

Estudio sobre **Soledad no deseada y salud mental en Cantabria 2026**



Un estudio realizado por Fundación ONCE y Fundación AXA

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	8
3.1. Análisis de la literatura	8
3.2. Encuesta soledad no deseada y salud mental	9
3.2.1. <i>Definición operativa de la soledad no deseada.....</i>	<i>9</i>
3.2.2. <i>Alcance y muestra</i>	<i>10</i>
3.2.3. <i>Limitaciones metodológicas</i>	<i>12</i>
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 Cantabria	22
5.2. Prevalencia y evolución reciente de la salud mental	33
6. SOLEDAD NO DESEADA Y SALUD MENTAL	47
6.1. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental ...	47
6.2. Experiencias previas de soledad y salud mental.....	55
6.3. Duración de las experiencias de soledad	62
6.4. Soledad y salud mental por sexo y edad	64
6.5. Malestar psicológico, pensamientos autolesivos y otras experiencias de vulnerabilidad.....	68
7. FACTORES ASOCIADOS Y ÁMBITOS ESPECÍFICOS DE VULNERABILIDAD	73
7.1. Factores sociodemográficos y económicos.....	74
7.2. Discapacidad soledad y salud mental	85
7.3. Entornos digitales, redes sociales e inteligencia artificial.....	88
8. APOYOS, RELACIONES SOCIALES Y BÚSQUEDA DE AYUDA.....	98
8.1. Redes de apoyo y relaciones sociales	98
8.2. Atención profesional y medicación	106

8.3. Estrategias de búsqueda de apoyo y barreras para acceder a la ayuda	114
9. PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA SALUD MENTAL Y DE LA SOLEDAD NO DESEADA	119
9.1. Evolución percibida de la salud mental y la soledad	119
9.2. Relación percibida entre ambos fenómenos	120
10. CONCLUSIONES	127
10.1. Hallazgos clave	127
10.2. Implicaciones sociales	129
10.3. Dimensión estructural (derechos)	130
11. BIBLIOGRAFÍA	134

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 Cantabria, 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 Cantabria 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 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, analizando de manera integral los factores que articulan la compleja relación entre la soledad y la salud mental. Para ello, proporciona una radiografía detallada y actualizada de la soledad y la salud mental en Cantabria, comparándola con los datos del conjunto de España, con la vista en proponer políticas y acciones orientadas a la mejora de la situación. Esto tiene lugar en un contexto especialmente propicio, con la publicación del “Marco Estratégico Estatal de Soledades (2026-2030)”, y el desarrollo en Cantabria de la “Estrategia para la prevención y el abordaje de la soledad no deseada 2024-2028”.

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 que se presenta 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 Cantabria, 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 Cantabria**, 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 Cantabria 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 Cantabria-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 para sostener las recomendaciones realizadas en el ámbito de las políticas públicas, los sistemas de atención, la comunidad y la prevención, con una mirada específicamente orientada a Cantabria 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 del 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 Cantabria 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 Cantabria 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, Cantabria 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 Cantabria**, comparadas sistemáticamente con los resultados del conjunto de España.

Para la definición de la muestra y de cada uno de sus estratos en Cantabria, 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 Cantabria 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 Cantabria 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 Cantabria 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 Cantabria

Categorías	Muestra	Margen de error (± %)
Total muestra Cantabria (+18 años)	400	±4,9%
Hombres	198	±7,0%
Mujeres	202	±6,9%
Personas en situación de soledad no deseada	72	±11,5%
Diagnóstico de salud mental	64	±12,2%
Problemas de salud mental con o sin diagnóstico	94	±10,0%
Discapacidad	62	±12,4%

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 Cantabria se realizan preferentemente cuando las categorías cuentan con una base muestral aproximada mínima de 30 casos, mientras que las comparaciones entre Cantabria 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 Cantabria 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 autopercebida) 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 Cantabria, 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 Cantabria (n=400)**, aun siendo adecuado para ofrecer estimaciones representativas del conjunto de la población cántabra, 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 Cantabria, 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 Cantabria.

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 Cantabria, 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 el análisis de la realidad de **Cantabria**. La estructura demográfica de la comunidad (con un peso significativo de población mayor, una notable dispersión territorial en zonas rurales del interior y una creciente proporción de hogares unipersonales) configura un contexto en el que las situaciones de aislamiento social objetivo y las experiencias subjetivas de soledad pueden coexistir, pero no siempre coinciden. Por ello, el análisis que se desarrolla en los siguientes capítulos parte de esta distinción para

interpretar adecuadamente los datos de Cantabria en comparación con el conjunto de España, evitando confundir la falta objetiva de contactos con la vivencia subjetiva de soledad no deseada, y orientando las recomendaciones hacia respuestas diferenciadas para cada uno de estos fenómenos.

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 **Cantabria**. 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 Cantabria 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 **Cantabria** 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, intensiva 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 **Cantabria**. En una comunidad caracterizada por un acusado envejecimiento demográfico, una notable dispersión territorial en el medio rural y la coexistencia de zonas urbanas con dinámicas socioeconómicas diferenciadas, los vínculos entre soledad no deseada, salud mental, situación económica y discapacidad adquieren matices propios. Por ello, el análisis comparado Cantabria-España que se desarrolla en los capítulos siguientes se sustenta sobre este marco sistémico, evitando lecturas 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 **Cantabria** 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 Cantabria 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 cántabro respecto del promedio estatal y detectar aquellos perfiles o ámbitos en los que la situación de Cantabria se aleja (al alza o a la baja) de la media nacional.

Por otro lado, los resultados de Cantabria 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 Cantabria.

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

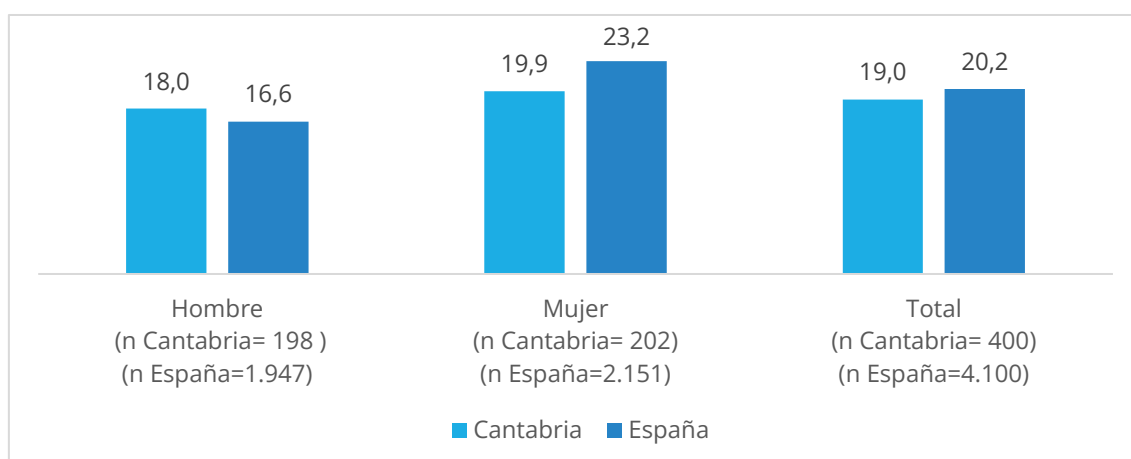
- ▶ La prevalencia de la soledad no deseada en Cantabria se sitúa en el 19,0% de la población, algo por debajo del promedio nacional 2026 (20,2%).
- ▶ La brecha de género es mucho más reducida en Cantabria (solo 1,9 puntos: hombres 18,0% y mujeres 19,9%) que en el conjunto de España (6,6 puntos en 2026), explicada fundamentalmente por una menor prevalencia entre las mujeres cántabras.
- ▶ La soledad no deseada está fuertemente concentrada en la población joven cántabra: el 34,5% de las personas de 18 a 34 años se encuentra en situación de soledad no deseada, frente al 24,2% de personas de 18 a 34 años en España. En los tramos de mediana y mayor edad la prevalencia es claramente inferior a la media estatal.
- ▶ En Cantabria el nivel de estudios apenas diferencia la prevalencia de la soledad no deseada (19,9% sin educación superior y 18,5% con educación superior), a diferencia del conjunto de España, donde la educación actúa como un claro factor protector.
- ▶ Vivir en un hogar unipersonal duplica la prevalencia de la soledad no deseada en Cantabria (31,1% frente al 15,5% entre quienes viven acompañados), una

pauta muy similar a la observada en el conjunto del Estado y estable respecto al Barómetro 2024.

- ▶ La dificultad para llegar a fin de mes sigue siendo uno de los principales factores asociados a la soledad: el 27,6% de quienes llegan con dificultad presentan soledad no deseada, frente al 15,6% de quienes llegan con facilidad. La brecha económica es algo más comprimida en Cantabria (12,0 puntos) que en el conjunto del Estado (16,8 puntos).
- ▶ La discapacidad continúa actuando como un factor estructural de exposición a la soledad: el 28,7% de las personas con discapacidad en Cantabria sufre soledad no deseada, frente al 17,0% de las personas sin discapacidad.
- ▶ La orientación sexual mantiene su efecto: la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas LGTBI+ en Cantabria (36,4%) duplica la observada entre la población heterosexual (17,9%), con una brecha incluso más amplia que la nacional.
- ▶ En conjunto, Cantabria presenta una prevalencia global ligeramente inferior a la media estatal, pero con un perfil específico: fuerte concentración de la soledad entre la juventud, brechas de género y educativas más reducidas, y mayor singularidad respecto al conjunto de España en el peso de los factores estructurales (discapacidad, orientación sexual y dificultad económica).

La prevalencia general de la soledad no deseada en **Cantabria** se sitúa en el **19,0%**, una cifra **1,2 puntos inferior** al promedio nacional de 2026 donde la prevalencia de soledad no desea a nivel general se sitúa en un 20,2% y también algo por debajo del valor observado en el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* (20,0%). Cantabria se configura, por tanto, como un territorio con una prevalencia de soledad no deseada moderadamente menor que a nivel estatal.

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



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo¹ para España.

Por sexo, la prevalencia de la soledad no deseada en Cantabria alcanza el **18,0% en los hombres** y el **19,9% en las mujeres**. La diferencia entre ambos sexos es de **solo 1,9 puntos porcentuales**, una **brecha de género notablemente más reducida** que la observada en el conjunto de España en 2026, donde la diferencia entre mujeres (23,2%) y hombres (16,6%) alcanza los 6,6 puntos. También es inferior a la brecha registrada a nivel nacional en 2024 (3,8 puntos, con un 21,8% en mujeres y un 18,0% en hombres).

Este patrón refleja una particularidad relevante de Cantabria ya que mientras que en el conjunto del Estado la soledad no deseada ha evolucionado entre 2024 y 2026 ampliando la brecha de género, con una **reducción de 1,4 puntos en hombres** (del 18,0% al 16,6%) y un **aumento de 1,4 puntos en mujeres** (del 21,8% al 23,2%). En Cantabria los valores de ambos sexos se sitúan en niveles intermedios y muy próximos entre sí. La cifra masculina cántabra (18,0%) coincide exactamente con la observada en hombres a nivel nacional en 2024 y se sitúa por encima del promedio nacional actual; en cambio, la prevalencia femenina cántabra (19,9%) se encuentra **claramente por debajo** de la registrada para las mujeres en el conjunto de España, tanto en 2024 (21,8%) como en 2026 (23,2%).

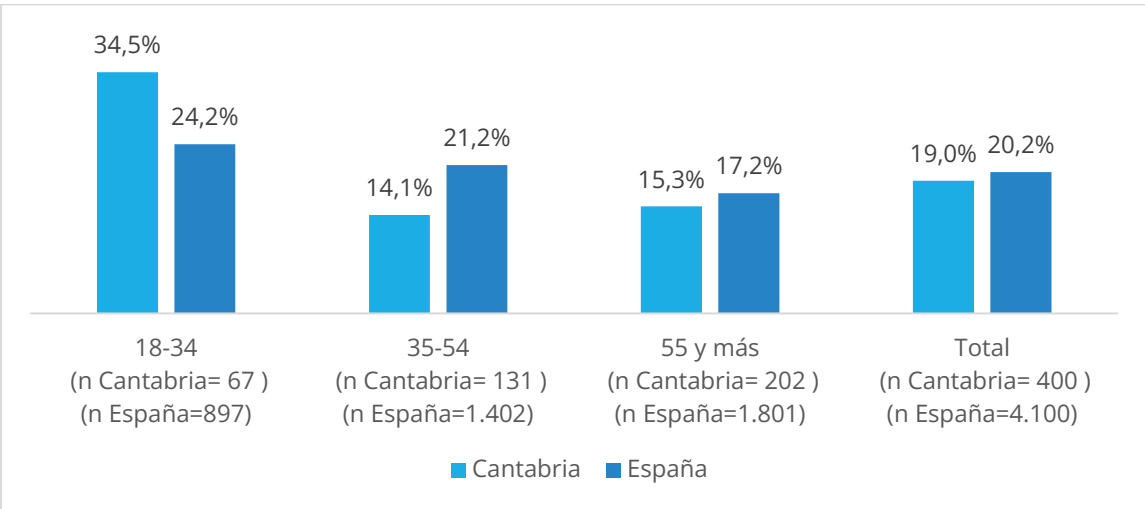
En conjunto, la lectura por sexo muestra que **la menor prevalencia global de soledad no deseada en Cantabria se explica fundamentalmente por la situación de las mujeres**, que presentan cifras sustancialmente más bajas que el promedio estatal, mientras que entre los hombres la prevalencia es muy similar a la nacional. No obstante, dado el tamaño muestral del subgrupo de personas en soledad en Cantabria (n=72) y los márgenes de error asociados a la desagregación

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

por sexo, estas diferencias deben interpretarse con prudencia y leerse como una tendencia más que como una cifra exacta.

La distribución por edad muestra que la soledad no deseada en **Cantabria** presenta una fuerte concentración en el grupo más joven. Entre la población de **18 a 34 años** la prevalencia asciende al **34,5%**, una cifra **10,3 puntos superior** a la media nacional para ese grupo en 2026 (24,2%) y próxima al valor que el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* registraba para los jóvenes a nivel estatal (en torno al 29%, agregando los grupos 18-24 y 25-34). En cambio, en los grupos de mediana edad (**35-54 años**) la prevalencia se sitúa en el **14,1%**, claramente por debajo del promedio nacional (21,2%) y también inferior al valor registrado por el Barómetro 2024 (alrededor del 19%). En el grupo de **55 y más años**, Cantabria muestra una prevalencia del **15,3%**, igualmente algo por debajo de la media nacional 2026 (17,2%) y muy próxima a la referencia del Barómetro 2024 para los grupos de mayor edad.

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



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

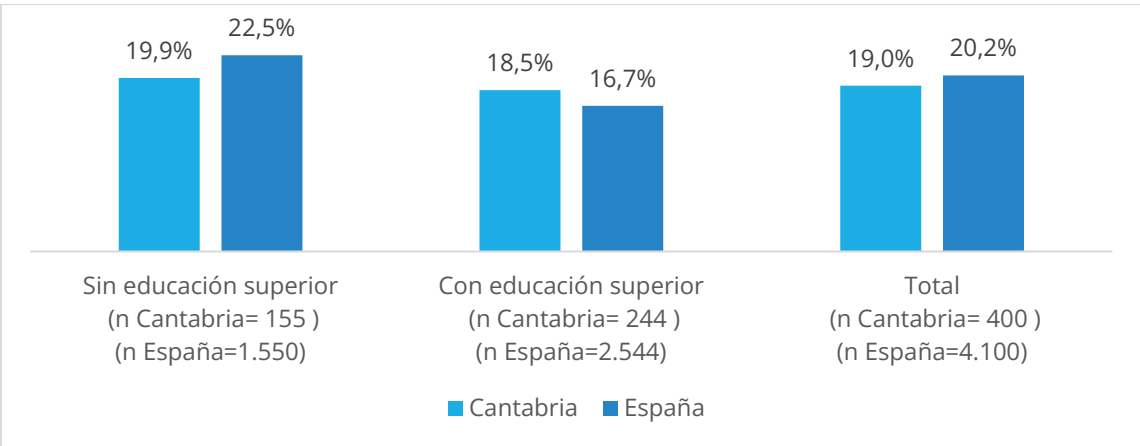
Estos resultados configuran **un patrón por edad notablemente diferente al del conjunto de España**. A nivel nacional, la evolución entre 2024 y 2026 ha tendido a reducir el clásico perfil en forma de “U” (con prevalencias elevadas tanto en jóvenes como en mayores y un valle en la edad intermedia), aplanándolo: la soledad disminuyó entre los más jóvenes (del 34,6% al 21,2% en 18-24 años) y aumentó en los grupos de 35 a 64 años. En cambio, en Cantabria el patrón **vuelve a inclinarse con fuerza hacia la juventud**: el grupo de 18 a 34 años duplica la prevalencia observada en el resto de la población autonómica y supera ampliamente la media nacional para ese mismo tramo.

Esta concentración de la soledad en la población joven cántabra es una de las particularidades más relevantes del análisis territorial y puede apuntar a factores específicos del contexto autonómico (movilidad por motivos formativos o laborales, dispersión territorial, dificultades de emancipación o estructura del mercado de trabajo juvenil) que merecen una atención prioritaria desde las políticas públicas dirigidas a este grupo de edad. Por el contrario, los grupos de mediana y mayor edad en Cantabria presentan una situación **mejor que la media nacional**, lo que sugiere la existencia de redes familiares, vecinales y comunitarias relativamente robustas en estos segmentos de la población.

Por otro lado, en Cantabria el nivel de estudios apenas diferencia la prevalencia de la soledad no deseada, a diferencia de lo que ocurre en el conjunto de España, donde la educación actúa como un claro factor protector.

La distribución por nivel de estudios muestra una de las particularidades más llamativas del análisis territorial. En el conjunto de **España 2026**, el nivel educativo sigue siendo determinante: a medida que aumenta el nivel de estudios disminuye la prevalencia de la soledad no deseada, situándose en el **22,5%** entre la población sin educación superior y en el **16,7%** entre la que cuenta con estudios superiores, lo que supone una diferencia de casi **6 puntos**. Esta pauta es coherente con la observada en el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024*, donde la prevalencia se situaba en torno al **22,7%** en los niveles educativos más bajos y caía hasta el **14,7%** entre las personas con estudios superiores (Hasta primaria 25,5%; Secundaria/FP medio 21,9%; Superior 14,7%).

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



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

En **Cantabria**, en cambio, esta relación se difumina notablemente. La prevalencia de la soledad no deseada entre las personas **sin educación superior** se sitúa en el **19,9%** y entre las personas con **educación superior** en el **18,5%**, una diferencia de

apenas 1,4 puntos porcentuales. Cantabria registra valores claramente inferiores a la media nacional en el grupo sin estudios superiores (19,9% frente al 22,5% de España), mientras que entre la población con estudios superiores la cifra cántabra (18,5%) es ligeramente superior al promedio estatal (16,7%).

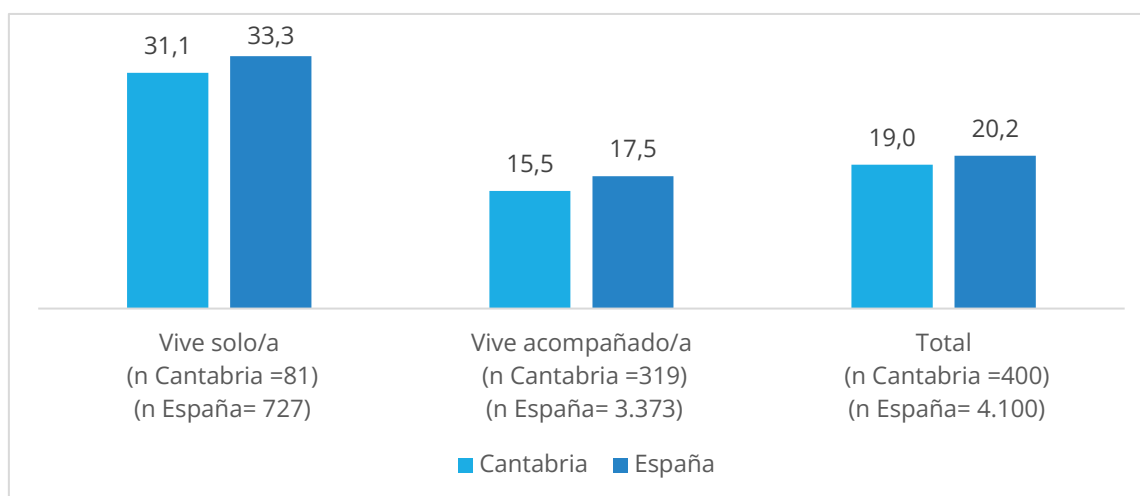
Este resultado configura un patrón **menos polarizado por nivel educativo** que el observado en el conjunto del Estado y diferente también al de la evolución nacional 2024-2026, en la que las brechas educativas se han reducido pero siguen siendo significativas. En Cantabria, sin embargo, el nivel educativo no parece operar como un factor protector frente a la soledad no deseada con la misma intensidad que a escala nacional ya que las personas con estudios superiores presentan prevalencias casi idénticas a las de quienes no los tienen.

Este hallazgo, leído de forma conjunta con la concentración de la soledad en la población joven cántabra apunta a que en Cantabria operan factores específicos (vinculados a la estructura del mercado de trabajo, la movilidad y la dispersión territorial) que afectan también a la población con mayor nivel educativo. No obstante, dado el reducido tamaño muestral del grupo con educación superior (n=244 en Cantabria) y, sobre todo, del grupo sin educación superior (n=155), estas diferencias deben interpretarse como tendencias antes que como cifras exactas.

Vivir en un hogar unipersonal duplica la prevalencia de la soledad no deseada en Cantabria, tanto como en el conjunto de España. El 31,1% de las personas que viven solas en Cantabria sufren soledad no deseada, frente al 15,5% de quienes viven acompañadas.

Vivir en un hogar unipersonal o en compañía sigue siendo un factor determinante para explicar la soledad no deseada, también en **Cantabria**. La prevalencia de la soledad no deseada entre las personas que viven solas en Cantabria asciende al **31,1%**, frente al **15,5%** entre quienes viven acompañadas, una diferencia de **15,6 puntos porcentuales**. Es decir, la soledad está prácticamente **el doble de extendida** entre las personas que viven solas que entre las que conviven con otras personas, una pauta que reproduce con claridad la observada a nivel nacional.

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



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

En el conjunto de **España 2026**, la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas que viven solas se sitúa en el **33,3%** y entre quienes viven acompañadas en el **17,5%**, con una diferencia de 15,8 puntos. El *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* registraba cifras prácticamente idénticas (34,5% entre quienes vivían solos y 17,4% entre quienes vivían acompañados), lo que confirma la estabilidad temporal del impacto del tipo de hogar sobre la soledad no deseada.

La comparación territorial muestra que **Cantabria presenta valores ligeramente inferiores a la media nacional en ambos tipos de hogar**, tanto entre quienes viven solos (31,1% en Cantabria frente al 33,3% nacional) como entre quienes viven acompañados (15,5% frente al 17,5%). La diferencia entre ambos grupos es muy similar a la observada en el conjunto del Estado, lo que indica que la **vivencia en solitario opera en Cantabria como un factor de riesgo de soledad no deseada con la misma intensidad que a nivel nacional**, aunque sobre un nivel de prevalencia ligeramente más bajo.

Este hallazgo es especialmente relevante en una comunidad como Cantabria, donde el peso de los hogares unipersonales de personas mayores y la dispersión territorial del medio rural configuran un contexto de elevada vulnerabilidad relacional². Según el Censo de Población y Viviendas 2021 del INE, el 29,4% de los hogares cántabros son unipersonales, cifra superior al promedio nacional (27,0%), lo que sitúa a Cantabria entre las comunidades autónomas con mayor porcentaje de personas viviendo solas. De los 70.177 hogares unipersonales existentes en la comunidad, el 40,6% (28.490 hogares) corresponde a personas de 65 años o más, un 23,2% más

² [El número de personas mayores de 65 años que viven solas en Cantabria aumenta un 25% en 5 años - Unate](#)

que hace una década, y en cerca del 70% de ellos reside una mujer (19.839 hogares). A ello se suma que el número de hogares unipersonales de personas mayores de 65 años ha crecido de forma sostenida en los últimos años, pasando de representar el 36,3% del total de hogares unipersonales en 2015 al 42,4% en 2020, con un incremento acumulado del 24,9%.

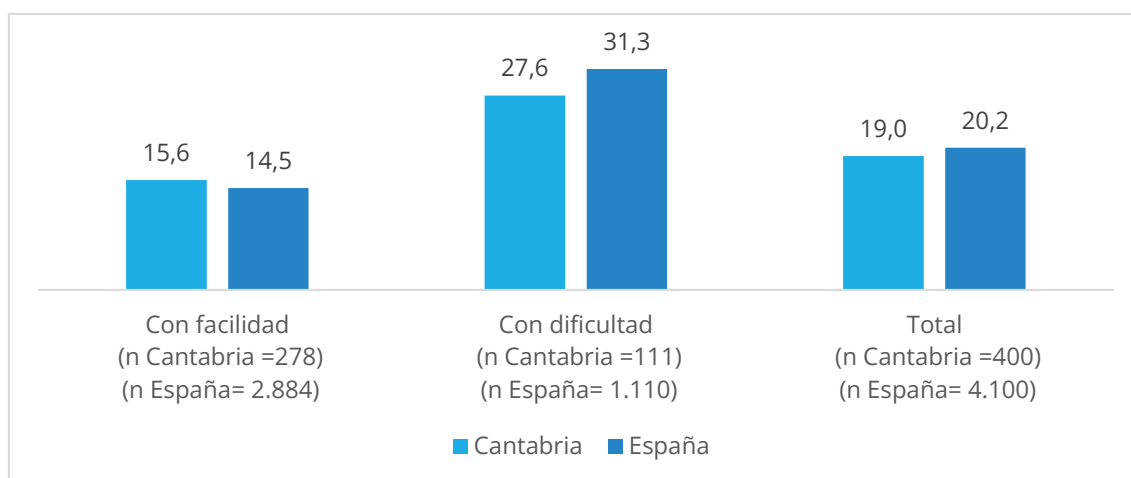
Este perfil convive con una estructura territorial marcada por la dispersión geográfica, en la que la franja litoral concentra la mayor parte de la población, mientras que el interior montañoso se organiza en torno a municipios de pequeño tamaño y baja densidad. El propio Plan Estratégico de las Personas Mayores de Cantabria 2026-2029 identifica la desigualdad territorial como uno de los principales desafíos de la comunidad, especialmente relevante «en una comunidad con alta dispersión geográfica y fuerte presencia de medio rural», y señala expresamente la soledad no deseada como reto prioritario del envejecimiento en Cantabria, donde las personas mayores de 65 años representan ya el 24,5% de la población. La normativa autonómica reconoce además la existencia de zonas de reto demográfico, definidas como municipios con población inferior a 2.000 habitantes, densidad inferior a 12,5 habitantes por kilómetro cuadrado o tasa de envejecimiento superior al 30%³.

La dificultad para llegar a fin de mes es uno de los factores que más diferencia la prevalencia de la soledad no deseada en Cantabria, aunque en Cantabria la brecha entre quienes tienen facilidad y dificultad económica es algo menor que en el conjunto de España.

La situación económica autopercibida se confirma como uno de los principales factores asociados a la soledad no deseada también en **Cantabria**. La prevalencia de la soledad entre las personas que llegan **con facilidad** a fin de mes se sitúa en el **15,6%**, mientras que entre quienes llegan **con dificultad** asciende al **27,6%**, una diferencia de **12,0 puntos porcentuales**. Es decir, la prevalencia es prácticamente **el doble** entre las personas que perciben dificultades económicas, en la línea de lo observado a nivel nacional.

³ [Cantabria_reto_demografico.pdf](#)

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



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

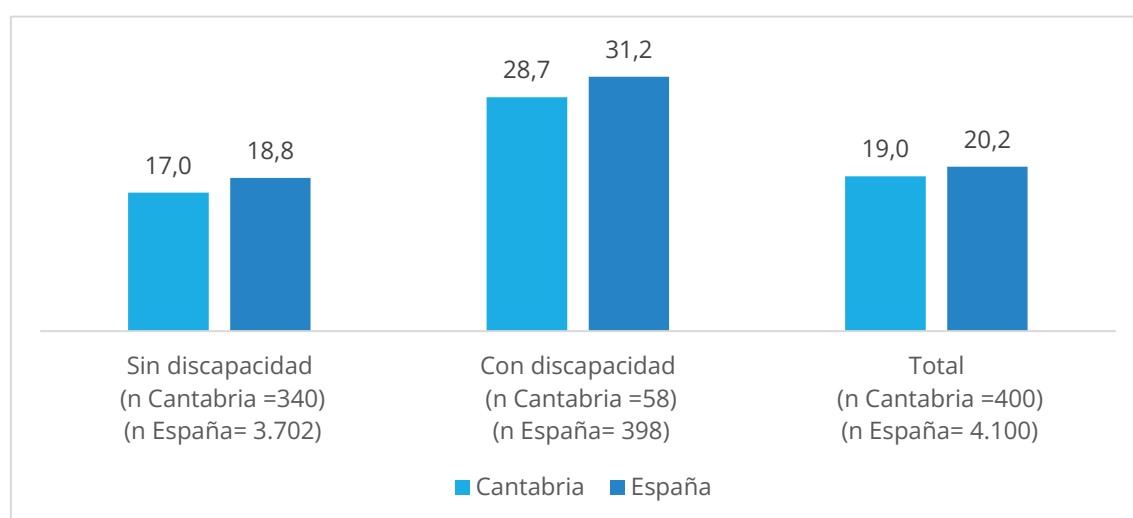
En el conjunto de **España 2026** esta brecha es aún más acusada, la prevalencia de la soledad entre quienes llegan con facilidad a fin de mes se sitúa en el **14,5%**, mientras que entre quienes llegan con dificultad alcanza el **31,3%**, con una diferencia de **16,8 puntos**. El *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* mostraba cifras prácticamente equivalentes (13,3% con facilidad, 30,1% con dificultad), lo que confirma la **estabilidad temporal** del efecto de la situación económica sobre la soledad no deseada.

La comparación territorial muestra dos matices relevantes para Cantabria. Por un lado, las personas que llegan con facilidad a fin de mes en Cantabria (15,6%) presentan una prevalencia **ligeramente superior** a la del conjunto de España 2026 (14,5%) y del Barómetro 2024 (13,3%), es decir, la situación económica desahogada protege en Cantabria **algo menos** de la soledad que en el resto del Estado. Por otro lado, entre las personas con dificultades económicas la prevalencia en Cantabria (27,6%) es **claramente inferior** a la registrada en el conjunto del Estado (31,3% en 2026 y 30,1% en 2024), una diferencia de entre 2,5 y 3,7 puntos porcentuales.

Este patrón configura una **brecha económica algo más comprimida en Cantabria** que en el conjunto del Estado (12,0 puntos frente a 16,8), aunque las dificultades para llegar a fin de mes siguen siendo, sin duda, uno de los principales factores asociados a la soledad no deseada en la comunidad. La menor distancia entre ambos grupos en Cantabria parece explicarse, sobre todo, por una **menor prevalencia entre las personas con dificultades económicas**, lo que podría apuntar a la existencia de redes familiares, vecinales y comunitarias que amortiguarían parcialmente el impacto de las dificultades económicas sobre la vivencia subjetiva de la soledad.

La situación de discapacidad se mantiene como uno de los factores más fuertemente asociados a la soledad no deseada, también en Cantabria. La prevalencia de la soledad entre las personas **con discapacidad** en Cantabria asciende al **28,7%**, frente al **17,0%** entre las personas **sin discapacidad**, una diferencia de **11,7 puntos porcentuales**. Es decir, las personas con discapacidad tienen una prevalencia de soledad no deseada **casi 1,7 veces superior** a la del resto de la población cántabra.

Gráfico 6. Prevalencia de la soledad no deseada según situación de discapacidad, Cantabria 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 prevalencia de la soledad entre las personas con discapacidad alcanza el **31,2%**, frente al **18,8%** entre quienes no tienen discapacidad, una diferencia de **12,4 puntos**. El *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* mostraba un patrón muy similar (29,1% con discapacidad y 19,1% sin discapacidad), con una brecha de **10,0 puntos**, lo que confirma la **estabilidad temporal** de la discapacidad como factor de riesgo para la soledad no deseada en el conjunto del Estado.

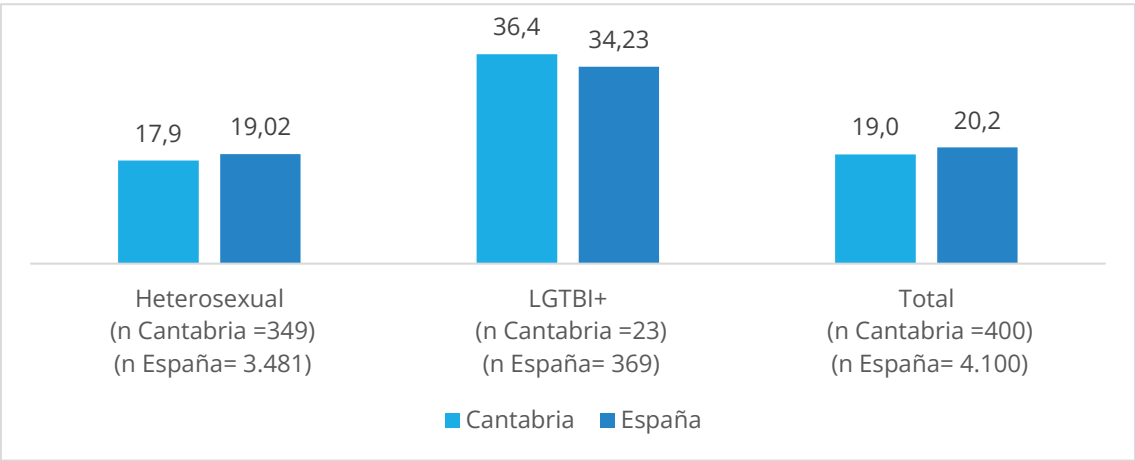
La comparación territorial muestra que Cantabria presenta valores algo **inferiores a la media nacional** tanto entre las personas con discapacidad (28,7% frente al 31,2% de España 2026 y al 29,1% del Barómetro 2024) como, en menor medida, entre las personas sin discapacidad (17,0% frente al 18,8% nacional y al 19,1% de 2024). La brecha entre ambos grupos en Cantabria (11,7 puntos) se sitúa en una posición intermedia entre la observada en España 2026 (12,4 puntos) y la del Barómetro 2024 (10,0 puntos).

Este patrón confirma que, también en Cantabria, la **discapacidad opera como un factor estructural de exposición a la soledad no deseada**, en línea con lo que muestra la literatura desde el modelo social de la discapacidad: la mayor prevalencia entre las personas con discapacidad no responde tanto a la condición individual como a la persistencia de barreras físicas, comunicativas, actitudinales y de accesibilidad que limitan su participación plena en la vida comunitaria. Esta lectura resulta especialmente relevante para Cantabria a la hora de orientar las políticas autonómicas de inclusión, accesibilidad y apoyo a personas con discapacidad.

La prevalencia de la soledad no deseada entre las personas LGTBI+ en Cantabria duplica la observada entre la población heterosexual en línea con la marcada brecha que también se observa a nivel nacional.

La orientación sexual continúa siendo un factor relevante para explicar las diferencias en la prevalencia de la soledad no deseada, también en **Cantabria**. La prevalencia entre las personas **heterosexuales** se sitúa en el **17,9%**, mientras que entre las personas **LGTBI+** asciende al **36,4%**, una diferencia de **18,5 puntos porcentuales**. Es decir, en Cantabria las personas LGTBI+ presentan una prevalencia de soledad no deseada que **duplica con creces** la del resto de la población.

Gráfico 7. Prevalencia de la soledad no deseada según la orientación sexual, Cantabria 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 prevalencia de la soledad no deseada entre las personas heterosexuales se sitúa en el **19,0%** y entre las personas LGTBI+ en el **34,2%**, con una diferencia de **15,2 puntos**. El *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* registraba cifras prácticamente equivalentes (19,3% entre la población heterosexual y 34,4% entre la población LGTBI+), lo que confirma la **estabilidad**

temporal del efecto de la orientación sexual sobre la soledad no deseada en el conjunto del Estado.

La comparación territorial muestra dos matices significativos. Por un lado, las personas heterosexuales en Cantabria (17,9%) presentan una prevalencia **algo inferior** a la registrada en el conjunto de España, tanto en 2026 (19,0%) como en el Barómetro 2024 (19,3%), coherente con la menor prevalencia global de soledad observada en la comunidad. Por otro lado, las personas LGTBI+ en Cantabria (36,4%) muestran una prevalencia **ligeramente superior** a la media nacional (34,2% en 2026 y 34,4% en 2024), lo que se traduce en **una brecha por orientación sexual algo más amplia en Cantabria** que en el conjunto del Estado (18,5 puntos frente a 15,2 en España 2026 y 15,1 en el Barómetro 2024).

Este resultado confirma que la **orientación sexual sigue operando como un factor estructural de exposición a la soledad no deseada** también en Cantabria, en línea con la literatura sobre los efectos del estigma, la discriminación y las barreras a la inclusión social que afectan de forma desigual a las personas LGTBI+. Esta brecha refuerza la necesidad de incorporar la perspectiva de la diversidad sexual en las políticas autonómicas de lucha contra la soledad no deseada, la salud mental y la inclusión social.

Como nota metodológica de prudencia, debe tenerse en cuenta que el subgrupo de personas LGTBI+ en la muestra de Cantabria es muy reducido (n=23), por lo que las cifras concretas deben leerse como una tendencia robusta más que como un valor exacto. La consistencia con el patrón observado a nivel nacional, tanto en 2026 como en 2024, refuerza no obstante la validez del hallazgo.

5.2. Prevalencia y evolución reciente de la salud mental

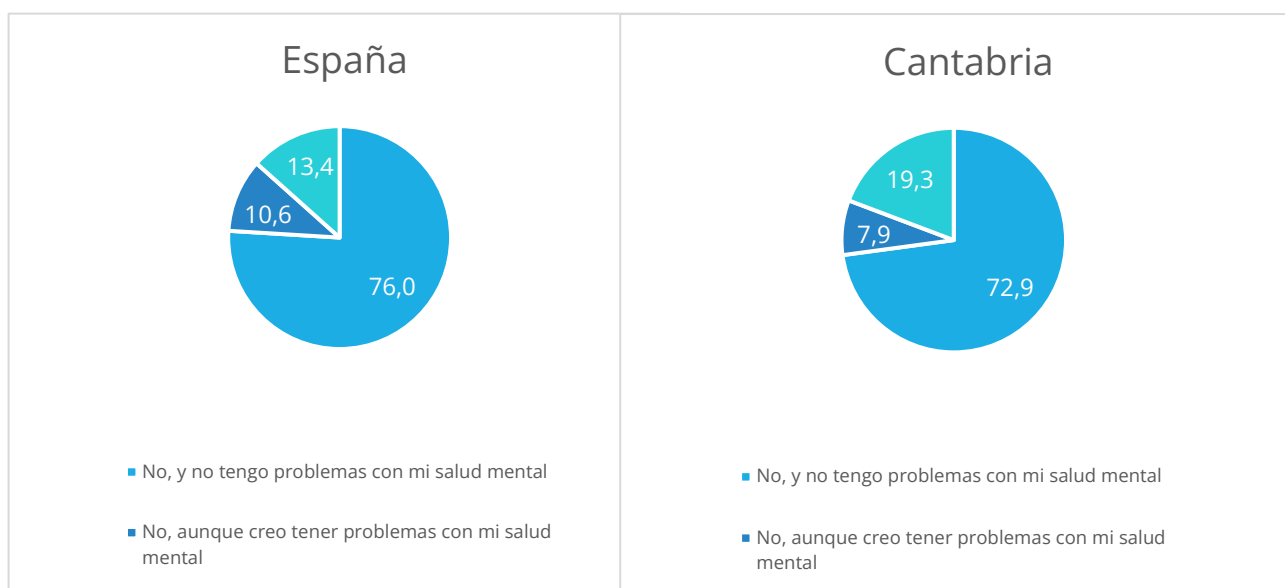
- ▶ Más de un cuarto (27,2%) de la población cántabra tiene un problema de salud mental, diagnosticado o no, una cifra superior al promedio nacional (24,0%) y muy alejada del registro del Barómetro 2024 (18,3%).
- ▶ El 19,3% de la población de Cantabria cuenta con un diagnóstico médico de salud mental, frente al 13,3% del conjunto de España, lo que sitúa a la comunidad 6 puntos por encima de la media estatal en diagnóstico clínico.
- ▶ Los problemas de salud mental diagnosticados más frecuentes en Cantabria son la depresión (15,2%) y la ansiedad (13,4%), con prevalencias superiores a las observadas en el conjunto de España (12,0% y 11,5% respectivamente).
- ▶ Dos de cada tres personas en Cantabria perciben su estado de salud mental como bueno o muy bueno (67,4%), una cifra prácticamente idéntica a la

nacional, aunque el porcentaje que lo valora como malo o muy malo es algo más elevado en Cantabria (10,5%) que en el conjunto del Estado (8,9%).

- ▶ Los problemas de salud mental están más extendidos entre las mujeres cántabras (30,1%) que entre los hombres (23,6%), aunque la brecha de género es notablemente más estrecha en Cantabria (6,5 puntos) que en el conjunto de España (13,1 puntos en 2026), por la mayor prevalencia entre los hombres cántabros.
- ▶ La prevalencia es inversamente proporcional a la edad, pero en todos los tramos Cantabria supera la media nacional: 37,1% en 18-34 años, 32,3% en 35-54 años y 19,8% en 55 y más años, con la mayor brecha respecto a España en el grupo de mediana edad (+5,6 puntos).
- ▶ El nivel educativo apenas diferencia la prevalencia (28,9% sin estudios superiores y 25,4% con estudios superiores), y los hogares unipersonales presentan una mayor carga de salud mental que los acompañados (30,5% frente al 26,2%), con una brecha más amplia en Cantabria que en el conjunto del Estado.
- ▶ La situación económica y la discapacidad continúan siendo factores de riesgo clave: el 35,1% de quienes llegan con dificultad a fin de mes y el 44,1% de las personas con discapacidad tienen un problema de salud mental, frente al 23,3% de las personas sin discapacidad. La brecha asociada a la discapacidad es mucho más amplia en Cantabria (20,8 puntos) que en el conjunto del Estado (13,1 puntos en 2026).
- ▶ En conjunto, los datos apuntan a una carga de salud mental sistemáticamente más elevada en Cantabria que en el promedio estatal en prácticamente todos los segmentos sociodemográficos analizados, en un contexto de empeoramiento generalizado de la salud mental entre 2024 y 2026 a nivel nacional.

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 cántabra. En **Cantabria**, un **72,9%** de la población declara no tener problemas con su salud mental, un **7,9%** manifiesta sospechar que los tiene sin contar con un diagnóstico clínico, y un **19,3%** afirma tener un **diagnóstico médico de salud mental**. Sumando ambas categorías, **un 27,2% de la población cántabra tiene un problema de salud mental, diagnosticado o no**, una cifra **3,2 puntos superior** al promedio nacional de 2026 (24,0%) y notablemente más alta que la registrada por el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* a nivel estatal (18,3%).

Gráfico 8. Distribución de la población según su estado de salud mental, Cantabria



y España

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

La comparación con el conjunto de **España 2026** muestra dos diferencias relevantes en la distribución por categorías. Por un lado, el porcentaje de personas con **diagnóstico clínico de salud mental** en Cantabria (19,3%) es **casi 1,5 veces superior** al promedio nacional (13,4%). Por otro, el porcentaje de personas que **sospechan tener problemas sin diagnóstico** es claramente menor en Cantabria (7,9%) que en España (10,6%). Es decir, el problema de salud mental en Cantabria está más vinculado a la atención clínica formal (con diagnóstico profesional) mientras que a nivel nacional pesa relativamente más la sospecha autopercebida sin diagnóstico.

La comparación con el **Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024** permite además situar estos resultados en una clave de evolución reciente. A nivel nacional, la prevalencia conjunta de problemas de salud mental (diagnosticados o no) **se ha incrementado del 18,3% en 2024 al 24,0% en 2026**, lo que evidencia un **empeoramiento generalizado del estado de salud mental de la sociedad española** en los últimos dos años. Cantabria se sitúa **por encima** de la cifra nacional actual y muy alejada del registro de 2024, lo que apunta a que la comunidad participa de esta tendencia de fondo, situándose en niveles especialmente elevados en lo que se refiere a la prevalencia de diagnósticos clínicos.

Este perfil cántabro (mayor peso del diagnóstico clínico y menor peso de la sospecha sin diagnóstico que la media nacional) puede leerse de dos formas complementarias. Por un lado, podría reflejar un **mejor acceso o una mayor disposición a la atención profesional** de la salud mental en Cantabria, que se

traduce en un mayor número de problemas formalmente identificados por el sistema sanitario. Por otro, podría indicar la existencia de una **carga real de salud mental algo más elevada** en la comunidad.

Los problemas de salud mental más frecuentes son, como en el conjunto del Estado, la **ansiedad** y la **depresión**. La encuesta muestra que en **Cantabria** el **13,4%** de la población tiene en la actualidad o ha tenido en el pasado un diagnóstico de ansiedad, y el **15,2%** padece o padeció un diagnóstico de depresión. Estos porcentajes son superiores a los registrados a nivel nacional en 2026, donde la prevalencia de ansiedad diagnosticada se sitúa en el **11,5%** y la de depresión diagnosticada en el **12,0%**.

La comparación territorial muestra que Cantabria presenta una prevalencia **1,9 puntos superior** a la media nacional en ansiedad diagnosticada y **3,2 puntos superior** en depresión diagnosticada. Esta mayor prevalencia es coherente con el perfil global de salud mental observado en Cantabria en el apartado, donde la comunidad se sitúa claramente por encima de la media nacional en el porcentaje de personas con diagnóstico clínico (19,3% frente al 13,3% nacional).

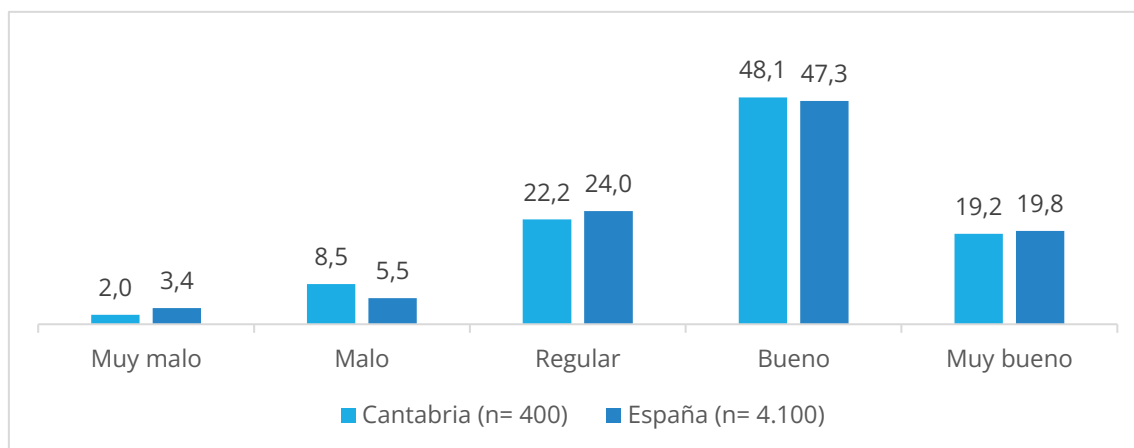
Como ocurre en el conjunto del Estado, estas cifras deben interpretarse como una **aproximación a la realidad**. El INE, con una metodología distinta basada en el cuestionario PHQ-8 de la Encuesta Europea de Salud 2023, muestra que hasta casi un 30% de la población en España presenta algún tipo de sintomatología depresiva, especialmente entre las mujeres, entre quienes un 7,3% padece una sintomatología depresiva grave o moderadamente grave. La encuesta de soledad y salud mental (que sustenta este estudio) detecta únicamente las personas con un diagnóstico profesional o que reconocen la sospecha de tenerlo, por lo que la prevalencia real de ambos problemas puede ser sensiblemente superior a la aquí registrada.

El resto de diagnósticos recogidos por la encuesta (esquizofrenia y trastornos bipolares, estrés postraumático, TDAH, TOC, trastornos alimentarios, trastornos de personalidad, trastornos del sueño o trastornos por abuso de sustancias o comportamientos adictivo) presentan en Cantabria, como en el conjunto del Estado, prevalencias mucho más reducidas. El tamaño muestral cántabro no permite ofrecer cifras desagregadas fiables para estas categorías, por lo que se opta por una descripción cualitativa centrada en los dos diagnósticos más frecuentes.

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 Cantabria, dos de cada tres personas (67,4%) perciben su estado de salud mental como bueno o muy bueno (48,1% bueno y 19,2% muy bueno), una cifra prácticamente idéntica a la del conjunto de España en 2026 (67,0%; 47,3% bueno y 19,8% muy bueno).** En

el extremo opuesto, un **10,5%** de la población cántabra lo valora como malo o muy malo, frente al **8,9%** del promedio nacional.

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



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

El análisis detallado por categorías muestra dos matices relevantes. Por un lado, el porcentaje de personas que valoran su salud mental como **muy mala** en Cantabria (2,0%) es algo inferior al promedio nacional (3,4%). Por otro lado, el porcentaje que la considera **mala** es claramente más alto en Cantabria (**8,5%**) que en el conjunto de España (**5,5%**), una diferencia de 3 puntos porcentuales. La categoría **regular** (que el informe nacional señala como una zona de especial atención preventiva, al ser frontera entre las trayectorias positivas y negativas) se sitúa en Cantabria en el **22,2%**, ligeramente por debajo del valor estatal (24,0%).

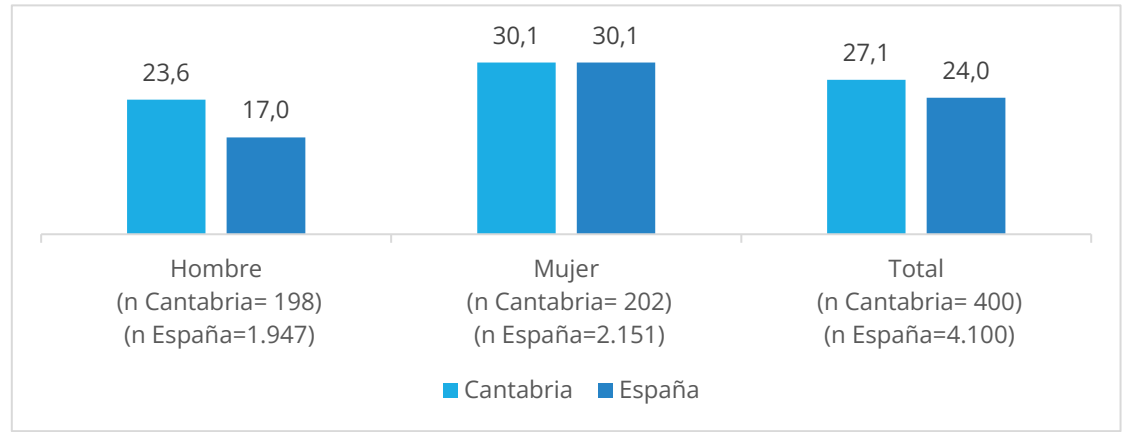
Esta lectura combinada arroja un perfil cántabro **muy similar al nacional en su tramo positivo** (bueno y muy bueno) pero algo **más desfavorable en el extremo negativo**, donde Cantabria concentra una proporción ligeramente mayor de personas con autopercepción de salud mental mala. Este resultado es coherente con la mayor prevalencia de diagnósticos clínicos observada (19,3% en Cantabria frente al 13,3% nacional) y con la mayor prevalencia de ansiedad y depresión diagnosticadas mostrada en apartados anteriores. En conjunto, los tres indicadores apuntan en la misma dirección y es que existe una **carga algo más elevada de salud mental percibida y diagnosticada** en Cantabria que en el promedio estatal.

Como en el informe nacional, conviene subrayar la importancia de atender a las personas que valoran su salud mental como **regular** (22,2% en Cantabria) desde una **óptica preventiva**. Este grupo, que se sitúa en una posición intermedia entre los estados positivos y los problemas más definidos, constituye un colectivo

prioritario para evitar que su trayectoria evolucione hacia un deterioro de la salud mental y, eventualmente, hacia situaciones de soledad no deseada asociadas.

El análisis por sexo de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) confirma la mayor carga global de salud mental observada en Cantabria. La prevalencia conjunta en la comunidad alcanza el **27,1%**, frente al **24,0%** del conjunto de España en 2026 y al **18,3%** registrado en el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024*. Este dato sitúa a Cantabria **3 puntos por encima** del promedio estatal actual y muy alejada del registro de 2024, en línea con el empeoramiento generalizado de la salud mental que se ha producido a nivel nacional en los últimos dos años. Esta tendencia es coherente con la evolución descrita por el *VI Informe Mundial de Salud Mental del Grupo AXA* presentado en 2026, según el cual el porcentaje de población española que considera tener algún tipo de problema de salud mental ha pasado del **26% en 2023** al **33% en 2026**, situando a España entre los países europeos con mayor prevalencia percibida.

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



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

La lectura por sexo muestra dos hallazgos significativos. Entre las **mujeres**, la prevalencia de problemas de salud mental en Cantabria es del **30,1%**, exactamente la misma que en el conjunto de España en 2026 (30,1%) y notablemente superior a la registrada por el Barómetro 2024 (23,4%). Es decir, las mujeres cántabras se sitúan en línea con la media nacional actual, en un contexto de empeoramiento general respecto a 2024 (+6,7 puntos a nivel estatal entre 2024 y 2026).

Entre los **hombres**, en cambio, la cifra cántabra (**23,6%**) es **6,6 puntos superior** a la media nacional 2026 (17,0%) y prácticamente **el doble** de la registrada por el Barómetro 2024 (12,9%). Es precisamente este resultado el que sitúa a Cantabria por encima de la media estatal en el global del indicador y configura **una brecha de**

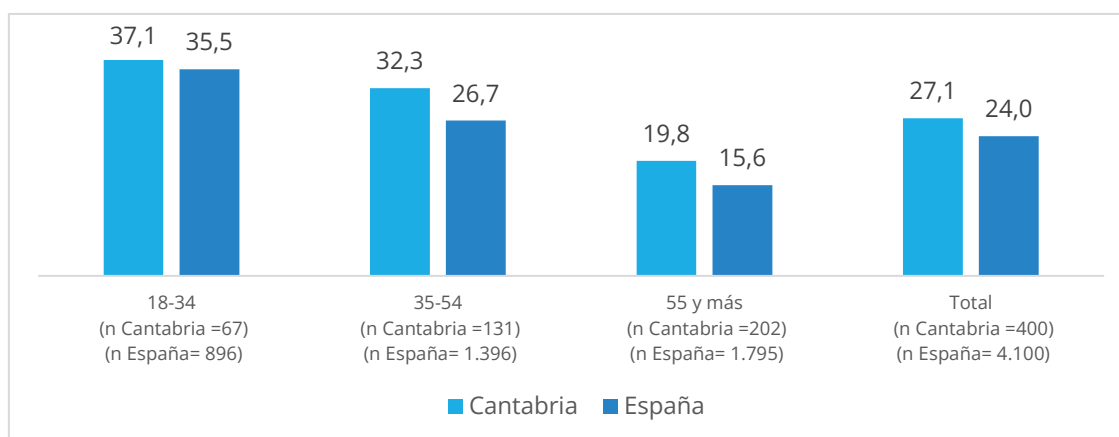
género en salud mental notablemente más estrecha que la observada en el conjunto del Estado con solo **6,5 puntos porcentuales** de diferencia entre mujeres y hombres en Cantabria, frente a los **13,1 puntos** de España 2026 y los **10,5 puntos** del Barómetro 2024.

Este patrón es relevante desde el punto de vista de las políticas públicas: mientras que las mujeres cántabras presentan un perfil de salud mental muy similar al promedio estatal, los **hombres cántabros muestran una mayor exposición a problemas de salud mental que los hombres del conjunto del Estado**. Esto sugiere la necesidad de reforzar las políticas de prevención, detección precoz y atención a la salud mental masculina en la comunidad, así como de profundizar en el conocimiento de los factores específicos (laborales, comunitarios, relacionales) que podrían explicar esta diferencia.

Los problemas de salud mental (diagnosticados o no) en Cantabria están claramente concentrados en la población joven y de mediana edad. En todos los grupos de edad la prevalencia en Cantabria es superior a la media nacional 2026, con la mayor diferencia en el grupo de 35 a 54 años (+5,6 puntos).

La distribución por edad de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) muestra que la prevalencia en **Cantabria** es **inversamente proporcional a la edad**, igual que en el conjunto de España, pero situándose en todos los tramos por encima del promedio estatal. Entre la población de **18 a 34 años** la prevalencia asciende al **37,1%**, ligeramente por encima de la media nacional 2026 (35,5%) y muy superior al valor que registraba el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* para ese tramo (en torno al 23%, agregando 18-24 y 25-34). En el grupo de **35 a 54 años** la prevalencia cántabra alcanza el **32,3%**, frente al **26,7%** de la media nacional 2026 y al aproximadamente 19,5% del Barómetro 2024. En el grupo de **55 y más años**, Cantabria registra un **19,8%**, también por encima del promedio nacional 2026 (15,6%) y del valor del Barómetro 2024 (alrededor del 13%).

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



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

La comparación temporal en el conjunto del Estado confirma el **empeoramiento generalizado de la salud mental entre 2024 y 2026**, especialmente acusado entre la juventud. A nivel nacional la prevalencia en el grupo 18-34 ha pasado de un valor en torno al 23% en 2024 a un 35,5% en 2026 (cerca de **+13 puntos**), un incremento muy superior al registrado en los grupos de mediana y mayor edad. Este patrón refuerza la lectura del informe nacional, que situaba a la juventud como uno de los segmentos más vulnerables en la evolución reciente de la salud mental.

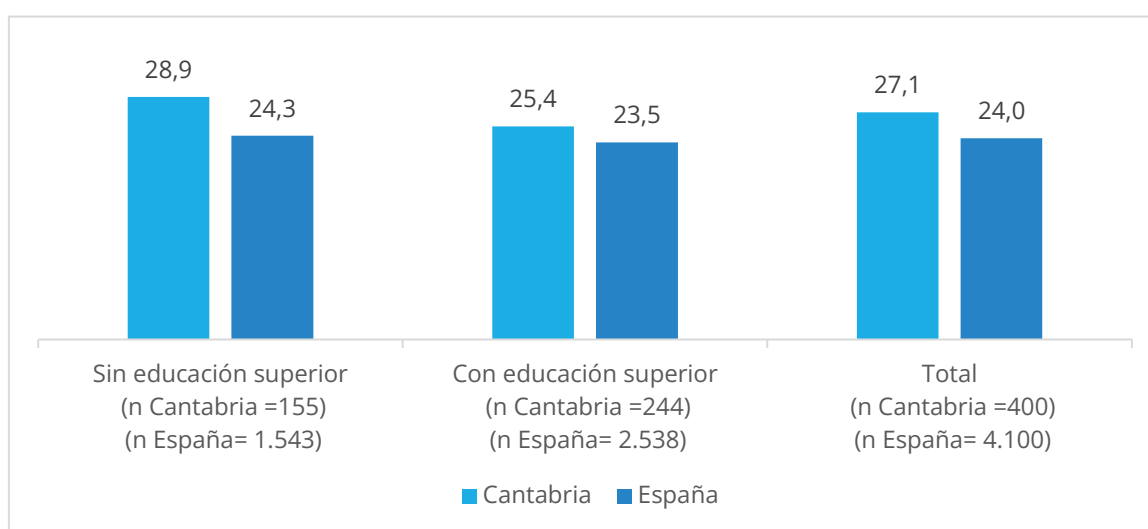
En Cantabria, sin embargo, la mayor singularidad no se concentra en la juventud (donde el valor cántabro (37,1%) es solo 1,6 puntos superior al promedio nacional), sino en la **población de mediana edad (35-54 años)**, que con un **32,3%** supera en **5,6 puntos** a la media nacional 2026 (26,7%). El grupo de **55 y más años** presenta también una prevalencia superior a la media estatal en algo más de **4 puntos** (19,8% frente a 15,6%). En conjunto, Cantabria muestra una **carga de salud mental más elevada en todos los tramos de edad**, especialmente en los grupos de mediana y mayor edad, lo que constituye una particularidad relevante del perfil autonómico.

Sería necesario reforzar las políticas de prevención, detección precoz y atención a la salud mental en Cantabria **en todos los grupos de edad**, con una atención prioritaria a la población de 35 a 54 años, donde la brecha con la media nacional es más amplia.

El nivel educativo apenas diferencia la prevalencia de los problemas de salud mental en Cantabria, pero los valores son claramente superiores a la media nacional en ambos grupos.

La distribución por nivel educativo muestra que, en **Cantabria**, la prevalencia de problemas de salud mental (diagnosticados o no) es similar entre los dos grandes grupos educativos. Entre las personas **sin educación superior** la prevalencia se sitúa en el **28,9%** y entre las personas con **educación superior** en el **25,4%**, con una diferencia de tan solo **3,5 puntos porcentuales**. En el conjunto de **España 2026** esta diferencia es aún más reducida (24,3% frente a 23,5%, apenas 0,8 puntos), lo que confirma que el nivel educativo no opera como un factor protector claro frente a los problemas de salud mental, a diferencia de lo que ocurre con la soledad no deseada (apartado 5.1.3).

Gráfico 12. Prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) por nivel educativo, Cantabria 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** aporta una lectura adicional en clave de evolución reciente. En 2024, la prevalencia de problemas de salud mental se situaba en torno al **18,7%** entre las personas sin estudios superiores y al **17,6%** entre las que sí los tenían (Hasta primaria 22,7%; Secundaria/FP medio 17,4%; Superior 17,6%; Total nacional 18,3%). Es decir, también en 2024 las diferencias por nivel educativo eran reducidas a escala nacional. Lo verdaderamente llamativo es el **incremento generalizado en todos los niveles educativos entre 2024 y 2026**, que ha sido especialmente acusado entre la población con estudios secundarios y superiores.

La comparación territorial muestra que **Cantabria presenta valores claramente superiores a la media nacional en ambos grupos educativos: +4,6 puntos** en el grupo sin educación superior (28,9% frente al 24,3% nacional) y **+1,9 puntos** en el grupo con educación superior (25,4% frente al 23,5%). Es decir, la brecha cántabra respecto al promedio estatal es mayor entre la población con menor nivel educativo,

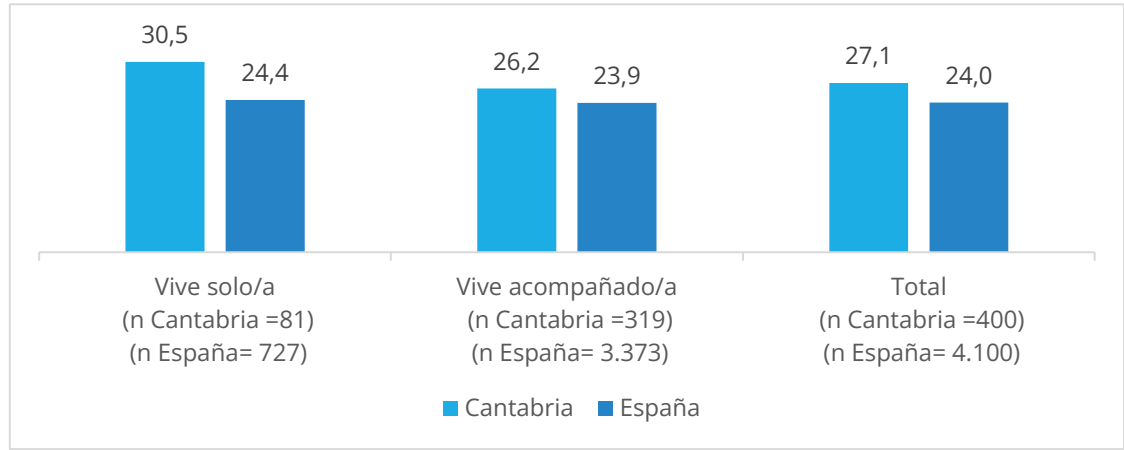
lo que apunta a una mayor exposición a problemas de salud mental en este segmento de la población cántabra.

Esta lectura está alineada con los hallazgos de los apartados anteriores con un mayor peso del diagnóstico clínico, mayor prevalencia de ansiedad y depresión, peor autopercepción de la salud mental en el extremo negativo y mayor prevalencia entre los hombres y en los grupos de edad de 35-54 años. Esto apunta a una **carga de salud mental sistemáticamente más elevada en Cantabria** en prácticamente todos los cruces sociodemográficos analizados.

El 30,5% de las personas que viven solas en Cantabria tienen un problema de salud mental, frente al 26,2% de las que viven acompañadas, una brecha más amplia que la observada en el conjunto del Estado.

El análisis por tipo de hogar muestra que, en **Cantabria**, las personas que viven solas presentan una prevalencia de problemas de salud mental (diagnosticados o no) del **30,5%**, frente al **26,2%** entre quienes viven acompañadas, una diferencia de **4,3 puntos porcentuales**. Es decir, vivir en un hogar unipersonal en Cantabria implica una mayor exposición a los problemas de salud mental.

Gráfico 13. Prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) por tipo de hogar, Cantabria 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**, las diferencias por tipo de hogar son mucho menos marcadas: la prevalencia entre quienes viven solos es del **24,4%** y entre quienes viven acompañados del **23,9%**, una diferencia de apenas **0,5 puntos**. La comparación con el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* muestra una pauta singular a nivel nacional, ya que, en 2024 la prevalencia era **menor** entre quienes vivían solos (17,7%) que entre quienes vivían acompañados (21,9%), con un total del 18,3%. Es decir, en los últimos dos años el incremento de los problemas de

salud mental ha sido **especialmente acusado entre las personas que viven solas** a nivel nacional (+6,7 pp), mientras que entre quienes viven acompañadas el aumento ha sido más moderado (+2,0 pp).

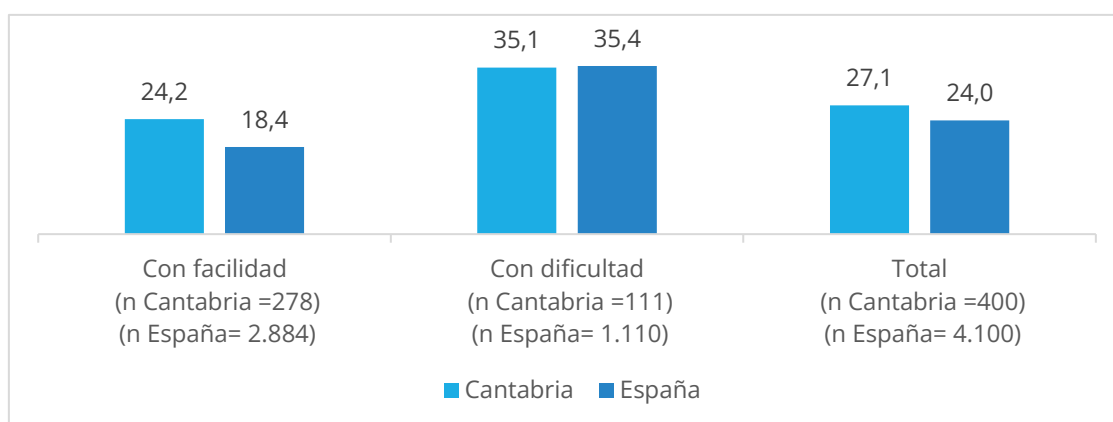
La comparación territorial muestra que **Cantabria presenta valores claramente superiores a la media nacional en ambos tipos de hogar**, pero con una **brecha mayor entre quienes viven solos** con **+6,1 puntos** entre las personas que viven solas (30,5% frente al 24,4% nacional) y **+2,3 puntos** entre quienes viven acompañadas (26,2% frente al 23,9%). Esto configura una **situación de mayor vulnerabilidad de las personas que viven solas en Cantabria** en lo que respecta a la salud mental.

Este hallazgo es especialmente relevante en una comunidad como Cantabria, donde el peso de los hogares unipersonales (en particular de personas mayores en el medio rural) configura un perfil de riesgo combinado con una mayor prevalencia de soledad no deseada (31,1%) y mayor prevalencia de problemas de salud mental (30,5%). La intersección de ambos fenómenos en este colectivo refuerza la necesidad de orientar las políticas autonómicas de prevención y atención sociosanitaria hacia las personas que viven solas, con un enfoque integral que combine apoyo emocional, prevención de la soledad y atención a la salud mental.

La situación económica es uno de los factores más fuertemente asociados a los problemas de salud mental en Cantabria ya que el 35,1% de las personas que llegan con dificultad a fin de mes tienen un problema de salud mental, frente al 24,2% de las que llegan con facilidad.

La situación económica autopercibida se confirma como uno de los principales factores asociados a los problemas de salud mental también en **Cantabria**. La prevalencia entre las personas que llegan **con facilidad** a fin de mes se sitúa en el **24,2%**, mientras que entre quienes llegan **con dificultad** asciende al **35,1%**, una diferencia de **10,9 puntos porcentuales**. Es decir, las personas con dificultades económicas tienen una prevalencia de problemas de salud mental aproximadamente **1,5 veces superior** a la de quienes llegan con holgura a fin de mes.

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, Cantabria 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 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* muestra 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. Es decir, entre 2024 y 2026 los problemas de salud mental han aumentado en torno a **5 puntos en el grupo con facilidad** y **casi 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 holgura económica.

La comparación territorial muestra dos matices significativos. Por un lado, entre las personas con **dificultades económicas**, la prevalencia en Cantabria (35,1%) es prácticamente **idéntica** a la media nacional 2026 (35,4%), aunque algo superior a la del Barómetro 2024 (25,6%). Por otro lado, entre las personas que llegan **con facilidad** a fin de mes, Cantabria (24,2%) presenta una prevalencia **casi 6 puntos superior** al promedio nacional 2026 (18,4%) y unos **11 puntos por encima** de la del Barómetro 2024 (13,1%).

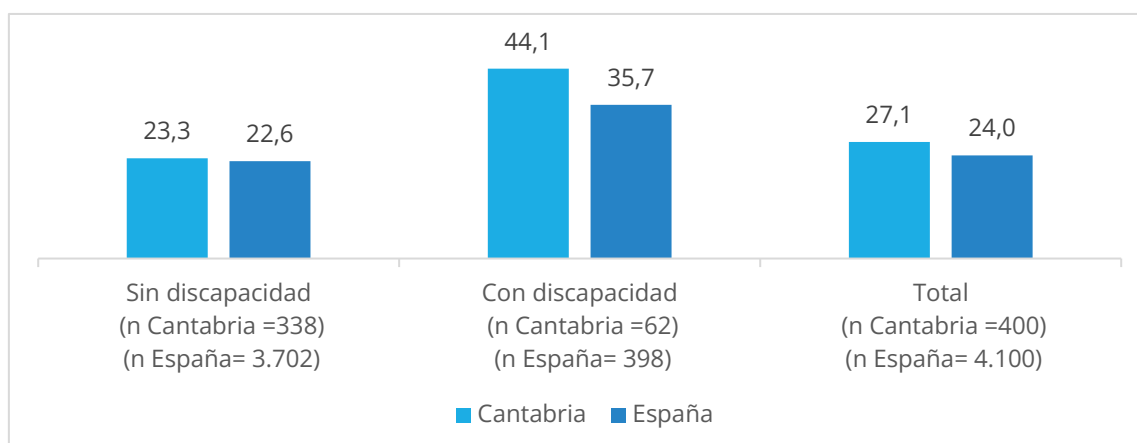
Este patrón configura una **brecha económica más comprimida en Cantabria** (10,9 puntos) que en el conjunto del Estado (17,0 puntos en 2026 y 12,5 puntos en 2024). A diferencia de lo observado con la soledad no deseada donde la menor brecha cántabra se explicaba por una **menor prevalencia entre quienes tienen dificultades económicas**, en el caso de la salud mental la convergencia se produce por una **mayor prevalencia entre quienes llegan con facilidad**. Es decir, las dificultades económicas afectan en Cantabria a la salud mental en una magnitud

similar a la del conjunto del Estado, pero los problemas de salud mental están también notablemente presentes entre la población con holgura económica, lo que refuerza **una carga de salud mental sistemáticamente más elevada en Cantabria en prácticamente todos los segmentos sociodemográficos.**

La discapacidad se asocia en Cantabria a una prevalencia de problemas de salud mental especialmente elevada. El 44,1% de las personas con discapacidad tienen un problema de salud mental, frente al 23,3% de las personas sin discapacidad, una brecha mucho mayor que la observada a nivel nacional.

La situación de discapacidad se confirma como uno de los factores más fuertemente asociados a los problemas de salud mental, también en **Cantabria**. La prevalencia entre las personas **con discapacidad** en Cantabria alcanza el **44,1%**, frente al **23,3%** entre las personas **sin discapacidad**, una diferencia de **20,8 puntos porcentuales**. Es decir, las personas con discapacidad tienen una prevalencia de problemas de salud mental **cerca del doble** que la del resto de la población cántabra. Conviene recordar, como ya señala el informe nacional, que una parte de los problemas de salud mental constituyen por sí mismos una categoría de discapacidad, aunque la existencia de un problema de salud mental no implica necesariamente reconocimiento de discapacidad. También es necesario explicitar que no es la discapacidad en si misma lo que da lugar a los problemas de salud mental sino los factores sociales asociados a la misma (estigma, prejuicio, barreras físicas, etc.) que pueden llegar a provocar situaciones que den lugar a un empeoramiento de la salud mental de las personas con discapacidad y también estas cuestiones como el estigma, los prejuicios, las barreras físicas, la falta de accesibilidad y otros factores del entorno, son elementos que influyen negativamente de manera relevante en la experiencia de soledad.

Gráfico 15. Prevalencia de las personas con un problema de salud mental (diagnosticados o no) su situación de discapacidad, Cantabria 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 prevalencia entre las personas con discapacidad se sitúa en el **35,7%**, frente al **22,6%** entre quienes no tienen discapacidad, con una diferencia de **13,1 puntos**. La comparación con el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* aporta una lectura especialmente interesante. En 2024, la prevalencia entre las personas con discapacidad era del **38,9%**, mientras que entre las personas sin discapacidad se situaba en el **14,9%**. Es decir, en el conjunto del Estado los problemas de salud mental se han **incrementado notablemente entre la población sin discapacidad** (+7,7 pp) mientras que entre las personas con discapacidad la prevalencia se ha mantenido relativamente estable, e incluso se ha reducido ligeramente (-3,2 pp).

La comparación territorial muestra que Cantabria presenta valores **superiores a la media nacional 2026 en ambos grupos**, pero con una diferencia especialmente acusada entre las personas con discapacidad **+8,4 puntos** en el grupo con discapacidad (44,1% frente al 35,7% nacional) y **+0,7 puntos** en el grupo sin discapacidad (23,3% frente al 22,6%). Como consecuencia, la **brecha asociada a la discapacidad es mucho más amplia en Cantabria (20,8 puntos) que en el conjunto del Estado** (13,1 puntos en 2026 y 24,0 puntos en el Barómetro 2024).

Este patrón confirma que la **discapacidad opera como un factor estructural de exposición a los problemas de salud mental**, en línea con el marco interpretativo del capítulo 4 y con el modelo social de la discapacidad. La especial intensidad de la asociación en Cantabria (donde casi una de cada dos personas con discapacidad declara tener un problema de salud mental) refuerza la necesidad de orientar las políticas autonómicas de salud mental, inclusión y accesibilidad hacia este colectivo, atendiendo tanto a la dimensión clínica como a las barreras físicas, comunicativas, actitudinales y de participación social que inciden en su bienestar emocional.

6. Soledad no deseada y Salud mental

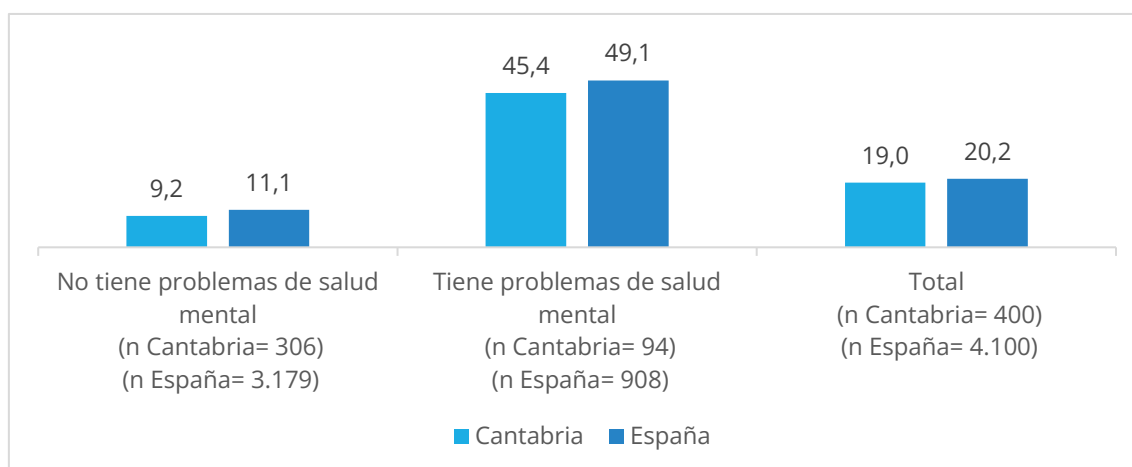
6.1. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental

- ▶ La prevalencia de la soledad no deseada se multiplica casi por cinco entre las personas con problemas de salud mental en Cantabria: el **45,4%** de quienes tienen un problema de salud mental (diagnosticado o no) sufren soledad no deseada, frente al **9,2%** de quienes no los tienen.
- ▶ Cantabria presenta valores ligeramente inferiores a la media nacional en ambos grupos, con una brecha algo más comprimida (36,2 puntos en Cantabria frente a 38,0 puntos en España).
- ▶ La sospecha de tener un problema de salud mental sin diagnóstico clínico está tan estrechamente asociada a la soledad no deseada como el diagnóstico formal: la prevalencia es del **44,6%** entre quienes sospechan tenerlos y del **45,8%** entre quienes cuentan con diagnóstico médico, cifras prácticamente idénticas.
- ▶ La autopercepción del estado de salud mental muestra un gradiente muy marcado en Cantabria: la soledad no deseada afecta al **7,8%** de quienes valoran su salud mental como buena o muy buena, al **28,8%** de quienes la valoran como regular y al **70,8%** de quienes la perciben como mala o muy mala.
- ▶ En el tramo más negativo de autopercepción, Cantabria supera claramente a la media nacional (70,8% frente al 64,9%), configurando una distribución más polarizada que la del conjunto del Estado.
- ▶ El grupo con autopercepción **regular** —que representa el 22,2% de la población cántabra y donde cerca del 29% sufre soledad no deseada— constituye un espacio clave para la prevención.
- ▶ Casi dos de cada tres personas en situación de soledad no deseada en Cantabria (**64,8%**) presentan problemas de salud mental, y de ellas casi la mitad (**46,3%**) cuenta ya con un diagnóstico médico, 12 puntos por encima del promedio nacional (34,3%).
- ▶ El paso de «sin soledad» a «con soledad» en Cantabria multiplica casi por cuatro la proporción de personas con diagnóstico clínico (del 12,9% al 46,3%) y reduce a menos de la mitad la proporción sin problemas de salud mental (del 81,7% al 35,2%).
- ▶ En Cantabria, la soledad no deseada y el diagnóstico clínico de salud mental aparecen juntos con mayor frecuencia que en el promedio estatal, lo que sitúa al sistema sanitario en una posición privilegiada para la detección precoz de la soledad.

- ▶ Prácticamente **una de cada dos personas en Cantabria (48,5%)** ha vivido una etapa de soledad no deseada a lo largo de su vida o la sufre en la actualidad, frente al 53,0% del conjunto de España.
- ▶ Las experiencias pasadas de soledad dejan una huella significativa sobre el bienestar emocional actual: el **82,3%** de las personas con autopercepción de salud mental mala o muy mala en Cantabria ha atravesado una etapa de soledad no deseada, frente al 28,4% entre quienes la perciben como buena o muy buena (brecha de 53,9 puntos, mayor que la nacional de 35,9 puntos). La soledad pasada es también un antecedente muy relevante del diagnóstico clínico: el **68,0%** de las personas con un diagnóstico de salud mental en Cantabria ha vivido una etapa significativa de soledad no deseada (bastante o mucha), frente al 31,8% entre quienes no cuentan con diagnóstico.
- ▶ A diferencia del conjunto del Estado, en Cantabria la recuperación clínica de un problema de salud mental parece asociarse a menores niveles actuales de soledad (**7,4%** entre quienes se han recuperado, frente al 12,9% entre quienes nunca tuvieron diagnóstico), lo que sugiere una mayor capacidad de reconstrucción de vínculos sociales tras la recuperación en la comunidad.
- ▶ Se observa una relación bidireccional y cíclica entre soledad no deseada y salud mental especialmente estrecha en Cantabria, que refuerza la necesidad de respuestas integrales que aborden simultáneamente la dimensión clínica, la emocional y la relacional-comunitaria.

El análisis del cruce entre soledad no deseada y salud mental constituye el núcleo analítico del estudio. Los datos de **Cantabria** confirman con rotundidad la fuerte asociación entre ambos fenómenos. La prevalencia de la soledad no deseada entre las personas **sin problemas de salud mental** se sitúa en el **9,2%**, mientras que entre quienes tienen un **problema de salud mental** (diagnosticado o no) asciende al **45,4%**, una diferencia de **36,2 puntos porcentuales**. Es decir, las personas con problemas de salud mental tienen una prevalencia de soledad no deseada prácticamente **cinco veces superior** a la del resto de la población cántabra.

Gráfico 16. Prevalencia de la soledad no deseada según el estado de salud mental, Cantabria 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 pauta es muy similar pero algo más acusada, la prevalencia de la soledad entre las personas sin problemas de salud mental se sitúa en el **11,1%**, mientras que entre quienes tienen un problema de salud mental alcanza el **49,1%**, una diferencia de **38,0 puntos**. La comparación con el *Barómetro de Soledad No Deseada de España 2024* muestra que la fuerte asociación entre ambos fenómenos ya era patente en el conjunto del Estado hace dos años, con una pauta cualitativamente equivalente, la prevalencia de soledad entre las personas con problemas de salud mental multiplicaba ampliamente la observada entre el resto de la población, confirmando la **estabilidad temporal del vínculo soledad-salud mental**.

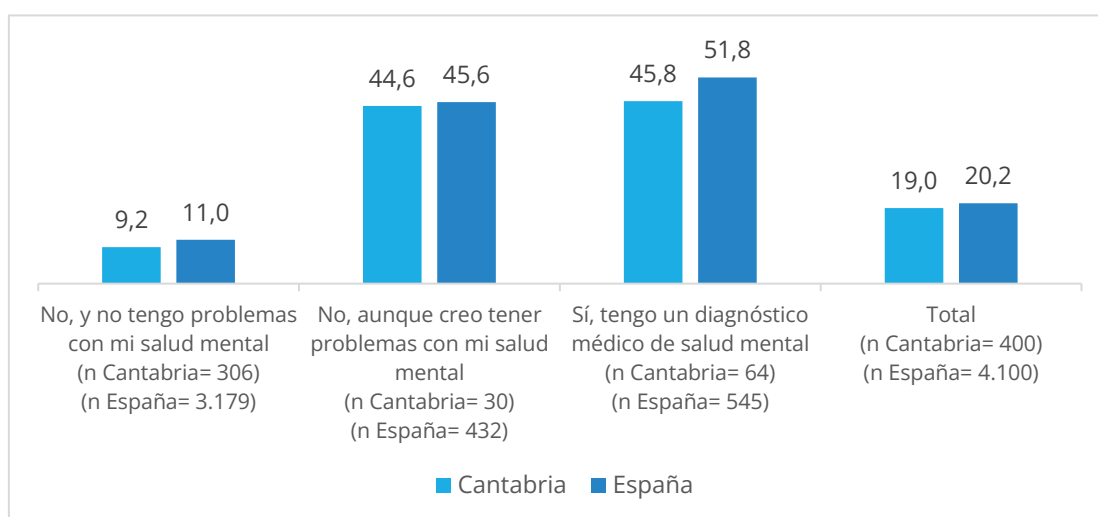
La comparación territorial muestra que **Cantabria presenta valores ligeramente inferiores a la media nacional en ambos grupos** con **1,9 puntos menos** entre las personas sin problemas de salud mental (9,2% frente al 11,1% nacional) y **3,7 puntos menos** entre quienes tienen problemas de salud mental (45,4% frente al 49,1%). Como consecuencia, la brecha asociada a la salud mental en Cantabria (36,2 puntos) es algo más comprimida que la del conjunto del Estado (38,0 puntos), aunque en ambos casos la relación es **extraordinariamente robusta**.

Este resultado confirma, también para Cantabria, la **fuerte interrelación entre soledad no deseada y salud mental**. Las personas con problemas de salud mental presentan una exposición sustancialmente mayor a la soledad no deseada, en línea con la literatura que describe una relación bidireccional y cíclica entre ambos fenómenos. Los problemas de salud mental pueden favorecer el aislamiento social y la soledad, y a su vez la soledad opera como factor de riesgo y de cronificación de los problemas de salud mental. Esta 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 dimensión emocional y la dimensión relacional y comunitaria.

El análisis del cruce entre soledad y los tres estados de salud mental que distingue la encuesta (sin problemas, sospecha sin diagnóstico y diagnóstico clínico) matiza y enriquece la lectura del apartado anterior. **En Cantabria, la prevalencia de la soledad no deseada se sitúa en el 9,2% entre las personas que declaran no tener problemas de salud mental, asciende al 44,6% entre quienes sospechan tenerlos sin diagnóstico y alcanza el 45,8% entre quienes cuentan con un diagnóstico médico.** Es decir, las dos categorías que reflejan algún tipo de problema de salud mental presentan prevalencias **prácticamente idénticas** entre sí, y ambas son **casi cinco veces superiores** a la observada entre la población sin problemas de salud mental.

Gráfico 17. Prevalencia de la soledad no deseada según el estado de salud mental y según el tipo de diagnóstico, Cantabria 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** muestra una pauta cualitativamente equivalente, aunque con dos matices relevantes. 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. Es decir, también a nivel estatal las dos categorías con problemas de salud mental muestran prevalencias muy elevadas y próximas entre sí, aunque a nivel nacional el diagnóstico clínico se asocia a una prevalencia algo superior a la de la sospecha sin diagnóstico (51,8% frente al 45,6%), una diferencia de 6,2 puntos que en Cantabria prácticamente desaparece (45,8% frente al 44,6%).

La comparación territorial confirma que **Cantabria presenta valores ligeramente inferiores a la media nacional en los tres grupos:**

- **1,8 puntos menos** entre las personas sin problemas de salud mental (9,2% frente al 11,0%)
- **1,0 punto menos** entre las que sospechan tener problemas sin diagnóstico (44,6% frente al 45,6%)
- **6,0 puntos menos** entre las que cuentan con diagnóstico clínico (45,8% frente al 51,8%).

La diferencia más relevante se concentra, por tanto, en el grupo con diagnóstico clínico, donde la prevalencia de la soledad es notablemente menor en Cantabria que en el conjunto del Estado.

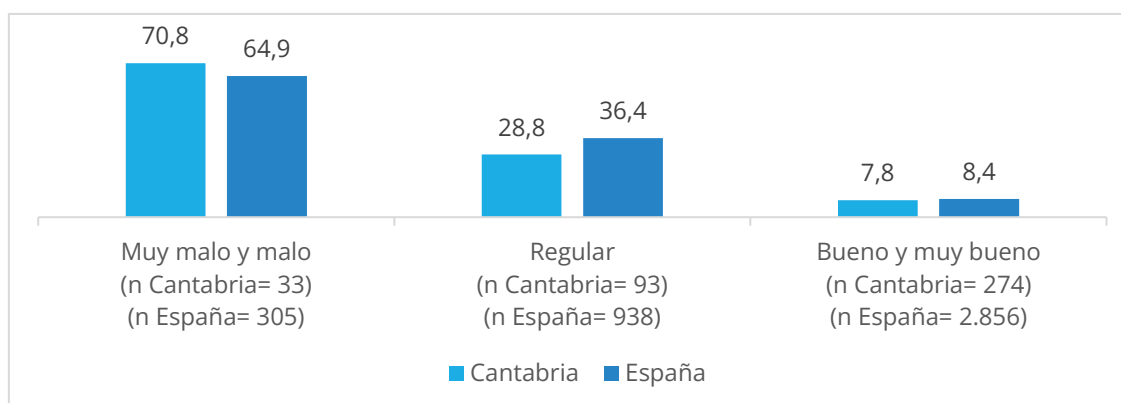
Este hallazgo refuerza una de las ideas clave a nivel nacional y es que la **sospecha de tener un problema de salud mental sin diagnóstico clínico está tan estrechamente asociada a la soledad no deseada como el diagnóstico formal**. Esta evidencia tiene implicaciones relevantes para el diseño de políticas autonómicas: la atención a la soledad y la salud mental en Cantabria no puede limitarse a las personas que ya cuentan con un diagnóstico profesional, sino que debe alcanzar también a quienes perciben tener problemas sin haber pasado por el sistema sanitario, un colectivo que en Cantabria representa el 7,9% de la población.

Más allá del diagnóstico clínico, la **autopercepción del estado de salud mental** permite observar con especial claridad la relación entre bienestar emocional y soledad. En este caso, los datos no solo confirman la asociación, sino que dibujan un patrón muy definido de tipo **gradiente o «efecto escalera»** y a medida que empeora la valoración subjetiva de la salud mental, la prevalencia de la soledad no deseada aumenta de forma muy intensa.

En Cantabria, la soledad no deseada es más de nueve veces más frecuente entre quienes valoran su salud mental como mala o muy mala (70,8%) que entre quienes la perciben como buena o muy buena (7,8%). Siete de cada diez personas con autopercepción negativa de su salud mental sufren soledad no deseada.

En **Cantabria**, esta relación adopta una forma especialmente marcada. Entre quienes perciben su salud mental como **buena o muy buena**, la prevalencia de la soledad no deseada es muy reducida (**7,8%**). En el grupo con valoración **regular**, la cifra asciende al **28,8%**, multiplicándose por casi cuatro. Finalmente, entre quienes consideran su salud mental **mala o muy mala**, la prevalencia alcanza el **70,8%**, lo que implica que **siete de cada diez personas** en esta situación sufren soledad no deseada.

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



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

El patrón en **España 2026** es muy similar en su forma, lo que refuerza la robustez del hallazgo. La prevalencia se sitúa en el **8,4%** entre quienes perciben su salud mental como buena o muy buena, en el **36,4%** en el grupo «regular» y en el **64,9%** entre quienes la valoran como mala o muy mala. La comparación territorial introduce, sin embargo, tres matices relevantes:

- En el **tramo negativo**, Cantabria presenta una prevalencia **superior** a la media nacional (70,8% frente a 64,9%), lo que apunta a una mayor intensidad de la asociación en situaciones de mayor vulnerabilidad emocional
- En el **tramo intermedio** («regular»), Cantabria se sitúa claramente **por debajo** del promedio estatal (28,8% frente a 36,4%)
- En el **tramo positivo**, las diferencias son mínimas (7,8% frente a 8,4%).

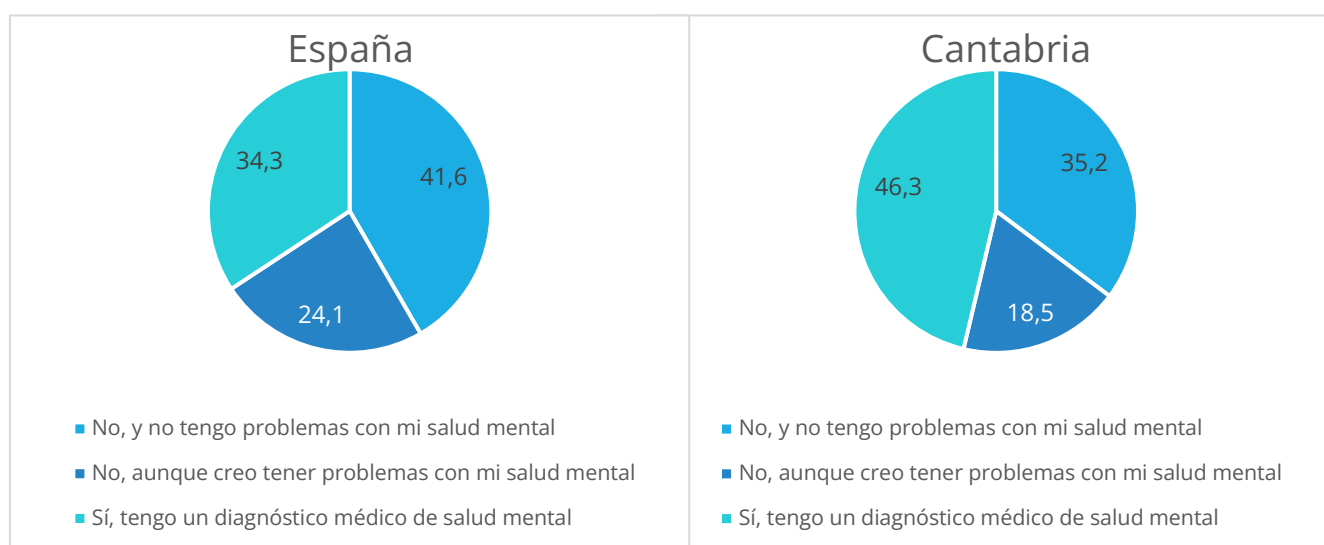
Aunque la forma del gradiente es equivalente, **Cantabria muestra una distribución algo más polarizada**, con menor prevalencia en los estados intermedios y mayor concentración en el extremo más negativo.

Este resultado tiene implicaciones claras desde el punto de vista de las políticas autonómicas. Por un lado, confirma que la **autopercepción negativa de la salud mental constituye uno de los principales indicadores de riesgo de soledad no deseada**. Por otro, señala que el grupo de personas que perciben su salud mental como **regular** (que en Cantabria representa el 22,2% de la población y entre el cual cerca de un 29% sufre soledad no deseada) constituye un **espacio clave para la prevención** ya que un segmento amplio, situado en la frontera entre el bienestar emocional y los problemas más definidos, en el que las intervenciones preventivas combinadas (apoyo emocional, refuerzo de las redes sociales y atención temprana) pueden tener mayor capacidad de incidir en las trayectorias futuras de soledad y salud mental.

Hasta aquí, el análisis ha mostrado **cómo el estado de salud mental influye en la probabilidad de sufrir soledad no deseada**. Ahora cambiamos de ángulo a quienes **ya viven una situación de soledad**. ¿qué perfil de salud mental presenta este colectivo?

Casi dos de cada tres personas en situación de soledad no deseada en Cantabria (64,8%) presentan problemas de salud mental, diagnosticados o autopercebidos. Y entre ellas, casi la mitad (46,3%) cuenta ya con un diagnóstico médico.

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



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Número total de respuestas España: 727; Cantabria: 72.

El retrato cántabro del grupo en soledad se articula en torno a tres tramos muy desiguales. Solo un **35,2%** de las personas en soledad no deseada declara no tener problemas de salud mental. Un **18,5%** sospecha tenerlos sin contar con un diagnóstico clínico, y un **46,3%** ya ha sido identificado por el sistema sanitario con un diagnóstico médico de salud mental. En otras palabras, la soledad y el malestar emocional no son aquí dos realidades paralelas, en Cantabria **conviven de forma intensa en un mismo colectivo**.

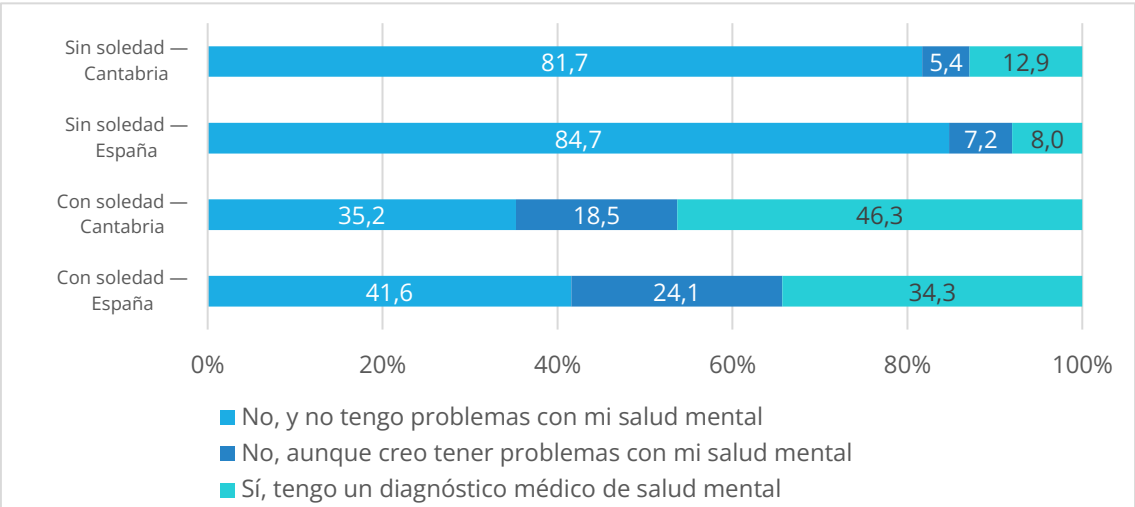
El contraste con el conjunto de **España 2026** es revelador. A nivel estatal, el grupo en soledad está más equilibrado con un **41,6%** sin problemas de salud mental, un **24,1%** con sospecha sin diagnóstico y un **34,3%** con diagnóstico clínico lo que hace un total de un **58,4%**. Es decir, en el promedio nacional la soledad coexiste con la salud mental sin diagnóstico en una proporción algo mayor, mientras que en **Cantabria pesa claramente más el diagnóstico clínico** (46,3% frente al 34,3% nacional, **12 puntos por encima**).

Esta lectura encaja con dos hallazgos ya conocidos del informe: el **mayor peso del diagnóstico clínico en Cantabria** sobre el conjunto de la población (19,3% frente al 13,3% nacional) y la **equivalencia entre sospecha y diagnóstico** como factores de riesgo de soledad. Combinando ambas piezas, la soledad no deseada en Cantabria aparece más estrechamente vinculada a personas que ya han pasado por el sistema sanitario, lo que tiene una implicación clara: la **atención sanitaria a la salud mental es, también, una vía de detección y abordaje de la soledad**.

El gráfico anterior nos mostraba cómo se reparte el estado de salud mental dentro del grupo en soledad. Ahora comparamos la distribución del estado de salud mental entre quienes **no** están en situación de soledad y entre quienes **sí** lo están. El contraste es uno de los hallazgos más rotundos del informe.

El paso de “sin soledad” a “con soledad” en Cantabria multiplica casi por cuatro la proporción de personas con diagnóstico clínico de salud mental pasando del 12,9% al 46,3%. Y reduce a menos de la mitad la proporción de personas sin problemas de salud mental pasando del 81,7% al 35,2%.

Gráfico 20. Distribución de la población por su estado de salud mental según su situación de soledad no deseada, Cantabria 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 **Cantabria** es claramente positivo con un **81,7%** declara no tener problemas de salud mental, un **5,4%** sospecha tenerlos sin diagnóstico y un **12,9%** cuenta con un diagnóstico médico. A nivel nacional la distribución es muy parecida (84,7% / 7,2% / 8,0%), con una particularidad y es que Cantabria muestra **casi 5 puntos más de diagnóstico clínico** incluso entre quienes no viven soledad, en coherencia con el mayor peso global del diagnóstico que ya vimos.

Cuando entramos en el grupo de personas **con soledad no deseada**, el retrato cambia radicalmente. En **Cantabria**, solo el **35,2%** declara no tener problemas de salud mental, el **18,5%** los sospecha sin diagnóstico y el **46,3%** cuenta con diagnóstico clínico. A nivel nacional el grupo en soledad mantiene un perfil algo más equilibrado (41,6% / 24,1% / 34,3%), con un peso del diagnóstico clínico **12 puntos inferior** al cántabro.

La lectura más reveladora aparece al fijarse en el **salto entre ambas situaciones**. En Cantabria, pasar de no estar en soledad a estarlo implica una **reducción de 46,5 puntos** en la proporción de personas sin problemas de salud mental (del 81,7% al 35,2%) y un **incremento de 33,4 puntos** en la proporción de personas con diagnóstico clínico (del 12,9% al 46,3%). A nivel nacional, los saltos son algo menores (43,1 y 26,3 puntos respectivamente), lo que confirma que **en Cantabria la convivencia entre soledad y diagnóstico clínico es especialmente estrecha**.

Esta lectura es coherente con todo lo observado en el capítulo 6 y refuerza una idea clave: en Cantabria, la **soledad no deseada y el diagnóstico clínico de salud mental** tienden a aparecer juntos con mayor frecuencia que en el promedio estatal. Esto sitúa al sistema sanitario en una posición privilegiada para la **detección precoz de la soledad**, ya que casi la mitad de las personas en situación de soledad ya están en contacto con él por motivos de salud mental. Aprovechar ese contacto para incorporar una mirada relacional y comunitaria (y derivar hacia recursos de apoyo emocional y vínculo social) se convierte en una palanca de intervención muy potente.

6.2. Experiencias previas de soledad y salud mental

- ▶ Prácticamente **una de cada dos personas en Cantabria (48,5%)** ha vivido una etapa de soledad no deseada a lo largo de su vida o la sufre en la actualidad, frente al **53,0%** del conjunto de España.
- ▶ En Cantabria es más frecuente que en el conjunto del Estado no haberse sentido nunca o casi nunca solo/a (**51,5%** frente al 47,0%), lo que refleja una menor incidencia de la soledad no deseada también desde una perspectiva biográfica.
- ▶ La diferencia con el promedio nacional se concentra principalmente en los tramos de soledad pasada (bastante y mucha soledad), más que en la prevalencia actual, situando a Cantabria como un territorio con menor huella histórica del fenómeno.
- ▶ Las experiencias pasadas de soledad no deseada dejan una huella significativa sobre el bienestar emocional actual: el **82,3%** de las personas con autopercepción de salud mental mala o muy mala en Cantabria ha

atravesado una etapa de soledad, frente al **28,4%** entre quienes la perciben como buena o muy buena.

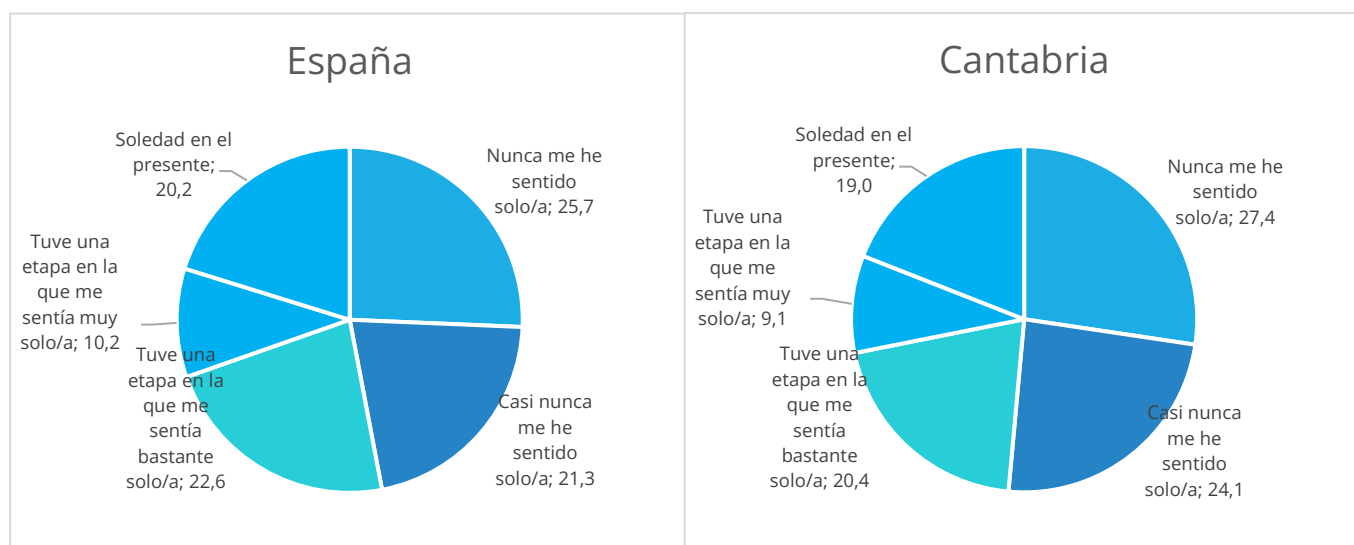
- ▶ La asociación entre soledad pasada y peor salud mental autopercebida es notablemente **más intensa en Cantabria (53,9 puntos de brecha) que en el conjunto de España (35,9 puntos)**, lo que apunta a un impacto biográfico especialmente marcado en la comunidad.
- ▶ La soledad pasada es también un antecedente muy relevante del diagnóstico clínico: el **68,0%** de las personas con un diagnóstico de salud mental en Cantabria ha vivido una etapa significativa de soledad no deseada (bastante o mucha), frente al **31,8%** entre quienes no cuentan con diagnóstico.
- ▶ La brecha asociada al diagnóstico clínico es de nuevo más amplia en Cantabria (**36,2 puntos**) que en el conjunto de España (28,3 puntos), reforzando la idea de que las trayectorias biográficas de soledad y las trayectorias clínicas de salud mental están especialmente entrelazadas en la comunidad.
- ▶ A diferencia del conjunto del Estado, en Cantabria la recuperación clínica de un problema de salud mental se asocia a menores niveles actuales de soledad: **7,4%** entre quienes se han recuperado, frente al **12,9%** entre quienes nunca tuvieron diagnóstico y al **17,2%** de las personas recuperadas a nivel nacional.

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.

El 72,6% (todas las categorías menos “nunca”) de la población cántabra ha tenido una situación de soledad no deseada en algún momento de su vida, frente al 74,3% del conjunto del Estado.

En Cantabria es más frecuente que en el conjunto de España no haberse sentido nunca o casi nunca solo/a (51,5% frente al 47,0%), lo que refleja una menor incidencia de la soledad no deseada también desde una perspectiva biográfica.

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



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

En **Cantabria**, un **27,4%** de la población declara **no haberse sentido nunca solo/a** y un **24,1%** indica que **casi nunca** ha experimentado este sentimiento. En el extremo opuesto, un **20,4%** tuvo una etapa de su vida en la que se sentía **bastante solo/a**, un **9,1%** pasó por una etapa de **mucha soledad** y un **19,0%** se encuentra en una situación de soledad no deseada **en el presente**. Prácticamente **una de cada dos personas en Cantabria (48,5%) ha vivido una etapa de soledad no deseada a lo largo de su vida o la sufre en la actualidad**.

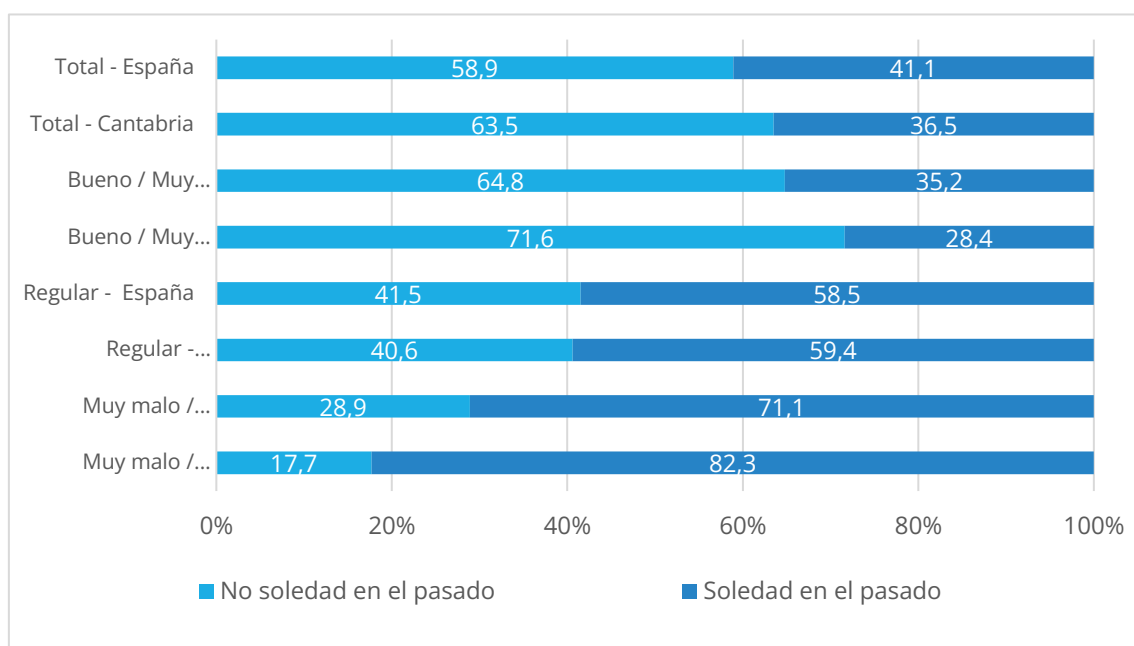
España 2026 muestra una distribución algo menos favorable ya que un **25,7%** no se ha sentido nunca solo/a y un **21,3%** casi nunca (47,0% en total), mientras que un **22,6%** pasó por una etapa de bastante soledad, un **10,2%** por una etapa de mucha soledad y un **20,2%** la vive en el presente. En consecuencia, la **incidencia acumulada de la soledad no deseada a lo largo de la vida** alcanza al **53,0%** de la población española, frente al **48,5%** de Cantabria, una diferencia de **4,5 puntos porcentuales** que se concentra principalmente 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. Cerca de la mitad de la población cántabra (y más de la mitad en el conjunto de España) ha atravesado en algún momento una etapa de soledad no deseada. Esta dimensión biográfica es 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.

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 Cantabria muestran una asociación muy clara entre ambos fenómenos.

En **Cantabria**, entre las personas con una autopercepción **mala o muy mala** de su salud mental, una amplísima mayoría (**82,3%**) declara haber atravesado en algún momento de su vida una etapa de soledad no deseada. La cifra desciende al **59,4%** en el grupo con autopercepción **regular** y cae hasta el **28,4%** entre quienes valoran su salud mental como **buena o muy buena**. Esto configura un **gradiente muy marcado**: las experiencias previas de soledad se concentran de manera muy intensa entre las personas que hoy perciben peor su salud mental.

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



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. El gráfico muestra el cruce de dos preguntas. Pregunta. 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. 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; Cantabria: 328

El conjunto de **España 2026** reproduce el mismo patrón con menor intensidad y se observa que el **71,1%** de las personas con autopercepción de salud mental mala o muy mala ha vivido una etapa de soledad en el pasado, el **58,5%** entre quienes la valoran como regular y el **35,2%** entre quienes la consideran buena o muy buena. La diferencia entre los extremos es de **35,9 puntos** a nivel nacional, frente a los **53,9 puntos** observados en Cantabria, lo que indica que en la comunidad la asociación

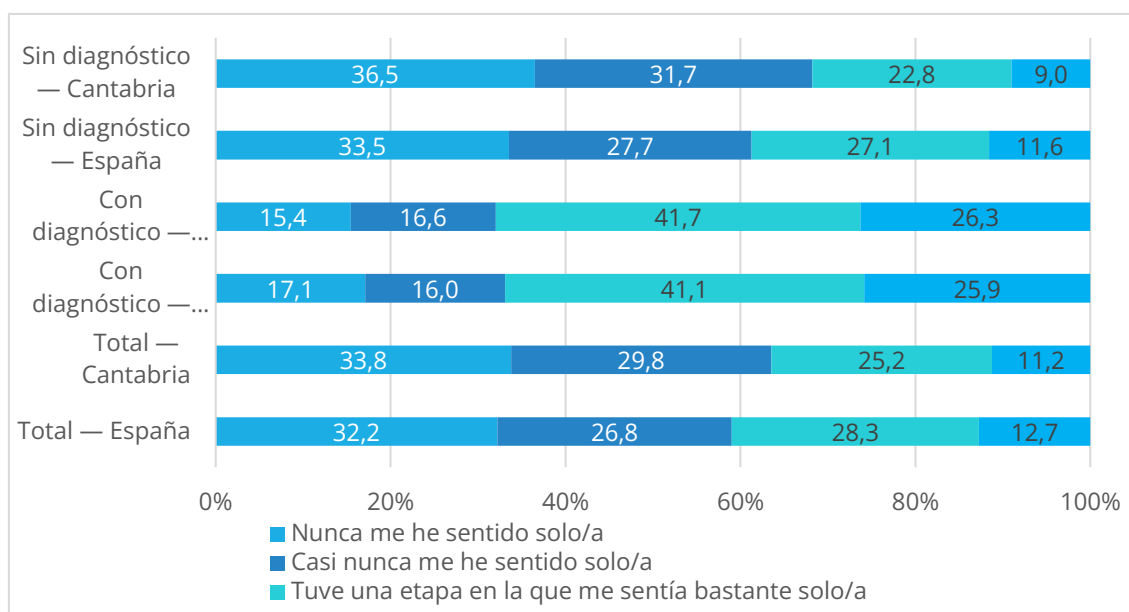
entre soledad pasada y peor salud mental autopercebida es notablemente más intensa.

Esta lectura aporta evidencia de 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. La especial intensidad de esta asociación en Cantabria refuerza la importancia de las políticas de prevención y de atención temprana, así como del acompañamiento a las personas que han vivido etapas de soledad para evitar que esta 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 de salud mental** permite valorar en qué medida la soledad vivida en el pasado se asocia a una mayor probabilidad de haber recibido un diagnóstico clínico en la actualidad. Los datos confirman una asociación muy clara entre ambas dimensiones también en Cantabria.

En **Cantabria**, entre las personas que cuentan con un **diagnóstico médico de salud mental**, una amplia mayoría ha vivido en el pasado etapas de soledad no deseada con un **41,7%** tuvo una etapa en la que se sentía bastante solo/a y un **26,3%** una etapa de mucha soledad, sumando un **68,0%**. En cambio, entre quienes no cuentan con diagnóstico, las cifras son sustancialmente más bajas (22,8% bastante soledad y 9,0% mucha soledad, un 31,8% en total). Esto configura un **gradiente muy marcado** ya que las experiencias previas de soledad se concentran mayoritariamente entre las personas que han llegado a un diagnóstico clínico.

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



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo. Número total de respuestas España: 3.367; Cantabria: 328

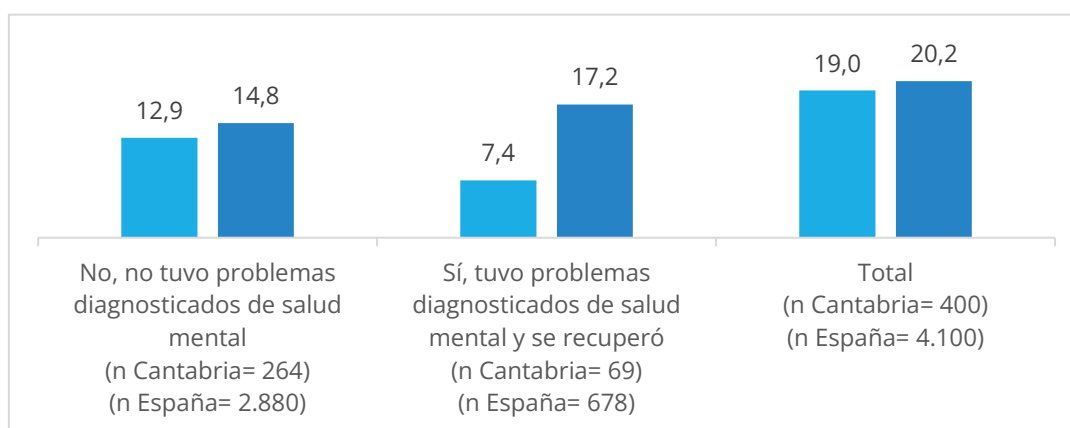
El conjunto de **España 2026** reproduce el mismo patrón, aunque con menor intensidad. Entre las personas con diagnóstico clínico, el **41,1%** ha vivido una etapa de bastante soledad y el **25,9%** una etapa de mucha soledad (un **67,0%** en conjunto), mientras que entre quienes no cuentan con diagnóstico estas cifras son del **27,1%** y **11,6%** respectivamente (un **38,7%** en total). La diferencia entre ambos grupos es de **28,3 puntos** a nivel nacional, frente a los **36,2 puntos** observados en Cantabria, lo que indica una asociación notablemente más intensa en la comunidad.

Este resultado refuerza la idea de que **las experiencias pasadas de soledad no deseada constituyen un antecedente significativo de la salud mental clínicamente diagnosticada**, en línea con la literatura científica sobre la soledad como factor de riesgo de problemas de salud mental. La especial intensidad de la asociación en Cantabria es coherente con el mayor peso del diagnóstico clínico observado en la comunidad en los apartados anteriores y con el carácter especialmente acusado del gradiente observado a partir de la autopercepción de salud mental.

Para completar el análisis de las experiencias previas, la encuesta permite distinguir entre quienes nunca tuvieron un diagnóstico de salud mental y quienes lo tuvieron en el pasado pero ya se han **recuperado**. El cruce con la prevalencia actual de la soledad no deseada permite valorar si **la huella de un diagnóstico previo persiste en términos de soledad** incluso tras la recuperación clínica.

En Cantabria, la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas que nunca tuvieron un problema de salud mental diagnosticado se sitúa en el **12,9%**, mientras que entre quienes **tuvieron un diagnóstico en el pasado y se recuperaron** la cifra desciende al **7,4%**. Es decir, en la comunidad la recuperación clínica parece asociarse a una situación favorable también desde el punto de vista de la soledad, con cifras incluso inferiores a las del grupo sin antecedentes diagnósticos.

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



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

El conjunto de **España 2026** presenta un patrón **opuesto**. La prevalencia de la soledad entre quienes nunca tuvieron problemas diagnosticados se sitúa en el **14,8%**, mientras que entre quienes los tuvieron en el pasado y se recuperaron asciende al **17,2%**, una diferencia de **2,4 puntos** que sugiere que, a nivel estatal, **la huella de un problema de salud mental diagnosticado se mantiene incluso tras la recuperación** en términos de exposición a la soledad.

El contraste entre ambos territorios apunta a que, en Cantabria, los procesos de recuperación clínica de la salud mental podrían venir acompañados de una **mayor capacidad de reconstrucción de los vínculos sociales y de las redes de apoyo**, lo que se traduciría en menores niveles de soledad no deseada una vez superado el problema. No obstante, debe tenerse en cuenta el reducido tamaño muestral del grupo de personas recuperadas en Cantabria (n=69) y que el resultado no es estadísticamente significativo, por lo que las cifras deben leerse como una tendencia indicativa más que como una conclusión cerrada.

6.3. Duración de las experiencias de soledad

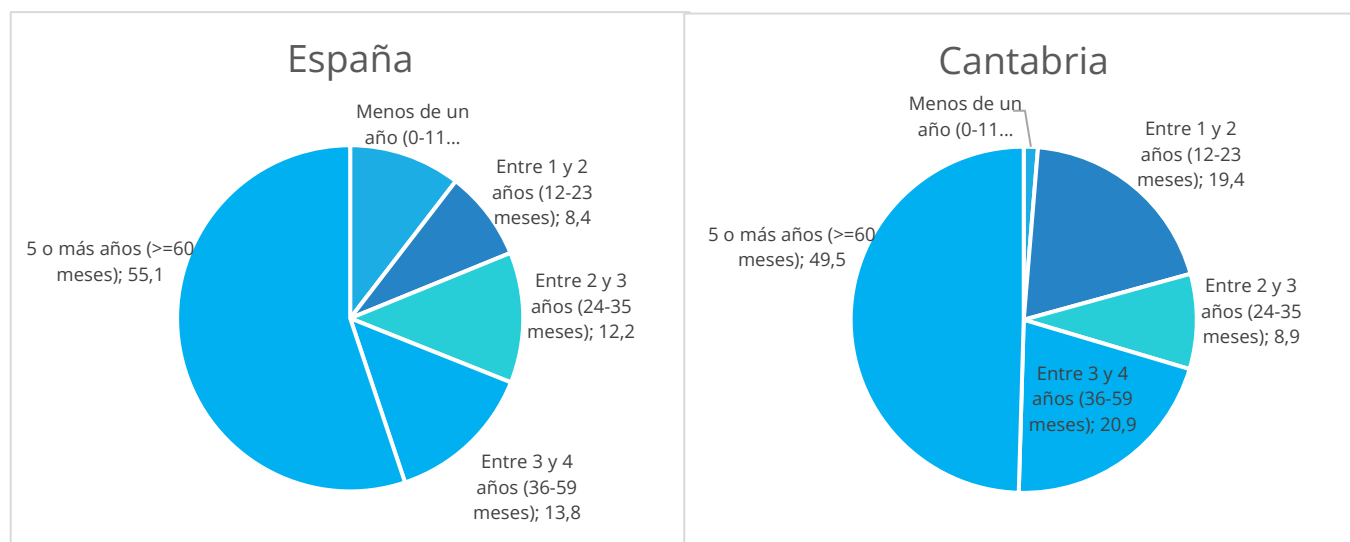
- ▶ Prácticamente la mitad de las personas en situación de soledad no deseada en Cantabria (**49,5%**) la padecen desde hace **5 o más años**, y el **70,4%** lleva en esta situación al menos **3 años**, evidenciando la magnitud del fenómeno crónico en la comunidad.
- ▶ La soledad reciente (menos de un año) es prácticamente residual en Cantabria (**1,3%**), muy por debajo del conjunto de España (**10,4%**), lo que apunta a un perfil claramente más cronificado. Los tramos intermedios de **1 a 4 años** tienen un peso notablemente superior en Cantabria (**49,2%**) que en el conjunto del Estado (**34,4%**), reforzando la lectura de una trayectoria de soledad especialmente prolongada.
- ▶ La menor incidencia de la soledad de corta duración en Cantabria puede leerse en clave positiva (**menor entrada de nuevos casos** en los últimos meses, coherente con la prevalencia global algo inferior), pero también refuerza la prioridad de las políticas orientadas a **interrumpir los procesos de cronificación**.
- ▶ La coexistencia entre soledad no deseada y problemas de salud mental es muy elevada en Cantabria: el **64,8%** de las personas en situación de soledad presenta un problema de salud mental (diagnosticado o no), casi **7 puntos por encima** del promedio nacional (57,9%).
- ▶ A diferencia de lo observado a nivel nacional, en Cantabria esta asociación **no aumenta de forma progresiva con la duración de la soledad**, sino que ya es muy intensa desde los primeros tramos: el **72,6%** de las personas con soledad de menos de un año y el **85,2%** de las que llevan entre 1 y 2 años tienen un problema de salud mental. En el conjunto de España, en cambio, la coexistencia entre soledad y salud mental sigue un gradiente más progresivo (del 41,5% en el tramo más corto al 59,9% en el más largo), lo que confirma que **en Cantabria la relación se activa desde fases mucho más tempranas**.

El análisis de la **duración de la situación de soledad no deseada** permite valorar el grado de **cronificación del fenómeno** y su capacidad para dejar una huella sostenida en la vida de las personas. Cuanto más prolongada es la situación de soledad, mayor es el riesgo de impacto sobre la salud mental, las redes de apoyo y el bienestar emocional, en línea con la literatura sobre soledad persistente.

La distribución por tramos de duración de la soledad no deseada en **Cantabria** muestra un perfil claramente concentrado en las experiencias prolongadas. **Solo un 1,3% de las personas en situación de soledad la padecen desde hace menos de un año**, un **19,4%** entre **1 y 2 años**, un **8,9%** entre **2 y 3 años**, un **20,9%** entre **3 y 4 años** y un **49,5%** desde hace **5 o más años**. En conjunto, **el 70,4% de las personas**

en soledad no deseada en Cantabria llevan al menos 3 años en esta situación, una cifra que evidencia la magnitud del fenómeno crónico en la comunidad.

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



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Número total de respuestas España: 699; Cantabria: 72

El conjunto de **España 2026** presenta un perfil más equilibrado entre tramos: un **10,4%** menos de un año, un **8,4%** entre 1 y 2 años, un **12,2%** entre 2 y 3 años, un **13,8%** entre 3 y 4 años y un **55,1%** desde hace 5 o más años. La diferencia más relevante con Cantabria se concentra en los **tramos cortos**. A nivel nacional, una de cada diez personas en soledad lleva en esa situación menos de un año, mientras que en Cantabria esta categoría es prácticamente residual (1,3%). En cambio, los tramos intermedios de **1 a 4 años** tienen un peso claramente superior en Cantabria (49,2%) que en España (34,4%).

Este patrón configura un perfil cántabro de **soledad más cronificada y con menor presencia de experiencias recientes**. La menor incidencia de la soledad de corta duración puede leerse de dos formas complementarias. Por un lado, podría reflejar una **menor entrada en situaciones de soledad** en los últimos meses, coherente con la prevalencia global ligeramente inferior observada en Cantabria (19,0% frente al 20,2% nacional). Por otro lado, sitúa al colectivo en soledad de la comunidad como uno con una **trayectoria más prolongada**, lo que refuerza la prioridad de las políticas autonómicas orientadas a interrumpir los procesos de cronificación.

6.4. Soledad y salud mental por sexo y edad

- ▶ El **diagnóstico de salud mental es, con diferencia, el factor que más diferencia la prevalencia de la soledad no deseada** en Cantabria, por encima incluso del sexo o la edad.
- ▶ La mitad de las mujeres cántabras con un diagnóstico de salud mental (**50,5%**) sufren soledad no deseada, una cifra más de cuatro veces superior a la de las mujeres sin diagnóstico (**11,7%**).
- ▶ En los hombres cántabros, el diagnóstico multiplica por 2,8 la prevalencia de la soledad (del **13,8% al 38,8%**), un efecto muy intenso pero algo menor que el observado entre las mujeres.
- ▶ La brecha de género en soledad no deseada, prácticamente inexistente entre las personas sin diagnóstico (apenas 2 puntos), se amplía hasta los **11,7 puntos** entre quienes cuentan con diagnóstico clínico (50,5% mujeres frente a 38,8% hombres), una brecha algo más amplia que la nacional (9,6 puntos).
- ▶ Cantabria presenta valores inferiores a la media nacional en tres de los cuatro grupos del cruce sexo-diagnóstico, con la diferencia más relevante entre **hombres con diagnóstico**, donde la cifra cántabra (38,8%) es 6,3 puntos inferior a la media estatal (45,1%).
- ▶ Casi dos tercios de las personas jóvenes (18-34 años) con un diagnóstico de salud mental en Cantabria sufren soledad no deseada (**64,6%**), una cifra **16,5 puntos superior** a la observada a nivel nacional para ese mismo tramo (48,1%).
- ▶ Entre las personas sin diagnóstico, la prevalencia de la soledad en Cantabria es claramente menor que en el conjunto del Estado en todos los tramos de edad, con un total del **12,7% frente al 15,3%** nacional.
- ▶ Contar con un diagnóstico de salud mental **multiplica por 3,6 la prevalencia de la soledad** en Cantabria (del 12,7% al 45,8%), configurando un efecto acumulativo especialmente intenso.
- ▶ A diferencia del conjunto del Estado —donde el efecto del diagnóstico sobre la soledad alcanza su máximo en la edad intermedia (56,1% en 35-54 años)—, en Cantabria **el efecto del diagnóstico se concentra de manera especialmente acusada en la juventud** (64,6% en 18-34 años), mientras que la prevalencia en el tramo intermedio es notablemente menor (29,9%).
- ▶ Las **mujeres con diagnóstico clínico** y las **personas jóvenes con diagnóstico** emergen como los dos grupos de mayor vulnerabilidad frente a la soledad no deseada en Cantabria, lo que invita a incorporar la perspectiva de género y de edad en las estrategias autonómicas de salud mental.

El cruce entre **sexo** y **estado de salud mental** permite analizar conjuntamente dos de los principales factores asociados a la soledad no deseada, mostrando cómo se distribuye la prevalencia en los cuatro grupos resultantes. Los datos confirman que el diagnóstico de salud mental es, con diferencia, el factor más determinante en ambos sexos.

En Cantabria, la mitad de las mujeres con un diagnóstico de salud mental (50,5%) sufren soledad no deseada, una cifra cuatro veces superior a la de las mujeres sin diagnóstico (11,7%).

En **Cantabria**, la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas sin diagnóstico de salud mental es del **13,8% en los hombres** y del **11,7% en las mujeres**, cifras moderadas y similares entre ambos sexos. La situación cambia radicalmente entre quienes cuentan con un diagnóstico clínico. La prevalencia asciende al **38,8% en los hombres** y al **50,5% en las mujeres**. Es decir, contar con un diagnóstico de salud mental multiplica por **2,8 la prevalencia de la soledad entre los hombres** y por **4,3 entre las mujeres**, configurando un patrón en el que el efecto del diagnóstico es muy intenso en ambos sexos pero especialmente acusado entre las mujeres cántabras.

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

	Sin un problema de salud mental diagnosticado		Con un problema de salud mental diagnosticado	
	España	Cantabria	España	Cantabria
Hombre (n Cantabria=198 n España=1947)	13,9%	13,8%	45,1%	38,8%
Mujer (n Cantabria=202 n España=2151)	16,4%	11,7%	54,7%	50,5%

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

El conjunto de **España 2026** muestra un patrón muy similar pero con prevalencias algo más elevadas en todos los grupos: **13,9% en hombres sin diagnóstico** y **16,4% en mujeres sin diagnóstico**, frente al **45,1% en hombres con diagnóstico** y al **54,7% en mujeres con diagnóstico**. La comparación territorial muestra que Cantabria presenta valores **ligeramente inferiores** al promedio estatal en tres de los cuatro grupos, con la excepción de los hombres sin diagnóstico, donde la cifra es prácticamente idéntica (13,8% frente a 13,9%). La diferencia más relevante se

concentra entre los **hombres con diagnóstico**, donde Cantabria registra **6,3 puntos menos** que la media nacional (38,8% frente al 45,1%).

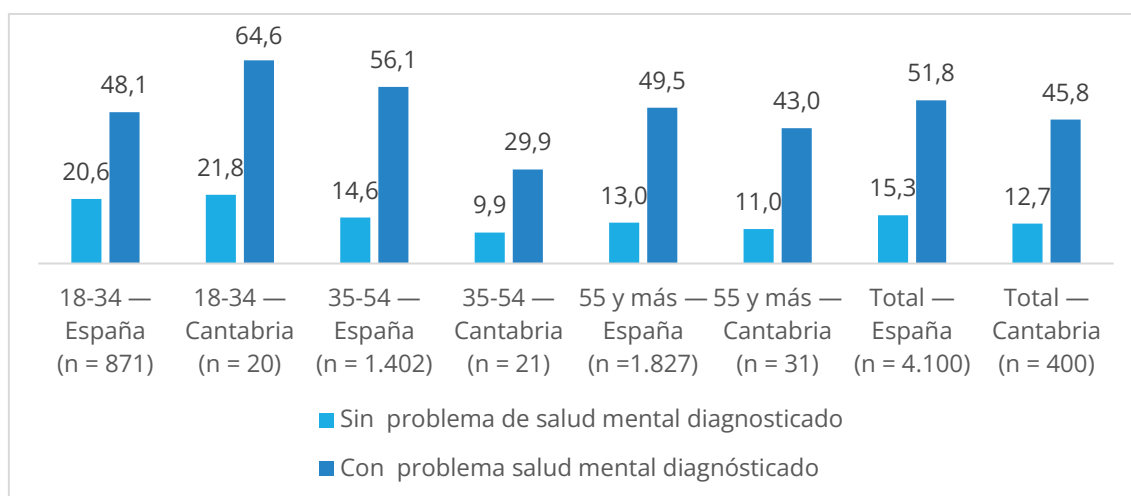
Estos resultados confirman que el **diagnóstico de salud mental es, con diferencia, el factor que más diferencia la prevalencia de la soledad no deseada**, por encima incluso del sexo. La brecha de género, prácticamente inexistente entre las personas sin diagnóstico (apenas 2 puntos en Cantabria), se amplía hasta los **11,7 puntos** entre quienes cuentan con diagnóstico clínico (50,5% mujeres frente a 38,8% hombres). Este patrón es coherente con el observado a nivel nacional, aunque en Cantabria la brecha de género entre personas con diagnóstico es algo más amplia (11,7 puntos frente a 9,6 puntos en España).

Esta lectura tiene una doble implicación. Por un lado, refuerza la idea de que **las mujeres con diagnóstico clínico constituyen un grupo de especial vulnerabilidad** frente a la soledad no deseada, también en Cantabria, lo que invita a incorporar la perspectiva de género en las estrategias autonómicas de atención a la salud mental. Por otro, confirma que el efecto del diagnóstico opera con intensidad en ambos sexos, lo que apunta a la necesidad de **intervenciones integradas en el sistema sanitario** capaces de detectar y abordar la soledad no deseada como parte de la atención clínica de la salud mental.

El cruce entre **edad y estado de salud mental** permite analizar conjuntamente los dos factores más determinantes de la soledad no deseada. Los datos confirman que el diagnóstico clínico es, en todos los tramos de edad, el factor que más diferencia la prevalencia de la soledad, también en Cantabria.

En Cantabria, casi dos tercios de las personas jóvenes (18-34 años) con un diagnóstico de salud mental sufren soledad no deseada (64,6%), una cifra 16,5 puntos superior a la observada a nivel nacional (48,1%) en ese mismo grupo.

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



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

Entre las personas **sin un diagnóstico de salud mental**, la prevalencia de la soledad no deseada en **Cantabria** es moderada en todos los tramos con un **21,8%** entre los 18 y los 34 años, **9,9%** entre los 35 y los 54 años y **11,0%** entre las personas de 55 y más años. La media global se sitúa en el **12,7%**, claramente por debajo del promedio nacional (15,3%). El patrón cántabro reproduce la concentración de la soledad entre la población joven observada, pero con cifras algo inferiores a las del conjunto del Estado en los tramos de mediana y mayor edad.

El panorama cambia radicalmente entre las personas **con un diagnóstico de salud mental**. En este grupo, la prevalencia de la soledad asciende al **64,6%** entre los 18 y los 34 años, desciende al **29,9%** entre los 35 y los 54 años y se sitúa en el **43,0%** entre las personas de 55 y más años. La media global del grupo con diagnóstico alcanza el **45,8%**, lo que supone **multiplicar por 3,6 la prevalencia observada entre las personas sin diagnóstico** (12,7%) en la comunidad.

La comparación con **España 2026** muestra una particularidad muy relevante de Cantabria. A nivel nacional, entre las personas con diagnóstico la prevalencia de la soledad se sitúa en el **48,1%** en el grupo de 18-34 años, **56,1%** entre los 35 y los 54 años y **49,5%** entre los 55 y más años (media nacional 51,8%). Es decir, en el conjunto del Estado el efecto del diagnóstico es muy intenso en todos los tramos, pero alcanza su máximo en la edad intermedia. En Cantabria, en cambio, **el efecto del diagnóstico se concentra de manera especialmente acusada en la juventud** (64,6%, más de 16 puntos por encima de la media nacional para ese tramo), mientras que en la edad intermedia (35-54) la prevalencia cántabra de soledad entre personas con diagnóstico es notablemente más baja que la nacional (29,9% frente a 56,1%, una diferencia de más de 26 puntos).

Este patrón es coherente con la fuerte concentración de la soledad no deseada en la juventud cántabra observada a lo largo del informe y refuerza la lectura de que las personas **jóvenes con un diagnóstico de salud mental constituyen un colectivo de especial vulnerabilidad** en Cantabria. La intervención conjunta sobre salud mental y soledad en esta franja de edad emerge, por tanto, como una **prioridad clara para las políticas autonómicas**, especialmente en lo que se refiere a la atención clínica, el acompañamiento social y el refuerzo de las redes de apoyo.

Debe tenerse en cuenta que los subgrupos de personas con diagnóstico por tramo de edad en Cantabria son muy reducidos (n=20 en 18-34 años; n=21 en 35-54 años; n=31 en 55 y más años), por lo que las cifras concretas deben interpretarse como tendencias indicativas más que como valores exactos. La consistencia del patrón con los hallazgos previos del informe refuerza, no obstante, la validez del hallazgo principal y marca el papel especialmente intenso del diagnóstico clínico como factor de riesgo de soledad entre la juventud cántabra.

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

- ▶ La soledad no deseada y el diagnóstico clínico de salud mental operan como **factores acumulativos en la generación de sufrimiento psicológico** intenso, también en Cantabria.
- ▶ Más de **8 de cada 10 personas** que combinan soledad no deseada y diagnóstico clínico de salud mental en Cantabria (**83,4%**) han experimentado sufrimiento psicológico en los últimos 12 meses, frente al **19,9%** entre quienes no tienen ni soledad ni diagnóstico.
- ▶ La soledad no deseada por sí sola ya dispara el sufrimiento psicológico al **68,0%** entre las personas sin diagnóstico clínico en Cantabria, casi **10 puntos por encima** de la media nacional (58,1%), lo que confirma que la soledad opera en la comunidad como un **detonante especialmente intenso** de malestar emocional.
- ▶ El sufrimiento psicológico entre personas en soledad sin diagnóstico clínico (68,0%) alcanza incluso niveles superiores a los observados entre quienes tienen diagnóstico pero no soledad (67,6%), reforzando la necesidad de políticas de **prevención y detección temprana** dirigidas a personas que aún no han pasado por el sistema sanitario.
- ▶ Los **pensamientos autolesivos o suicidas** en los últimos 12 meses son muy poco frecuentes entre quienes no tienen ni soledad ni diagnóstico (**2,3%** en Cantabria, 2,1% en España), pero se disparan cuando aparece el diagnóstico clínico.

- ▶ Más de **4 de cada 10 personas** que combinan soledad no deseada y diagnóstico clínico de salud mental en Cantabria (**43,4%**) han tenido pensamientos autolesivos o suicidas en el último año, cifra prácticamente idéntica a la nacional (43,8%).
- ▶ El diagnóstico clínico se asocia en Cantabria a una prevalencia de pensamientos autolesivos o suicidas notablemente **más alta que en el conjunto del Estado incluso entre personas sin soledad (21,3% frente al 14,1%,** más de 7 puntos por encima), lo que sitúa al colectivo con diagnóstico como uno de especial vulnerabilidad emocional.
- ▶ Entre las personas en soledad no deseada sin diagnóstico clínico, Cantabria presenta una pauta singular: la prevalencia de pensamientos autolesivos (**8,7%**) es **5 puntos inferior** a la nacional (13,7%), aunque sigue siendo casi cuatro veces superior a la del grupo sin soledad ni diagnóstico.
- ▶ La combinación de soledad no deseada y diagnóstico clínico configura un **perfil de altísima vulnerabilidad emocional**: cerca del 84% de este colectivo ha sufrido sufrimiento psicológico y prácticamente 1 de cada 2 personas ha experimentado pensamientos autolesivos o suicidas en el último año.

El cruce entre 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 valorar cómo se combinan ambos factores en la generación de un malestar emocional intenso. Los datos muestran que tanto la soledad como el diagnóstico clínico se asocian de manera muy clara a un mayor sufrimiento psicológico, y que su efecto se acumula cuando coinciden.

En Cantabria, más de 8 de cada 10 personas que combinan soledad no deseada y diagnóstico de salud mental (83,4%) han sufrido sufrimiento psicológico en los últimos 12 meses, frente al 19,9% entre quienes no tienen ni soledad ni 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, Cantabria y España

	Sin diagnóstico		Con diagnóstico	
	España	Cantabria	España	Cantabria
Sin soledad (n Cantabria=327 n España=3.373)	24,7%	19,9%	69,2%	67,6%
Con soledad (n Cantabria=72 n España=727)	58,1%	68,0%	85,2%	83,4%

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.

En **Cantabria**, entre las personas que **no están en situación de soledad no deseada**, el sufrimiento psicológico es muy distinto en función de la existencia o no de diagnóstico clínico de salud mental ya que solo el **19,9%** de las personas sin soledad y sin diagnóstico declara haber sufrido sufrimiento psicológico en los últimos 12 meses, mientras que entre quienes no tienen soledad pero sí cuentan con diagnóstico clínico la cifra asciende al **67,6%**, casi 48 puntos por encima.

El panorama cambia radicalmente cuando entra en juego la **soledad no deseada**. Entre las personas en situación de soledad **sin diagnóstico clínico**, el sufrimiento psicológico afecta al **68,0%** en Cantabria, una cifra muy superior a la de quienes no están en soledad pero tienen diagnóstico clínico (67,6%) y casi **3,5 veces superior** a la de quienes no tienen ni soledad ni diagnóstico (19,9%). Y entre quienes combinan **soledad y diagnóstico clínico**, el sufrimiento psicológico alcanza al **83,4%**, configurando un perfil de altísima vulnerabilidad.

El conjunto de **España 2026** reproduce el mismo patrón, con cifras similares, aunque algo distintas en los grupos intermedios con **24,7%** sin soledad y sin diagnóstico, **69,2%** sin soledad y con diagnóstico, **58,1%** con soledad y sin diagnóstico y **85,2%** con soledad y con diagnóstico. La comparación territorial muestra dos hechos relevantes. Por un lado, **la soledad no deseada actúa en Cantabria como un factor de sufrimiento psicológico más intenso que en el promedio estatal entre las personas sin diagnóstico** (68,0% frente al 58,1%, casi 10 puntos por encima). Por otro, entre las personas con diagnóstico clínico el efecto adicional de la soledad sobre el sufrimiento psicológico es algo menos acusado en Cantabria (de 67,6% a 83,4%, +15,8 puntos) que en España (de 69,2% a 85,2%, +16,0 puntos), aunque ambas cifras se sitúan en niveles muy elevados.

Este resultado confirma que **la soledad no deseada y el diagnóstico clínico de salud mental son dos factores acumulativos en la generación de sufrimiento psicológico**, también en Cantabria. Más allá del efecto individual de cada uno, la combinación de ambos sitúa a un grupo muy amplio de la población en una situación de especial vulnerabilidad emocional, en la que más de ocho de cada diez personas declaran haber experimentado sufrimiento psicológico en el último año. La fuerte asociación observada en el grupo en soledad sin diagnóstico (especialmente en Cantabria) refuerza la importancia de las políticas de prevención y detección temprana, ya que el sufrimiento psicológico aparece con gran frecuencia en personas que aún no han pasado por el sistema sanitario y, por tanto, no figuran como casos clínicos.

El cruce entre la **situación de soledad no deseada** y la **existencia de diagnóstico de salud mental** con la prevalencia de **pensamientos autolesivos o suicidas** en los últimos 12 meses permite analizar uno de los indicadores más críticos de vulnerabilidad emocional. Los datos confirman que tanto la soledad como, sobre todo, el diagnóstico clínico se asocia de manera muy clara a una mayor prevalencia de este tipo de pensamientos, y que su combinación configura un perfil de riesgo especialmente elevado.

En Cantabria, más de 4 de cada 10 personas que combinan soledad no deseada y diagnóstico de salud mental (43,4%) han tenido pensamientos autolesivos o suicidas en los últimos 12 meses, frente al 2,3% entre quienes no tienen ni soledad ni diagnóstico.

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, Cantabria y España

	Sin diagnóstico		Con diagnóstico	
	España	Cantabria	España	Cantabria
Sin soledad (n Cantabria=328 n España=3.373)	2,1%	2,3%	14,1%	21,3%
Con soledad (n Cantabria=71 n España=727)	13,7%	8,7%	43,8%	43,4%

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

En **Cantabria**, entre las personas que **no están en situación de soledad no deseada** y **no cuentan con un diagnóstico** de salud mental, los pensamientos autolesivos o suicidas son muy poco frecuentes, solo el **2,3%** declara haberlos tenido en los últimos 12 meses, una cifra prácticamente equivalente a la nacional (2,1%). Esta categoría, mayoritaria en la población, se mantiene en niveles muy bajos también en el ámbito autonómico.

El panorama cambia radicalmente entre las personas con **diagnóstico clínico de salud mental**. Entre quienes cuentan con diagnóstico pero no están en situación de soledad, la prevalencia de pensamientos autolesivos o suicidas asciende al **21,3%** en Cantabria, una cifra **7,2 puntos superior** a la del conjunto de España (14,1%). Y entre quienes combinan diagnóstico clínico y soledad no deseada, alcanza el **43,4%** en Cantabria, prácticamente idéntica a la media nacional (43,8%). Es decir, prácticamente **una de cada dos personas** que combinan soledad y diagnóstico clínico ha experimentado este tipo de pensamientos en el último año.

Entre las personas **en situación de soledad no deseada sin diagnóstico clínico**, Cantabria presenta una pauta singular, la prevalencia de pensamientos autolesivos o suicidas se sitúa en el **8,7%**, una cifra **5 puntos inferior** a la del promedio nacional (13,7%). Es decir, en este grupo (que en Cantabria es además minoritario dentro del colectivo en soledad) el riesgo de pensamientos autolesivos parece notablemente menor que en el conjunto del Estado, aunque sigue siendo casi cuatro veces superior al observado entre quienes no tienen ni soledad ni diagnóstico.

Estos resultados confirman que **la combinación de soledad no deseada y diagnóstico clínico de salud mental configura, también en Cantabria, un perfil de altísima vulnerabilidad emocional**. Más allá del efecto individual de cada uno de los dos factores, su coincidencia multiplica de forma muy significativa la probabilidad de pensamientos autolesivos o suicidas.

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 **Cantabria-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

- ▶ El **nivel educativo apenas diferencia la prevalencia de la soledad no deseada en Cantabria**, ni entre quienes tienen diagnóstico clínico (45,2% sin estudios superiores y 47,0% con ellos) ni entre quienes no lo tienen (13,2% y 12,5%), a diferencia del conjunto del Estado, donde la educación mantiene un claro efecto protector.
- ▶ Cantabria presenta valores inferiores a la media nacional en tres de los cuatro grupos del cruce educación-diagnóstico, con la diferencia más marcada entre las personas **con diagnóstico clínico sin estudios superiores** (45,2% frente al 55,0% nacional, casi 10 puntos menos).
- ▶ El **diagnóstico clínico multiplica por más de tres la prevalencia de la soledad no deseada** con independencia del nivel de estudios, confirmándose como el factor más determinante por encima del nivel educativo.
- ▶ **Vivir solo y tener un diagnóstico clínico se acumulan como factores de riesgo**: casi 7 de cada 10 personas que combinan ambos factores en Cantabria (**69,3%**) sufren soledad no deseada, frente al **9,8%** entre quienes viven acompañadas y no tienen diagnóstico —una prevalencia siete veces superior—.
- ▶ El grupo de personas que viven solas y cuentan con diagnóstico clínico es el **único** en el que Cantabria supera a la media nacional (69,3% frente al 64,6%, +4,7 puntos), configurando un **perfil de extrema vulnerabilidad relacional** especialmente relevante en una comunidad con alto peso de hogares unipersonales de personas mayores.
- ▶ Las dificultades para llegar a fin de mes se asocian a mayor soledad no deseada también en el cruce con salud mental: **62,4%** entre quienes combinan dificultad económica y diagnóstico clínico, frente al **11,4%** entre quienes llegan con facilidad y no tienen diagnóstico.
- ▶ El **24,0%** de las personas que llegan con dificultad a fin de mes en Cantabria cuenta con un diagnóstico clínico de salud mental, frente al **17,9%** entre quienes llegan con facilidad, configurando la situación económica como un factor estructural de exposición al diagnóstico.
- ▶ La **holgura económica protege notablemente menos** del diagnóstico clínico en Cantabria (17,9%) que en el conjunto del Estado (9,5%, +8,4

puntos), lo que confirma que la mayor carga de salud mental cántabra se distribuye con más intensidad entre todos los segmentos económicos.

- ▶ El **acoso opera como un factor amplificador de la soledad no deseada**: multiplica su prevalencia por más de cuatro entre las personas sin diagnóstico clínico (del 11,5% al 50,0%) y alcanza el **83,7%** entre quienes combinan acoso y diagnóstico clínico en Cantabria, muy por encima del promedio nacional (62,3%, +21 puntos).
- ▶ La **discriminación** también triplica la prevalencia de la soledad: **50,1%** entre quienes la han sufrido en los últimos 12 meses frente al **15,3%** entre quienes no, con una pauta prácticamente equivalente a la nacional.
- ▶ La **combinación de discriminación y diagnóstico clínico de salud mental** genera en Cantabria un perfil de altísima vulnerabilidad relacional: el **80,5%** de este colectivo sufre soledad no deseada, muy por encima del 69,4% nacional (+11,1 puntos).
- ▶ Las personas con diagnóstico clínico de salud mental en Cantabria tienen una **exposición a la discriminación (20,0%) que duplica** la del conjunto de la población cántabra (9,8%), configurando una **doble carga estructural** de estigma y vulnerabilidad relacional.
- ▶ Aunque la exposición a la discriminación entre personas con diagnóstico es menor en Cantabria (20,0%) que en el conjunto del Estado (29,0%), este colectivo sigue enfrentándose a una **acumulación de desventajas**: mayor discriminación que el resto de la población y mayor prevalencia de soledad cuando esta discriminación se produce.

El cruce entre **nivel educativo** y **estado de salud mental** permite valorar si la educación, que tradicionalmente actúa como factor protector frente a la soledad no deseada, mantiene su efecto cuando se combina con la presencia de un diagnóstico clínico de salud mental. Los datos muestran que, también en Cantabria, el diagnóstico es el factor más determinante en ambos niveles educativos, neutralizando en gran medida el efecto protector de la educación.

En Cantabria, la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas con un diagnóstico de salud mental se sitúa en torno al 45-47% con independencia del nivel educativo, prácticamente cuatro veces superior a la observada entre quienes no cuentan con diagnóstico (12-13%).

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

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

Sin educación superior (n Cantabria=155 n España=1.543)	17,2%	13,2%	55,0%	45,2%
Con educación superior (n Cantabria=45 n España=2.538)	12,3%	12,5%	46,5%	47,0%

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

En **Cantabria**, entre las personas **sin un diagnóstico de salud mental**, la prevalencia de la soledad no deseada es del **13,2% entre quienes no tienen estudios superiores** y del **12,5% entre quienes sí los tienen**, una diferencia mínima de 0,7 puntos. La situación cambia radicalmente entre quienes cuentan con un diagnóstico clínico y la prevalencia asciende al **45,2% en el grupo sin estudios superiores** y al **47,0% en el grupo con estudios superiores**, sin que la educación parezca operar como factor protector en este grupo.

El conjunto de **España 2026** muestra un patrón distinto. Entre las personas **sin diagnóstico**, la prevalencia de la soledad es del **17,2% en el grupo sin estudios superiores** y del **12,3% entre quienes sí los tienen**, una diferencia de **casi 5 puntos** que confirma el efecto protector tradicional de la educación a nivel nacional. Entre las personas **con diagnóstico**, la prevalencia es del **55,0%** en el grupo sin estudios superiores y del **46,5%** en el grupo con estudios superiores, una diferencia de **8,5 puntos** que también apunta a un cierto efecto protector de la educación.

La comparación territorial muestra una particularidad muy relevante de Cantabria. Mientras que en el conjunto del Estado **la educación reduce de forma apreciable la prevalencia de la soledad no deseada en ambos grupos (con y sin diagnóstico)**, en Cantabria este efecto se diluye casi por completo y las personas con estudios superiores presentan prevalencias prácticamente idénticas a las de quienes no los tienen, tanto entre quienes cuentan con diagnóstico clínico como entre quienes no. Además, las cifras cántabras se sitúan **por debajo de la media nacional** en tres de los cuatro grupos, especialmente en el grupo con diagnóstico clínico sin estudios superiores (45,2% frente al 55,0% nacional, **casi 10 puntos menos**), mientras que en el grupo con diagnóstico clínico y estudios superiores la cifra cántabra es ligeramente superior a la nacional (47,0% frente al 46,5%).

Este resultado confirma dos lecturas clave del informe. En primer lugar, refuerza la idea ya avanzada en apartados anteriores de que **el nivel educativo no opera en Cantabria como un factor protector frente a la soledad no deseada con la misma intensidad que a escala nacional**. En segundo lugar, confirma que el **diagnóstico clínico de salud mental es, con diferencia, el factor más determinante de la prevalencia de la soledad**, por encima incluso del nivel

educativo ya que en el grupo con diagnóstico, la prevalencia se multiplica por más de tres respecto al grupo sin diagnóstico, con independencia del nivel de estudios.

El cruce entre **tipo de hogar** y **estado de salud mental** permite analizar conjuntamente dos factores tradicionalmente asociados a la soledad no deseada: vivir solo, como expresión de aislamiento residencial, y el diagnóstico clínico de salud mental, como uno de los principales factores de riesgo. Los datos confirman que ambos factores operan de forma acumulativa, también en Cantabria.

En Cantabria, casi 7 de cada 10 personas que viven solas y cuentan con un diagnóstico de salud mental (69,3%) sufren soledad no deseada, frente al 9,8% entre quienes viven acompañadas y no tienen diagnóstico clínico.

Tabla 5. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y tipo de hogar, Cantabria y España

	Sin un problema de salud mental diagnosticado		Con un problema de salud mental diagnosticado	
	España	Cantabria	España	Cantabria
Vive acompañado/a (n Cantabria=319 n España=3.373)	12,7%	9,8%	49,2%	39,0%
Vive solo/a (n Cantabria=81 n España=727)	28,2%	22,2%	64,6%	69,3%

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

En **Cantabria**, entre las personas **sin un diagnóstico de salud mental**, la prevalencia de la soledad no deseada es del **9,8% entre quienes viven acompañadas** y del **22,2% entre quienes viven solas**, una diferencia de **12,4 puntos porcentuales**. Es decir, vivir en un hogar unipersonal multiplica por más de dos la prevalencia de la soledad en este grupo. La situación cambia radicalmente entre quienes cuentan con un diagnóstico clínico ya que la prevalencia asciende al **39,0% en hogares con compañía** y alcanza el **69,3% en hogares unipersonales**, lo que implica que **casi 7 de cada 10 personas** que combinan diagnóstico clínico y vivencia en solitario sufren soledad no deseada en la comunidad.

El conjunto de **España 2026** reproduce este mismo patrón con prevalencias algo más elevadas en tres de los cuatro grupos con un **12,7%** entre personas sin diagnóstico que viven acompañadas, **28,2%** entre personas sin diagnóstico que viven solas, **49,2%** entre personas con diagnóstico que viven acompañadas y **64,6%** entre personas con diagnóstico que viven solas. La comparación territorial muestra

que Cantabria presenta valores **inferiores a la media nacional en los tres primeros grupos** (con diferencias de entre 2,9 y 10,2 puntos), pero **superiores a la media nacional** en el grupo de personas que viven solas y cuentan con diagnóstico clínico (69,3% frente al 64,6% nacional, **4,7 puntos por encima**).

Este patrón refuerza la lectura realizada anteriormente sobre la **especial vulnerabilidad de los hogares unipersonales en Cantabria**. Cuando a esta vivencia en solitario se suma un diagnóstico clínico de salud mental, la coexistencia con la soledad no deseada alcanza niveles especialmente elevados (superiores incluso a los del conjunto del Estado), configurando un **perfil de extrema vulnerabilidad relacional**. Este hallazgo es coherente con el peso de los hogares unipersonales de personas mayores en el medio rural cántabro y refuerza la prioridad de las políticas autonómicas de acompañamiento y refuerzo de redes de apoyo orientadas a este colectivo.

Tabla 6. Prevalencia de la soledad no deseada según la situación económica y de salud mental, Cantabria y España

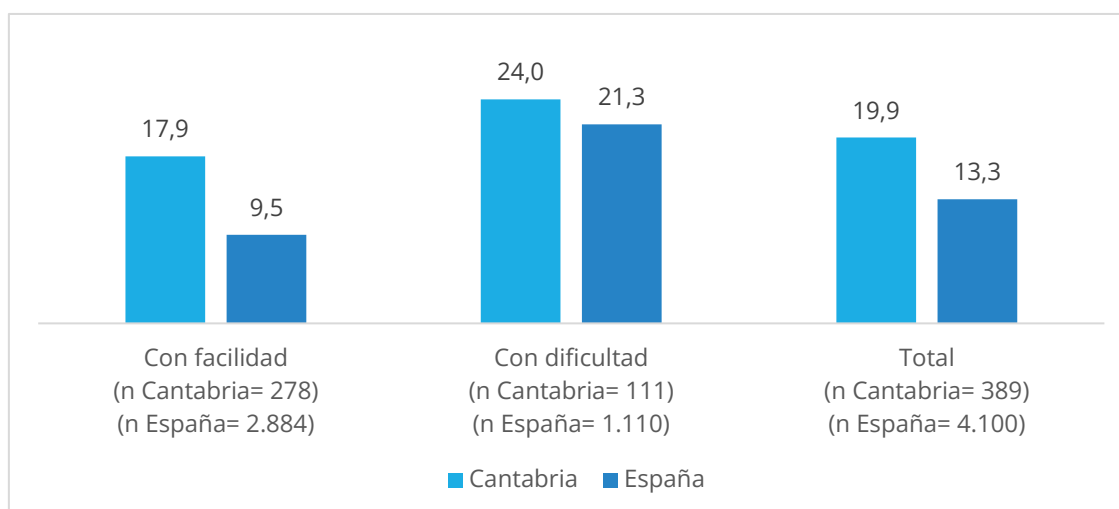
	Sin un problema de salud mental diagnosticado		Con un problema de salud mental diagnosticado	
	España	Cantabria	España	Cantabria
Con facilidad (n Cantabria=278 n España=2.884)	11,5%	11,4%	42,7%	34,8%
Con dificultad (n Cantabria=111 n España=1.110)	23,6%	16,6%	59,6%	62,4%

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

El cruce entre la **situación económica** y la **existencia de un diagnóstico de salud mental** permite valorar en qué medida las dificultades para llegar a fin de mes se asocian a una mayor prevalencia de problemas de salud mental clínicamente identificados. Los datos confirman, también en Cantabria, que la situación económica opera como un factor estructural de exposición a los problemas de salud mental.

El 24,0% de las personas que llegan con dificultad a fin de mes en Cantabria cuenta con un diagnóstico clínico de salud mental, frente al 17,9% entre quienes llegan con facilidad.

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, Cantabria y España



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

En **Cantabria**, la prevalencia de los problemas de salud mental diagnosticados entre las personas que llegan **con facilidad** a fin de mes se sitúa en el **17,9%**, mientras que entre quienes llegan **con dificultad** asciende al **24,0%**, una diferencia de **6,1 puntos porcentuales**. Es decir, las dificultades económicas se asocian a una prevalencia de diagnóstico clínico aproximadamente **1,3 veces superior** a la observada entre quienes cuentan con holgura económica.

El conjunto de **España 2026** reproduce el mismo patrón con prevalencias notablemente más bajas: el **9,5%** entre quienes llegan con facilidad y el **21,3%** entre quienes llegan con dificultad, una diferencia de **11,8 puntos** que duplica con creces el porcentaje de diagnósticos en el grupo con dificultades económicas. La media nacional se sitúa en el **13,3%**, frente al **19,9%** de Cantabria, lo que confirma una **mayor prevalencia global de diagnóstico clínico** en la comunidad.

La comparación territorial muestra dos hallazgos relevantes. Por un lado, las personas que llegan con facilidad a fin de mes en Cantabria (17,9%) presentan una prevalencia de diagnóstico clínico **8,4 puntos superior** a la de su equivalente nacional (9,5%), lo que indica que la holgura económica protege en Cantabria notablemente menos del diagnóstico clínico de salud mental que en el conjunto del Estado. Por otro lado, entre las personas con dificultades económicas la prevalencia en Cantabria (24,0%) también supera a la nacional (21,3%), aunque la diferencia es menos acusada (**+2,7 puntos**).

El cruce entre la **exposición a situaciones de acoso** en los últimos 12 meses y el **estado de salud mental** permite valorar en qué medida el acoso opera como un factor de vulnerabilidad adicional para la soledad no deseada. Los datos muestran

que tanto el acoso como el diagnóstico clínico se asocian a una mayor prevalencia de soledad y que, cuando ambos coinciden, configuran un perfil de altísima vulnerabilidad relacional.

En Cantabria, más de 8 de cada 10 personas que han sufrido acoso y cuentan con un diagnóstico de salud mental (83,7%) sufren soledad no deseada, frente al 11,5% entre quienes no han sufrido acoso y no tienen diagnóstico clínico.

Tabla 7. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y haber sufrido o sentido acoso en los últimos 12 meses, Cantabria y España

	Sin diagnóstico		Con diagnóstico	
	España	Cantabria	España	Cantabria
No han sufrido acoso (n Cantabria=384 n España=3.898)	13,9%	11,5%	50,7%	41,6%
Han sufrido acoso (n Cantabria=16 n España=201)	49,3%	50,0%	62,3%	83,7%

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.

En **Cantabria**, entre las personas que **no han sufrido acoso** en los últimos 12 meses, la prevalencia de la soledad no deseada es del **11,5%** entre quienes no cuentan con diagnóstico clínico de salud mental y del **41,6%** entre quienes sí lo tienen, una diferencia de **30,1 puntos porcentuales**. La situación se agrava notablemente entre las personas que sí han sufrido acoso ya que la prevalencia asciende al **50,0%** en el grupo sin diagnóstico clínico y alcanza el **83,7%** entre quienes combinan acoso y diagnóstico clínico. Es decir, en este último grupo **más de ocho de cada diez personas** sufren soledad no deseada.

El conjunto de **España 2026** reproduce el mismo patrón con prevalencias algo distintas en los grupos sin acoso con un **13,9%** entre las personas sin acoso y sin diagnóstico, **50,7%** entre quienes no han sufrido acoso pero cuentan con diagnóstico, **49,3%** entre quienes han sufrido acoso sin diagnóstico y **62,3%** entre quienes combinan acoso y diagnóstico clínico. La comparación territorial muestra dos hallazgos destacados. Por un lado, Cantabria presenta valores **inferiores a la media nacional en tres de los cuatro grupos**, especialmente entre las personas con diagnóstico clínico que no han sufrido acoso (41,6% frente al 50,7% nacional, **9 puntos por debajo**). Por otro lado, **entre quienes combinan acoso y diagnóstico**

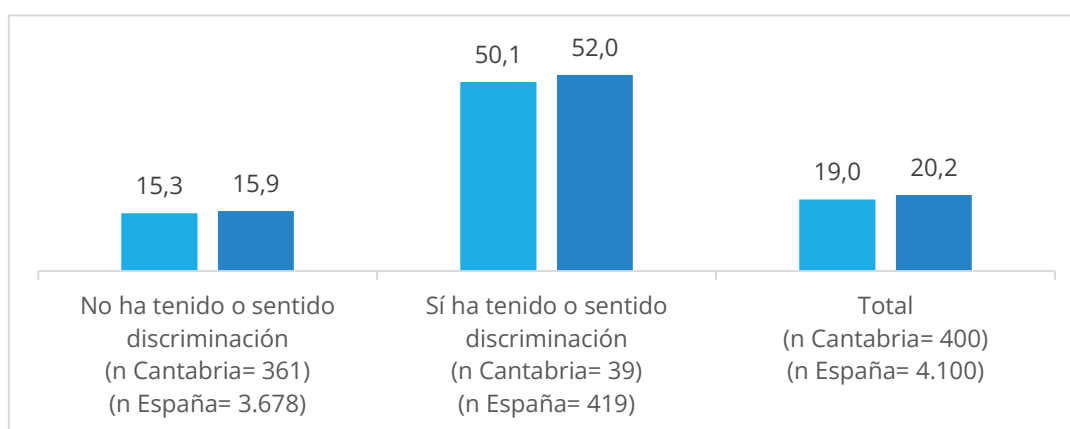
clínico la cifra cántabra (83,7%) supera ampliamente la nacional (62,3%), 21 puntos por encima.

Estos resultados confirman que el **acoso opera como un factor amplificador de la soledad no deseada**, tanto entre las personas con diagnóstico clínico como entre quienes no lo tienen. La especial intensidad observada en Cantabria entre quienes combinan ambos factores (diagnóstico y experiencia de acoso) sitúa a este colectivo como uno de los grupos de mayor vulnerabilidad relacional del estudio.

La exposición a situaciones de **discriminación** constituye otro factor clave de vulnerabilidad relacional. La encuesta permite analizar la prevalencia de la soledad no deseada en función de si la persona ha sufrido o sentido discriminación en los últimos 12 meses, mostrando una asociación muy clara entre ambas dimensiones tanto en Cantabria como en el conjunto de España.

En Cantabria, la mitad de las personas que han sufrido discriminación en los últimos 12 meses (50,1%) sufren soledad no deseada, frente al 15,3% entre quienes no han sufrido discriminación.

Gráfico 28. Prevalencia de la soledad no deseada según la exposición a situaciones de discriminación, Cantabria 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.

En **Cantabria**, entre las personas que **no han sufrido discriminación** en los últimos 12 meses, la prevalencia de la soledad no deseada se sitúa en el **15,3%**, mientras que entre quienes sí la han sufrido o sentido asciende al **50,1%**, una diferencia de **34,8 puntos porcentuales**. Es decir, la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas que han vivido experiencias de discriminación es **más de tres veces superior** a la observada entre quienes no las han sufrido.

El conjunto de **España 2026** reproduce un patrón prácticamente equivalente y es que la prevalencia de la soledad no deseada se sitúa en el **15,9%** entre quienes no

han sufrido discriminación y asciende al **52,0%** entre quienes sí la han sufrido, con una diferencia de **36,1 puntos**. La comparación territorial muestra una alineación clara entre Cantabria y el promedio estatal, las cifras cántabras son ligeramente inferiores en ambos grupos (**0,6 puntos menos** entre quienes no han sufrido discriminación y **1,9 puntos menos** entre quienes sí la han sufrido), lo que indica que la discriminación opera en Cantabria como un factor de riesgo de soledad no deseada con una intensidad muy similar a la observada en el conjunto del Estado.

Estos resultados confirman que la **discriminación opera como un factor estructural de exposición a la soledad no deseada**, también en Cantabria. La concentración de la soledad entre las personas que han vivido experiencias de discriminación es coherente con la literatura sobre los efectos del estigma, la exclusión y las barreras a la participación social que afectan a determinados colectivos, y refuerza la necesidad de incorporar la **prevención y la respuesta a la discriminación** como una dimensión transversal de las estrategias autonómicas de lucha contra la soledad no deseada, así como de las políticas de inclusión y de protección frente a las desigualdades.

El cruce entre la **exposición a discriminación** y el **estado de salud mental** permite valorar cómo se combinan ambos factores en la generación de soledad no deseada. Los datos confirman que tanto la discriminación como el diagnóstico clínico se asocian a una mayor prevalencia de soledad y que su coincidencia configura, también en Cantabria, un perfil de altísima vulnerabilidad relacional.

En Cantabria, más de 8 de cada 10 personas que han sufrido discriminación y cuentan con un diagnóstico de salud mental (80,5%) sufren soledad no deseada, frente al 10,7% entre quienes no han sufrido discriminación y no tienen diagnóstico clínico.

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

	Sin diagnóstico		Con diagnóstico	
	España	Cantabria	España	Cantabria
No han sufrido discriminación (n Cantabria=361 n España=3.678)	12,5%	10,7%	44,3%	37,1%
Han sufrido discriminación (n Cantabria=39 n España=419)	43,4%	33,1%	69,4%	80,5%

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

En **Cantabria**, entre las personas que **no han sufrido discriminación** en los últimos 12 meses, la prevalencia de la soledad no deseada se sitúa en el **10,7%** entre quienes no tienen diagnóstico clínico y asciende al **37,1%** entre quienes sí lo tienen, una diferencia de **26,4 puntos**. La situación se agrava notablemente entre las personas que sí han sufrido discriminación mostrando que la prevalencia alcanza el **33,1%** en el grupo sin diagnóstico clínico y el **80,5%** entre quienes combinan discriminación y diagnóstico clínico, lo que supone que **cuatro de cada cinco personas** de este último grupo sufren soledad no deseada.

El conjunto de **España 2026** reproduce el mismo patrón con prevalencias algo más elevadas en tres de los cuatro grupos con un **12,5%** sin discriminación y sin diagnóstico, **44,3%** sin discriminación y con diagnóstico, **43,4%** con discriminación y sin diagnóstico y **69,4%** con discriminación y diagnóstico clínico. La comparación territorial muestra que Cantabria presenta valores **inferiores a la media nacional en tres de los cuatro grupos** (con diferencias de entre 1,8 y 10,3 puntos), pero claramente **superiores** en el grupo que combina discriminación y diagnóstico clínico, donde la cifra cántabra (80,5%) supera en **11,1 puntos** a la nacional (69,4%).

Estos resultados confirman que la **discriminación opera como un factor amplificador de la soledad no deseada**, tanto entre las personas con diagnóstico clínico como entre quienes no lo tienen. La especial intensidad observada en Cantabria entre quienes combinan ambos factores (diagnóstico y experiencia de discriminación) sitúa a este colectivo como uno de los grupos de mayor vulnerabilidad relacional del estudio

El análisis del cruce entre **discriminación y diagnóstico de salud mental** puede leerse también desde una perspectiva inversa, observando qué proporción de

personas con un diagnóstico clínico de salud mental ha sufrido o sentido discriminación en los últimos 12 meses. Esta lectura refuerza una idea clave en el ámbito nacional y es que la **discriminación no solo se relaciona con la soledad no deseada, sino que se distribuye de forma desigual entre la población con problemas de salud mental**, lo que la sitúa como un factor de desigualdad social y de salud pública.

En Cantabria, una de cada cinco personas con un diagnóstico de salud mental (20,0%) ha sufrido o sentido discriminación en los últimos 12 meses, una cifra que duplica el promedio observado en el conjunto de la población cántabra (9,8%).

Tabla 9. Discriminación en los últimos 12 meses entre las personas con diagnóstico de salud, Cantabria y España

	Con diagnóstico de salud mental	
	España	Cantabria
No han sufrido discriminación (n Cantabria=361 n España=3.678)	71,0%	80,0%
Han sufrido discriminación (n Cantabria=39 n España=419)	29,0%	20,0%

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

Entre las personas con un **diagnóstico de salud mental** en **Cantabria**, el **80,0%** declara no haber sufrido discriminación en los últimos 12 meses, mientras que el **20,0%** sí ha vivido experiencias de discriminación. En el conjunto de **España 2026**, la proporción de personas con diagnóstico que han sufrido discriminación es notablemente mayor, **29,0%** frente al **71,0%** que no la ha sufrido. Es decir, en el conjunto del Estado, prácticamente **tres de cada diez personas con diagnóstico de salud mental** declaran haber vivido experiencias de discriminación, frente a **dos de cada diez** en Cantabria.

Para valorar adecuadamente estas cifras, conviene compararlas con la prevalencia de la discriminación en el conjunto de la población. Como se mostró en el apartado anterior, solo el **9,8%** de la población cántabra y el **10,2%** de la española declaran haber sufrido o sentido discriminación en los últimos 12 meses. Esto significa que **las personas con un diagnóstico de salud mental tienen una exposición a la discriminación que duplica (Cantabria) o casi triplica (España) la del conjunto de la población**, configurando un perfil de especial vulnerabilidad.

Estos resultados refuerzan la idea de que la **discriminación opera como un factor de desigualdad social y de salud pública**: las personas con problemas de salud mental, además de enfrentarse a una mayor prevalencia de soledad no deseada, están más expuestas al estigma y a las experiencias de discriminación, lo que contribuye a una acumulación de desventajas que afecta directamente a su bienestar emocional y a su participación social. El hecho de que en Cantabria la exposición a la discriminación entre personas con diagnóstico sea inferior a la nacional constituye un dato positivo, pero no debe ocultar la **doble carga** que sigue afectando a este colectivo en la comunidad, teniendo mayor exposición a la discriminación que el resto de la población cántabra y mayor prevalencia de soledad cuando esta discriminación se produce. Desde el punto de vista de las políticas autonómicas, este hallazgo refuerza la importancia de articular estrategias de **lucha contra el estigma asociado a la salud mental** como parte integral de las políticas de inclusión, salud mental y prevención de la soledad no deseada.

7.2. Discapacidad soledad y salud mental

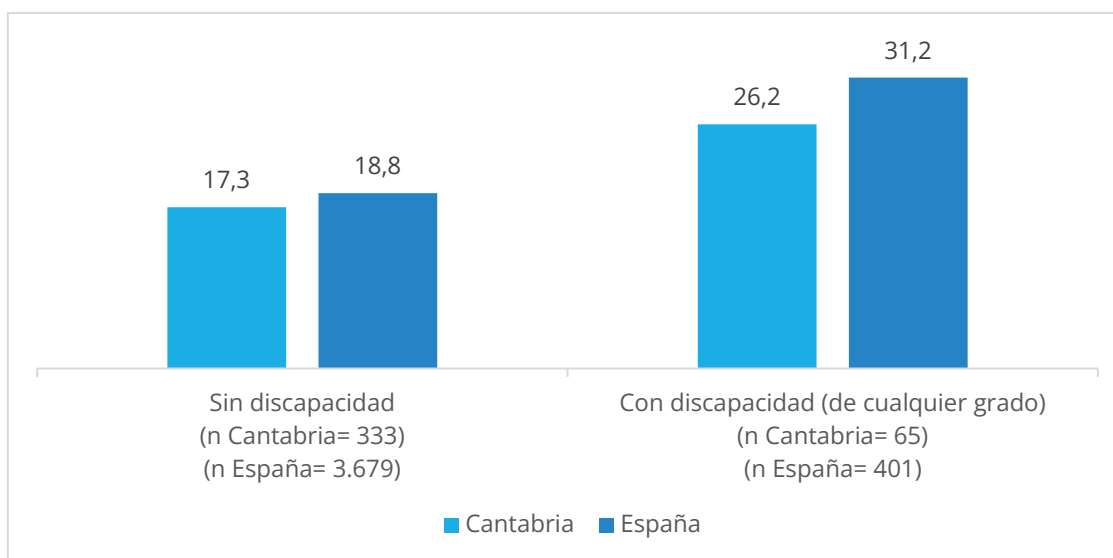
- ▶ La **discapacidad es un factor estructural claramente asociado a la soledad no deseada** también en Cantabria: las personas con discapacidad presentan una prevalencia del **26,2%**, frente al **17,3%** de las personas sin discapacidad, una diferencia de casi 9 puntos porcentuales.
- ▶ Las personas con discapacidad tienen una prevalencia de soledad no deseada aproximadamente **1,5 veces superior** a la observada entre el resto de la población cántabra, lo que confirma la discapacidad como uno de los principales factores de exposición estructural al fenómeno.
- ▶ El **diagnóstico clínico de salud mental es, una vez más, el factor que más diferencia la prevalencia de la soledad**, también dentro del colectivo con discapacidad: multiplica por más de cuatro la prevalencia entre las personas sin discapacidad (del 11,0% al 46,1%) y la duplica entre las personas con discapacidad (del 21,9% al 45,1%).
- ▶ Prácticamente **una de cada dos personas** que combinan discapacidad y diagnóstico clínico de salud mental en Cantabria (**45,1%**) sufre soledad no deseada, frente al **11,0%** entre quienes no tienen discapacidad ni diagnóstico —una prevalencia más de cuatro veces superior—.
- ▶ A diferencia del conjunto del Estado, en Cantabria la combinación de discapacidad y diagnóstico clínico se asocia a una prevalencia de soledad **menor que la nacional** (45,1% frente al 57,0%), aunque sigue configurándose como el grupo de mayor vulnerabilidad relacional dentro de este cruce.
- ▶ Cantabria presenta valores inferiores a la media nacional en tres de los cuatro grupos del cruce discapacidad–diagnóstico, con la única excepción del

grupo de **personas con discapacidad sin diagnóstico clínico**, donde la cifra cántabra (**21,9%**) supera en 6,4 puntos a la nacional (15,5%).

La **situación de discapacidad** constituye uno de los factores estructurales más fuertemente asociados a la soledad no deseada, como ya se mostró en el apartado 5.1.6. Este apartado profundiza en el análisis incorporando el desglose por **grado de discapacidad reconocido**, lo que permite identificar dónde se concentra el mayor riesgo de soledad dentro de este colectivo.

En Cantabria, las personas con discapacidad presentan una prevalencia de soledad no deseada del 26,2%, frente al 17,3% de las personas sin discapacidad, una diferencia de casi 9 puntos porcentuales.

Gráfico 29. Prevalencia de la soledad no deseada según la situación de discapacidad, Cantabria 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 **Cantabria**, la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas **sin discapacidad** se sitúa en el **17,3%** (n=333), mientras que entre las personas **con discapacidad de cualquier grado** asciende al **26,2%** (n=65), una diferencia de **8,9 puntos porcentuales**. Es decir, las personas con discapacidad presentan una prevalencia de soledad no deseada aproximadamente **1,5 veces superior** a la observada entre el resto de la población cántabra.

El cruce entre la **situación de discapacidad** y el **estado de salud mental** permite valorar cómo se combinan ambos factores estructurales en la generación de soledad no deseada. Los datos confirman que el diagnóstico clínico de salud mental

es, una vez más, el factor que más diferencia la prevalencia de la soledad, también dentro del colectivo con discapacidad.

En Cantabria, casi la mitad de las personas con discapacidad y diagnóstico de salud mental (45,1%) sufren soledad no deseada, frente al 11,0% entre quienes no tienen discapacidad ni diagnóstico.

Tabla 10. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y discapacidad, Cantabria y España

	Sin un problema de salud mental diagnosticado		Con un problema de salud mental diagnosticado	
	España	Cantabria	España	Cantabria
Sin discapacidad (n Cantabria=338 n España=3.679)	15,3%	11,0%	50,1%	46,1%
Con discapacidad (n Cantabria=62 n España=401)	15,5%	21,9%	57,0%	45,1%

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

En **Cantabria**, entre las personas **sin discapacidad**, la prevalencia de la soledad no deseada se sitúa en el **11,0%** entre quienes no tienen diagnóstico clínico de salud mental y asciende al **46,1%** entre quienes sí lo tienen, una diferencia de **35,1 puntos porcentuales**. Entre las personas **con discapacidad**, la prevalencia es del **21,9%** en el grupo sin diagnóstico clínico y alcanza el **45,1%** entre quienes combinan discapacidad y diagnóstico clínico, lo que supone que prácticamente **una de cada dos personas** de este último grupo sufre soledad no deseada.

El conjunto de **España 2026** muestra un patrón con cifras notablemente más elevadas en tres de los cuatro grupos con un **15,3%** entre personas sin discapacidad y sin diagnóstico, **50,1%** entre personas sin discapacidad y con diagnóstico, **15,5%** entre personas con discapacidad y sin diagnóstico y **57,0%** entre quienes combinan discapacidad y diagnóstico clínico. La comparación territorial muestra que Cantabria presenta valores **inferiores a la media nacional en tres de los cuatro grupos**, con la única excepción del grupo de personas con discapacidad sin diagnóstico clínico, donde la cifra cántabra (21,9%) supera en **6,4 puntos** a la nacional (15,5%).

Esta lectura aporta dos hallazgos relevantes. Por un lado, el **diagnóstico clínico de salud mental sigue siendo el factor más determinante de la prevalencia de la soledad no deseada** también en este cruce y multiplica por más de cuatro la prevalencia entre las personas sin discapacidad (del 11,0% al 46,1%) y la duplica entre las personas con discapacidad (del 21,9% al 45,1%). Por otro lado, entre las

personas con discapacidad sin diagnóstico clínico la prevalencia en Cantabria es notablemente más alta que la nacional, lo que sugiere que en la comunidad la **discapacidad opera como un factor de exposición a la soledad incluso en ausencia de diagnóstico clínico de salud mental**, en línea con el marco del modelo social de la discapacidad.

7.3. Entornos digitales, redes sociales e inteligencia artificial

- ▶ Los entornos digitales tienen un **carácter ambivalente** en su relación con la soledad no deseada y la salud mental: pueden facilitar el acceso a información, acompañamiento y comunidades de apoyo, pero también intensificar la comparación social, la exposición a contenidos negativos o los sentimientos de aislamiento.
- ▶ La percepción mayoritaria en Cantabria es que los recursos digitales **empeoran la soledad no deseada**, con las redes sociales como categoría peor valorada: **una de cada dos personas (50,8%)** considera que generan más soledad, y solo un 23,1% que la reducen.
- ▶ La **inteligencia artificial** también recibe una valoración predominantemente negativa (41,5% considera que empeora la soledad frente al 20,0% que la mejora), configurando junto con las redes sociales las categorías más críticamente percibidas.
- ▶ Cantabria muestra una **mirada autonómica más crítica** hacia el papel de la digitalización que el conjunto del Estado ya que las percepciones negativas son sistemáticamente más elevadas en todas las categorías, con diferencias que van desde los 3 hasta los 8 puntos por encima de la media nacional.
- ▶ Entre las **personas en situación de soledad no deseada**, la percepción es paradójicamente **menos negativa** que en la población general y más de la mitad (**51,1%**) considera que la búsqueda de información no cambia su soledad, y las apps (52,3%) y la IA (46,4%) son percibidas mayoritariamente como neutras.
- ▶ Las **redes sociales son la única excepción** y se muestra que entre las personas en soledad son percibidas como perjudiciales por el **46,2%** en Cantabria, cifra superior a la nacional (42,2%) y el peor valorado de los cuatro recursos analizados en este colectivo.
- ▶ Este patrón sugiere que las personas en soledad pueden recurrir a los entornos digitales como una **vía de compensación o de contacto social**, aunque esta compensación no siempre resulte satisfactoria a largo plazo y muestra una excepción clara en las redes sociales.
- ▶ La percepción sobre el impacto de los recursos digitales en la **salud mental** es **sistemáticamente más negativa** que sobre la soledad: entre el 52% y el

71% de la población cántabra considera que empeoran su salud mental, frente al 25%-51% para la soledad.

- ▶ Las **redes sociales concentran la percepción más negativa** en Cantabria en el ámbito de salud mental: **siete de cada diez personas (71,0%)** considera que empeoran su salud mental, 3,5 puntos por encima del promedio nacional (67,5%) y con apenas un 7,8% que las considera beneficiosas.
- ▶ **Las otras apps** muestran una diferencia territorial especialmente marcada: el 52,5% de la población cántabra considera que empeoran la salud mental, **9,6 puntos por encima** de la media nacional (42,9%), reforzando el patrón autonómico de mayor sensibilidad crítica.

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.

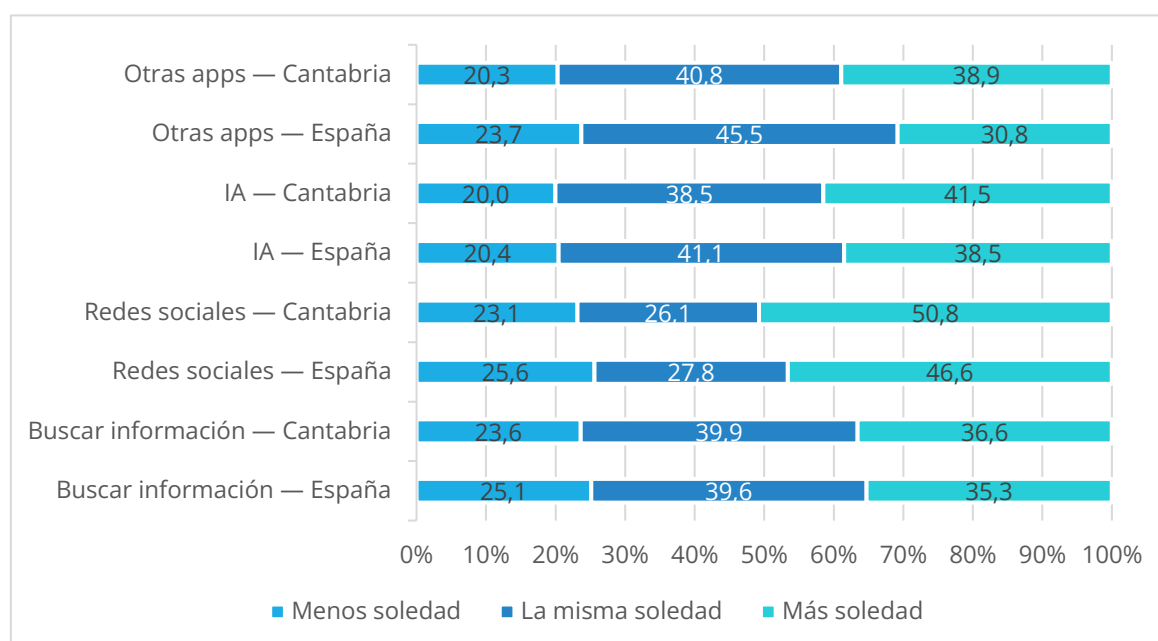
Desde esta perspectiva, el presente apartado recoge la **percepción subjetiva** que la población tiene sobre el efecto de diferentes recursos digitales que la mayoría de la población utiliza en su día a día (búsqueda de información, redes sociales, inteligencia artificial y otras apps) sobre la soledad 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.

En Cantabria, la percepción mayoritaria es que los recursos digitales empeoran la soledad no deseada, especialmente en el caso de las redes

sociales: una de cada dos personas (50,8%) considera que generan más soledad.

En **Cantabria**, la percepción sobre el efecto de **buscar información en internet** se distribuye de manera relativamente equilibrada ya que un **23,6%** considera que reduce la soledad, un **39,9%** que ni la mejora ni la empeora y un **36,6%** entiende que la agrava. En el caso de las **redes sociales**, la valoración es claramente más negativa y solo un **23,1%** considera que reducen la soledad, un **26,1%** las considera neutras y un **50,8%** entiende que la empeoran, configurando la categoría con peor percepción de las cuatro analizadas. La **inteligencia artificial** muestra un patrón similar al de las redes sociales en el extremo negativo con un **20,0%** considera que mejora la soledad, un **38,5%** la considera neutra y un **41,5%** entiende que la empeora. Por último, **otras apps** muestran un patrón intermedio: un **20,3%** las considera positivas, un **40,8%** neutras y un **38,9%** considera que agravan la soledad.

Gráfico 30. Percepción del impacto del uso de recursos digitales en la soledad, conjunto de la población, Cantabria 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.

El conjunto de **España 2026** reproduce las mismas pautas con cifras ligeramente menos negativas en todas las categorías. En **búsqueda de información** el reparto es muy similar al cántabro (25,1% mejora / 39,6% neutro / 35,3% empeora). En **redes sociales** la percepción negativa es algo menos intensa en el conjunto del Estado (25,6% / 27,8% / 46,6%), con **4,2 puntos menos** que en Cantabria en la categoría más soledad. En **inteligencia artificial** el peso de quienes la perciben como agravante es también menor a nivel nacional (38,5%) que en Cantabria (41,5%). Y en

otras apps la diferencia es aún más marcada y el porcentaje que considera que empeoran la soledad es del **30,8%** a nivel estatal frente al **38,9%** cántabro (más de **8 puntos por encima**).

La comparación territorial muestra la particularidad de que, en **Cantabria**, **las percepciones negativas sobre el impacto de los recursos digitales en la soledad son sistemáticamente más elevadas que en el conjunto del Estado**, mientras que las valoraciones positivas tienden a ser algo más bajas. Esto configura una **mirada autonómica más crítica hacia el papel de la digitalización en la vivencia subjetiva de la soledad**, en línea con la literatura más reciente que advierte sobre los efectos ambivalentes de las plataformas digitales (especialmente las redes sociales y la inteligencia artificial conversacional) sobre el bienestar emocional y la calidad de los vínculos significativos.

Desde el punto de vista de las políticas autonómicas, este resultado refuerza la importancia de incorporar una mirada crítica sobre el papel de los entornos digitales en las estrategias de lucha contra la soledad no deseada y de promoción de la salud mental, fomentando un **uso saludable y consciente de las tecnologías** y reforzando los espacios de encuentro presencial y comunitario como vías complementarias (y muchas veces preferentes) para la construcción de vínculos significativos en Cantabria.

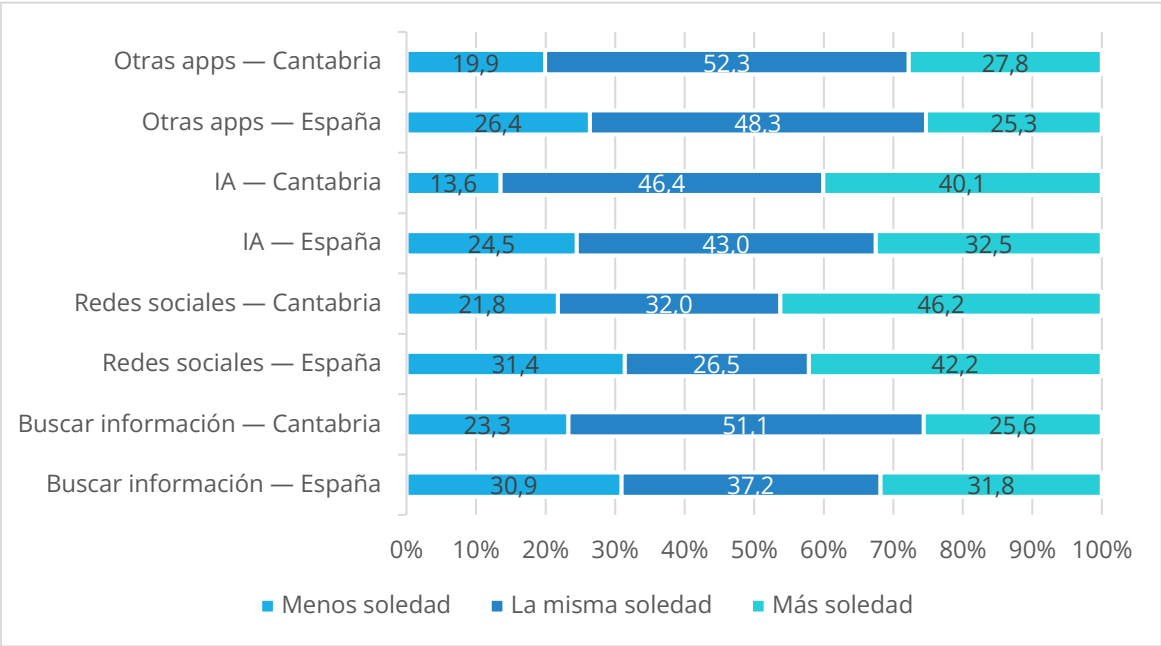
Además de la percepción general de la población sobre el impacto de los recursos digitales en la soledad, la encuesta permite analizar esta misma cuestión de manera específica entre las **personas que ya se encuentran en situación de soledad no deseada**. Esta lectura resulta especialmente relevante desde el punto de vista de las políticas públicas, ya que permite valorar en qué medida los recursos digitales son percibidos como útiles (o perjudiciales) por quienes más necesitan de apoyos para superar su situación de soledad.

Entre las personas en situación de soledad no deseada en Cantabria, las redes sociales son el recurso digital percibido como más perjudicial (46,2% considera que generan más soledad), mientras que la búsqueda de información es el que recibe una valoración más neutra (51,1% considera que no cambia su soledad).

Entre las personas en situación de soledad no deseada en **Cantabria**, la percepción sobre el efecto de **buscar información en internet** muestra un perfil predominantemente neutro, el **51,1%** considera que no cambia su situación de soledad, el **23,3%** que la mejora y el **25,6%** que la empeora. Es decir, más de la mitad de las personas en soledad percibe la búsqueda de información como una herramienta sin efecto apreciable sobre su vivencia de la soledad, y solo una cuarta parte la considera perjudicial. En el caso de las **redes sociales**, la valoración es más negativa, con un **46,2%** que considera que empeoran la soledad, el **32,0%** que no la

cambian y el **21,8%** que la mejoran. La **inteligencia artificial** recibe una valoración también mayoritariamente neutra o negativa siendo que el **46,4%** la percibe como neutra, el **40,1%** como perjudicial y el **13,6%** como beneficiosa, configurando el recurso con el nivel más bajo de valoración positiva de los cuatro analizados. Por último, el uso de **otras apps** presenta el perfil más neutro con un **52,3%** que considera que no cambian la soledad, el **27,8%** que la empeoran y el **19,9%** que la mejoran.

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



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Número de respuestas España: 727; Cantabria: 67.

El conjunto de **España 2026** entre las personas en situación de soledad no deseada muestra un patrón con valoraciones algo más negativas que las cántabras en la mayoría de categorías. En **búsqueda de información**, el porcentaje que considera que empeora la soledad es del **31,8%** en el conjunto del Estado, frente al **25,6%** en Cantabria (**6,2 puntos menos**). En **redes sociales**, el porcentaje que las percibe como perjudiciales es del **42,2%** nacional frente al **46,2%** cántabro, siendo esta la única categoría en la que Cantabria registra una percepción **más negativa** que la media estatal entre las personas en soledad (**+4,0 puntos**). En **inteligencia artificial**, el porcentaje que la considera perjudicial es del **32,5%** en España frente al **40,1%** en Cantabria (**+7,6 puntos**) aunque el porcentaje que la percibe como neutra también es mayor en Cantabria (46,4% frente a 43,0%). En **otras apps**, el porcentaje que las considera perjudiciales es del **25,3%** nacional frente al **27,8%** en Cantabria, con una diferencia más reducida.

La comparación entre el apartado anterior (percepción de la población general) y el presente (percepción entre las personas en soledad) revela una cuestión y es que **las personas en situación de soledad no deseada en Cantabria tienen, en términos generales, una percepción menos negativa del impacto de los recursos digitales sobre su soledad que la población general**. Esta paradoja (que quienes más sufren la soledad sean también quienes más frecuentemente perciben los recursos digitales como neutros o incluso beneficiosos) es coherente con la literatura que señala que las personas en soledad pueden recurrir a los entornos digitales como una vía de compensación o de contacto social, aunque esta compensación no siempre resulte satisfactoria a largo plazo. La excepción notable son las **redes sociales**, que tanto en Cantabria como en el conjunto del Estado son percibidas como perjudiciales por una mayor proporción de personas en soledad que entre la población general.

Desde el punto de vista de las políticas autonómicas, estos datos refuerzan la importancia de orientar el uso de los recursos digitales desde una perspectiva de **acompañamiento y mediación**, especialmente para las personas en situación de soledad. La búsqueda de información y las apps de compañía, percibidas mayoritariamente como neutras o positivas por este colectivo, pueden constituir **puntos de entrada hacia recursos de apoyo comunitario y profesional**, siempre que su uso vaya acompañado de orientación adecuada. En cambio, el impacto percibido de las redes sociales (el más negativo de todos los recursos entre las personas en soledad en Cantabria) refuerza la necesidad de promover un **uso crítico y consciente de las plataformas sociales** en las estrategias de prevención y abordaje de la soledad no deseada.

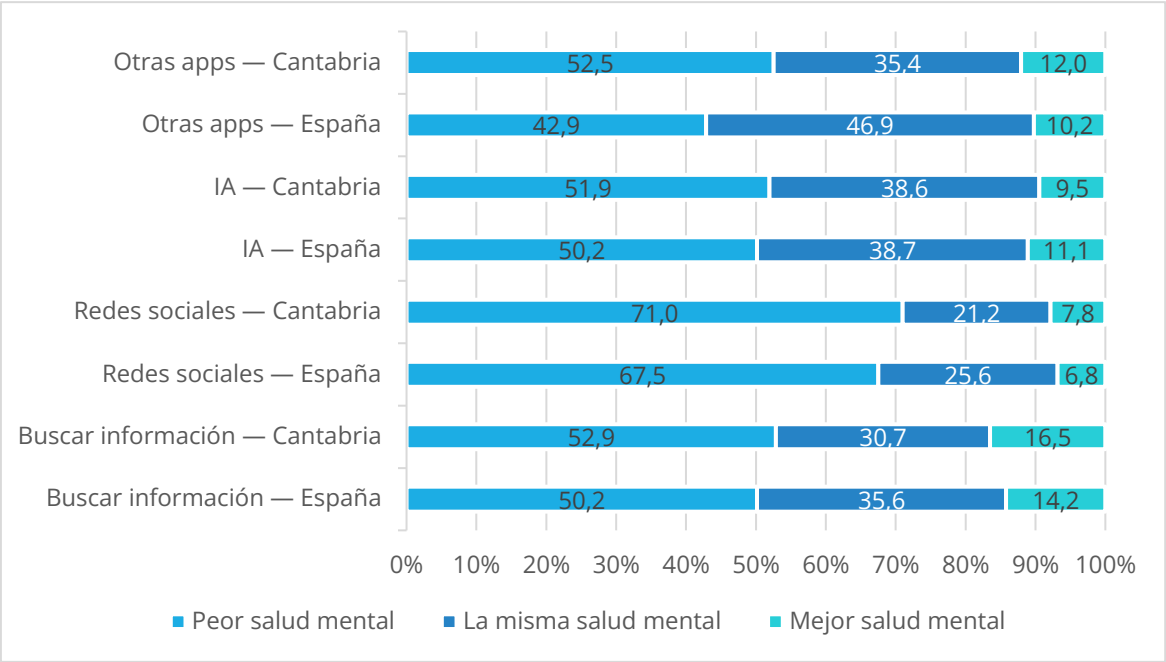
En Cantabria, la percepción sobre el efecto de buscar información en internet sobre la salud mental es claramente negativa con un 52,9% que considera que la empeora, el 30,7% que no la cambia y tan solo el 16,5% entiende que la mejora. Las **redes sociales** concentran la valoración más negativa de todas las categorías analizadas y el **71,0%** considera que empeoran la salud mental, el **21,2%** que no la modifican y el **7,8%** que la mejoran. Es decir, más de siete de cada diez personas perciben las redes sociales como un factor perjudicial para su bienestar emocional, mientras que apenas una de cada diez las considera beneficiosas. La **inteligencia artificial** recibe una valoración también mayoritariamente negativa con un **51,9%** que considera que empeora la salud mental, el **38,6%** la percibe como neutra y el **9,5%** considera que la mejora. Por último, el uso de **otras apps** muestra el patrón más negativo en términos comparativos con el resto de recursos en el apartado de salud mental siendo el **52,5%** que considera que empeoran la salud mental, el **35,4%** que no la cambian y el **12,0%** que la mejoran.

El conjunto de **España 2026** confirma el mismo patrón de percepciones predominantemente negativas, aunque con algunas diferencias relevantes respecto

a Cantabria. En **búsqueda de información**, la distribución nacional es del **50,2%** que considera que empeora la salud mental, el **35,6%** neutra y el **14,2%** que la mejora. En **redes sociales**, el porcentaje que las percibe como perjudiciales es del **67,5%** a nivel nacional, **3,5 puntos por debajo** del valor cántabro (71,0%). En **inteligencia artificial**, la distribución nacional es del **50,2%** que empeora, **38,7%** neutra y **11,1%** que mejora, muy similar a la cántabra. En **otras apps**, sin embargo, la percepción nacional es notablemente diferente: solo el **42,9%** considera que empeoran la salud mental a nivel estatal, frente al **52,5%** en Cantabria, una diferencia de **9,6 puntos**. De forma paralela, el porcentaje que percibe otras apps como neutras es mayor a nivel nacional (46,9%) que en Cantabria (35,4%).

La comparación entre la percepción sobre el impacto en la soledad y el impacto en la salud mental muestra que **la percepción del impacto sobre la salud mental es sistemáticamente más negativa que sobre la soledad no deseada**, tanto en Cantabria 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 51%, en el presente apartado el porcentaje que considera que empeoran la salud mental se sitúa entre el 52% y el 71% en Cantabria. 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 32. Percepción del impacto del uso de recursos digitales en la salud mental, conjunto de la población, Cantabria y España



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

En Cantabria, esta percepción negativa es **especialmente acusada en las redes sociales** (71,0%, la más elevada de todas), coherente con la literatura sobre el efecto de las plataformas de redes sociales en la autoestima, la comparación social y el bienestar emocional; y el uso de **otras apps**, donde Cantabria supera en casi 10 puntos la media nacional. **La sociedad cántabra mantiene una mirada crítica hacia el papel de los entornos digitales en el bienestar emocional**, con percepciones más negativas que el promedio estatal en prácticamente todas las categorías y dimensiones analizadas (soledad, soledad entre personas en situación de soledad y salud mental).

Desde el punto de vista de las políticas autonómicas, este resultado refuerza la necesidad de incorporar la **alfabetización digital emocional** como una dimensión prioritaria de las estrategias autonómicas de salud mental y prevención de la soledad no deseada. Promover un **uso consciente, crítico y saludable de los entornos digitales** (especialmente de las redes sociales y la inteligencia artificial) e invertir en espacios y recursos de encuentro presencial, comunitario y de apoyo entre iguales emerge como una línea de acción clave para mitigar los efectos percibidos de la digitalización sobre la salud mental de la población cántabra.

La relación entre la soledad no deseada y el estado de la salud mental se ve afectada por la exposición a los entornos digitales y el uso de redes sociales e inteligencia artificial. Las características de esta asociación dependen de diferentes usos de las tecnologías de información, especialmente cómo y para qué fin se usan, el tipo de tecnología y las circunstancias de las personas.

El uso de la tecnología puede actuar como un factor protector de la soledad si su uso está orientado a mejorar los vínculos sociales (connection-oriented) y apoya la conexión social. Según una revisión de la literatura, las aplicaciones como la mensajería instantánea, las video llamadas, redes sociales o comunidades virtuales reducen la soledad no deseada entre las personas mayores cuando este uso aumenta la comunicación, participación y fomenta sentimientos de pertenecer a un grupo y ser visto (Thangavel et al., 2022). En otra revisión de la literatura, el uso de la tecnología digital como forma de ocio, para fomentar conexiones intergeneracionales, o como una herramienta para fortalecer las conexiones sociales preexistentes y nuevas, fue efectivo para reducir la soledad no deseada y la depresión, mejorando el bienestar (Petersen et al., 2023).

Las comunidades virtuales en redes sociales, como la participación en grupos de apoyo e interacción social, muestran efectos positivos en reducir aislamiento social y la soledad, que se traduce en impactos positivos sobre la salud y la calidad de vida, aunque también existen efectos opuestos, como se verá más adelante (Gunnes et al., 2024). Otro estudio también muestra que personas mayores con discapacidad física experimentan mejoras en su bienestar social jugando con video juegos activos

(exergames) cuando esto les permite una mayor vinculación con otras personas y nietos (Li et al., 2018).

Sin embargo, varios estudios no encuentran una relación concluyente entre el uso de herramientas digitales y la soledad. Si bien en los estudios transversales se han reportado asociaciones entre el uso de las redes sociales y resultados psicosociales positivos en personas mayores, el impacto del uso de las redes sociales a lo largo del tiempo, según los estudios longitudinales, ha sido mixto y poco concluyente (Lei et al., 2024). Por ejemplo, un estudio longitudinal mostro que el impacto depende del uso de las redes sociales: El uso social (por ejemplo, comunicarse con amigos y familiares) influyó indirectamente en el bienestar al disminuir la soledad y aumentar la interacción social. Los usos informativos (por ejemplo, consultar información relacionada con la salud), e instrumental (por ejemplo, realizar operaciones bancarias), de internet también influyeron indirectamente en el bienestar mediante la participación en una gama más amplia de actividades; sin embargo, no se relacionaron con la soledad (Szabo et al., 2019). Otro estudio tampoco encontró una asociación entre tres tipos de herramientas digitales (medios de comunicación, herramientas instrumentales y sociales), y tres efectos psicológicos (soledad, bienestar subjetivo y depresión), ni al inicio del estudio ni durante los seis años posteriores (Schwaba & Bleidorn, 2021).

De manera similar, un estudio basado en personas jóvenes muestra que el uso de plataformas de redes sociales (como Facebook, Instagram o Twitter) no mostró una asociación con la soledad. En cambio, el uso de Reddit y aplicaciones de citas se asoció con una mayor soledad, mientras que el uso de WhatsApp se asoció con una menor soledad. Sin embargo, las personas que reportaron un uso más compulsivo de la tecnología digital, o experiencias de victimización en línea, se sentían más solas en promedio, lo que sugiere que el tipo de experiencias que las personas encuentran en su interacción digital puede estar más relacionado con la soledad, que el uso de plataformas específicas en sí. Las asociaciones se mantuvieron sólidas incluso después de controlar los antecedentes de depresión o ansiedad a los 18 años (Matthews et al., 2025).

El uso de la tecnología de forma pasiva puede empeorar la soledad no deseada y salud mental. Mientras que la comunicación directa a través de las redes sociales se relacionó con una menor soledad, la participación pasiva se asoció con una mayor soledad (Gorenko et al., 2021). Cuando Internet se utiliza como un punto de encuentro para fortalecer las relaciones existentes y forjar nuevas conexiones sociales, resulta una herramienta útil para reducir la soledad. Sin embargo, cuando las tecnologías sociales se utilizan para escapar del mundo social y evitar el malestar generado por la interacción, la sensación de soledad aumenta (Nowland et al., 2018).

El uso de chatbots de IA puede tener efectos positivos. La tecnología no solo facilita la conexión entre personas, sino que también puede ofrecer alternativas para afrontar la soledad y la ansiedad. Los chatbots sociales y los robots de IA pueden disminuir la soledad y la ansiedad social cuando las interacciones se sienten empáticas, cálidas y centradas en la persona (Merrill Jr. et al., 2025). Las conversaciones recurrentes con un chatbot social puede generar una mejora en personas que sufren soledad o ansiedad social. La disponibilidad permanente de un interlocutor es una característica y una forma de apoyo social que ofrecen los chatbots. Un mayor nivel de intimidad en las conversaciones con chatbots se asoció con menores niveles de soledad tras cuatro semanas de uso en un estudio realizado con personas jóvenes (Kim et al., 2025).

8. Apoyos, relaciones sociales y búsqueda de ayuda

8.1. Redes de apoyo y relaciones sociales

- ▶ La **percepción de contar con figuras de apoyo** es uno de los factores más directamente asociados a la soledad no deseada: la prevalencia pasa del **43,4%** entre quienes no cuentan con apoyos al **7,9%** entre quienes cuentan con muchas figuras de apoyo en Cantabria, una diferencia de **35,5 puntos porcentuales**.
- ▶ Contar al menos con **algunas figuras de apoyo** marca un punto de inflexión relevante: la prevalencia desciende hasta el **14,1%** en Cantabria (frente al 30,1% con pocas figuras de apoyo), lo que muestra que no es necesario disponer de una red muy amplia para reducir sustancialmente la exposición a la soledad, pero sí superar un umbral mínimo de apoyos percibidos.
- ▶ Los datos confirman que la soledad no depende únicamente de la existencia objetiva de contactos, sino también de la **percepción subjetiva de contar con apoyos suficientes, disponibles y significativos**.
- ▶ El efecto protector de las figuras de apoyo es muy distinto según exista o no un diagnóstico de salud mental: entre las personas sin diagnóstico, la soledad pasa del 26,5% (sin apoyos) al **6,3%** (con muchas), mientras que entre quienes cuentan con diagnóstico la prevalencia se mantiene elevada en todos los niveles, alcanzando el **86,2%** entre quienes no tienen apoyos y el **12,6%** entre quienes tienen muchas.
- ▶ La presencia de **muchas figuras de apoyo** reduce la soledad entre las personas con diagnóstico clínico hasta el **12,6%** en Cantabria, un valor muy inferior al observado en España (22,4%), lo que sugiere que **cuando existen redes amplias, su efecto protector es especialmente intenso en la comunidad**.
- ▶ El diagnóstico de salud mental **desplaza todos los niveles de soledad hacia arriba**, lo que evidencia que las redes de apoyo, aunque siguen operando como factor protector, resultan **especialmente necesarias y más difíciles de alcanzar** en este colectivo.
- ▶ Los **familiares cercanos** son el vínculo más presente en la vida cotidiana: el **52,1%** de la población cántabra mantiene contacto con ellos cinco o más veces por semana, cifra prácticamente idéntica a la nacional (52,7%), confirmando su papel como principal soporte relacional.
- ▶ Las **amistades** muestran una presencia cotidiana algo más intensa en Cantabria que en el conjunto del Estado: el **34,8%** mantiene contacto frecuente (5+ veces/semana) frente al 33,2% nacional, y el **25,2%** contacta 3-4 veces por semana frente al 21,0% nacional, lo que puede constituir un elemento protector frente a la soledad.

- ▶ Los vínculos con **otros familiares** y **vecinos/as** son mucho más discontinuos: el **34,6%** no tiene nunca contacto con otros familiares y el **46,0%** nunca con vecinos, aunque en Cantabria las relaciones vecinales frecuentes son ligeramente superiores a la media nacional (18,1% frente al 16,1%).
- ▶ La ausencia de contacto con los **vínculos más cercanos** dispara la soledad no deseada: el **60,7%** de quienes nunca contactan con familiares cercanos y el **74,5%** de quienes nunca lo hacen con amistades en Cantabria sufren soledad no deseada.
- ▶ El contacto con **amistades** es el factor relacional más estrechamente vinculado a la soledad no deseada en Cantabria: la ausencia de contacto (74,5%) frente al contacto muy frecuente (9,5%) genera una brecha de **65 puntos**, muy superior a la nacional (50,9% frente al 11,9%).
- ▶ **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) muestran una asociación mucho más intensa con menores niveles de soledad que los contactos con otros familiares o vecinos.
- ▶ **Convivir con una persona con problemas de salud mental** se asocia a una mayor prevalencia de soledad no deseada: en Cantabria la prevalencia pasa del **11,1%** entre quienes no conviven con ninguna persona afectada al **26,6%** entre quienes conviven con alguien que cree tener problemas y al **20,9%** entre quienes conviven con alguien con diagnóstico médico.
- ▶ Cantabria reproduce el patrón nacional en el impacto de la convivencia con personas con problemas de salud mental, aunque con prevalencias **ligeramente inferiores** a la media estatal en las tres categorías analizadas.

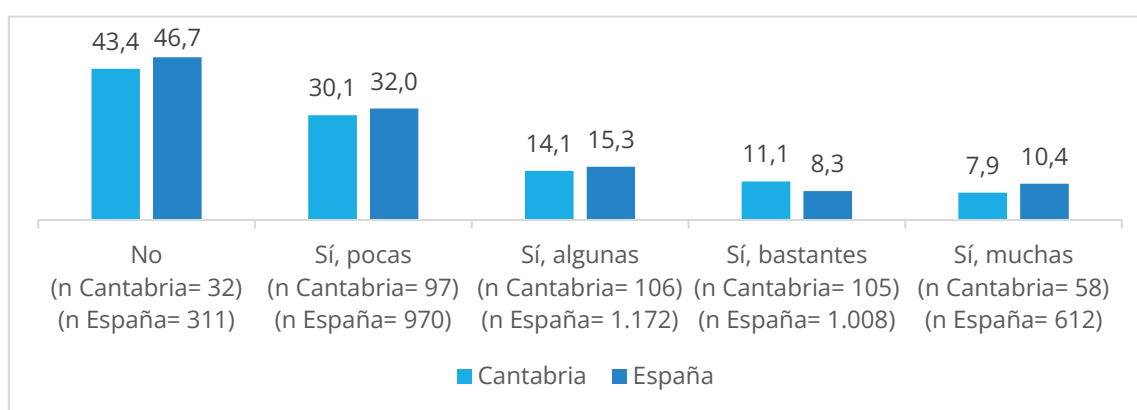
La percepción de contar con figuras de apoyo constituye uno de los indicadores más directamente relacionados con la soledad no deseada. Los datos muestran un gradiente muy claro tanto en Cantabria como en el conjunto de España y a medida que aumenta la percepción de disponer de personas a las que recurrir, disminuye de forma intensa la prevalencia de la soledad no deseada. 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.

En Cantabria, la prevalencia de la soledad no deseada alcanza el **43,4%** entre quienes declaran no contar con figuras de apoyo, una cifra muy elevada y solo ligeramente inferior a la observada en el conjunto de España (**46,7%**). En cambio, cuando se dispone de pocas figuras de apoyo, la prevalencia desciende hasta el **30,1%** en Cantabria y el **32,0%** en España. Es decir, el paso de no contar con ninguna

figura de apoyo a disponer al menos de algunas personas, aunque sean pocas, se asocia ya a una reducción apreciable de la soledad no deseada.

La reducción se vuelve mucho más intensa cuando la red de apoyo percibida deja de ser escasa. Entre quienes afirman contar con algunas figuras de apoyo, la prevalencia de la soledad se sitúa en el **14,1%** en Cantabria y en el **15,3%** en España, valores ya claramente inferiores a la media general de ambos territorios. Esta categoría parece marcar un punto de inflexión relevante: no es necesario disponer de una red muy amplia para reducir de forma sustancial la exposición a la soledad, pero sí contar con un umbral mínimo de apoyos percibidos como disponibles.

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



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P37. ¿Tienes alguna persona que pueda ayudarte 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.

En los niveles más altos de apoyo, la prevalencia continúa descendiendo, aunque con menor intensidad. En Cantabria, quienes declaran contar con bastantes figuras de apoyo presentan una prevalencia del **11,1%**, y quienes cuentan con muchas figuras de apoyo, del **7,9%**. En España, los valores correspondientes son del **8,3%** y del **10,4%**. La comparación territorial muestra una pauta muy similar, aunque con pequeños matices y se observa que Cantabria presenta una prevalencia algo superior a la nacional en la categoría de bastantes apoyos, pero inferior entre quienes declaran contar con muchas figuras de apoyo.

En conjunto, los datos confirman que la cantidad percibida de figuras de apoyo opera como un claro factor protector frente a la soledad no deseada. La diferencia entre no contar con apoyos y contar con muchas figuras de apoyo es de **35,5 puntos porcentuales** en Cantabria (43,4% frente a 7,9%) y de **36,3 puntos** en España (46,7% frente a 10,4%). Esta magnitud muestra que la disponibilidad percibida de apoyo no

es un elemento accesorio, sino una dimensión central para comprender la vulnerabilidad relacional.

De la misma manera, la disponibilidad de figuras de apoyo reduce claramente la prevalencia de la soledad no deseada, pero su efecto es muy diferente según exista o no un diagnóstico de salud mental. Entre las personas sin diagnóstico, el gradiente protector es evidente, en Cantabria la soledad pasa del 26,5% entre quienes no cuentan con personas de apoyo al 6,3% entre quienes declaran tener muchas, una pauta incluso algo más favorable que la observada en España. Es decir, en ausencia de diagnóstico, disponer de una red de apoyo suficiente se asocia a niveles muy bajos de soledad.

Sin embargo, entre las personas con un diagnóstico de salud mental, la prevalencia de la soledad es mucho más elevada en todos los niveles de apoyo. En Cantabria alcanza el 86,2% entre quienes no tienen personas de apoyo y se mantiene en el 59,1% entre quienes cuentan con pocas. Incluso cuando existen algunas figuras de apoyo, la prevalencia sigue siendo alta (32,6%), aunque desciende con claridad entre quienes declaran tener bastantes o muchas personas de referencia (19,0% y 12,6%, respectivamente). Esto muestra que el apoyo social sigue funcionando como factor protector, pero el diagnóstico de salud mental desplaza todos los niveles de soledad hacia arriba.

Tabla 11. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y la existencia de personas de apoyo, Cantabria y España

	Sin un problema de salud mental diagnosticado		Con un problema de salud mental diagnosticado	
	España	Cantabria	España	Cantabria
Sin personas de apoyo	39,5%	26,5%	84,5%	86,2%
Sí, pocas	23,3%	17,6%	67,0%	59,1%
Sí, algunas	11,9%	10,0%	51,0%	32,6%
Sí, bastantes	5,8%	10,7%	25,2%	19,0%
Sí, muchas	8,9%	6,3%	22,4%	12,6%

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P37. ¿Tienes alguna persona que pueda ayudarte 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 contraste más relevante es que, en Cantabria, la presencia de muchas figuras de apoyo reduce la soledad entre las personas con diagnóstico hasta el 12,6%, un valor muy inferior al observado en España (22,4%). Esto sugiere que, cuando existen redes de apoyo amplias, su efecto protector puede ser especialmente intenso en

Cantabria. En conjunto, los datos confirman que la cantidad de figuras de apoyo es un factor clave, pero también que su capacidad protectora resulta especialmente necesaria (y más difícil de alcanzar) entre las personas con diagnóstico de salud mental.

La frecuencia de contacto con distintas figuras relacionales muestra una estructura muy similar en Cantabria y en el conjunto de España. En ambos territorios, los **familiares cercanos** constituyen el vínculo más presente en la vida cotidiana y algo más de la mitad de la población mantiene contacto con ellos cinco o más veces a la semana (52,1% en Cantabria y 52,7% en España). Esta estabilidad confirma el papel central de la familia cercana como principal soporte relacional y como base ordinaria de interacción social.

Las **amistades** ocupan también una posición muy relevante. En Cantabria, el contacto frecuente con amistades (cinco o más veces a la semana) alcanza el 34,8%, ligeramente por encima del promedio nacional (33,2%), y el contacto de tres o cuatro veces a la semana también es algo mayor (25,2% frente al 21,0%). Este resultado sugiere que, en la comunidad, las redes de amistad tienen una presencia cotidiana algo más intensa que en el conjunto del Estado, lo que puede constituir un elemento protector frente a la soledad no deseada.

En cambio, los vínculos con **otros familiares** y con **vecinos/as** presentan una frecuencia claramente menor. En el caso de otros familiares, más de un tercio de la población cántabra no mantiene nunca contacto (34,6%) y solo el 7,9% lo hace cinco o más veces a la semana. Las relaciones vecinales son todavía más discontinuas con un 46,0% de la población cántabra declara no tener nunca contacto con vecinos/as, aunque el contacto muy frecuente alcanza el 18,1%, algo por encima del promedio nacional (16,1%).

Cantabria no se diferencia tanto por la estructura general de sus contactos como por algunos matices de proximidad cotidiana. La familia cercana mantiene un peso prácticamente idéntico al nacional, las amistades aparecen algo más activas y las relaciones vecinales muestran una presencia ligeramente superior en los contactos frecuentes. Desde la perspectiva de la soledad no deseada, estos resultados refuerzan la importancia de atender no solo a la existencia de figuras de apoyo, sino también a la **frecuencia real de los contactos** y a la diversidad de vínculos disponibles en la vida diaria.

Tabla 12. Distribución de la frecuencia del contacto (presencial o a distancia) con personas no convivientes según el tipo de relación, Cantabria 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	Cantabria	España	Cantabria	España	Cantabria	España	Cantabria
Familiares cercanos	4,4	4,6	24,5	24,8	18,3	18,5	52,7	52,1
Otros familiares	36,7	34,6	44,1	47,9	10,6	9,6	8,6	7,9
Amistades	8,6	5,8	37,1	34,2	21,0	25,2	33,2	34,8
Vecinos/as	47,3	46,0	27,6	24,5	9,0	11,4	16,1	18,1

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.

En cambio, los vínculos con **otros familiares** y con **vecinos/as** presentan una frecuencia claramente menor. En el caso de otros familiares, más de un tercio de la población cántabra no mantiene nunca contacto (34,6%) y solo el 7,9% lo hace cinco o más veces a la semana. Las relaciones vecinales son todavía más discontinuas y el 46,0% de la población cántabra declara no tener nunca contacto con vecinos/as, aunque el contacto muy frecuente alcanza el 18,1%, algo por encima del promedio nacional (16,1%).

Cantabria no se diferencia tanto por la estructura general de sus contactos como por algunos matices de proximidad cotidiana. La familia cercana mantiene un peso prácticamente idéntico al nacional, las amistades aparecen algo más activas y las relaciones vecinales muestran una presencia ligeramente superior en los contactos frecuentes. Desde la perspectiva de la soledad no deseada, estos resultados refuerzan la importancia de atender no solo a la existencia de figuras de apoyo, sino también a la **frecuencia real de los contactos** y a la diversidad de vínculos disponibles en la vida diaria.

La ausencia de contacto con las figuras más próximas (familiares cercanos y, especialmente, amistades) se asocia a los niveles más elevados de soledad no deseada tanto en Cantabria como en España.

La Tabla 1 muestra una relación muy clara entre la frecuencia de contacto y la prevalencia de la soledad no deseada. En Cantabria, las personas que **nunca mantienen contacto con familiares cercanos** presentan una prevalencia de soledad del **60,7%**, frente al **15,1%** entre quienes se relacionan con ellos **cinco o más veces por semana**. Esta pauta reproduce la observada en el conjunto de

España y confirma el papel central que desempeñan los vínculos familiares más próximos como elemento de protección frente a la soledad.

La asociación es todavía más intensa en el caso de las **amistades**. Entre las personas que nunca mantienen contacto con amigos o amigas, la prevalencia de la soledad no deseada alcanza el **74,5% en Cantabria**, una cifra muy superior a la observada en España (**50,9%**). Por el contrario, entre quienes mantienen contacto con amistades cinco o más veces por semana, la prevalencia desciende hasta el **9,5%**. Este resultado sitúa a las amistades como uno de los factores relacionales más estrechamente vinculados a la experiencia de soledad no deseada en la comunidad.

Los contactos con **otros familiares** y con **vecinos/as** también muestran una asociación con la soledad, aunque menos intensa. En ambos casos se observa una tendencia general a menores niveles de soledad cuando aumenta la frecuencia de contacto, si bien las diferencias son más moderadas y menos consistentes que las observadas en los vínculos familiares cercanos y en las amistades.

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 con menores niveles de soledad. Desde la perspectiva de las políticas públicas, este resultado subraya la importancia de promover oportunidades para mantener y fortalecer las relaciones personales significativas, especialmente entre aquellas personas que presentan redes relacionales más limitadas o contactos poco frecuentes.

Tabla 13. Prevalencia de la soledad no deseada según la frecuencia del contacto (presencial o a distancia) con personas no convivientes según el tipo de relación, Cantabria 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	Cantabria	España	Cantabria	España	Cantabria	España	Cantabria
Familiares cercanos	56,1%	60,7%	29,5%	28,3%	16,3%	7,3%	13,9%	15,1%
Otros familiares	28,7%	37,0%	17,3%	11,1%	5,9%	12,0%	16,5%	6,1%
Amistades	50,9%	74,5%	22,7%	20,9%	14,8%	14,5%	11,9%	9,5%
Vecinos/as	27,8%	29,1%	15,1%	15,8%	9,4%	7,5%	12,7%	6,2%

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

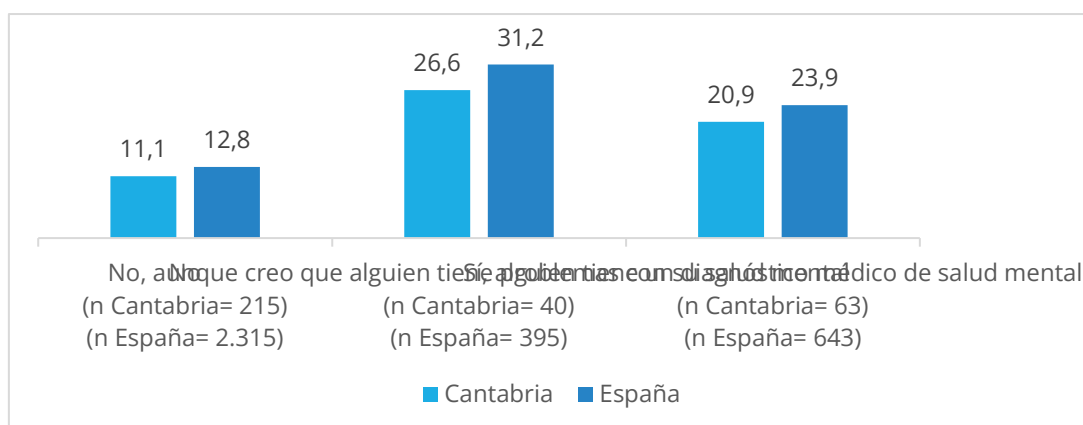
Los contactos con **otros familiares** y con **vecinos/as** también muestran una asociación con la soledad, aunque menos intensa. En ambos casos se observa una tendencia general a menores niveles de soledad cuando aumenta la frecuencia de contacto, si bien las diferencias son más moderadas y menos consistentes que las observadas en los vínculos familiares cercanos y en las amistades.

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 con menores niveles de soledad. Desde la perspectiva de las políticas públicas, este resultado subraya la importancia de promover oportunidades para mantener y fortalecer las relaciones personales significativas, especialmente entre aquellas personas que presentan redes relacionales más limitadas o contactos poco frecuentes.

Convivir con una persona con problemas de salud mental se asocia a una mayor prevalencia de soledad no deseada, con independencia de si existe o no un diagnóstico formal.

La presencia de problemas de salud mental en el entorno convivencial constituye un factor relevante de exposición a la soledad no deseada. En Cantabria, entre quienes declaran que **no conviven con ninguna persona con problemas de salud mental**, la prevalencia de la soledad se sitúa en el **11,1%**, una cifra ligeramente inferior a la del conjunto de España (**12,8%**). Este grupo representa el escenario de menor exposición y confirma que la ausencia de problemas de salud mental en el hogar se asocia a niveles más bajos de soledad no deseada.

Gráfico 34. Prevalencia de la soledad no deseada según la convivencia con personas con problemas de salud mental, Cantabria 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? P-valor estadísticamente significativo para España.

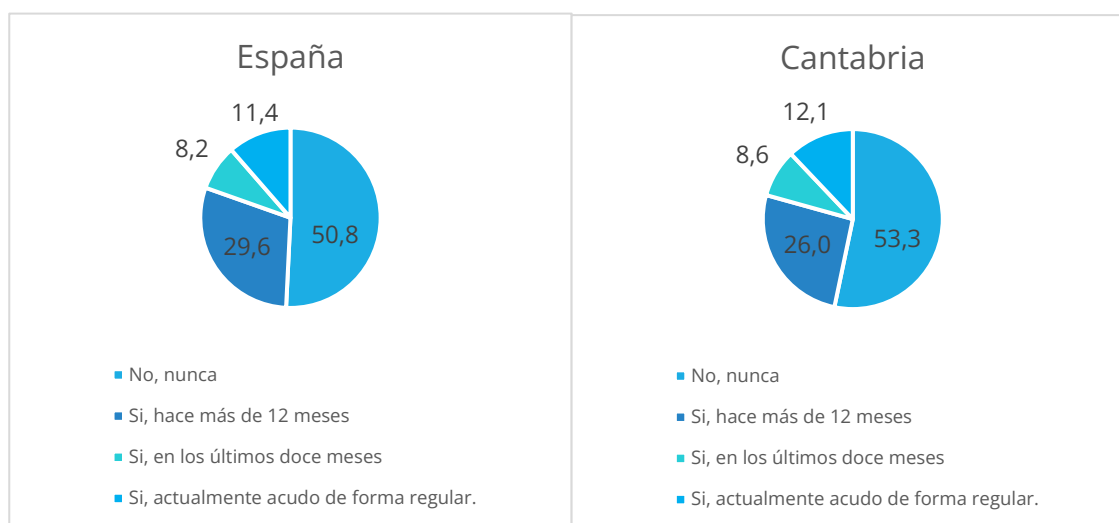
8.2. Atención profesional y medicación

- ▶ **Más de la mitad de la población cántabra (53,3%) nunca ha acudido a atención profesional de salud mental**, una proporción algo superior a la del conjunto de España (50,8%), lo que evidencia un amplio grupo de población que permanece al margen del sistema de atención a la salud mental.
- ▶ El **uso actual y continuado** de la atención profesional es ligeramente mayor en Cantabria (**12,1%** acude actualmente de forma regular) que en el promedio estatal (11,4%), configurando un perfil autonómico en el que la atención profesional se concentra más en el uso **actual** que en el pasado.
- ▶ Cantabria combina así una **doble particularidad**: una mayor proporción de población totalmente ajena al sistema de atención en salud mental y, simultáneamente, un uso más intenso y continuado entre quienes sí acceden a él, coherente con el mayor peso del diagnóstico clínico observado a lo largo del informe.
- ▶ La prevalencia de la soledad no deseada **aumenta de forma muy marcada** a medida que el contacto con la atención profesional es más reciente y regular: pasa del **9,5%** entre quienes nunca han acudido al **52,7%** entre quienes acuden actualmente de forma regular en Cantabria.
- ▶ Más de la mitad de las personas que reciben atención profesional continuada en Cantabria (**52,7%**) están en situación de soledad no deseada, cifra muy superior a la nacional (**41,2%**, +11,5 puntos), lo que sitúa a este colectivo como uno de los grupos de mayor vulnerabilidad emocional y relacional de la comunidad.
- ▶ La atención profesional **no funciona como causa de la soledad, sino como indicador** de situaciones de mayor vulnerabilidad: las personas que acuden de forma regular son quienes atraviesan un malestar más intenso o persistente, lo que sitúa a los servicios sanitarios en una **posición privilegiada para la detección y el abordaje de la soledad**.
- ▶ El **haberse planteado acudir a un profesional** sin llegar a hacerlo también es un indicador claro de vulnerabilidad relacional: la prevalencia de la soledad no deseada casi triplica entre quienes se lo han planteado (**29,0%**) frente a quienes no (**10,9%**) en Cantabria.
- ▶ Cantabria presenta prevalencias inferiores a la media nacional en el grupo que se ha planteado acudir (29,0% frente al 35,6%, **6,6 puntos menos**), coherente con la prevalencia global algo más baja de la soledad observada en la comunidad.
- ▶ El **consumo de medicación** relacionada con la salud mental es algo más frecuente en Cantabria: el **55,1%** nunca la ha tomado (frente al 58,0% nacional) y el **18,6%** ha tomado medicación en la última semana (frente al 14,2% nacional, **+4,4 puntos**).

- ▶ El uso de medicación en Cantabria se concentra más en el **consumo actual** que en el pasado, lo que refuerza el perfil autonómico de una **atención clínica formalizada más intensa** en el momento presente.
- ▶ Cantabria muestra un **modelo asistencial más medicalizado**: la combinación de apoyo psicológico y medicación alcanza el **34,9%** (frente al 32,3% nacional), mientras que el apoyo psicológico exclusivo sin medicación es notablemente menor (**11,5% frente al 16,9%** nacional, **-5,4 puntos**).
- ▶ La medicalización sin acompañamiento psicológico es similar en ambos territorios (**9,9%** en Cantabria y 9,7% en España), lo que sitúa este fenómeno en niveles equivalentes a nivel autonómico y estatal.
- ▶ El hallazgo más preocupante se concentra en la **brecha de cobertura entre personas con diagnóstico clínico**: en Cantabria, **casi una de cada tres personas con diagnóstico (32,6%) no recibe ningún tipo de apoyo** (ni psicológico ni farmacológico), frente al 24,7% nacional (**+7,9 puntos**).
- ▶ Cuando reciben apoyo, entre las personas con diagnóstico en Cantabria predomina la **combinación de apoyo psicológico y medicación (38,3%**, frente al 33,5% nacional), mientras que la medicación aislada es claramente menor (**19,3% frente al 29,1%** nacional), lo que matiza el modelo medicalizado con un abordaje más **integrado** entre farmacoterapia y psicoterapia.
- ▶ Entre quienes **sospechan tener problemas de salud mental sin diagnóstico**, la desatención es masiva (72,1% no recibe ningún apoyo, cifra similar a la nacional), pero el **recurso al fármaco sin apoyo psicológico casi duplica la cifra nacional (18,2% frente al 10,1%)**, lo que apunta a un riesgo de **automedicación** que debe ser vigilado.

Los datos muestran que el uso de la atención profesional de salud mental presenta una distribución muy similar en Cantabria y en el conjunto de España, con matices territoriales moderados. La categoría mayoritaria en ambos ámbitos es la de quienes **nunca han acudido** a atención profesional, que en Cantabria alcanza el **53,3%** frente al **50,8%** nacional (2,5 puntos por encima). Esto sitúa a la comunidad ligeramente por encima de la media estatal en cuanto a población que nunca ha recurrido a este tipo de recursos.

Gráfico 35. Distribución de la población según haya acudido a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental, Cantabria 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? España n: 4.100 Cantabria n=400

En el uso **no reciente** (hace más de 12 meses), Cantabria presenta una cifra algo inferior a la nacional con un **26,0%** frente al **29,6%** de España (3,6 puntos menos). Es decir, en la comunidad hay una proporción algo menor de personas que acudieron en el pasado pero no en el último año.

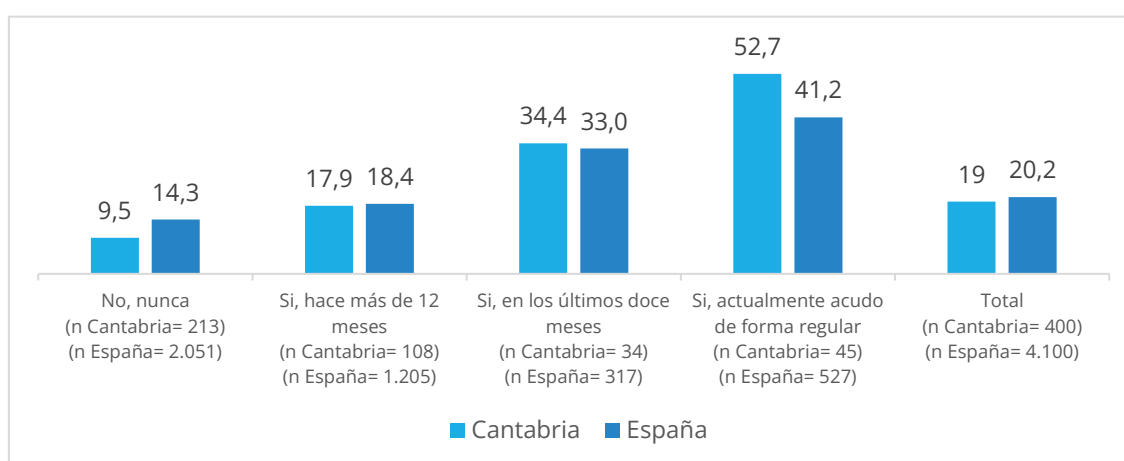
En cambio, en las categorías de **uso reciente y actual**, Cantabria se sitúa ligeramente por encima del promedio estatal. Entre quienes han acudido **en los últimos doce meses**, la cifra cántabra es del **8,6%** frente al **8,2%** nacional, y entre quienes **acuden actualmente de forma regular**, del **12,1%** frente al **11,4%**. Aunque las diferencias son reducidas, apuntan a un perfil en el que la atención profesional en Cantabria está algo más concentrada en el uso **actual y continuado** que en el uso pasado.

Cantabria combina una mayor proporción de población que nunca ha acudido a atención profesional con un uso actual ligeramente más intenso que la media estatal. Esta lectura es coherente con el mayor peso del diagnóstico clínico observado en la comunidad a lo largo del informe ya que quienes acceden a la atención profesional en Cantabria tienden a hacerlo de forma más continuada, mientras que se mantiene un amplio grupo de población que permanece al margen del sistema de atención a la salud mental.

La prevalencia de la soledad no deseada aumenta de forma muy marcada a medida que el contacto con la atención profesional es más reciente y regular, tanto en Cantabria como en España.

Los datos muestran un gradiente muy claro entre la asistencia a atención profesional de salud mental y la soledad no deseada. Entre las personas que **nunca han acudido** a atención profesional, la prevalencia de la soledad se sitúa en el **9,5% en Cantabria**, una cifra notablemente inferior a la nacional (**14,3%**) y muy por debajo de la media autonómica (19,0%). Este grupo, mayoritario en la población, representa el perfil de menor exposición a la soledad no deseada.

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

La prevalencia aumenta de manera progresiva conforme el contacto con la atención profesional es más reciente. Entre quienes acudieron **hace más de 12 meses**, la soledad se sitúa en el **17,9% en Cantabria** (18,4% en España), y entre quienes lo hicieron **en los últimos doce meses** asciende al **34,4%** (33,0% en España), superando ya ampliamente la media autonómica. Es decir, el uso reciente de la atención profesional se asocia a una prevalencia de soledad hasta **tres veces y media superior** a la observada entre quienes nunca han acudido.

El punto más elevado se alcanza entre quienes **acuden actualmente de forma regular** cuya prevalencia de la soledad no deseada llega al **52,7% en Cantabria**, muy por encima del promedio nacional (**41,2%**) y de todos los demás grupos. Esto implica que **más de la mitad** de las personas que reciben atención profesional continuada en la comunidad se encuentran en situación de soledad no deseada.

La atención profesional de salud mental no funciona como causa de la soledad, sino como indicador de las situaciones de mayor vulnerabilidad emocional y relacional. Las personas que acuden de forma regular son, precisamente, quienes atraviesan un malestar más intenso o persistente, lo que explica su elevada

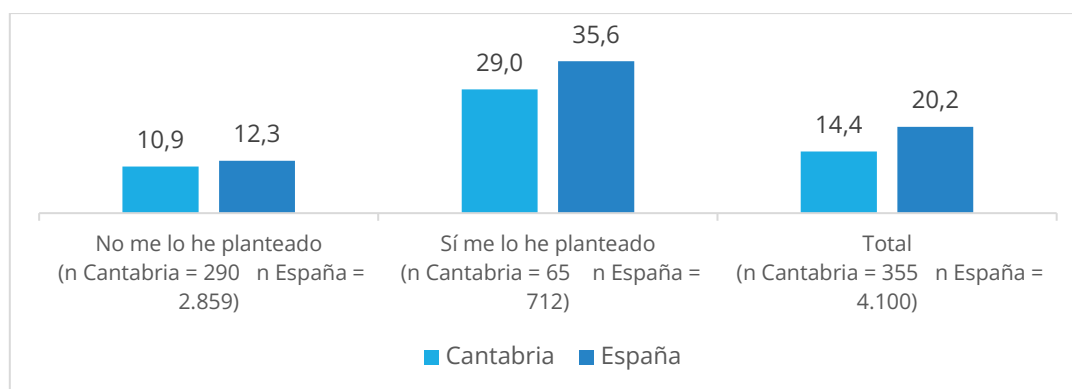
coexistencia con la soledad no deseada. Este patrón es coherente con el vínculo bidireccional entre soledad y salud mental que atraviesa todo el informe, y sitúa a los servicios de atención profesional en una **posición privilegiada para la detección y el abordaje de la soledad**, especialmente en Cantabria, donde la prevalencia entre quienes acuden de forma regular supera en más de 11 puntos a la media nacional.

En Cantabria, quienes se han planteado acudir a un profesional por un problema psicológico presentan una prevalencia de soledad no deseada (29,0%) que casi triplica la de quienes no se lo han planteado (10,9%).

Los datos muestran una asociación muy clara entre haberse planteado la cuestión analizada y la prevalencia de la soledad no deseada. Entre las personas que declaran **no habérselo planteado**, la prevalencia de la soledad en Cantabria se sitúa en el **10,9%**, una cifra ligeramente inferior a la observada en el conjunto de España (**12,3%**) y por debajo de la media autonómica. Este grupo, ampliamente mayoritario, representa el escenario de menor exposición a la soledad no deseada.

La situación cambia de manera muy marcada entre quienes **sí se lo han planteado**. En Cantabria, la prevalencia de la soledad no deseada asciende al **29,0%**, frente al **35,6%** en el conjunto de España. Es decir, en la región la prevalencia entre este grupo casi **triplica** la observada entre quienes no se lo han planteado, lo que confirma que se trata de un colectivo de especial vulnerabilidad relacional.

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, Cantabria 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.

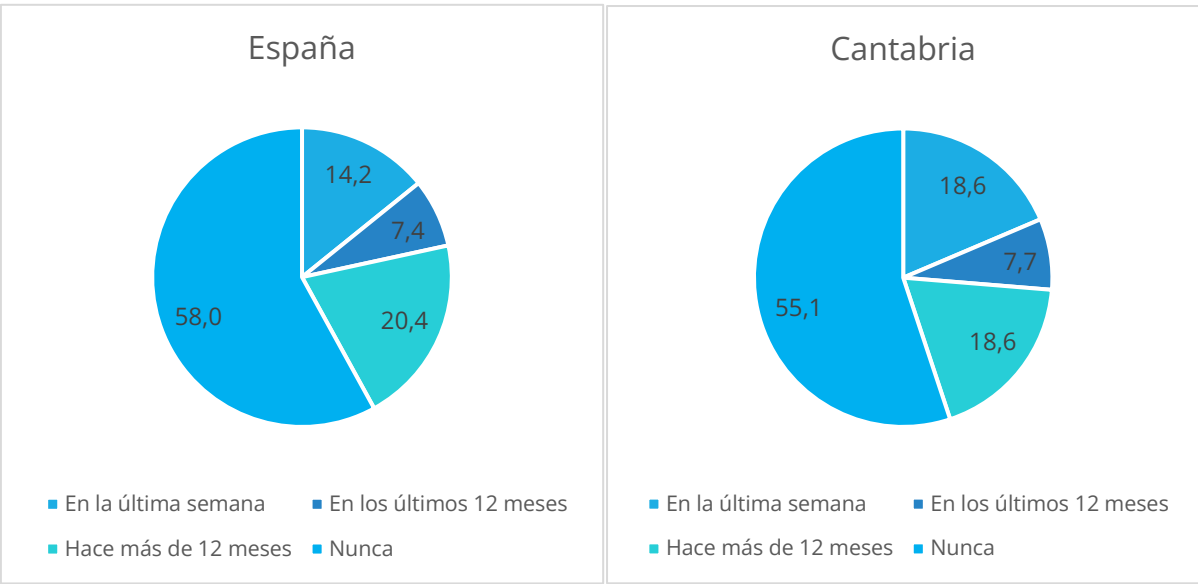
La comparación territorial muestra que **Cantabria presenta prevalencias inferiores a la media nacional en ambas categorías**, con una diferencia especialmente relevante en el grupo que sí se lo ha planteado (**29,0%** en Cantabria

frente al **35,6%** en España, 6,6 puntos menos). Este patrón es coherente con la prevalencia global algo más baja de la soledad no deseada observada en la comunidad a lo largo del informe.

El haberse planteado la acudir o no a un profesional constituye un indicador claramente asociado a la soledad no deseada, funcionando más como una señal de vulnerabilidad emocional y relacional que como una causa directa.

En cuanto a la medicalización, los datos muestran que el consumo de medicación relacionada con la salud mental es algo más frecuente en Cantabria que en el conjunto de España, especialmente en su vertiente más reciente. Entre quienes **nunca** han tomado este tipo de medicación, la cifra cántabra se sitúa en el **55,1%**, casi 3 puntos por debajo del promedio nacional (**58,0%**), lo que indica una proporción algo mayor de población que sí ha recurrido a la medicación en algún momento.

Gráfico 38. Distribución de la frecuencia del consumo de psicofármacos entre la población, Cantabria 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.? España n=4.100 Cantabria n=400

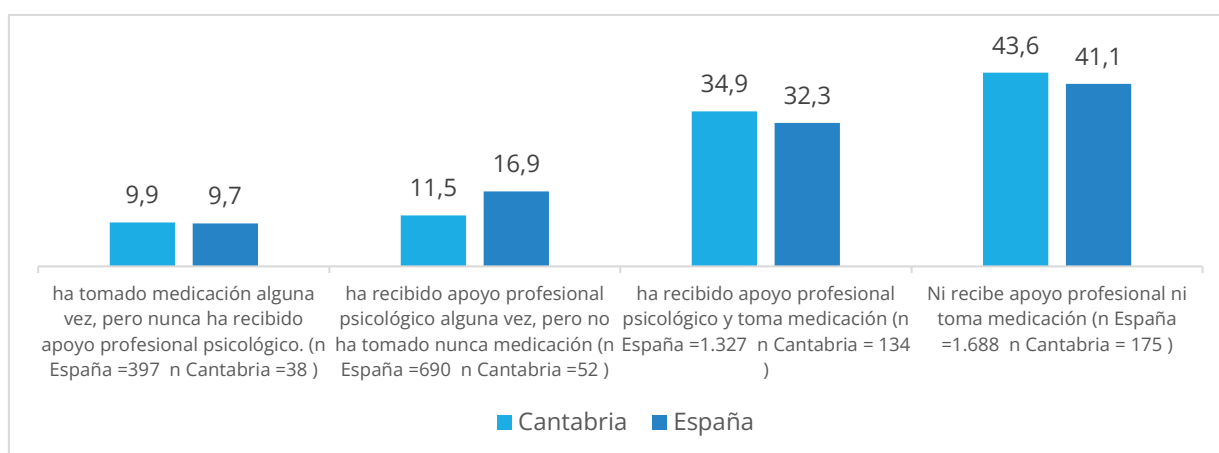
La diferencia más relevante aparece en el consumo **en la última semana**, que refleja un uso actual y continuado y alcanza el **18,6% en Cantabria** frente al **14,2% en España** (4,4 puntos por encima). Este dato es coherente con el mayor peso del diagnóstico clínico observado a lo largo del informe en la comunidad, y sugiere que el consumo de psicofármacos u otra medicación relacionada con la salud mental está más extendido de forma actual entre la población cántabra.

Cantabria combina una menor proporción de población que nunca ha consumido medicación con un consumo actual notablemente más elevado que la media estatal. En este sentido, una carga de salud mental algo más elevada en la comunidad, acompañada de un mayor peso de la atención clínica formalizada, tanto en términos de diagnóstico como de tratamiento farmacológico.

En Cantabria, más de un tercio de la población que ha tenido contacto con la atención en salud mental combina apoyo psicológico y medicación (34,9%), una proporción superior a la del conjunto de España (32,3%).

En siguiente gráfico muestra los datos de se reparte la población en función de si ha recibido apoyo profesional psicológico, ha consumido medicación relacionada con la salud mental, ambas cosas o ninguna. La categoría mayoritaria en ambos territorios es la de quienes **ni reciben apoyo profesional ni toman medicación**, que en Cantabria alcanza el **41,1%** frente al **43,6%** de España. Es decir, en la comunidad hay una proporción algo menor de población completamente al margen de la atención a la salud mental.

Gráfico 39. Prevalencia de la soledad no deseada según consumo de psicofármacos y/o apoyo profesional Cantabria y España



La diferencia territorial más relevante aparece en la **combinación de apoyo psicológico y medicación**, que en Cantabria alcanza el **34,9%** frente al **32,3%** nacional (2,6 puntos por encima). Este dato es coherente con lo observado a lo largo del informe de una **carga de salud mental clínicamente atendida más elevada en Cantabria**, con mayor peso del diagnóstico y del tratamiento farmacológico combinado con la intervención psicológica.

En sentido inverso, la categoría de quienes **han recibido apoyo psicológico pero nunca han tomado medicación** es claramente menor en Cantabria (**11,5%**) que en el conjunto de España (**16,9%**, 5,4 puntos menos). Esto sugiere que en la comunidad la atención a la salud mental tiende a acompañarse más frecuentemente de tratamiento farmacológico, mientras que a nivel nacional pesa relativamente más el abordaje exclusivamente psicológico.

Por último, el grupo de quienes **han tomado medicación pero nunca han recibido apoyo psicológico** presenta cifras prácticamente idénticas en ambos territorios (**9,9%** en Cantabria y **9,7%** en España), lo que apunta a que la medicalización sin acompañamiento psicológico es un fenómeno de magnitud similar en los dos ámbitos.

En conjunto, los datos dibujan un perfil en el que **Cantabria combina una menor proporción de población totalmente ajena a la atención en salud mental con un modelo asistencial más medicalizado**, en el que el tratamiento farmacológico tiende a integrarse con el apoyo psicológico. Desde la perspectiva de las políticas públicas, este resultado invita a reforzar el acceso a la atención psicológica como vía complementaria (y no solo alternativa) al tratamiento farmacológico, garantizando un abordaje integral del malestar emocional y de la soledad no deseada.

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

El tipo de apoyo recibido para cuestiones de salud mental varía de forma muy marcada según el estado de salud mental de la persona. Entre quienes **cuentan con un diagnóstico clínico**, la mayoría recibe algún tipo de apoyo, pero con un matiz importante ya que en Cantabria, casi un tercio (**32,6%**) no recibe ni apoyo profesional ni medicación, una proporción notablemente superior a la del conjunto de España (**24,7%**, casi 8 puntos por debajo). Es decir, pese a existir un diagnóstico, una parte relevante del colectivo cántabro queda sin atención efectiva.

Cuando sí reciben apoyo, en Cantabria predomina la **combinación de apoyo psicológico y medicación (38,3%**, frente al **33,5%** nacional), mientras que la **medicación sin apoyo psicológico** es claramente menor que en España (**19,3%** frente al **29,1%**). Esto matiza la lectura de un modelo simplemente medicalizado: entre quienes tienen diagnóstico, la atención cántabra tiende más a integrar ambos abordajes que a apoyarse solo en el fármaco.

Tabla 14. Apoyo sanitario recibido según tipo y situación de salud mental, Cantabria y España

	Medicación sin apoyo		Apoyo sin medicación		Apoyo y medicación		Ninguno	
	España	Cantabria	España	Cantabria	España	Cantabria	España	Cantabria
Sí, diagnóstico (Cantabria n=64 España n=517)	29,1%	19,3%	12,8%	9,8%	33,5%	38,3%	24,7%	32,6%
No, cree tener problemas (Cantabria n=30 España n=389)	10,1%	18,2%	11,7%	7,3%	5,5%	2,4%	72,7%	72,1%

No, sin problemas (Cantabria n=306 España n=3.177)	5,1%	8,0%	4,1%	2,9%	0,3%	0,0%	90,5%	89,1%
---	------	------	------	------	------	------	-------	-------

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

Entre quienes sospechan tener problemas de salud mental sin diagnóstico, la fotografía es muy distinta y en ambos territorios la gran mayoría no recibe ningún apoyo (72,1% en Cantabria y 72,7% en España). La diferencia más destacable es que, en este grupo, la medicación sin apoyo psicológico casi duplica la cifra nacional (18,2% frente al 10,1%), lo que apunta a un cierto recurso al fármaco al margen de la atención profesional en personas que aún no han pasado por un diagnóstico formal.

Finalmente, entre quienes no tienen problemas de salud mental, la práctica totalidad no recibe ni apoyo ni medicación (89,1% en Cantabria y 90,5% en España), con cifras residuales en el resto de categorías.

En definitiva, en Cantabria una de cada tres no recibe atención pese a contar con un problema clínicamente identificado, más que en el conjunto del Estado. Desde la perspectiva de las políticas públicas, este resultado señala la necesidad de reforzar el seguimiento y la continuidad asistencial del colectivo diagnosticado, garantizando que el diagnóstico se traduzca efectivamente en apoyo (psicológico y, cuando proceda, farmacológico) y no en desatención.

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

- ▶ **La familia y las amistades son el principal recurso de apoyo** frente a la soledad en Cantabria (**66,7%**), con cifras prácticamente idénticas al conjunto de España (65,7%).
- ▶ El recurso a **profesionales sanitarios** es notablemente mayor en Cantabria (**54,3%**) que en el conjunto nacional (47,8%, +6,5 puntos), lo que sugiere una mayor recurrencia al sistema sanitario como vía de apoyo.
- ▶ El uso de **religión o espiritualidad** (28,4%) y de **inteligencia artificial** (9,3%) es claramente menor en Cantabria que en España (35,0% y 18,5% respectivamente).
- ▶ Un **11,5%** de las personas en soledad en Cantabria declara **no haber buscado ningún tipo de apoyo**, cifra similar a la nacional (12,3%).
- ▶ **No todas las estrategias tienen el mismo perfil de vulnerabilidad:** la familia y las amistades se asocian a menor soledad (**19,4%**), mientras que la

ausencia de búsqueda de apoyo (**33,3%**) y el recurso a Servicios Sociales u ONGs (**33,3%**) aparecen vinculados a mayor vulnerabilidad relacional.

- La ausencia de búsqueda de apoyo no responde solo a menor necesidad, sino que puede reflejar **aislamiento, falta de recursos relacionales o barreras para pedir ayuda**.
- Persiste un **fuerte estigma social**: el **78,7%** de la población cántabra considera bastante o muy difícil reconocer ante los demás que se tiene un problema de salud mental (77,6% nacional), y el **63,8%** lo considera difícil incluso ante uno mismo (60,1% nacional).

Las estrategias de búsqueda de apoyo muestran un patrón muy similar en Cantabria y en el conjunto de España. **La familia y las amistades son el principal recurso de apoyo**, tanto entre las personas en situación de soledad como entre quienes no la sufren. En Cantabria, el **66,7%** de las personas con soledad acude a familia y amistades, cifra prácticamente idéntica a la de España (**65,7%**).

La principal diferencia se observa en el recurso a **profesionales sanitarios**, que es más frecuente en Cantabria entre las personas que sienten soledad no deseada (**54,3%**) que en el conjunto nacional (**47,8%**). Esto sugiere que, en Cantabria, las personas en soledad recurren en mayor medida al sistema sanitario como vía de apoyo ante situaciones de malestar emocional.

Tabla 15. Estrategias de búsqueda de apoyo más frecuentes como respuesta a los momentos en que se siente soledad o malestar emocional, 2026

Estrategia de apoyo	España n	España: Soledad (%)	España: No soledad (%)	Cantabria n	Cantabria: Soledad (%)	Cantabria: No soledad (%)
Familia y amistades	2.848	65,7	68,0	267	66,7	68,1
Profesionales sanitarios	1.455	47,8	30,3	144	54,3	33,5
Religión o espiritualidad	788	35,0	18,3	75	28,4	20,4
Uso de la IA	369	18,5	7,1	24	9,3	7,0
No he buscado apoyo	272	12,3	7,9	29	11,5	5,1
Otros	268	12,9	4,7	31	9,2	7,1
Servicios Sociales u ONGs	205	14,7	3,5	20	13,9	5,6

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

En sentido contrario, el uso de **religión o espiritualidad** y de **IA** es menor entre las personas con soledad en Cantabria que en España. La religión o espiritualidad alcanza el **28,4%** en Cantabria frente al **35,0%** en España, mientras que el uso de la IA se sitúa en el **9,3%**, frente al **18,5%** nacional.

Cantabria reproduce el patrón general observado en España, con un fuerte peso de las redes informales, pero con una mayor presencia relativa del apoyo sanitario y un menor recurso a estrategias digitales o espirituales entre las personas en situación de soledad. Algunas categorías, especialmente IA, Servicios Sociales u ONGs y “no he buscado apoyo”, deben interpretarse con cautela por el reducido tamaño muestral de Cantabria.

Si vemos la prevalencia de soledad no deseada según el tipo de recurso preferente (siguiente tabla) cuando se siente soledad o malestar emocional vemos que **las redes informales, especialmente familia y amistades, se asocian a menores niveles de soledad, mientras que la ausencia de búsqueda de apoyo y el recurso a apoyos más institucionales aparecen vinculados a situaciones de mayor vulnerabilidad**. En Cantabria, el patrón general es similar al nacional, aunque con una intensidad algo menor en algunas estrategias formales o alternativas.

Tabla 16. Prevalencia de la soledad no deseada según la estrategia de búsqueda de apoyo más frecuente como respuesta a los momentos en que se siente soledad o malestar emocional, 2026

Estrategia de apoyo	Prevalencia de soledad España	Prevalencia de soledad Cantabria
Familia y amistades	19,6 (n=2.848)	19,4 (n=267)
No he buscado apoyo	28,2 (n=272)	33,3 (n=29)
Profesionales sanitarios	28,5 (n=1.455)	26,3 (n=144)
Religión o espiritualidad	32,5 (n=788)	25,0 (n=75)
Uso de la IA	39,6 (n=369)	25,0 (n=24)
Servicios Sociales u ONGS	51,3 (n=205)	33,3(n=20)

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

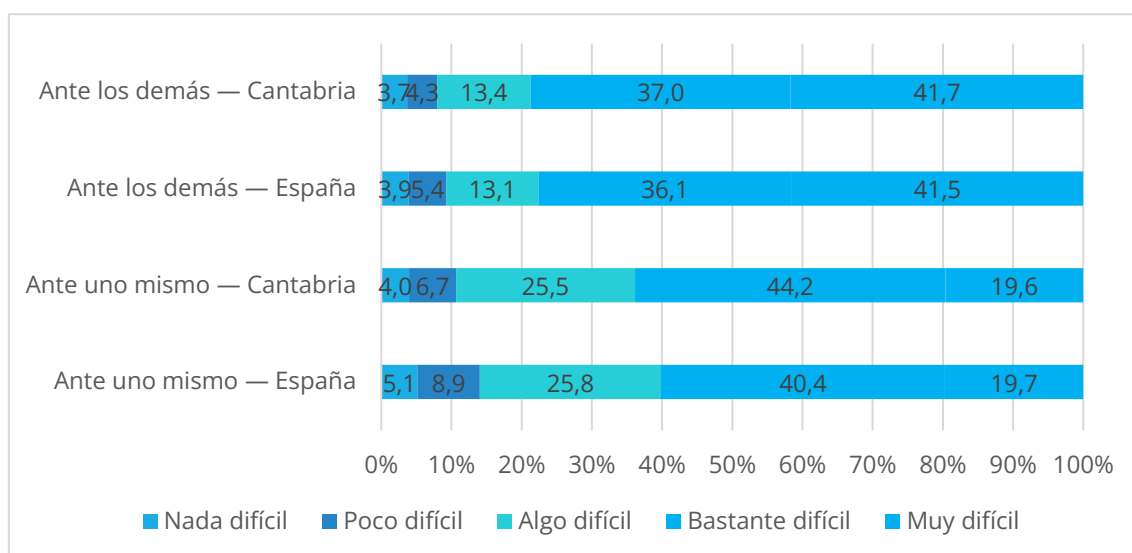
También se observa que quienes recurren a **profesionales sanitarios** presentan una prevalencia de soledad superior a la media, aunque en Cantabria (**26,3%**) esta es algo inferior a la observada en España (**28,5%**). Este resultado no debe interpretarse como que acudir a profesionales incrementa la soledad, sino más bien como que las personas que llegan a estos recursos suelen encontrarse ya en situaciones de mayor malestar emocional o vulnerabilidad.

En cambio, **la prevalencia de soledad aumenta entre quienes no han buscado apoyo**, alcanzando en Cantabria el **33,3%**, por encima del dato nacional (**28,2%**). Este resultado apunta a una cuestión central, y es que la ausencia de búsqueda de apoyo no parece responder únicamente a una menor necesidad, sino que puede estar relacionada con situaciones de mayor aislamiento, falta de recursos relacionales o barreras para pedir ayuda. En este sentido, el dato de Cantabria sugiere que una parte de las personas que experimentan soledad o malestar emocional pueden estar quedando fuera de los circuitos de apoyo, tanto informales como formales.

► Existe una percepción muy similar en Cantabria y en el conjunto de España sobre la dificultad para reconocer un problema de salud mental. La principal diferencia no se observa tanto entre territorios como entre los dos planos analizados ya que reconocerlo ante los demás se percibe como más difícil que identificarlo en uno mismo.

En Cantabria, el **78,7%** considera bastante o muy difícil reconocer ante los demás que se tiene un problema de salud mental, una cifra prácticamente idéntica a la de España (**77,6%**). Esto refleja que el estigma o la dificultad para verbalizar el malestar ante otras personas tiene un peso muy similar en ambos ámbitos territoriales.

Gráfico 40. 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; Cantabria:387), Ante los demás (España: 4.059; Cantabria: 390).

Respecto a la identificación del problema en uno mismo, Cantabria presenta una percepción ligeramente más elevada de dificultad con el **63,8%** que lo considera bastante o muy difícil, frente al **60,1%** en España. La diferencia se concentra sobre todo en quienes lo consideran “bastante difícil” (**44,2%** en Cantabria frente al **40,4%** en España), mientras que la categoría “muy difícil” se mantiene prácticamente igual.

Cantabria sigue el mismo patrón que a nivel nacional debido a que existe una elevada dificultad social para reconocer los problemas de salud mental, especialmente ante los demás, lo que apunta a la persistencia de barreras vinculadas al estigma, la vergüenza o el miedo al juicio externo.

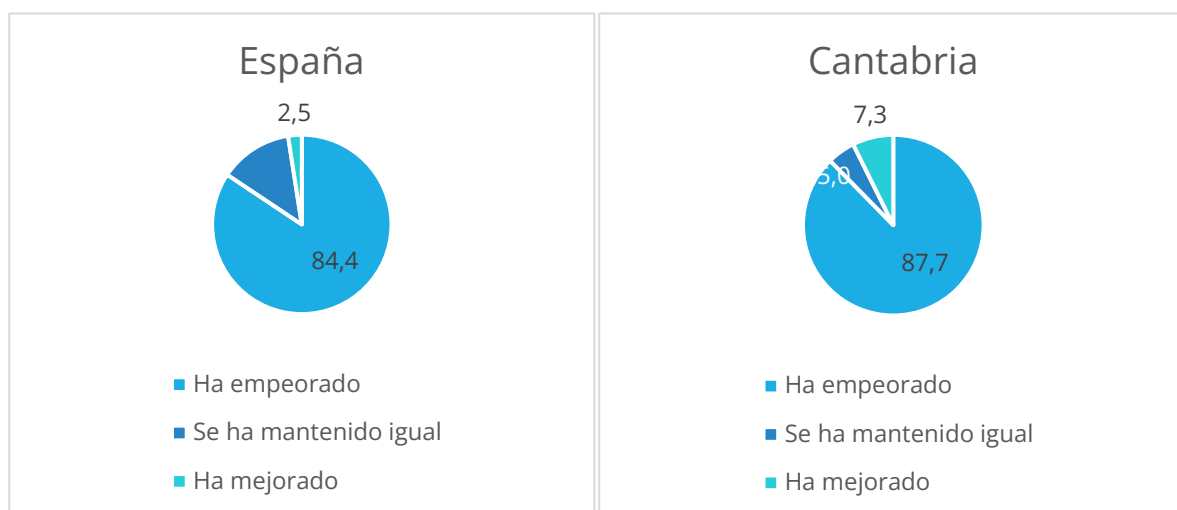
9. Percepción social de la salud mental y de la soledad no deseada

9.1. Evolución percibida de la salud mental y la soledad

La percepción sobre la evolución de la salud mental de la sociedad es claramente negativa tanto en Cantabria como en el conjunto de España. En ambos casos, una amplia mayoría considera que la salud mental ha empeorado en los últimos años.

En Cantabria, el 87,7% de la población considera que la salud mental de la sociedad ha empeorado, porcentaje algo superior al observado en España (84,4%). Esta diferencia indica una percepción ligeramente más pesimista en Cantabria respecto a la evolución reciente de la salud mental.

Gráfico 41. Percepción de la evolución de la salud mental de la sociedad, Cantabria y España

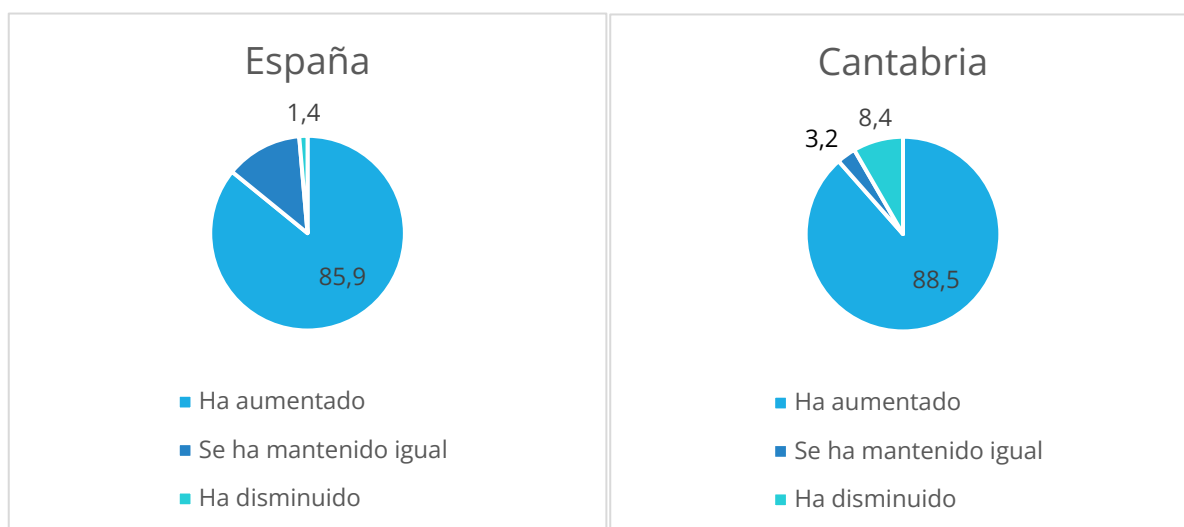


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Pregunta. En los últimos años, ¿diría que la salud mental de la sociedad...? Número total de respuestas España: 4.021; Cantabria: 393.

De la misma manera cuando se pregunta esto mismo, pero sobre la soledad, tanto en Cantabria como en España se considera que la soledad no deseada ha aumentado en los últimos años. En Cantabria, esta percepción alcanza el 88,5%, ligeramente por encima del dato nacional (85,9%). Por tanto, la idea de incremento de la soledad no deseada aparece algo más extendida en Cantabria.

La principal diferencia se observa en quienes consideran que la soledad se ha mantenido igual, en datos, en España suponen el 12,8%, mientras que en Cantabria descienden al 3,2%. En cambio, Cantabria presenta un porcentaje mayor de personas con optimismo ante la prevalencia de la soledad no deseada indicando que ha disminuido (8,4%) frente al conjunto de España (1,4%).

Gráfico 42. Percepción de la evolución de la soledad no deseada en la sociedad, Cantabria 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; Cantabria: 376.

9.2. Relación percibida entre ambos fenómenos

- ▶ **Amplio consenso social sobre la relación entre soledad y salud mental:** el **73,5%** de la población cántabra considera que ambas realidades están bastante o muy relacionadas, cifra prácticamente idéntica a la nacional (73,1%).
- ▶ Entre las **personas en situación de soledad no deseada**, la percepción de relación es algo menor en Cantabria (**70,6%**) que en España (**76,8%**), aunque quienes las consideran «muy relacionadas» son incluso más en Cantabria (**40,9% frente al 39,8%** nacional).
- ▶ El **sufrimiento psicológico** se asocia principalmente a **peor salud mental** tanto en Cantabria (**52,5%**) como en España (51,7%), con cifras muy similares.
- ▶ Entre las personas en soledad, Cantabria muestra un peso algo mayor de quienes vinculan el sufrimiento psicológico con **más soledad no deseada** (**29,2% frente al 25,2%** nacional).
- ▶ Los **pensamientos autolesivos o suicidas** se interpretan principalmente como una cuestión vinculada a la salud mental en ambos territorios, pero en Cantabria se percibe **menor asociación con el aumento de soledad** (11,7% frente al 16,4% nacional en la población total; 13,1% frente al 20,1% entre personas en soledad).

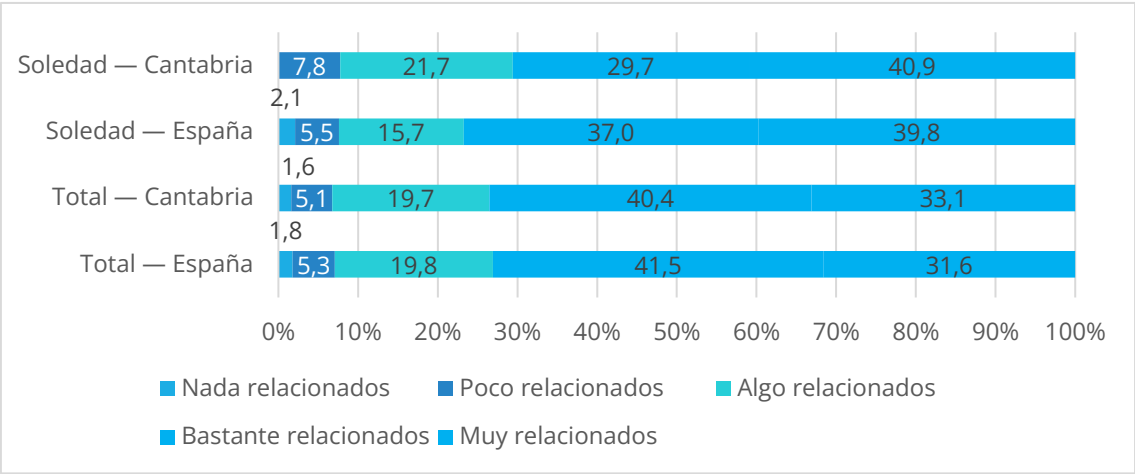
- ▶ En cambio, Cantabria presenta un mayor peso de quienes consideran que los pensamientos autolesivos afectan **a ambas dimensiones por igual (25,7% frente al 18,7%** nacional entre personas en soledad).
- ▶ El **acoso** se percibe principalmente como un factor asociado a peor salud mental en ambos territorios (47,4% en Cantabria, 44,9% nacional), pero **entre las personas en soledad, Cantabria vincula más el acoso con más soledad (37,4% frente al 30,7%** nacional).
- ▶ La **discriminación** se asocia sobre todo con más soledad no deseada, con cifras prácticamente idénticas en Cantabria (**39,5%**) y España (39,9%) en la población total.
- ▶ No obstante, **entre las personas en soledad, Cantabria percibe más directamente la discriminación como intensificadora de la propia soledad (46,8% frente al 39,7%** nacional), aunque este resultado debe leerse con prudencia por no ser estadísticamente significativo.

Existe un amplio consenso social sobre la relación entre soledad no deseada y salud mental. No obstante, entre las personas en situación de soledad, Cantabria presenta una percepción algo más distribuida entre distintos grados de relación.

La percepción de relación entre la salud mental y la soledad no deseada es muy elevada tanto en España como en Cantabria. En el total de la población, los resultados son prácticamente idénticos, el **73,1%** en España y el **73,5%** en Cantabria consideran que ambas realidades están **bastante o muy relacionadas**. Por tanto, no se observan diferencias territoriales relevantes en la percepción general de esta conexión.

Entre las personas que sienten soledad no deseada, la relación también se percibe con intensidad, aunque con algunos matices. En España, el **76,8%** considera que la soledad y la salud mental están bastante o muy relacionadas, mientras que en Cantabria este porcentaje se sitúa en el **70,6%**. Esta diferencia se explica principalmente por el menor peso de la categoría “bastante relacionados” en Cantabria (**29,7%**, frente al **37,0%** en España), aunque la categoría “muy relacionados” es incluso ligeramente superior en Cantabria (**40,9%**, frente al **39,8%** nacional).

Gráfico 43. Percepción de la relación entre la salud mental y la soledad no deseada, Cantabria y España



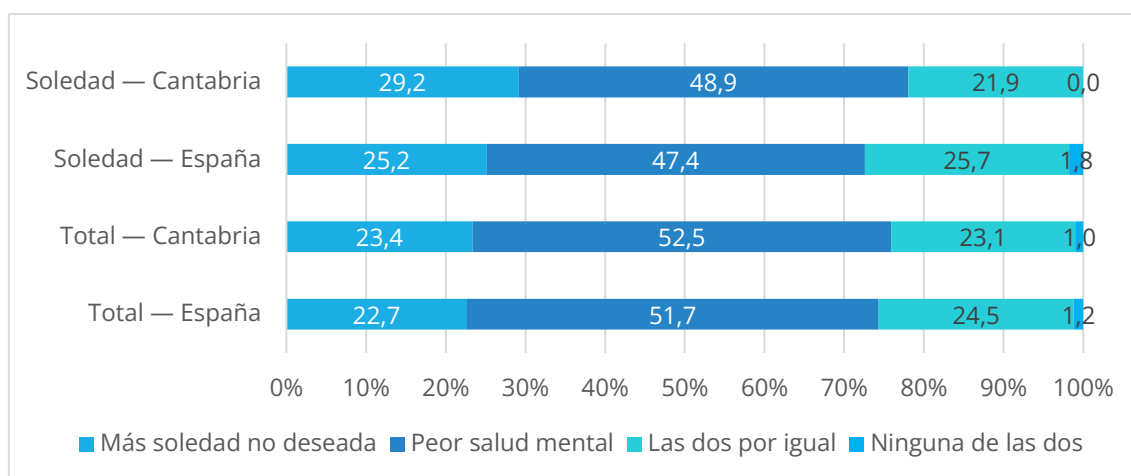
Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P21. En general, ¿hasta qué punto cree que la soledad no deseada y los problemas de salud mental están relacionados entre sí? Número total de respuestas España: 4.056; Cantabria: 396. P-valor estadísticamente significativo para España.

Cantabria reproduce el patrón general de España, aunque entre las personas que ya sienten soledad no deseada aparece una mayor tendencia a interpretar el sufrimiento psicológico también como un factor que intensifica la propia soledad.

El sufrimiento psicológico se asocia principalmente con un deterioro de la salud mental, tanto en Cantabria como en el conjunto de España. En la población total, el **52,5%** de Cantabria considera que el sufrimiento psicológico afecta sobre todo a una peor salud mental, una cifra muy similar a la nacional (**51,7%**).

Entre las personas en situación de soledad, el patrón también es parecido: en Cantabria, el **48,9%** lo vincula principalmente con peor salud mental, frente al **47,4%** en España. No obstante, Cantabria presenta un peso algo mayor de quienes lo relacionan con más soledad no deseada (**29,2%**) que el conjunto nacional (**25,2%**).

Gráfico 44. Percepción de la relación entre el sufrimiento psicológico y la soledad no deseada o la salud mental, Cantabria y España



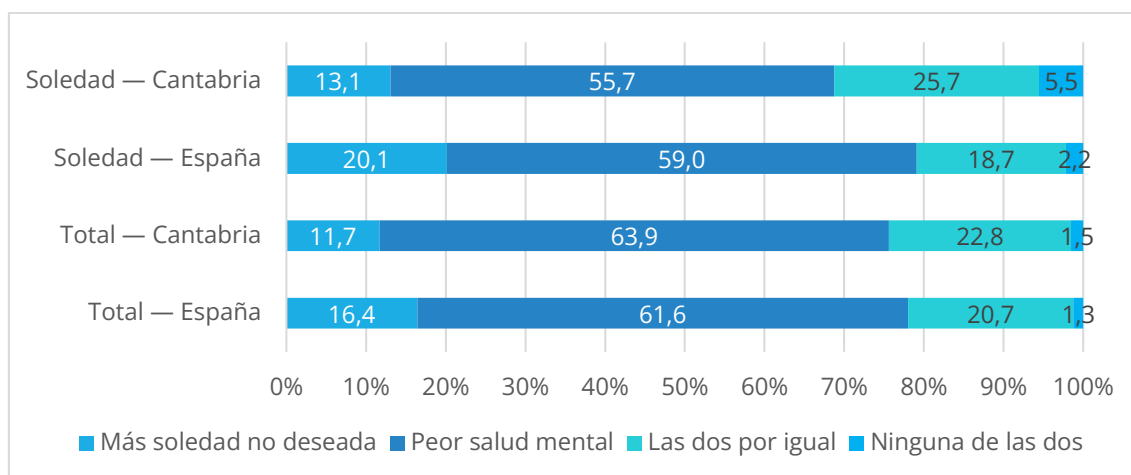
Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P32_1. ¿Diría que el sufrimiento psicológico afecta a tener más soledad no deseada o peor salud mental? Número total de respuestas España: 3.967; Cantabria: 384. P-valor estadísticamente significativo para España.

Para la sociedad cántabra los pensamientos autolesivos o suicidas se interpretan principalmente como una cuestión vinculada a la salud mental, aunque se percibe algo más su impacto combinado sobre salud mental y soledad no deseada, y algo menos su efecto específico sobre el aumento de la soledad.

La diferencia más relevante aparece en la asociación con la soledad no deseada. En Cantabria, el porcentaje de personas que considera que estos pensamientos afectan sobre todo a tener **más soledad no deseada** es menor que en España, tanto en el total de la población (**11,7% frente a 16,4%**) como entre quienes ya se sienten solos/as (**13,1% frente a 20,1%**).

En cambio, Cantabria presenta un mayor peso de quienes consideran que afectan **a ambas dimensiones por igual**. Entre las personas en situación de soledad, esta respuesta alcanza el **25,7%** en Cantabria, frente al **18,7%** en España.

Gráfico 45. Percepción de la relación entre los pensamientos autolesivos o suicidas y la soledad no deseada o la salud mental, Cantabria y España



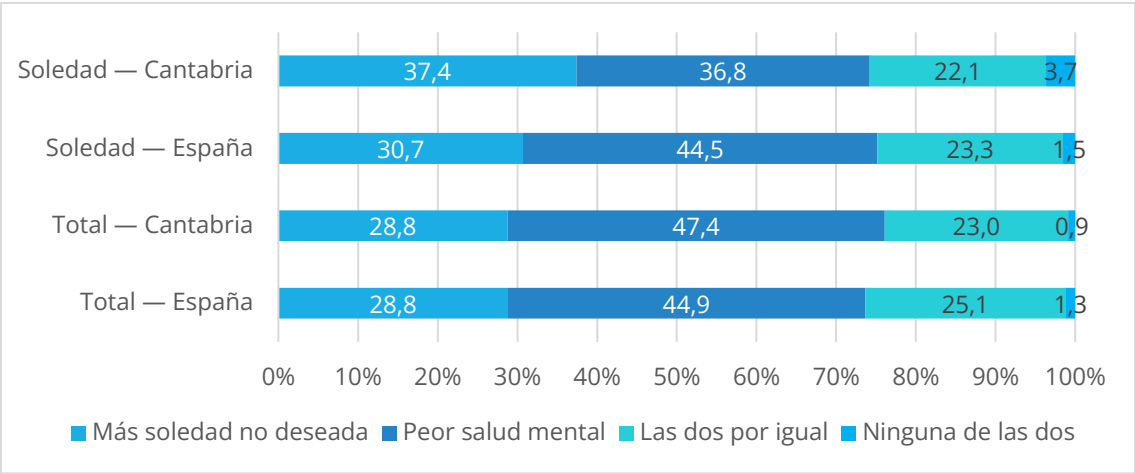
Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P32_2. ¿Diría que los pensamientos autolesivos o suicidas afectan a tener más soledad no deseada o peor salud mental? Número total de respuestas España: 3.942; Cantabria: 380. P-valor estadísticamente significativo para España.

En Cantabria entre quienes ya sienten soledad no deseada el acoso se interpreta más claramente como un factor que puede intensificar la propia soledad. No obstante, al no tratarse de una diferencia estadísticamente significativa, este resultado debe leerse con prudencia.

Los datos muestran que el acoso se percibe principalmente como un factor asociado a una **peor salud mental**, tanto en Cantabria como en España. En el total de la población, esta respuesta alcanza el **47,4%** en Cantabria, ligeramente por encima del dato nacional (**44,9%**), mientras que la asociación con más soledad no deseada es idéntica en ambos territorios (**28,8%**).

La diferencia más relevante aparece entre las personas en situación de soledad. En Cantabria, este grupo vincula en mayor medida el acoso con **más soledad no deseada (37,4%)** que en España (**30,7%**). En cambio, la asociación con peor salud mental es menor en Cantabria (**36,8%**) que en el conjunto nacional (**44,5%**).

Gráfico 46. Percepción de la relación entre el acoso y la soledad no deseada o la salud mental, Cantabria y España

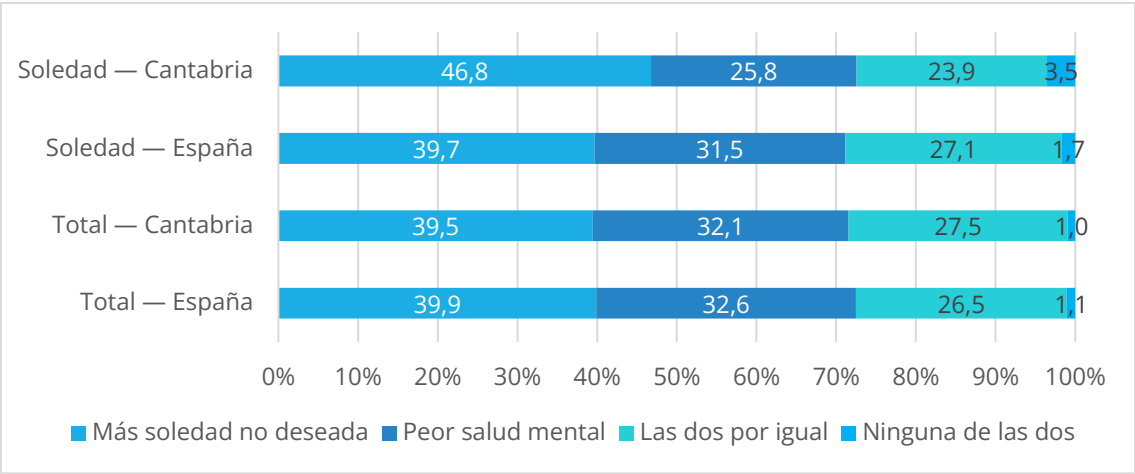


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P32_3. ¿Diría que el acoso afecta a tener más soledad no deseada o peor salud mental? Número total de respuestas España: 3.947; Cantabria: 375. P-valor estadísticamente no significativo.

En Cantabria las personas en situación de soledad la discriminación parece percibirse de forma más directa como un factor que intensifica la propia soledad. No obstante, dado que el contraste no es estadísticamente significativo, estas diferencias deben interpretarse con cautela.

Se puede ver que la percepción prácticamente idéntica entre Cantabria y España en el conjunto de la población. En ambos territorios, la discriminación se asocia en primer lugar con **más soledad no deseada: 39,5% en Cantabria y 39,9% en España**. También son muy similares las respuestas que la vinculan con una **peor salud mental (32,1% y 32,6%, respectivamente)** y con ambas dimensiones por igual.

Gráfico 47. Percepción de la relación entre la discriminación y la soledad no deseada o la salud mental, Cantabria 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; Cantabria: 381. P-valor estadísticamente no significativo.

La diferencia más relevante aparece entre las personas que ya se sienten solas. En Cantabria, este grupo relaciona en mayor medida la discriminación con **más soledad no deseada (46,8%)** que en España (**39,7%**). En cambio, la asociación con peor salud mental es menor en Cantabria (**25,8%**) que en el conjunto nacional (**31,5%**).

10. Conclusiones

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

10.1. Hallazgos clave

► **La soledad no deseada afecta a uno de cada cinco cántabros, con un perfil marcadamente cronificado.**

El **19,0% de la población de Cantabria sufre soledad no deseada**, una cifra ligeramente inferior al promedio nacional (20,2%) y muy similar a la registrada por el Barómetro Soledad España 2024 (20,0%). El rasgo más singular de Cantabria es la **elevada persistencia** del fenómeno: prácticamente la mitad de las personas en situación de soledad (49,5%) llevan cinco o más años en esta situación, y el 70,4% al menos tres años. La soledad reciente (menos de un año) es residual en la comunidad (1,3%), muy por debajo del conjunto de España (10,4%), lo que dibuja un perfil de **soledad más cronificada y con menor entrada de nuevos casos** que el promedio estatal.

► **La accesibilidad universal y los apoyos a la autonomía son condiciones necesarias para reducir la soledad asociada a la discapacidad y la dependencia en Cantabria.**

Los datos de Cantabria muestran que la discapacidad concentra un riesgo relacional y emocional claramente superior, la soledad no deseada alcanza el 28,7% entre las personas con discapacidad, frente al 17,0% entre las personas sin discapacidad, y los problemas de salud mental afectan al 44,1% de las personas con discapacidad, frente al 23,3% de quienes no la tienen. Además, cuando la discapacidad coincide con un diagnóstico clínico de salud mental, prácticamente una de cada dos personas se encuentra en situación de soledad no deseada (45,1%). Aunque el tamaño muestral autonómico aconseja prudencia en la lectura específica de los cruces vinculados a la dependencia, estos resultados apuntan a una conclusión de fondo y es que la prevención de la soledad en Cantabria no puede separarse de las políticas de discapacidad, dependencia, autonomía personal y accesibilidad universal. Reducir barreras físicas, comunicativas, sensoriales, cognitivas, administrativas y de movilidad no es solo una medida de inclusión, sino una condición para que las personas con discapacidad o en situación de dependencia puedan participar en la comunidad, sostener vínculos significativos y acceder a apoyos en igualdad de condiciones.

► **Los problemas de salud mental afectan a más de un cuarto de la población cántabra, por encima de la media nacional.**

El **27,2%** de la población de Cantabria tiene un problema de salud mental (**diagnosticado o no**), 3,2 puntos por encima del promedio nacional (24,0%) y muy alejada del registro del Barómetro 2024 (18,3%). El **19,3%** cuenta con un **diagnóstico médico**, casi seis puntos por encima de la media estatal (13,3%), mientras que la sospecha sin diagnóstico es menor en Cantabria (7,9% frente al 10,6% nacional). Este perfil configura a Cantabria como una comunidad con mayor peso del **diagnóstico clínico formalizado**. Los problemas más frecuentes son la depresión (15,2%) y la ansiedad (13,4%), ambos por encima del promedio nacional. Además, **la percepción social de la evolución es claramente negativa**: el 87,7% considera que la salud mental de la sociedad ha empeorado y el 88,5% que la soledad no deseada ha aumentado, cifras superiores a las nacionales (84,4% y 85,9% respectivamente).

► **La soledad no deseada y la salud mental están estrechamente relacionadas también en Cantabria.**

La prevalencia de la soledad no deseada se multiplica casi por cinco entre las personas con problemas de salud mental, el **45,4%** de quienes tienen un problema (diagnosticado o no) sufren soledad, frente al **9,2%** de quienes no lo tienen, una brecha de 36,2 puntos porcentuales. En sentido inverso, **casi dos de cada tres personas en situación de soledad no deseada (64,8%) presentan problemas de salud mental**, y de ellas el 46,3% cuenta ya con diagnóstico clínico (12 puntos por encima del promedio nacional (34,3%)). Esto sitúa al sistema sanitario cántabro en una **posición privilegiada para la detección precoz de la soledad**, ya que casi la mitad del colectivo en soledad ya está en contacto con él por motivos de salud mental.

► **De manera combinada, más de un tercio de la sociedad cántabra padece problemas de soledad, de salud mental o ambos.**

Solo un **65,1%** de la población cántabra no tiene problemas de salud mental ni de soledad. En cambio, un **34,9%** padece al menos uno de los dos problemas, y una parte significativa de esta población convive con ambos, **el 46,3% de las personas en soledad tienen un diagnóstico clínico de salud mental** y el 18,5% adicional sospecha tenerlo. Esta acumulación de vulnerabilidades es más intensa que en el conjunto del Estado.

► **La relación entre la soledad no deseada y la salud mental va más allá de las tasas de prevalencia.**

En Cantabria, muchos de los factores relacionados con una mayor soledad no deseada también se asocian con una peor salud mental (pobreza, discapacidad, discriminación, vivir solo), generando **trayectorias de acumulación de**

desventajas. El sufrimiento psicológico, los pensamientos autolesivos y la exposición al acoso se disparan cuando coinciden soledad y diagnóstico clínico, el **83,4%** de las personas que combinan ambos factores ha sufrido sufrimiento psicológico y el **43,4%** ha tenido pensamientos autolesivos o suicidas en los últimos 12 meses.

10.2. Implicaciones sociales

► **La sociedad cántabra es plenamente consciente de la relación entre la soledad no deseada y la salud mental.**

El **73,5%** de la sociedad cántabra considera que la salud mental y la soledad no deseada son fenómenos que están bastante o muy relacionados, una cifra prácticamente idéntica a la nacional (73,1%). Esta concienciación adecuada convive, sin embargo, con la **persistencia de estigmas**, la principal barrera para buscar apoyo cuando se siente soledad o malestar emocional sigue siendo la vergüenza o el miedo a ser juzgado, lo que podría implicar que los problemas reales de salud mental sean mayores que los identificados en la encuesta.

► **Las personas que viven solas se encuentran en una situación de especial fragilidad en Cantabria.**

Vivir en un hogar unipersonal duplica la prevalencia de la soledad no deseada en la comunidad con un **31,1% frente al 15,5%** entre quienes viven acompañados. A diferencia del conjunto del Estado, en Cantabria vivir solo también incrementa notablemente los problemas de salud mental (30,5% frente al 26,2% en hogares acompañados), configurando una **brecha mayor que la nacional**. La combinación de vivir solo con un diagnóstico clínico de salud mental dispara la prevalencia de soledad hasta el **69,3%**, casi cinco puntos por encima del promedio estatal (64,6%). Este hallazgo es especialmente relevante en una comunidad con un peso significativo de hogares unipersonales de personas mayores en el medio rural.

► **El estigma social sigue siendo una barrera muy relevante, con una carga real superior a la percibida socialmente.**

El **78,7%** de la población cántabra considera bastante o muy difícil reconocer ante los demás que se tiene un problema de salud mental, y el 63,8% lo considera difícil incluso ante uno mismo, cifras superiores a las nacionales. El 27,2% de la población tiene un problema de salud mental y más de la mitad ha recibido en algún momento apoyo profesional psicológico o medicación. La estigmatización opera como una barrera para la socialización de las personas afectadas, refuerza su aislamiento y dificulta el reconocimiento del problema ante uno mismo y ante el sistema de atención.

► **La calidad y percepción del apoyo social es más determinante que la cantidad de relaciones o la frecuencia del contacto.**

Las personas que perciben contar con suficientes figuras de apoyo presentan una menor soledad y mejor salud mental. La prevalencia de la soledad no deseada pasa del **43,4%** entre quienes declaran no contar con figuras de apoyo al **7,9%** entre quienes cuentan con muchas, una diferencia de 35,5 puntos porcentuales. **No todos los vínculos protegen por igual**, los familiares cercanos y, sobre todo, las amistades son los que muestran la asociación más intensa con menores niveles de soledad. El 74,5% de las personas que nunca tienen contacto con amistades en Cantabria sufre soledad no deseada, cifra muy superior a la nacional (50,9%). Además, cuando existen muchas figuras de apoyo, su efecto protector es especialmente intenso entre las personas con diagnóstico clínico en Cantabria (soledad del 12,6% frente al 22,4% nacional).

► **Los recursos digitales son percibidos de forma especialmente crítica en Cantabria, sobre todo para la salud mental.**

Las redes sociales concentran la valoración más crítica siendo que el **71,0%** considera que empeoran la salud mental (67,5% nacional) y el 50,8% que agravan la soledad. La inteligencia artificial (51,9%) y otras apps (52,5%) también se perciben mayoritariamente como perjudiciales para la salud mental, con cifras superiores a las nacionales. Esta mirada crítica cántabra refuerza la necesidad de promover **una alfabetización digital emocional** y de reforzar los espacios presenciales de encuentro como vía complementaria (y muchas veces preferente) para la construcción de vínculos significativos.

10.3. Dimensión estructural (derechos)

► **La salud mental y la soledad son piezas clave en el círculo de la pobreza y la exclusión, también en Cantabria.**

La prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) es notablemente mayor entre quienes llegan con dificultad a fin de mes (**35,1%**) que entre quienes llegan con facilidad (**24,2%**). Asimismo, la prevalencia de la soledad no deseada es prácticamente el doble entre las personas con dificultades económicas (**27,6%**) que entre las que llegan con holgura (**15,6%**). La combinación de dificultad económica y diagnóstico clínico dispara la soledad hasta el **62,4%**. Un rasgo diferencial de Cantabria es que la holgura económica **protege menos** del diagnóstico clínico que en el conjunto del Estado (17,9% en Cantabria frente al 9,5% nacional), lo que indica que la carga de salud mental afecta a todos los segmentos económicos de la comunidad. En este contexto, la vinculación social y comunitaria emerge como uno de los principales factores protectores debido a la menor brecha económica observada en Cantabria respecto al conjunto del Estado (12,0 frente a 16,8 puntos) apunta a la existencia de redes familiares, vecinales y asociativas que amortiguan parcialmente el impacto de las dificultades económicas sobre la vivencia

subjetiva de la soledad. Preservar y reforzar ese tejido relacional es, por tanto, una prioridad de política pública tan relevante como la propia mejora de las condiciones materiales de vida.

► **La discapacidad es un factor de vulnerabilidad especialmente intenso en Cantabria, sobre todo en su cruce con la salud mental.**

La prevalencia de la soledad no deseada entre las personas con discapacidad en Cantabria alcanza el **28,7%**, frente al 17,0% entre las personas sin discapacidad. La **carga de salud mental es todavía más marcada** ya que el 44,1% de las personas con discapacidad declara tener problemas de salud mental (diagnosticados o no), frente al 23,3% de las personas sin discapacidad. Esta brecha (20,8 puntos porcentuales) es notablemente más amplia que la nacional (13,1 puntos), configurando a Cantabria como uno de los territorios donde la intersección discapacidad-salud mental es más intensa. Cuando ambas condiciones coinciden, prácticamente **una de cada dos personas** con discapacidad y diagnóstico clínico se encuentra en situación de soledad no deseada (45,1%). Estos resultados no deben interpretarse como un efecto directo de la discapacidad ya que **no es la discapacidad en sí misma la que explica los problemas de salud mental o la soledad no deseada, sino, en gran medida, los factores sociales, como ya vimos, asociados a ella**, como la falta de accesibilidad, las barreras del entorno, el estigma o la exclusión social, el prejuicio, el desconocimiento, etc. que limitan la participación social y dificultan la construcción y el mantenimiento de vínculos significativos.

Precisamente por ello, la vinculación comunitaria opera como el principal contrapeso a esas barreras. Las entidades representativas de la discapacidad desempeñan aquí un papel estructural de primer orden. Además de su función de representación y defensa de derechos, constituyen espacios estables de pertenencia, participación y apoyo mutuo que generan vínculos significativos allí donde el entorno los dificulta. Su labor de acompañamiento, apoyo entre pares, promoción de la vida independiente y sensibilización frente al estigma las convierte en agentes clave de prevención de la soledad no deseada, y aconseja incorporarlas de forma explícita como interlocutoras y como parte del dispositivo de respuesta en las políticas autonómicas de soledad y salud mental.

► **Los problemas de salud mental afectan más a las mujeres, pero la brecha de género es más estrecha en Cantabria que en el conjunto del Estado.**

El **19,9%** de las mujeres cántabras se encuentra en situación de soledad no deseada, frente al 18,0% de los hombres (brecha de solo 1,9 puntos, muy inferior a los 6,6 puntos nacionales). En salud mental, el 30,1% de las mujeres cántabras tiene un problema (diagnosticado o no), cifra idéntica a la nacional, frente al 23,6% de los hombres cántabros, 6,6 puntos por encima del promedio estatal masculino (17,0%). Esta particularidad indica que la **mayor carga global de salud mental en Cantabria se explica en buena medida por la situación masculina**, lo que sugiere la necesidad de reforzar las políticas de prevención y atención a la salud

mental específicamente dirigidas a los hombres cántabros. Entre las mujeres con diagnóstico clínico, la prevalencia de la soledad alcanza el 50,5%, frente al 38,8% entre los hombres. Este refuerzo no debería limitarse al ámbito clínico, ya que la evidencia disponible señala la utilidad de estrategias de vinculación comunitaria (espacios asociativos, deportivos, vecinales y de apoyo entre iguales) capaces de llegar a perfiles masculinos con menor propensión a la búsqueda de ayuda profesional y de generar entornos relacionales de proximidad

► **La discriminación está claramente relacionada con la soledad y la salud mental, con una intensidad especialmente marcada en Cantabria.**

La prevalencia de la soledad no deseada entre las personas que han sufrido discriminación en el último año es del **50,1%**, más de tres veces superior a la observada entre quienes no la han sufrido (15,3%). La combinación de discriminación y diagnóstico clínico de salud mental dispara la soledad hasta el **80,5%** en Cantabria, muy por encima del promedio nacional (69,4%). Además, la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas LGTBI+ en Cantabria (**36,4%**) duplica la observada entre la población heterosexual (17,9%), con una brecha incluso más amplia que la nacional. Estos datos convierten la **lucha contra la discriminación en un asunto de salud pública** también en el ámbito autonómico. Frente al efecto aislante del estigma, la pertenencia a redes y entidades de referencia siempre actúa como factor protector ya que las organizaciones representativas de la discapacidad, junto con las entidades LGTBI+ y del tercer sector social, ofrecen entornos seguros de reconocimiento y apoyo entre pares que contrarrestan la ruptura de vínculos asociada a las experiencias de discriminación. Reforzar su capacidad y su articulación con los servicios públicos es una vía directa para reducir la soledad no deseada en los colectivos más expuestos al estigma.

► **Existe un déficit relevante de recursos y de atención efectiva, con un modelo asistencial especialmente medicalizado en Cantabria.**

Más de la mitad de la población cántabra (**53,3%**) nunca ha acudido a atención profesional de salud mental, cifra ligeramente superior a la nacional (50,8%). El consumo actual de medicación relacionada con la salud mental es notablemente mayor en Cantabria (**18,6%** en la última semana, frente al 14,2% nacional), lo que configura un **perfil más medicalizado**. Al mismo tiempo, **casi un tercio (32,6%) de las personas con un diagnóstico clínico de salud mental en Cantabria no recibe ningún tipo de apoyo** (ni psicológico ni farmacológico), casi 8 puntos por encima del promedio nacional (24,7%). Cuando reciben apoyo, en Cantabria predomina la **combinación de apoyo psicológico y medicación** (38,3%) sobre la medicación aislada (19,3%), un patrón más integrado que el estatal, pero la brecha de cobertura entre personas diagnosticadas es más amplia. Además, el 72,1% de las personas que sospechan tener problemas sin diagnóstico no reciben ningún apoyo, y el consumo de medicación sin apoyo psicológico en este colectivo casi duplica la cifra nacional (18,2% frente al 10,1%), lo que apunta a un **riesgo de automedicación** que

debe ser vigilado. Las listas de espera y el coste económico se mantienen como principales barreras para acceder al apoyo profesional. Este perfil medicalizado refuerza la pertinencia de complementar la respuesta sanitaria con un tercer pilar de carácter relacional y comunitario, orientado a la reconstrucción de vínculos, la prescripción social, grupos de apoyo mutuo, acompañamiento de proximidad y colaboración estable con el tejido asociativo, en el que las entidades representativas de la discapacidad cuentan con una experiencia consolidada y una capilaridad territorial especialmente valiosa en una comunidad con alta dispersión geográfica y fuerte presencia de medio rural.

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., Chhaphia, 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., & Ränggård, 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 D. Perlman & A. Vangelisti (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>
- Gorenko, J. A., Moran, C., Flynn, M., Dobson, K., & Konnert, C. (2021). Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. *Journal of Applied Gerontology*, 40(1), 3-13. <https://doi.org/10.1177/0733464820958550>
- Gunnes, M., Løe, I.-C., & Kalseth, J. (2024). Exploring the impact of information and communication technologies on loneliness and social isolation in community-dwelling older adults: A scoping review of reviews. *BMC Geriatrics*, 24(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04837-1>
- Hawkey, 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>
- 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>
- Kim, M., Lee, S., Kim, S., Heo, J., Lee, S., Shin, Y.-B., Cho, C.-H., & Jung, D. (2025). Therapeutic Potential of Social Chatbots in Alleviating Loneliness and Social

- Anxiety: Quasi-Experimental Mixed Methods Study. *Journal of Medical Internet Research*, 27(1), e65589. <https://doi.org/10.2196/65589>
- Lei, X., Matovic, D., Leung, W.-Y., Viju, A., & Wuthrich, V. M. (2024). The relationship between social media use and psychosocial outcomes in older adults: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 36(9), 714-746. <https://doi.org/10.1017/S1041610223004519>
 - 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>
 - Li, J., Erdt, M., Chen, L., Cao, Y., Lee, S.-Q., & Theng, Y.-L. (2018). The Social Effects of Exergames on Older Adults: Systematic Review and Metric Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 20(6), e10486. <https://doi.org/10.2196/10486>
 - 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., Hawkey, 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>
 - Matthews, T., Arseneault, L., Bryan, B. T., Fisher, H. L., Gray, R., Henchy, J., Moffitt, T. E., & Odgers, C. L. (2025). Social media use, online experiences, and loneliness among young adults: A cohort study. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1548(1), 194-205. <https://doi.org/10.1111/nyas.15370>
 - Merrill Jr., K., Mikkilineni, S. D., & Dehnert, M. (2025). Artificial intelligence chatbots as a source of virtual social support: Implications for loneliness and anxiety management. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1549(1), 148-159. <https://doi.org/10.1111/nyas.15400>
 - Nowland, R., Necka, E. A., & Cacioppo, J. T. (2018). Loneliness and Social Internet Use: Pathways to Reconnection in a Digital World? *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), 70-87. <https://doi.org/10.1177/1745691617713052>
 - Nuyen, J., Tuithof, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Kleinjan, M., & Have, M. ten. (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). (2024). *Barómetro de la soledad no deseada en España 2024*. Fundación ONCE; Fundación AXA.
 - Pearce, E., Birken, M., Pais, S., Tamworth, M., Ng, Y., Wang, J., Chipp, B., Crane, E., Schlieff, 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 *Personal Relationships: 3. Relationships in Disorder* (pp. 31-56). Academic Press.
 - Petersen, B., Khalili-Mahani, N., Murphy, C., Sawchuk, K., Phillips, N., Li, K. Z. H., & Hebblethwaite, S. (2023). The association between information and communication technologies, loneliness and social connectedness: A scoping review. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1063146>
 - Rietdijk, J., van Os, J., Graaf, R. de, Delespaul, Ph., & Gaag, M. van der. (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](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
 - Schwaba, T., & Bleidorn, W. (2021). Log on and Prosper? Little Evidence for Codevelopment Between Psychological Adjustment and Technology Use in Older Adulthood. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(1), 67-77. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa073>
 - Szabo, A., Allen, J., Stephens, C., & Alpass, F. (2019). Longitudinal Analysis of the Relationship Between Purposes of Internet Use and Well-being Among Older Adults. *The Gerontologist*, 59(1), 58-68. <https://doi.org/10.1093/geront/gny036>

- Thangavel, G., Memedi, M., & Hedström, K. (2022). Customized Information and Communication Technology for Reducing Social Isolation and Loneliness Among Older Adults: Scoping Review. *JMIR Mental Health*, 9(3), e34221. <https://doi.org/10.2196/34221>
- 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, *Loneliness and Social Isolation in Old Age* (1.ª ed., pp. 3-12). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003289012-2>
- VanderWeele, T. J., Hawkey, 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.