedad. **El apoyo emocional, la detección temprana del malestar, el fortalecimiento de las redes sociales y la participación comunitaria pueden ser especialmente relevantes para las personas que valoran su salud mental como regular**, antes de que puedan consolidarse situaciones de mayor vulnerabilidad.

Hasta este punto, el análisis ha mostrado cómo varía la prevalencia de la soledad no deseada en función del estado de salud mental. A continuación, se adopta la perspectiva inversa: **entre las personas que ya se encuentran en situación de soledad no deseada, ¿qué perfil de salud mental presentan?**

En Castilla y León, el **61,5% de las personas en situación de soledad no deseada declara no tener problemas de salud mental**. El 24,5% considera que puede tenerlos, aunque no dispone de un diagnóstico clínico, y el 14,0% afirma contar con un diagnóstico médico. En conjunto, **el 38,5% de las personas en soledad presenta problemas de salud mental, diagnosticados o percibidos**, lo que equivale a casi cuatro de cada diez.

Gráfico 19. Distribución de la población en situación de soledad no deseada por su estado de salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Número total de respuestas España: 727; Castilla y León: 59.

En el conjunto de **España**, los problemas de salud mental tienen un peso mayor dentro de la población en soledad. El 41,6% declara no tener problemas de salud mental, el 24,1% considera que puede tenerlos sin disponer de diagnóstico y el 34,3% cuenta con un diagnóstico médico. Por tanto, **el 58,4% de las personas en situación de soledad en España presenta algún problema de salud mental**, diagnosticado o no.

La comparación territorial muestra tres elementos:

- El porcentaje de personas en soledad que declara **no tener problemas de salud mental** es mayor en Castilla y León que en España: 61,5% frente a 41,6%.
- La proporción que **sospecha tener problemas sin diagnóstico** es prácticamente idéntica: 24,5% en Castilla y León y 24,1% en España.
- El peso del **diagnóstico clínico** es menor en la muestra autonómica: 14,0% frente al 34,3% nacional.

Estas diferencias deben interpretarse con prudencia, ya que el análisis se realiza sobre el conjunto de personas en situación de soledad no deseada, cuya base autonómica es reducida. En particular, las categorías correspondientes a la sospecha sin diagnóstico y al diagnóstico clínico se apoyan en un número limitado de casos. Por ello, **la menor presencia del diagnóstico entre las personas en soledad de Castilla y León debe entenderse como una pauta descriptiva**, no como una diferencia territorial consolidada.

El resultado no contradice la relación identificada en los apartados anteriores. Aunque la mayoría de las personas en soledad declara no tener problemas de salud mental, la proporción que sí los presenta es considerablemente mayor que en el conjunto de la población autonómica: **38,5% entre quienes se encuentran en soledad, frente al 18,8% del total de Castilla y León**. La diferencia responde a que ambos análisis utilizan denominadores distintos: uno calcula la prevalencia de la soledad dentro de cada estado de salud mental y el otro describe el estado de salud mental de quienes ya están en soledad.

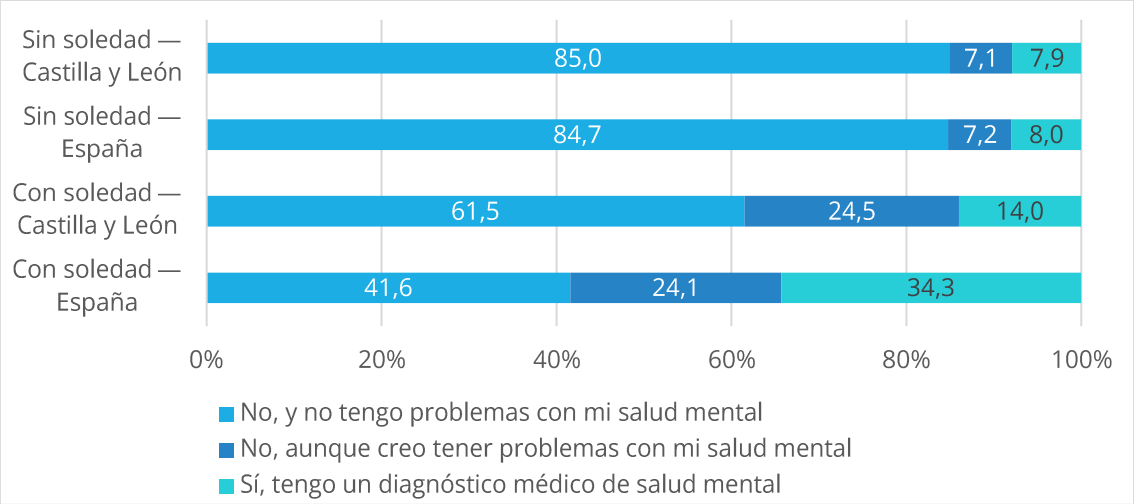
La distribución observada aporta dos implicaciones complementarias. Por un lado, **la soledad no deseada no debe interpretarse exclusivamente como un problema de salud mental**, ya que más de la mitad de las personas afectadas no declara este tipo de problemas. Por otro, la presencia de malestar percibido o diagnosticado en casi cuatro de cada diez personas muestra la necesidad de incorporar la salud mental a la detección y el acompañamiento de las situaciones de soledad.

Además, el mayor peso de la sospecha sin diagnóstico respecto al diagnóstico clínico en la muestra autonómica refuerza la conveniencia de establecer mecanismos de orientación y detección temprana fuera del ámbito estrictamente sanitario. Las políticas de prevención de la soledad deberían combinar, por tanto, **respuestas comunitarias y relacionales con canales accesibles de apoyo emocional y derivación a los servicios de salud mental cuando resulte necesario**.

El gráfico anterior mostraba cómo se distribuye el estado de salud mental dentro del grupo en situación de soledad no deseada. El siguiente análisis amplía esta perspectiva y compara el perfil de salud mental de quienes no se encuentran en soledad con el de quienes sí la experimentan.

En Castilla y León, el paso de "sin soledad" a "con soledad" reduce a menos de tres cuartas partes la proporción de personas sin problemas de salud mental (del 85,0% al 61,5%) y concentra el aumento del malestar, sobre todo, en la sospecha de problemas sin diagnóstico, que se multiplica por más de tres (del 7,1% al 24,5%).

Gráfico 20. Distribución de la población por su estado de salud mental según su situación de soledad no deseada, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026.

Entre las personas sin soledad no deseada, el perfil de salud mental en Castilla y León es claramente positivo: el 85,0% declara no tener problemas de salud mental, el 7,1% los sospecha sin diagnóstico y el 7,9% cuenta con un diagnóstico médico. La distribución es prácticamente idéntica a la nacional (84,7% / 7,2% / 8,0%), sin la sobrerrepresentación del diagnóstico clínico que se observa en otros territorios. En ausencia de soledad, por tanto, el perfil autonómico y el estatal apenas se diferencian.

Al entrar en el grupo de personas con soledad no deseada, el retrato cambia de forma apreciable, aunque con un patrón propio. En Castilla y León, el 61,5% declara no tener problemas de salud mental, el 24,5% los sospecha sin diagnóstico y el 14,0% cuenta con diagnóstico clínico. A nivel nacional, el grupo en soledad presenta un perfil marcadamente más cargado hacia el diagnóstico clínico (41,6% / 24,1% / 34,3%), con un peso de este 20 puntos superior al autonómico.

El contraste es nítido: en el conjunto del Estado, la soledad no deseada se asocia sobre todo a un fuerte incremento del diagnóstico clínico, mientras que **en Castilla y León el mayor peso del malestar vinculado a la soledad recae en la sospecha de problemas sin diagnóstico**. Dicho de otro modo, la soledad convive en la comunidad con un malestar emocional que, en buena parte, no ha llegado al sistema sanitario. Este resultado debe leerse teniendo presente el tamaño acotado del grupo en soledad de la muestra autonómica (72 personas).

Esta lectura es coherente con todo lo observado en el capítulo 6 y refuerza una idea clave, de signo distinto al de otros territorios: **en Castilla y León, la soledad no**

deseada tiende a aparecer asociada a un malestar emocional no diagnosticado en mayor medida que a un diagnóstico clínico formal. Ello sitúa la detección de la soledad menos en el sistema sanitario de salud mental, al que la mayoría de este colectivo no ha accedido por esta vía, y más en los **ámbitos comunitario, social y de atención primaria**, que constituyen los espacios con mayor capacidad para identificar y acompañar a estas personas antes de que el malestar se agrave. Aprovechar estos entornos para incorporar una mirada relacional y derivar hacia recursos de apoyo emocional y vínculo social se perfila, en el caso autonómico, como la palanca de intervención más pertinente.

6.2. Experiencias previas de soledad y salud mental

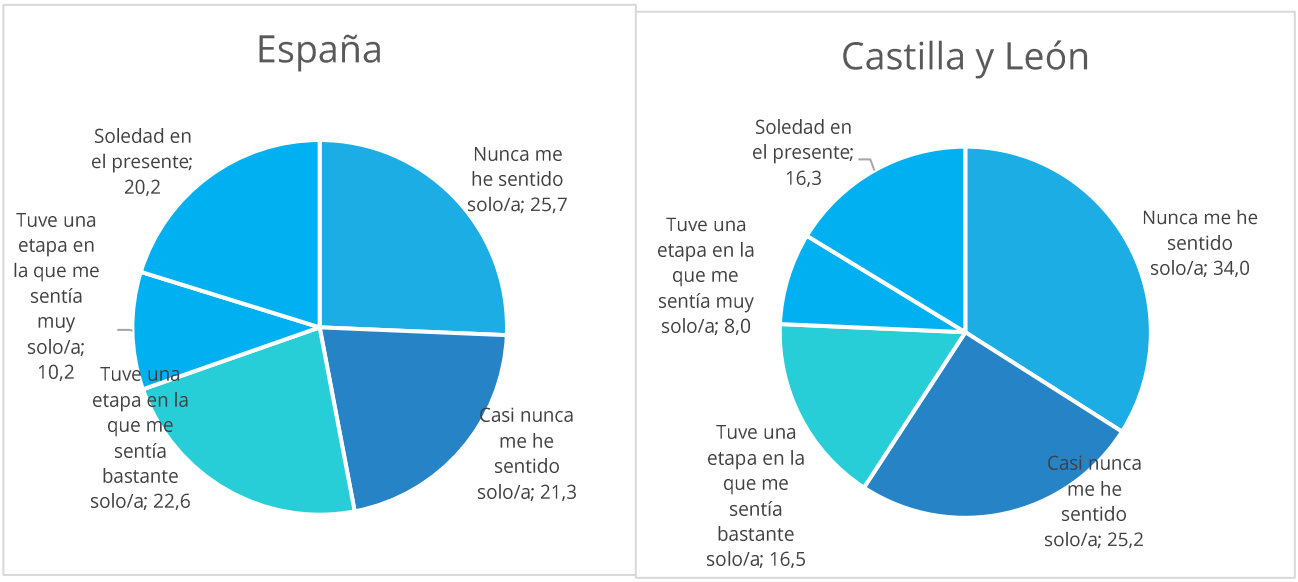
- **La soledad no deseada tiene un alcance biográfico relevante** en Castilla y León, aunque inferior al observado en el conjunto de España: el 66% de la población autonómica ha vivido una etapa de soledad no deseada o la experimenta en el presente, frente al 74,3% nacional.
- **Castilla y León presenta una situación comparativamente más favorable desde la perspectiva temporal:** el 59,2% de la población declara no haberse sentido nunca o casi nunca sola, frente al 47,0% en España.
- La **diferencia territorial se concentra sobre todo en la soledad pasada**, especialmente en las etapas de bastante o mucha soledad, más frecuentes en el conjunto del Estado que en Castilla y León.
- Las experiencias previas de soledad no deseada se asocian con una **peor salud mental** actual: la proporción de personas que han vivido soledad en el pasado aumenta claramente a medida que empeora la autopercepción del bienestar emocional.
- El **gradiente entre soledad pasada y salud mental autopercibida es nítido**: en Castilla y León, la soledad pasada afecta al 23,8% de quienes valoran su salud mental como buena o muy buena, al 46,9% de quienes la valoran como regular y al 77,1% de quienes la consideran mala o muy mala, aunque este último dato debe leerse con cautela por su reducida base muestral.
- La **relación entre soledad pasada y salud mental se reproduce también en España**, lo que refuerza la consistencia de la asociación, aunque los datos no permiten afirmar que sea más intensa en Castilla y León que en el promedio nacional.
- **La soledad pasada es más frecuente entre quienes cuentan con un diagnóstico clínico de salud mental:** en Castilla y León, algo más de la mitad de las personas con diagnóstico ha vivido etapas de soledad no

deseada en el pasado, frente a algo más de una cuarta parte entre quienes no tienen diagnóstico.

- **La asociación entre soledad pasada y diagnóstico existe en Castilla y León, pero parece menos intensa que en España,** en línea con el menor peso del diagnóstico clínico observado en la comunidad a lo largo del informe.
- La recuperación clínica de un diagnóstico previo **no se traduce necesariamente en una menor exposición a la soledad:** en Castilla y León, la prevalencia de soledad es ligeramente superior entre quienes tuvieron un diagnóstico y declaran haberse recuperado que entre quienes nunca tuvieron problemas diagnosticados, aunque la diferencia es reducida y no concluyente.

La encuesta permite también analizar la **incidencia de la soledad no deseada a lo largo de la vida**, no solo en el momento del estudio. La pregunta del cuestionario sobre experiencias previas de soledad permite distinguir entre quienes nunca han vivido una situación de este tipo, quienes la han vivido de manera puntual o intensa en algún momento del pasado, y quienes la sufren en el presente. Esta dimensión temporal aporta una perspectiva complementaria a la del análisis de la prevalencia actual.

Gráfico 21. Situación de la soledad a lo largo del tiempo, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Número total de respuestas España: 4.100; Castilla y León: 400

El 66,0% de la población de Castilla y León ha experimentado soledad no deseada en algún momento de su vida (todas las categorías salvo "nunca"),

frente al 74,3% del conjunto del Estado. La comunidad presenta, por tanto, una menor incidencia de la soledad no deseada también desde una perspectiva temporal: es notablemente más frecuente que en España no haberse sentido nunca o casi nunca solo/a (59,2% frente al 47,0% nacional, más de 12 puntos de diferencia).

En Castilla y León, la distribución de las experiencias de soledad a lo largo de la vida se reparte del siguiente modo:

- **Sin soledad o casi sin soledad:** el 34,0% declara no haberse sentido nunca solo/a y el 25,2% afirma que casi nunca lo ha experimentado (59,2% en conjunto).
- **Soledad pasada:** el 16,5% atravesó una etapa en la que se sentía bastante solo/a y el 8,0% una etapa de mucha soledad.
- **Soledad en el presente:** el 16,3% se encuentra en una situación de soledad no deseada en la actualidad.

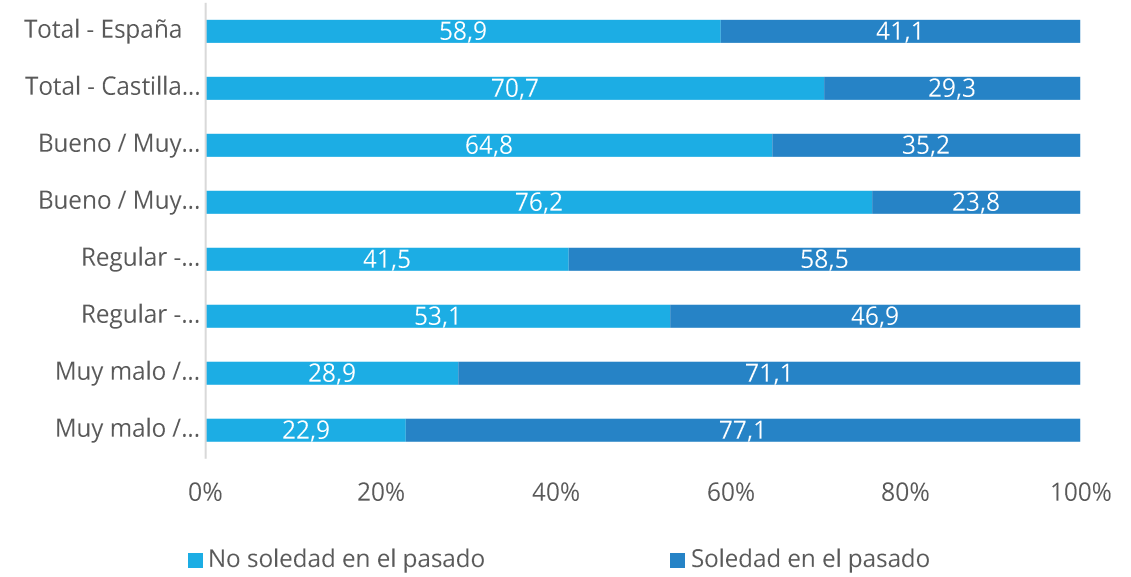
En conjunto, el 40,8% de la población de Castilla y León ha vivido una etapa de soledad no deseada a lo largo de su vida o la sufre en el momento actual.

España 2026 muestra una distribución sensiblemente menos favorable: un 25,7% no se ha sentido nunca solo/a y un 21,3% casi nunca (47,0% en total), mientras que un 22,6% pasó por una etapa de bastante soledad, un 10,2% por una etapa de mucha soledad y un 20,2% la vive en el presente. La incidencia acumulada de la soledad no deseada a lo largo de la vida alcanza, así, al 53,0% de la población española, frente al 40,8% de Castilla y León, **una diferencia de 12,2 puntos porcentuales** que se concentra sobre todo en los tramos de soledad pasada (bastante y mucha soledad) y, en menor medida, en la prevalencia actual.

Estos resultados muestran que la soledad no deseada es una experiencia ampliamente extendida en el conjunto de la sociedad, que va más allá de las cifras de prevalencia actual. No obstante, en Castilla y León su alcance biográfico es claramente inferior al del conjunto del país: mientras que en España más de la mitad de la población ha atravesado en algún momento una etapa de soledad no deseada, en la comunidad esa proporción se sitúa por debajo de dos de cada cinco personas. Esta dimensión biográfica resulta relevante por dos motivos. En primer lugar, porque sitúa la soledad como un fenómeno transversal a lo largo del ciclo vital, vinculado a transiciones, pérdidas o situaciones críticas. En segundo lugar, porque las experiencias pasadas de soledad pueden dejar efectos persistentes sobre la salud mental, lo que confiere valor preventivo a su identificación temprana incluso cuando no se manifiestan en el presente.

El cruce entre las experiencias previas de soledad no deseada y la autopercepción del estado de salud mental permite valorar en qué medida la soledad vivida en el pasado deja una huella sobre el bienestar emocional actual. Los datos de Castilla y León muestran una asociación clara entre ambos fenómenos: **la soledad pasada se concentra de manera creciente a medida que empeora la valoración actual de la salud mental.** Entre las personas con autopercepción buena o muy buena de su salud mental, el 23,8% declara haber atravesado en algún momento de su vida una etapa de soledad no deseada. La proporción asciende al 46,9% en el grupo con autopercepción regular y alcanza el 77,1% entre quienes valoran su salud mental como mala o muy mala. Este último valor debe tomarse como orientativo, al apoyarse en un número muy reducido de casos dentro de la muestra autonómica.

Gráfico 22. Relación entre la soledad en el pasado y la auto percepción del estado de salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. El gráfico muestra el cruce de dos preguntas. Pregunta 1. Antes ha declarado no sentirse sólo/a, ¿en algún momento de su vida ha pasado por alguna etapa que se sentía sólo/a sin desearlo? Pregunta 2. En los últimos 12 meses, ¿dirías que tu estado de salud mental ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo? P-valor estadísticamente significativo. Número total de respuestas España: 3.367; Castilla y León: 341

El conjunto de España 2026 reproduce el mismo gradiente: el 35,2% de las personas con autopercepción buena o muy buena ha vivido una etapa de soledad en el pasado, el 58,5% entre quienes la valoran como regular y el 71,1% entre quienes la consideran mala o muy mala. La comparación territorial ofrece dos lecturas de distinta solidez:

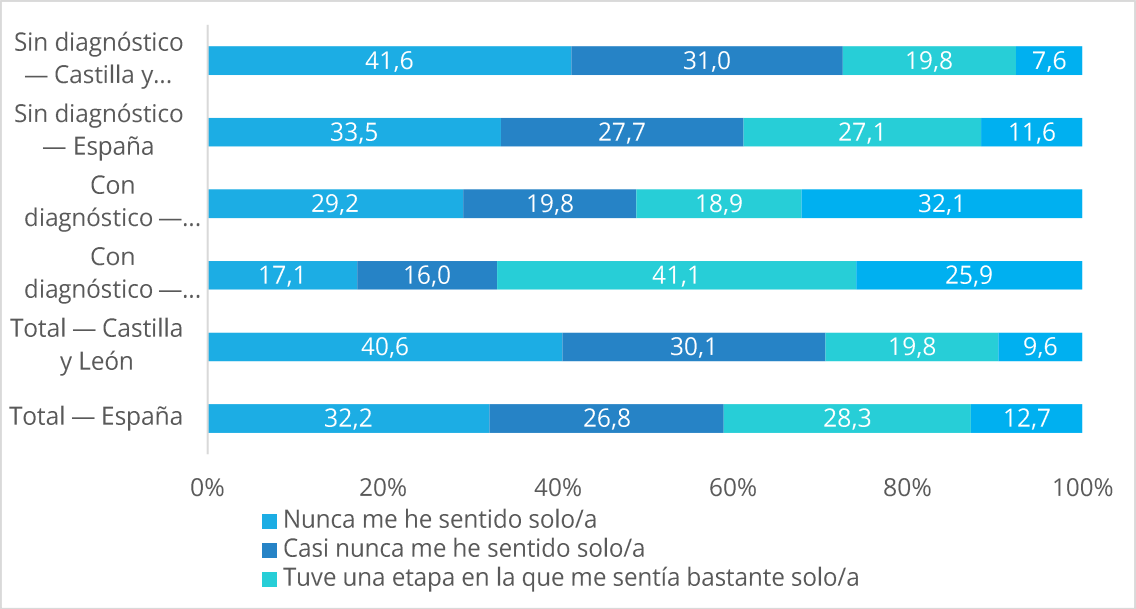
- **En los dos grupos con base muestral suficiente, Castilla y León se sitúa por debajo de la media nacional:** 23,8% frente al 35,2% en autopercepción buena o muy buena, y 46,9% frente al 58,5% en la valoración regular. También el total autonómico es inferior al estatal (29,3% frente al 41,1%), en coherencia con la menor incidencia biográfica de la soledad observada en el apartado anterior.
- **En el extremo negativo, el valor autonómico (77,1%) supera al nacional (71,1%)**, si bien el escaso número de casos de este grupo impide sostener la comparación con garantías y desaconseja interpretarlo como un rasgo estructural del territorio.

En consecuencia, aunque la distancia entre los extremos del gradiente resulte aritméticamente mayor en Castilla y León (53,3 puntos) que en el conjunto del Estado (35,9 puntos), esa mayor amplitud se explica en buena parte por la fragilidad del valor correspondiente a la autopercepción más negativa. La lectura prudente se limita, por tanto, a constatar que **el gradiente existe y es nítido —las experiencias previas de soledad se concentran entre quienes hoy perciben peor su salud mental—**, sin que la muestra autonómica permita afirmar que esa asociación sea más intensa en la comunidad que en el promedio nacional.

Esta evidencia confirma que las experiencias pasadas de soledad no deseada dejan una huella significativa sobre el bienestar emocional actual, en línea con la literatura científica que apunta a los efectos persistentes de la soledad sobre la salud mental incluso una vez superada la situación. Ello refuerza la importancia de las políticas de prevención y atención temprana, así como del acompañamiento a las personas que han vivido etapas de soledad, con el fin de evitar que esa huella se traduzca en un deterioro sostenido de su salud mental.

El cruce entre las experiencias previas de soledad no deseada y la existencia de un diagnóstico clínico de salud mental permite valorar en qué medida la soledad vivida en el pasado se asocia a una mayor probabilidad de contar hoy con un diagnóstico médico. Los datos confirman esta asociación también en Castilla y León: **la soledad pasada es sustancialmente más frecuente entre quienes cuentan con un diagnóstico clínico que entre quienes no lo tienen.**

Gráfico 23. Relación entre la soledad en el pasado y la existencia de un problema de salud mental diagnosticado, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo para España. Número total de respuestas españa: 3.367; Castilla y León: 341

Entre las personas con diagnóstico médico de salud mental, algo más de la mitad ha vivido en el pasado etapas de soledad no deseada (18,9% una etapa en la que se sentía bastante solo/a y 32,1% una etapa de mucha soledad, un 51,0% en conjunto). Entre quienes no cuentan con diagnóstico, la proporción desciende a poco más de una cuarta parte (19,8% y 7,6% respectivamente, un 27,4% en total). Las cifras del grupo con diagnóstico deben tomarse como orientativas, dado el reducido número de casos que lo integran en la muestra autonómica; conviene además apoyar la lectura en el peso conjunto de la soledad pasada, más estable que su reparto interno entre "bastante" y "mucha" soledad.

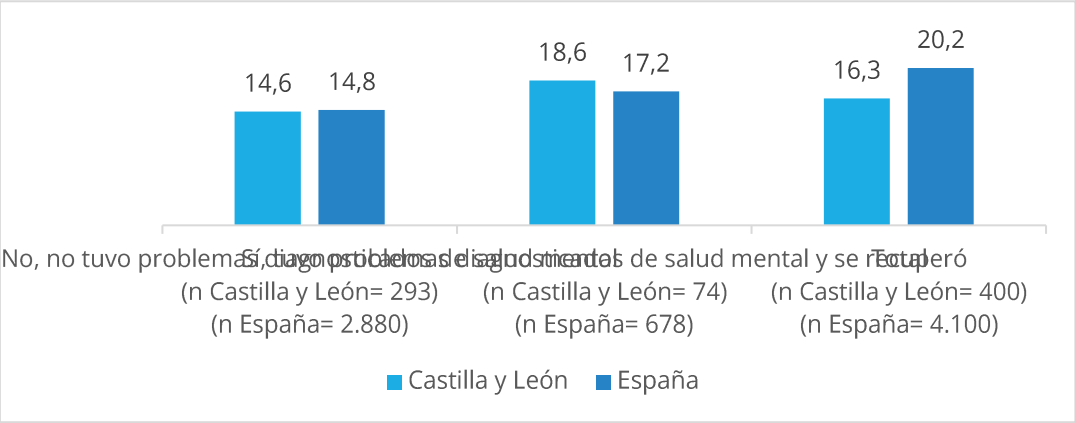
El conjunto de España 2026 reproduce el mismo patrón, con mayor intensidad. Entre las personas con diagnóstico clínico, el 41,1% ha vivido una etapa de bastante soledad y el 25,9% una etapa de mucha soledad (un 67,0% en conjunto), mientras que entre quienes no cuentan con diagnóstico estas cifras son del 27,1% y el 11,6% (un 38,7% en total). La distancia entre ambos grupos alcanza los 28,3 puntos a nivel nacional, frente a los 23,6 puntos observados en Castilla y León.

La comparación territorial resulta coherente con la lógica que atraviesa todo el capítulo: en ambos grupos, la incidencia de soledad pasada es menor en Castilla y León que en el conjunto del Estado (51,0% frente al 67,0% entre quienes tienen diagnóstico; 27,4% frente al 38,7% entre quienes no lo tienen). La brecha entre uno y otro grupo es, además, algo más comprimida en la comunidad. A diferencia de lo

observado en otros territorios, donde el gradiente resultaba especialmente acusado por el fuerte peso del diagnóstico clínico, **en Castilla y León la asociación entre soledad pasada y diagnóstico existe con claridad, pero es menos intensa que la media nacional**, en línea con el menor peso del diagnóstico clínico que la comunidad presenta en el conjunto del informe.

Este último cruce del apartado distingue entre quienes nunca tuvieron un diagnóstico de salud mental y quienes lo tuvieron en el pasado, pero ya se han recuperado, para comprobar si la huella de un diagnóstico previo persiste, en términos de soledad no deseada, una vez superado clínicamente el problema. En Castilla y León, la recuperación clínica no se traduce en una menor exposición a la soledad. Al contrario: la prevalencia de la soledad no deseada es del 14,6% entre quienes nunca tuvieron un problema de salud mental diagnosticado y del 18,6% entre quienes lo tuvieron y se recuperaron, es decir, cuatro puntos más alta en el segundo grupo. Es un comportamiento **muy próximo al del conjunto del Estado**, que dibuja la misma dirección (14,8% frente al 17,2%, con una diferencia de 2,4 puntos).

Gráfico 24. Prevalencia de la soledad no deseada según se haya recuperado de problemas de salud mental diagnosticados en el pasado, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P27. ¿Y en el pasado tuvo algún diagnóstico medico de salud mental del cual se haya recuperado? P-valor estadísticamente no significativo.

En el conjunto de **España**, se observa una pauta similar. La prevalencia de la soledad no deseada alcanza el **14,8% entre quienes nunca tuvieron problemas diagnosticados** y el **17,2% entre quienes tuvieron un diagnóstico y declaran haberse recuperado**, una diferencia de 2,4 puntos porcentuales. También a escala nacional la distancia es reducida y no permite establecer una asociación concluyente.

La comparación territorial muestra una notable proximidad entre los resultados. Entre las personas sin antecedentes diagnósticos, la prevalencia es prácticamente idéntica en Castilla y León y España, 14,6% y 14,8%, respectivamente. Entre quienes declaran haberse recuperado de un diagnóstico previo, los porcentajes se sitúan en el 18,6% y el 17,2%. Esta segunda diferencia, de 1,4 puntos, debe leerse únicamente de forma descriptiva debido al tamaño del grupo autonómico.

En conjunto, **Castilla y León reproduce el patrón observado en España: la prevalencia de la soledad es ligeramente superior entre las personas con antecedentes de un diagnóstico, pero las diferencias son reducidas y no concluyentes**. Los datos no permiten afirmar que el malestar relacional persista después de la recuperación ni identificar cuándo aparecieron la soledad y el problema de salud mental.

El concepto de recuperación utilizado, además, procede de la propia declaración de la persona encuestada. No permite conocer el tipo de diagnóstico, su duración, el tratamiento recibido ni el grado de recuperación clínica y funcional. Tampoco ofrece información sobre la evolución de las relaciones sociales durante ese proceso.

Desde la perspectiva de las políticas públicas, el resultado sugiere la conveniencia de incorporar la **dimensión relacional y comunitaria a los procesos de recuperación y seguimiento en salud mental**, sin asumir que todas las personas con antecedentes diagnósticos presentan un mayor riesgo de soledad. La recuperación clínica y la reconstrucción de vínculos sociales pueden requerir apoyos diferentes, por lo que resulta pertinente considerar ambas dimensiones dentro de una atención integral.

6.3. Duración de las experiencias de soledad

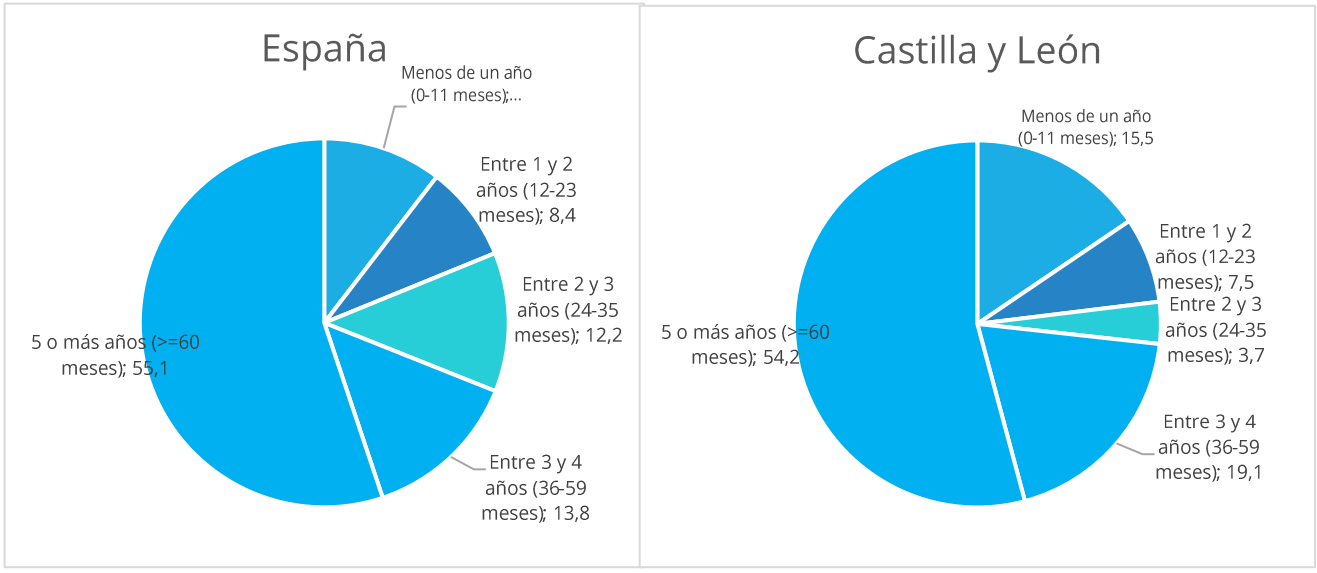
- La duración de la soledad no deseada debe **interpretarse con cautela** en Castilla y León, ya que el análisis se basa en una muestra reducida de personas que la sufren en el momento del estudio (54 personas).
- **Más de la mitad de las personas afectadas lleva cinco años o más en esta situación**, una proporción prácticamente idéntica a la observada en España.
- **La soledad de larga duración concentra la mayor parte de los casos**: algo más de tres cuartas partes de las personas en soledad llevan al menos dos años en esta situación, tanto en Castilla y León como en el conjunto del Estado.
- El perfil autonómico **reproduce en gran medida el patrón nacional**, sin que los datos permitan identificar diferencias territoriales consolidadas en la duración de la soledad.

- El principal reto no se sitúa en los episodios recientes, sino en las **situaciones persistentes**, que requieren respuestas sostenidas en el tiempo y no intervenciones puntuales.

El análisis de la duración de la soledad no deseada se refiere, por definición, únicamente a quienes la sufren en el momento del estudio. En Castilla y León este colectivo está formado por 54 personas, una base reducida que obliga a leer el conjunto del apartado con cautela y que desaconseja extraer conclusiones de los tramos de duración con menor número de casos. El foco se sitúa, por ello, en los rasgos más robustos de la distribución.

El hallazgo principal, y el más sólido, es que **la soledad no deseada tiene en Castilla y León un carácter marcadamente crónico, prácticamente idéntico al del conjunto del Estado**. Más de la mitad de las personas que la sufren la arrastran desde hace cinco años o más (54,2% en la comunidad, frente al 55,1% nacional). Si se amplía la mirada a la soledad de larga duración, dos años o más, esta agrupa a algo más de tres cuartas partes del colectivo tanto en Castilla y León como en España. La soledad no deseada, cuando aparece, rara vez es un episodio pasajero: en su mayoría se ha instalado de forma persistente en la vida de las personas.

Gráfico 25. Distribución de la duración de la soledad no deseada, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Número total de respuestas España: 699; Castilla y León: 54

En el conjunto de **España**, el 10,4% lleva menos de un año en soledad; el 8,4%, entre uno y dos años; el 12,2%, entre dos y tres años; el 13,8%, entre tres y cuatro años; y el 55,1%, cinco años o más. En términos agregados, **el 68,9% de las personas en**

soledad en España lleva al menos tres años en esta situación, frente al 73,3% observado en Castilla y León.

La principal coincidencia entre ambos territorios se encuentra en el tramo de mayor duración: el porcentaje de personas que lleva cinco años o más en soledad es prácticamente idéntico, 54,2% en Castilla y León y 55,1% en España. La diferencia en el conjunto de situaciones de tres o más años es de 4,4 puntos, aunque la base autonómica no permite considerar esta distancia como una particularidad territorial consolidada.

El perfil de duración de la soledad no deseada en Castilla y León reproduce en gran medida el observado en el conjunto de España. La elevada concentración de personas en situaciones de tres o más años de duración y, especialmente, de cinco o más años, apunta a que la soledad no deseada constituye con frecuencia una experiencia prolongada en el tiempo. Aunque el tamaño de la muestra limita la identificación de diferencias territoriales, los datos sugieren que el principal reto no se encuentra tanto en episodios recientes de soledad como en situaciones que se mantienen durante largos periodos y que, previsiblemente, requieren respuestas sostenidas en el tiempo.

6.4. Soledad y salud mental por sexo y edad

- **Entre las personas sin diagnóstico de salud mental, las diferencias por sexo son moderadas**: la prevalencia de la soledad no deseada es del 14,2% entre los hombres y del 16,7% entre las mujeres, valores próximos a los observados en España.
- **Por edad, el porcentaje más elevado entre la población sin diagnóstico corresponde al grupo de 18 a 34 años (25,1%)**, seguido de las personas de 55 y más años (14,6%) y del grupo de 35 a 54 años (11,1%).
- En términos agregados, la **prevalencia observada es mayor entre las personas con diagnóstico de salud mental (25,8%)** que entre quienes no tienen diagnóstico (15,4%). No obstante, la distribución por sexo y edad no permite identificar un patrón suficientemente estable.
- La asociación observada entre diagnóstico y soledad debe interpretarse atendiendo al **contexto social y comunitario**, incluidas las posibles barreras para la participación, el estigma o la disponibilidad de apoyos adecuados, y no como una consecuencia directa del diagnóstico.

El análisis conjunto del sexo, la edad y el estado de salud mental permite profundizar en los perfiles asociados a la soledad no deseada. No obstante, estos

cruces deben interpretarse con especial cautela. En Castilla y León, **solo 33 personas de la muestra declaran tener un diagnóstico médico de salud mental** y, al distribuirlas por sexo o edad, el número de casos de cada categoría se reduce considerablemente.

Por este motivo, los resultados correspondientes a la población con diagnóstico ofrecen **una aproximación exploratoria**: permiten identificar posibles patrones, pero no sostienen conclusiones firmes sobre las diferencias entre hombres y mujeres, entre grupos de edad o entre Castilla y León y el conjunto de España. Entre las personas **sin un problema de salud mental diagnosticado**, la prevalencia de la soledad no deseada en Castilla y León es del **14,2% entre los hombres** y del **16,7% entre las mujeres**. La diferencia entre ambos sexos es reducida, de **2,5 puntos porcentuales**, y reproduce prácticamente los valores observados en España: 13,9% y 16,4%, respectivamente.

Tabla 1. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y sexo, Castilla y León y España

	Sin un problema de salud mental diagnosticado		**Con un problema de salud mental diagnosticado**	
	España	**Castilla y León**	**España**	**Castilla y León**
Hombre (n Castilla y León=187 n España=1947)	13,9%	14,2%	45,1%	30,0%
Mujer (n Castilla y León=213 n España=2151)	16,4%	16,7%	54,7%	24,6%

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo para España.

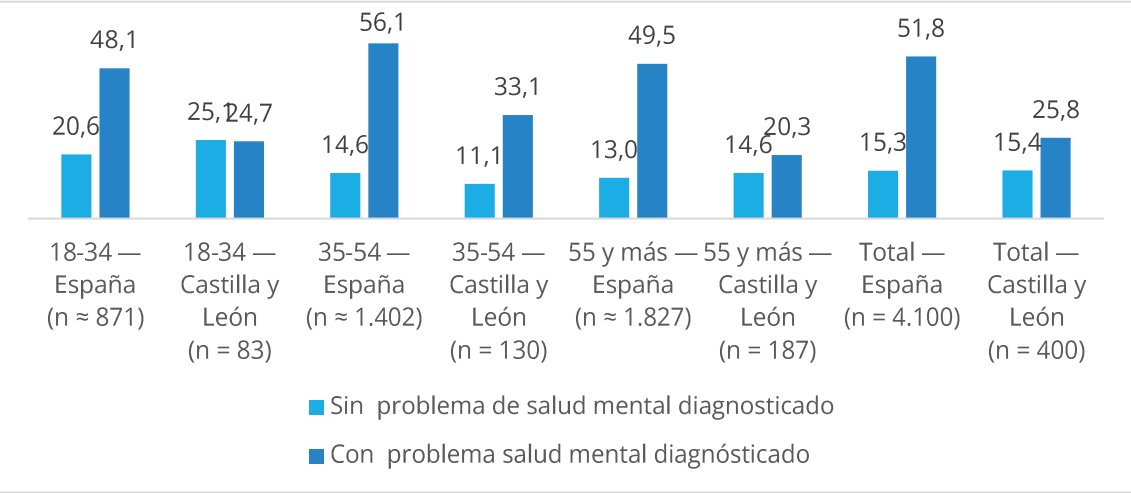
Entre las personas **con un diagnóstico médico de salud mental**, la prevalencia observada asciende al **30,0% entre los hombres** y al **24,6% entre las mujeres**. En términos descriptivos, esto supone:

- Entre los hombres, un incremento de **15,8 puntos** respecto a quienes no tienen diagnóstico, del 14,2% al 30,0%.
- Entre las mujeres, un incremento de **7,9 puntos**, del 16,7% al 24,6%.

Los datos apuntan, por tanto, a una mayor presencia de soledad no deseada entre las personas con diagnóstico de salud mental.

El **cruce por edad** reproduce la misma lógica. Entre las personas sin diagnóstico, Castilla y León sigue de cerca el perfil nacional y mantiene la concentración de la soledad en la juventud: la prevalencia es del 25,1% entre los 18 y los 34 años el valor más alto y algo por encima del 20,6% estatal, del 11,1% entre los 35 y los 54 años y del 14,6% entre las personas de 55 y más años, con un total (15,4%) equivalente al nacional (15,3%).

Gráfico 26. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y edad, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo para España.

Entre las personas con diagnóstico, los valores autonómicos por tramo de edad (24,7% en 18-34, **33,1% en 35-54** y 20,3% en 55 y más) se apoyan en subgrupos **demasiado pequeños** para sostener una comparación fiable entre edades, por lo que no cabe extraer de ellos un patrón etario. Sí resiste la lectura de conjunto: **en todos los tramos, y muy especialmente en el total, la prevalencia de soledad entre las personas diagnosticadas es notablemente inferior en Castilla y León que en España (25,8% frente al 51,8%).** Resulta llamativo, además, que en la **franja joven la prevalencia apenas difiera** entre quienes tienen diagnóstico y quienes no lo tienen (24,7% frente al 25,1%), un contraste marcado con el conjunto del Estado donde el diagnóstico más que **duplica la soledad** en ese tramo; conviene, de nuevo, atribuirlo con cautela al tamaño de la submuestra.

6.5. Malestar psicológico, pensamientos autolesivos y otras experiencias de vulnerabilidad

► **El porcentaje de personas que declara haber experimentado sufrimiento psicológico aumenta cuando coinciden la soledad no**

deseada y un diagnóstico de salud mental: alcanza el 88,1%, frente al 19,9% entre quienes no presentan ninguna de estas dos situaciones.

- **La soledad no deseada se relaciona con niveles elevados de sufrimiento psicológico también entre las personas sin diagnóstico**: el porcentaje asciende al 58,3%, frente al 19,9% entre quienes tampoco se encuentran en situación de soledad.
- **La atención al sufrimiento psicológico no debe limitarse a las personas con diagnóstico clínico**, ya que una parte importante del malestar se manifiesta entre personas en situación de soledad que no han sido diagnosticadas.
- **Más de la mitad de las personas que combinan soledad no deseada y diagnóstico de salud mental en Castilla y León (52,3%) declara haber tenido pensamientos autolesivos o suicidas durante el último año**, frente al 1,9% entre quienes no presentan ninguna de estas dos situaciones.
- **La prevalencia también es elevada entre las personas en situación de soledad que no cuentan con diagnóstico**: alcanza el 24,2%, es decir, casi una de cada cuatro.
- **Los datos muestran una asociación entre la soledad no deseada y los pensamientos autolesivos o suicidas tanto entre las personas con diagnóstico como entre quienes no lo tienen**, aunque el reducido tamaño de los cruces aconseja interpretar las cifras con cautela.

El cruce de la **situación de soledad no deseada** y la **existencia de un diagnóstico de salud mental** con la experiencia de sufrimiento psicológico en los últimos 12 meses permite observar cómo se distribuye el malestar emocional cuando ambas situaciones aparecen por separado o conjuntamente. Los datos muestran una asociación clara entre estas variables, aunque, por el carácter transversal de la encuesta, **no permiten establecer relaciones causales**.

En Castilla y León, el **88,1% de las personas que se encuentran en situación de soledad no deseada y cuentan con un diagnóstico de salud mental** declara haber experimentado sufrimiento psicológico durante los últimos 12 meses. En el extremo opuesto, este porcentaje se reduce al **19,9% entre quienes no están en situación de soledad y tampoco tienen diagnóstico**

Tabla 2. Porcentaje de personas que declaran haber sufrido sufrimiento psicológico en los últimos 12 meses por situación de soledad y de salud mental, Castilla y León y España

	Sin diagnóstico	Con diagnóstico

	España	Castilla y León	España	Castilla y León
Sin soledad (n Castilla y León=338 n España=3.179)	24,7%	19,9%	69,2%	53,1%
Con soledad (n Castilla y León=59 n España=727)	58,1%	58,3%	85,2%	88,1%

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Nota: Esta tabla se opta por mostrar el porcentaje de personas que declaran haber sufrido sufrimiento psicológico en los últimos 12 meses en lugar de la prevalencia de la soledad no deseada. P-valor estadísticamente significativo.

Entre las personas **sin soledad no deseada**, el sufrimiento psicológico afecta al **19,9% de quienes no tienen diagnóstico** y al **53,1% de quienes sí cuentan con él**, una diferencia de **33,2 puntos porcentuales**. El diagnóstico identifica, por tanto, a un grupo en el que la presencia de sufrimiento psicológico es mayor, incluso cuando no existe una situación actual de soledad.

La soledad también introduce diferencias relevantes entre las personas **sin diagnóstico de salud mental**. En este grupo, el porcentaje que declara sufrimiento psicológico pasa del **19,9% entre quienes no están en situación de soledad** al **58,3% entre quienes sí lo están**, lo que supone una diferencia de **38,4 puntos**. Este resultado muestra que el sufrimiento psicológico está ampliamente presente entre las personas en situación de soledad, aunque no cuenten con un diagnóstico clínico.

Cuando coinciden **soledad no deseada y diagnóstico**, el porcentaje alcanza el **88,1%**, casi 30 puntos por encima del observado entre las personas en soledad sin diagnóstico (58,3%) y 35 puntos por encima del correspondiente a quienes tienen diagnóstico, pero no están en situación de soledad (53,1%). La coexistencia de ambas situaciones configura, por tanto, el grupo con mayor presencia de sufrimiento psicológico, si bien el reducido tamaño de estas submuestras aconseja interpretar las diferencias concretas con prudencia.

El conjunto de **España 2026** presenta una distribución similar. El sufrimiento psicológico afecta al **24,7%** de quienes no tienen ni soledad ni diagnóstico, al **69,2%** de las personas con diagnóstico y sin soledad, al **58,1%** de quienes están en soledad sin diagnóstico y al **85,2%** de quienes combinan ambas situaciones. La proximidad territorial es especialmente clara entre las personas en situación de soledad: el porcentaje correspondiente al grupo sin diagnóstico es prácticamente idéntico en

Castilla y León y España (58,3% y 58,1%), mientras que entre quienes cuentan con diagnóstico se sitúa en el 88,1% y el 85,2%, respectivamente. Las diferencias observadas en los grupos con diagnóstico deben considerarse únicamente descriptivas debido al reducido número de casos disponibles en Castilla y León.

Desde el punto de vista de la intervención, el **58,3% registrado entre las personas en soledad sin diagnóstico** señala la importancia de que la prevención y la detección del sufrimiento psicológico alcancen también a quienes todavía no han accedido al sistema sanitario. Al mismo tiempo, el elevado porcentaje observado cuando coinciden soledad y diagnóstico refuerza la conveniencia de incorporar la dimensión relacional y comunitaria a la atención en salud mental.

El cruce entre la **situación de soledad no deseada**, la **existencia de un diagnóstico de salud mental** y la presencia de **pensamientos autolesivos o suicidas** durante los últimos 12 meses permite analizar uno de los indicadores más relevantes de malestar emocional. Los resultados muestran una asociación entre estas variables: los porcentajes aumentan cuando existe soledad no deseada o diagnóstico y alcanzan su valor más elevado cuando ambas situaciones coinciden.

En Castilla y León, **más de la mitad de las personas que combinan soledad no deseada y diagnóstico de salud mental (52,3%)** declara haber tenido pensamientos autolesivos o suicidas durante el último año. En cambio, entre quienes no se encuentran en situación de soledad y tampoco tienen diagnóstico, el porcentaje se sitúa en el **1,9%**.

Tabla 3. Porcentaje de personas que han tenido o sentido pensamientos autolesivos o suicidas en los últimos 12 meses por situación de soledad y de salud mental, Castilla y León y España

	Sin diagnóstico		**Con diagnóstico**	
	España	**Castilla y León**	**España**	**Castilla y León**
Sin soledad (n Castilla y León=341 n España=3.373)	2,1%	1,9%	14,1%	15,1%
Con soledad (n Castilla y León=59 n España=727)	13,7%	24,2%	43,8%	52,3%

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

Entre las personas **sin soledad no deseada y sin diagnóstico**, la presencia de estos pensamientos es reducida tanto en Castilla y León (1,9%) como en España (2,1%). Entre quienes no están en situación de soledad, pero sí cuentan con un diagnóstico de salud mental, el porcentaje asciende al **15,1% en Castilla y León**, un valor próximo al 14,1% registrado a nivel nacional.

La presencia de pensamientos autolesivos o suicidas aumenta entre las personas en situación de **soledad no deseada**. Entre quienes no tienen diagnóstico, el porcentaje alcanza el **24,2% en Castilla y León**, frente al 1,9% observado entre las personas que tampoco se encuentran en soledad. Esto supone una diferencia de **22,3 puntos porcentuales** y muestra que este tipo de pensamientos también está presente entre personas que no han recibido un diagnóstico clínico. El porcentaje más elevado corresponde al grupo en el que coinciden **soledad no deseada y diagnóstico de salud mental**: el **52,3%** declara haber tenido pensamientos autolesivos o suicidas durante los últimos 12 meses. La cifra se sitúa **28,1 puntos por encima** de la registrada entre las personas en soledad sin diagnóstico (24,2%) y **37,2 puntos por encima** de la observada entre quienes tienen diagnóstico, pero no están en situación de soledad (15,1%).

El conjunto de **España 2026** presenta la misma distribución general: los porcentajes pasan del **2,1%** entre quienes no tienen soledad ni diagnóstico al **13,7%** entre las personas en soledad sin diagnóstico, al **14,1%** entre quienes tienen diagnóstico sin soledad y al **43,8%** cuando coinciden ambas situaciones. En términos descriptivos, Castilla y León registra porcentajes superiores a los nacionales en los dos grupos en situación de soledad: **24,2% frente al 13,7%** entre las personas sin diagnóstico y **52,3% frente al 43,8%** entre quienes cuentan con él. Sin embargo, el reducido tamaño de las submuestras autonómicas no permite considerar estas diferencias territoriales como resultados consolidados.

El diagnóstico debe entenderse en este análisis como un **indicador de necesidades de atención y apoyo**, dentro de un contexto en el que también intervienen las condiciones sociales y relacionales. El estigma, las barreras para la participación o la insuficiencia de apoyos pueden intensificar el aislamiento y dificultar el acceso a recursos de ayuda, especialmente cuando coinciden con una situación de soledad no deseada.

Los resultados señalan así **dos espacios complementarios de actuación: los servicios de salud mental, como posibles puntos de detección y valoración de la soledad, y los recursos sociales y comunitarios, como espacios para**

identificar situaciones de malestar y facilitar el acceso a apoyos especializados. El 24,2% observado entre las personas en soledad sin diagnóstico refuerza la importancia de esta coordinación y de que la prevención no quede limitada al ámbito sanitario.

7. Factores asociados y ámbitos específicos de vulnerabilidad

El análisis de los factores asociados a la **soledad no deseada** y a la **salud mental** requiere superar una lectura basada exclusivamente en variables aisladas para adoptar un enfoque que permita comprender estos fenómenos como el resultado de un **sistema de desigualdades estructurales**. En este sentido, las diferencias observadas en función de variables como el **nivel educativo**, la **situación económica**, la **discapacidad**, el **tipo de hogar** o el **entorno territorial** no deben interpretarse únicamente como correlaciones independientes, sino como parte de una realidad más compleja en la que operan múltiples condicionantes interrelacionados.

Desde esta perspectiva, resulta especialmente relevante el concepto de **"acumulación de desventajas"**, que hace referencia a la forma en que distintos factores de vulnerabilidad tienden a concentrarse en determinadas personas o grupos sociales, reforzándose mutuamente a lo largo del tiempo. Así, una persona que experimenta dificultades económicas puede ver limitadas sus oportunidades de participación social, lo que incrementa el riesgo de soledad no deseada; si a ello se suma una situación de discapacidad en un entorno con barreras, o un deterioro de la salud mental, el impacto se intensifica, generando trayectorias de exclusión más profundas y persistentes.

En consecuencia, los resultados que se presentan en este capítulo deben leerse desde una **lógica de interacción y refuerzo entre factores**. La **pobreza**, la **discapacidad**, la **salud mental** o el **aislamiento residencial** no actúan de manera independiente, sino que configuran un **entramado en el que cada elemento puede amplificar los efectos de los demás**. Esta interacción produce situaciones de mayor vulnerabilidad estructural, en las que la probabilidad de experimentar soledad no deseada aumenta significativamente.

Adoptar esta mirada permite, además, desplazar el foco desde una interpretación centrada en las características individuales hacia una comprensión basada en las **condiciones sociales que facilitan o dificultan la construcción de vínculos**. En este sentido, la soledad no deseada no puede entenderse únicamente como una experiencia personal, sino como el **resultado de contextos sociales, económicos**

y relacionales que generan oportunidades desiguales para la participación y la integración en la comunidad.

Por tanto, el análisis de los diferentes factores asociados que se presenta a continuación no pretende únicamente identificar perfiles de mayor incidencia, sino contribuir a comprender los **mecanismos a través de los cuales se configuran estas desigualdades**, proporcionando así una base más sólida para el diseño de políticas públicas e intervenciones orientadas a la reducción de la soledad no deseada desde una **perspectiva estructural, inclusiva y basada en derechos**. La perspectiva comparada **Castilla y León–España** que se mantiene a lo largo del capítulo permite, además, identificar aquellos ámbitos en los que la realidad autonómica se distancia del promedio estatal y orientar las recomendaciones a la realidad específica de la comunidad.

7.1. Factores sociodemográficos y económicos

- **La situación económica mantiene la relación más consistente con los dos fenómenos analizados.** En Castilla y León, el porcentaje de personas con un diagnóstico de salud mental asciende del 6,3% entre quienes llegan con facilidad a fin de mes al 16,0% entre quienes lo hacen con dificultad. A su vez, entre las personas sin diagnóstico, la prevalencia de la soledad pasa del 12,9% al 24,0%.
- **Las dificultades económicas adquieren una relevancia aún mayor cuando coinciden con un diagnóstico de salud mental.** Dentro de este grupo, la soledad no deseada alcanza el 38,4% entre quienes llegan con dificultad a fin de mes, frente al 13,5% entre quienes llegan con facilidad. Aunque esta diferencia debe interpretarse de manera descriptiva, apunta a una posible acumulación de vulnerabilidades económicas y de salud.
- **El nivel educativo presenta una asociación más moderada y no se comporta de la misma manera en todos los grupos.** Entre las personas sin diagnóstico, la soledad no deseada es menos frecuente entre quienes tienen educación superior (11,5%) que entre quienes no cuentan con ella (17,3%). Esta pauta prácticamente reproduce la observada en España, pero no aparece con claridad entre la población diagnosticada.
- **La discriminación es el factor que concentra la mayor diferencia en la prevalencia de la soledad no deseada.** En Castilla y León, la soledad afecta al 52,3% de las personas que han sufrido o sentido discriminación durante el último año, frente al 13,8% de quienes no han vivido esta experiencia. La prevalencia observada es, por tanto, casi cuatro veces superior.
- **La relación entre discriminación y soledad también aparece entre las personas que no cuentan con un diagnóstico de salud mental.** En este

grupo, la prevalencia pasa del 13,5% entre quienes no han sufrido discriminación al 44,4% entre quienes sí la han experimentado. Este resultado muestra que la asociación no queda circunscrita a la población con problemas de salud mental diagnosticados.

- **La exposición al acoso señala otro posible ámbito de vulnerabilidad, aunque los datos autonómicos no permiten dimensionarlo con precisión.** Solo 14 personas de la muestra de Castilla y León declaran haber sufrido acoso durante el último año, de modo que los porcentajes obtenidos al subdividir este grupo según el diagnóstico tienen un carácter exclusivamente exploratorio.
- **Castilla y León presenta patrones muy próximos a los nacionales en los grupos con bases muestrales suficientes.** La relación del nivel educativo y de las dificultades económicas con la soledad entre las personas sin diagnóstico, así como la elevada prevalencia vinculada a la discriminación, siguen una dirección semejante a la observada en España. Las principales divergencias territoriales aparecen en los cruces con diagnóstico, precisamente aquellos que cuentan con un menor número de casos.
- **La lectura conjunta no permite atribuir la soledad a una única característica individual.** Los resultados sugieren que su prevalencia aumenta cuando se acumulan dificultades materiales, problemas de salud mental o experiencias de trato desigual. Esta interacción sitúa la prevención de la soledad en un terreno que desborda la respuesta exclusivamente clínica y requiere actuar también sobre las condiciones económicas y las situaciones de discriminación o acoso.

El cruce entre **nivel educativo** y **estado de salud mental** permite analizar cómo se distribuye la soledad no deseada al combinar ambas variables. El nivel educativo puede reflejar diferencias en el acceso a recursos económicos, oportunidades de participación y redes sociales, aunque los datos disponibles no permiten determinar el peso específico de estos elementos.

Entre las personas **sin un diagnóstico de salud mental**, la prevalencia de la soledad no deseada en Castilla y León se sitúa en el **17,3% entre quienes no tienen educación superior** y en el **11,5% entre quienes sí cuentan con ella**. La diferencia es de **5,8 puntos porcentuales**, lo que muestra una menor prevalencia en el grupo con estudios superiores.

Tabla 4. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y nivel educativo, Castilla y León y España

	Sin un problema de salud mental diagnosticado	Con un problema de salud mental diagnosticado

	España	Castilla y León	España	Castilla y León
Sin educación superior (n Castilla y León=155 n España=1.543)	17,2%	17,3%	55,0%	13,9%
Con educación superior (n Castilla y León=245 n España=2.538)	12,3%	11,5%	46,5%	**55,3%**

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo para España.

En el conjunto de **España 2026**, la distribución entre las personas sin diagnóstico es muy similar: la prevalencia alcanza el **17,2% en el grupo sin educación superior** y el **12,3% entre quienes sí la tienen**, una diferencia de **4,9 puntos**. La comparación territorial muestra, por tanto, una elevada proximidad en ambos grupos: 17,3% frente al 17,2% y 11,5% frente al 12,3%, respectivamente.

Entre las personas **con diagnóstico de salud mental**, la prevalencia de la soledad no deseada es considerablemente más elevada que entre quienes no presentan un diagnóstico, tanto en Castilla y León como en España. No obstante, los resultados muestran patrones diferentes según el territorio. Mientras que en España la prevalencia se sitúa en el **55,0% entre las personas sin educación superior** y en el **46,5% entre aquellas con estudios superiores**, en Castilla y León se observa una distribución distinta, con una prevalencia del **13,9%** en el primer grupo y del **55,3%** en el segundo.

En conjunto, los datos muestran que, entre las personas **sin diagnóstico de salud mental**, existe una asociación consistente entre un mayor nivel educativo y una menor prevalencia de la soledad no deseada, tanto en Castilla y León como en el conjunto de España. Sin embargo, este patrón no se reproduce de forma clara entre las personas con diagnóstico de salud mental, donde los resultados observados en Castilla y León difieren de los registrados a nivel estatal y deben interpretarse con cautela.

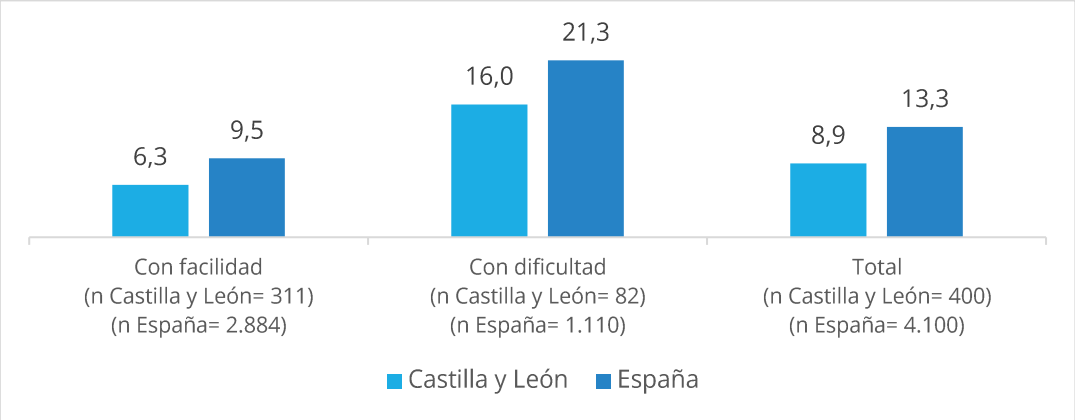
Esta evidencia sugiere que el nivel educativo puede estar relacionado **con factores que contribuyen a reducir** el riesgo de soledad no deseada en determinados grupos de población, aunque por sí solo no permite explicar las diferencias observadas. Asimismo, en el caso de las personas con problemas de salud mental,

otros elementos vinculados a los procesos de inclusión social, las redes de apoyo y el acceso a recursos y servicios pueden adquirir una relevancia especial en la experiencia de la soledad.

La **situación económica** mantiene una asociación relevante tanto con la **salud mental como con la soledad no deseada**. Para analizar esta relación, se presentan dos perspectivas complementarias: en primer lugar, la prevalencia del diagnóstico de salud mental según la facilidad o dificultad para llegar a fin de mes; en segundo lugar, la prevalencia de la soledad cuando se combinan ambas variables.

En Castilla y León, el porcentaje de personas con un diagnóstico de salud mental se sitúa en el **6,3% entre quienes llegan con facilidad a fin de mes** y asciende al **16,0% entre quienes llegan con dificultad**. La diferencia es de **9,7 puntos porcentuales**, de manera que el diagnóstico es, en términos descriptivos, más de dos veces más frecuente en el segundo grupo.

Gráfico 27. Porcentaje de personas con un problema de salud mental diagnosticado según la facilidad o dificultad con la que llegan a fin de mes, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

El conjunto de **España 2026** reproduce la misma pauta: el porcentaje de personas con diagnóstico alcanza el **9,5% entre quienes llegan con facilidad** y el **21,3% entre quienes llegan con dificultad**, una diferencia de **11,8 puntos**. En términos globales, la prevalencia del diagnóstico es inferior en Castilla y León (8,9%) a la media nacional (13,3%).

La incorporación de la soledad no deseada permite profundizar en esta relación. La Tabla 7 muestra su prevalencia en función de la situación económica y de la existencia o no de un diagnóstico de salud mental. Entre las personas **sin diagnóstico**, la prevalencia de la soledad no deseada en Castilla y León se sitúa en

el **12,9% entre quienes llegan con facilidad a fin de mes** y asciende al **24,0% entre quienes llegan con dificultad**. La diferencia es de **11,1 puntos porcentuales**, por lo que la prevalencia observada en el segundo grupo es casi el doble.

Tabla 7. Prevalencia de la soledad no deseada según la situación económica y de salud mental, Castilla y León y España

	Sin un problema de salud mental diagnosticado		**Con un problema de salud mental diagnosticado**	
	España	**Castilla y León**	**España**	**Castilla y León**
Con facilidad (n Castilla y León=311 n España=2.884)	11,5%	12,9%	42,7%	13,5%
Con dificultad (n Castilla y León=82 n España=1.110)	23,6%	24,0%	59,6%	38,4%

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo para España.

En el conjunto de **España 2026**, la distribución entre las personas sin diagnóstico es prácticamente equivalente: la prevalencia alcanza el **11,5% entre quienes llegan con facilidad** y el **23,6% entre quienes llegan con dificultad**, una diferencia de **12,1 puntos**.

Entre las personas **con diagnóstico de salud mental**, la prevalencia observada en Castilla y León es del **13,5% en el grupo que llega con facilidad a fin de mes** y del **38,4% entre quienes llegan con dificultad**. La distancia entre ambos grupos alcanza los **24,9 puntos**, y el valor más elevado de la tabla autonómica corresponde a las personas en las que coinciden el diagnóstico y las dificultades económicas.

En conjunto, los datos refuerzan **la relevancia de la situación económica como factor asociado a la soledad no deseada**, incluso cuando se tiene en cuenta la existencia de un diagnóstico de salud mental. En Castilla y León, las dificultades para llegar a fin de mes incrementan la prevalencia de soledad tanto entre las personas sin diagnóstico como entre quienes sí cuentan con él, aunque la lectura de este segundo grupo debe realizarse con cautela por el tamaño reducido de la submuestra. Más que permitir establecer una relación causal, el cruce apunta a una **posible acumulación de vulnerabilidades**: cuando las dificultades económicas

coinciden con un diagnóstico de salud mental, la exposición a la soledad no deseada alcanza su nivel más elevado dentro de la tabla autonómica.

Esta pauta debe entenderse desde una **perspectiva estructural, atendiendo a las limitaciones materiales que pueden reducir las oportunidades de participación y vinculación social, así como al estigma, las barreras del entorno o la insuficiencia de apoyos** que pueden afectar a las personas con problemas de salud mental. Los resultados respaldan, por tanto, una aproximación integral que combine las dimensiones económica, social, relacional y comunitaria.

El cruce entre la **exposición a situaciones de acoso** durante los últimos 12 meses y el **estado de salud mental** permite explorar cómo se distribuye la soledad no deseada cuando ambas situaciones se consideran conjuntamente. No obstante, en Castilla y León únicamente **14 personas de la muestra declaran haber sufrido acoso**, por lo que los porcentajes correspondientes a este grupo deben interpretarse exclusivamente como resultados exploratorios.

Tabla 8. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y haber sufrido o sentido acoso en los últimos 12 meses, Castilla y León y España

	Sin diagnóstico		**Con diagnóstico**	
	España	**Castilla y León**	**España**	**Castilla y León**
No han sufrido acoso (n Castilla y León=386 n España=3.898)	13,9%	14,9%	50,7%	24,1%
Han sufrido acoso (n Castilla y León=14 n España=201)	49,3%	32,2%	62,3%	100,0%

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P31_3. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido o sentido acoso? P-valor estadísticamente significativo para España.

Entre las personas que **no han sufrido acoso**, la prevalencia de la soledad no deseada en Castilla y León se sitúa en el **14,9% entre quienes no tienen diagnóstico de salud mental** y en el **24,1% entre quienes cuentan con él**, una diferencia de **9,2 puntos porcentuales**. En este grupo, que reúne a la gran mayoría de la muestra autonómica, la prevalencia observada es mayor entre las personas con diagnóstico.

En el conjunto de **España 2026**, la diferencia dentro del grupo que no ha sufrido acoso es más amplia: la prevalencia alcanza el **13,9% entre las personas sin diagnóstico** y el **50,7% entre quienes cuentan con él**. Castilla y León presenta un

valor muy próximo al nacional entre las personas sin diagnóstico, mientras que el porcentaje correspondiente a las personas diagnosticadas es inferior. Dado que la asociación solo resulta estadísticamente significativa para España, esta última diferencia debe interpretarse de manera descriptiva.

Entre las personas que declaran **haber sufrido acoso**, la prevalencia observada en Castilla y León es del **32,2% en el grupo sin diagnóstico** y del **100,0% entre quienes cuentan con diagnóstico**. Sin embargo, estos porcentajes proceden de un total de 14 personas que, además, se distribuyen entre las dos categorías de salud mental. Por tanto, **el 100,0% indica que todas las personas incluidas en una celda muy reducida presentan soledad**, pero no puede interpretarse como una estimación representativa de la población de Castilla y León que combina acoso y diagnóstico.

Los datos nacionales, apoyados en una base mayor, ofrecen una referencia más estable: la prevalencia de la soledad se sitúa en el **49,3% entre las personas que han sufrido acoso sin diagnóstico** y en el **62,3% entre quienes han sufrido acoso y cuentan con diagnóstico**. La asociación observada a nivel estatal permite considerar el acoso como una dimensión relevante para el análisis de la soledad, aunque los datos autonómicos no permiten cuantificar con precisión su intensidad ni realizar comparaciones territoriales.

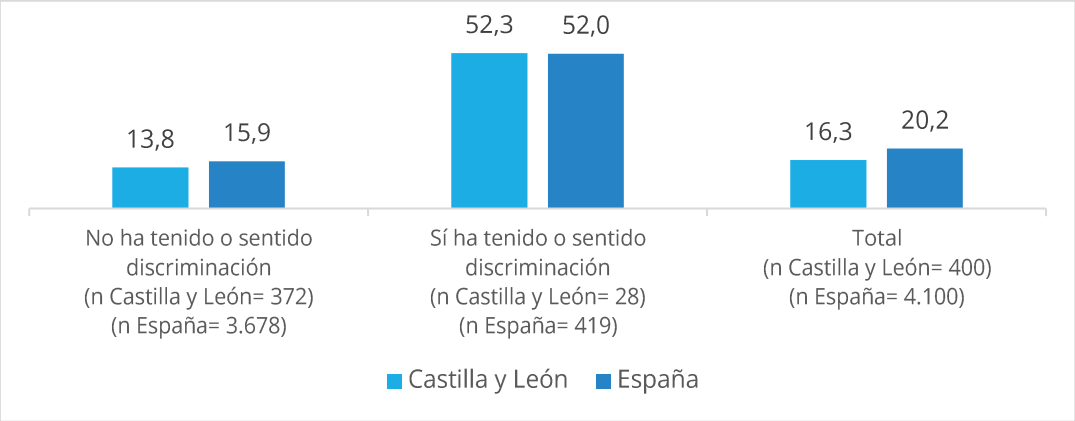
En conjunto, los resultados de Castilla y León **apuntan a una mayor presencia de soledad entre las personas que han sufrido acoso**, pero el reducido número de casos impide identificar diferencias concluyentes en función del diagnóstico. La principal aportación del cruce es señalar un posible ámbito de vulnerabilidad que requeriría muestras más amplias para ser analizado con suficiente solidez.

El acoso constituye una experiencia social que puede limitar la confianza, la participación y la vinculación con el entorno. Cuando afecta a personas con problemas de salud mental, puede coincidir además con situaciones de discriminación o falta de apoyos adecuados. Desde esta perspectiva, los resultados refuerzan la importancia de **promover entornos seguros e inclusivos, mejorar los mecanismos de prevención y respuesta** frente al acoso y garantizar apoyos accesibles para las personas que atraviesan estas situaciones.

Por otro lado, la exposición a situaciones de **discriminación** constituye una dimensión relevante para el análisis de la soledad no deseada. La encuesta permite comparar su prevalencia entre quienes han sufrido o sentido discriminación durante los últimos 12 meses y quienes no han vivido esta experiencia.

En Castilla y León, la prevalencia de la soledad no deseada se sitúa en el **13,8% entre las personas que no han sufrido discriminación** y asciende al **52,3% entre quienes sí la han sufrido o sentido**. La diferencia es de **38,5 puntos porcentuales** y, en términos descriptivos, **la prevalencia en el segundo grupo es casi cuatro veces superior**.

Gráfico 10. Prevalencia de la soledad no deseada según la exposición a situaciones de discriminación, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P31_3. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido o sentido discriminación? P-valor estadísticamente significativo.

A nivel estatal, los resultados presentan una distribución muy similar. La prevalencia alcanza el **15,9% entre quienes no han sufrido discriminación** y el **52,0% entre quienes sí la han sufrido**, una diferencia de **36,1 puntos**. La asociación entre discriminación y soledad no deseada presenta, por tanto, la misma dirección y una intensidad próxima en ambos ámbitos territoriales.

Entre las personas que no han sufrido discriminación, Castilla y León registra una prevalencia algo inferior a la nacional (13,8% frente al 15,9%). Entre quienes sí la han sufrido, los porcentajes observados son prácticamente idénticos (52,3% y 52,0%). No obstante, este último resultado debe interpretarse con cautela, ya que el grupo está integrado por **28 personas en Castilla y León**. La coincidencia con el dato nacional respalda la coherencia del patrón, pero no permite considerar el porcentaje autonómico como una estimación precisa.

En términos globales, la prevalencia de la soledad no deseada es inferior en Castilla y León (16,3%) a la registrada en España (20,2%). Sin embargo, entre quienes han vivido situaciones de discriminación, la soledad alcanza a **más de la mitad de las personas de la muestra autonómica**, lo que identifica un ámbito específico de atención.

La relación observada debe situarse en un marco social y estructural. La discriminación puede expresarse mediante **el estigma, los prejuicios, el trato desigual o las barreras para la participación**, reduciendo las oportunidades de establecer vínculos y de formar parte de los espacios comunitarios. Estas condiciones pueden afectar especialmente a determinados colectivos, pero no derivan de sus características personales, sino de unos entornos que no garantizan las mismas oportunidades de inclusión y participación.

Los resultados refuerzan la conveniencia de incorporar la **prevención y la respuesta frente a la discriminación** como una dimensión transversal de las estrategias contra la soledad no deseada. Esto implica avanzar en la eliminación de barreras, promover entornos accesibles e inclusivos y fortalecer los mecanismos de participación y apoyo comunitario.

El análisis anterior ha mostrado que la discriminación se asocia a una prevalencia de soledad no deseada mucho más alta, tanto en Castilla y León como en el conjunto del país. Esa relación puede matizarse un paso más incorporando el **estado de salud mental**, para observar cómo se combinan la **experiencia de discriminación y la presencia de un diagnóstico clínico**. La lectura, no obstante, exige prudencia: el grupo que ha sufrido discriminación es reducido en la muestra autonómica y, al subdividirlo según el diagnóstico, las celdas resultantes quedan integradas por muy pocos casos.

Tabla 9. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y haber sufrido o sentido discriminación en los últimos 12 meses, Castilla y León y España

	Sin diagnóstico		**Con diagnóstico**	
	España	**Castilla y León**	**España**	**Castilla y León**
No han sufrido discriminación (n Castilla y León=372 n España=3.678)	12,5%	13,5%	44,3%	17,1%
Han sufrido discriminación (n Castilla y León=28 n España=419)	43,4%	44,4%	69,4%	100%

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P31_3. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido o sentido discriminación? P-valor estadísticamente significativo.

El hallazgo más sólido se obtiene al comparar, entre las personas **sin diagnóstico**, quiénes han sufrido discriminación y quiénes no. En Castilla y León, la prevalencia de la soledad no deseada pasa del 13,5% entre quienes no han vivido discriminación al 44,4% entre quienes sí la han experimentado: **haber sufrido discriminación multiplica por más de tres la soledad no deseada.** Ambos valores son, además, muy próximos a los nacionales (12,5% y 43,4%), lo que sitúa a la comunidad en línea con el conjunto del país en este aspecto.

Esta lectura sitúa la respuesta frente a la discriminación como parte de las políticas de prevención de la soledad no deseada. Más allá de identificar perfiles individuales, resulta necesario **detectar y atender las experiencias de trato desigual**, garantizar vías accesibles de apoyo y reclamación y favorecer la participación en condiciones de igualdad. El diagnóstico de salud mental puede ayudar a localizar situaciones que requieren una atención específica, pero los datos autonómicos no permiten determinar con precisión cómo modifica la relación entre discriminación y soledad.

Al centrar la observación exclusivamente en las personas que cuentan con un **diagnóstico de salud mental**, los datos permiten conocer qué proporción de este grupo ha sufrido o sentido discriminación durante el último año. En Castilla y León, el **10,5%** declara haber vivido alguna experiencia de este tipo, mientras que el **89,5%** señala que no la ha sufrido. En términos aproximados, **la discriminación afecta a una de cada diez personas con diagnóstico de la muestra autonómica.**

Tabla 10. Discriminación en los últimos 12 meses entre las personas con diagnóstico de salud, Castilla y León y España

	Con diagnóstico de salud mental	
	España	**Castilla y León**
No han sufrido discriminación	71,0%	89,5%
Han sufrido discriminación	29,0%	10,5%

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P31_3. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido o sentido discriminación?

La distribución nacional es diferente. En el conjunto de **España 2026**, el **29,0%** de las personas con diagnóstico manifiesta haber sufrido discriminación, frente al 71,0% que no refiere esta experiencia. Esto supone que, a escala estatal, la

discriminación alcanza a **casi tres de cada diez personas con diagnóstico**, una proporción **18,5 puntos porcentuales superior** a la observada en Castilla y León.

Esta distancia territorial debe interpretarse con prudencia. La estimación autonómica se obtiene a partir del reducido grupo de personas de la muestra que declara tener un diagnóstico de salud mental, por lo que **no permite concluir de manera sólida que la discriminación sea menos frecuente en Castilla y León** que en el conjunto del país. Los porcentajes describen lo observado en la muestra, pero no ofrecen una base suficiente para establecer diferencias territoriales consolidadas.

El principal interés del indicador reside, por tanto, en hacer visible que una parte de las personas con diagnóstico también se enfrenta a experiencias de trato desigual. La discriminación no constituye una consecuencia inherente al problema de salud mental, sino que remite a las respuestas y actitudes del entorno. Incorporar esta dimensión al análisis permite identificar situaciones que pueden afectar al ejercicio de derechos, al acceso a apoyos y a la calidad de las relaciones sociales.

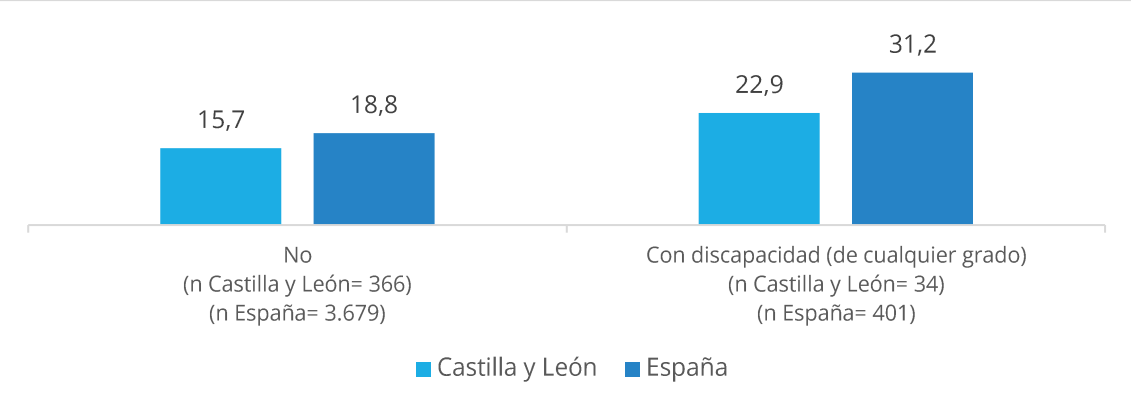
7.2. Discapacidad, dependencia y salud mental

- **La soledad no deseada presenta una mayor prevalencia entre las personas con discapacidad reconocida en Castilla y León.** El porcentaje alcanza el 22,9%, frente al 15,7% entre las personas sin discapacidad, una diferencia de 7,2 puntos porcentuales.
- **La diferencia asociada a la discapacidad se mantiene entre las personas que no cuentan con un diagnóstico de salud mental.** En este grupo, la prevalencia de la soledad se sitúa en el 22,4% entre quienes tienen discapacidad y en el 14,7% entre quienes no la tienen.
- **El diagnóstico de salud mental introduce diferencias adicionales en ambos grupos.** Entre las personas sin discapacidad, la prevalencia aumenta del 14,7% al 25,6%; entre las personas con discapacidad, pasa del 22,4% al 29,1%.
- **La mayor prevalencia se registra cuando coinciden discapacidad y diagnóstico de salud mental.** El 29,1% de las personas que reúnen ambas circunstancias se encuentra en situación de soledad no deseada, frente al 14,7% de quienes no presentan ninguna de ellas.

El análisis de la soledad no deseada según la **situación de discapacidad** permite identificar diferencias en su distribución dentro de la población de Castilla y León. Esta comparación resulta especialmente relevante porque la discapacidad puede coincidir con necesidades de apoyo y con condiciones del entorno que dificultan el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias. Los resultados muestran una

mayor prevalencia de soledad no deseada entre las personas con discapacidad reconocida. En Castilla y León, el porcentaje se sitúa en el **22,9%**, frente al **15,7%** registrado entre las personas sin discapacidad, lo que supone una diferencia de **7,2 puntos porcentuales**.

Gráfico 29. Prevalencia de la soledad no deseada según la situación de discapacidad, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Nota: Téngase en cuenta el recuento de las personas del grupo con discapacidad hasta el 32%. P-valor estadísticamente significativo para España.

En **Castilla y León**, la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas **sin discapacidad** se sitúa en el **15,7%** (n=366), mientras que entre las personas **con discapacidad de cualquier grado** asciende al **22,9%** (n=34). Esto supone que la prevalencia observada en el segundo grupo es aproximadamente **1,5 veces superior**.

La diferencia identificada no implica que la discapacidad explique por sí misma la mayor presencia de soledad. El dato puede reflejar condiciones muy diversas relacionadas con la accesibilidad del entorno, la disponibilidad de apoyos o las posibilidades de mantener las relaciones elegidas. Por ello, la discapacidad constituye una dimensión relevante para detectar posibles situaciones de aislamiento y orientar medidas de prevención ajustadas a las circunstancias de cada persona.

La incorporación del **estado de salud mental** permite matizar la diferencia observada previamente entre las personas con y sin discapacidad. Al considerar ambas variables de forma conjunta, la prevalencia de la soledad no deseada aumenta tanto con la presencia de una discapacidad reconocida como con la existencia de un diagnóstico de salud mental, aunque las distancias entre los grupos presentan una intensidad diferente.

En Castilla y León, el porcentaje más elevado se registra entre las personas que reúnen ambas circunstancias: el **29,1% de quienes tienen discapacidad y un diagnóstico de salud mental** se encuentra en situación de soledad no deseada

Tabla 11. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y discapacidad, Castilla y León y España

	Sin un problema de salud mental diagnosticado		**Con un problema de salud mental diagnosticado**	
	España	**Castilla y León**	**España**	**Castilla y León**
Sin discapacidad (n Castilla y León=366 n España=3.679)	15,3%	14,7%	50,1%	25,6%
Con discapacidad (n Castilla y León=34 n España=401)	15,5%	22,4%	57,0%	29,1%

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo para España.

Entre las personas **sin diagnóstico de salud mental**, la prevalencia de la soledad no deseada se sitúa en el **14,7% entre quienes no tienen discapacidad** y en el **22,4% entre quienes sí cuentan con ella**. La diferencia alcanza los **7,7 puntos porcentuales**, en consonancia con la brecha observada en el análisis general de la discapacidad.

El diagnóstico de salud mental introduce, asimismo, diferencias dentro de los dos grupos. Entre las personas **sin discapacidad**, la prevalencia pasa del 14,7% entre quienes no tienen diagnóstico al **25,6% entre quienes sí lo tienen**, una distancia de **10,9 puntos**. Entre las personas **con discapacidad**, los porcentajes se sitúan en el 22,4% y el **29,1%**, respectivamente, con una diferencia de **6,7 puntos**.

La tabla dibuja así una gradación ascendente: el porcentaje más bajo corresponde a las personas sin discapacidad ni diagnóstico (14,7%); le siguen las personas con discapacidad sin diagnóstico (22,4%) y las personas sin discapacidad con diagnóstico (25,6%); y el valor más elevado aparece cuando coinciden discapacidad y diagnóstico de salud mental (29,1%).

El cruce pone de manifiesto la **heterogeneidad existente dentro de la población con discapacidad**. La situación de salud mental introduce diferencias adicionales, por lo que la detección y prevención de la soledad requiere atender a la

combinación concreta de circunstancias y necesidades de apoyo presentes en cada caso.

7.3. Entornos digitales, redes sociales e inteligencia artificial

- **La percepción sobre el efecto de los recursos digitales en la soledad no deseada no es homogénea.** En Castilla y León predomina la valoración neutra para la búsqueda de información, la inteligencia artificial y otras aplicaciones, mientras que las redes sociales son el único recurso considerado mayoritariamente perjudicial: el 45,6% de la población entiende que generan más soledad.
- **Entre las personas que ya se encuentran en situación de soledad no deseada aumenta el peso de las valoraciones neutras, pero no el de las positivas.** Las redes sociales mantienen la percepción más crítica: un 45,9% considera que generan más soledad y solo un 7,9% cree que contribuyen a reducirla.
- **Los recursos digitales se perciben de forma más negativa cuando se pregunta por su impacto en la salud mental.** El 67,7% de la población de Castilla y León considera que las redes sociales la empeoran, y esta percepción supera también el 50% en la búsqueda de información y en la inteligencia artificial. La distribución es muy similar a la registrada en el conjunto de España.
- **La alfabetización digital y emocional emerge como una línea de trabajo relevante.** No se trata solo de promover el acceso a tecnologías, sino de favorecer un uso consciente, seguro y crítico, especialmente en redes sociales e inteligencia artificial.

Los entornos digitales se han convertido **en un espacio cada vez más relevante** para comprender la relación entre soledad no deseada y salud mental. Las redes sociales, las aplicaciones, la búsqueda de información en internet y, más recientemente, las herramientas basadas en inteligencia artificial forman parte de las estrategias cotidianas que muchas personas utilizan para informarse, relacionarse, gestionar su malestar emocional o buscar apoyo. Sin embargo, estos recursos tienen un **carácter ambivalente y pueden facilitar el acceso a información, acompañamiento y comunidades de apoyo, pero también pueden intensificar la comparación social, la exposición a contenidos negativos, la sobrecarga informativa o los sentimientos de aislamiento.**

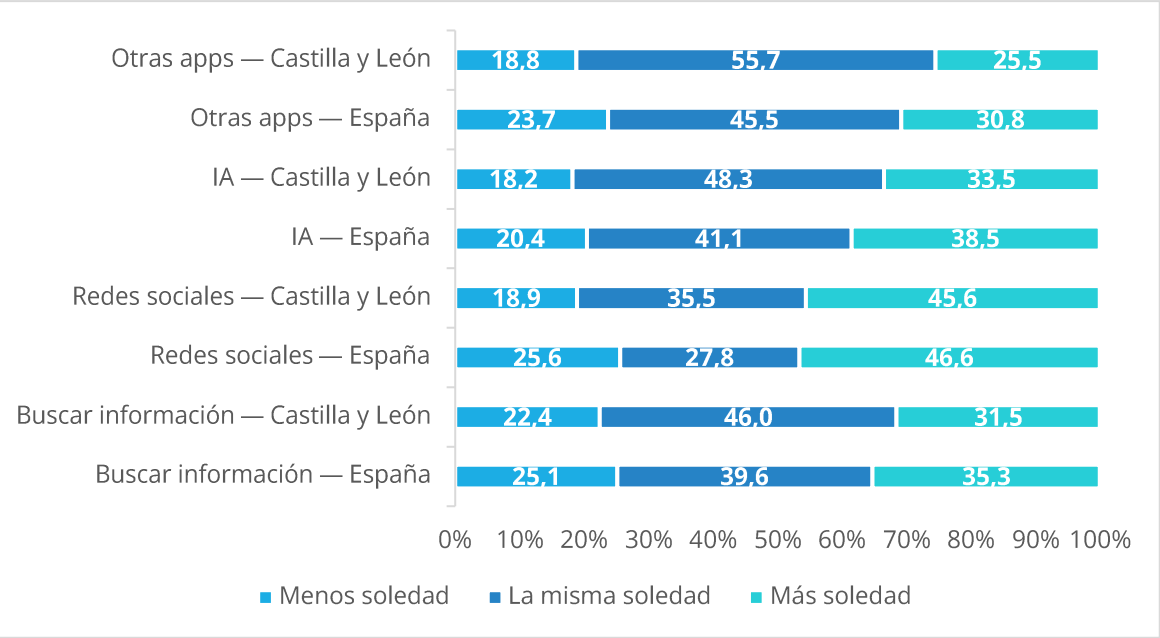
Esta ambivalencia resulta especialmente relevante en un contexto en el que el informe sobre salud mental de AXA 2026 sitúa el **uso excesivo de redes sociales y dispositivos digitales entre los factores que afectan negativamente a la salud**

mental, y muestra que en España el tiempo medio de uso personal de pantallas alcanza las 4,9 horas diarias entre semana. Además, el mismo informe señala que una parte significativa de la población percibe efectos negativos del uso de pantallas sobre dimensiones directamente vinculadas al bienestar emocional y relacional, como el estado de ánimo, la capacidad para interactuar con otras personas o los sentimientos de aislamiento social.

Desde esta perspectiva, el presente apartado recoge la **percepción subjetiva** que la población tiene sobre el **efecto de diferentes recursos digitales** que la mayoría de la población utiliza en su día a día (búsqueda de información, redes sociales, inteligencia artificial y otras apps) sobre la soledad no deseada y sobre la salud mental. Esta lectura permite valorar si los recursos digitales son percibidos como un alivio o como un agravante de ambos fenómenos.

La percepción de la población de Castilla y León sobre el impacto de los recursos digitales en la soledad no es homogénea. En tres de los cuatro recursos analizados predomina la consideración de que su utilización **no produce cambios**, mientras que las redes sociales concentran una valoración más negativa. En Castilla y León, el **45,6%** de la población considera que las redes sociales generan más soledad, frente al 35,5% que no les atribuye ningún efecto y al 18,9% que entiende que contribuyen a reducirla. Se trata del único recurso en el que la respuesta más frecuente es la percepción de un aumento de la soledad.

Gráfico 30. Percepción del impacto del uso de recursos digitales en la soledad, conjunto de la población, Castilla y León y España



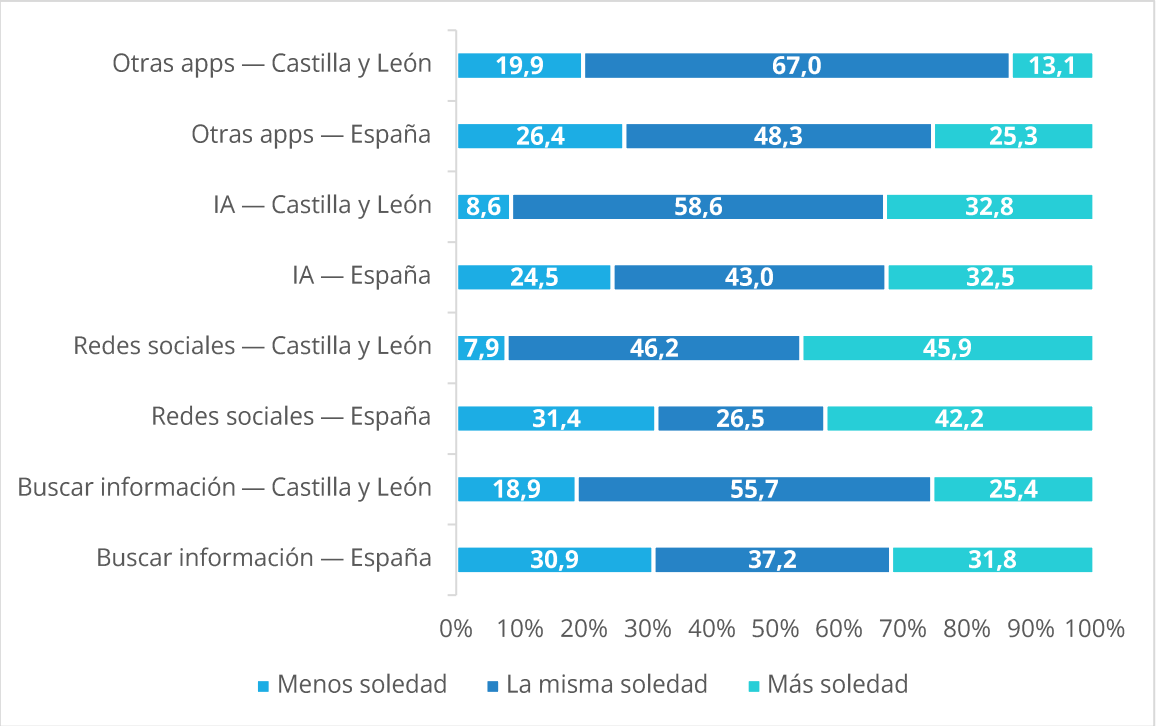
Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P39. Diría que el uso de Búsqueda de información en internet ayuda a la sociedad sentir más o menos soledad.

En el resto de los recursos predomina una valoración neutra. Respecto a la **búsqueda de información en internet**, el 46,0% considera que no modifica la soledad, mientras que el 31,5% cree que la incrementa y el 22,4% que la reduce. La **inteligencia artificial** presenta una distribución similar: el 48,3% no le atribuye ningún efecto, el 33,5% considera que genera más soledad y el 18,2% entiende que contribuye a disminuirla. La percepción más neutra corresponde a **otras aplicaciones**. Más de la mitad de la población de Castilla y León (55,7%) considera que no modifican la soledad, frente al 25,5% que les atribuye un efecto negativo y al 18,8% que aprecia un efecto favorable. En conjunto, las valoraciones positivas son minoritarias en los cuatro recursos y se sitúan entre el 18,2% y el 22,4%. La comparación con España muestra que Castilla y León mantiene una posición **más neutral en todas las categorías analizadas**. El porcentaje que considera que los recursos no modifican la soledad supera al nacional en 6,4 puntos en la búsqueda de información, 7,7 puntos en las redes sociales, 7,2 puntos en la inteligencia artificial y 10,2 puntos en otras aplicaciones. Paralelamente, las percepciones de que generan más soledad son ligeramente inferiores en Castilla y León, con diferencias que oscilan entre 1,0 y 5,3 puntos porcentuales.

La principal particularidad de Castilla y León es una percepción **menos polarizada y más próxima a la neutralidad**, con la excepción de las redes sociales, respecto a las cuales casi la mitad de la población identifica un impacto negativo. No obstante, esta diferencia convive con una coincidencia relevante respecto al conjunto de España: **las redes sociales son también el recurso digital más asociado al aumento de la soledad**, con un 46,6% de la población nacional y un 45,6% de la población castellana y leonesa señalando este impacto negativo.

Al centrar el análisis en las personas que se encuentran **en situación de soledad no deseada**, se refuerzan las dos pautas identificadas en el conjunto de la población de Castilla y León: **el predominio de las valoraciones neutras y la posición diferencial de las redes sociales como el recurso percibido de forma más negativa.** La principal diferencia es que, dentro de este grupo, la percepción de que los recursos digitales no modifican la soledad adquiere todavía más peso.

Gráfico 31. Percepción del impacto del uso de recursos digitales en la soledad, personas que sienten soledad no deseada, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Número de respuestas España: 727; Castilla y León: 57.

La **búsqueda de información en internet** es considerada neutra por el 55,7% de las personas en situación de soledad, mientras que el 25,4% entiende que genera más soledad y el 18,9% que contribuye a reducirla. La neutralidad es todavía mayor en el caso de la **inteligencia artificial**, con un 58,6%, y de **otras aplicaciones**, con un 67,0%.

Las **redes sociales** vuelven a presentar una distribución diferente. El 45,9% considera que generan más soledad y el 46,2% que no modifican su situación, de modo que ambas posiciones tienen prácticamente el mismo peso. Solo el **7,9%** les atribuye un efecto favorable, el porcentaje más bajo de los cuatro recursos analizados. La inteligencia artificial recibe también una valoración positiva reducida, del 8,6%, aunque en este caso la percepción de neutralidad supera ampliamente a la de un efecto negativo, situada en el 32,8%. Por su parte, **otras aplicaciones** registran la valoración menos negativa: el 13,1% considera que generan más soledad, el 19,9% que contribuyen a reducirla y el 67,0% que no producen cambios. La búsqueda de información ocupa una posición intermedia, con una cuarta parte de respuestas que le atribuyen un impacto negativo.

La comparación con el conjunto de la población autonómica confirma la continuidad entre ambos análisis. La percepción de que las redes sociales generan más soledad apenas varía, **45,6% en la población general y 45,9% entre las personas en soledad**, y sucede algo similar con la **inteligencia artificial, 33,5% y 32,8%, respectivamente**. En cambio, la valoración negativa disminuye entre las personas en soledad respecto a la búsqueda de información y, especialmente, a otras aplicaciones. El principal cambio se encuentra en el aumento de las respuestas neutras, que crecen entre 9,7 y 11,3 puntos en los cuatro recursos. Sin embargo, esta mayor neutralidad **no equivale a una percepción más favorable**. Entre las personas en situación de soledad también disminuye el porcentaje que considera que las redes sociales o la inteligencia artificial contribuyen a reducirla.

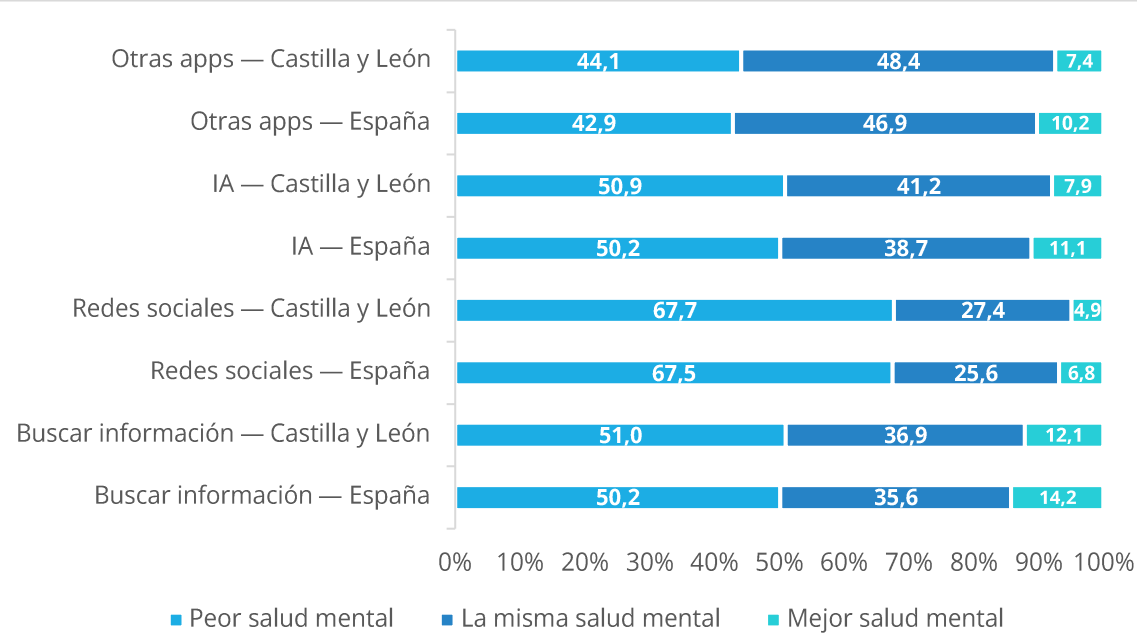
Considerados conjuntamente, **ambos análisis muestran que los recursos digitales no conforman una categoría homogénea ni producen necesariamente una mejora en la experiencia de soledad.** El predominio de las valoraciones neutras indica que su mera disponibilidad no garantiza un apoyo relacional, mientras que la percepción más crítica de las redes sociales aconseja prestar atención a las características y finalidades de cada herramienta.

En términos de políticas públicas, estos resultados aconsejan **integrar los recursos digitales en las estrategias de prevención de la soledad no deseada** como instrumentos complementarios y con una función claramente definida. Su incorporación debería responder a objetivos concretos, facilitar información, mejorar el acceso a servicios, mantener el contacto o reforzar procesos de acompañamiento, y articularse con la intervención de los servicios sociales, sanitarios y comunitarios. La disponibilidad de una herramienta digital no garantiza por sí misma una mejora de las relaciones ni debe sustituir las vías presenciales, telefónicas o domiciliarias, especialmente cuando se trabaja con personas que ya se encuentran en situación de soledad.

El diseño de estas actuaciones requiere, además, **establecer garantías de accesibilidad, privacidad, calidad de la información y seguridad en el uso, junto con medidas de alfabetización digital y emocional.** En el caso de las redes sociales y de la inteligencia artificial, resulta particularmente importante evitar que la interacción tecnológica se presente como equivalente al apoyo humano y prever mecanismos de orientación hacia recursos profesionales cuando se detecten situaciones de malestar. **La evaluación de las iniciativas debería atender a su capacidad para facilitar relaciones significativas, mejorar el acceso a los apoyos y reducir las barreras que dificultan la vinculación social.**

En Castilla y León, **la comparación entre la percepción sobre el impacto en la soledad y el impacto en la salud mental muestra que la valoración sobre la salud mental es sistemáticamente más negativa que sobre la soledad no deseada**, tanto en la Comunidad como en el conjunto de España. Mientras que el porcentaje que consideraba que los recursos digitales empeoran la soledad oscilaba entre el 25% y el 46% en Castilla y León, en el presente apartado el porcentaje que considera que empeoran la salud mental se sitúa entre el 44% y el 68%. Esto sugiere que la población percibe los entornos digitales como especialmente lesivos para el bienestar emocional y la salud mental en sentido amplio, más allá de su efecto específico sobre la vivencia de la soledad.

Gráfico 11. Percepción del impacto del uso de recursos digitales en la salud mental, conjunto de la población, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026.

En Castilla y León, la percepción negativa es especialmente acusada en las **redes sociales**, que concentran la **valoración más negativa de todas las categorías analizadas**: un **67,7%** considera que empeoran la salud mental, un 27,4% que no la modifican y apenas un **4,9%** que la mejoran. Es decir, **casi siete de cada diez personas** perciben las redes sociales como un factor perjudicial para su bienestar emocional, mientras que la valoración positiva se reduce a mínimos. Este dato es coherente con la literatura sobre el efecto de estas plataformas en la autoestima, la comparación social y el bienestar emocional. La **búsqueda de información** y la **inteligencia artificial** presentan un perfil muy similar entre sí y también marcadamente negativo: el **51,0%** considera que buscar información empeora la

salud mental y el **50,9%** lo considera respecto de la inteligencia artificial. Por último, el uso de **otras apps** es el recurso con la **valoración menos negativa**: un 44,1% considera que empeoran la salud mental, un **48,4%** que no la cambian y un 7,4% que la mejoran.

El conjunto de **España 2026 confirma el mismo patrón de percepciones predominantemente negativas** y, a diferencia de lo observado en el apartado de soledad, la posición de Castilla y León es prácticamente idéntica a la media estatal en el extremo negativo. En redes sociales, el porcentaje que las percibe como perjudiciales es **casi coincidente** (**67,7% autonómico frente a 67,5% nacional**). En búsqueda de información (**51,0% frente a 50,2%**) y en inteligencia artificial (**50,9% frente a 50,2%**) la Comunidad se sitúa apenas unas décimas por encima de la media española. Y en otras apps, la percepción negativa es también muy próxima (**44,1% autonómico frente a 42,9% nacional**). La diferencia territorial relevante no está, por tanto, en el peso de la percepción negativa, **equiparable al conjunto del Estado**, sino en las **valoraciones positivas, sistemáticamente más bajas en Castilla y León**: 12,1% frente a 14,2% en búsqueda de información, 4,9% frente a 6,8% en redes sociales, 7,9% frente a 11,1% en inteligencia artificial y 7,4% frente a 10,2% en otras apps. Estos puntos se desplazan, en su mayor parte, hacia la **respuesta neutra, algo más elevada en la Comunidad** en todas las categorías.

Este resultado **matiza la lectura del apartado anterior**. Mientras que, en la percepción sobre la soledad, Castilla y León mostraba una posición **menos polarizada y más próxima a la neutralidad** que el conjunto del Estado, en el terreno de la salud mental esa diferencia se reduce: la Comunidad presenta porcentajes de percepción negativa muy similares a los nacionales y mantiene su rasgo diferencial principalmente en unas **valoraciones positivas más contenidas**. Así, cuando el foco pasa de la soledad al bienestar emocional en sentido amplio, los recursos digitales son percibidos de forma más crítica tanto en Castilla y León como en España, con las **redes sociales como el recurso más asociado al empeoramiento de la salud mental**. Esta pauta resulta coherente con la literatura más reciente, que subraya los efectos ambivalentes de las plataformas digitales sobre el bienestar emocional y la calidad de los vínculos significativos.

Desde el punto de vista de las políticas autonómicas, estos resultados apuntan a la conveniencia de incorporar la **alfabetización digital y emocional** dentro de las estrategias de salud mental y prevención de la soledad no deseada, sin asumir que los recursos digitales tienen por sí mismos un efecto positivo o negativo homogéneo. Promover un uso **consciente, crítico y saludable** de los entornos digitales, especialmente de las redes sociales y, en menor medida, de la inteligencia artificial, puede contribuir a reducir riesgos percibidos y a orientar mejor sus

posibles usos beneficiosos. En paralelo, los datos refuerzan la importancia de mantener y fortalecer **espacios presenciales, comunitarios y de apoyo entre iguales**, de modo que la digitalización actúe como complemento y no como sustitución de las relaciones significativas.

8. Apoyos, relaciones sociales y búsqueda de ayuda

8.1. Redes de apoyo y relaciones sociales

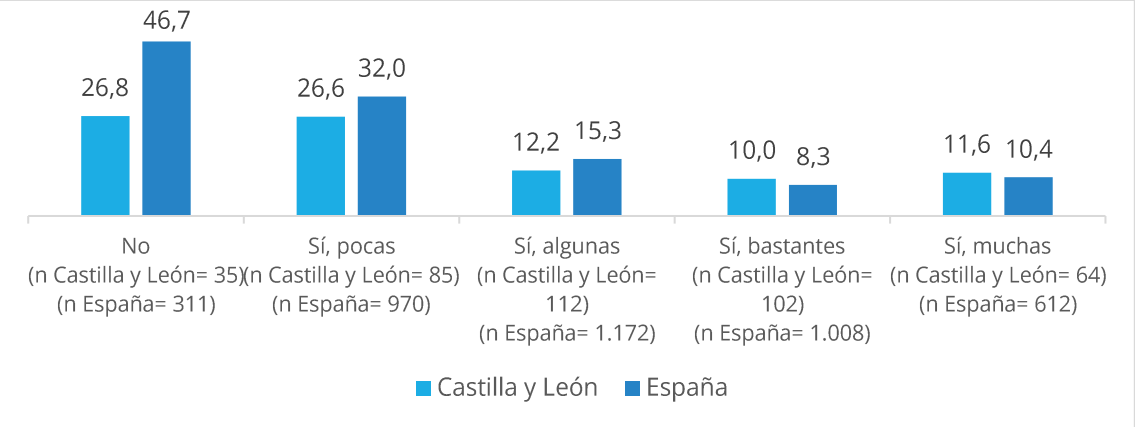
- **La disponibilidad percibida de una red mínima de apoyo marca una diferencia relevante en la prevalencia de la soledad no deseada.** En Castilla y León, el porcentaje apenas varía entre quienes no cuentan con ninguna figura de apoyo (26,8%) y quienes disponen de pocas (26,6%), pero desciende hasta el 12,2% cuando se declara contar con algunas. Este paso supone una diferencia de 14,4 puntos porcentuales, mientras que los niveles de bastantes y muchas figuras de apoyo mantienen prevalencias próximas, del 10,0% y el 11,6%.
- **La asociación entre una mayor disponibilidad de apoyos y una menor prevalencia de soledad se observa tanto entre las personas con diagnóstico de salud mental como entre quienes no lo tienen.** En la población sin diagnóstico, la prevalencia se sitúa entre el 24,0% y el 26,3% cuando no existen apoyos o son pocos, y entre el 10,2% y el 11,8% cuando se dispone al menos de algunas personas a las que recurrir. Entre las personas diagnosticadas, los grupos sin apoyos o con pocos presentan porcentajes de entre el 34,7% y el 48,3%, frente al intervalo del 7,6% al 19,7% observado entre quienes cuentan con bastantes o muchas figuras de apoyo.
- **Los familiares cercanos constituyen el vínculo con mayor presencia cotidiana, mientras que Castilla y León destaca por una mayor frecuencia de las relaciones vecinales.** El 54,3% de la población mantiene contacto con familiares cercanos cinco o más veces por semana. En el caso del vecindario, el contacto con esa frecuencia alcanza el 24,1%, frente al 16,1% nacional, y la ausencia total de contacto es menos habitual que en España: 36,0% frente al 47,3%.
- **La frecuencia de contacto se asocia más intensamente con la soledad cuando se trata de amistades y familiares cercanos.** Entre quienes nunca mantienen contacto con amigos o amigas, la prevalencia alcanza el 48,8%, frente al 7,3% entre quienes se relacionan con ellos cinco o más veces por semana, una diferencia de 41,5 puntos. En los familiares cercanos, la prevalencia pasa del 45,4% al 10,8%, con una distancia de 34,6 puntos. Los

vínculos con otros familiares y con vecinos presentan diferencias más moderadas o menos lineales.

- **La presencia de problemas de salud mental en el hogar se asocia a una mayor prevalencia de soledad entre las personas convivientes.** El porcentaje se sitúa en el 12,8% cuando no se identifica ningún problema de salud mental en el hogar, asciende al 23,9% cuando se convive con una persona diagnosticada y alcanza el 27,9% cuando se considera que existe un problema, aunque no haya diagnóstico. Las diferencias respecto al primer grupo son de 11,1 y 18,4 puntos porcentuales, respectivamente.
- **La prevención de la soledad requiere valorar conjuntamente la disponibilidad, la frecuencia y el tipo de relaciones, además de las circunstancias del hogar.** La intervención debe orientarse a sostener vínculos significativos y continuados, detectar la ausencia de apoyos efectivos y atender también las necesidades relacionales de los hogares en los que conviven personas con problemas de salud mental.

La percepción de contar con figuras de apoyo constituye uno de los indicadores más directamente relacionados con la soledad no deseada. Los datos muestran que, en términos generales, a medida que aumenta la percepción de disponer de personas a las que recurrir disminuye la prevalencia de la soledad no deseada, tanto en Castilla y León como en el conjunto de España. Esta relación confirma que la soledad no depende únicamente de la existencia objetiva de contactos sociales, sino también de la percepción subjetiva de contar con apoyos suficientes, disponibles y significativos. Ahora bien, en Castilla y León este gradiente presenta algunas particularidades relevantes respecto a la pauta estatal.

Gráfico 33. Prevalencia de la soledad no deseada según la percepción de la cantidad de figuras de apoyo, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P37. ¿Tienes alguna persona que pueda ayudarle cuando tienes problemas (apoyo emocional, prestar dinero, cuidar de ti

o de alguna persona dependiente a tu cargo, realizar gestiones o papeles, etc.)? P-valor estadísticamente significativo para España.

El primer rasgo distintivo de Castilla y León es que la prevalencia de la soledad no deseada entre quienes declaran **no** contar con ninguna figura de apoyo es notablemente más baja que en el conjunto del Estado: **un 26,8% frente al 46,7% nacional, casi veinte puntos por debajo.** Aunque sigue siendo la prevalencia más alta de todas las categorías dentro de la Comunidad, se aleja del 46,7% estatal, lo que indica que la ausencia de apoyos percibidos, siendo un factor de riesgo, no se traduce en Castilla y León en niveles de soledad tan extremos como en la media española. Debe tenerse en cuenta, no obstante, que esta categoría se sustenta en un número reducido de casos (n=35), por lo que el dato ha de interpretarse con cautela.

El segundo rasgo distintivo es que, a diferencia de lo que ocurre en España, el paso de "ninguna" a "pocas" figuras de apoyo apenas modifica la prevalencia en Castilla y León: un 26,8% entre quienes no cuentan con apoyos y un 26,6% entre quienes cuentan con pocos, prácticamente idénticos. En el conjunto de España, por el contrario, ese primer escalón ya reduce la prevalencia de forma apreciable (del 46,7% al 32,0%). En Castilla y León, por tanto, disponer de "unos pocos" apoyos no se asocia a una menor exposición a la soledad respecto a no tener ninguno.

El verdadero punto de inflexión en Castilla y León se sitúa un escalón más arriba, en la categoría de "algunas" figuras de apoyo, donde la prevalencia cae hasta el 12,2% (frente al 15,3% nacional). Se trata de un descenso de más de catorce puntos respecto a la categoría anterior y marca la frontera a partir de la cual la soledad no deseada se reduce de forma sustancial. Esta pauta matiza la lectura habitual: en la Comunidad no basta con contar con "unos pocos" apoyos para reducir la exposición a la soledad, sino que es necesario alcanzar un umbral algo mayor, el de disponer de "algunas" personas percibidas como disponibles.

En los niveles más altos de apoyo, la prevalencia se mantiene baja, aunque sin un descenso adicional claro. Quienes declaran contar con "bastantes" figuras de apoyo presentan una prevalencia del 10,0% y quienes cuentan con "muchas", del 11,6%, un ligero repunte que rompe la tendencia descendente y que, dada la reducida dimensión de estas submuestras, conviene interpretar con prudencia. En España los valores correspondientes son del 8,3% y el 10,4%. La comparación territorial muestra un cruce de pautas: **en las categorías de menor apoyo Castilla y León registra prevalencias inferiores a las nacionales (especialmente en "ninguna"), mientras que en las de mayor apoyo ("bastantes" y "muchas") se sitúa ligeramente por encima de la media estatal.**

En conjunto, los datos confirman que la cantidad percibida de figuras de apoyo opera como un factor protector frente a la soledad no deseada, si bien con un gradiente menos lineal que en el conjunto de España. La diferencia entre no contar con apoyos y contar con muchas figuras de apoyo es de 15,2 puntos porcentuales en Castilla y León (26,8% frente a 11,6%), sensiblemente inferior a los 36,3 puntos observados en España (46,7% frente a 10,4%). Esta menor brecha se explica, sobre todo, por la baja prevalencia registrada en la categoría de ausencia de apoyos en la Comunidad, más que por un mejor comportamiento en el extremo de máxima disponibilidad. Con las cautelas derivadas del tamaño muestral y de que la asociación solo resulta estadísticamente significativa en el conjunto de España, los datos apuntan a que en Castilla y León el elemento determinante no es tanto la simple existencia de algún apoyo, sino la percepción de contar con una red mínima consolidada, "algunas" personas disponibles, a partir de la cual la vulnerabilidad relacional se reduce de forma marcada.

La incorporación del **estado de salud mental** permite analizar si la asociación entre la disponibilidad percibida de apoyos y la soledad no deseada se mantiene entre las personas con y sin diagnóstico. En Castilla y León, los resultados muestran una pauta clara entre quienes no tienen un problema de salud mental diagnosticado, mientras que en la población diagnosticada los porcentajes presentan una mayor variabilidad.

Entre las personas **sin diagnóstico de salud mental**, la prevalencia de la soledad no deseada alcanza el **26,3% cuando no se cuenta con ninguna persona de apoyo** y se mantiene en un nivel próximo, del **24,0%**, entre quienes declaran disponer de pocas. La diferencia principal se produce al pasar de pocas a algunas figuras de apoyo: la prevalencia desciende hasta el **11,8%**, lo que supone una reducción de 12,2 puntos porcentuales.

A partir de ese nivel, los porcentajes se mantienen prácticamente estables. La prevalencia es del **10,2%** tanto entre quienes declaran contar con bastantes figuras de apoyo como entre quienes disponen de muchas. En conjunto, la distancia entre no contar con ninguna persona de apoyo y disponer de muchas alcanza los **16,1 puntos porcentuales**. El resultado sugiere que la diferencia más relevante no se encuentra necesariamente entre disponer de una red amplia o muy amplia, sino entre contar con una red escasa y percibir que existen al menos algunas personas a las que recurrir.

Tabla 12. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y la existencia de personas de apoyo, Castilla y León y España

	Sin un problema de salud mental diagnosticado		Con un problema de salud mental diagnosticado	
	España	**Castilla y León**	**España**	**Castilla y León**
Sin personas de apoyo	39,5%	**26,3%**	84,5%	**34,7%**
Sí, pocas	23,3%	**24,0%**	67,0%	**48,3%**
Sí, algunas	11,9%	**11,8%**	51,0%	**20,3%**
Sí, bastantes	5,8%	**10,2%**	25,2%	**7,6%**
Sí, muchas	8,9%	**10,2%**	22,4%	**19,7%**

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P37. ¿Tienes alguna persona que pueda ayudarle cuando tienes problemas (apoyo emocional, prestar dinero, cuidar de ti o de alguna persona dependiente a tu cargo, realizar gestiones o papeles, etc.)? P-valor estadísticamente significativo para España.

Entre las personas **con diagnóstico de salud mental**, aunque los porcentajes no siguen una gradación completamente ordenada, los datos apuntan a una tendencia general: **la prevalencia es más elevada entre quienes no cuentan con ninguna persona de apoyo o disponen de pocas**. En estos dos grupos se sitúa entre el **34,7% y el 48,3%**, mientras que entre quienes declaran tener **bastantes o muchas figuras de apoyo** oscila entre el **7,6% y el 19,7%**. La diferencia entre el porcentaje máximo, registrado entre quienes tienen pocas personas de apoyo (48,3%), y el mínimo, correspondiente a quienes disponen de bastantes (7,6%), alcanza los **40,7 puntos porcentuales**. Incluso si se comparan los valores más próximos de ambos intervalos, 34,7% entre quienes no tienen apoyos y 19,7% entre quienes cuentan con muchos, la distancia sigue siendo de **15 puntos**.

Las personas que declaran contar con **algunas figuras de apoyo** ocupan una posición intermedia, con una prevalencia del **20,3%**. En conjunto, los tres grupos que disponen al menos de algunas personas a las que recurrir presentan porcentajes inferiores a los observados entre quienes carecen de apoyos o cuentan con pocos. **Por tanto, aunque no pueda hablarse de un descenso lineal, los resultados sugieren una asociación entre una mayor disponibilidad percibida de apoyos y una menor presencia de soledad también entre las personas diagnosticadas.**

En el conjunto de **España 2026** se observa una relación más regular. Entre las personas sin diagnóstico, la prevalencia pasa del **39,5%** cuando no existen figuras

de apoyo al **8,9%** cuando se cuenta con muchas. Entre las personas diagnosticadas, el descenso se produce desde el **84,5%** hasta el **22,4%**. Los datos nacionales muestran así una asociación entre una mayor disponibilidad percibida de apoyos y una menor prevalencia de soledad en ambos grupos, aunque las personas con diagnóstico mantienen porcentajes más elevados en todos los niveles.

Trasladar estos resultados a la intervención exige prestar atención no solo al tamaño de la red social, sino también a su capacidad real para proporcionar ayuda. Los procesos de detección y seguimiento de los servicios sociales y sanitarios deberían explorar si la persona dispone de apoyos accesibles ante necesidades emocionales, económicas, de cuidados o de gestión cotidiana. En el caso de las personas con problemas de salud mental, esta dimensión relacional debe incorporarse a los planes de atención y coordinarse con los apoyos profesionales.

El análisis de la disponibilidad percibida de apoyos se completa con la **frecuencia de contacto mantenida con personas no convivientes**. Ambas dimensiones están relacionadas, pero no son equivalentes: hablar o reunirse habitualmente con alguien no implica necesariamente poder recurrir a esa persona ante un problema, del mismo modo que una figura de apoyo puede estar disponible, aunque el contacto no sea diario. Considerarlas conjuntamente permite aproximarse con mayor precisión a la estructura relacional de la población.

Los **familiares cercanos** constituyen el vínculo con mayor presencia cotidiana en Castilla y León. Más de la mitad de la población (54,3%) mantiene contacto con ellos cinco o más veces a la semana, mientras que el 19,5% lo hace tres o cuatro veces y el 20,8%, una o dos. Únicamente el 5,3% declara no hablar ni reunirse nunca con familiares cercanos no convivientes.

Tabla 13. Distribución de la frecuencia del contacto (presencial o a distancia) con personas no convivientes según el tipo de relación, Castilla y León y España

	Nunca		Una o dos veces a la semana		Tres o cuatro veces a la semana		5 o más veces a la semana	
	España	Castilla y León	España	Castilla y León	España	Castilla y León	España	Castilla y León
Familiares cercanos	4,4	**5,3**	24,5	**20,8**	18,3	**19,5**	52,7	**54,3**
Otros familiares	36,7	**31,1**	44,1	**46,2**	10,6	**13,6**	8,6	**9,1**
Amistades	8,6	**13,1**	37,1	**33,8**	21,0	**21,0**	33,2	**32,2**

Vecinos/as	47,3	**36,0**	27,6	**27,2**	9,0	**12,7**	16,1	**24,1**

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P36. En una semana típica cuantas veces habla o se reúne con familiares cercanos, no convivientes (hijos/as, nietos/as, hermanos/as, padre/madre), otros familiares (tíos/as, primos/as, etc.), amigos y amigas y vecinos/as.

Las **amistades** ocupan una posición también relevante, aunque el contacto presenta una frecuencia menor que con los familiares cercanos. El 32,2% se relaciona con amigos o amigas cinco o más veces a la semana y el 21,0% lo hace tres o cuatro veces. En el extremo opuesto, el 13,1% no mantiene nunca este tipo de contacto. La relación con **otros familiares** es más esporádica. La respuesta más frecuente es el contacto una o dos veces por semana, señalada por el 46,2%, mientras que el 31,1% declara no mantenerlo nunca. Solo el 9,1% habla o se reúne con estos familiares cinco o más veces a la semana. Los contactos vecinales muestran una distribución más polarizada. El **36,0%** de la población de Castilla y León no mantiene nunca contacto con vecinos o vecinas, pero un **24,1%** lo hace cinco o más veces a la semana. Entre ambos extremos, el 27,2% se relaciona una o dos veces y el 12,7%, tres o cuatro veces.

La estructura general resulta próxima a la nacional en el caso de los familiares cercanos: el contacto de cinco o más veces por semana alcanza el 54,3% en Castilla y León y el 52,7% en España. Las diferencias son también moderadas en los vínculos con amistades y otros familiares. La principal particularidad autonómica aparece en las **relaciones vecinales**: el porcentaje de personas que nunca mantiene contacto es 11,3 puntos inferior al nacional 36,0% frente al 47,3%, mientras que el contacto de cinco o más veces a la semana es 8 puntos superior 24,1% frente al 16,1%. Estos datos muestran una mayor presencia del contacto vecinal en Castilla y León, aunque por sí solos no permiten valorar la calidad o el significado de esas relaciones.

La frecuencia de los contactos adquiere una lectura adicional cuando se relaciona con la prevalencia de la soledad no deseada. En Castilla y León, las diferencias más amplias se observan en los vínculos de mayor cercanía afectiva, especialmente las amistades y los familiares cercanos.

Tabla 14. Prevalencia de la soledad no deseada según la frecuencia del contacto (presencial o a distancia) con personas no convivientes según el tipo de relación, Castilla y León y España

	Nunca		**Una o dos veces a la semana**		**Tres o cuatro veces a la semana**		**5 o más veces a la semana**	
	España	**Castilla y León**	**España**	**Castilla y León**	**España**	**Castilla y León**	**España**	**Castilla y León**

Familiares cercanos	56,1%	**45,4%**	29,5%	**22,8%**	16,3%	**16,1%**	13,9%	**10,8%**
Otros familiares	28,7%	**23,9%**	17,3%	**15,7%**	5,9%	**7,6%**	16,5%	**1,9%**
Amistades	50,9%	**48,8%**	22,7%	**13,9%**	14,8%	**9,0%**	11,9%	**7,3%**
Vecinos/as	27,8%	**21,4%**	15,1%	**15,6%**	9,4%	**16,9%**	12,7%	**5,7%**

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

La asociación más intensa se observa en las **amistades**. Casi la mitad de las personas que nunca tienen contacto con amigos o amigas se encuentra en situación de soledad no deseada (**48,8%**). La prevalencia desciende hasta el 13,9% cuando el contacto se produce una o dos veces por semana, al 9,0% con una frecuencia de tres o cuatro veces y al **7,3%** cuando se mantiene cinco o más veces. La distancia entre la ausencia de contacto y la frecuencia más elevada alcanza los **41,5 puntos**, la mayor de los cuatro tipos de relación analizados.

En el caso de **otros familiares**, la prevalencia pasa del 23,9% entre quienes nunca mantienen contacto al 15,7% entre quienes lo hacen una o dos veces por semana. Posteriormente desciende al 7,6% y al 1,9% en los dos niveles de frecuencia más elevados. La diferencia entre los extremos es de **22 puntos**, si bien las categorías de contacto más frecuente se apoyan en un número limitado de casos.

Las relaciones con **vecinos y vecinas** presentan una pauta menos lineal. La prevalencia alcanza el 21,4% entre quienes nunca mantienen contacto, se sitúa en el 15,6% con una frecuencia de una o dos veces y en el 16,9% con tres o cuatro contactos semanales. El porcentaje más bajo aparece entre quienes se relacionan con sus vecinos cinco o más veces a la semana, con un **5,7%**. Por tanto, el contacto vecinal muy frecuente se asocia a una menor prevalencia, pero los niveles intermedios no muestran un descenso ordenado.

Los resultados nacionales reproducen con claridad la asociación entre una mayor frecuencia de contacto con **familiares cercanos y amistades** y una menor prevalencia de la soledad. En los vínculos con otros familiares y con el vecindario, tanto España como Castilla y León presentan una distribución menos regular, lo que aconseja evitar una interpretación uniforme para todos los tipos de relación.

En conjunto, los datos refuerzan una idea central del informe: **no todos los contactos sociales tienen la misma capacidad protectora frente a la soledad no deseada.** Los vínculos de mayor cercanía afectiva (familiares cercanos y amistades) son los que muestran una asociación más intensa y estable con menores niveles de soledad, mientras que las relaciones con otros familiares y con

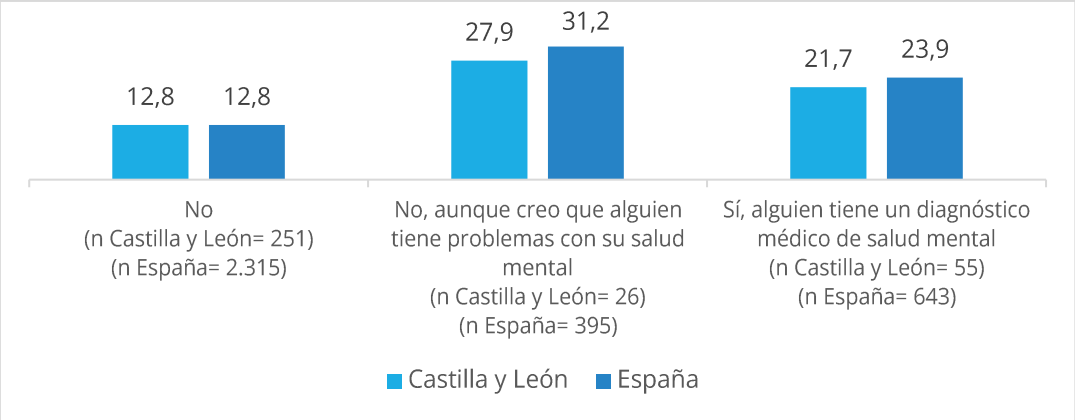
vecinos/as, aun teniendo un valor relacional evidente (y, en el caso de la vecindad, una presencia especialmente alta en Castilla y León), presentan un efecto protector más difuso. Desde la perspectiva de las políticas públicas, este resultado subraya la importancia de promover oportunidades para mantener y fortalecer las relaciones personales significativas, con una atención particular a las amistades, dado el segmento de población de la Comunidad que declara no mantener ningún contacto de este tipo, y aprovechando al mismo tiempo la densidad de las redes vecinales como recurso comunitario de proximidad frente al aislamiento.

Por otro lado, la presencia de problemas de salud mental en el entorno convivencial constituye un factor relevante de exposición a la soledad no deseada. En Castilla y León, entre quienes **declaran no convivir con ninguna** persona con problemas de salud mental, la prevalencia de la soledad se sitúa en el 12,8%, un valor idéntico al del conjunto de España (12,8%). Este grupo representa el escenario de menor exposición y confirma que un entorno de convivencia sin problemas de salud mental se asocia a los niveles más bajos de soledad no deseada.

La prevalencia se eleva de forma apreciable en los dos escenarios en que sí hay problemas de salud mental en el hogar. Entre quienes creen que alguien de su hogar tiene problemas de **salud mental sin que exista un diagnóstico formal, la prevalencia de soledad alcanza el 27,9% en Castilla y León (frente al 31,2% nacional), la cifra más alta de las tres categorías**. Y entre quienes conviven con una persona que **sí** cuenta con un diagnóstico médico de salud mental, la prevalencia se sitúa en el 23,9% (frente al 21,7% estatal). En ambos casos, por tanto, la convivencia con problemas de salud mental prácticamente duplica la prevalencia de soledad respecto al escenario sin problemas en el hogar. Conviene precisar, no obstante, que estas dos categorías se apoyan en submuestras reducidas en la Comunidad (26 y 55 casos, respectivamente), por lo que las cifras deben tomarse como indicativas y con la debida cautela.

Interesa detenerse en el hecho de que **la mayor prevalencia no corresponde** a la convivencia con una persona con diagnóstico, sino a **la sospecha de un problema de salud mental no diagnosticado (27,9% frente a 23,9%).** En este sentido **las situaciones no diagnosticadas suelen ir acompañadas de mayor incertidumbre,** ausencia de acompañamiento profesional y menor acceso a apoyos y recursos formales, factores todos ellos que pueden intensificar el aislamiento tanto de la persona afectada como de quienes conviven con ella. La existencia de un diagnóstico, en cambio, abre la puerta a itinerarios de atención, prestaciones y redes de apoyo que pueden amortiguar parcialmente ese riesgo.

Gráfico 34. Prevalencia de la soledad no deseada según la convivencia con personas con problemas de salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P29. Excluyéndose usted, ¿alguien de su hogar cuenta con algún diagnóstico médico de salud mental? La categoría de "convive con una persona con problemas de salud mental agrupa las dos categorías anteriores "No, aunque creo que alguien tiene problemas con su salud mental" y "Sí, alguien tiene un diagnóstico médico de salud mental". P-valor estadísticamente significativo para España.

Es importante subrayar que esta mayor prevalencia de soledad no debe atribuirse a la condición de salud mental de la persona con la que se convive, sino a los factores sociales que rodean esa situación. La convivencia con una persona con problemas de salud mental suele conllevar una intensa labor de cuidado y acompañamiento que, en ausencia de apoyos suficientes, reduce el tiempo y la disponibilidad para mantener relaciones propias, incrementa la sobrecarga emocional y puede derivar en un progresivo repliegue de la vida social. A ello se suman, con frecuencia, el **estigma asociado** a los problemas de salud mental (que dificulta hablar abiertamente de la situación y buscar apoyo), así como **unas redes comunitarias y unos servicios de respiro y acompañamiento que a menudo resultan insuficientes.** Es esta configuración de **barreras sociales**, y no la presencia de la persona con el problema de salud mental en sí, la que explica el mayor riesgo de soledad no deseada en estos hogares.

La comparación territorial **no arroja grandes diferencias** y vemos que Castilla y León presenta una prevalencia algo inferior a la media estatal en la categoría de problema no diagnosticado (27,9% frente al 31,2%) y algo superior en la de diagnóstico formal (23,9% frente al 21,7%), diferencias que, dado el tamaño de las submuestras, no permiten afirmar la existencia de una pauta autonómica claramente diferenciada. El mensaje de fondo es, en todo caso, consistente con el del conjunto de España: la presencia de problemas de salud mental en el hogar (con o sin diagnóstico) se asocia a un mayor riesgo de soledad no deseada para el conjunto de la unidad de convivencia.

Los resultados apuntan a la importancia de **reforzar los apoyos** dirigidos a los hogares en los que conviven personas con problemas de salud mental, **prestando especial atención a las situaciones no diagnosticadas**, que combinan mayor prevalencia de soledad con menor acceso a recursos formales. Medidas como los servicios de respiro, los programas de apoyo a personas cuidadoras, la detección temprana y la lucha contra el estigma pueden contribuir a mitigar el riesgo de soledad no deseada tanto de las personas con problemas de salud mental como de quienes comparten su vida cotidiana con ellas.

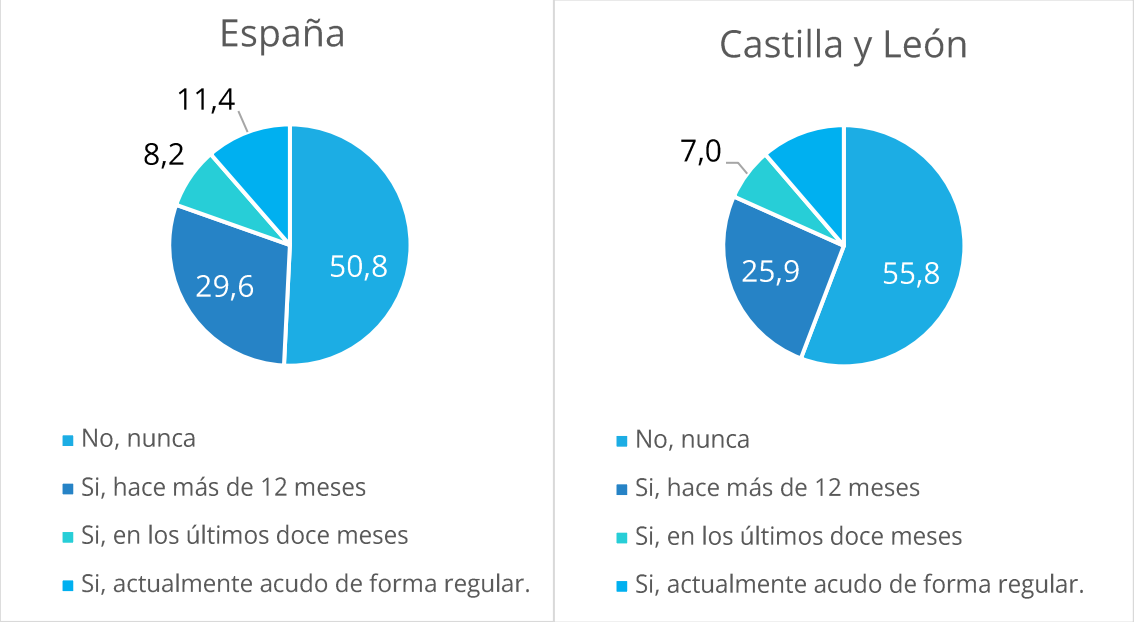
8.2. Atención profesional y medicación

- **El 55,8% de la población de Castilla y León nunca ha acudido a un profesional de salud mental**, una proporción ligeramente superior a la registrada en España (50,8%).
- **La soledad no deseada es más frecuente entre quienes han tenido contacto reciente con los servicios de salud mental**: alcanza el **35,7%** entre quienes acudieron durante los últimos 12 meses, frente al **16,3%** entre quienes lo hicieron hace más de un año.
- **La percepción de necesidad de apoyo también se asocia a mayores niveles de soledad**: la prevalencia asciende al **20,4%** entre quienes se han planteado acudir a un profesional, frente al **13,7%** de quienes no lo han considerado.
- **El consumo de psicofármacos presenta niveles muy similares a los del conjunto de España** (42,7% los ha consumido alguna vez), y la soledad no deseada alcanza su nivel más elevado entre quienes los han tomado durante la última semana (**37,6%**, frente al **12,7%** entre quienes nunca los han consumido).
- **El 59,0% de las personas que creen tener un problema de salud mental, pero no cuentan con diagnóstico, no recibe apoyo psicológico ni medicación**. En un contexto de asociación entre malestar psicológico y soledad, este grupo resulta especialmente relevante para la detección temprana, aunque su reducida base muestral exige interpretar el resultado con cautela.

El análisis de la atención profesional permite conocer tanto la extensión de su utilización como su relación con la soledad no deseada. Los resultados de Castilla y León muestran una distribución general próxima a la nacional, aunque con una mayor presencia de personas que nunca han acudido a un profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental.

En Castilla y León, el **55,8% de la población declara no haber acudido nunca** a este tipo de atención, frente al 50,8% registrado en España. La diferencia alcanza los **5 puntos porcentuales**, lo que sitúa a la Comunidad ligeramente por encima del promedio nacional en esta categoría.

Gráfico 35. Distribución de la población según haya acudido a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental, Castilla y León y España

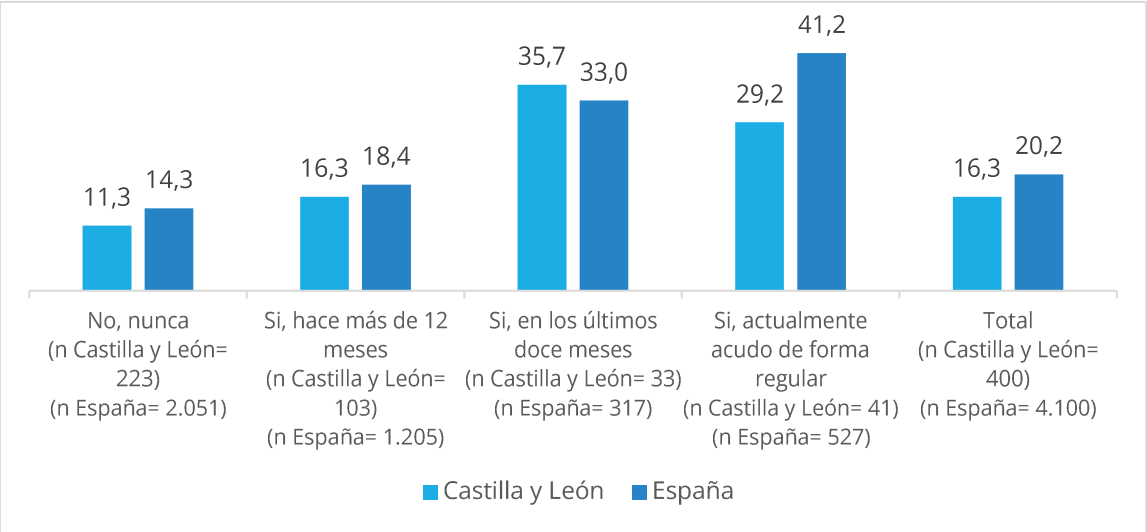


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P24. ¿Alguna vez ha acudido a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental?

Entre quienes sí han recibido atención profesional, la categoría más numerosa corresponde a las personas que acudieron **hace más de doce meses**: representan el 25,9% en Castilla y León y el 29,6% en España, una diferencia de 3,7 puntos. El uso más reciente presenta un peso menor: el 7,0% de la población autonómica acudió durante los últimos doce meses, frente al 8,2% nacional. La proporción de personas que **acude actualmente de forma regular** es prácticamente idéntica en ambos territorios: 11,3% en Castilla y León y 11,4% en España. Si se consideran conjuntamente la atención durante el último año y el uso regular actual, los porcentajes alcanzan el 18,3% y el 19,6%, respectivamente.

La relación con la soledad no deseada muestra diferencias más pronunciadas. En Castilla y León, la prevalencia alcanza su valor más bajo entre quienes **nunca han acudido a atención profesional** y aumenta entre las personas cuyo contacto con estos recursos es más reciente. No obstante, la progresión no es completamente lineal, ya que el porcentaje más elevado corresponde a quienes acudieron durante los últimos doce meses y no a quienes reciben atención regular en la actualidad.

Gráfico 36. Prevalencia de la soledad no deseada según se haya acudido a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P24. ¿Alguna vez ha acudido a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental? P-valor estadísticamente significativo.

La prevalencia de la soledad no deseada aumenta a medida que el contacto con la atención profesional de salud mental es más reciente. Entre las personas que acudieron hace más de doce meses, esta se sitúa en el 16,3% en Castilla y León (18,4% en España), mientras que entre quienes lo hicieron en los últimos doce meses alcanza el 35,7% (33,0% en España). En el grupo que mantiene una atención regular en la actualidad, sin embargo, la pauta observada en Castilla y León difiere de la registrada a nivel estatal. Mientras que en España la prevalencia continúa aumentando hasta el 41,2%, en Castilla y León desciende hasta el 29,2%. De este modo, el valor más elevado se observa entre quienes han tenido un contacto reciente con los servicios, y no entre quienes mantienen una atención continuada.

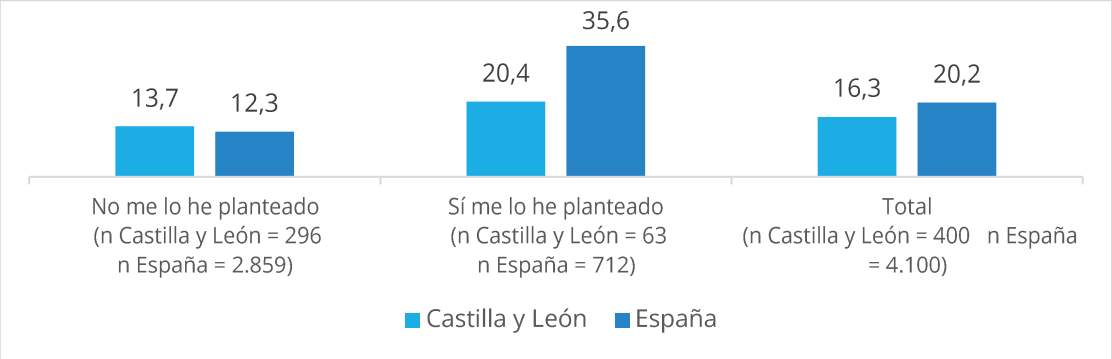
Este comportamiento debe interpretarse con cautela, dado que los grupos correspondientes al uso reciente y al uso regular se sustentan en tamaños muestrales reducidos en Castilla y León (33 y 41 casos, respectivamente), lo que limita la robustez de las diferencias observadas entre categorías.

Con estas cautelas, los datos apuntan a una mayor prevalencia de la soledad no deseada entre las personas que han tenido contacto con servicios de atención profesional de salud mental que entre aquellas que nunca han acudido a ellos. Esta diferencia resulta especialmente acusada en el grupo que ha utilizado estos servicios durante los últimos doce meses.

No obstante, la relación observada debe interpretarse como una asociación estadística y no como una relación causal. **Es probable que las personas que recurren a estos servicios se encuentren atravesando situaciones de mayor malestar emocional o psicológico, circunstancias que también pueden estar vinculadas a un mayor riesgo de experimentar soledad no deseada.** En este sentido, el uso de servicios de salud mental puede entenderse como un indicador de situaciones de mayor vulnerabilidad o necesidad de apoyo, más que como un factor explicativo de la propia soledad. Los resultados sugieren, por tanto, que los niveles más elevados de soledad tienden a concentrarse en grupos que presentan una mayor necesidad de atención y acompañamiento.

El análisis de la atención profesional puede completarse considerando a las personas que, sin recibirla actualmente de forma regular, **se han planteado solicitarla**. Este indicador permite aproximarse a la existencia de una posible necesidad percibida de apoyo, aunque no informa de si la persona ha iniciado la búsqueda, ha solicitado una cita o ha encontrado dificultades para acceder.

Gráfico 37. Prevalencia de la soledad no deseada según la intención de acudir a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P25. En la actualidad, ¿se ha planteado acudir a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental? P-valor estadísticamente significativo para España.

En Castilla y León, la prevalencia de la soledad no deseada se sitúa en el **13,7% entre quienes no se han planteado acudir a un profesional**, mientras que asciende al **20,4% entre quienes sí lo han considerado**, lo que supone una diferencia de **6,7 puntos porcentuales**.

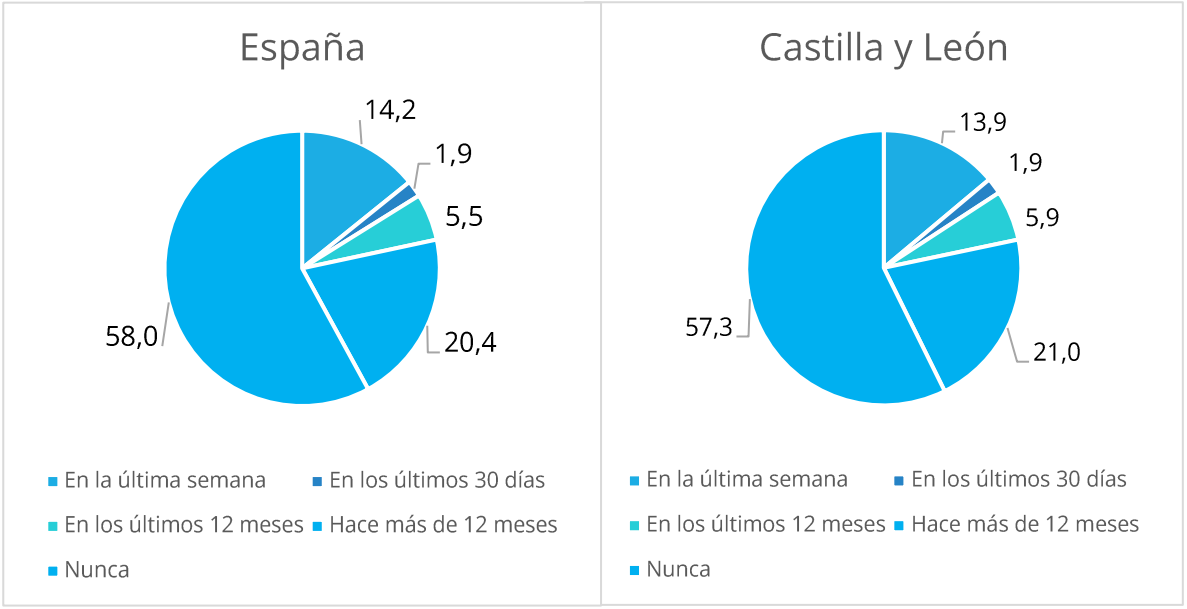
En línea con los resultados observados en los apartados anteriores, la soledad no deseada presenta una mayor prevalencia entre las personas que se han planteado acudir a un profesional de la salud mental que entre aquellas que no lo han hecho.

En comparación con el conjunto de España, donde la prevalencia alcanza el 35,6% entre quienes se han planteado acudir a un profesional, la diferencia observada en Castilla y León es menos intensa. Mientras que a nivel estatal la prevalencia prácticamente se triplica entre quienes se han planteado solicitar apoyo profesional (35,6% frente a 12,3%), en Castilla y León el incremento es más moderado (20,4% frente a 13,7%).

Aun así, los resultados muestran una pauta consistente: **las personas que se han planteado acudir a un profesional de la salud mental presentan una prevalencia de soledad no deseada superior a la de quienes no se lo han planteado**. Aunque la magnitud de esta diferencia es menor en Castilla y León que en el conjunto de España, los datos apuntan a una asociación entre la **percepción de necesidad** de apoyo en salud mental y una mayor presencia de situaciones de **soledad no deseada**.

El análisis de la atención profesional se completa con la frecuencia de consumo de medicamentos como somníferos, ansiolíticos, tranquilizantes, sedantes o antidepresivos. La distribución observada en Castilla y León es prácticamente idéntica a la del conjunto de España, sin diferencias que permitan hablar de un perfil autonómico claramente más o menos medicalizado. En Castilla y León, el **57,3% de la población nunca ha tomado este tipo de medicación**, frente al 58,0% registrado a nivel nacional. Por tanto, el **42,7% la ha consumido en algún momento**, una proporción muy próxima al 42,0% de España.

Gráfico 38. Distribución de la frecuencia del consumo de psicofármacos entre la población, Castilla y León y España

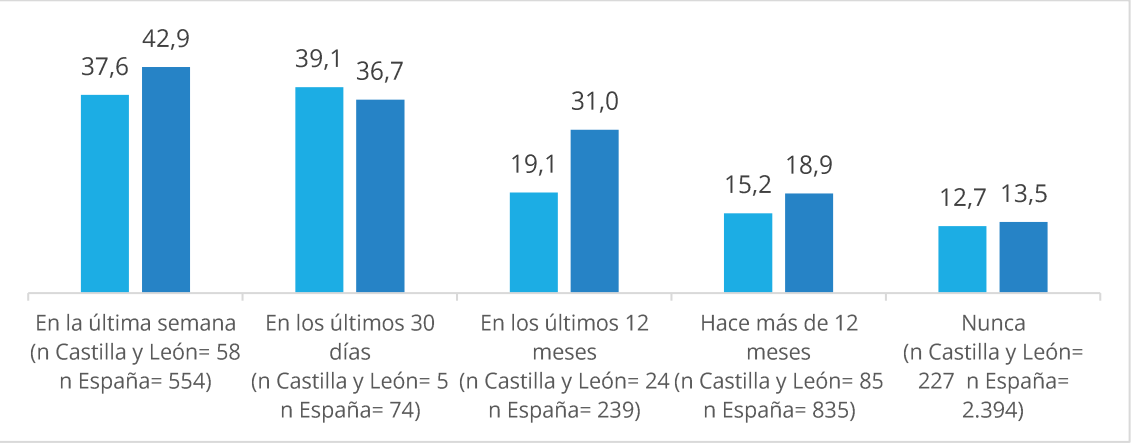


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P35. ¿Alguna vez ha tomado medicamentos como somníferos, ansiolíticos, tranquilizantes, sedantes, antidepresivos, etc.?

El consumo más reciente presenta igualmente una distribución muy similar. El **13,9% de la población de Castilla y León** declara haber tomado estos medicamentos durante la última semana, frente al 14,2% nacional. A esta categoría se suman el **1,9%** que los tomó en los últimos 30 días y el **5,9%** que lo hizo durante los últimos 12 meses. Consideradas conjuntamente, estas tres categorías representan el **21,7% en Castilla y León y el 21,6% en España**. Por su parte, el **21,0% de la población castellana y leonesa** señala haber tomado esta medicación hace más de 12 meses, un porcentaje también muy próximo al 20,4% nacional. En conjunto, las diferencias territoriales no superan los 0,7 puntos porcentuales en ninguna categoría, lo que muestra una pauta de consumo muy semejante en ambos ámbitos.

La relación entre el consumo de psicofármacos y la soledad no deseada muestra una pauta similar en Castilla y León y en el conjunto de España. En términos generales, **la prevalencia de la soledad tiende a ser menor entre quienes no han consumido este tipo de medicación y más elevada entre quienes han tenido un consumo más reciente**.

Gráfico 39. Prevalencia de la soledad no deseada según la frecuencia del consumo de psicofármacos, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P35. ¿Alguna vez ha tomado medicamentos como somníferos, ansiolíticos, tranquilizantes, sedantes, antidepresivos, etc.? P-valor estadísticamente significativo para España.

En Castilla y León, **la prevalencia más baja se registra entre quienes nunca han consumido este tipo de medicación (12,7%), mientras que el valor más elevado corresponde a quienes la han tomado durante la última semana, entre quienes alcanza el 37,6%.** La diferencia entre ambos grupos es de 24,9 puntos porcentuales. En las categorías intermedias, la prevalencia se sitúa en el 15,2% entre quienes consumieron estos medicamentos hace más de doce meses y en el 19,1% entre quienes lo hicieron en los últimos doce meses. No obstante, este último

resultado debe interpretarse con cautela, ya que se sustenta en una submuestra reducida (24 casos). Asimismo, la categoría correspondiente al consumo durante los últimos 30 días no se analiza para Castilla y León debido a su escaso número de observaciones (5 casos). En España, donde los tamaños muestrales son más amplios y la asociación observada resulta estadísticamente significativa, la pauta es más consistente. La prevalencia aumenta desde el 13,5% entre quienes nunca han consumido estos medicamentos hasta el 42,9% entre quienes lo hicieron durante la última semana.

En ambos territorios, por tanto, la soledad no deseada es más frecuente entre las personas que han consumido psicofármacos recientemente. No obstante, esta asociación debe interpretarse con cautela, ya que los datos disponibles no permiten determinar la naturaleza de la relación observada ni conocer aspectos relevantes del tratamiento, como su indicación clínica, duración, seguimiento o respuesta terapéutica.

Desde una perspectiva operativa, **estos resultados sugieren que los espacios de atención asociados a la prescripción, renovación o seguimiento de este tipo de medicación pueden constituir oportunidades para identificar posibles situaciones de soledad no deseada** y valorar, cuando proceda, las necesidades de apoyo adicionales de las personas atendidas. En este sentido, los resultados refuerzan la importancia de una aproximación integral que tenga en cuenta tanto las necesidades clínicas como otros factores que pueden afectar al bienestar y la calidad de vida.

¿Qué tipo de apoyo reciben las personas con problemas de salud mental, tanto las que tienen un diagnóstico como las que no?

En Castilla y León, el 86,1% de las personas con diagnóstico de salud mental recibe o ha recibido apoyo psicológico, medicación o ambas formas de atención. Entre quienes creen tener un problema, pero no cuentan con diagnóstico, este porcentaje se reduce al 41,0%.

Tabla 15. Apoyo sanitario recibido según tipo y situación de salud mental, Castilla y León y España

	Medicación sin apoyo		Apoyo sin medicación		Apoyo y medicación		Ninguno	
	España	Castilla y León	España	Castilla y León	España	Castilla y León	España	Castilla y León

Sí, diagnóstico (Castilla y León n=33 España n=517)	29,1%	**24,5%**	12,8%	**21,8%**	33,5%	**39,8%**	24,7%	**14,0%**
No, cree tener problemas (Castilla y León n=39 España n=389)	10,1%	**13,9%**	11,7%	**24,6%**	5,5%	**2,5%**	72,7%	**59,0%**
No, sin problemas (Castilla y León n=328 España n=3.177)	5,1%	**7,4%**	4,1%	**3,2%**	0,3%	**0,7%**	90,5%	**88,7%**

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026.

El tipo de apoyo sanitario presenta diferencias importantes según la situación de salud mental. En Castilla y León, entre las personas que **cuentan con un diagnóstico clínico**, la modalidad más frecuente es la **combinación de apoyo psicológico y medicación** (39,8%). A continuación, se sitúan la medicación sin apoyo psicológico (24,5%) y el apoyo psicológico sin medicación (21,8%). En conjunto, el **86,0% de las personas diagnosticadas recibe algún tipo de atención**, ya sea psicológica, farmacológica o ambas, mientras que únicamente el 14,0% no accede a ninguna de estas formas de apoyo.

La situación es sustancialmente diferente entre quienes **consideran que podrían tener un problema de salud mental, pero no cuentan con un diagnóstico**. En este grupo, el **59,0% no recibe apoyo psicológico ni farmacológico**, mientras que el 41,0% accede a alguna de estas modalidades de atención. La forma de apoyo más frecuente es el apoyo psicológico sin medicación (24,6%), seguida de la medicación sin apoyo psicológico (13,9%), mientras que la combinación de ambas opciones presenta un peso muy reducido (2,5%).

La diferencia respecto a las personas con diagnóstico resulta especialmente relevante. Mientras que entre estas últimas la ausencia de apoyo psicológico y farmacológico se sitúa en el **14,0%**, entre quienes consideran que podrían tener un problema de salud mental sin disponer de un diagnóstico alcanza el **59,0%**, lo que supone una distancia de **45 puntos porcentuales**. Este resultado identifica uno de los principales aspectos de atención del análisis. **Más de la mitad de las personas que perciben posibles problemas de salud mental no cuentan con un diagnóstico ni reciben apoyo psicológico o farmacológico**. Aunque la información disponible no permite conocer las circunstancias que explican esta situación, los datos ponen de manifiesto la existencia de un grupo significativo que reconoce señales de malestar o necesidad de apoyo, pero que permanece al margen de las principales vías de atención consideradas.

Desde esta perspectiva, los resultados sugieren la importancia de **reforzar los mecanismos de detección temprana, orientación y acceso a los recursos disponibles**, prestando especial atención a las situaciones en las que existe una percepción de malestar que todavía no ha derivado en una valoración profesional o en la recepción de apoyos específicos. Se trata, potencialmente, de un espacio de intervención relevante para favorecer una atención más temprana y ajustada a las necesidades de las personas.

8.3. Estrategias de búsqueda de apoyo y barreras para acceder a la ayuda

- **La familia y las amistades son la principal vía de apoyo ante la soledad o el malestar emocional**, aunque se recurre a ellas en menor proporción entre las personas con soledad no deseada: 53,1%, frente al 64,3% de quienes no se encuentran en esta situación, una diferencia de 11,2 puntos porcentuales.
- **Los profesionales sanitarios ocupan el segundo lugar y son mencionados con mayor frecuencia por las personas con soledad**: 37,2%, frente al 27,5% entre quienes no presentan soledad. También se observan porcentajes superiores en la religión o espiritualidad (23,5% frente al 14,4%), si bien las diferencias autonómicas son descriptivas.
- **Reconocer un problema de salud mental se percibe como más difícil ante otras personas que ante uno mismo**. En Castilla y León, el 64,9% considera bastante o muy difícil identificarlo personalmente y el 79,3% atribuye esa misma dificultad a comunicarlo ante los demás, una diferencia de 14,4 puntos. La distribución es similar a la nacional.

La forma en que las personas responden a los momentos de soledad o malestar emocional (a quién recurren, y con qué dificultades se encuentran para reconocer y afrontar el problema) constituye una dimensión clave para el diseño de políticas de prevención y acompañamiento. Este apartado aborda, en primer lugar, **las estrategias de búsqueda de apoyo más frecuentes** y, **la dificultad percibida para reconocer un problema de salud mental.**

En Castilla y León, la **familia y las amistades** constituyen, con diferencia, el principal recurso al que se acude ante la soledad o el malestar emocional, tanto entre quienes no se encuentran en situación de soledad no deseada (64,3%) como entre quienes sí la experimentan (53,1%). Esta centralidad del apoyo informal confirma el papel de los vínculos cercanos como primera línea de respuesta. Ahora bien, el dato más

relevante es que este recurso es **menos frecuente entre las personas en situación de soledad** (11,2 puntos por debajo), lo que resulta coherente con el conjunto del informe: quienes disponen de redes informales más débiles o menos accesibles son, precisamente, quienes están más expuestos a la soledad no deseada.

Tabla 16. Estrategias de búsqueda de apoyo más frecuentes como respuesta a los momentos en que se siente soledad o malestar emocional, Castilla y León y España

Estrategia de apoyo	España n	España: Soledad (%)	España: No soledad (%)	Castilla y León n	Castilla y León: Soledad (%)	Castilla y León: No soledad (%)
Familia y amistades	2.848	65,7	68,0	266	53,1	64,3
Profesionales sanitarios	1.455	47,8	30,3	125	37,2	27,5
Religión o espiritualidad	788	35,0	18,3	64	23,5	14,4
Uso de la IA	369	18,5	7,1	33	16,3	6
No he buscado apoyo	272	12,3	7,9	21	16,3	3
Otros	268	12,9	4,7	19	4,7	4,1
Servicios Sociales u ONGs	205	14,7	3,5	17	13,2	3,3

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P33. Cuando siente soledad o malestar emocional, ¿ha buscado apoyo en alguno de los siguientes ámbitos? P-valor estadísticamente significativo para España.

El patrón se invierte en el resto de los canales, todos ellos más utilizados por las personas en soledad. Los **profesionales sanitarios** son el segundo recurso más citado y su uso es mayor entre quienes viven la soledad (37,2% frente al 27,5%), al igual que la **religión o espiritualidad** (23,5% frente al 14,4%). También aparecen más presentes, aunque sobre bases muestrales reducidas, el **uso de la inteligencia artificial** (16,3% frente al 6,0%) y los **servicios sociales u ONGs** (13,2% frente al 3,3%). Esta mayor apelación a canales formales, comunitarios o tecnológicos por parte de las personas en soledad puede leerse como una vía de compensación ante la menor disponibilidad de apoyos informales cercanos, más que como una preferencia por estos recursos.

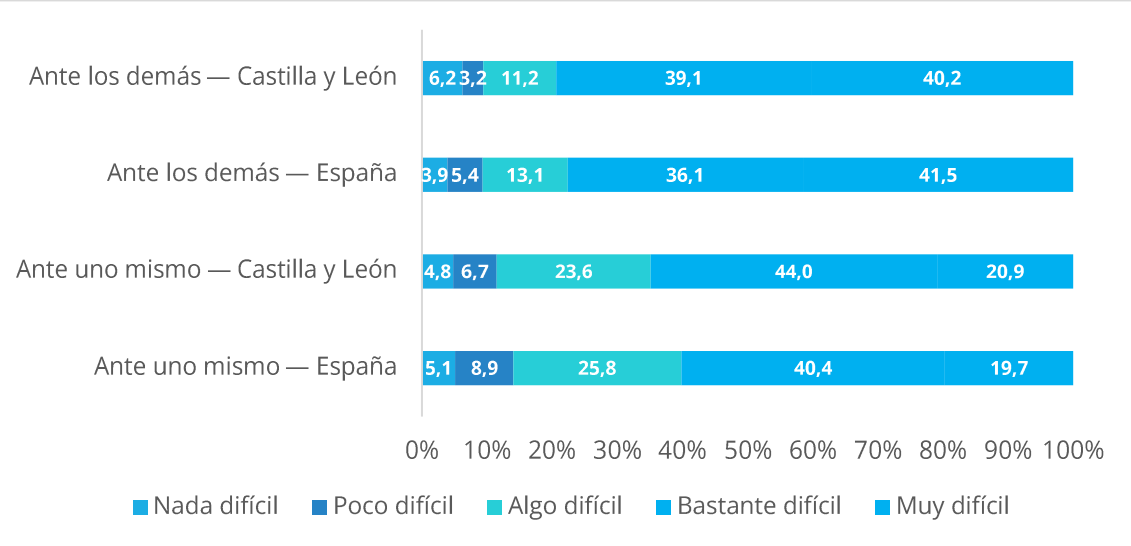
Especial atención merece el hecho de que la respuesta **"no he buscado apoyo"** sea más de cinco veces más frecuente entre las personas en situación de soledad (16,3%

frente al 3,0%). Este dato, aun con las cautelas derivadas del reducido número de casos, sugiere que una parte del colectivo más vulnerable no llega a activar ninguna estrategia de búsqueda de ayuda, lo que conecta directamente con la existencia de barreras (personales, sociales o de acceso) que conviene identificar y remover.

Por otro lado, junto con las estrategias a las que se recurre ante la soledad o el malestar emocional, resulta relevante observar la dificultad que la población percibe para reconocer la existencia de un problema de salud mental. El gráfico diferencia dos situaciones: **identificar el problema ante uno mismo** y **reconocer ante otras personas que se está atravesando esa situación**.

En Castilla y León, el **44,0% de la población considera bastante difícil identificar en uno mismo un problema de salud mental** y el **20,9% lo considera muy difícil**. Si se agrupan ambas respuestas, el **64,9%** atribuye un grado elevado de dificultad a este reconocimiento personal.

Gráfico 41. Percepción de la dificultad para reconocer ante uno mismo o ante los demás un problema de salud mental, 2026



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P22.1. ¿Como de difícil cree que es identificar cuando uno/a mismo/a tiene un problema de salud mental? y P22.2. ¿Como de difícil cree que es reconocer ante los demás que se tiene un problema de salud mental? Número de respuestas: Ante uno mismo (España: 4.030; Castilla y León:395), Ante los demás (España: 4.059; Castilla y León: 399).

Otro **23,6%** considera que identificar el problema en uno mismo resulta algo difícil. En las categorías de menor dificultad se sitúan el 6,7%, que lo considera poco difícil, y el 4,8%, que responde que no resulta nada difícil. En conjunto, el **88,5% señala algún grado de dificultad**, aunque con distinta intensidad.

La percepción cambia cuando se pregunta por el reconocimiento del problema **ante los demás**. En Castilla y León, el 39,1% considera que hacerlo resulta bastante difícil y el 40,2%, muy difícil. La suma de estas dos categorías alcanza el **79,3%**, frente al 64,9% registrado para la identificación ante uno mismo. La diferencia se aprecia especialmente en la respuesta "muy difícil", que pasa del **20,9% al identificar el problema en uno mismo al 40,2% al reconocerlo ante otras personas**, un aumento de **19,3 puntos porcentuales**. En cambio, la categoría "bastante difícil" disminuye ligeramente, del 44,0% al 39,1%. Esto indica que, al preguntar por la comunicación ante otras personas, una parte mayor de las respuestas se concentra en el nivel máximo de dificultad. Las opciones intermedias y de menor dificultad tienen menos peso cuando se trata de reconocer el problema ante los demás. El 11,2% considera que resulta algo difícil, el 3,2% poco difícil y el 6,2% nada difícil. En total, el **90,5% atribuye al menos algún grado de dificultad** a comunicar el problema, frente al 88,5% que lo hace respecto a identificarlo personalmente.

La distribución de Castilla y León es similar a la observada en España. A nivel nacional, el porcentaje que considera bastante o muy difícil identificar el problema en uno mismo alcanza el **60,1%**, frente al 64,9% autonómico. La diferencia es de **4,8 puntos porcentuales**. En el reconocimiento ante los demás, los porcentajes son del 77,6% en España y del 79,3% en Castilla y León, con una distancia menor, de **1,7 puntos**. En ambos territorios, por tanto, se reproduce la misma distribución general: la dificultad elevada es mayor cuando se pregunta por el reconocimiento ante otras personas que cuando se plantea la identificación ante uno mismo. La diferencia entre ambos indicadores alcanza los **14,4 puntos en Castilla y León** y los **17,5 puntos en España**.

El gráfico recoge percepciones generales de la población y no comportamientos observados. No permite saber cuántas personas han tenido realmente dificultades para identificar un problema, cuántas han evitado comunicarlo ni si esta percepción ha impedido solicitar ayuda. Tampoco establece una relación directa con la soledad no deseada. Su aportación al análisis consiste en mostrar que **tanto el reconocimiento personal como, especialmente, la comunicación ante otras personas es considerados procesos difíciles por una parte mayoritaria de la población.**

9. Percepción social de la salud mental y de la soledad no deseada

9.1. Evolución percibida de la salud mental y la soledad

- **El 84,7% de la población de Castilla y León considera que la salud mental de la sociedad ha empeorado durante los últimos años**, un porcentaje muy similar al registrado en España (84,4%).
- **La percepción de aumento de la soledad no deseada está todavía más extendida**: alcanza el 87,1% en Castilla y León, frente al 85,9% en el conjunto nacional.
- **La distribución de las respuestas es muy similar en Castilla y León y España**. Las diferencias territoriales son reducidas y el resultado principal es el amplio predominio de una percepción de empeoramiento de ambos fenómenos.

Además de analizar la prevalencia de la soledad no deseada y los problemas de salud mental, el estudio recoge la percepción de la población sobre su evolución en la sociedad durante los últimos años. Estos indicadores no se refieren a la situación personal de las personas encuestadas, sino a su valoración general sobre cómo han evolucionado ambos fenómenos.

En el caso de la **salud mental**, la respuesta mayoritaria en Castilla y León es que ha empeorado. Así lo considera el **84,7% de la población**, mientras que el 11,2% cree que se ha mantenido igual y el 4,1% considera que ha mejorado. Por tanto, algo más de ocho de cada diez personas comparten una percepción desfavorable sobre su evolución reciente.

Gráfico 42. Percepción de la evolución de la salud mental de la sociedad, Castilla y León y España

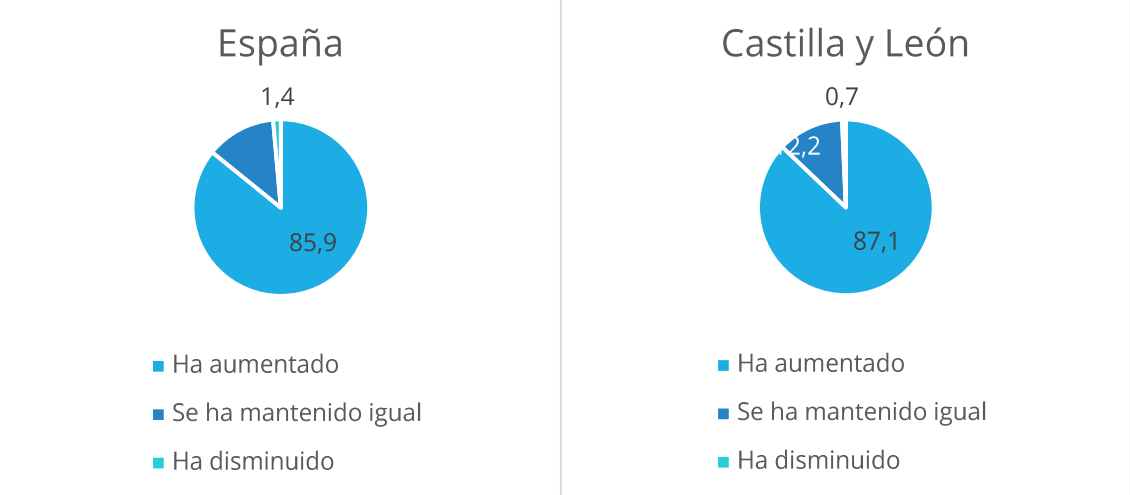


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Pregunta. En los últimos años, ¿diría que la salud mental de la sociedad...? Número total de respuestas España: 4.021; Castilla y León: 391.

La distribución es muy similar a la observada en España, donde el **84,4% considera que la salud mental ha empeorado**, el 13,2% que se ha mantenido igual y el 2,5% que ha mejorado. La diferencia territorial en la respuesta principal es de solo **0,3 puntos porcentuales**. Los matices se encuentran en las categorías minoritarias. En Castilla y León es algo menor el porcentaje de quienes consideran que la situación se ha mantenido igual, 11,2%, frente al 13,2% nacional, y algo mayor el de quienes perciben una mejora, 4,1%, frente al 2,5%. En todo caso, estas diferencias son reducidas y no modifican la pauta general compartida por ambos territorios.

La percepción sobre la evolución de la **soledad no deseada** presenta una distribución semejante. En Castilla y León, el **87,1% de la población considera que la soledad ha aumentado durante los últimos años**. El 12,2% cree que se ha mantenido igual y únicamente el 0,7% señala que ha disminuido.

Gráfico 43. Percepción de la evolución de la soledad no deseada en la sociedad, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Pregunta. En los últimos años, ¿diría que la soledad no deseada en la sociedad...? Número total de respuestas España: 3.934; Castilla y León: 384.

También en este indicador las diferencias territoriales son pequeñas. En España, el **85,9% considera que la soledad no deseada ha aumentado**, 1,2 puntos menos que en Castilla y León. Por su parte, el porcentaje que percibe estabilidad se sitúa en el 12,8% nacional y en el 12,2% autonómico. La disminución de la soledad es una respuesta muy minoritaria en los dos ámbitos: 1,4% en España y 0,7% en Castilla y León.

La comparación entre los dos fenómenos muestra que la percepción desfavorable es ligeramente más frecuente respecto a la soledad no deseada. En Castilla y León, el porcentaje que considera que la soledad ha aumentado (87,1%) supera en **2,4 puntos** al que cree que la salud mental ha empeorado (84,7%). La diferencia principal aparece en las respuestas positivas: el 4,1% percibe una mejora de la salud mental, mientras que solo el 0,7% considera que la soledad no deseada ha disminuido.

En conjunto, **los resultados muestran una percepción social ampliamente compartida de empeoramiento de la salud mental y aumento de la soledad no deseada, con una distribución muy próxima a la nacional**. La coincidencia entre ambos indicadores refleja que los dos fenómenos ocupan un lugar relevante en la percepción de la población sobre la evolución reciente de la sociedad.

Estos datos deben diferenciarse de los indicadores de prevalencia analizados en capítulos anteriores. Los gráficos recogen la **opinión de la población sobre la evolución social** de ambos problemas, pero no constituyen una medición longitudinal ni permiten concluir, por sí solos, cuál ha sido su evolución real, su magnitud o las causas de los cambios percibidos.

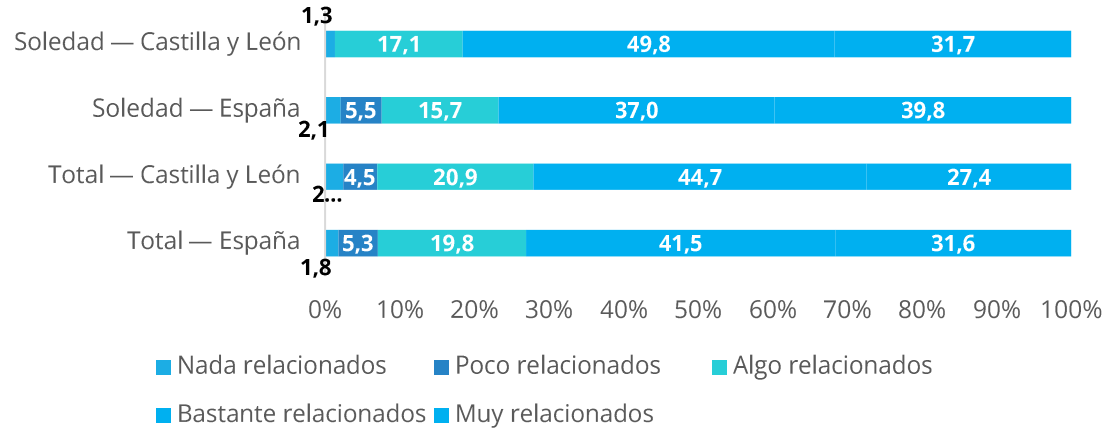
9.2. Relación percibida entre ambos fenómenos

- **La mayoría de la población de Castilla y León percibe una relación estrecha entre la soledad no deseada y la salud mental**. El 72,1 % considera que están bastante o muy relacionadas, una proporción prácticamente igual a la nacional (73,1 %).
- **Esta relación se percibe con mayor frecuencia entre quienes se encuentran en situación de soledad no deseada**. En este grupo, el 81,5 % considera que ambos fenómenos están bastante o muy relacionados, frente al 72,1 % del conjunto autonómico. La diferencia debe leerse de forma descriptiva por el tamaño del subgrupo.
- **El sufrimiento psicológico y los pensamientos autolesivos o suicidas se vinculan principalmente con la salud mental.** Esta es la respuesta más frecuente en Castilla y León para ambos fenómenos, especialmente para los pensamientos autolesivos o suicidas (64,2 %).
- **La percepción sobre el acoso está más repartida entre la salud mental y la soledad.** Aunque la respuesta más frecuente señala un efecto sobre la salud mental (46,5 %), casi tres de cada diez personas lo relacionan principalmente con una mayor soledad no deseada (29,2 %).
- **La discriminación presenta un patrón distinto: se relaciona más con el aumento de la soledad que con el empeoramiento de la salud mental.**

En Castilla y León, el 41,1 % señala principalmente la soledad no deseada y el 35,8 %, la salud mental.

Tras analizar cómo percibe la población la evolución de la salud mental y la soledad no deseada, resulta relevante observar hasta qué punto considera que ambos fenómenos están relacionados. En Castilla y León, **el 72,1% de la población cree que la soledad no deseada y los problemas de salud mental están bastante o muy relacionados**. Concretamente, el 44,7% considera que están bastante relacionados y el 27,4%, muy relacionados.

Gráfico 44. Percepción de la relación entre la salud mental y la soledad no deseada, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P21. En general, ¿hasta qué punto cree que la soledad no deseada y los problemas de salud mental están relacionados entre sí? Número total de respuestas España: 4.056; Castilla y León: 397. P-valor estadísticamente significativo para España.

Otro **20,9% de la población de Castilla y León** considera que ambos fenómenos están algo relacionados. Las respuestas que les atribuyen una relación reducida representan conjuntamente el **7,0%**, este porcentaje agrupa a quienes los consideran poco o nada relacionados.

La distribución del conjunto de Castilla y León es muy próxima a la observada en **España**. A nivel nacional, **el 73,1% considera que la soledad no deseada y los problemas de salud mental están bastante o muy relacionados, frente al 72,1% autonómico.** La diferencia entre ambos territorios es de **un punto porcentual**. También son similares los porcentajes correspondientes a la respuesta "algo relacionados" 20,9% en Castilla y León y 19,8% en España, y a la suma de "poco" y "nada relacionados" ,7,0% y 7,1%, respectivamente.

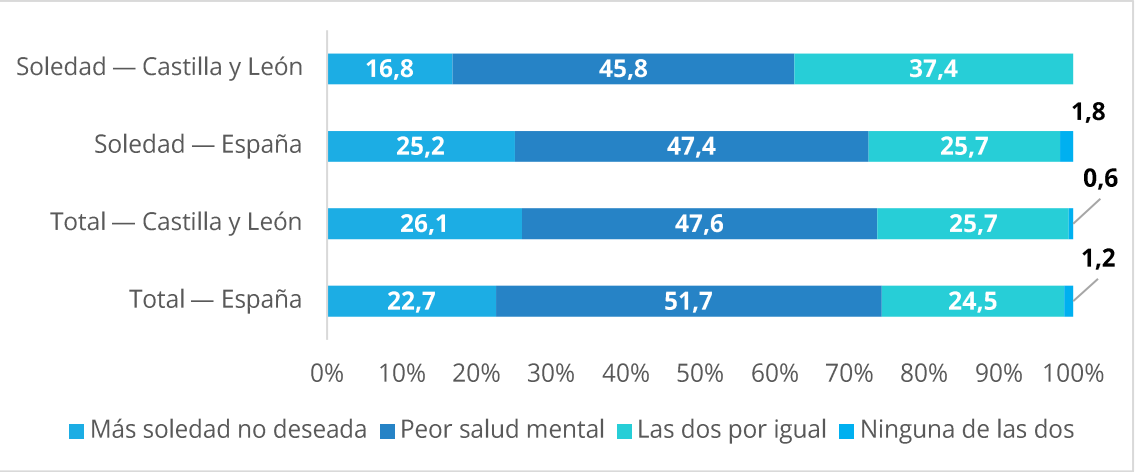
Dentro de esta distribución general se observa una pequeña diferencia en la intensidad de las respuestas. En Castilla y León tiene más peso la categoría **"bastante relacionados"** que, en España, 44,7% frente al 41,5%, mientras que la respuesta **"muy relacionados"** es menos frecuente, 27,4% frente al 31,6%. No obstante, al agrupar ambas categorías, el grado elevado de relación percibida es prácticamente el mismo en los dos ámbitos.

Entre las personas que se encuentran en situación de soledad no deseada en Castilla y León, la percepción de una relación elevada alcanza el **81,5%**: el 49,8% considera que ambos fenómenos están bastante relacionados y el 31,7%, muy relacionados. El 17,1% señala que están algo relacionados y únicamente el 1,4% los considera poco o nada relacionados.

En términos descriptivos, **el porcentaje que percibe una relación elevada es 9,4 puntos superior entre las personas en situación de soledad que, en el conjunto de la población de Castilla y León, 81,5% frente al 72,1%.** En España también se observa una mayor concentración de respuestas en las categorías "bastante" y "muy relacionados" entre quienes experimentan soledad, conjuntamente representan el 76,8%, frente al 73,1% del total nacional.

Esta percepción general de conexión entre la soledad no deseada y la salud mental puede concretarse observando a cuál de los dos fenómenos considera la población que afecta principalmente el sufrimiento psicológico. En Castilla y León, la respuesta más frecuente es que repercute en una **peor salud mental**, señalada por el **47,6% de la población**. El **26,1%** considera que afecta principalmente a tener más soledad no deseada y un porcentaje muy similar, el **25,7%**, entiende que afecta a ambos fenómenos por igual. Únicamente el **0,6%** responde que no afecta a ninguno de los dos.

Gráfico 45. Percepción de la relación entre el sufrimiento psicológico y la soledad no deseada o la salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P32_1. ¿Diría que el sufrimiento psicológico afecta a tener más soledad no deseada o peor salud mental? Número total de respuestas España: 3.967; Castilla y León: 386. P-valor estadísticamente significativo para España.

La distribución del conjunto de Castilla y León sigue una pauta similar a la registrada en España, donde también predomina la percepción de que el sufrimiento psicológico afecta principalmente a la salud mental, con un **51,7%** de las respuestas. En el ámbito nacional, el 22,7% considera que repercute en mayor medida sobre la soledad no deseada, el 24,5% atribuye un efecto igual sobre ambos fenómenos y el 1,1% señala que no afecta a ninguno.

Las diferencias entre ambos territorios son moderadas. En Castilla y León, la respuesta "peor salud mental" se sitúa **4,1 puntos porcentuales por debajo** del valor nacional, mientras que la opción "más soledad no deseada" se encuentra **3,4 puntos por encima**. La consideración de que el sufrimiento psicológico afecta por igual a la soledad y a la salud mental presenta porcentajes próximos: 25,7% en Castilla y León y 24,5% en España.

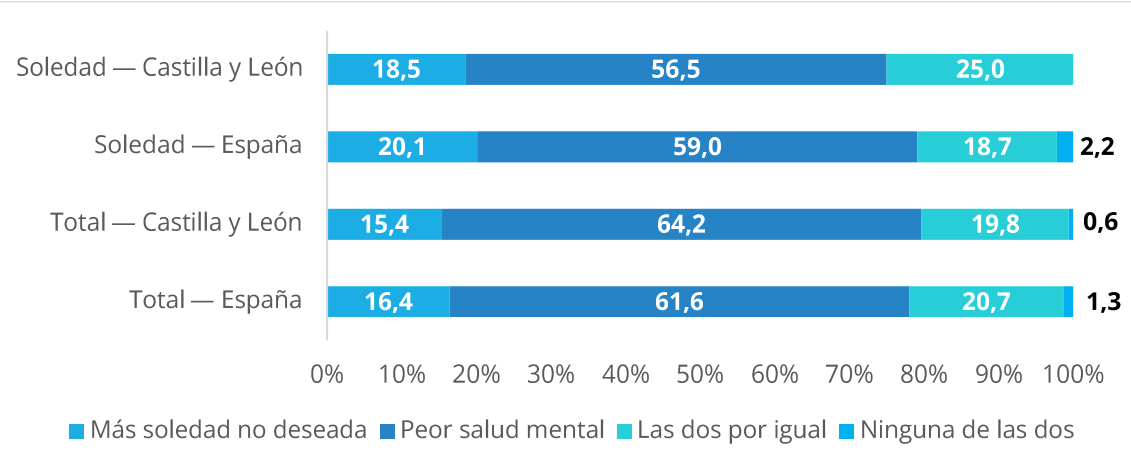
Entre las personas en situación de soledad no deseada de Castilla y León, el **45,8%** considera que el sufrimiento psicológico afecta principalmente a una peor salud mental. A continuación, el **37,4%** señala que afecta a la soledad y a la salud mental por igual, mientras que el 16,8% entiende que repercute principalmente en una mayor soledad no deseada. Ninguna de las personas de este grupo selecciona la opción "ninguna de las dos".

En comparación con el conjunto de la población de Castilla y León, entre las personas en situación de soledad adquiere mayor peso la respuesta que atribuye un efecto igual sobre ambos fenómenos: **37,4% frente al 25,7%**, una diferencia de

11,7 puntos porcentuales. Por el contrario, disminuye la proporción que considera que el sufrimiento psicológico afecta principalmente a tener más soledad no deseada, que pasa del 26,1% al 16,8%. La opción "peor salud mental" continúa siendo la más frecuente y presenta porcentajes próximos en ambos grupos, 45,8% y 47,6%, respectivamente.

En el caso de los **pensamientos autolesivos o suicidas**, la población de Castilla y León los asocia principalmente con un deterioro de la salud mental. En concreto, **el 64,2% considera que afectan fundamentalmente a la salud mental**, mientras que el 19,8% entiende que su impacto se produce tanto en la salud mental como en la soledad no deseada. Por su parte, el 15,4% los relaciona principalmente con un aumento de la soledad, y únicamente el 0,6% considera que no repercuten en ninguno de estos ámbitos.

Gráfico 46. Percepción de la relación entre los pensamientos autolesivos o suicidas y la soledad no deseada o la salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P32_2. ¿Diría que los pensamientos autolesivos o suicidas afectan a tener más soledad no deseada o peor salud mental? Número total de respuestas España: 3.942; Castilla y León: 382. P-valor estadísticamente significativo para España.

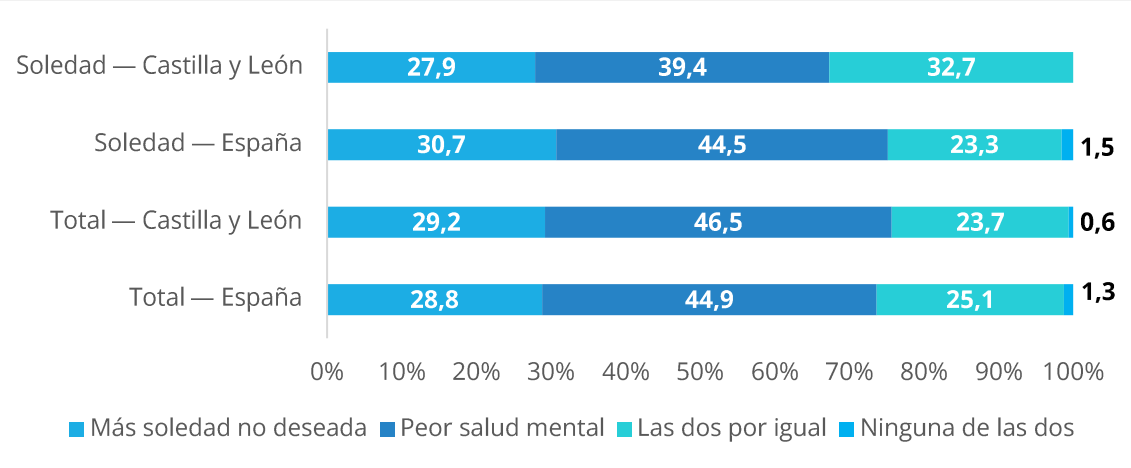
La distribución nacional presenta la misma ordenación de las respuestas. El 61,6% considera que los pensamientos autolesivos o suicidas afectan principalmente a la salud mental, el 20,7% señala que repercuten por igual en ambos fenómenos y el 16,4% los vincula principalmente con una mayor soledad no deseada. El 1,3% responde que no afectan a ninguno. Las diferencias con Castilla y León son reducidas y no superan los 2,6 puntos porcentuales en ninguna categoría.

Entre las personas en situación de soledad no deseada de Castilla y León también predomina la respuesta "peor salud mental", aunque con un porcentaje inferior al del conjunto autonómico: **56,5% frente al 64,2%**. Paralelamente, aumenta el peso

de quienes consideran que los pensamientos autolesivos o suicidas afectan a ambos fenómenos por igual, que pasa del 19,8% al **25,0%**, y de quienes los relacionan principalmente con una mayor soledad, del 15,4% al **18,5%**. Ninguna persona de este grupo selecciona la opción "ninguna de las dos". Estas variaciones deben leerse de manera descriptiva, ya que la fuente no especifica el número de respuestas correspondiente al subgrupo autonómico y la significación estadística indicada se refiere únicamente a España.

En el caso del acoso, las percepciones aparecen más repartidas entre la salud mental y la soledad no deseada que en el fenómeno anterior. **En Castilla y León, el 46,5% de la población considera que el acoso afecta principalmente a la salud mental**, mientras que el 29,2% lo relaciona sobre todo con un aumento de la soledad no deseada y el 23,7% entiende que repercute por igual en ambos ámbitos. La proporción de personas que considera que no afecta ni a la salud mental ni a la soledad es residual (0,6%).

Gráfico 47. Percepción de la relación entre el acoso y la soledad no deseada o la salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P32_3. ¿Diría que el acoso afecta a tener más soledad no deseada o peor salud mental? Número total de respuestas España: 3.947; Castilla y León: 383. P-valor estadísticamente no significativo.

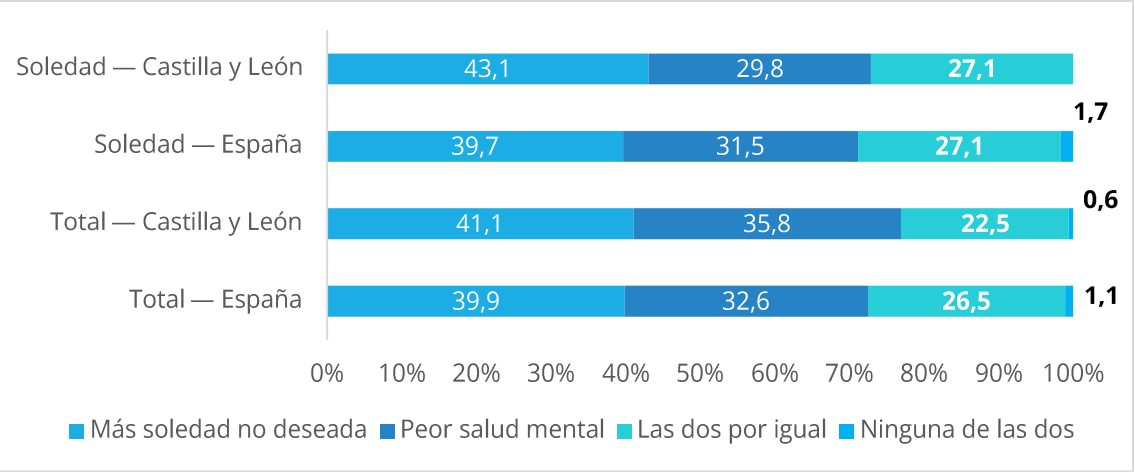
Los resultados observados en Castilla y León son, además, muy similares a los registrados para el conjunto de España. A nivel nacional, el 44,9% vincula principalmente el acoso con una peor salud mental, el 28,8% con una mayor soledad no deseada y el 25,1% con ambos fenómenos por igual, mientras que el 1,3% considera que no tiene impacto en ninguno de estos ámbitos. La mayor diferencia entre ambos territorios se registra en la opción "las dos por igual", aunque apenas alcanza los 1,4 puntos porcentuales.

Entre las personas que se encuentran en situación de soledad no deseada en Castilla y León, la distribución de las respuestas es más equilibrada**. El 39,4% considera que el acoso afecta principalmente a la salud mental, el 32,7% entiende que repercute tanto en la salud mental como en la soledad no deseada, y el 27,9% lo relaciona principalmente con una mayor soledad.** En comparación con el conjunto de la población autonómica, disminuye el peso de la opción "peor salud mental" y aumenta el de la respuesta "las dos por igual". No obstante, dado el tamaño reducido del subgrupo y la ausencia de diferencias estadísticamente significativas, estas variaciones deben interpretarse con cautela y entenderse únicamente como tendencias observadas en la muestra.

La comparación con los **pensamientos autolesivos o suicidas** pone de manifiesto diferencias relevantes en la forma en que ambos fenómenos son percibidos. Mientras que estos últimos se asocian de manera mucho más clara con un deterioro de la salud mental (64,2%), el **acoso presenta una vinculación más distribuida entre la salud mental y la soledad no deseada**. Así, el peso de la respuesta vinculada principalmente a la salud mental es menor en el caso del acoso (46,5%), mientras que aumenta la proporción de personas que lo relacionan con la soledad (29,2% frente al 15,4%) o con una afectación conjunta de ambos ámbitos (23,7% frente al 19,8%).

La discriminación presenta un patrón de percepción diferente al observado en los fenómenos analizados anteriormente. Mientras que el sufrimiento psicológico, los pensamientos autolesivos o suicidas y el acoso se vinculan con mayor frecuencia a un deterioro de la salud mental, **la discriminación se asocia principalmente con un aumento de la soledad no deseada. En Castilla y León, el 41,1% de la población considera que la discriminación afecta sobre todo a tener más soledad**, frente al 35,8% que señala como principal repercusión una peor salud mental. La diferencia entre ambas respuestas alcanza los **5,3 puntos porcentuales**. Por su parte, el 22,5% entiende que afecta por igual a la salud mental y a la soledad no deseada, mientras que únicamente el 0,6% considera que no repercute en ninguno de estos ámbitos.

Gráfico 48. Percepción de la relación entre la discriminación y la soledad no deseada o la salud mental, Castilla y León y España



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P32_4. ¿Diría que la discriminación afecta a tener más soledad no deseada o peor salud mental? Número total de respuestas España: 3.985; Castilla y León: 387. P-valor estadísticamente no significativo.

Esta pauta también se observa en el conjunto de España. El 39,9% de la población considera que la discriminación repercute principalmente en una mayor soledad no deseada, el 32,6% la relaciona sobre todo con una peor salud mental y el 26,5% entiende que afecta por igual a ambos fenómenos. La opción "ninguna de las dos" representa únicamente el 1,0% de las respuestas. Aunque la distribución general es similar, en Castilla y León se observa una mayor asociación de la discriminación con la salud mental y una menor presencia de la respuesta "las dos por igual". En concreto, la opción "peor salud mental" alcanza el 35,8%, frente al 32,6% registrado a nivel nacional, mientras que la respuesta "las dos por igual" representa el 22,5%, por debajo del 26,5% observado en España. No obstante, dado que las diferencias no son estadísticamente significativas, estas variaciones deben interpretarse únicamente como descriptivas y no permiten concluir la existencia de patrones territoriales diferenciados.

Entre las personas en situación de soledad no deseada de Castilla y León, la percepción mantiene esta misma orientación, aunque con una concentración ligeramente mayor de respuestas en la opción vinculada principalmente a la soledad. **Así, el 43,1% considera que la discriminación afecta sobre todo a tener más soledad no deseada**, mientras que el **29,8%** la relaciona principalmente con una peor salud mental y el **27,1%** entiende que repercute por igual en ambos ámbitos. Ninguna persona de este grupo selecciona la opción "ninguna de las dos".

En comparación con el conjunto de la población de Castilla y León, aumenta ligeramente el peso de las respuestas que vinculan la discriminación con la soledad

no deseada o con una afectación conjunta de ambos fenómenos, mientras que disminuye el porcentaje de quienes la asocian principalmente con la salud mental. Sin embargo, estas diferencias deben interpretarse con cautela, tanto por la ausencia de significación estadística como por la falta de información sobre el tamaño específico del subgrupo analizado.

10. Conclusiones

El análisis realizado permite realizar las siguientes conclusiones distribuidas en estos tres bloques:

10.1. Hallazgos clave

- **La soledad no deseada tiene en Castilla y León una prevalencia inferior a la media nacional (16,3%), pero un perfil marcadamente cronificado.**

El 16,3% de la población de Castilla y León sufre soledad no deseada, una cifra inferior al promedio nacional (20,2%) y también por debajo de la registrada por el Barómetro Soledad España 2024 (20,0%). Pese a esta menor prevalencia general, el rasgo más destacado de la comunidad es la **elevada persistencia del fenómeno**: **más de la mitad de las personas en situación de soledad (54,2%) la arrastran desde hace cinco o más años, y el 73,3% al menos tres años**, proporciones incluso superiores a las del conjunto de España (55,1% y 68,9%, respectivamente). El análisis de la duración se apoya en una base autonómica reducida (54 personas), lo que aconseja prudencia, pero el patrón apunta con claridad a que **el principal reto no está en los episodios recientes, sino en situaciones que se prolongan en el tiempo y que requieren respuestas sostenidas.**

- **La soledad no deseada alcanza su máxima incidencia entre la población joven, el único grupo que supera la media nacional**

La edad constituye uno de los principales factores de diferenciación de la soledad no deseada en Castilla y León. Aunque el fenómeno está presente en todas las etapas de la vida, **la población de 18 a 34 años concentra los niveles más elevados de prevalencia**, alcanzando el **25,0%**, lo que equivale a que **una de cada cuatro personas jóvenes** experimenta situaciones de soledad no deseada. Esta cifra se sitúa **8,7 puntos por encima de la media autonómica** (16,3%) y supera ligeramente la registrada para este mismo grupo en el conjunto de España (24,2%).

- **Castilla y León presenta una menor prevalencia declarada de problemas de salud mental que el conjunto de España**

El 18,8% de la población de Castilla y León declara tener o haber tenido algún problema de salud mental, diagnosticado o no, una proporción **5,2 puntos**

inferior a la registrada en el conjunto de España (24,0%) y muy próxima a la observada a nivel nacional en el *Barómetro de la Soledad No Deseada en España 2024* (18,3%). Al igual que en el conjunto del país, **la depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes**. La depresión afecta o ha afectado al **11,6%** de la población de Castilla y León (12,0% en España), mientras que la ansiedad alcanza al **9,5%** (11,5% a nivel nacional). Esta menor prevalencia de problemas de salud mental se acompaña, sin embargo, de una percepción social muy similar a la observada en España sobre la evolución reciente de estos fenómenos. **El 84,7% de la población de Castilla y León considera que la salud mental de la sociedad ha empeorado en los últimos años y el 87,1% cree que ha aumentado la soledad no deseada**, porcentajes prácticamente idénticos a los registrados a nivel estatal (84,4% y 85,9%, respectivamente).

- **La soledad no deseada y la salud mental están estrechamente relacionadas en Castilla y León.**

La prevalencia de soledad se multiplica por 2,7 entre quienes tienen problemas de salud mental: pasa del 12,3 % (sin problemas) al 33,4 % (con problemas, diagnosticados o no), una brecha de 21,1 puntos. En sentido inverso, casi cuatro de cada diez personas en soledad (38,5 %) presentan problemas de salud mental. Ahora bien, la mayoría de quienes están en soledad (61,5 %) no los declara: la asociación es robusta, pero la soledad no puede tratarse como un mero problema clínico, lo que obliga a respuestas que aborden a la vez la dimensión clínica, la emocional y la comunitaria.

- **Existe una percepción social prácticamente generalizada de que tanto la salud mental como la soledad no deseada están empeorando.**

El 84,7% de la población de Castilla y León considera que la salud mental de la sociedad ha empeorado durante los últimos años y el 87,1% cree que la soledad no deseada ha aumentado. Solo el 4,1% percibe una mejora de la salud mental y el 0,7% una disminución de la soledad.

10.2. Implicaciones sociales

- **Castilla y León reconoce el vínculo entre soledad y salud mental, pero ese reconocimiento choca con una fuerte reticencia a hablar del malestar.**

Siete de cada diez personas (72,1 %) entienden que la soledad no deseada y los problemas de salud mental van de la mano, y la cifra sube al 81,5 % entre quienes viven la soledad en primera persona: quien la atraviesa percibe la conexión con más nitidez que el resto. El problema no está, por tanto, en la conciencia social del fenómeno, sino en lo que ocurre después. Sin embargo, este

elevado nivel de reconocimiento social convive con importantes barreras para verbalizar el malestar. El **64,9 %** de las personas considera difícil reconocer estas situaciones en sí mismas y el **79,3 %** percibe dificultades para expresarlas ante otras personas. Los resultados sugieren, por tanto, que el principal desafío no radica tanto en la sensibilización sobre el fenómeno como en la **detección temprana, la identificación personal del malestar y la capacidad de trasladarlo a los entornos de apoyo y atención**.

- **Un colectivo relevante reconoce su malestar pero queda fuera de toda atención.**

El 59,0 % de quienes creen tener un problema de salud mental sin diagnóstico no recibe apoyo psicológico ni medicación, frente a solo el 14,0 % entre quienes cuentan con diagnóstico: una distancia de 45 puntos. A ello se suma que el 55,8 % de la población nunca ha acudido a un profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental (algo por encima del 50,8 % nacional). Se trata de un grupo que **reconoce señales de malestar pero permanece al margen de las vías de atención**, precisamente en un contexto en el que malestar y soledad se asocian con fuerza. La conclusión es reforzar los mecanismos de detección temprana, orientación y acceso a recursos, dirigidos específicamente a quienes perciben un problema que todavía no ha derivado en valoración profesional ni en apoyos.

- **Quienes más necesitan apoyo son precisamente quienes menos lo activan.**

La familia y las amistades son la primera vía de respuesta, pero se recurre a ellas menos entre quienes están en soledad (53,1 % frente al 64,3 % de quienes no la viven), que compensan acudiendo más a canales formales, comunitarios o tecnológicos: profesionales sanitarios (37,2 % frente al 27,5 %), religión o espiritualidad, servicios sociales u ONG. El dato más elocuente es que la respuesta "no he buscado apoyo" es más de cinco veces más frecuente en este colectivo (16,3 % frente al 3,0 %). Esto señala que una parte del grupo más vulnerable **no llega a activar ninguna estrategia de ayuda**, lo que reclama dispositivos proactivos y de baja exigencia que no dependan de que la persona dé el primer paso.

- **Vivir solo se asocia a una mayor exposición a la soledad no deseada en Castilla y León, aunque con una intensidad más contenida que en el conjunto del país.**

La prevalencia de la soledad no deseada entre quienes residen en hogares unipersonales alcanza el 20,2 %, frente al 15,5 % de quienes viven acompañados, y los problemas de salud mental siguen la misma dirección (20,6 % frente al 18,4 %). La diferencia más reseñable, sin embargo, es de carácter

territorial: mientras que en España vivir solo prácticamente duplica la prevalencia de soledad (33,3 % frente al 17,5 %), en Castilla y León la brecha es mucho más moderada, lo que sugiere que la convivencia en solitario no se traduce aquí en aislamiento con la misma intensidad que en el promedio estatal. Este resultado adquiere una relevancia particular en una comunidad con un peso significativo de hogares unipersonales de personas mayores en el medio rural: la contención observada apunta a la existencia de redes de proximidad; familiares, vecinales y locales, que amortiguan el aislamiento, si bien conviene no perder de vista que un dato promedio favorable puede coexistir con situaciones de aislamiento severo poco visibles.

- **Las redes sociales son el recurso digital percibido como más perjudicial, especialmente para la salud mental.**

Entre los distintos recursos evaluados, las redes sociales son el único ámbito que la población percibe mayoritariamente como un factor que incrementa la soledad: el 45,6 % considera que contribuyen a ella. La valoración es aún más crítica en relación con la salud mental, donde el **67,7 % cree que tienen un impacto negativo**, el porcentaje más elevado de todas las categorías analizadas. La búsqueda de información en Internet (51,0 %) y la inteligencia artificial (50,9 %) también registran balances predominantemente negativos en materia de salud mental. Sin embargo, el elemento diferencial de Castilla y León no reside tanto en una mayor percepción de riesgo como en una menor identificación de beneficios. En comparación con el conjunto de España, **las valoraciones positivas son sistemáticamente más reducidas para todos los recursos digitales analizados**. Estos resultados apuntan a la necesidad de acompañar la creciente digitalización con estrategias que refuercen las **competencias digitales y el bienestar emocional**, favoreciendo un uso consciente de los entornos digitales y preservando el valor de las formas de relación y apoyo presencial.

- **Las redes personales constituyen el principal recurso frente a la soledad o el malestar emocional, pero su utilización es menor entre las personas en situación de soledad no deseada.**

El 53,1% recurre a familiares o amistades, frente al 64,3% entre quienes no se encuentran en esta situación. Al mismo tiempo, el porcentaje que no ha buscado ningún apoyo alcanza el 16,3% entre las personas en soledad, frente al 3,0% en el resto de la población. Aunque estos resultados se apoyan en una base reducida, señalan que una parte del colectivo con mayor necesidad dispone de menos apoyos cercanos o encuentra mayores dificultades para activarlos.

10.3. Dimensión estructural (derechos)

> ► **Las dificultades económicas emergen como el principal factor de vulnerabilidad compartido entre la soledad no deseada y los problemas de salud mental.**

Las personas que llegan con dificultad a fin de mes registran niveles significativamente más elevados de ambos fenómenos: la prevalencia de soledad alcanza el **26,3 %**, frente al **12,9 %** de quienes llegan con facilidad, mientras que los problemas de salud mental afectan al **30,0 %**, el doble que entre quienes no presentan dificultades económicas (**15,0 %**). Además, el impacto se intensifica cuando esta situación coincide con otros factores de vulnerabilidad. Entre las personas con diagnóstico de salud mental y dificultades económicas, la prevalencia de soledad alcanza el **38,4 %**, el valor más elevado observado en el análisis autonómico. Los resultados muestran, por tanto, que **la situación económica es el factor que con mayor capacidad diferencia los niveles de soledad y malestar psicológico en la población analizada.**

> ► **La discapacidad se asocia a una mayor exposición a la soledad no deseada en Castilla y León, aunque en niveles inferiores a la media nacional.**

La soledad afecta al 22,9 % de las personas con discapacidad reconocida, frente al 15,7 % de quienes no la tienen: una prevalencia aproximadamente 1,5 veces superior. Ambos valores se sitúan, no obstante, por debajo de los registrados en el conjunto de España, donde la soledad alcanza el 31,2 % entre las personas con discapacidad y el 18,8 % entre quienes no la tienen; la comunidad reproduce así el patrón general de menor prevalencia observado a lo largo del informe. Esta diferencia no debe atribuirse a la discapacidad en sí misma: no son las características personales las que sitúan a alguien en riesgo de soledad, sino las barreras del entorno —físicas, comunicativas, sensoriales, cognitivas, administrativas y de movilidad— que limitan las oportunidades de participar, sostener vínculos significativos y acceder a apoyos en igualdad de condiciones. La prevención de la **soledad no puede, por tanto, separarse de las políticas de accesibilidad universal y de apoyo a la autonomía personal**.

> ► **Los problemas de salud mental afectan más a las mujeres, con un perfil algo distinto al nacional cuando se incorpora el diagnóstico.**

El 25,6 % de las mujeres de Castilla y León declara tener un problema de salud mental (diagnosticado o no), frente al 11,6 % de los hombres, una brecha próxima a la nacional. Al incorporar la existencia de diagnóstico, sin embargo, aparece un matiz propio de la comunidad: entre las personas con diagnóstico

clínico, la prevalencia de soledad es algo más elevada entre los hombres (30,0 %) que entre las mujeres (24,6 %), un patrón inverso al observado en España, donde la prevalencia es mayor entre las mujeres diagnosticadas. Dado el tamaño reducido de estos subgrupos, esta diferencia debe interpretarse con prudencia y no permite descartar que se trate de una particularidad muestral. En todo caso, los resultados sugieren la conveniencia de un **enfoque de género en la prevención que no se limite al ámbito clínico, sino que incorpore también estrategias de vinculación comunitaria** capaces de llegar a los perfiles con menor propensión a buscar ayuda profesional.

- **La menor carga declarada de salud mental en Castilla y León descansa sobre todo en un menor peso del diagnóstico clínico, no necesariamente en una menor necesidad.**

A diferencia de lo observado a nivel nacional, donde la soledad no deseada presenta una mayor vinculación con los **problemas de salud mental diagnosticados**, en Castilla y León adquieren **un peso especialmente relevante los problemas percibidos, pero no diagnosticados**. La prevalencia de soledad alcanza el **40,2 % entre quienes consideran tener un problema de salud mental sin diagnóstico**, frente al **25,8 % de quienes cuentan con un diagnóstico clínico**. Estos resultados sugieren que una parte relevante del malestar asociado a la soledad se concentra en situaciones que **todavía no han llegado al sistema sanitario o no se han formalizado mediante un diagnóstico**, lo que refuerza la importancia de los **espacios comunitarios, los servicios sociales y la atención primaria** como ámbitos clave para la detección temprana y el acompañamiento.

- **El acceso a la atención profesional presenta un perfil distinto al de otros territorios, con un margen de mejora en el alcance más que en la intensidad del recurso.**

El 55,8 % de la población de Castilla y León nunca ha acudido a un profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental, una proporción algo superior a la nacional (50,8 %). A diferencia de lo observado en otros territorios, el consumo de psicofármacos no muestra un perfil especialmente intensivo: el 13,9 % los ha tomado en la última semana, una cifra prácticamente idéntica a la nacional (14,2 %). Entre las personas con diagnóstico clínico, la modalidad de atención más frecuente es la combinación de apoyo psicológico y medicación (39,8 %). El informe no ofrece, para Castilla y León, información sobre las barreras de acceso percibidas (listas de espera, coste económico u otras), por lo que no es posible extraer conclusiones al respecto. **El resultado que sí se sostiene con claridad es que una parte relevante de la población que percibe malestar permanece fuera de las vías de atención formal**, lo que refuerza la pertinencia

de complementar la respuesta sanitaria con un pilar de carácter relacional y comunitario, acompañamiento de proximidad, apoyo mutuo y colaboración con el tejido asociativo, particularmente indicado en un territorio con la dispersión geográfica y el peso del medio rural que caracterizan a Castilla y León.

11. Bibliografía

Achterbergh, L., Pitman, A., Birken, M., Pearce, E., Sno, H., & Johnson, S. (2020). The experience of loneliness among young people with depression: A qualitative meta-synthesis of the literature. *BMC Psychiatry, 20*(1), 415. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02818-3

Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging & Mental Health, 2*(4), 264–274. https://doi.org/10.1080/13607869856506

Bailie, J., Bishop, G. M., Badland, H., Emerson, E., Aitken, Z., Stancliffe, R., Ekanayake, K., & Llewellyn, G. (2023). Health and wellbeing outcomes associated with loneliness for people with disability: A scoping review. *BMC Public Health, 23*(1), 2361. https://doi.org/10.1186/s12889-023-17101-9

Benam, N., Miller, W. C., Tao, G., Mortenson, W. B., & Schmidt, J. (2023). Anxiety and social support are associated with loneliness among adults with disabilities and older adults with no self-reported disabilities 10 months post COVID-19 restrictions. *Disabilities, 3*(1), 1–11. https://doi.org/10.3390/disabilities3010001

Birken, M., Chipp, B., Shah, P., Olive, R. R., Nyikavaranda, P., Hardy, J., Chhapia, A., Barber, N., Lee, S., Pearce, E., Lloyd-Evans, B., Perkins, R., McDaid, D., Stefanidou, T., Shafran, R., Pitman, A., & Johnson, S. (2023). Exploring the experiences of loneliness in adults with mental health problems: A participatory qualitative interview study. *PLOS ONE, 18*(3), e0280946. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280946

Bolmsjö, I., Tengland, P.-A., & Rämgård, M. (2019). Existential loneliness: An attempt at an analysis of the concept and the phenomenon. *Nursing Ethics, 26*(5), 1310–1325. https://doi.org/10.1177/0969733017748480

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality, 40*(6), 1054–1085. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging, 21*(1), 140–151. https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140

Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health, 19*(5), 409–417. https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091

De Jong-Gierveld, J., van Tilburg, T. G., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. En A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 485–500). Cambridge University Press.

Domènech-Abella, J., Mundó, J., Switsers, L., van Tilburg, T., Fernández, D., & Aznar-Lou, I. (2021). Social network size, loneliness, physical functioning and depressive symptoms among older adults: Examining reciprocal associations in four waves of the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *International Journal of Geriatric Psychiatry, 36*(10), 1541–1549. https://doi.org/10.1002/gps.5560

Erzen, E., & Çikrikci, Ö. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry, 64*(5), 427–435. https://doi.org/10.1177/0020764018776349

Ettema, E. J., Derksen, L. D., & van Leeuwen, E. (2010). Existential loneliness and end-of-life care: A systematic review. *Theoretical Medicine and Bioethics, 31*(2), 141–169. https://doi.org/10.1007/s11017-010-9141-1

Grupo AXA. (2026). *VI Informe mundial de salud mental (AXA Mind Health Report 2026)*. Fundación AXA; Ipsos.

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 40*(2), 218–227. https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8

Heikkinen, R.-L., & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 38*(3), 239–250. https://doi.org/10.1016/j.archger.2003.10.004

Ingram, I., Kelly, P. J., Deane, F. P., Baker, A. L., Goh, M. C. W., Raftery, D. K., & Dingle, G. A. (2020). Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review. *Drug and Alcohol Review, 39*(5), 447–483. https://doi.org/10.1111/dar.13064

Instituto Nacional de Estadística. (2026). *Proyección de hogares. Años 2026-2041* [Nota de prensa]. https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/PROH20262041.htm

Instituto Nacional de Estadística, & Ministerio de Sanidad. (2025). *Encuesta de Salud de España (ESdE). Año 2023. Principales resultados* [Nota de prensa]. https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/ESdE2023.htm

Jenkins, G. T., Janich, N., Wu, S., & Shafer, M. (2023). Social isolation and mental health: Evidence from adults with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 46*(2), 148–155. https://doi.org/10.1037/prj0000554

Junta de Castilla y León. (2026). Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2026-2029 (Acuerdo 59/2025, de 30 de diciembre). *Boletín Oficial de Castilla y León*, 2, de 5 de enero de 2026. https://bocyl.jcyl.es/boletines/2026/01/05/pdf/BOCYL-D-05012026-2-8.pdf

Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad. (2025). *V Plan de Salud de Castilla y León 2032*. https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/v-plan-salud-castilla-leon-2032

Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud. (2024). *Estrategia de asistencia en salud mental de Castilla y León 2024-2030*. https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-asistencia-salud-mental-castilla-leon-2024-2030

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health, 152*, 157–171. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035

Lim, M. H., Rodebaugh, T. L., Zyphur, M. J., & Gleeson, J. F. M. (2016). Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 125*(5), 620–630. https://doi.org/10.1037/abn0000162

Luo, Y., Hawkley, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine, 74*(6), 907–914. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028

Martín-María, N., Caballero, F. F., Miret, M., Tyrovolas, S., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., & Chatterji, S. (2020). Differential impact of transient and chronic loneliness on health status: A longitudinal study. *Psychology & Health, 35*(2), 177–195. https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1632312

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2026). *Marco Estratégico Estatal de Soledades 2026-2030*. Gobierno de España.

Nuyen, J., Tuithof, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Kleinjan, M., & ten Have, M. (2020). The bidirectional relationship between loneliness and common mental disorders in adults: Findings from a longitudinal population-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 55*(10), 1297–1310. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01778-8

Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledadES). (2021). *¿Qué es la soledad no deseada?*

Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledadES). (2024). *Barómetro de la soledad no deseada en España 2024*. Fundación ONCE; Fundación AXA.

Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledadES). (2026). *Estudio sobre soledad no deseada y salud mental en España 2026*. Fundación ONCE; Fundación AXA.

Organización Mundial de la Salud. (2025). *World mental health today: Latest data*. OMS.

Pearce, E., Birken, M., Pais, S., Tamworth, M., Ng, Y., Wang, J., Chipp, B., Crane, E., Schlief, M., Yang, J., Stamos, A., Cheng, L. K., Condon, M., Lloyd-Evans, B., Kirkbride, J. B., Osborn, D., Pitman, A., & Johnson, S. (2023). Associations between constructs related to social relationships and mental health conditions and symptoms: An umbrella review. *BMC Psychiatry, 23*(1), 652. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05069-0

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. En S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships 3: Personal relationships in disorder* (pp. 31–56). Academic Press.

Rietdijk, J., van Os, J., de Graaf, R., Delespaul, P., & van der Gaag, M. (2009). Are social phobia and paranoia related, and which comes first? *Psychosis, 1*(1), 29–38. https://doi.org/10.1080/17522430802654105

Russell, D. W., Cutrona, C. E., McRae, C., & Gomez, M. (2012). Is loneliness the same as being alone? *The Journal of Psychology, 146*(1–2), 7–22. https://doi.org/10.1080/00223980.2011.589414

Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health, 5*(1), e62–e70. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0

Tiikkainen, P., & Heikkinen, R.-L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health, 9*(6), 526–534. https://doi.org/10.1080/13607860500193138

van Tilburg, T. G. (2021). Social, emotional, and existential loneliness: A test of the multidimensional concept. *The Gerontologist, 61*(7), e335–e344. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa082

Van Tilburg, T. G., & De Jong Gierveld, J. (2023). The concepts and measurement of social isolation and loneliness. En A. Hajek, S. G. Riedel-Heller, & H.-H. König (Eds.), *Loneliness and social isolation in old age* (pp. 3–12). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003289012-2

VanderWeele, T. J., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2012). On the reciprocal association between loneliness and subjective well-being. *American Journal of Epidemiology, 176*(9), 777–784. https://doi.org/10.1093/aje/kws173

Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry, 18*(1), 156. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation.* MIT Press.

Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. Wiley.