

Estudio sobre

Soledad no deseada y salud mental en España 2026



Un estudio realizado por Fundación ONCE y Fundación AXA



Elaborado con la asistencia técnica de:



Índice

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. Objetivo General.....	10
2.2. Objetivos Específicos	11
3. METODOLOGÍA.....	12
3.1. Análisis de la literatura	12
3.2. Encuesta soledad no deseada y salud mental.....	13
3.2.1. Cuestionario	13
3.2.2. Definición operativa de la soledad no deseada	15
3.2.3. Alcance y muestra	16
3.2.4. Limitaciones metodológicas	18
4. MARCO INTERPRETATIVO	20
4.1. Qué entendemos por soledad no deseada.....	20
4.2. Tipos de soledad.....	23
4.3. Qué entendemos por salud mental en este estudio	24
4.4. Relación entre soledad no deseada y salud mental.....	25

5. PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA SOLEDAD NO DESEADA Y LA SALUD MENTAL	30
5.1. Prevalencia y evolución reciente de la soledad no deseada	31
5.2. Prevalencia y evolución reciente de la salud mental.....	38
6. SOLEDAD NO DESEADA Y SALUD MENTAL	49
6.1. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental	51
6.2. Experiencias previas de soledad y salud mental.....	55
6.3. Duración de las experiencias de soledad	60
6.4. Soledad y salud mental por sexo y edad	62
6.5. Malestar psicológico, pensamientos autolesivos y otras experiencias de vulnerabilidad	65
7. FACTORES ASOCIADOS Y ÁMBITOS ESPECÍFICOS DE VULNERABILIDAD.....	69
7.1. Factores sociodemográficos y económicos	71
7.2. Discapacidad, dependencia y salud mental.....	77
7.3. Entornos digitales, redes sociales e inteligencia artificial	84
8. APOYOS, RELACIONES SOCIALES Y BÚSQUEDA DE AYUDA.....	90
8.1. Redes de apoyo y relaciones sociales.....	92
8.2. Atención profesional y medicación	97
8.3. Estrategias de búsqueda de apoyo y barreras para acceder a la ayuda	105
8.3.1. Estrategias de búsqueda de apoyo	105
8.3.2. Barreras para acceder a ayuda.....	107

9. PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA SALUD MENTAL Y DE LA SOLEDAD NO DESEADA.....	113
9.1. Evolución percibida de la salud mental y la soledad	114
9.2. Relación percibida entre ambos fenómenos.....	115
10. ANÁLISIS MULTIVARIANTE.....	121
10.1. Introducción.....	121
10.2. Metodología.....	122
10.2.1. Modelo : Regresión logística multinomial.....	122
10.2.2. Variables del modelo	123
10.3. Relación entre soledad y salud mental	125
10.4. Conclusión multivariante	128
11. CONCLUSIONES	131
11.1. Hallazgos clave.....	132
11.2. Implicaciones sociales	133
11.3. Dimensión estructural (derechos).....	135
12.RECOMENDACIONES.....	139
12.1. Políticas públicas y sistemas de atención.....	140
12.2. Comunidad e interacción social.....	144
12.3. Prevención.....	148
13.BIBLIOGRAFÍA	152

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 en 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, 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 estrechamente vinculado al ejercicio efectivo de derechos. Desde esta perspectiva, la posibilidad de mantener relaciones significativas, participar en la comunidad y desarrollar una vida social plena forma parte del derecho a la inclu-



sión social y a la vida independiente recogido en la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Cuando estas condiciones no se garantizan, la soledad no deseada puede interpretarse como una expresión de desigualdad estructural que limita la participación y el bienestar de las personas.

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.

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 Salud¹. 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, de la sociedad en su conjunto, que tiene efectos en todos los ámbitos, desde la salud física, hasta el ámbito laboral, pasando por supuesto por la soledad no deseada.

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 de la soledad no deseada en España 2024. 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.

1. Organización Mundial de la Salud (2025), 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 con la pobreza o la discapacidad, nos invitan a repensar cuestiones como la equidad en la sociedad desde una perspectiva de interseccionalidad que debe ser tomada en cuenta desde el punto de vista de los derechos. Las personas con discapacidad o en situación de pobreza tienen muchas más posibilidades de encontrarse en una situación de soledad no deseada, padecer peor salud mental, lo que repercute negativamente sobre su empleabilidad, favoreciendo con ello su pobreza y derivando nuevamente en una mayor exclusión.

Por otra parte, **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 nuestro país, con la vista en **proponer políticas y acciones** orientadas a la mejora de la situación. Esto tiene lugar en un contexto muy propicio, con elaboración de la Estrategia Nacional de lucha contra la Soledad y el Proyecto de ley de reforma de las leyes de discapacidad y Dependencia.

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 de la soledad no deseada en España 2024, con el fin de obtener resultados comparables en la encuesta realizada que permitan una comparación para estudiar la evolución de ambos fenómenos entre 2024 y 2026.

A continuación, se exponen los principales **resultados de soledad en España**, comparando la evolución con los resultados del barómetro de 2024. Esta comparación muestra la prevalencia de la soledad a nivel general y la detalla por sexo y grupo de edad. Posteriormente, se lleva a cabo una presentación similar de los resultados sobre la situación **de la salud mental en España**, realizando igualmente una comparativa con los datos de 2024 para mostrar la evolución en este fenómeno.

Esta presentación de la situación de la soledad no deseada y la salud mental en España 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 desde diferentes perspectivas, como la educación, los ingresos, la salud, la discapacidad, la dependencia, el tamaño del municipio o el uso de la tecnología.

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.

Como cierre de la presentación de resultados se muestra un **análisis multivariante** para profundizar en las relaciones entre la soledad y la salud mental, llevado a cabo a través de un análisis detallado de los datos obtenidos en la encuesta.

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.

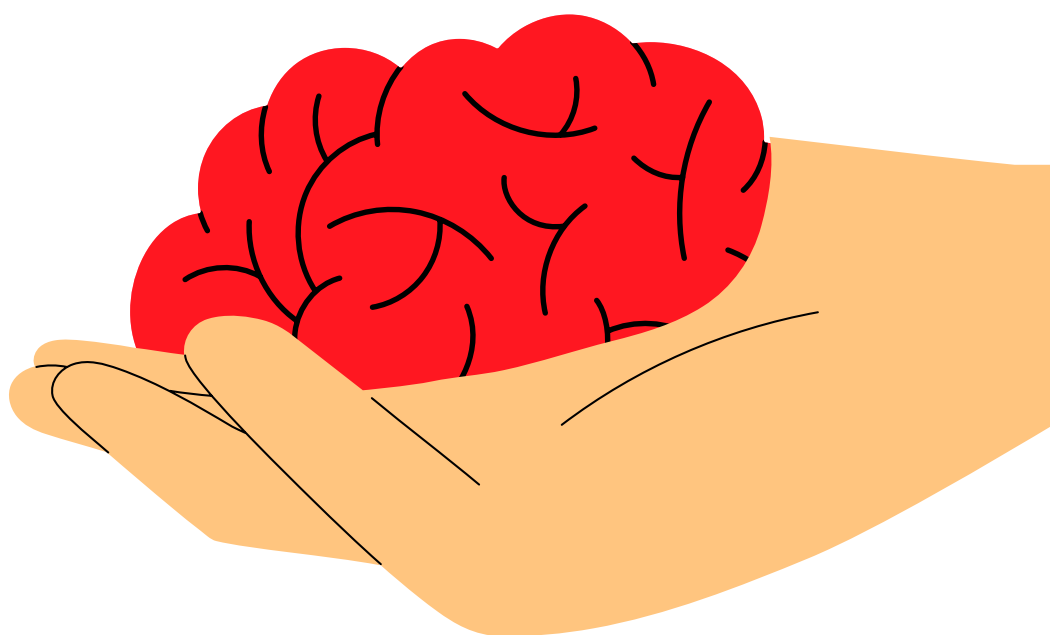
2.

Objetivos

2.1. Objetivo general

El objetivo general del estudio es

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



2.2. Objetivos específicos

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

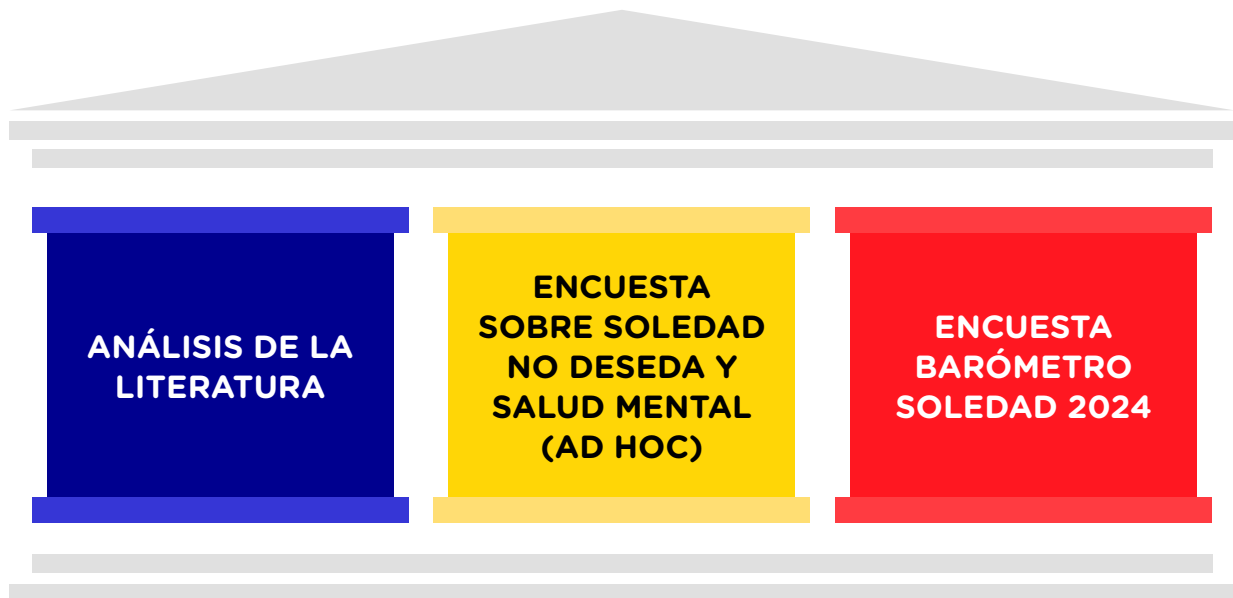
- **Conocer la percepción ciudadana de la salud mental y la soledad no deseada** en cuanto a las relaciones existentes entre ambas, importancia social de estas causas, opinión sobre las instituciones y políticas relacionadas, etc.
- **Cuantificar la prevalencia de la soledad no deseada según situaciones y estados de salud mental,** y perfiles sociodemográficos de población.
- **Cuantificar prevalencia de problemas de salud mental** para diversos perfiles sociodemográficos de población
- **Identificar factores de riesgo y protección** con impacto en el estado de salud mental, con especial énfasis es 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.



3.

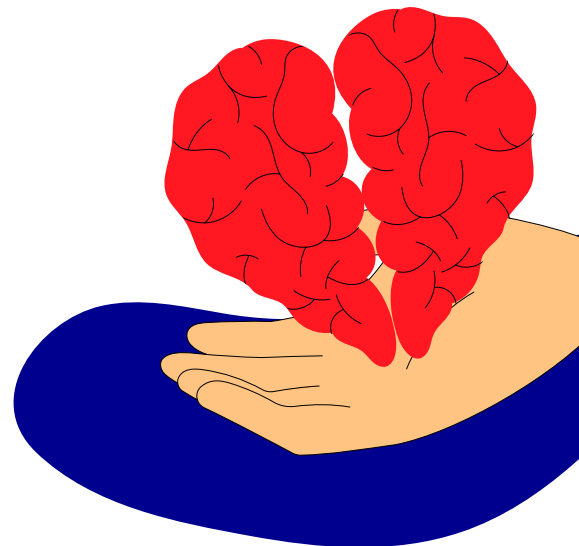
Metodología

La metodología del Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España se sustenta sobre tres pilares:



3.1. Análisis de la literatura

El análisis de la literatura constituye el punto de partida de este estudio. Este análisis ha sido fundamental para diseñar la encuesta, delimitando las áreas clave de la relación entre la soledad no deseada y la salud mental, contribuyendo a un adecuado diseño de las preguntas. Además, la literatura ha sido clave para profundizar en el análisis de los resultados de la encuesta, ayudando a su explicación.



3.2. Encuesta soledad no deseada y salud mental

La encuesta sobre soledad no deseada y salud mental constituye la base del estudio. Para ello se utilizó un cuestionario ad hoc tipo CATI (Computer Assisted Telephone Interview) a población mayor de 18 años en España. El trabajo de campo se realizó entre el 12 de marzo de 2026 y el 20 de abril de 2026 con una duración de 12 minutos.

3.2.1. Cuestionario

Bloque 1. Identificación y medición de la soledad

- Edad y género.
- Frecuencia del sentimiento de soledad mediante pregunta directa.
- Indicadores complementarios: falta de compañía, sentimiento de exclusión y aislamiento.
- Construcción de la variable sintética de soledad no deseada.

Bloque 2. Datos sociodemográficos

- Comunidad autónoma, provincia y municipio de residencia.
- Orientación sexual.
- Nivel educativo alcanzado.
- Tamaño del hogar.
- Situación económica percibida del hogar.

Bloque 3. Discapacidad y dependencia

- Reconocimiento de grado de dependencia.
- Reconocimiento de grado de discapacidad.
- Pensión por incapacidad permanente.
- Construcción de variable de discapacidad.

Bloque 4. Incidencia y trayectoria de la soledad

- Duración de la situación de soledad actual.
- Experiencias previas de soledad no deseada.
- Motivo principal de la soledad actual o pasada.

Bloque 5. Salud mental

- Percepción sobre la evolución de la salud mental y la soledad no deseada en la sociedad.
- Relación percibida entre soledad no deseada y salud mental.
- Dificultad para identificar y reconocer problemas de salud mental.
- Estado de salud mental autopercebido en los últimos 12 meses.
- Uso actual o pasado de apoyo profesional.
- Diagnóstico médico actual o pasado de salud mental.
- Presencia de diagnóstico de salud mental en el hogar.
- Experiencias de sufrimiento psicológico, pensamientos autolesivos o suicidas, acoso y discriminación y su relación con la soledad o la salud mental
- Búsqueda de apoyo ante soledad o malestar emocional.
- Barreras para buscar o recibir apoyo.
- Consumo de medicación relacionada con salud mental.

Bloque 6. Relaciones sociales

- Frecuencia de contacto con familiares cercanos no convivientes.
- Frecuencia de contacto con otros familiares.
- Frecuencia de contacto con amistades.
- Frecuencia de contacto con vecinos/as.
- Disponibilidad de personas de apoyo ante problemas emocionales, económicos, de cuidados o gestiones.

Bloque 7. Digital

- Uso de internet, redes sociales, inteligencia artificial y aplicaciones móviles ante problemas emocionales o necesidad de compañía.
- Percepción del efecto de las fuentes digitales sobre la soledad no deseada.
- Percepción del efecto de las fuentes digitales sobre la salud mental.

3.2.2. 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:

- 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”.
- 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 ($3+3+3=9$).

3.2.3. Alcance y muestra

La investigación se ha basado en una encuesta con muestra representativa de 4.100 personas con 18 y más años. Para garantizar un análisis más exhaustivo en determinadas regiones, se ha establecido una muestra de 400 personas en cada una de las siguientes Comunidades Autónomas y provincias: Andalucía, Islas Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Madrid, Bizkaia y Gipuzkoa. En estos territorios, se ha realizado una segunda fase de muestreo, en la que se cruza el sexo (hombre y mujer) y los grupos de edad (18 - 29; 30 - 44; 45 - 64; y 65 y más), asegurando que la estructura de la muestra corresponde a la población real de cada Comunidad Autónoma o provincia. Además, se ha determinado el número de personas en la muestra según el tamaño del hábitat, dividiéndola en grupos en función del tamaño de las poblaciones existentes en dicho territorio.

Por su parte, el resto de la muestra (500 unidades) se ha distribuido entre las demás Comunidades Autónomas y provincias en proporción a la población existente en cada región. Siempre que ha sido posible, se ha aplicado una subdivisión por edad utilizando los mismos grupos establecidos anteriormente. Así, se han quedado fuera de esa subdivisión muestral la Comunidad Foral de Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla al no alcanzar un número mínimo de muestra total, no se establecieron cuotas de ningún tipo en estos territorios.

Para la definición de la muestra y de cada uno de sus estratos, se han utilizado los datos más actualizados proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), tomando como referencia el censo anual de población por Comunidades Autónomas, provincias y municipios de 2023.

El método de Encuestación ha sido CATI (Computer-Assisted Telephone Interviewing), por lo que la selección de la unidad muestral final se ha realizado mediante un muestreo aleatorio simple de marcación incluyendo tanto números fijos —que permiten identificar el territorio— como números móviles, en aplicación de las cuotas establecidas en el diseño muestral.

En la siguiente tabla se presenta el margen de error asociado a la muestra total y a distintas variables de cruce consideradas en el análisis, como sexo, edad, discapacidad salud mental y combinaciones entre sexo y edad.

Tabla 1 margen de error

Categorías	Muestra	Margen de error (+ %)
Total muestra + 18 años	4.100	±1,5%
Soledad	727	±3,6%
Diagnostico Salud mental	518	±4,3%
Problemas de salud mental con o sin diagnostico	908	±3,3%
Hombres	1.947	±2,2%
Mujeres	2.151	±2,1%
Discapacidad	398	±4,9%
18-24	210	±6,8%
25-34	687	±3,7%
35-44	645	±3,9%
45-54	757	±3,6%
55-64	763	±3,5%
65-74	646	±3,9%
75 y más	392	±5,0%
Hombres 18-24	99	±9,8%
Hombres 25-34	357	±5,2%
Hombres 35-44	322	±5,5%
Hombres 45-54	363	±5,1%
Hombres 55-64	356	±5,2%
Hombres 65-74	297	±5,7%
Hombres 75 y más	153	±7,9%
Mujeres 18-24	111	±9,3%
Mujeres 25-34	328	±5,4%
Mujeres 35-44	323	±5,5%
Mujeres 45-54	394	±4,9%
Mujeres 55-64	407	±4,9%
Mujeres 65-74	349	±5,2%
Mujeres 75 y más	239	±6,3%

Los resultados muestrales obtenidos en el trabajo de campo resultaron en 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 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, en algunos casos se incluyó el género, siempre aplicando factores que no supusieran una elevación excesiva, tanto a nivel nacional como a nivel territorial. En el caso de las Comunidades Autónomas y provincias sin estudios propio, en general se ha utilizado un factor de ponderación único por territorio, ya que no contaban con muestra suficiente por edad y nivel educativo. Gracias a este proceso de ponderación, se garantiza que la muestra obtenida es representativa del universo poblacional, asegurando así que los resultados sean fiables y extrapolables.

Por otro lado, es necesario aclarar que en algunos casos las muestras indicadas en las diferentes categorías de los diferentes gráficos y tablas mostrados en el análisis pueden variar dependiendo del número de respuestas obtenidas finalmente.

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

Por último, 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, 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 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.



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 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 a 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), 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 claro 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 no pueden ser tan eficaces para abordar 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)



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 o persistente, 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 puede confiar sus preocupaciones y sentimientos personales y está acompañado 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 la 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” (Etema 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).

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 de la soledad no deseada en España 2024 y persigue el propósito de facilitar el análisis. 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)?

1. Ns/Nc (no leer)
2. No, y no tengo problemas con mi salud mental
3. No, aunque creo tener problemas con mi salud mental
4. Sí, tengo un diagnóstico médico de salud mental

4.4. Relación entre soledad no deseada y salud mental

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

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

Varios estudios, incluyendo estudios longitudinales, muestran que **la soledad no deseada es un factor de riesgo para la emergencia de problemas de salud mental** (Cacioppo, Hughes, et al., 2006). Una revisión sistemática de la literatura concluye que sentir soledad no deseada de manera frecuente, intensa e persistente puede aumentar el riesgo de experimentar problemas de salud mental (Leigh-Hunt et al., 2017). El aislamiento social y la soledad pueden provocar pensamientos negativos, bajo estado de ánimo y deterioro de la salud mental, lo que puede impedir que las personas accedan al apoyo de

otros que podría ayudarlas a mantenerse bien (Birken et al., 2023). Las emociones negativas generadas por la soledad no deseada son un factor de riesgo para la depresión (Erzen & Çikrikci, 2018). La soledad aumenta la vigilancia ante amenazas sociales, lo que altera la atención y la memoria hacia señales negativas, incrementa la rumiación, o dudas sobre uno mismo, alimentando estados depresivos o de ansiedad (Hawkley & Cacioppo, 2010). Otros problemas generados por la soledad no deseada incluyen el abuso de sustancias como el alcohol para evitar los sentimientos angustiantes asociados con la soledad (Ingram et al., 2020). La soledad persistente tiene un impacto negativo también en la salud general que resulta más intenso que el de la soledad transitoria (Martín-María et al., 2020).

Los problemas de salud mental también pueden generar soledad no deseada.

Los problemas de salud mental puede 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, la reducción del tamaño de la red social, predice la soledad, lo que aumenta 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 mentales 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 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.

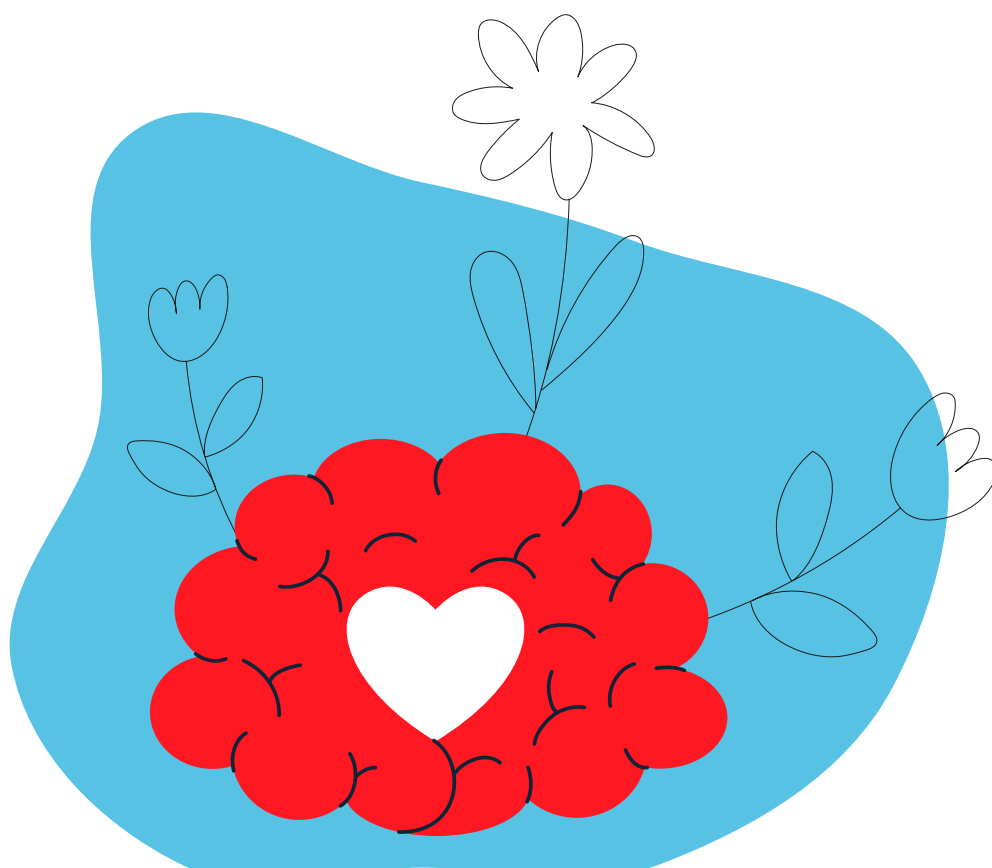
En personas con problemas diagnosticados graves de salud mental, el alto nivel de soledad no deseada predice peor auto percepciones de salud mental y un frecuencia aumentada de síntomas (Jenkins et al., 2023). Una revisión sistemática de la literatura muestra que las personas con depresión que perciben 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:



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.

5.

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

En este capítulo se muestra la incidencia de dos fenómenos clave estudiados en profundidad en este informe: la soledad no deseada y salud mental. Esta descripción de la incidencia se lleva a cabo a demás realizando una comparación con los datos del [Bárometro de Soledad No Deseada de 2024](#), mostrando con ello la evolución de ambos fenómenos entre 2024 y 2026.



5.1. Prevalencia y evolución reciente de la soledad no deseada

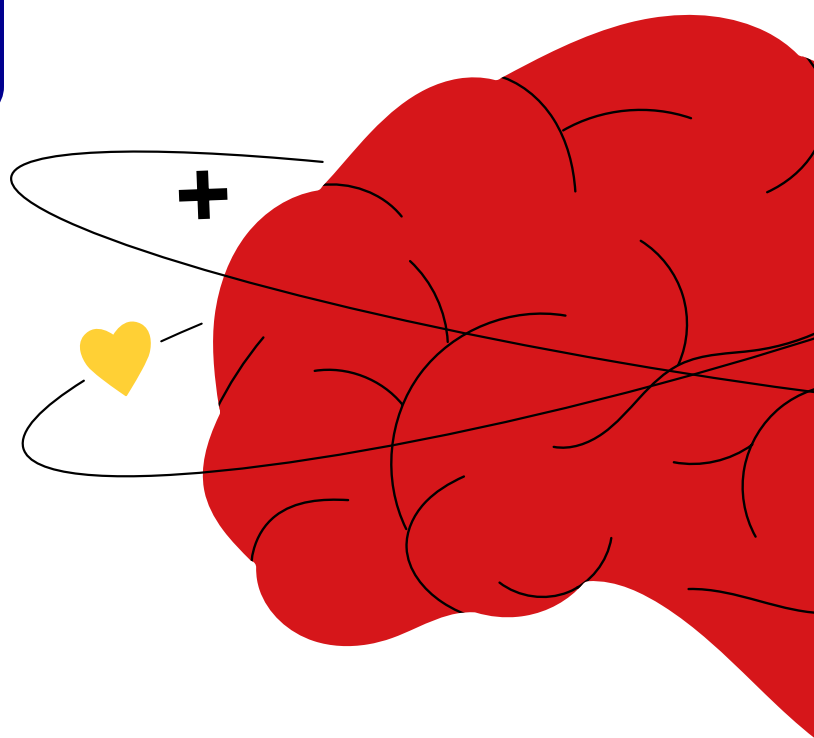
La prevalencia de la soledad no deseada no ha variado entre 2024 y 2026, situándose en el **20% de la población**.

La soledad ha disminuido en hombres, del 18% al 16,6%, y **aumentado entre mujeres**, del 21,8% al 23,2%, incrementándose la brecha de género.

Por edad, **la soledad se ha reducido entre la juventud** e incrementado especialmente en el grupo de 35 a 44 años.

Los diferentes factores que explicaban la soledad en 2024 siguen siendo relevantes en 2026, como nivel de estudios, situación económica, tipo de hogar, discapacidad u orientación sexual.

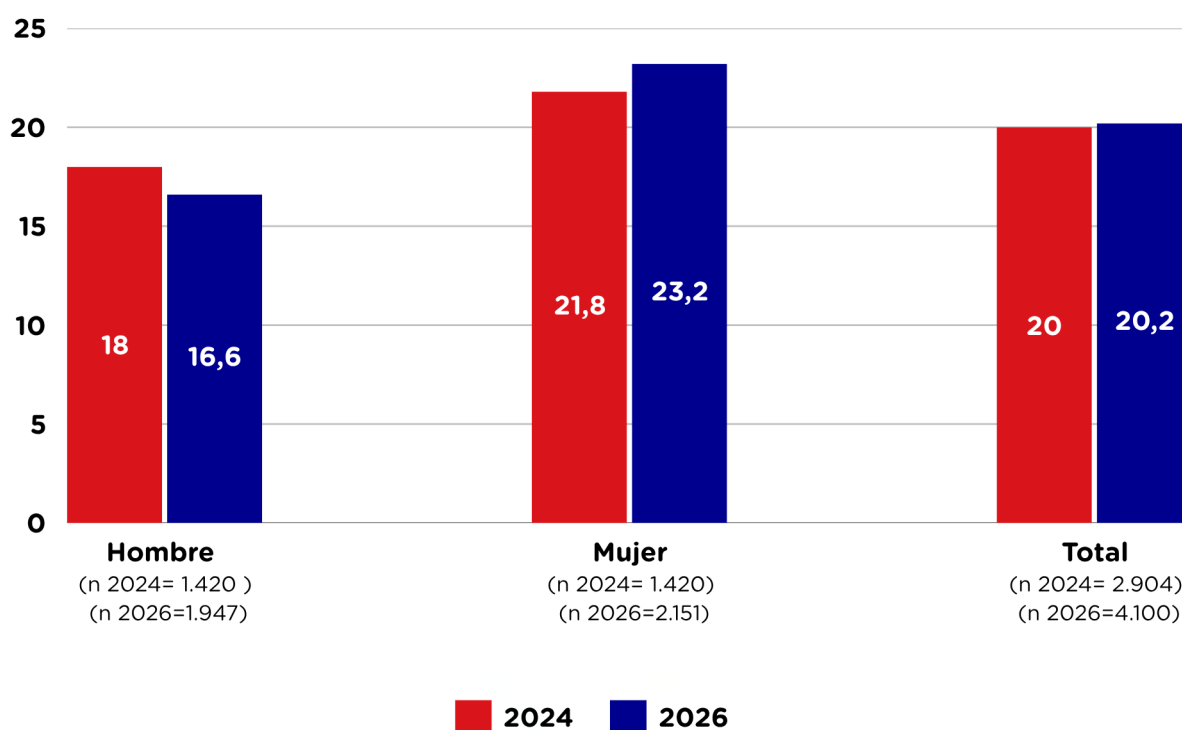
La mayoría de estas variables no experimentan grandes cambios entre 2024 y 2026, a excepción del nivel de estudios: disminuye la soledad entre las personas con nivel educativo bajo y se incrementa entre las de nivel educativo alto.



La prevalencia de la soledad no deseada en 2026 se sitúa en el 20,2% de la población, cifra prácticamente idéntica a la observada hace dos años, del 20,0% en 2024. A pesar de esta continuidad para el conjunto de la población, se observa una evolución diferente según el perfil sociodemográfico.

La soledad no deseada está mucho más extendida entre mujeres que entre hombres. Por sexo, la prevalencia de la soledad no deseada entre hombres ha disminuido del 18% al 16,6%, mientras que entre mujeres se ha incrementado del 21,8% al 23,2%. De esta manera, la diferencia entre ambos sexos ha crecido de 3,8 puntos porcentuales en 2024 a 6,6 puntos en 2026.

Gráfico 1. Prevalencia de la soledad no deseada por sexo, 2024 y 2026²



Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo³.

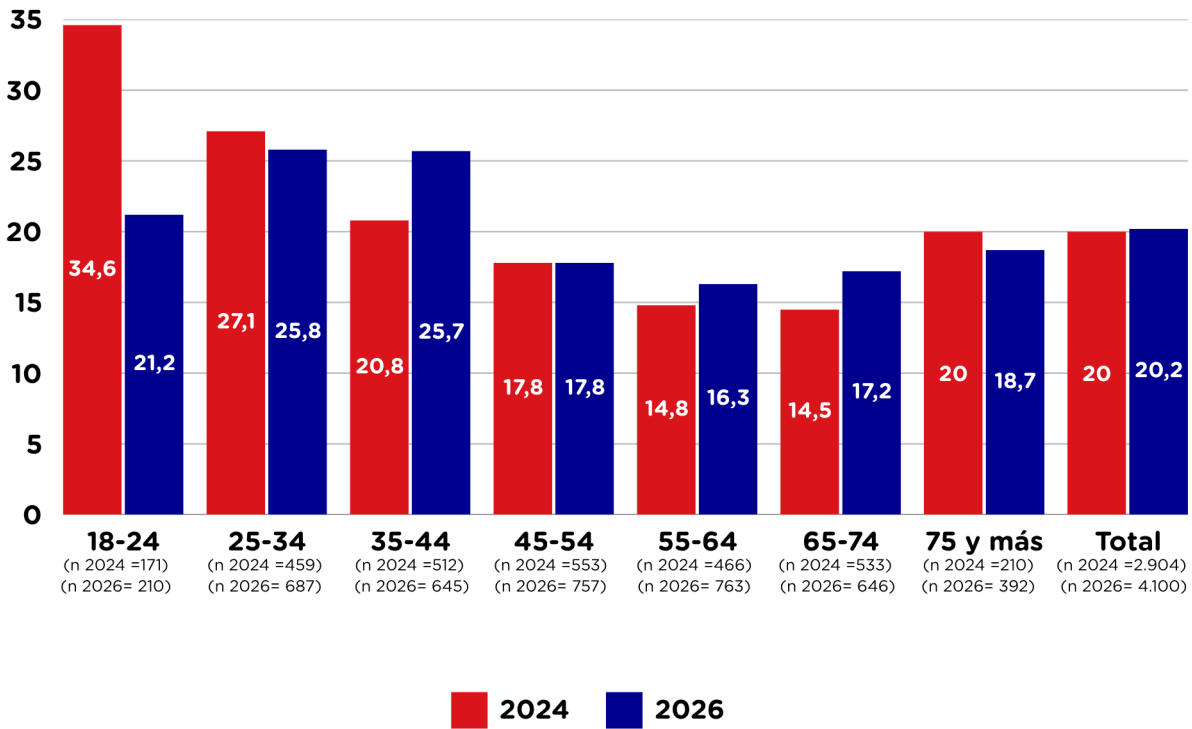
La evolución por grupos de edad también es muy dispar. Se observa un fuerte descenso de la soledad no deseada en la juventud, especialmente en el grupo de menor edad, del 34,6% al 21,2%. En contraste se observa un fuerte incremento en la soledad en el grupo de 35 a 44 años, que sube del 20,8% al 25,7%, es decir, de estar en la media a bastante por encima de la media. El

2. En la muestra solo dos personas se identificaron como no binarias, por lo que no hay muestra suficiente para mostrar la prevalencia de la soledad de este grupo.

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

grupo de 55 a 74 años también experimenta un incremento de la prevalencia de la soledad, mientras que entre las personas de edad más avanzada la prevalencia de la soledad baja ligeramente.

Gráfico 2. Prevalencia de la soledad no deseada por edad, 2024 y 2026

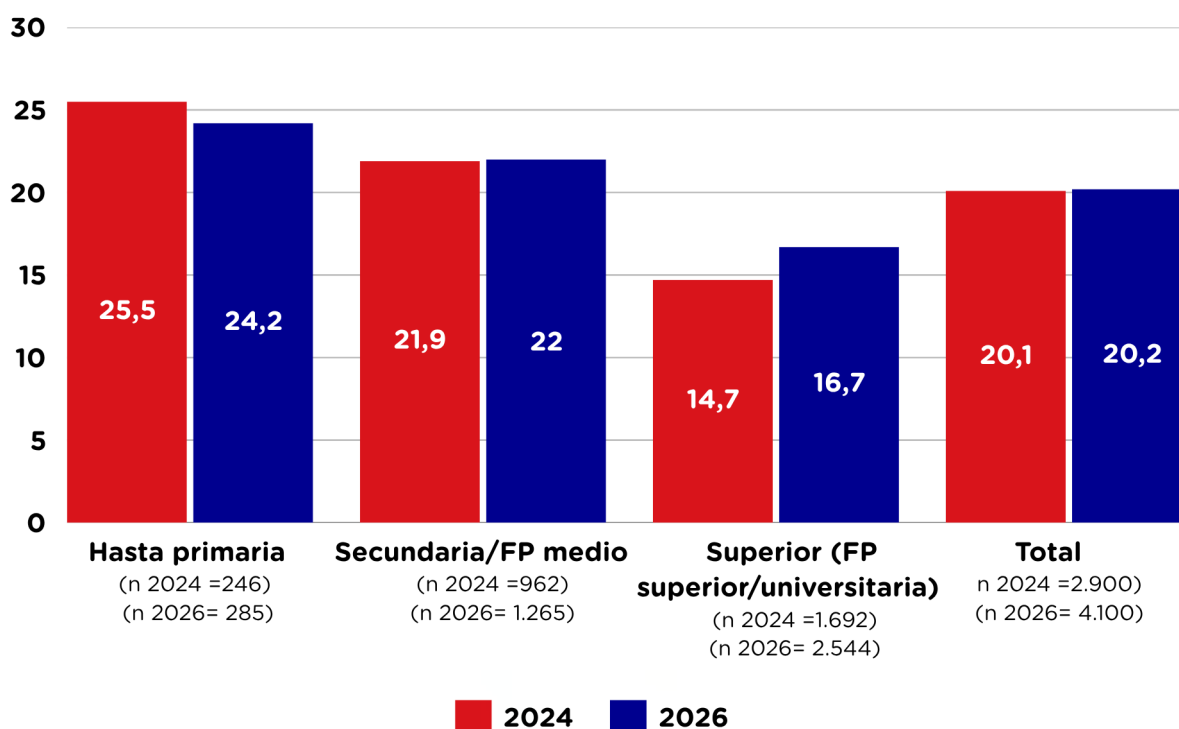


Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

De esta manera observamos como entre 2024 y 2026 se reduce el tradicional patrón en forma de “U” que tradicionalmente reflejan las tasas de soledad no deseada a lo largo de la vida, que por lo general tienden a ser más elevadas en la juventud y en la vejez, y menores en la etapa central de la vida.

El nivel de estudios sigue siendo determinante, a medida que se incrementa el nivel de estudios se reduce la prevalencia de la soledad. No obstante, la evolución entre el año 2024 y el 2026 muestra que se han reducido las diferencias existentes por nivel educativo. Si en 2024 la diferencia entre el nivel más bajo (hasta primaria) y el más elevado (superior) era del 25,5% al 14,7% (10,8 puntos), en 2026 esta diferencia se ha estrechado del 24,2% al 16,7% (7,5 puntos), debido a una reducción de la prevalencia de la soledad entre las personas con nivel educativo bajo y a un incremento entre las personas con nivel educativo alto, sin observarse cambios en el nivel educativo medio.

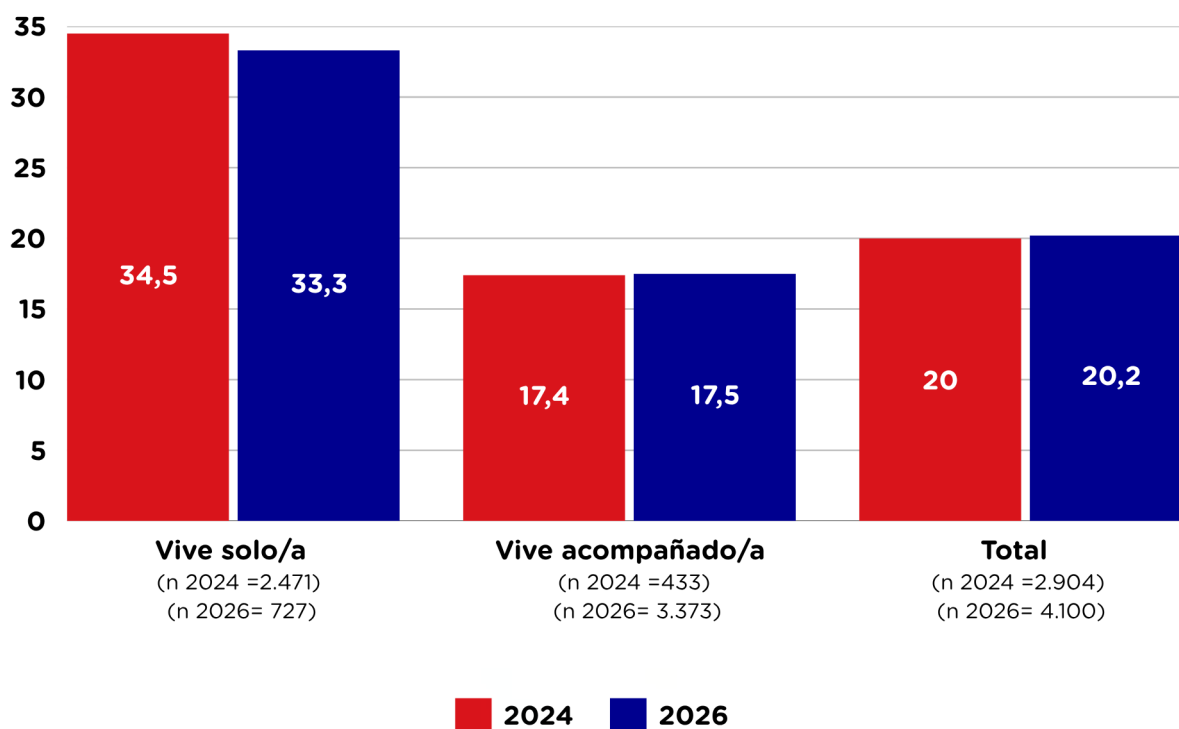
Gráfico 3. Prevalencia de la soledad no deseada por nivel de estudios, 2024 y 2026



Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo

Vivir en un hogar unipersonal o en compañía sigue siendo determinante para explicar la soledad, la soledad está el doble de extendida entre las personas que viven solas que entre las que viven acompañadas (33,3% frente a 17,5%). Entre 2024 y 2026, la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas que viven solas y las que no viven solas no ha experimentado apenas cambios, observándose una ligera reducción entre las personas que viven solas.

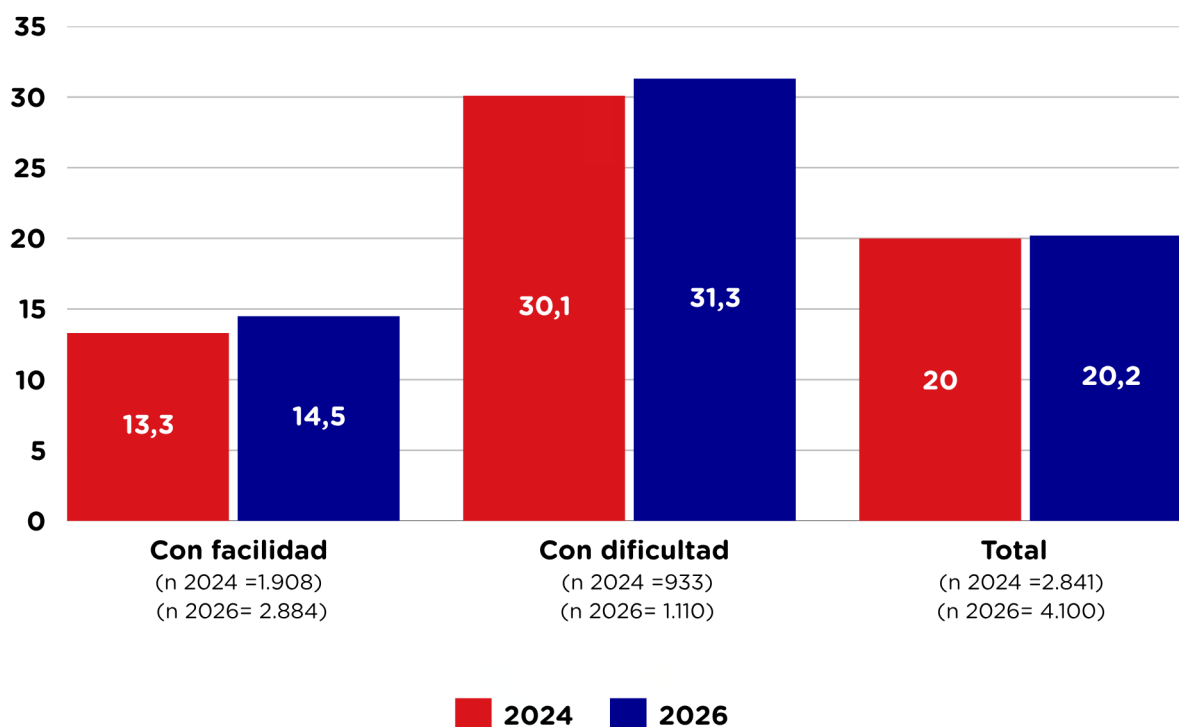
Gráfico 4. Prevalencia de la soledad no deseada entre las personas que viven solas y las que no viven solas, 2024 y 2026



Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo

Por **situación económica**, los datos validan la relación identificada en el anterior estudio entre la facilidad o la dificultad con la que se llega a fin de mes y la soledad. La prevalencia de las personas que llegan con facilidad a fin de mes sigue siendo más del doble que entre las que llegan con dificultad. En este sentido, la encuesta pregunta por la percepción de la persona con la que llega a fin de mes, sin adentrarse en datos objetivos como el nivel de renta. Entre 2024 y 2026 se observa un ligero incremento tanto en las personas que llegan con facilidad a fin de mes como entre las que llegan con dificultad. Entre 2024 y 2026, el porcentaje de personas que dicen llegar con dificultad a fin de mes ha disminuido del 40,8% al 35,0%.

Gráfico 5. Prevalencia de la soledad no deseada según la facilidad o dificultad con la que llegan a fin de mes, 2024 y 2026

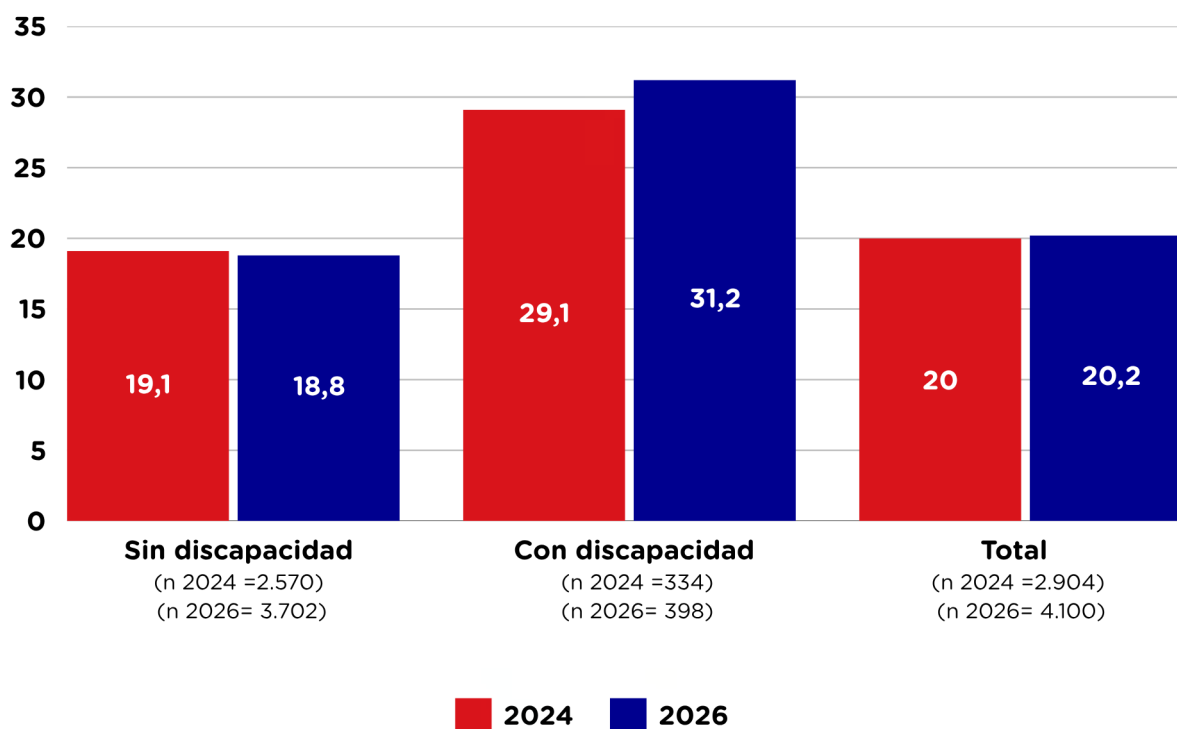


Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo

La discapacidad sigue teniendo una relación muy estrecha con la soledad, la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas con discapacidad es muy superior a las personas sin discapacidad⁴. No obstante, entre 2024 y 2026 se observa una ligera reducción de la prevalencia de la soledad entre las personas sin discapacidad y un aumento entre las personas con discapacidad. **En 2026, la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas con discapacidad es del 31,2%, frente al 18,8% entre las personas sin discapacidad.**

4. Cabe precisar que, cuando se habla de discapacidad en este contexto, no se sostiene que la discapacidad en sí misma sea la causa de la soledad no deseada o de los problemas de salud mental. Son los factores sociales asociados a la discapacidad —la interacción con barreras físicas y actitudinales, la falta de apoyos adecuados y la exposición a entornos no inclusivos— los que pueden incrementar el riesgo de experimentar situaciones de soledad no deseada y deterioro de la salud mental. Teniendo en consideración también que existe discapacidad propiamente dicha de salud mental.

Gráfico 6. Prevalencia de la soledad no deseada según situación de discapacidad, 2024 y 2026

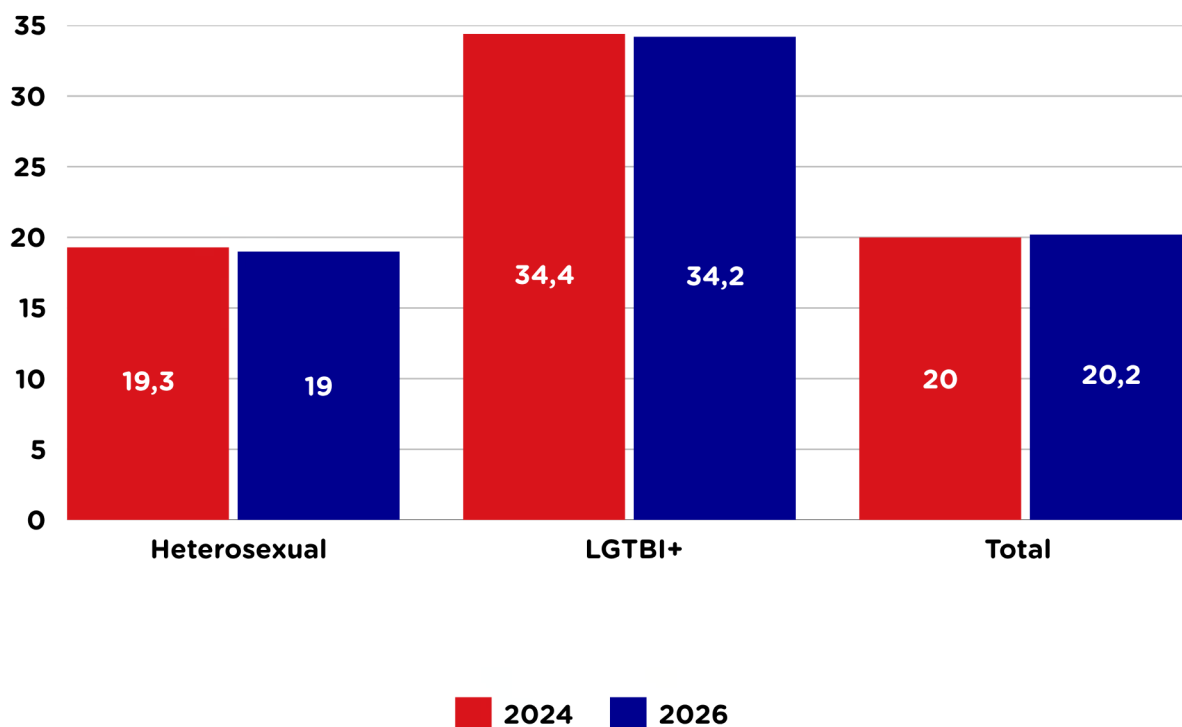


Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

La orientación sexual sigue jugando un papel importante en la soledad. La prevalencia de la soledad no deseada entre las personas LGTBI+ es casi el doble que entre las personas heterosexuales. Entre 2024 y 2026 no se han observado cambios importantes en la prevalencia según la orientación sexual.⁵

5. Cabe precisar que, cuando se habla de orientación sexual e identidad de género en este contexto, al igual que con la discapacidad, el género, etc. no se sostiene que el hecho de ser persona LGTBI sea en sí mismo la causa de la soledad no deseada o de los problemas de salud mental. Son los factores sociales asociados a esta condición (la exposición a situaciones de discriminación y estigma, la falta de entornos seguros y de referentes inclusivos, y la interiorización de experiencias de rechazo o invisibilización) los que pueden incrementar el riesgo de experimentar situaciones de soledad no deseada y problemas de la salud mental.

Gráfico 7. Prevalencia de la soledad no deseada según la orientación sexual, 2024 y 2026



Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

5.2. Prevalencia y evolución reciente de la salud mental

Un cuarto (el 24,0%) de la población española tiene un problema de salud mental, diagnosticado o no.

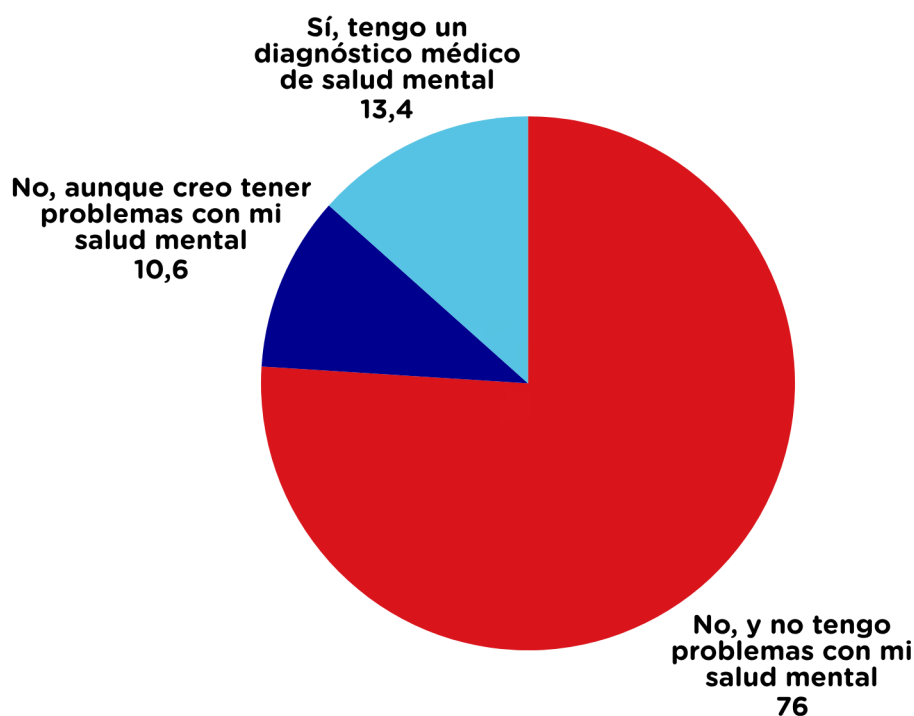
Entre 2024 y 2026 se observa un empeoramiento de la salud mental. El porcentaje de la población que tiene problemas de salud mental (diagnosticados o no), ha crecido del 18,3% al 24%.

Los problemas de salud mental están notablemente más extendidos entre mujeres que entre hombres. Mientras que un 17% de los hombres tiene problemas de salud mental (diagnosticados o no), este porcentaje asciende al 30,1% entre mujeres.

La prevalencia de los problemas de salud mental es inversamente proporcional a la edad. En los últimos dos años los problemas de salud mental se han incrementado especialmente entre la juventud.

Un cuarto (el 24,0%) de la población española tiene un problema de salud mental, diagnosticado o no. Dentro de este 24%, un 13,3% de la población tiene un diagnóstico médico que confirma la existencia de un problema de salud mental, mientras que un 10,6% de la población tiene la sospecha de padecer un problema de salud mental, aunque éste no haya sido diagnosticado por un profesional.

Gráfico 8. Distribución de la población según su estado de salud mental, 2026



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

Esta cifra es inferior a la estimada por otros estudios. El estudio de Salud Mental AXA apunta a que un 33% de la población podría estar sufriendo un problema de salud mental, cifra superior a la media europea (31%)⁶, aunque inferior a países como Estados Unidos (43%). Además, el 28% de la población estaría potencialmente afectado por la depresión, ansiedad o estrés en niveles graves o más extremos (25% por estrés, 16% por depresión y 6% por ansiedad). Todos estos valores han crecido en los últimos años.

En este sentido es importante tener en cuenta que la metodología de la investigación de este estudio detecta únicamente a las personas que, o bien padecen un problema de salud mental que ha sido diagnosticadas afirmativamente por un profesional, o bien reconocen tener un problema de salud mental, aunque no haya sido diagnosticado. Esta metodología plantea dos cuestiones. En primer lugar, puede haber personas que consideren erróneamente que tengan un problema de salud mental y no sea el caso, y que en caso de que acudieran a un profesional serían diagnosticados como personas con una buena salud mental. En segundo lugar, existen personas que pueden tener problemas de salud mental y negarse a reconocerlos ante los demás, como es el caso de una encuesta, o incluso a sí mismos. Por lo tanto, los datos mostrados en este estudio serán siempre una aproximación a la realidad.

El volumen de los problemas de salud mental en España supone un **importante coste económico** para el conjunto de la sociedad, tanto en gasto sanitario, incluyendo gasto en mediación, como en costes derivados de las incapacidades temporales por problemas de salud mental⁷.

Los problemas de salud mental más frecuentes son la ansiedad y la depresión. La encuesta muestra también que el 11,5% de la población tiene en la actualidad o en el pasado ansiedad diagnosticada, y que el 12,0% padece o padeció depresión diagnosticada. El INE, con una metodología distinta⁸, muestra como hasta casi un 30% de la población en España muestra algún tipo de sintomatología depresiva, especialmente entre las mujeres, entre

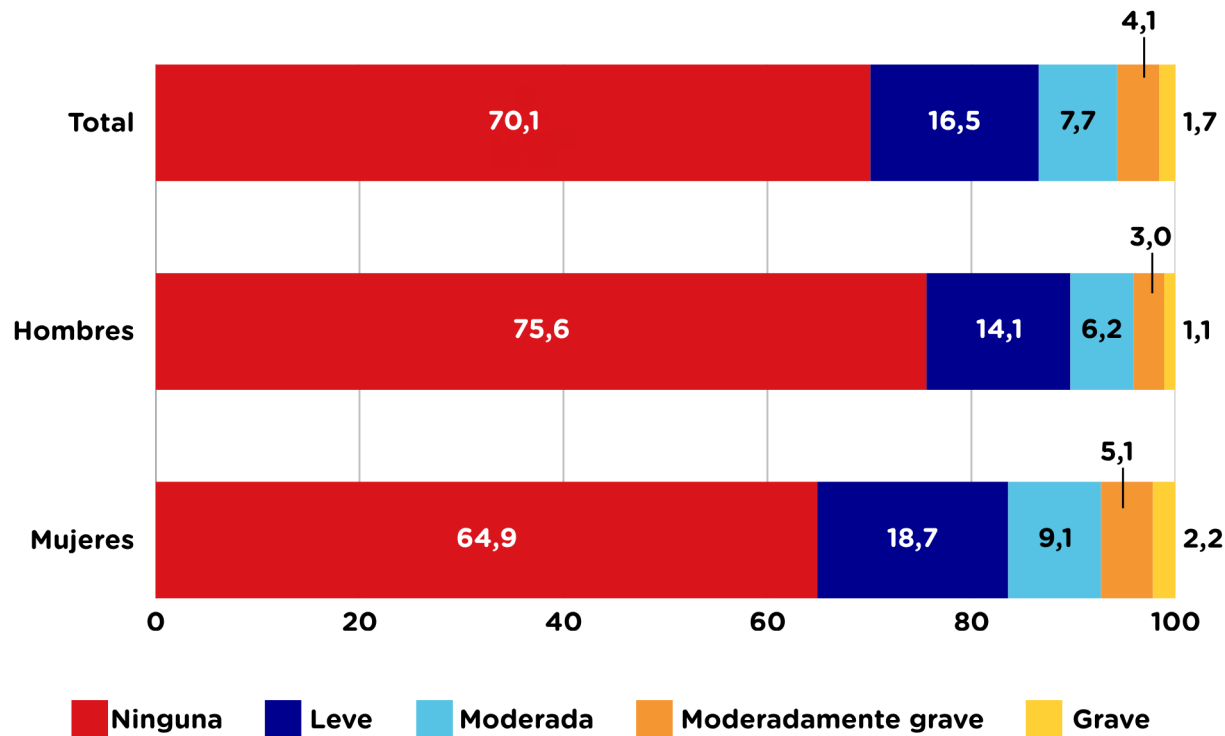
6. Fundación AXA (2026) “Informe de Salud Mental. España”.

7. Según una estimación, en España el gasto anual en salud mental se situaría en los 46.000 millones de euros, de los que un 47% se destina al pago de la prescripción de medicamentos y a las bajas laborales por estrés y ansiedad.

8. El INE mide la severidad de la sintomatología depresiva en las últimas dos semanas según el Patient Health Questionnaire PHQ-8 la cual es una escala subjetiva y no recoge el diagnóstico profesional.

quienes un 7,3% padece una sintomatología depresiva grave o moderadamente grave.

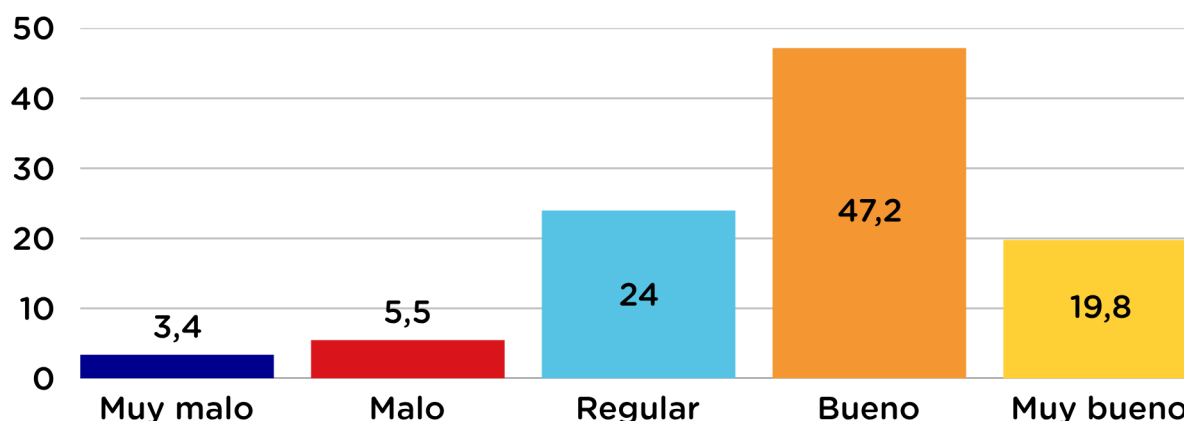
Gráfico 9. Severidad de la sintomatología depresiva según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años, 2023



Fuente: INE. Encuesta de salud de España 2023. PHQ-8 (auto escala de depresión)

Por otra parte, dos de cada tres personas (67,0%) perciben su estado de salud mental como bueno o muy bueno, frente a casi una de cada diez (8,9%) que lo percibe como malo o muy malo. Sin embargo, entre ambas percepciones existe casi un cuarto de la población (24,0%) que percibe su estado de salud mental como regular. Es imprescindible prestar atención a la situación de estas personas desde el punto de vista preventivo con el fin de promover que tiendan a evolucionar hacia un estado bueno y no hacia un estado malo de salud mental auto percibida.

Gráfico 10. Distribución de la población según la auto percepción de su estado de salud mental, 2026



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

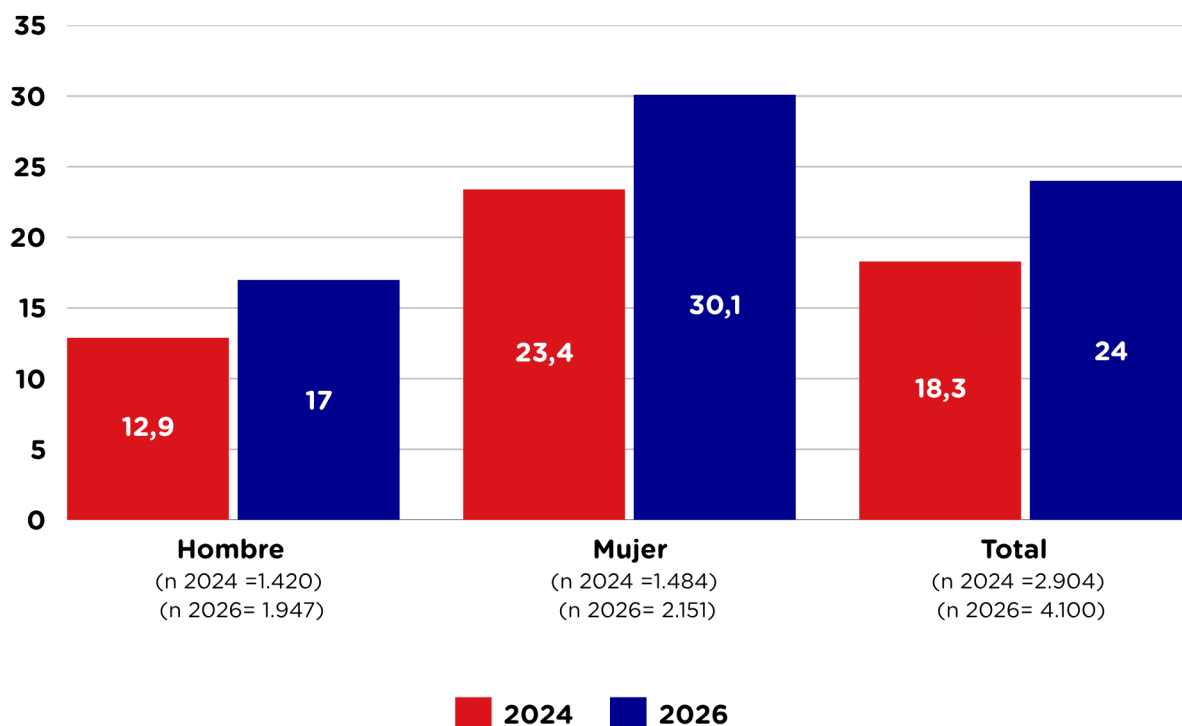
Entre 2024 y 2026 se observa un empeoramiento de la salud mental.

El porcentaje de la población que tiene problemas de salud mental (diagnosticados o no), ha crecido del 18,3% al 24%. Esta tendencia creciente se observa en otros estudios, como el de Salud Mental AXA, que apunta a que entre 2022 y 2026 el porcentaje de la población española que sufre un problema de salud mental se ha incrementado del 26% al 33%. Por otra parte, como se verá en mayor detalle en el capítulo sobre percepción, la sociedad percibe de forma mayoritaria que la salud mental está empeorando en el conjunto de la sociedad. En esta misma línea, el número de incapacidades temporales por trastornos mentales y del comportamiento en España se ha disparado en la última década, de 283.912 en 2016 a 600.184 en 2023⁹.

Por sexos, los problemas de salud mental están notablemente más extendidos entre mujeres que entre hombres. Mientras que un 17% de los hombres tiene problemas de salud mental (diagnosticados o no), este porcentaje asciende al 30,1% entre mujeres.

9. Fundación AXA (2024) a partir de datos del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Gráfico 11. Prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) por sexo, 2024 y 2026



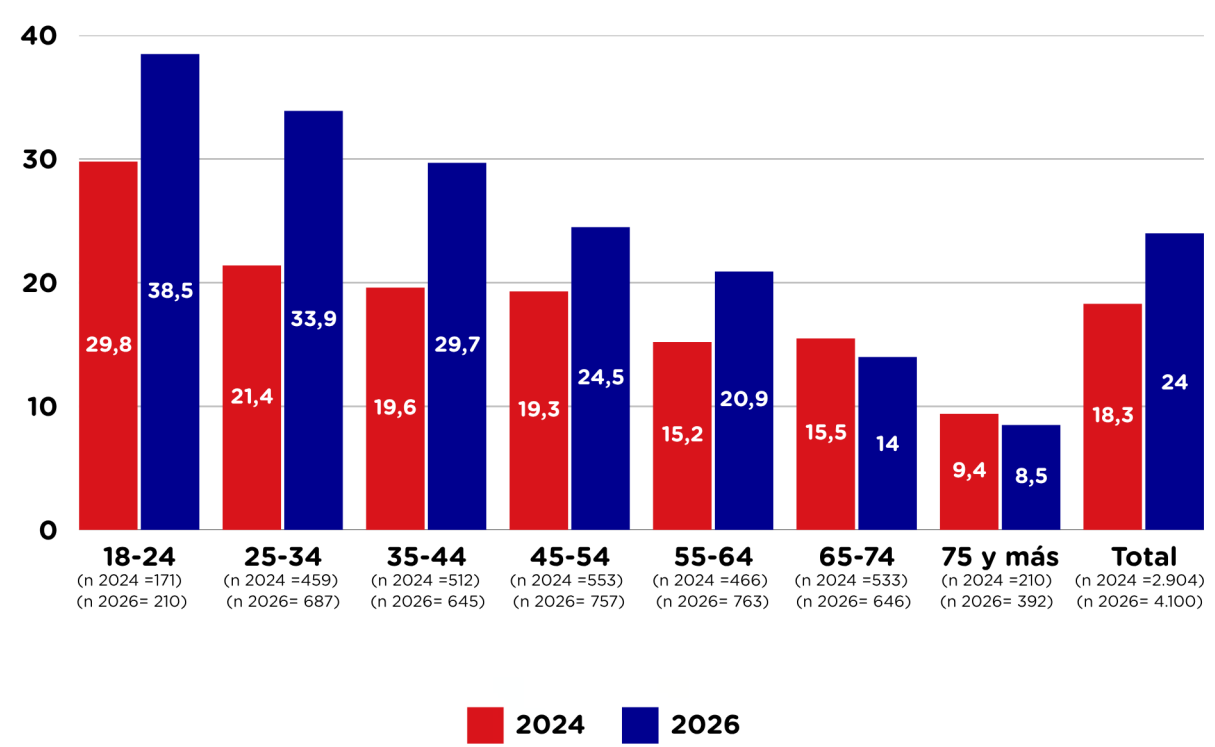
Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

El estudio de AXA muestra también una diferencia de género en este sentido, indicando que el 32% de las mujeres está potencialmente afectada por la depresión, ansiedad o estrés en niveles graves o más extremos, en comparación con el 24% de los hombres¹⁰.

La prevalencia de los problemas de salud mental es inversamente proporcional a la edad. Entre los más jóvenes se observa un porcentaje superior de personas con un problema de salud mental (diagnosticados o no), con cifras superiores al 30%. En cambio, este porcentaje disminuye a menos del 20% entre las personas de 65 y más años. Esta relación entre edad y problemas de salud mental ya se observó en 2024. En los últimos dos años los problemas de salud mental se han incrementado especialmente entre la juventud.

10. Fundación AXA (2026) “Informe de Salud Mental España”.

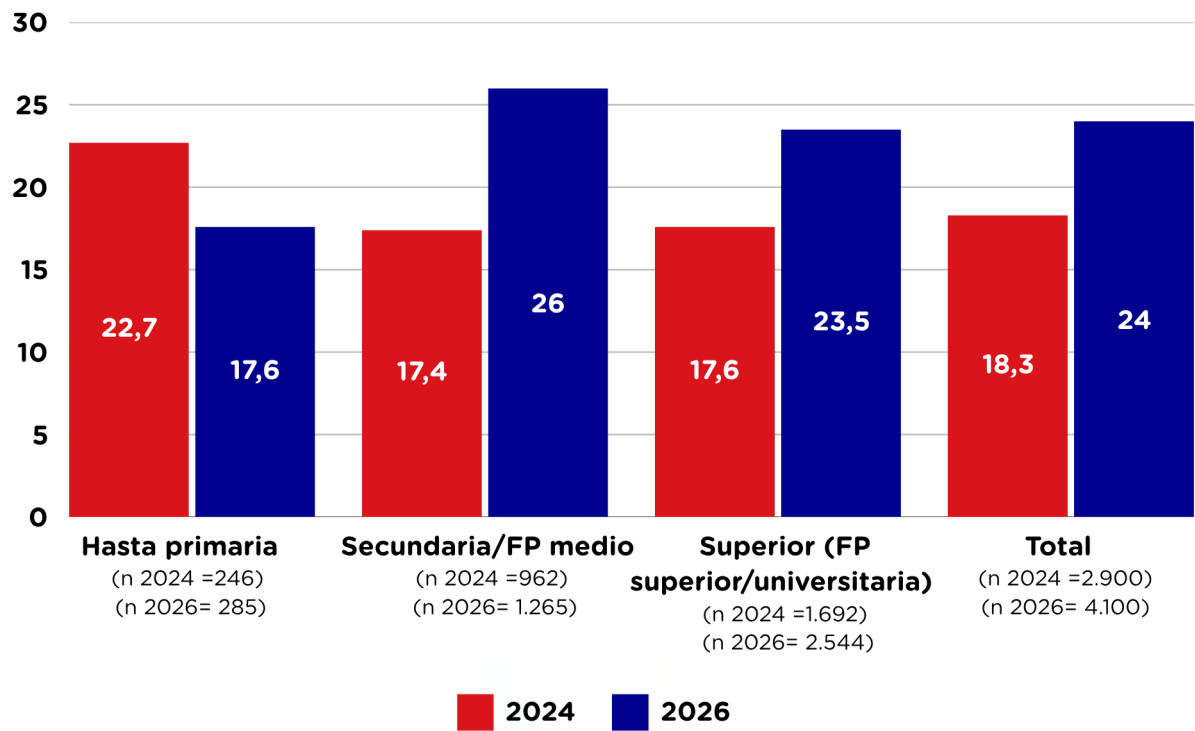
Gráfico 12. Prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) por edad, 2024 y 2026



Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

La prevalencia de los problemas de salud mental es mayor entre las personas que cuentan con un nivel educativo más alto. Sin embargo, los datos invierten la relación observada en 2024.

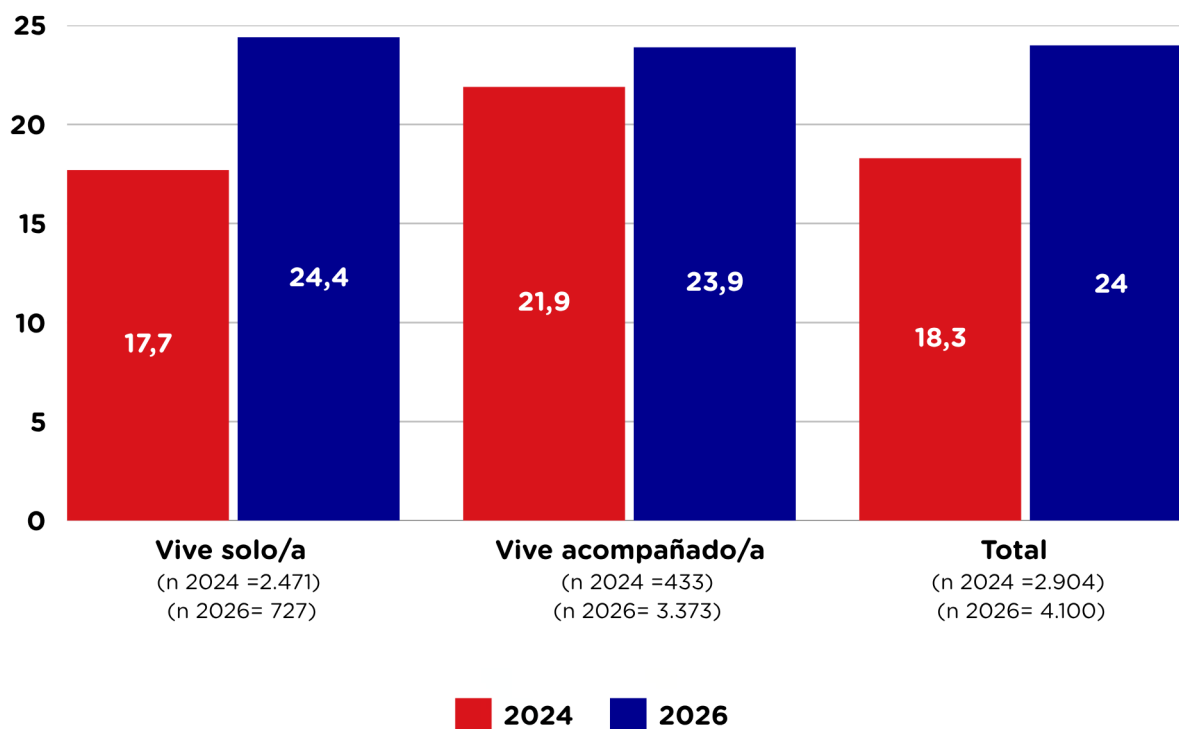
Gráfico 13. Prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) por nivel educativo, 2024 y 2026



Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

No existe una diferencia importante en la prevalencia de los problemas de salud mental según se viva en un hogar unipersonal o con otra persona. En los últimos dos años el incremento de los problemas de salud mental ha sido especialmente entre las personas que viven solas.

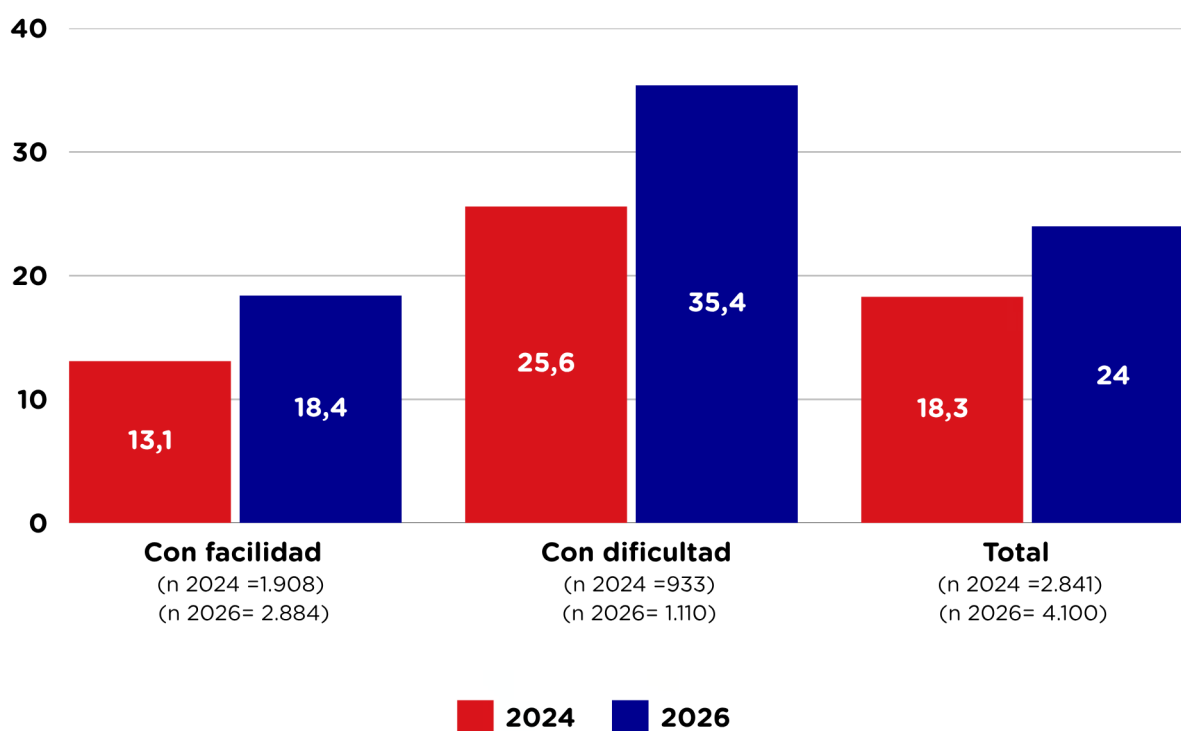
Gráfico 14. Prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) por tipo de hogar, 2024 y 2026



Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

La situación económica guarda una clara relación con la salud mental. La prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) es el doble entre las personas que llegan con dificultad a fin de mes que entre las personas que llegan con facilidad (35,4% frente a 18,4%). No obstante, los problemas de salud mental se han incrementado entre ambos grupos.

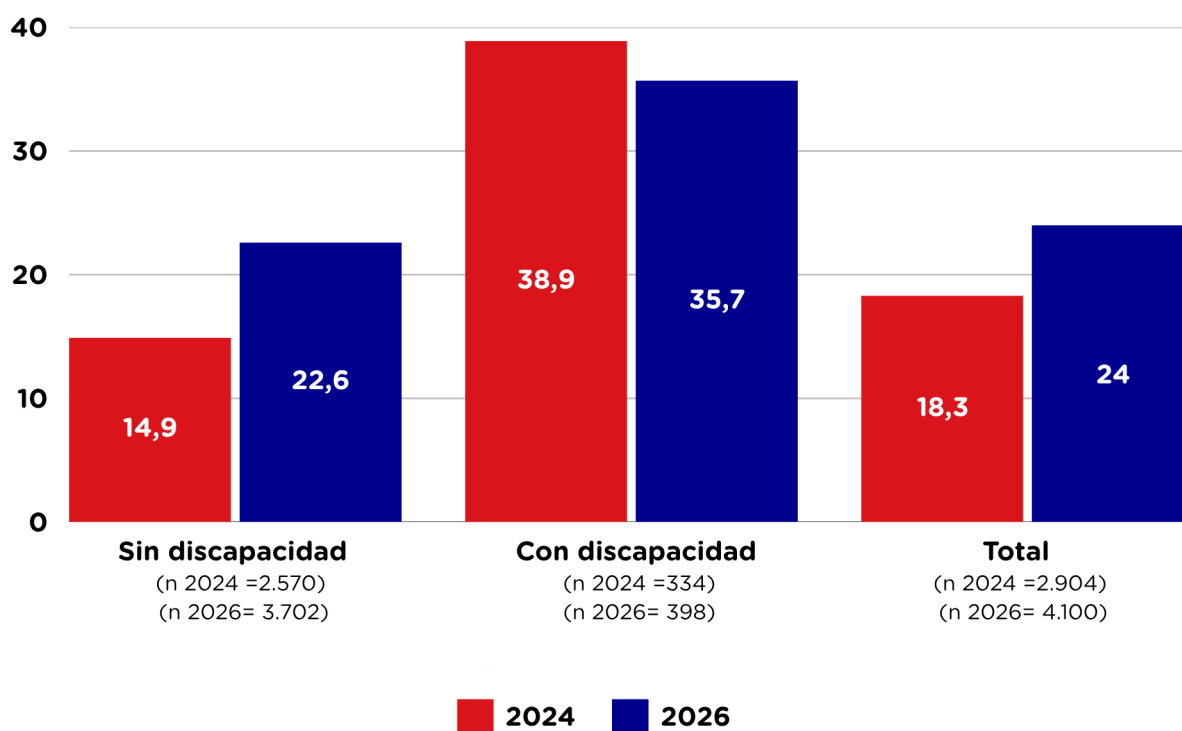
Gráfico 15. Prevalencia de las personas con un problema de salud mental (diagnosticados o no) según la facilidad o dificultad con la que llegan a fin de mes, 2024 y 2026



Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

La prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) es también muy superior entre las personas con discapacidad, lo que no sorprende teniendo en cuenta que una de las categorías de discapacidad son los propios problemas de salud mental, si bien un problema de salud mental no tiene porqué implicar una discapacidad. Entre 2024 y 2026 se ha observado que los problemas de salud mental han disminuido entre las personas con discapacidad pero han aumentado entre las personas sin discapacidad.

Gráfico 16. Prevalencia de las personas con un problema de salud mental (diagnosticados o no) su situación de discapacidad, 2024 y 2026



Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

6.

Soledad no deseada y Salud mental

La prevalencia de la soledad no deseada es casi cinco veces superior entre las personas que tienen problemas de salud mental (49,1%) que entre las que no los padecen (11,0%).

Un tercio (32,4%) de la sociedad padece problemas de soledad o de salud mental y un 11,8% padece ambos problemas, de salud mental y soledad.

El 73,6% de las personas que consideran que su estado de salud mental es muy malo se encuentran en una situación de soledad no deseada.

A la inversa, casi 6 de cada 10 personas en situación de soledad no deseada tienen problemas de salud mental (58,4%), sean diagnosticados por un profesional o percibidos por la propia persona, comparado con un cuarto (el 24,0%) de la población general.

Tres de cada cuatro personas (74,3%) han sufrido soledad en algún momento de su vida, en el presente (20,2%) o en alguna etapa pasada de su vida (54,1%).

El 81,2% de las personas en situación de soledad no deseada sufre soledad persistente, es decir, lleva en una situación de soledad 2 o más años. Este porcentaje es bastante superior al identificado en 2024, que se situaba en el 67,7%.

En España **la soledad persistente se situaría en el 15,6% de la población,** dos puntos por encima de la cifra identificada en 2024, cuando se situaba en el 13,5%.

El impacto de los problemas de la salud mental en la soledad es mayor en las mujeres, entre quienes la soledad está más extendida.

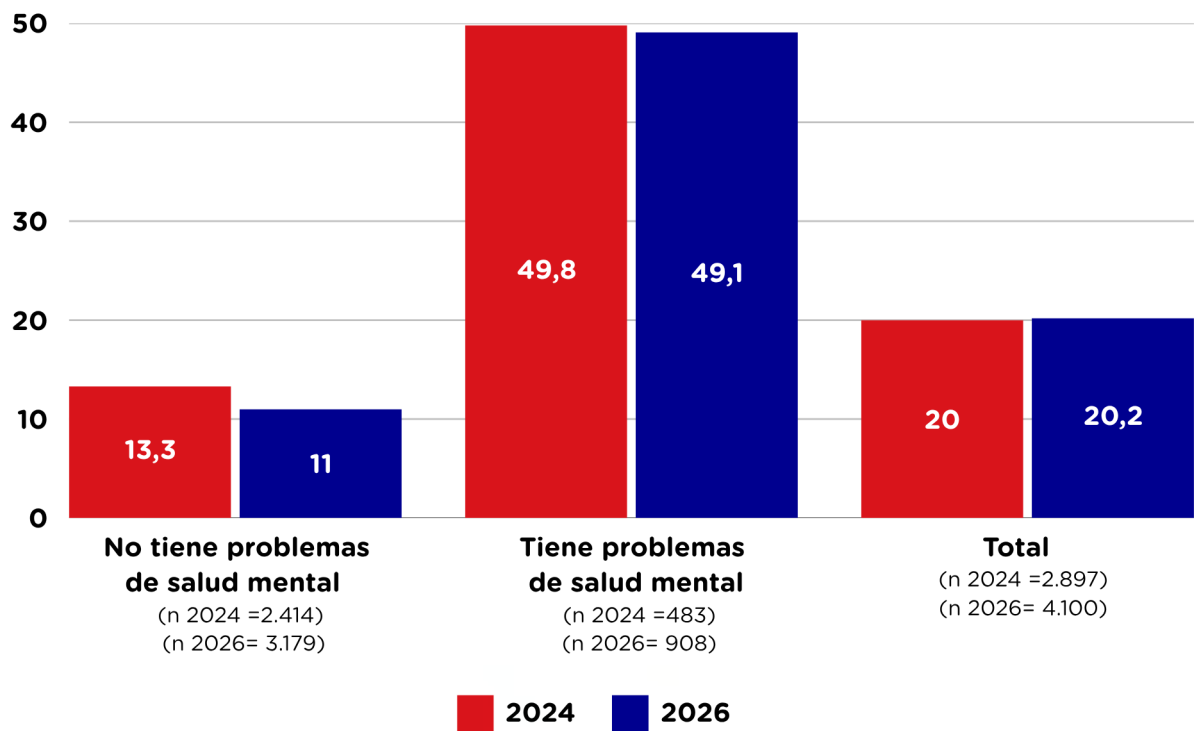
La salud mental supone una mayor prevalencia de soledad no deseada en todos los grupos de edad.



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

La relación entre la soledad y la salud mental es evidente. La prevalencia de la soledad no deseada es casi cinco veces superior entre las personas que tienen problemas de salud mental diagnosticados o no (49,1%) que entre las que no los padecen (11,0%).

Gráfico 17. Prevalencia de la soledad no deseada según el estado de salud mental, 2024 y 2026



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

Un tercio de la sociedad padece problemas de soledad, de salud mental o ambos. Solo un 67,6% de la población no tiene problemas de salud mental ni tampoco de soledad. En cambio, un 32,4% de la población padece al menos uno de los dos problemas:

- Un **12,2%** de la población tiene problemas de **salud mental** (diagnosticados o no), aunque no se siente en soledad
- Un **8,4%** se encuentra en la situación inversa, en una situación de **soledad no deseada** aunque sin problemas de salud mental.

- Un **11,8%** padece **ambos problemas**, de salud mental y soledad.

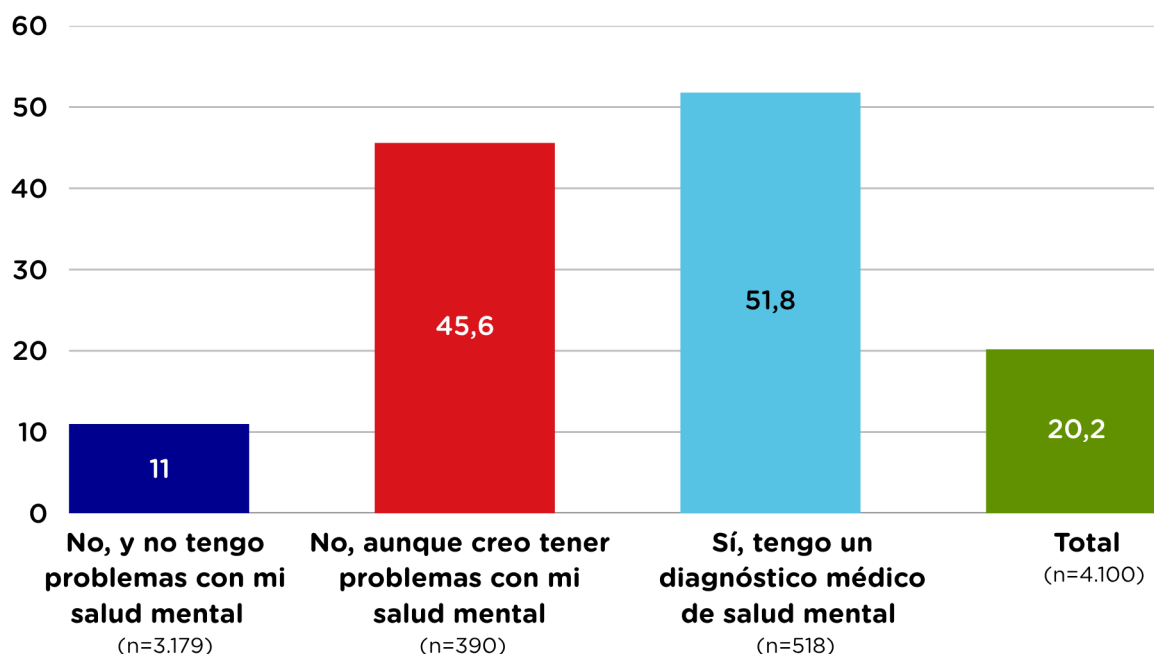
Tabla 2. Distribución de la población según los problemas de soledad y de salud mental, 2026

	No tiene soledad	Tiene soledad
No tiene problemas ni diagnóstico de salud mental	67,6	8,4
Tiene problemas de salud mental (diagnosticados o no)	12,2	11,8

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

La prevalencia de la soledad no deseada entre las personas con problemas de salud mental es especialmente alta, tanto si el problema ha sido diagnosticado por un profesional (51,8%), como si es la propia persona quien declara considerar que tiene un problema de salud mental (45,6%).

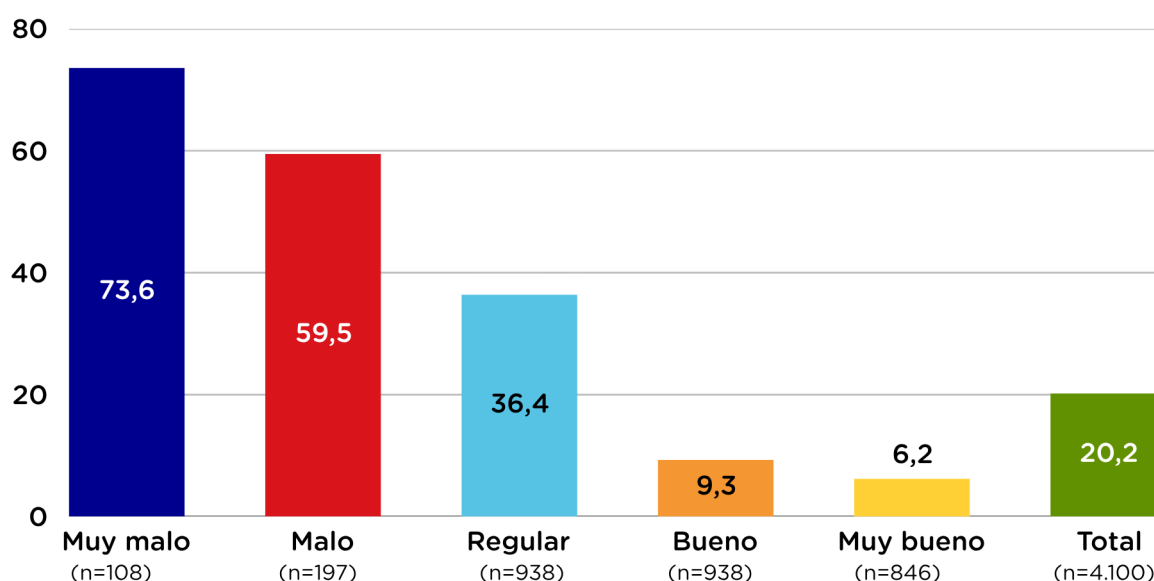
Gráfico 18. Prevalencia de la soledad no deseada según el estado de salud mental y según el tipo de diagnóstico, 2026



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

De manera similar, **existe una relación evidente entre la prevalencia de la soledad no deseada y el estado auto percibido de salud mental**. El 73,6% de las personas que consideran que su estado de salud mental es muy malo se encuentran en una situación de soledad no deseada, porcentaje que baja a menos del 10% entre quienes consideran que su estado de salud mental es bueno o muy bueno.

Gráfico 19. Prevalencia de la soledad no deseada según el estado auto percibido de salud mental, 2026



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

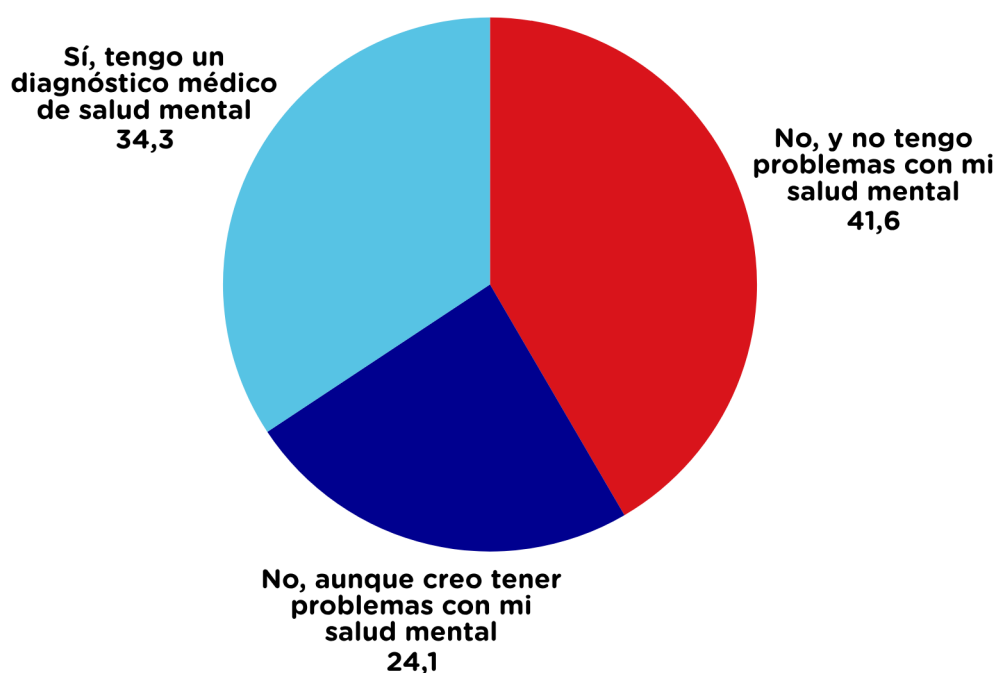
La encuesta también nos permite conocer que la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas que sufren en la actualidad, o sufrieron en el pasado, un problema de ansiedad es del 31,4%, y del 33,6% entre quienes sufren o sufrieron un problema de depresión¹¹.

11. La encuesta recoge otras categorías de problemas de salud mental, pero la muestra no es lo suficientemente amplia como para mostrar resultados. Entre otras categorías de problemas de salud mental mostradas en la encuesta se encuentra la esquizofrenia / trastornos bipolares, estrés, estrés postraumático, TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), TOC (trastorno obsesivo-compulsivo), trastorno alimentario (anorexia, bulimia, otros), trastorno de personalidad, trastorno del sueño, o trastorno por abuso de sustancias o comportamientos adictivos.

A la inversa, **casi 6 de cada 10 personas en situación de soledad no deseada tienen problemas de salud mental (58,4%)**, sean diagnosticados por un profesional o percibidos por la propia persona, comparado con un cuarto (el 24,0%) de la población general. En concreto:

- **Un 34,3% de las personas en situación de soledad no deseada tiene un diagnóstico médico de salud mental**, comparado con el 13,3% de la población general.
- **Un 24,1% de las personas en situación de soledad no deseada carece de un diagnóstico** pero cree tener problemas con su salud mental, comparado con el 10,6% de la población general.

Gráfico 20. Distribución de la población en situación de soledad no deseada por su estado de salud mental, 2026

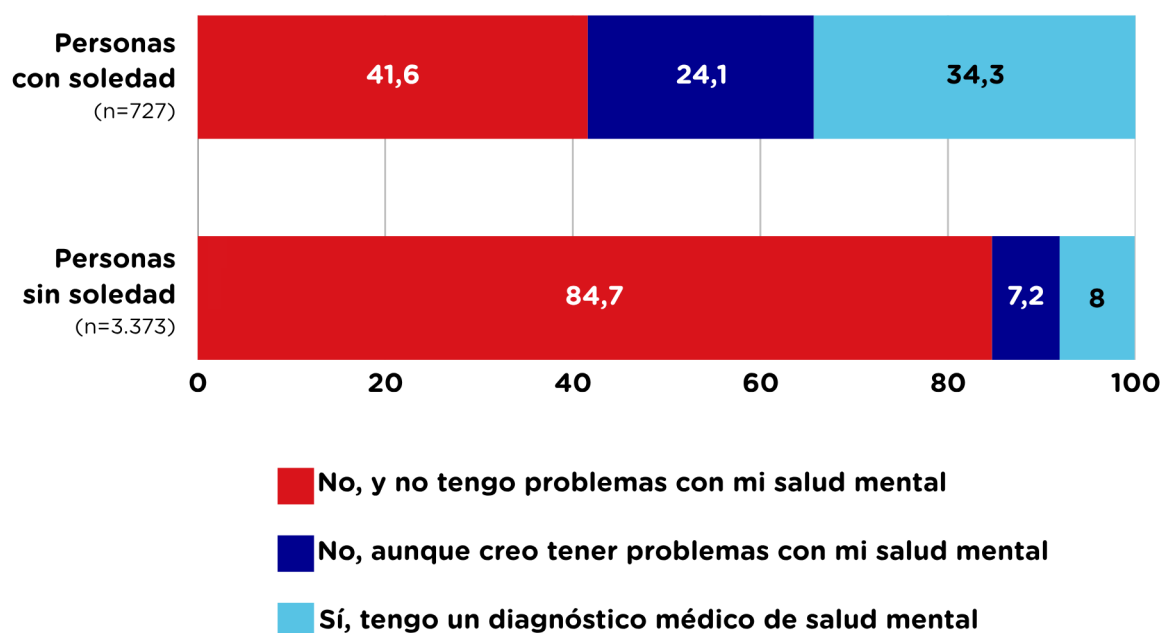


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Número total de respuestas: 727.

Por tanto, **la prevalencia de los problemas de salud mental muestra una variación notable si se tiene en cuenta la variable de la soledad no deseada.**

Las personas con problemas de salud mental varían del 15,2% entre la población que no se encuentra en una situación de soledad hasta el 58,4% entre las que sí se encuentran en una situación de soledad.

Gráfico 21. Distribución de la población por su estado de salud mental según su situación de soledad no deseada, 2026



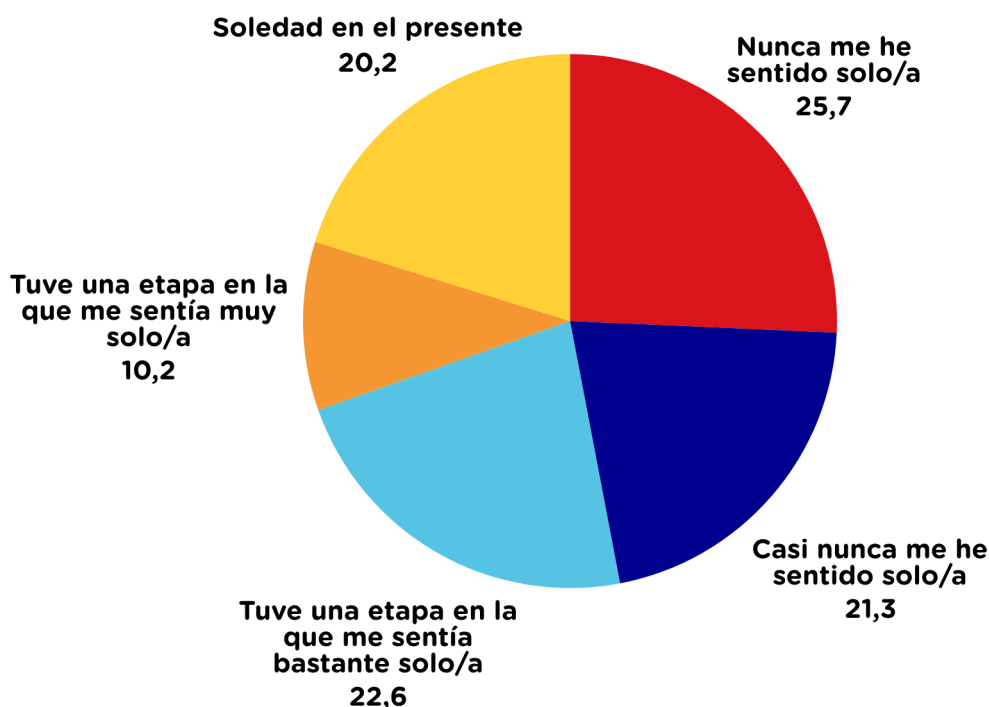
Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026.

Estos resultados están totalmente alienados con los hallazgos encontrados en la literatura que subrayan la relación bidireccional entre la soledad y la salud mental, como se mostró en el apartado 4.4 Relación entre soledad no deseada y salud mental.

6.2. Experiencias previas de soledad y salud mental

Tres de cada cuatro personas (74,3%) han sufrido soledad en algún momento de su vida, en el presente (20,2%) o en alguna etapa pasada de su vida (54,1%). Estos datos muestran que el problema de la soledad es algo relevante para la mayoría de la población, por formar o haber formado parte de su experiencia.

Gráfico 22. Situación de la soledad a lo largo del tiempo, 2026

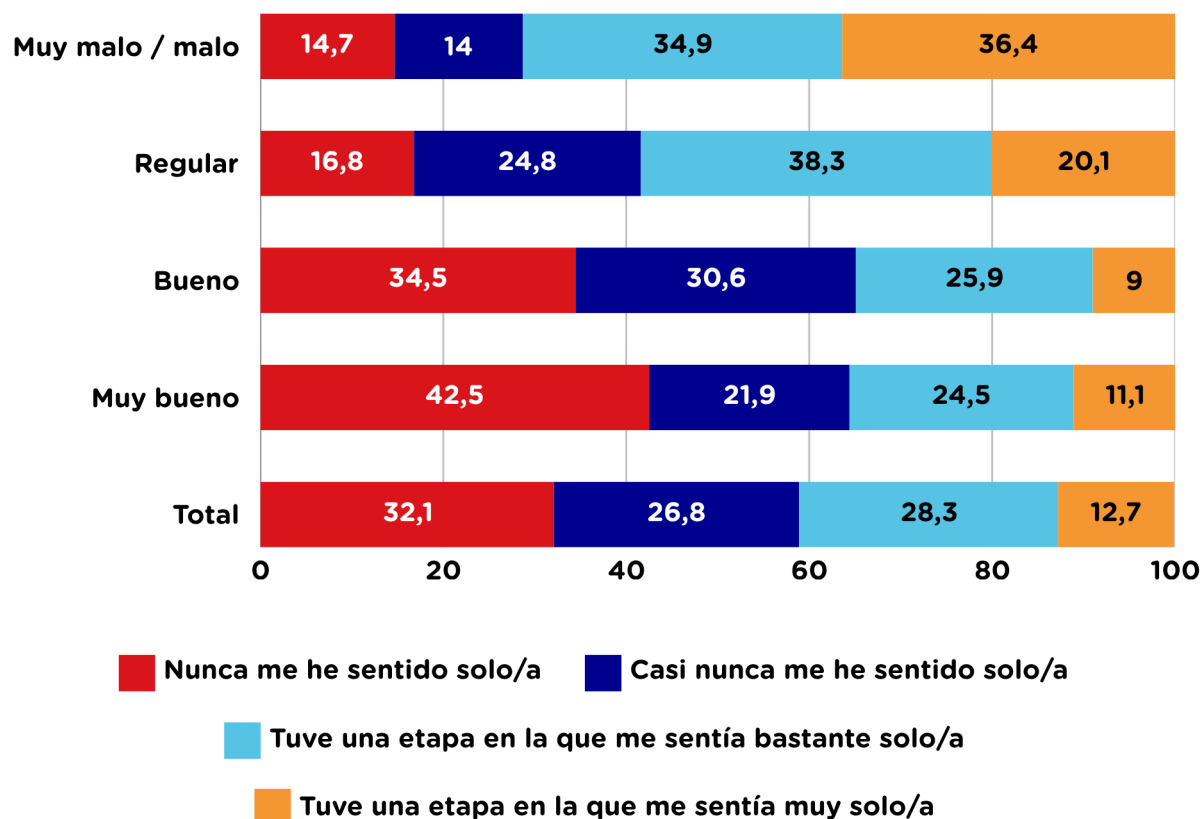


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Número total de respuestas: 4.100

La relación entre la salud mental y la soledad no solo existe en el presente, sino también en el pasado.

Las personas que perciben tener una peor salud mental han sufrido en mayor medida soledad en etapas pasadas, aunque no la sufran en la actualidad. El porcentaje de personas que tuvieron una etapa en la que me sentían muy o bastante solos/as varía del 71,3% entre quienes consideran que su estado de salud mental es malo o regular, hasta solo un 35,0%-35,6% entre quienes consideran que su estado de salud mental es bueno o muy bueno.

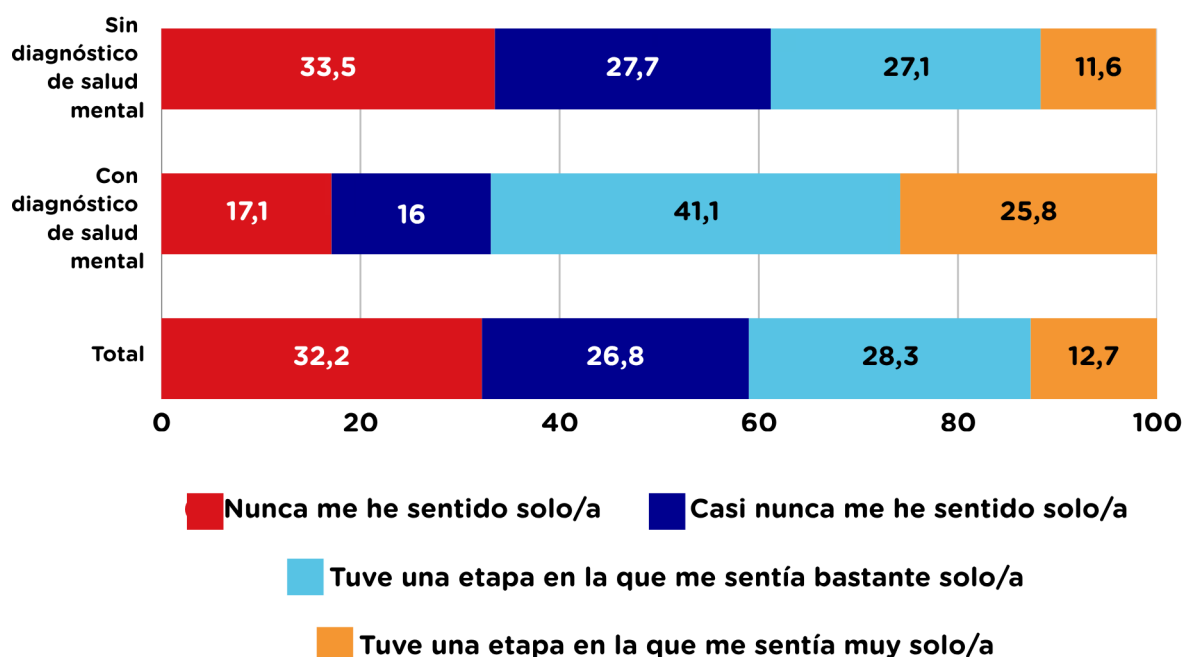
Gráfico 23. Relación entre la soledad en el pasado y la auto percepción del estado de salud mental, 2026



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

Esta relación entre la soledad en el pasado y la salud mental se observa también más allá de la percepción de las personas sobre su propia salud mental. El 66,9% de las personas con un problema de salud mental diagnosticado han vivido una etapa en la que me sentían muy o bastante solos/as, comparado con el 38,7% de las personas que carecen de un problema de salud mental diagnosticado (independientemente de su percepción sobre su propia salud mental).

Gráfico 24. Relación entre la soledad en el pasado y la existencia de un problema de salud mental diagnosticado, 2026



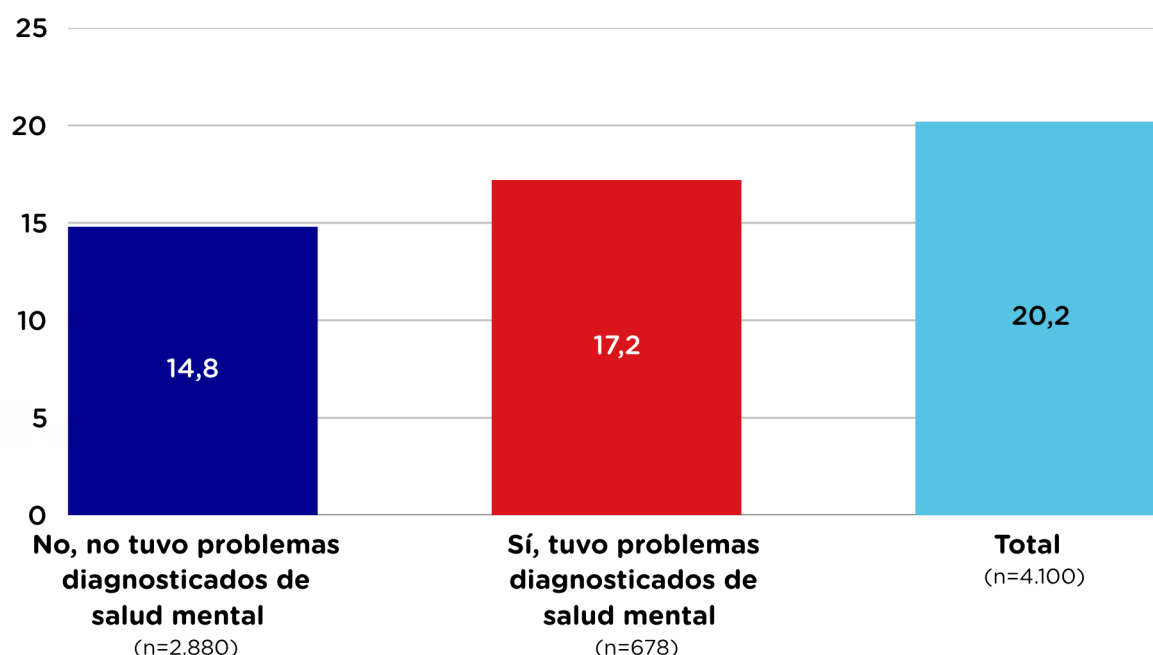
Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo. Número total de respuestas: 3.367

Estos resultados muestran que las etapas de soledad en el pasado pueden tener un efecto en la salud mental del presente, dejando una **huella a nivel mental y emocional, que perdura incluso aunque la situación de soledad haya sido superada**. Esto llama la atención sobre el hecho de que la soledad tiene un impacto en la salud mental en el largo plazo.

Por otra parte, el 16,3% de la población tuvo algún diagnóstico médico de salud mental del que se ha recuperado. De esta manera, **un 29,6% de la población tiene problemas de salud mental diagnosticados o los ha tenido el pasado**.

Padecer problemas de salud mental no condiciona la soledad no deseada en el futuro. Las personas que han sufrido problemas de salud mental diagnosticados en el pasado y han logrado recuperarse tienen una prevalencia de soledad no deseada del 17,2%, superior a las personas que nunca han tenido un problema de salud mental pero inferior a la media de la población (20,1%).

Gráfico 25. Prevalencia de la soledad no deseada según se haya recuperado de problemas de salud mental diagnosticados en el pasado, 2026



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.

Esto es de gran importancia desde el punto de vista de la intervención. La literatura muestra que los efectos de una intervención para reducir la soledad deben mantenerse durante un período prolongado (aproximadamente 2 años) para que tengan su máximo efecto en el alivio de los síntomas depresivos (VanderWeele et al., 2011).

Además, en estudios longitudinales con personas adolescentes, aunque la soledad no deseada muestra una tendencia decreciente, el riesgo de depresión continua comparado al riesgo de las personas adolescentes que han mantenido un bajo nivel de soledad a lo largo del tiempo del estudio (Hutten et al., 2021).¹² La soledad transitoria en adolescencia temprana puede mantener un riesgo más persistente para problemas de salud mental (Matthews et al., 2023). Esto está en línea también con la literatura que muestra la asociación entre la soledad, persistente como transitoria, y un peor estado de sa-

12. Sin embargo, hay hallazgos que van a la dirección opuesta: según el estudio de (Kirwan et al., 2025) la trayectoria decreciente de la soledad no está asociada con la angustia y el malestar emocional en personas jóvenes.

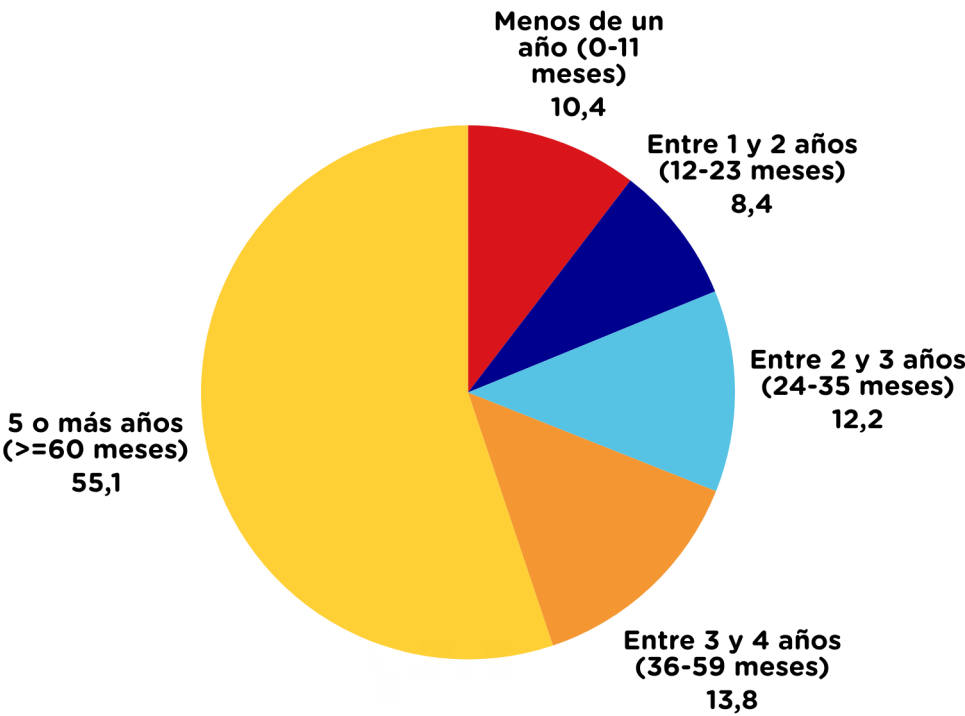
lud (Martín-María et al., 2020; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010), un tema que se detallara en la sección siguiente.

6.3. Duración de las experiencias de soledad

¿Cuánto tiempo llevan en esta situación las personas que sufren soledad no deseada?

Las situaciones de soledad no deseada tienden a alargarse. El 81,2% de las personas en situación de soledad no deseada sufre soledad persistente, es decir, lleva en una situación de soledad 2 o más años. Este porcentaje es bastante superior al identificado en 2024, que se situaba en el 67,7%. Según Young (1982), cuando la soledad no deseada persiste durante un periodo de más de dos años se puede definir como “soledad crónica”. **En España la soledad persistente se situaría en el 15,6% de la población, dos puntos por encima de la cifra identificada en 2024, cuando se situaba en el 13,5%.** Por otra parte, más de la mitad (55,1%) de las personas que se encuentran en una situación de soledad no deseada llevan en esta situación 5 o más años.

Gráfico 26. Distribución de la duración de la soledad no deseada, 2026

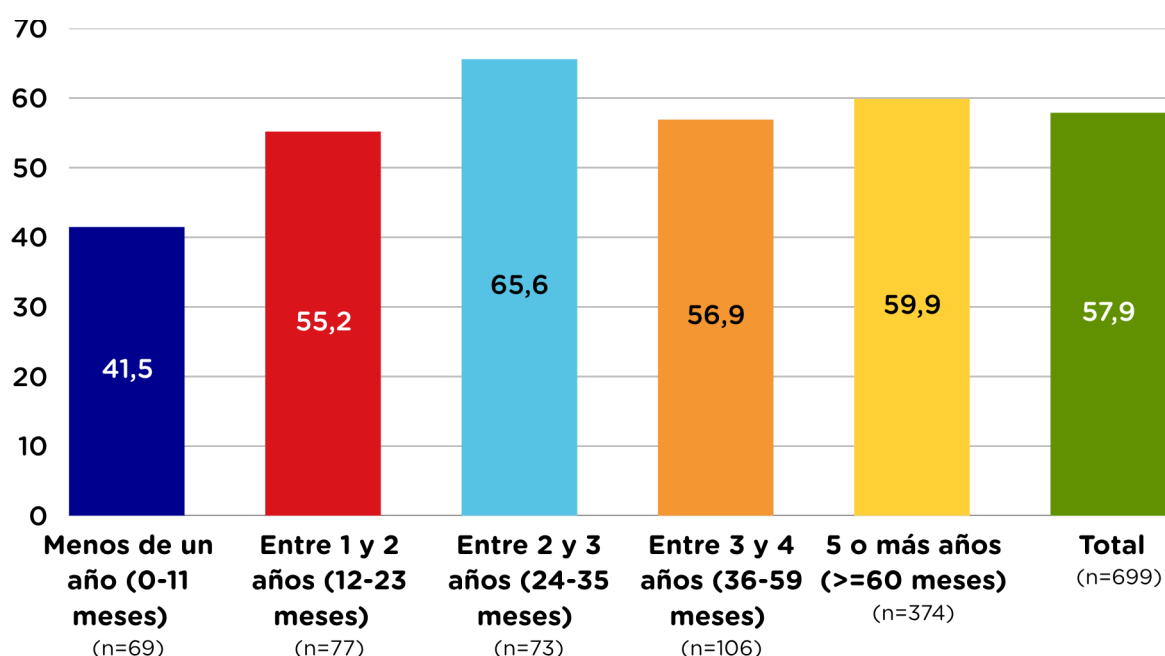


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Número total de respuestas: 699

Existe cierta relación entre la soledad persistente y los problemas de salud mental.

El porcentaje de personas con un problema de salud mental (diagnosticado o no) sobre las personas en situación de soledad tiende a incrementarse a medida que aumenta la duración de la situación de soledad no deseada. Este efecto parece existir especialmente si la situación de soledad no deseada dura más de un año. El porcentaje de personas con problemas de salud mental es el 41,5% entre las personas que han experimentado una situación de soledad durante menos de un año, pero asciende al 60,3% entre las personas que se encuentran en una situación de soledad persistente (desde hace 2 años o más).

Gráfico 27. Porcentaje de personas con un problema de salud mental (diagnosticado o no) sobre las personas en situación de soledad, por duración de la situación de soledad no deseada, 2026



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

La literatura coincide en mostrar que **una mayor duración de las experiencias de soledad eleva los riesgos para la salud mental.** Un estudio mostró que las personas que sufren de soledad persistente tenían una mayor probabilidad de mostrar un diagnóstico de depresión en comparación con las personas que sufren soledad transitoria. A su vez, las personas que sufren soledad transitoria tenían una mayor probabilidad de depresión que las que no sufren soledad (Wolska & Creaven, 2023).

De manera similar, otros estudios longitudinales que revelan el **impacto de la soledad persistente en la depresión**. Un estudio basado o en una muestra representativa a nivel nacional de personas con 50 años en España muestra que las personas que experimentaban soledad persistente tenían un mayor riesgo de presentar depresión mayor que aquellas que presentaban soledad transitoria. Esta asociación varió con el tiempo y fue más fuerte en el primer momento seguimiento que en el segundo. No obstante, las personas con soledad transitoria también presentaban un mayor riesgo de depresión que las que no habían experimentado apenas soledad (Martín-María et al., 2021). Otro estudio con personas mayores en Shanghái sugiere que la soledad con un grado moderado y grave al inicio del estudio predijo puntuaciones de depresión más altas 6 meses después. La soledad persistente en ambos momentos se asoció significativamente con puntuaciones de depresión más altas en el seguimiento. A su vez, el aislamiento social persistente se asoció con una mayor probabilidad de sufrir soledad moderada a grave y un mayor nivel de depresión (Zhang et al., 2023).

En otro estudio, la soledad persistente se asoció con mayores niveles de diferentes síntomas de una peor salud mental, especialmente con una mayor ansiedad social. En cambio, la soledad transitoria no se asoció de forma robusta con las puntuaciones de los síntomas. La soledad persistente, en comparación con la soledad transitoria, se asoció con probabilidades significativamente mayores de ansiedad social, síntomas depresivos e ideación paranoide, pero no de ansiedad generalizada (Misiak et al., 2025).

6.4. Soledad y salud mental por sexo y edad

El impacto de los problemas de la salud mental en la soledad es mayor en las mujeres, entre quienes la soledad está más extendida. La prevalencia de la soledad es más elevada entre mujeres que entre hombres, tanto entre las personas sin un problema de salud mental diagnosticado (13,9% de soledad en hombres y 16,4% entre mujeres), como entre las que cuentan con un problema de salud mental diagnosticado (45,1% frente a 54,7%). Además, la prevalencia de la soledad crece más entre las mujeres que entre los hombres cuando existe un problema de salud mental. Esta prevalencia se incrementa en 31,2 puntos porcentuales entre los hombres, del 13,9% al 45,1%, y en 38,3 puntos porcentuales entre las mujeres, del 16,4% al 54,7%.

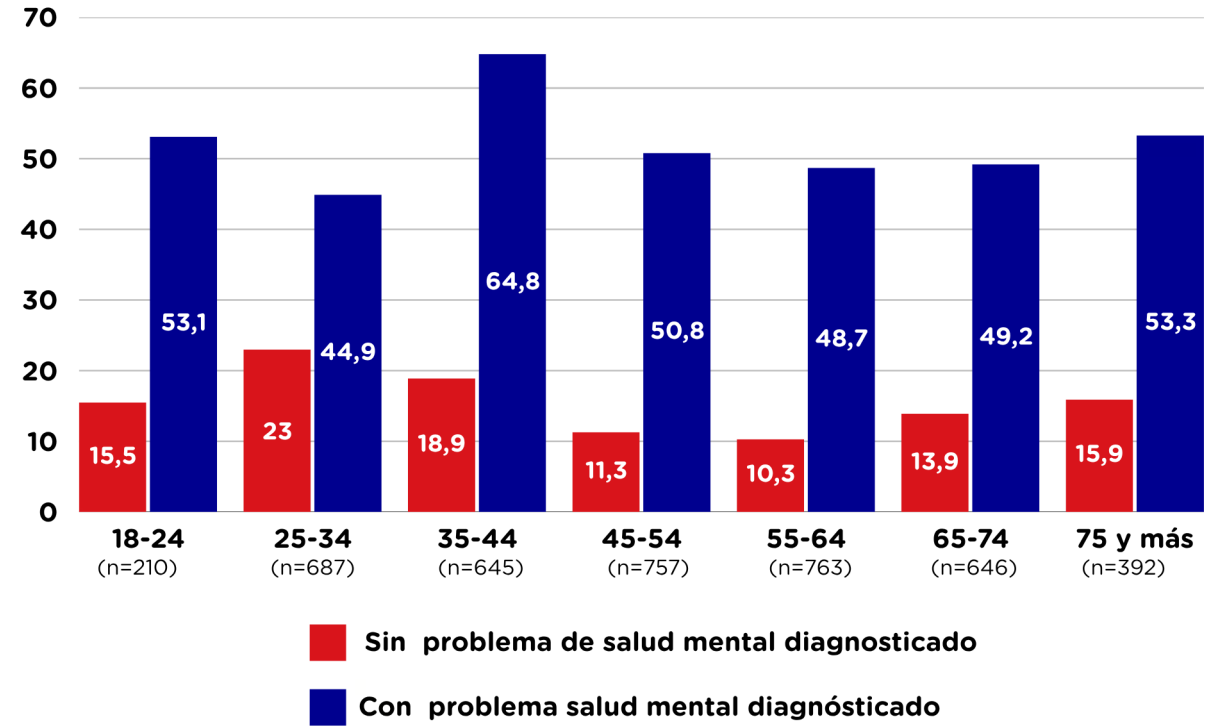
Tabla 3. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y sexo, 2026

	Sin un problema de salud mental diagnosticado	Con un problema de salud mental diagnosticado
Hombre (n = 1947)	13,9%	45,1%
Mujer (n = 2151)	16,4%	54,7%

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

La salud mental supone una mayor prevalencia de soledad no deseada en todos los grupos de edad. Sin embargo, se observan diferencias importantes en el modo en que los problemas de salud mental incrementan la soledad según el grupo de edad. Entre las personas de 35 y 44 años los problemas de salud mental implican una prevalencia de la soledad muy superior que sobre otros grupos, alcanzando el 64,8%. A partir de los 45 años en cambio la prevalencia de la soledad en las personas con un problema de salud mental diagnosticado es muy similar y cercano a la media (51,8%).

Gráfico 28. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y edad, 2026



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

La literatura muestra tradicionalmente una **relación entre edad y soledad no deseada en forma de U**: la soledad es más frecuente entre las personas más jóvenes, menor en la edad adulta media, y más común entre las personas mayores (Victor y Yang, 2012).

Las diferencias en la prevalencia de la soledad no deseada a lo largo de la edad pueden ser debidas a las diferencias en la distribución de los factores de riesgo de soledad en diferentes etapas de la vida, o a que estos factores impactan de manera diferente sobre la soledad en función de la edad (Hawkley et al., 2022; Luhmann y Hawkley, 2016; Nicolaisen y Thorsen, 2017). Algunos factores relevantes para explicar la soledad pueden tener un mayor impacto en la juventud que en la vejez, o al a inversa. Además, la sociedad puede generar diferentes expectativas vitales según la edad (Qualter et al., 2015), lo que conecta de nuevo con la definición de la soledad, esta se entiende como una relación entre las expectativas y la realidad de una persona.

Por ejemplo, las expectativas que se generan en el entorno social durante la juventud, respecto a la trayectoria vital o la vida social, establecen referencias con las que compararse con otras personas de la misma edad, lo que puede dar lugar a sentimientos de soledad no deseada (Kirwan et al., 2023). Las personas mayores tienden a adaptar constantemente sus expectativas a la realidad que tienen, lo que se traduce en una mayor satisfacción con sus relaciones existentes, a pesar de la progresiva reducción del tamaño de su red social y de la frecuencia de las interacciones (Cornwell & Waite, 2009; Schnitker, 2007; Van Tilburg & De Jong Gierveld, 2023).

La relación entre la soledad no deseada y los problemas de salud mental se puede observar en diferentes grupos de edad. Por ejemplo, los adolescentes con peor funcionamiento psicosocial tienen niveles mayores de soledad no deseada en comparación con los adolescentes con mejor funcionamiento psicosocial (Vanhalst et al., 2013). Un estudio longitudinal con estudiantes de universidad muestra que la soledad no deseada al inicio del estudio contribuye al empeoramiento del malestar psicológico, aumentando posteriormente la soledad percibida (Conti et al., 2023). Una revisión sistemática de la literatura sobre la asociación entre la soledad no deseada y los síntomas depresivos en personas mayores, subraya la dimensión temporal en esta asociación, en el sentido que la soledad puede predecir la depresión, puede empeorar una situación de depresión o puede actuar como una barrera a la recuperación (Van As et al., 2022).

6.5. Malestar psicológico, pensamientos auto-lesivos y otras experiencias de vulnerabilidad

Una de cada tres personas, el 36,2% de la población, reporta haber sufrido sufrimiento psicológico en los últimos 12 meses, porcentaje superior al que padece soledad no deseada (20,2%). Sin embargo, este porcentaje varía considerablemente en función de la situación de salud mental y de soledad no deseada, estando ambas relacionadas, como hemos descrito anteriormente. El porcentaje de personas que declaran haber sufrido sufrimiento psicológico en los últimos 12 meses entre quienes no padecen ni una situación de soledad ni un problema de salud mental se sitúa en el 24,7%, bastante por debajo de la media. Sin embargo, este porcentaje alcanza casi la totalidad de quienes sufren ambos problemas (85,2%), tanto de salud mental como de soledad no deseada.

Ambos problemas, la soledad y la salud mental, son una clara causa de sufrimiento. No obstante, la encuesta muestra que los problemas de salud mental generan sufrimiento en más personas que los problemas de soledad. El porcentaje de personas que declaran haber sufrido sufrimiento psicológico en los últimos 12 meses alcanza el 69,2% entre quienes tienen un problema de salud mental pero no se encuentran en situación de soledad, mientras que llega al 58,1% entre quienes se encuentran en la situación inversa, sufren soledad pero no padecen un problema de salud mental.

Tabla 4. Porcentaje de personas que declaran haber sufrido sufrimiento psicológico en los últimos 12 meses por situación de soledad y de salud mental, 2026

	Sin diagnóstico	Con diagnóstico
Sin soledad (n = 3.373)	24,7%	69,2%
Con soledad (n = 727)	58,1%	85,2%

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Nota: Esta tabla muestra 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.

Tanto la soledad como los problemas de salud mental incrementan considerablemente la probabilidad de sentir pensamientos autolesivos o suicidas, hasta el punto de que casi la mitad de las personas con problemas de salud mental y soledad tienen estos pensamientos. Entre las personas que carecen de ambos problemas, no sienten soledad y tampoco tienen problemas de salud mental, el porcentaje de personas que han tenido o sentido pensamientos autolesivos o suicidas en los últimos 12 meses es casi inexistente, del 2,1%. Sin embargo, este porcentaje se dispara hasta casi la mitad (43,8%) entre quienes padecen ambos problemas (soledad y salud mental). Entre ambas problemáticas el efecto en los pensamientos autolesivos o suicidas parece ser muy similar, del 13,7% entre quienes sufren soledad pero no tienen problemas de salud mental, y del 14,1% entre quienes padecen un problema de salud mental pero no de soledad.

Tabla 5. 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, 2026

	Sin diagnóstico	Con diagnóstico
Sin soledad (n = 3.373)	2,1%	14,1%
Con soledad (n = 727)	13,7%	43,8%

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

Un metaanálisis de **la literatura muestra que la soledad no deseada predice pensamientos suicidas o suicidio**, especialmente en el corto y medio plazo, así como que la depresión es un factor que media en la asociación entre ambos fenómenos (McClelland et al., 2020). Otra revisión sistemática de la literatura también ofrece evidencia que el aislamiento social y la soledad no deseada están asociadas con los pensamientos e intentos de suicidio (Calati et al., 2019).

El suicidio es un grave problema en la sociedad actual. En 2024, 3.846 personas fallecieron en España a causa del suicidio, cifra muy superior a los fallecimientos por accidentes de tráfico (1.810 en el mismo año)¹³.

13. INE. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2024.

Los resultados presentados en este capítulo evidencian una relación estrecha, bidireccional y acumulativa entre la soledad no deseada y la salud mental. Esta evidencia tiene implicaciones directas para el diseño de estrategias de intervención, que deben superar enfoques parciales o sectoriales y orientarse hacia modelos más integrales, preventivos y centrados en la persona.

En primer lugar, la elevada prevalencia de la soledad entre las personas con problemas de salud mental, así como la presencia de problemas de salud mental entre quienes experimentan soledad, pone de manifiesto la necesidad de avanzar hacia una **mayor integración entre los sistemas sanitario y social**. La intervención no puede limitarse al tratamiento clínico de la sintomatología, sino que debe incorporar el abordaje de las dimensiones relacionales y comunitarias que inciden directamente en el bienestar emocional. En este sentido, resulta clave promover modelos de atención que incorporen la dimensión social como parte del cuidado, como es el caso de la prescripción social o de los programas de acompañamiento comunitario.

En segundo lugar, el carácter **persistente y cronificado de la soledad** que muestran los datos subraya la importancia de desarrollar estrategias de **detección precoz y prevención**. La intervención temprana puede evitar la consolidación de trayectorias de soledad de larga duración, que, como se ha señalado, tienen un impacto más severo sobre la salud mental. Para ello, es fundamental incorporar herramientas de identificación de situaciones de riesgo en los servicios públicos, especialmente en el ámbito sanitario, social y comunitario, así como fortalecer el papel de los agentes de proximidad, como profesionales de atención primaria, servicios sociales o entidades del tercer sector.

En tercer lugar, la evidencia de que la soledad no deseada está condicionada por factores estructurales —como la discapacidad, la situación económica o el tipo de hogar— implica que las respuestas deben ir más allá de intervenciones centradas exclusivamente en el individuo. Resulta necesario promover enfoques que actúen sobre el entorno, favoreciendo la creación de **comunidades inclusivas, accesibles y generadoras de vínculos**. Esto incluye el impulso de redes de apoyo formales e informales, el fortalecimiento del tejido comunitario y la generación de oportunidades de participación social significativas.

Asimismo, la relación bidireccional entre la soledad y la salud mental sugiere que las intervenciones deben ser **sostenidas en el tiempo**, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad. Las acciones puntuales o de corta

duración pueden tener efectos limitados si no se acompañan de estrategias de continuidad que permitan consolidar cambios en las relaciones sociales y en el bienestar emocional. En este sentido, es clave diseñar intervenciones que combinen acompañamiento, participación activa y generación de vínculos duraderos.

Por último, estos resultados refuerzan la necesidad de adoptar un enfoque de intervención basado en la **centralidad de la persona y sus relaciones**, teniendo en cuenta sus necesidades, expectativas y contexto vital. La soledad no deseada no se reduce únicamente aumentando el número de contactos sociales, sino mejorando la calidad, la significatividad y la reciprocidad de los vínculos. Por ello, las políticas y programas deben orientarse no solo a “crear contacto”, sino a **facilitar relaciones con sentido**, en entornos que garanticen la inclusión y el acceso en igualdad de condiciones.

En definitiva, la evidencia analizada muestra que abordar la soledad no deseada desde su relación con la salud mental exige avanzar hacia modelos de intervención **integrales, comunitarios y basados en derechos**, capaces de actuar simultáneamente sobre las personas, sus redes y los entornos en los que se desarrollan.



7.

Factores asociados y ámbitos específicos de vulnerabilidad

La prevalencia de la soledad no deseada se incrementa considerablemente cuando existe un problema de salud mental diagnosticado en **todos los niveles educativos**.

La prevalencia de la soledad entre las personas con problemas de salud mental es **superior en el medio urbano que en el rural** (54,5% frente a 48,3%).

Los problemas de salud mental potencian la soledad asociada con el hecho de vivir solo/a.

La prevalencia de la soledad no deseada es muy superior **entre las personas que se encuentran en una situación de discapacidad**.

La combinación de los problemas económicos y de salud mental dispara la soledad no deseada. El 59,6% de las personas que llegan con dificultad a fin de mes y además tienen un problema de salud mental diagnosticado se encuentran en una situación de soledad no deseada.

El porcentaje de personas con un problema de salud mental diagnosticado es más del triple entre las personas que llegan con dificultad a fin de mes (27,1%) que entre las que llegan con facilidad (10,5%).

De manera similar, las personas que se encuentran en una **situación de dependencia**, tienen una prevalencia de la soledad no deseada del 45,5%, cifra superior a la existente entre las personas con discapacidad (31,2%).

La soledad no deseada puede ser un factor motivador para utilizar determinados recursos digitales, aunque la gran mayoría de la población no recurre a estos recursos como respuesta a problemas emocionales o situaciones de soledad.

La percepción del impacto del uso de recursos digitales en la salud mental es mayoritariamente negativa, especialmente respecto a las redes sociales. La literatura muestra que los efectos de los recursos digitales dependen en gran medida de su tipo de uso.

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.

7.1. Factores sociodemográficos y económicos

La prevalencia de la soledad no deseada se incrementa considerablemente cuando existe un problema de salud mental diagnosticado en todos los niveles educativos. Las personas sin estudios sufren la mayor prevalencia de soledad no deseada, tanto entre quienes carecen como quienes padecen de un problema de salud mental diagnosticado. No obstante, las personas con educación superior pero con un problema de salud mental diagnosticado tienen una prevalencia de la soledad no deseada del 46,6%, casi el doble que las personas sin estudios pero sin un problema de salud mental diagnosticado

(27,9%). Esto sugiere que, a pesar de la importancia de la educación para la soledad, los problemas de salud mental serían más relevantes para explicar la soledad no deseada que el nivel educativo. Entre las personas con educación superior sin un problema de salud mental diagnosticado observamos la menor prevalencia de soledad (12,4%) comparada con el 66,7% entre las personas sin estudios con un problema de salud mental diagnosticado.

Tabla 6. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y nivel educativo, 2026

	Sin un problema de salud mental diagnosticado	Con un problema de salud mental diagnosticado
Sin estudios (n = 33)	27,9%	66,7%
Primaria (n = 252)	17,6%	57,1%
Secundaria/FP medio (n = 1.265)	16,7%	54,2%
Superior (FP superior/universitaria) (n = 2.544)	12,4%	46,6%

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

La prevalencia de la soledad entre las personas con problemas de salud mental es superior en el medio urbano que en el rural (54,5% frente a 48,3%). En cambio, entre las personas sin un problema de salud mental diagnosticado ocurre a la inversa, la prevalencia de la soledad es mayor en el medio rural que en el urbano (17,0% frente a 13,8%).

Tabla 7. Prevalencia de la soledad no deseada según el estado de salud mental y medio rural o urbano, 2026

	Sin un problema de salud mental diagnosticado	Con un problema de salud mental diagnosticado
Rural (municipios de 50.000 habitantes o menos) (n = 1.951)	17,0%	48,3%
Urbano (municipios de más de 50.000 habitantes) (n = 2.136)	13,8%	54,5%

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

Los problemas de salud mental potencian la soledad asociada con el hecho de vivir solo/a.

La prevalencia de la soledad entre las personas que viven solas con un problema de salud mental diagnosticado roza los dos tercios, del 64,6%, más del doble que las que viven solas sin un problema de salud mental (28,2%).

Tabla 8. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y tipo de hogar, 2026

	Sin un problema de salud mental diagnosticado	Con un problema de salud mental diagnosticado
Vive acompañado/a (n = 3.373)	12,7%	49,2%
Vive solo/a (n = 727)	28,2%	64,6%

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

La literatura muestra por ejemplo que las personas mayores que viven solas, no están casadas, ni tenían familiares ni amigos cerca, se sentían solos más a menudo y tenían más probabilidades de sufrir un diagnóstico de depresión (Adams et al., 2023).

La combinación de los problemas económicos y de salud mental dispara la soledad no deseada.

El 59,6% de las personas que llegan con dificultad a fin de mes y además tienen un problema de salud mental diagnosticado se encuentran en una situación de soledad no deseada, cifra que casi triplica la prevalencia de la soledad entre las personas que llegando con dificultad a fin de mes carecen de un problema de salud mental diagnosticado (23,6%).

Tabla 9. Prevalencia de la soledad no deseada según la situación económica y de salud mental, 2026

	Sin un problema de salud mental diagnosticado	Con un problema de salud mental diagnosticado
Llega con facilidad a fin de mes (n = 2.884)	11,5%	42,7%
Llega con dificultad a fin de mes (n = 1.110)	23,6%	59,6%

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

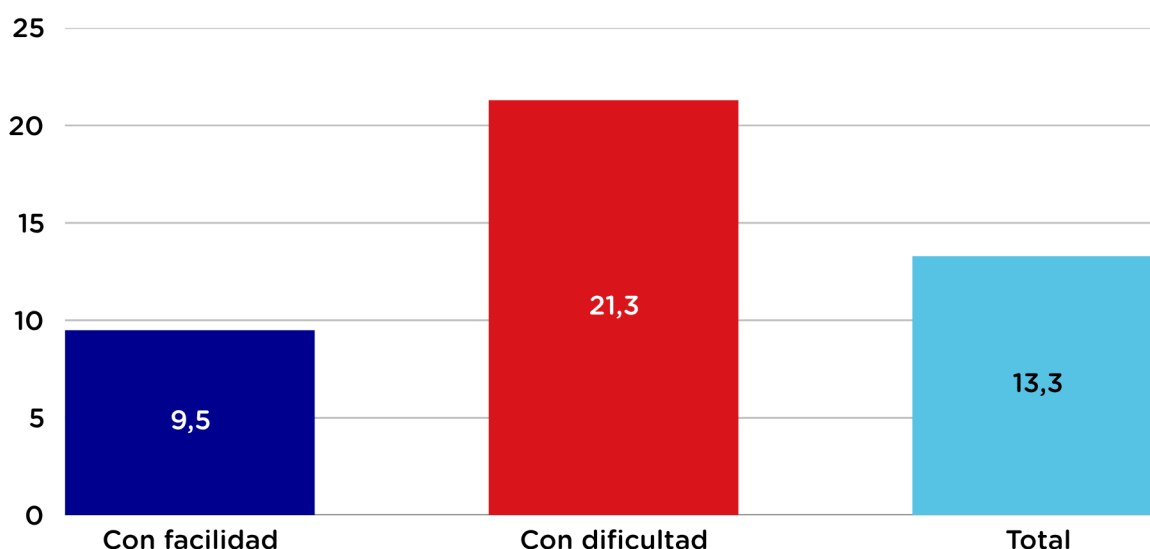
Sin embargo, los problemas de salud mental tienen una relación más estrecha con la soledad que los problemas económicos.

Las personas que llegan con facilidad a fin de mes pero tienen un problema de salud mental diagnosticado sufren una prevalencia de la soledad no deseada del 42,7%, muy por encima de las personas en la situación inversa, que no tienen un problema de salud mental diagnosticado pero sí problemas económicos (23,6%).

La situación económica está muy relacionada con los problemas de salud mental.

El porcentaje de personas con un problema de salud mental diagnosticado es muy superior entre las personas que llegan con dificultad a fin de mes (21,3%) que entre las que llegan con facilidad (9,5%). El estudio sobre salud mental de AXA (2026) también mostró que un 51% de la población considera que la inestabilidad financiera y la inseguridad laboral están teniendo un impacto negativo en su salud mental.

Gráfico 29. Porcentaje de personas con un problema de salud mental diagnosticado según la facilidad o dificultad con la que llegan a fin de mes, 2026

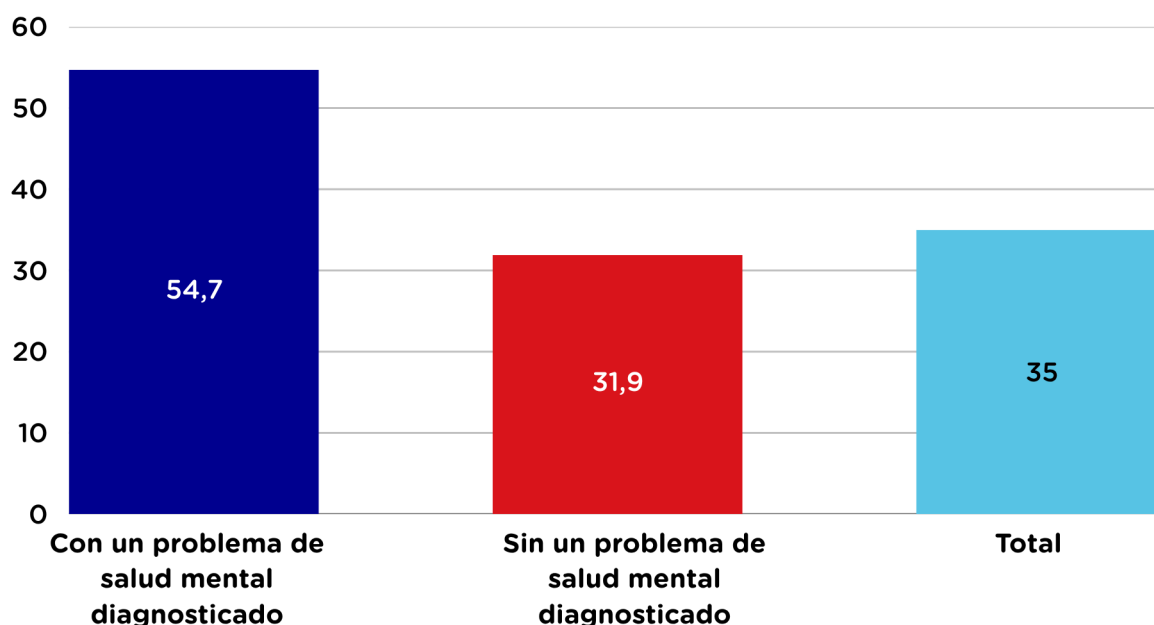


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

A la inversa, el porcentaje de personas que llegan con dificultad a fin de mes es muy superior entre las personas con un problema de salud mental diagnosticado.

Más de la mitad (54,7%) de las personas con un problema de salud mental diagnosticado llegan con dificultad a fin de mes, comparado con un 31,9% entre las personas que no cuentan con un problema de salud mental diagnosticado.

Gráfico 30. Porcentaje de personas que llegan con dificultad a fin de mes según su situación de salud mental, 2026



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

En este sentido, es importante tener en cuenta que **las personas con problemas de salud mental que suponen una discapacidad tienen fuertes barreras para participar en el mercado de trabajo.** Su tasa de empleo es del 22,3%, inferior al conjunto de las personas con discapacidad (28,9%) y muy por debajo de las personas sin discapacidad (69,7%)¹⁴. Esta menor empleabilidad ocasionada por los problemas de salud mental implica una reducción en el nivel de ingresos de su unidad familiar.

El acoso y los problemas de salud mental están fuertemente relacionados con la soledad. Entre quienes han sufrido o sentido acoso en los últimos 12 meses y padecen un problema de salud mental, la prevalencia de la soledad no deseada es del 62,3%, frente al 13,9% entre quienes no han sufrido ninguno de ambos problemas. Sin embargo, la relación de las experiencias recientes de acoso y de la salud mental con la soledad no deseada son similares. La prevalencia entre quienes han sufrido acoso y no tienen un problema de salud mental es del 49,3%, casi idéntica a quienes se encuentran en la situación inversa (50,7%).

14. INE. El empleo de las personas con discapacidad. Datos de 2024.

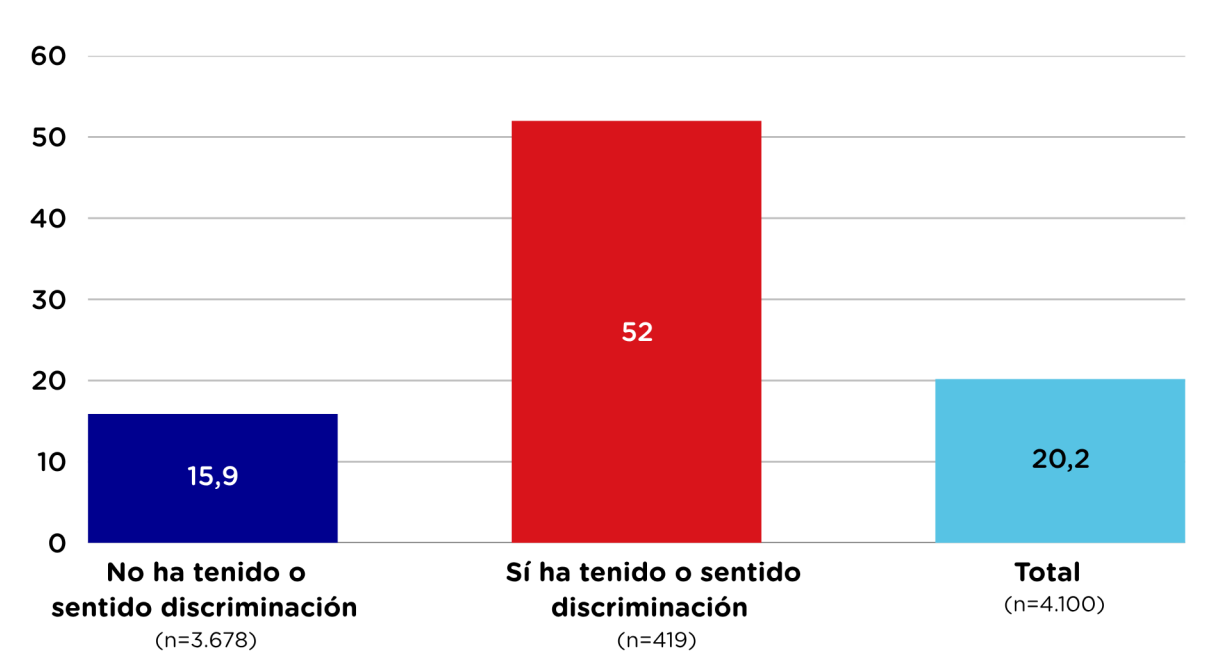
Tabla 10. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y haber sufrido o sentido acoso en los últimos 12 meses, 2026

	Sin diagnóstico	Con diagnóstico
No han sufrido acoso (n = 3.898)	13,9%	50,7%
Han sufrido acoso (n = 201)	49,3%	62,3%

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.

La discriminación implica una mayor soledad, especialmente cuando va unida a un problema de salud mental. La discriminación implica una mayor prevalencia de soledad no deseada. Entre las personas que afirman haber sentido discriminación, la prevalencia de la soledad es del 52%, frente al 15,9% entre quienes no han sentido discriminación. A su vez, el porcentaje de personas con un problema de salud mental diagnosticado alcanza el 33,1% entre las personas que afirman haber sufrido discriminación, frente al 10,7% entre quienes no han sufrido discriminación.

Gráfico 31. Prevalencia de la soledad no deseada según la exposición a situaciones de discriminación, 2026



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.

Entre las **personas que han sufrido tanto un problema de salud mental como de discriminación**, la prevalencia de la soledad no deseada es del 69,4%, muy por encima a entre quienes no han padecido ninguno de los dos problemas (12,5%). Por otra parte, la relación con la soledad es similar para ambos problemas, la prevalencia de la soledad entre quienes han sufrido discriminación pero no tienen un problema de salud mental es del 43,4%, similar a quienes se encuentran en la situación inversa (44,3%). Es importante tener en cuenta que la **discriminación es de por sí un factor que perjudica la salud mental**: entre las personas que han sufrido alguna forma de discriminación, el porcentaje personas con problemas de salud mental diagnosticados es del 33%, mientras que se sitúa en el 11% entre las personas que no han sufrido discriminación.

Tabla 11. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y haber sufrido o sentido discriminación en los últimos 12 meses, 2026

	Sin diagnóstico	Con diagnóstico
No han sufrido discriminación	12,5%	44,3%
Han sufrido discriminación	43,4%	69,4%

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.

7.2. Discapacidad, dependencia y salud mental

El análisis de la relación entre la discapacidad, la dependencia, la soledad no deseada y la salud mental requiere adoptar un enfoque que trascienda una interpretación centrada exclusivamente en la condición individual de las personas. En este sentido, el presente estudio se alinea con el **modelo social de la discapacidad**, que entiende la discapacidad no como un atributo inherente a la persona, sino como el resultado de la interacción entre las características individuales y las barreras existentes en el entorno físico, social y actitudinal.

Desde esta perspectiva, las situaciones de mayor prevalencia de soledad observadas entre las personas con discapacidad o en situación de dependencia no pueden explicarse únicamente por sus condiciones personales, sino que deben interpretarse a la luz de las **dificultades para participar en igualdad de condiciones en la vida social y comunitaria**. Barreras como la falta de accesibilidad en los espacios, la limitada disponibilidad de apoyos, las restricciones en la movilidad, o la persistencia de estigmas y prejuicios, reducen las oportunidades de interacción social y limitan la posibilidad de construir y mantener relaciones significativas.

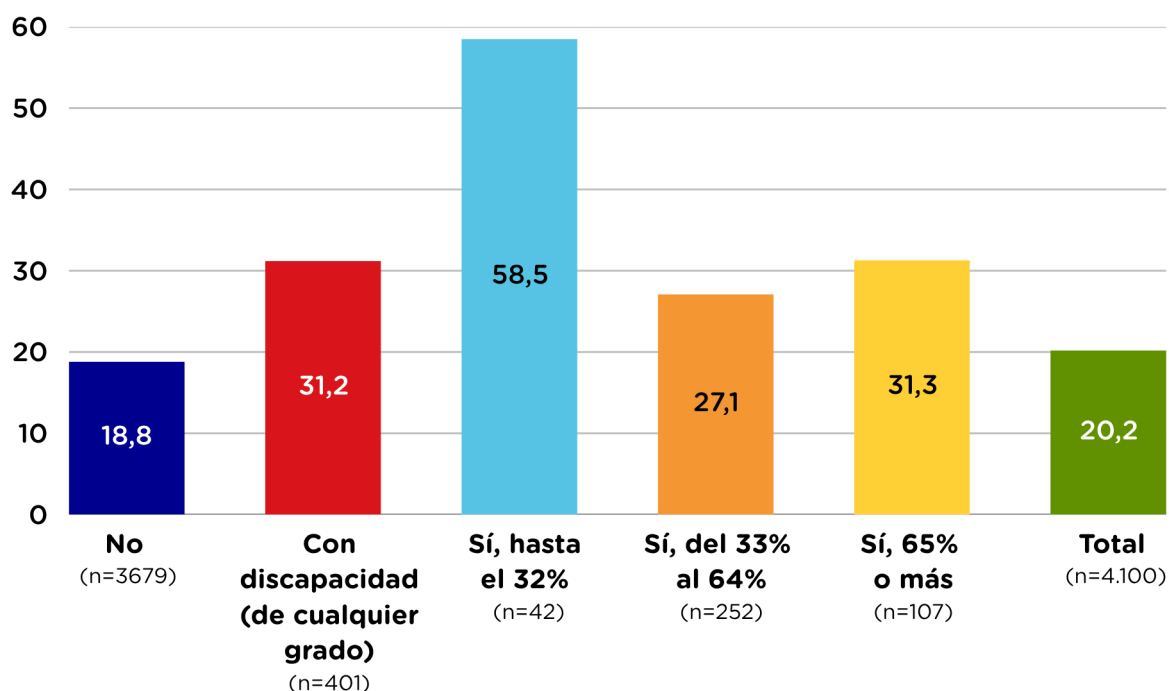
En consecuencia, resulta fundamental desplazar el foco desde la persona hacia el contexto en el que se desarrollan sus relaciones. En este sentido, **la soledad no es consecuencia de la discapacidad, sino del entorno no inclusivo** en el que muchas personas se ven obligadas a desenvolverse. Esta afirmación implica reconocer que la reducción de la soledad no deseada entre las personas con discapacidad y en situación de dependencia pasa necesariamente por la transformación de los entornos, promoviendo condiciones de accesibilidad universal, apoyos adecuados y comunidades más inclusivas.

Este enfoque permite, además, comprender de manera más completa la relación entre discapacidad, dependencia y salud mental. Las barreras que limitan la participación social no solo incrementan el riesgo de soledad, sino que también pueden tener un impacto negativo en el bienestar emocional, contribuyendo al deterioro de la salud mental. A su vez, las dificultades asociadas a la salud mental pueden intensificar los obstáculos para la interacción social, generando dinámicas de retroalimentación que refuerzan la situación de vulnerabilidad.

La prevalencia de la soledad no deseada es muy superior entre las personas que se encuentran en una situación de discapacidad, especialmente entre aquellas con un grado de discapacidad inferior al 33%. La elevada prevalencia de necesidad (58,5%) entre las personas con discapacidad de hasta el 32% puede explicarse, por un lado, por una cuestión metodológica, el tamaño muestral de este grupo (n=42), aunque suficiente para establecer comparaciones, es lo bastante reducido como para amplificar el porcentaje observado y, por otro, esta elevada prevalencia de soledad no deseada a nivel psicosocial puede verse también amplificada por encontrarse estas personas en lo que la antropología se denomina una fase liminal, o lo que es lo mismo, un estado de transición en el que, pese a convivir ya con la discapacidad, aún

no cuentan con el certificado oficial que la reconozca, lo que las sitúa en una posición indefinida que intensifica su percepción de necesidad.

Gráfico 32. Prevalencia de la soledad no deseada según la situación de discapacidad, 2026

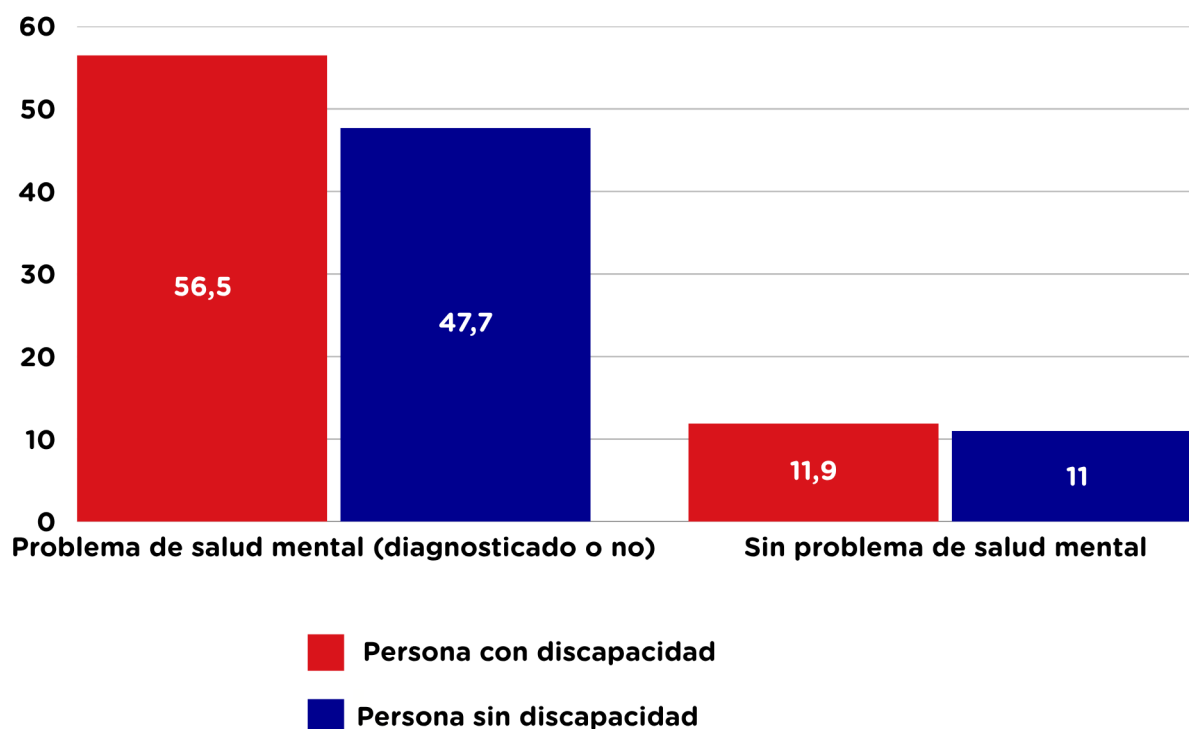


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Nota: Téngase en cuenta el recuento de las personas del grupo con discapacidad hasta el 32%. P-valor estadísticamente significativo.

El 35,7% de las personas con discapacidad declara tener problemas de salud mental, diagnosticados o no, frente al 22,6% de las personas sin discapacidad.

En este sentido, la prevalencia de soledad no deseada para el 22,6% de personas sin discapacidad que tienen problemas de salud mental (diagnosticados o no) es de un 47,7% (n=324) por debajo de las personas con discapacidad y con problemas de salud mental cuya prevalencia de soledad no deseada es de un 56,5% (n=70).

Gráfico 33. Prevalencia de la soledad no deseada según problemas de salud mental y discapacidad, 2026

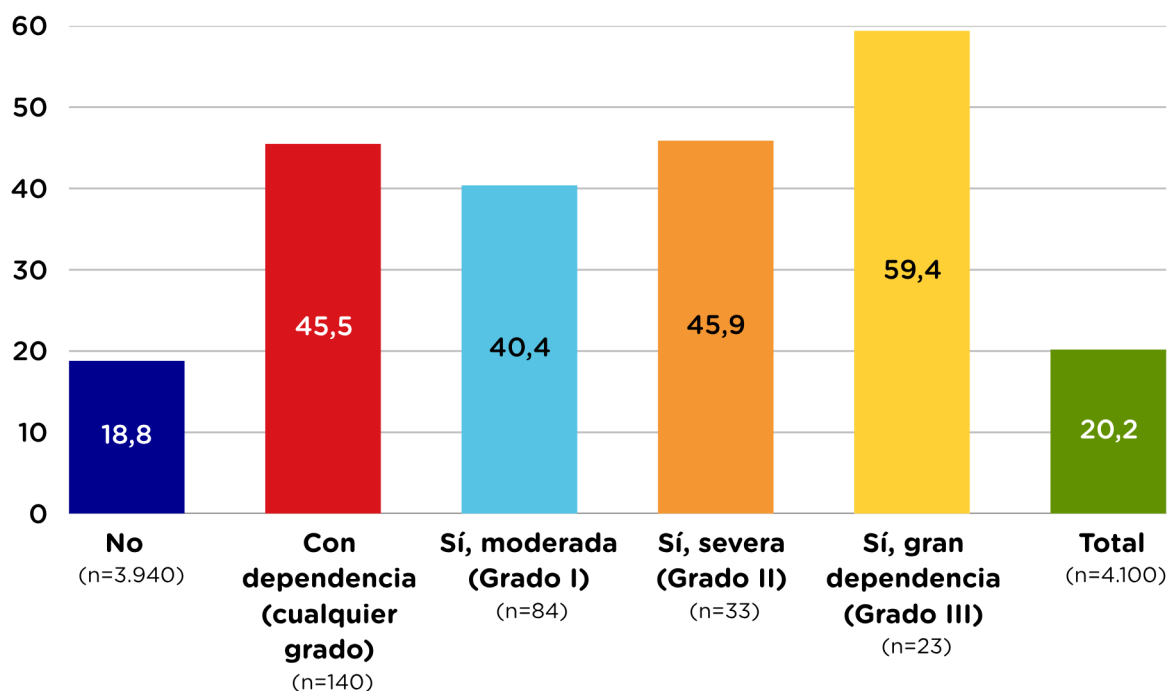


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P-valor estadísticamente significativo.

De manera similar, las **personas que se encuentran en una situación de dependencia**, tienen una prevalencia de la soledad no deseada del 45,5%, entre 2 y 3 veces la prevalencia observada entre las personas que no se encuentran en una situación de dependencia (18,8%). La prevalencia de la soledad no deseada de las personas con dependencia (45,5%) es superior a la existente entre las personas con discapacidad (31,2%).

De la misma manera, tal y como está en el gráfico, las prevalencias de soledad no deseada aumentan conforme aumenta el grado de dependencia y aunque es cierto que a medida que aumente el grado de dependencia disminuye el número de casos observados lo que permite establecer tendencias, pero hace más difícil la comparación entre categorías aun siendo estadísticamente significativas.

Gráfico 34. Prevalencia de la soledad no deseada según la situación de dependencia, 2026



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

¿Cómo se relacionan los problemas de la soledad y la salud mental en las personas con discapacidad?

Cuando nos centramos exclusivamente en los problemas de salud mental diagnosticados, la prevalencia de la soledad no deseada entre las personas con problemas de salud mental es aún mayor en presencia de una discapacidad (57,0% frente al 50,1%). En cambio, entre las personas con discapacidad la prevalencia de la soledad no deseada es similar a la de las personas sin discapacidad en ausencia de un problema de salud mental diagnosticado.

Tabla 12. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental diagnosticado y discapacidad, 2026

	Sin un problema de salud mental diagnosticado	Con un problema de salud mental diagnosticado
Sin discapacidad (n = 3.679)	15,3%	50,1%
Con discapacidad (n = 401)	15,5%	57,0%

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

Las elevadas prevalencias de la soledad para las personas en situación de discapacidad y dependencia, en especial las que tienen un problema de salud mental diagnosticado, ponen de manifiesto la situación de desigualdad estructural que viven estas personas, lo que llama la atención desde la **perspectiva de los derechos**. Según la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad¹⁵, “las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social”.

La literatura muestra la **relación multidireccional entre discapacidad, dependencia, soledad no deseada y salud mental**.

Por un lado, en línea con los resultados de este estudio, la literatura también muestra que **las personas con discapacidad o con dependencia tienen niveles más altos de soledad no deseada y también peor salud mental**, comparado con la población sin discapacidad o dependencia (Bailie et al., 2023; Emerson, Fortune, et al., 2021a; Emerson et al., 2023). Además de sentir más soledad y contar con un bajo nivel de apoyo social, las personas con discapacidad tienen un nivel más bajo de bienestar personal¹⁶, comparado con las personas sin discapacidad (Emerson, Fortune, et al., 2021b). En el caso de las personas con discapacidad, la soledad no deseada tiene una asociación fuerte con el “bienestar personal” (Emerson, Fortune, et al., 2021b).

15. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
16. Definido como “estados mentales positivos, incluyendo todas las diversas evaluaciones, positivas y negativas, que las personas hacen de sus vidas y las reacciones afectivas de las personas a sus experiencias” (Emerson et al., 2020).

Una revisión sistemática de la literatura también destaca **que el apoyo social es un factor protector para aliviar los efectos de los factores estresantes asociados con la discapacidad**, aunque la evidencia para esta relación en la literatura es menos consistente comparado con los estudios hechos con la población general (Tough et al., 2017). El malestar emocional (mental distress), como depresión o ansiedad, son problemas que afectan a las personas con discapacidad, quienes no cuentan con un nivel adecuado de apoyo social y emocional (Krahn et al., 2015). En las personas mayores, el apoyo social es clave para determinar el efecto de las limitaciones en las actividades de la vida diaria (AVD) sobre su nivel de angustia psicológica, independientemente de la edad (Bierman & Statland, 2010).

Por otro lado, como señalamos anteriormente, la relación inconsistente entre apoyo social y depresión se puede explicar por los **efectos del apoyo no solicitado a las personas con discapacidad en su sensación de menor autonomía y valía personal**, lo que puede afectar a su salud mental y bienestar (Tough et al., 2017).

Según un estudio, la discapacidad modera la relación entre soledad y salud mental; es decir, la relación varía dependiendo del inicio de la discapacidad, el final de la discapacidad y su persistencia. No encontrarse en una situación de soledad no deseada puede reducir significativamente el riesgo de desarrollar problemas de salud mental tras la aparición de una discapacidad. La relación entre la soledad no deseada y peor salud mental es más fuerte en el caso de discapacidad permanente (Emerson, Stancliffe, et al., 2021). El deterioro de la función física tiene un efecto sobre la soledad, que a su vez favorece los síntomas depresivos. Esto muestra una relación mediadora desde la discapacidad funcional hasta la depresión, a través de la soledad (Domènech-Abella et al., 2021). La discapacidad funcional está relacionada con una mayor soledad a través de un menor afecto positivo, entendido como una tendencia a experimentar emociones agradables y a interactuar con el entorno de manera positiva (Espirito-Santo et al., 2024).

Según Bailie et al (2023), la relación bidireccional y cíclica entre la soledad no deseada y la salud (mental y física) puede ser válida en el caso de las personas con discapacidad, pero es importante considerar también **otros factores que afectan desigualmente a las personas con discapacidad**, como las desigualdades en el acceso a servicios de sanidad y sus consecuencias para el peor estado de salud (Emerson et al., 2011) y la soledad no deseada.

Ciertos factores sociales y estructurales afectan algunas personas más que a otras, generando una distribución desigual de la soledad no deseada, lo que llama la atención sobre la perspectiva de la justicia social (Barreto et al., 2024). Estos factores incluyen el miedo percibido en el vecindario, incluyendo la ausencia de espacios públicos seguros para la interacción social, la falta de accesibilidad, que influye en la incapacidad de desplazarse de forma independiente, o las experiencias de discriminación (Llorens-Roman et al., 2026). Las personas con discapacidad que tienen acceso a un transporte accesible reportan menores niveles de soledad, lo que demuestra que la mejora de la accesibilidad en el sistema de transporte puede reducir la soledad en las personas con discapacidad (Beuoy et al., 2025).

Por último, un estudio muestra que la mitad de los adultos con **discapacidad visual** experimentaba soledad moderada o grave, con tasas más altas que la población general en todos los grupos de edad y una menor satisfacción con la vida (Brunes et al., 2019). Otro estudio muestra que las personas con **discapacidad intelectual o del desarrollo, discapacidad por salud mental, por lesión cerebral o accidente cerebrovascular** tenían entre 2,6 y 2,8 veces más probabilidades de experimentar soledad que las personas sin discapacidad, lo que puede ser explicado por los efectos socioeconómicos de estos tipos de discapacidad (Bishop et al., 2024). (A. M. Kavanagh et al., 2015) también señalan las desventajas de las personas con discapacidades intelectuales y psicológicas y lesiones cerebrales adquiridas.

7.3. Entornos digitales, redes sociales e inteligencia artificial

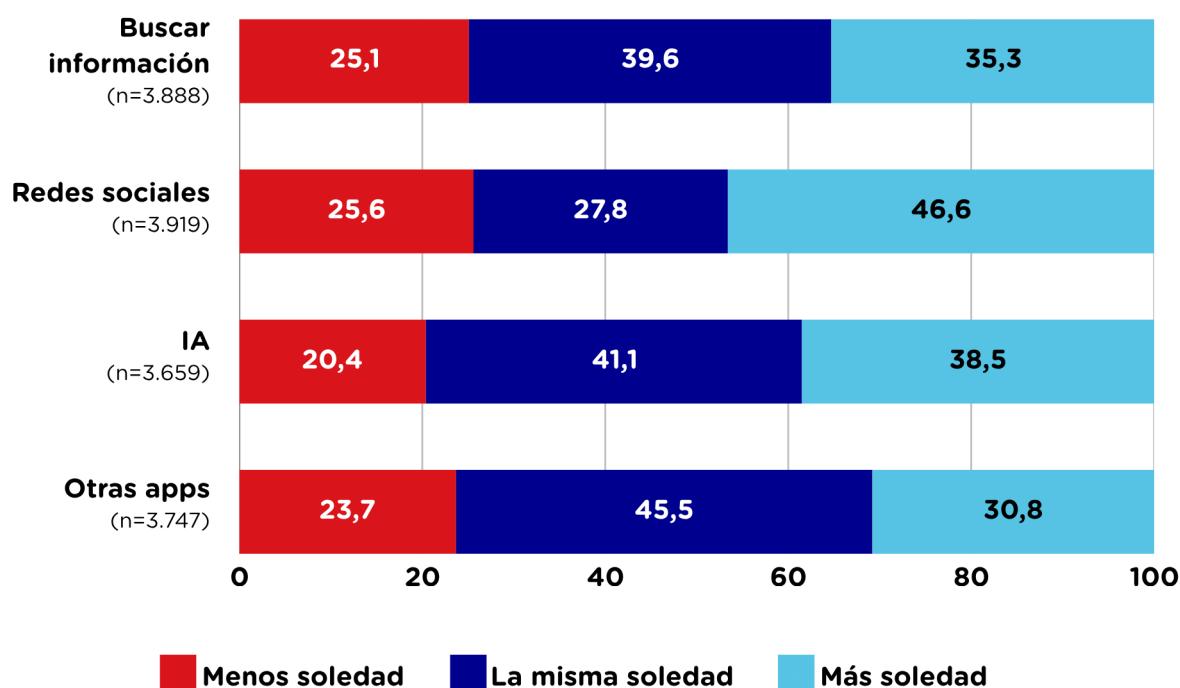
El papel de los entornos digitales en la soledad no deseada presenta una **doble dimensión**. Por un lado, ofrecen oportunidades para mantener el contacto, ampliar redes sociales y acceder a apoyos, especialmente en situaciones de aislamiento físico o limitaciones de movilidad. Por otro, determinados usos (superficiales o pasivos) pueden reforzar el aislamiento y afectar negativamente al bienestar emocional.

Desde una perspectiva inclusiva, es necesario considerar la existencia de una **brecha digital**, especialmente relevante en personas con discapacidad, mayores o en situación de vulnerabilidad. Esta brecha no solo afecta al acceso, sino también a la accesibilidad, las competencias digitales y la capacidad de utilizar estos recursos de forma significativa.

En este sentido, los entornos digitales no deben entenderse como una solución en sí misma, sino como una herramienta cuyo impacto depende del uso que se haga de ella. Para contribuir a la reducción de la soledad, es necesario garantizar su accesibilidad, promover usos activos y complementar su desarrollo con el fortalecimiento de relaciones sociales presenciales y comunitarias.

En cuanto a la opinión sobre el impacto de estas tecnologías, **no existe un consenso en la sociedad acerca de los efectos de los recursos digitales en la soledad, si bien la percepción de que generan una mayor soledad, en especial de las redes sociales y la IA, está más extendida.** Casi la mitad de la población (46,6%) considera que el uso de las redes sociales contribuye a una mayor soledad en la población, y únicamente un 25,6% considera que tiene el efecto contrario de reducir la soledad. También es mayoritariamente negativa la opinión sobre la IA: un 38,5% de la población opina que aumenta la soledad en la sociedad, mientras que solo un 20,4%, menos de la mitad, opina lo contrario. No obstante, la opinión más mayoritaria (41,1%) considera que la IA no tiene un efecto sobre la soledad.

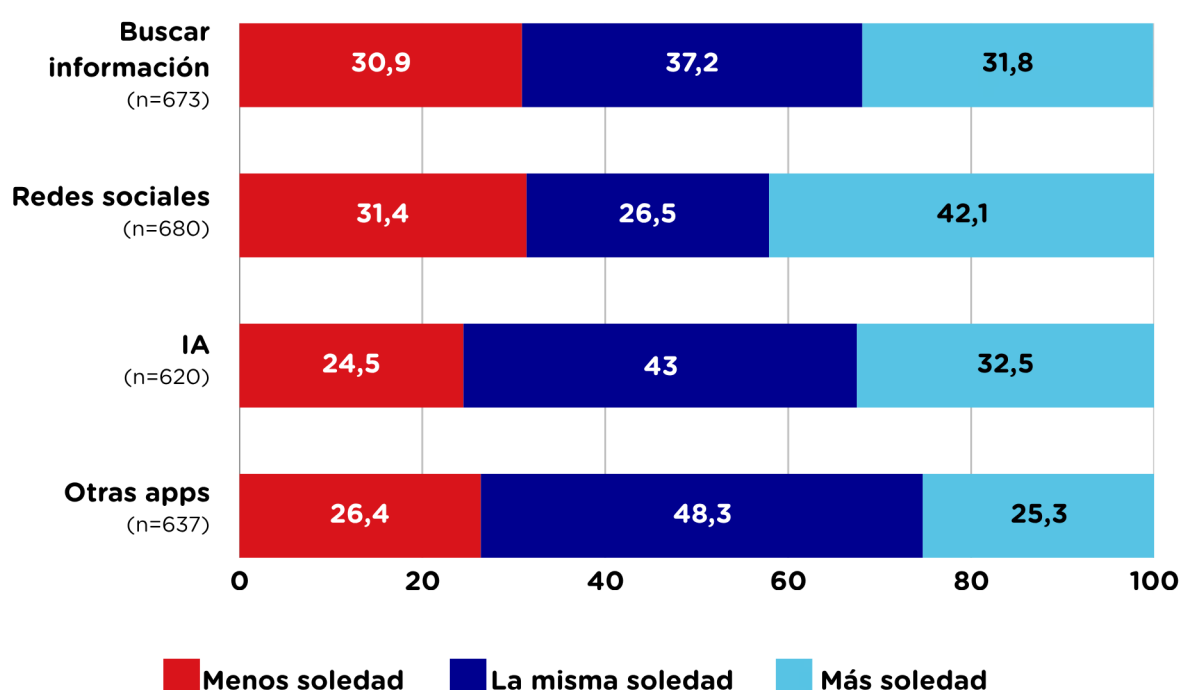
Gráfico 35. Percepción del impacto del uso de recursos digitales en la soledad, conjunto de la población, 2026



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.

La percepción sobre el impacto del uso de los recursos digitales entre las personas que sufren soledad no deseada no difiere considerablemente del conjunto de la población, si bien es en general más positiva. El porcentaje de las personas que sufren soledad no deseada que considera que los distintos recursos digitales estudiados reducen la soledad es en general mayor que en el conjunto de la población. De manera similar, entre la población que sufre soledad no deseada, el porcentaje de personas que consideran que estos recursos incrementan la soledad es menor que en el conjunto de la población.

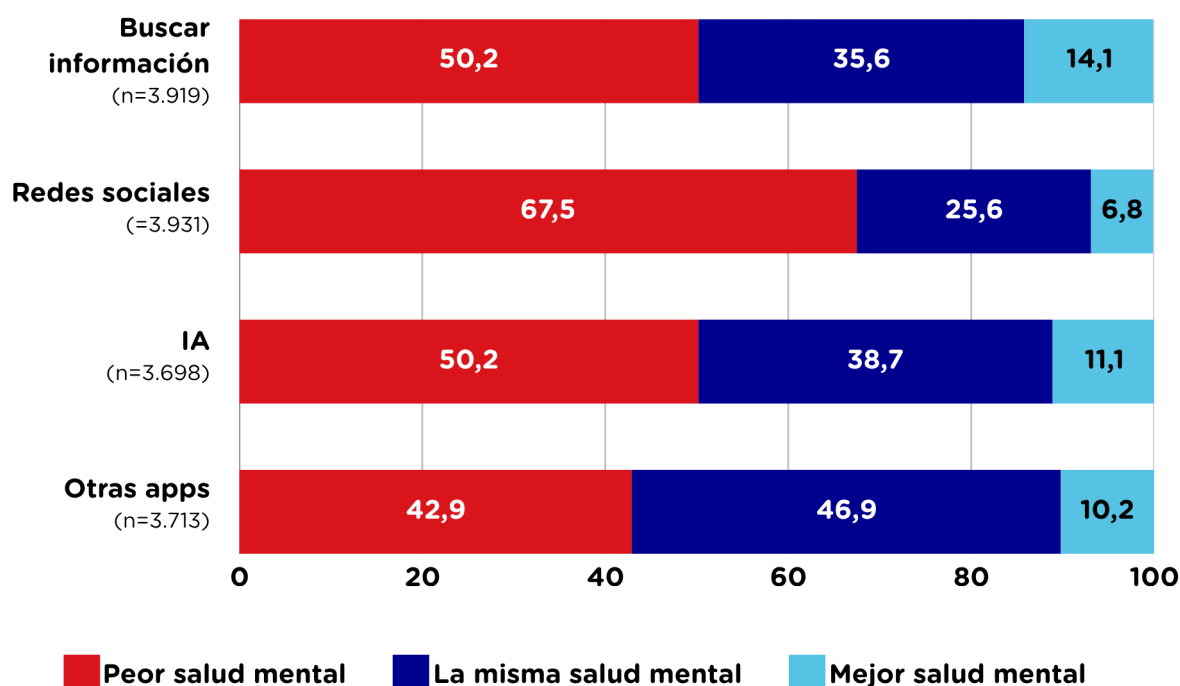
Gráfico 36. Percepción del impacto del uso de recursos digitales en la soledad, personas que sienten soledad no deseada, 2026



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

La percepción del impacto del uso de recursos digitales en la salud mental es mayoritariamente negativa. En todos los tipos de recursos digitales el porcentaje de personas que considera que su uso tiene un impacto negativo en la salud mental supera con creces el porcentaje de personas que tiene la opinión contraria. Esta percepción negativa destaca especialmente respecto a las redes sociales, sobre las que un 67,5% de la población opina que perjudica la salud mental, frente a un minoritario 6,8% que considera que la mejora, casi 10 veces inferior a la opinión opuesta.

Gráfico 37. Percepción del impacto del uso de recursos digitales en la salud mental, conjunto de la población, 2026



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

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

La prevalencia de la soledad no deseada está claramente relacionada con la percepción de la cantidad de figuras de apoyo.

Entre las personas que carecen de figuras de apoyo la prevalencia es casi la mitad, frente a aproximadamente el 10% entre quienes cuentan con bastantes o muchas figuras de apoyo. El apoyo emocional tiene un efecto protector contra la depresión.

La mitad de la sociedad ha acudido a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental alguna vez en su vida y **un 11,4% acude actualmente de forma regular.**

La existencia de personas de apoyo es más relevante para la soledad que los problemas de salud mental.

La inmensa mayoría (84,5%) de las personas con un problema de salud mental diagnosticado que no cuentan con personas de apoyo sienten soledad.

Recurrir a la familia y las amistades es la estrategia de búsqueda de apoyo más frecuente como respuesta a los momentos en que se siente soledad o malestar emocional.

Existe una relación entre la soledad y la frecuencia del contacto con figuras como familiares, amistades o vecinos, si bien la literatura **subraya la importancia de la calidad de las relaciones y apoyo percibido frente a la cantidad para la soledad y la salud mental.**

Casi la mitad (42%) de la sociedad española ha consumido alguna vez psicofármacos. En la actualidad **un 14,2% consume psicofármacos de manera regular** (declara haberlos consumido en la última semana).

Entre las **personas que no cuentan con un diagnóstico médico de salud mental**, pero creen tener problemas con ella, un 72,7%, la gran mayoría, no recibe apoyo profesional psicológico ni medicación.

Las limitaciones del sistema sanitario, como las listas de espera, falta de disponibilidad o el coste económico son importantes barreras que limitan la atención.

Un cuarto (24,7%) de las personas que cuentan con un diagnóstico médico de salud mental no recibe ningún tipo de apoyo, no recibe apoyo profesional psicológico ni medicación.

Un 4,9% de la población consume psicofármacos de forma regular sin recibir apoyo profesional psicológico ni un diagnóstico de salud mental.

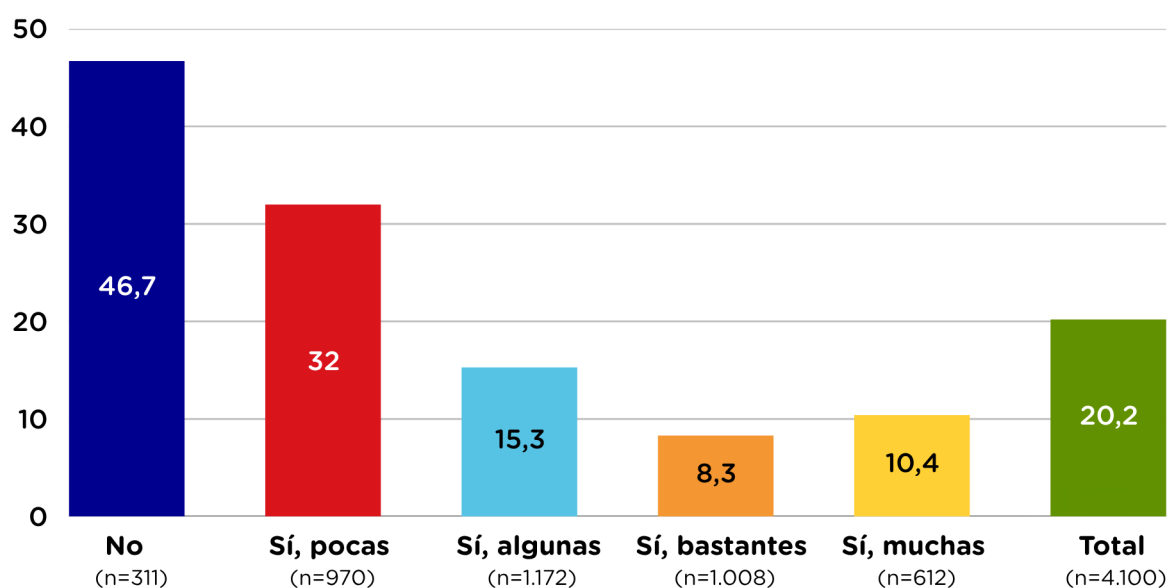
La principal dificultad para buscar o recibir apoyo cuando se siente soledad o malestar emocional es la **vergüenza, estigma o el miedo a ser juzgado/a.**

Un reflejo del estigma existente en la sociedad es el hecho de que el 77,6% de la población considera que reconocer un problema de salud mental ante los demás es bastante o muy difícil.

8.1. Redes de apoyo y relaciones sociales

La prevalencia de la soledad no deseada está claramente relacionada con la percepción de la cantidad de figuras de apoyo. Entre las personas que carecen de figuras de apoyo la prevalencia es casi la mitad, frente a aproximadamente el 10% entre quienes cuentan con bastantes o muchas figuras de apoyo.

Gráfico 38. Prevalencia de la soledad no deseada según la percepción de la cantidad de figuras de apoyo, 2026



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.

La existencia de personas de apoyo es más relevante para la soledad que los problemas de salud mental. La inmensa mayoría (84,5%) de las personas con un problema de salud mental diagnosticado que no cuentan con personas de apoyo sienten soledad. Por otra parte, entre las personas que cuentan con un problema de salud mental diagnosticado, la prevalencia de la soledad alcanza valores relativamente bajos, del 22,4%-25,2%, cuando cuentan con bastantes o muchas personas de apoyo, cifras inferiores a la prevalencia observada entre las personas en la situación inversa, sin problemas de salud mental ni de personas de apoyo (39,5%). No obstante, la prevalencia entre quienes cuentan con al menos pocas personas de apoyo y carecen de problemas de salud mental es del 23,3%, muy similar a la media (20,2%).

Tabla 13. Prevalencia de la soledad no deseada según estado de salud mental y la existencia de personas de apoyo, 2026

	Sin un problema de salud mental diagnosticado	Con un problema de salud mental diagnosticado
Sin personas de apoyo	39,5%	84,5%
Sí, pocas	23,3%	67,0%
Sí, algunas	11,9%	51,0%
Sí, bastantes	5,8%	25,2%
Sí, muchas	8,9%	22,4%

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.

La mayor parte de la población (71,0%), tiene contacto, sea presencial o a distancia, con familiares cercanos no convivientes entre tres más veces por semana. En cambio, el contacto con otros familiares, como tíos/as, primos/as es mucho menos frecuente. Un tercio de la población (36,7%) no tiene contacto nunca y un 44,1% una o dos veces a la semana. El contacto con amistades es en cambio mucho más frecuente, algo más de la mitad de la población (54,2%) tiene contacto con amistades tres o más veces a la semana y solo un 8,6% nunca tiene contacto con amistades. El contacto con vecinos/as es el menos extendido: casi la mitad de la población (47,3%) nunca tiene contacto con vecinos.

Tabla 14. Distribución de la frecuencia del contacto (presencial o a distancia) con personas no convivientes según el tipo de relación, 2026

	Nunca	Una o dos veces a la semana	Tres o cuatro veces a la semana	5 o más veces a la semana	Total
Familiares cercanos	4,4	24,5	18,3	52,7	100
Otros familiares	36,7	44,1	10,6	8,6	100
Amistades	8,6	37,1	21,0	33,2	100
Vecinos/as	47,3	27,6	9,0	16,1	100

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.

La prevalencia de la soledad no deseada es especialmente elevada entre quienes nunca tienen contacto, sea presencial o alguna forma de comunicación a distancia, con las diferentes figuras de personas no convivientes, sean familiares cercanos, otros familiares, amistades o vecinos/as. Sin embargo, **aquellos que nunca tienen contacto con familiares cercanos o con amistades son quienes padecen los niveles más altos de soledad, superior a la mitad,** mientras que las personas que nunca tienen contacto con otros familiares o vecinos, sufren una prevalencia de la soledad mayor que la media, pero mucho más moderada.

Tabla 15. Prevalencia de la soledad no deseada según la frecuencia del contacto (presencial o a distancia) con personas no convivientes según el tipo de relación, 2026

	Nunca	Una o dos veces a la semana	Tres o cuatro veces a la semana	5 o más veces a la semana
Familiares cercanos	56,1%	29,5%	16,3%	13,9%
Otros familiares	28,7%	17,3%	5,9%	16,5%
Amistades	50,9%	22,7%	14,8%	11,9%
Vecinos/as	27,8%	15,1%	9,4%	12,7%

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

Una revisión de la literatura identifica varios estudios que ofrecen una evidencia sobre el **efecto protector del apoyo emocional contra la depresión**. Al contrario, los bajos niveles de apoyo emocional percibido se asocia con la existencia de una depresión, sea en fase inicial, de desarrollo o consolidada (Santini et al., 2015). De manera similar, otro estudio (Fiori & Denckla, 2012) muestra que Las personas que manifestaron necesitar apoyo emocional o instrumental, pero no contaban con nadie disponible para proporcionárselo, presentaban los niveles más altos de síntomas depresivos. Este hallazgo implica que las personas que necesitan apoyo en momentos de dificultad sufrieron una carga emocional adicional por no tener estas necesidades de apoyo cubiertas. Los niveles bajos de apoyo social percibido, entendido como el apoyo de otras personas, que se preocupen por ellos, les ayuden y hablen, se considera como un predictor de depresión en mujeres (Huang et al., 2011).

El apoyo social percibido puede ser más importante que el tamaño actual de la red social de una persona y la calidad de las relaciones personales parece ser más relevante para la salud mental que la cantidad. En un estudio longitudinal, realizado durante 10 años, el riesgo de depresión fue significativamente mayor entre aquellos con tensión social, falta de apoyo social y mala calidad general de las relaciones. Las personas con menor calidad general de las relaciones sociales tuvieron más del doble de riesgo de depresión que las personas con la mayor calidad. La mala calidad de la relación con el

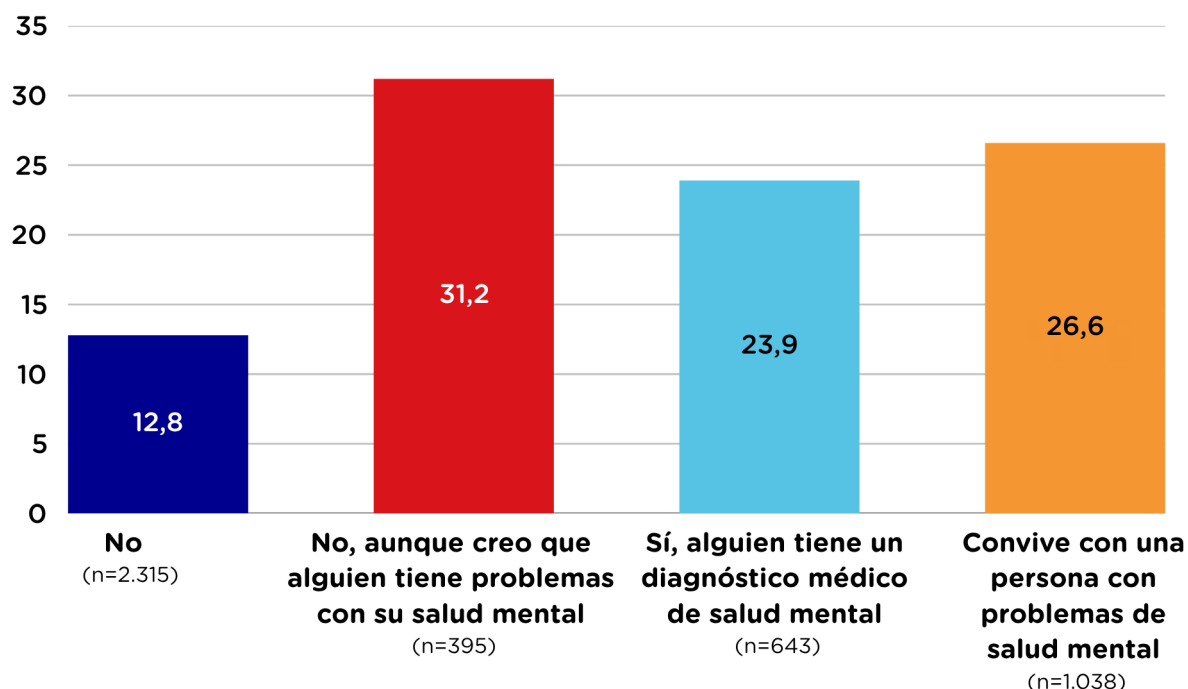
cónyuge/pareja y la familia aumentó el riesgo de depresión. El aislamiento social en cambio no predijo la depresión futura ni moderó el efecto de la calidad de las relaciones (Teo et al., 2013). (Santini et al., 2015) también muestra que el efecto de la frecuencia del contacto social sobre la depresión es menos consistente. Otro estudio con personas mayores muestra que el nivel bajo de apoyo social se asocia con una tendencia ascendente de la trayectoria de depresión (Harber-Aschan et al., 2026). La soledad, entendida como aislamiento percibido, parece ser más relevante para la salud mental que el aislamiento social. Los adultos mayores socialmente aislados tienen peor salud mental solo en la medida en que se sientan aislados, o sientan soledad (Cornwell & Waite, 2009).

Es importante tener en cuenta que **los problemas de salud mental, como la ansiedad o la depresión, suponen retos que hacen más difícil mantener o sostener las redes sociales,** lo que genera soledad (Benam et al., 2023). Esta dificultad es todavía más acentuada en el caso de las personas mayores o las personas con discapacidad.

Los problemas de salud mental también afectan a la soledad de las personas convivientes. Las personas que conviven con otras personas con problemas de salud mental tienen una prevalencia de soledad no deseada muy superior a aquellas que dicen no convivir con personas con problemas de salud mental (12,8%).

Existe una importante diferencia entre la prevalencia de las personas que conviven con una persona que tiene un problema diagnosticado de salud mental (22,5%) y aquellas que consideran que conviven con otra persona con problemas de salud no diagnosticados (32,1%). Esta diferencia pone de manifiesto la importancia de las expectativas en las relaciones con otras personas para explicar la soledad no deseada. Algunas de las personas que sienten soledad no deseada y perciben que otros convivientes padecen problemas no diagnosticados de salud mental, pueden en realidad atribuir erróneamente sus problemas de convivencia al estado de salud mental de los convivientes, o pueden sentirse frustrados por la negativa de otras personas convivientes a acceder a una asistencia profesional a pesar de la presencia de síntomas evidentes de deterioro en su salud mental. No obstante, la prevalencia de la soledad es inferior a la existente entre las personas que viven solas (34,4%).

Gráfico 39. Prevalencia de la soledad no deseada según la convivencia con personas con problemas de salud mental, 2026



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

Sin embargo, el hecho de que la persona conviviente supuestamente con problemas de salud mental acuda a algún profesional o especialista para tratar su salud mental no parece tener una relación importante con la soledad. La prevalencia de la soledad no deseada es del 25,9% entre quienes conviven con una persona que supuestamente padece problemas de salud mental y acude a un especialista, y del 27,6% entre quienes conviven con personas supuestamente con problemas de salud mental pero no acuden a un especialista¹⁷.

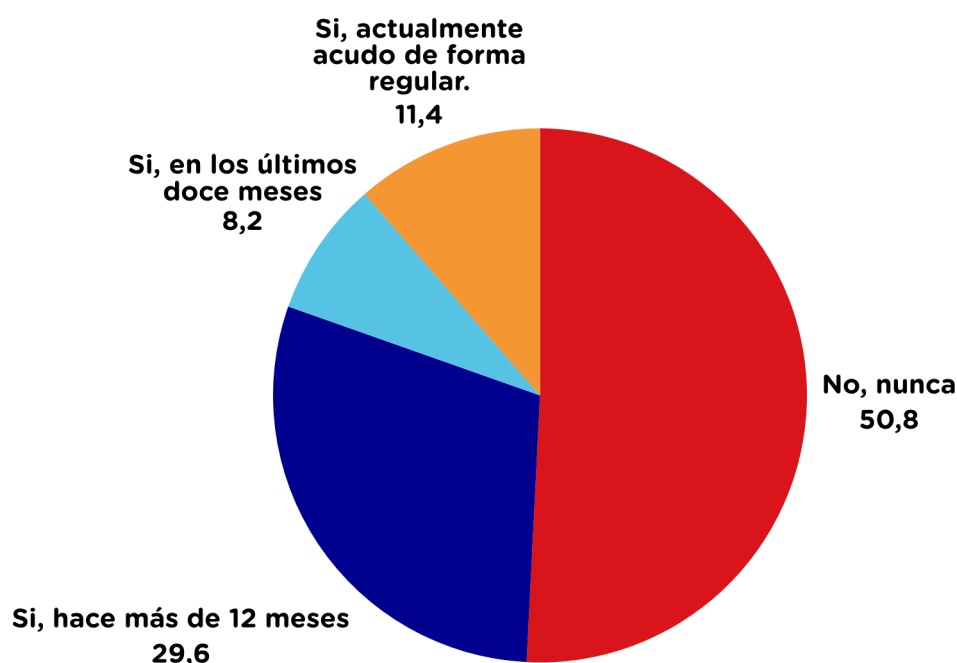
8.2. Atención profesional y medicación

La mitad de la sociedad ha acudido a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental alguna vez en su vida. Dentro de

17. P30. ¿Y alguna de estas personas acude a algún profesional o especialista para tratar su salud mental?

este porcentaje, un 29,6% ha acudido hace más de 12 meses, mientras que un 8,2% ha acudido en los últimos doce meses y un 11,4% acude actualmente de forma regular.

Gráfico 40. Distribución de la población según haya acudido a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental, 2026



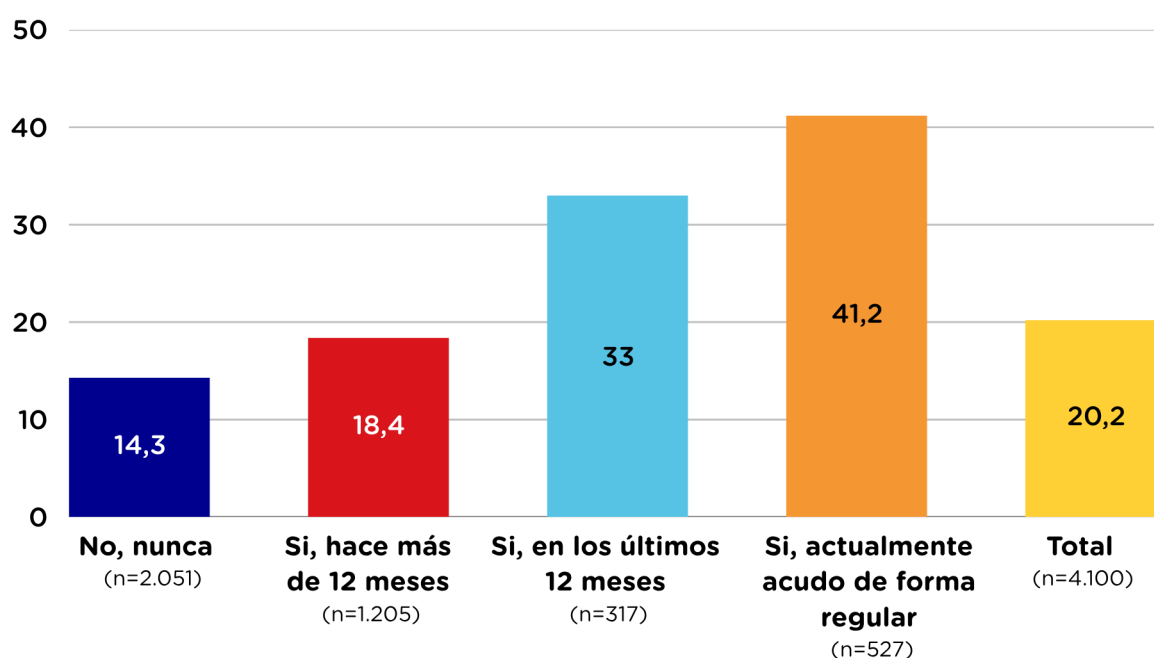
Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P24. ¿Alguna vez ha acudido a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental?

El apoyo profesional es previsiblemente inferior a las necesidades de la población. El porcentaje de la población que actualmente acude de forma regular a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental (11,4%) es inferior al que tiene un problema de salud mental diagnosticado (13,3% de la población) y considerablemente inferior al porcentaje de la población que tiene problemas de salud mental, sean diagnosticados por un profesional o percibidos por la propia persona (24%). La literatura muestra que existe una percepción de que los recursos profesionales para la atención de la salud mental en España no son suficientes y que los tiempos de espera para la atención son excesivamente altos¹⁸.

18. Confederación Salud Mental España (2023). La situación de la Salud Mental en España.

La prevalencia de la soledad no deseada es mayor entre las personas que acuden con mayor regularidad. Esto no muestra la ineficacia de los sistemas profesionales de ayuda, sino la correlación entre la necesidad de las personas que se encuentran en una situación emocional difícil y las que están recibiendo ayuda profesional.

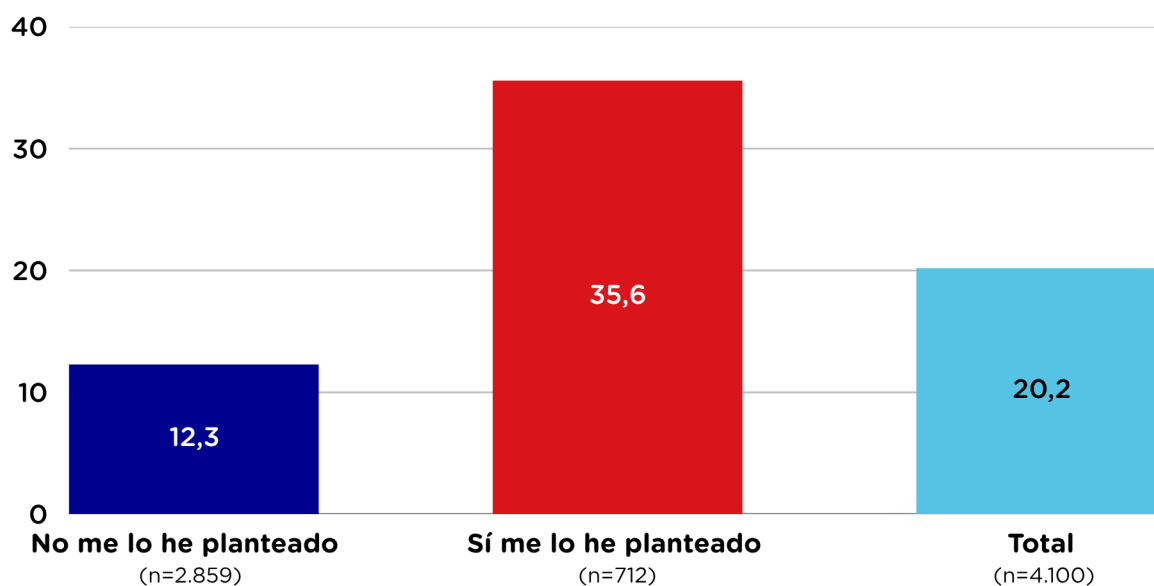
Gráfico 41. Prevalencia de la soledad no deseada según se haya acudido a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental, 2026



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.

De manera similar, la prevalencia de la soledad no deseada es muy superior entre las personas que tienen la intención de acudir a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental. Este resultado tiene dos lecturas. Una primera lectura es claramente positiva, ya que muestra una intención entre muchas personas en situación de soledad no deseada de acudir a algún profesional para buscar apoyo. En cambio existe una segunda lectura, en clave más negativa, que muestra la existencia de obstáculos entre estas personas, que pese a tener la necesidad y la intención de buscar apoyo profesional, no lo han hecho todavía.

Gráfico 42. Prevalencia de la soledad no deseada según la intención de acudir a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental, 2026

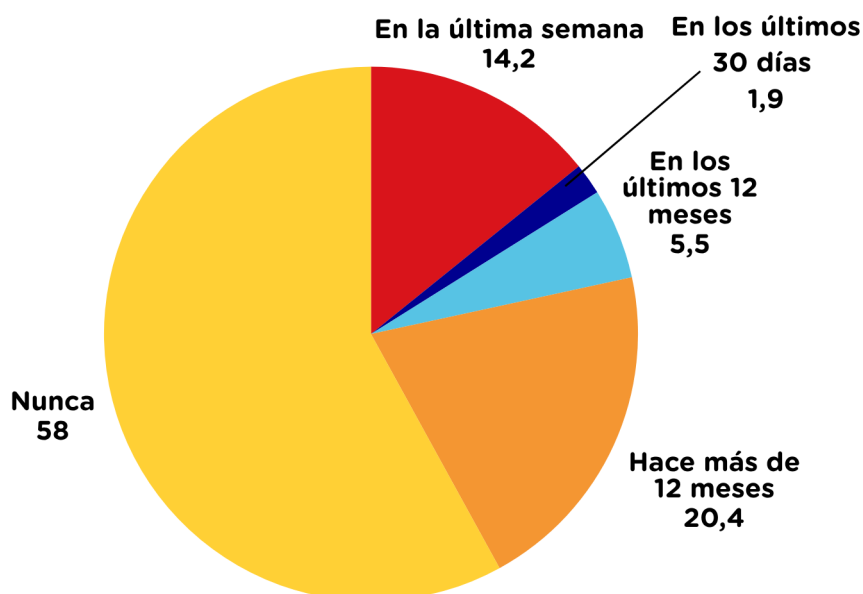


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P25. En la actualidad, ¿se ha planteado acudir a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental? P-valor estadísticamente significativo.

La medicación es un recurso para el tratamiento de los problemas de salud mental, a través de los psicofármacos¹⁹. **Casi la mitad (42%) de la sociedad española ha consumido alguna vez psicofármacos.** En la actualidad un 14,2% consume psicofármacos de manera regular (declara haberlos consumido en la última semana), cifra superior al porcentaje de personas que acuden de forma regular a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental (11,4%). El 21,6% de la población ha consumido medicamentos como somníferos, ansiolíticos, tranquilizantes, sedantes o antidepresivos en los últimos 12 meses.

19. Los psicofármacos son un tipo de medicamentos empleado en el tratamiento de enfermedades de salud mental y trastorno mental grave. Los psicofármacos se clasifican en los siguientes grupos: antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos. Fuente: IMSERSO. Psicofármacos: Clasificación y usos

Gráfico 43. Distribución de la frecuencia del consumo de psicofármacos entre la población, 2026



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

El Ministerio de Sanidad²⁰, en base a datos de atención primaria, muestra como **existe una relación entre el consumo de diversos psicofármacos, como antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos sedantes, y el perfil de la población.** El consumo es mayor entre mujeres que en hombres y se incrementa con la edad. El consumo también es más elevado entre personas en desempleo y aumenta a medida que disminuye la renta, factores que coinciden con los hallazgos en los estudios de soledad no deseada, que apuntan a la situación socioeconómica como un claro factor de riesgo de soledad. Sin embargo, el consumo también es superior en la población de nacionalidad española que en la de nacionalidad extranjera, a pesar de sufrir esta última una mayor prevalencia de soledad no deseada.

La literatura muestra que **el consumo de hipnosedantes en España se ha triplicado en los últimos 17 años,** aumentando a un ritmo del 4,7% anual²¹. El

20. Ministerio de Sanidad (2024). Consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos sedantes.

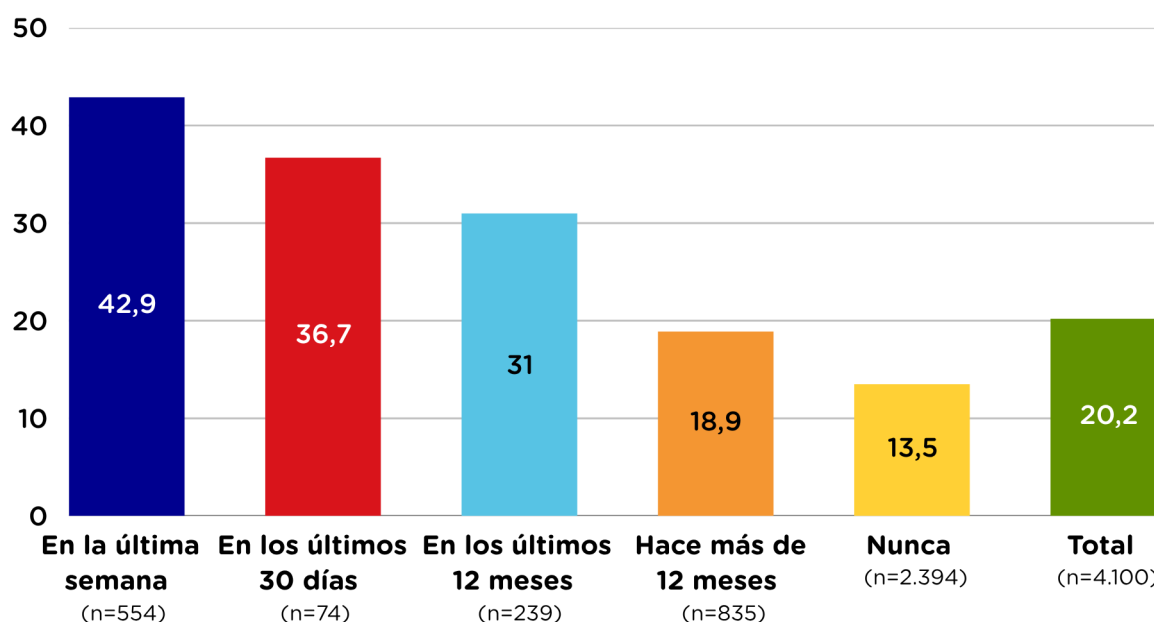
21. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102433>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911124000918?via=ihub>

mismo estudio muestra una mayor probabilidad de consumir hipnosedantes en las mujeres, especialmente las de 55 a 64 años, con nivel educativo básico o medio, en situación laboral de desempleo o inactividad, que no conviven con pareja o familia, de nacionalidad española y consumidores de tabaco o cannabis.

La prevalencia de la soledad no deseada es claramente mayor a medida que se incrementa la frecuencia del consumo de medicamentos como somníferos, ansiolíticos, tranquilizantes, sedantes o antidepresivos.

Gráfico 44. Prevalencia de la soledad no deseada según la frecuencia del consumo de psicofármacos, 2026



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

¿Cómo se relacionan ambos recursos de apoyo, el apoyo profesional y la medicación? El 58,8% de la población española ha recibido algún tipo de apoyo profesional relacionado con la salud mental en algún momento de su vida:

- Un **9,7%** ha tomado medicación alguna vez, pero nunca ha recibido apoyo profesional psicológico.
- Un **16,9%** ha recibido apoyo profesional psicológico alguna vez, pero no ha tomado nunca medicación.

- Un **32,3%** ha recibido apoyo profesional psicológico y toma medicación.

Estas cifras ponen de manifiesto que más de la mitad de la población ha recibido alguna forma de apoyo profesional relacionado con su salud mental, bien en forma de apoyo psicológico bien en forma de medicación, lo que tiene un importante valor de cara a la normalización de los problemas de salud mental y la superación del estigma en la sociedad.

Si ponemos el foco en el momento presente, un 20,2% de la población recibe algún tipo de apoyo relacionado con la salud mental de forma regular.

- Un **8,8%** toma medicación de forma regular (en la última semana), pero no recibe apoyo profesional psicológico regular.
- Un **6,1%** recibe apoyo profesional psicológico de forma regular, pero no consume medicación de forma frecuente (en la última semana).
- Un **5,3%** recibe apoyo profesional psicológico de forma regular y toma medicación de forma frecuente (en la última semana).

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

- Entre las **personas que cuentan con un diagnóstico médico de salud mental**, un 33,5% recibe apoyo profesional psicológico y toma medicación, un 29,1% toma medicación pero no recibe apoyo profesional psicológico y un 12,8% recibe apoyo profesional psicológico pero no toma medicación. Por otra parte, un cuarto (24,7%), no recibe ningún tipo de apoyo, no recibe apoyo profesional psicológico ni medicación.

Estos datos muestran tanto un mayor protagonismo de las soluciones medicalizadas del problema (un 29,1% toma medicación pero no recibe apoyo profesional psicológico), como una falta de apoyos (un 24,7% no recibe ningún apoyo pese a tener un diagnóstico de salud mental).

- Entre las **personas que no cuentan con un diagnóstico médico de salud mental, pero creen tener problemas con ella**, un 72,7%, la gran mayoría, no recibe apoyo profesional psicológico ni medicación. Entre el resto que sí recibe apoyos, un 11,7% recibe apoyo profesional psicológico pero no toma medicación mientras que un 10,1% se encuentra en la situación inversa,

toma medicación pero no recibe apoyo profesional psicológico. Un 5,5% recibe ambas formas de apoyo (apoyo profesional psicológico y medicación).

- Entre las **personas que no tienen problemas con salud mental**, la gran mayoría (90,5%) no recibe ningún apoyo. Un 4,1% recibe apoyo profesional psicológico pero no toma medicación, cifras que tiene un valor desde el punto de vista de la prevención de posibles problemas de salud mental. Por otra parte, un 5,1% toma medicación pero no recibe apoyo profesional psicológico, lo que plantea la posibilidad de riesgos de automedicación de personas que consumen psicofármacos de manera habitual sin la orientación de un profesional ni la existencia de un diagnóstico de salud mental.
- De forma combinada, un 4,9% de la población consume psicofármacos de forma regular²² sin recibir apoyo profesional psicológico ni un diagnóstico de salud mental.

Tabla 16. Apoyo sanitario recibido según tipo y situación de salud mental, 2026

	Toma medicación pero no recibe apoyo profesional psicológico	Recibe apoyo profesional psicológico pero no toma medicación	Recibe apoyo profesional psicológico y toma medicación	No recibe apoyo profesional psicológico ni medicación	Total
Sí, tengo un diagnóstico médico de salud mental (n = 517)	29,1%	12,8%	33,5%	24,7%	100,0%
No, aunque creo tener problemas con mi salud mental (n = 389)	10,1%	11,7%	5,5%	72,7%	100,0%
No, y no tengo problemas con mi salud mental (n = 3.177)	5,1%	4,1%	0,3%	90,5%	100,0%

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

Estos resultados subrayan **la importancia de reforzar el sistema sanitario** con la finalidad de ofrecer un mayor apoyo a las personas que tienen problemas de salud mental y que no reciben apoyo profesional alguno, especialmente

22. Nota: Téngase en cuenta que en la actualidad existe una amplia oferta de complementos alimenticios orientados a generar estados emocionales, como mayor bienestar, tranquilidad, vitalidad o facilitar la conciliación del sueño. Estos complementos, de venta habitual en farmacias, no son medicamentos pero su consumo puede haberse interpretado como tal en algunas respuestas de esta encuesta.

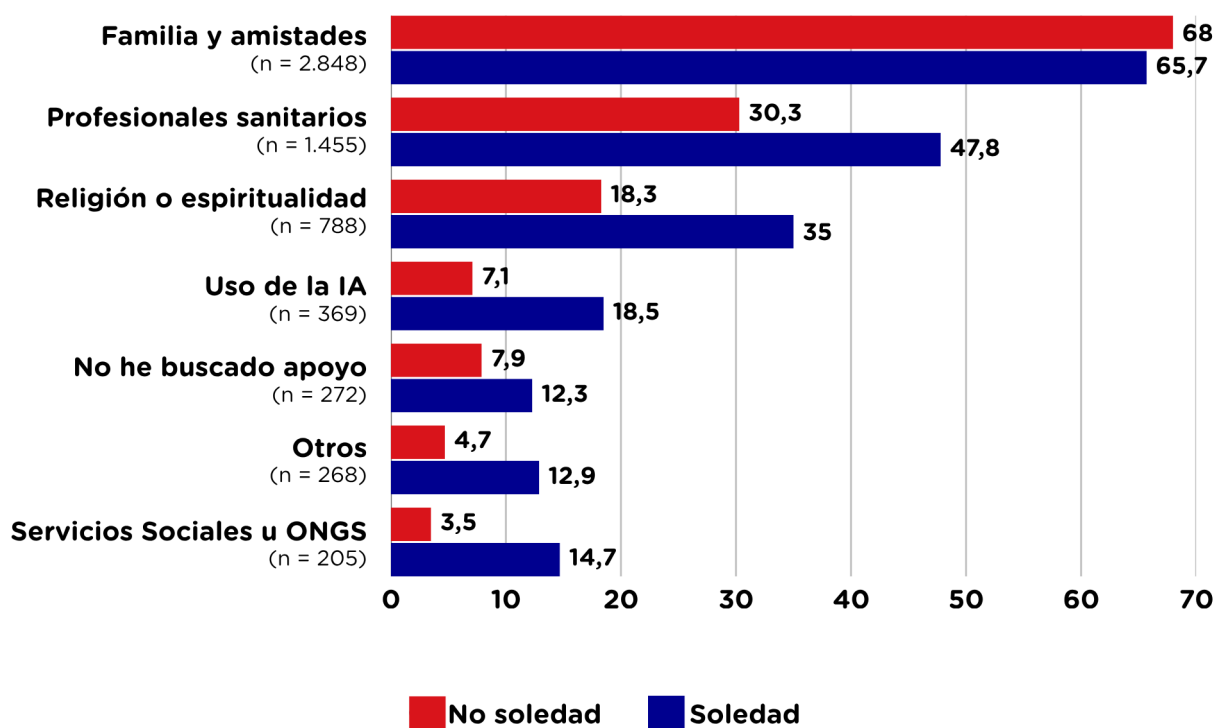
te a aquellas que ni siquiera tienen un diagnóstico. Además, existe un amplio margen de mejora de cara a ofrecer apoyo profesional psicológico a personas con problemas de salud mental que únicamente toman medicación de forma habitual, lo que nos lleva a un mayor protagonismo de la atención medicalizada del problema de la salud mental. Por otra parte, también es relevante la cultura existente en la sociedad de acudir a un profesional del ámbito de la salud mental en los momentos en que se perciban dificultades en este sentido. Si bien en España se ha avanzado notablemente en los últimos años hacia una mayor normalización del uso de los servicios sanitarios de salud mental, todavía persiste un importante estigma que supone una barrera para el acceso a este tipo de apoyos, como se verá más adelante.

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

8.3.1. Estrategias de búsqueda de apoyo

Recurrir a la familia y las amistades es la estrategia de búsqueda de apoyo más frecuente como respuesta a los momentos en que se siente soledad o malestar emocional, empleada por aproximadamente dos tercios de las personas, tanto las que tienen soledad como las que no. El porcentaje de personas que recurre a otros recursos es muy superior entre las personas que están en una situación de soledad no deseada. Casi la mitad de las personas en soledad recurre a los profesionales sanitarios como respuesta a los momentos en que se siente soledad o malestar emocional, más de un tercio a la religión o la espiritualidad y casi un quinto a la IA.

Gráfico 45. Estrategias de búsqueda de apoyo más frecuentes como respuesta a los momentos en que se siente soledad o malestar emocional, 2026



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

Desde otra perspectiva, **la prevalencia de la soledad varía considerablemente entre las personas según el tipo de recurso que observemos.** La prevalencia de la soledad es especialmente elevada entre las personas que recurren a los servicios sociales u ONGS, así como entre aquellas que usan la IA. La prevalencia de la soledad menor se observa entre las personas que recurren a la familia o amistades. Estos resultados muestran que los servicios sociales u ONGS atienden a las personas que se encuentran en una situación de soledad posiblemente más grave y que carezca de otros recursos con los que afrontar los momentos en que se siente soledad o malestar emocional, como la familia o las amistades.

Tabla 17. 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

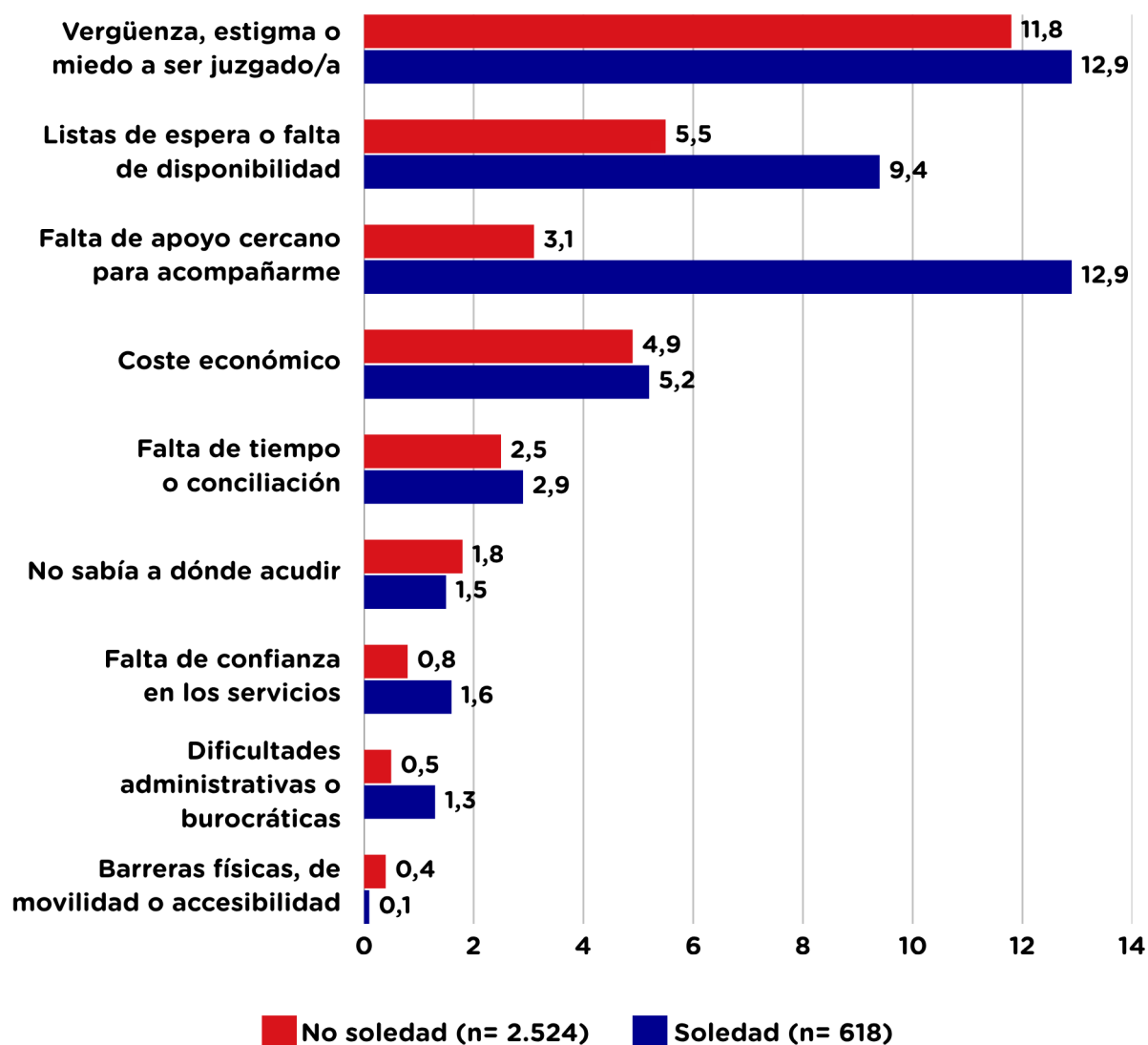
Estrategia de apoyo	Prevalencia de soledad
Familia y amistades	19,6
No he buscado apoyo	28,2
Profesionales sanitarios	28,5
Religión o espiritualidad	32,5
Uso de la IA	39,6
Servicios Sociales u ONGS	51,3

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

8.3.2. Barreras para acceder a ayuda

La principal dificultad para buscar o recibir apoyo cuando se siente soledad o malestar emocional es la vergüenza, estigma o el miedo a ser juzgado/a, mostrado por un 12,9% de las personas en situación de soledad. Las listas de espera o falta de disponibilidad y el coste económico aparecen como dos de las principales barreras, junto con la falta de apoyo cercano para acompañar en esta búsqueda de apoyo.

Gráfico 46. Principales dificultades encontradas para buscar o recibir apoyo cuando se siente soledad o malestar emocional, 2026



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P34. ¿Cuál ha sido la principal dificultad que ha encontrado para buscar o recibir apoyo cuando siente soledad o malestar emocional? P-valor estadísticamente significativo.

Una cuestión clave en este sentido es la existencia de una menor o mayor **cultura en la sociedad de acudir a profesionales del ámbito de la salud mental** en los momentos en que la persona percibe que tiene problemas en este sentido. Con frecuencia, las personas evitan o retrasan la búsqueda de ayuda profesional para sus problemas de salud mental. Según una revisión sistemática de la literatura, **el estigma es una de las barreras para la búsqueda de ayuda**, especialmente para las minorías étnicas, los jóvenes, los hombres y quienes ejercían profesiones militares y sanitarias (Clement et al.,

2015). Una revisión de las barreras para las personas adolescentes entre 10-19 años de edad sugiere que el estigma y las creencias negativas hacia los servicios y profesionales de la salud mental fueron las barreras más citadas. Entre los factores facilitadores se incluyeron la experiencia positiva previa con los servicios de salud y el conocimiento sobre salud mental (Aguirre Velasco et al., 2020). La literatura muestra de hecho que **el estigma es de hecho un factor de soledad**. El estigma y el autoestigma asociados a la mala salud mental es un factor que contribuye a la soledad no deseada de las personas con problemas de salud mental, especialmente como impedimentos para tener un sentido de pertenencia (Birken et al., 2023). Entre las personas jóvenes, por ejemplo, el estigma sobre problemas de soledad se basa en sentimientos de discriminación, ser malentendido y juzgado por los demás, en un proceso de internalizar los estigmas prevalentes en la sociedad. El estigma también reduce la autoestima y la confianza y aumenta a su vez la tendencia a ocultar información, incluyendo una renuencia a revelar situaciones de depresión (Prizeman et al., 2023)

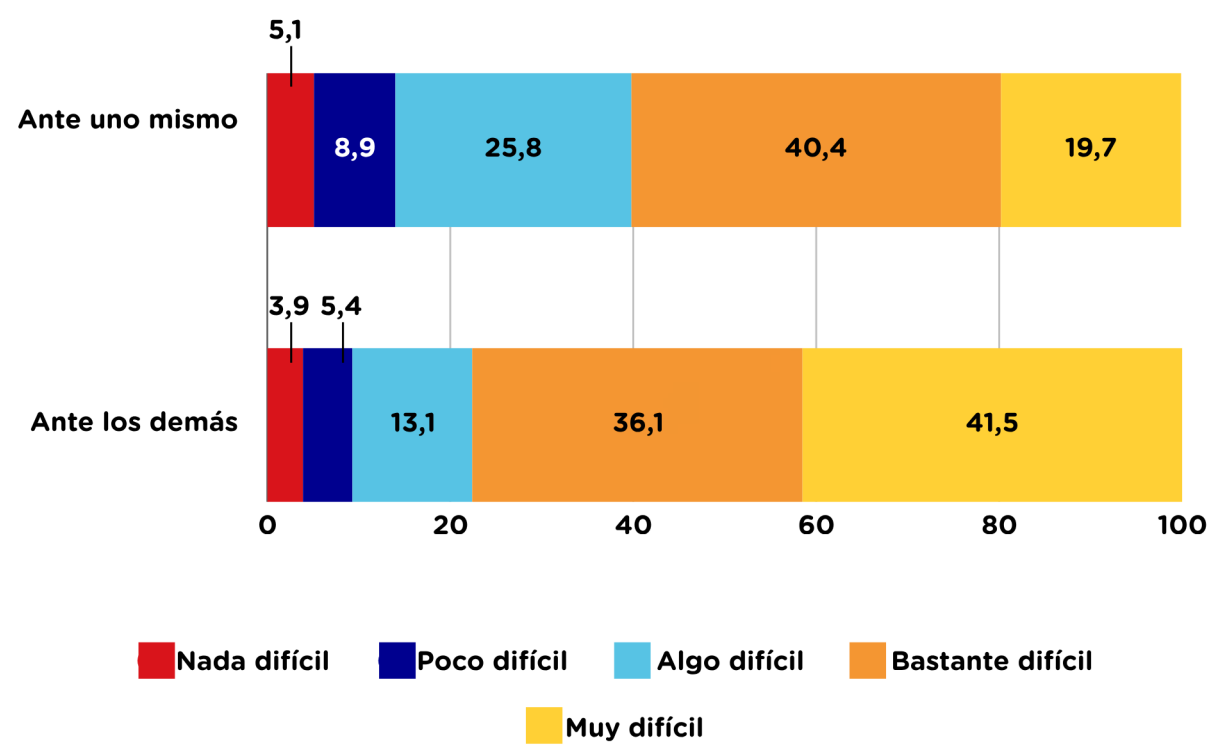
Además del miedo percibido a revelar los problemas de salud mental y de las experiencias previas con los servicios de salud mental, existen otras **barreras relacionadas con el sistema sanitario**. Una barrera es no saber si los problemas son suficientemente importantes como para justificar la atención médica, o **carecer de una un médico de cabecera estable**. Existe una mayor facilidad a comunicar los problemas de salud mental a un profesional con quien existe una relación de confianza (Adams et al., 2023). Las limitaciones de los servicios profesionales de salud mental son también relevantes, como las **restricciones de tiempo en las consultas**, que dificultan la comunicación entre pacientes y profesionales, el **coste de transporte para el acceso, o la necesidad del apoyo de cuidadores** en el caso de personas mayores con dependencia (Lavingia et al., 2020). Los recursos limitados, la **complejidad y dificultad de navegación del sistema, las limitaciones tecnológicas, la distancia a los servicios, las prácticas insuficientemente sensibles a las diferencias culturales** o la falta de concienciación son también otras barreras para el acceso a los servicios apoyo (B. E. Kavanagh et al., 2023).

Una de las principales barreras, influidas por la existencia de un estigma, es el reconocimiento de los propios problemas de salud mental. La autoidentificación como persona con una enfermedad mental se relaciona directa o indirectamente con la necesidad de ayuda, la intención de buscarla y con la búsqueda efectiva por parte de un médico de cabecera. Por lo tanto, no iden-

tificarse como persona con una enfermedad mental, a pesar de cumplir con los criterios diagnósticos, podría ser una barrera para el uso de servicios de apoyo (Schomerus et al., 2019). De hecho, otro estudio mostro que las personas con un bajo nivel de autoconocimiento tuvieron un 18 % menos de probabilidades de buscar ayuda formal en comparación con aquellas personas con un autoconocimiento preciso (Varma & Batterham, 2025).

Un reflejo del estigma existente en la sociedad es el hecho de que **el 77,6% de la población considera que reconocer un problema de salud mental ante los demás es bastante o muy difícil**, mientras que solo un 9,3% considera que sea nada o poco difícil. La dificultad de reconocer el problema ante uno mismo es menor, pero también significativa: un 60,1% de la sociedad considera que es bastante o muy difícil, frente a un 14,0% que considera nada o poco difícil.

Gráfico 47. 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 (4.030), Ante los demás (4.059).

Sin embargo, **la dificultad para reconocer ante uno mismo o ante los demás un problema de salud mental parece no guardar una relación estrecha con la soledad no deseada entre quienes lo padecen.** La prevalencia entre quienes tiene un problema de salud mental diagnosticado y consideran que es fácil reconocerlo ante uno mismo es del 52,3%, muy similar que entre quienes consideran que es difícil reconocer este problema a uno mismo, así como similar a quienes tienen un problema de salud mental y consideran que reconocerlo ante los demás es fácil (49,3%), o difícil (52,3%).

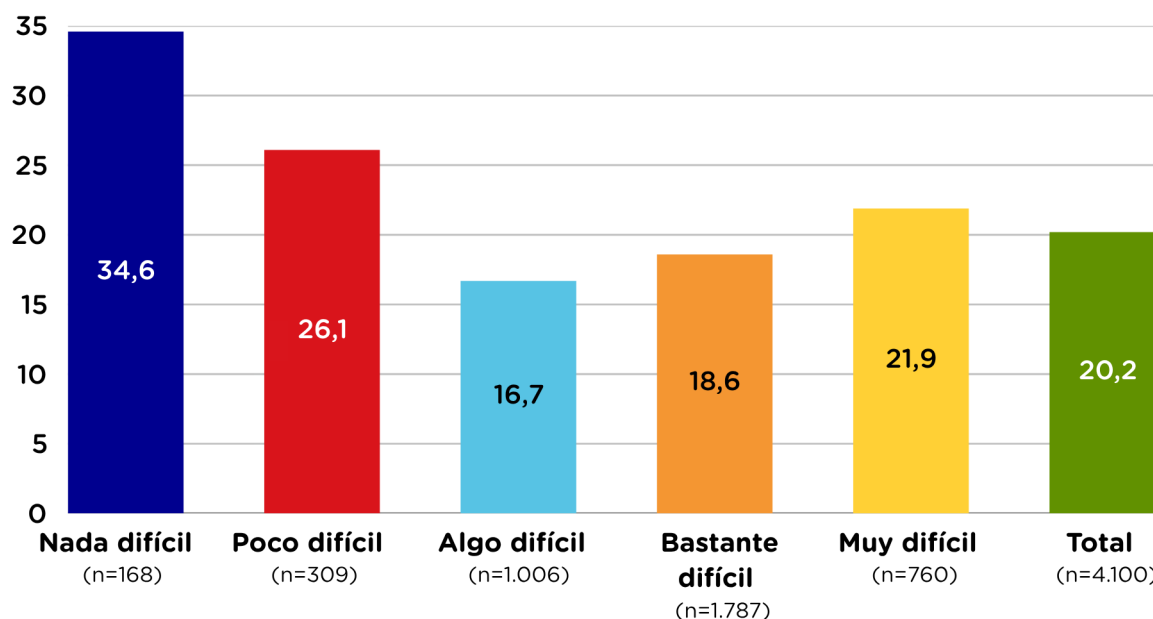
Tabla 18. Prevalencia de la soledad no deseada según el estado de salud mental y la dificultad para reconocer ante uno mismo o ante los demás un problema de salud mental (solo personas con un problema de salud mental diagnosticado), 2026

	Reconocer el problema ante uno mismo	Reconocer el problema ante los demás
Fácil	52,3	49,3
Difícil	51,3	52,3

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

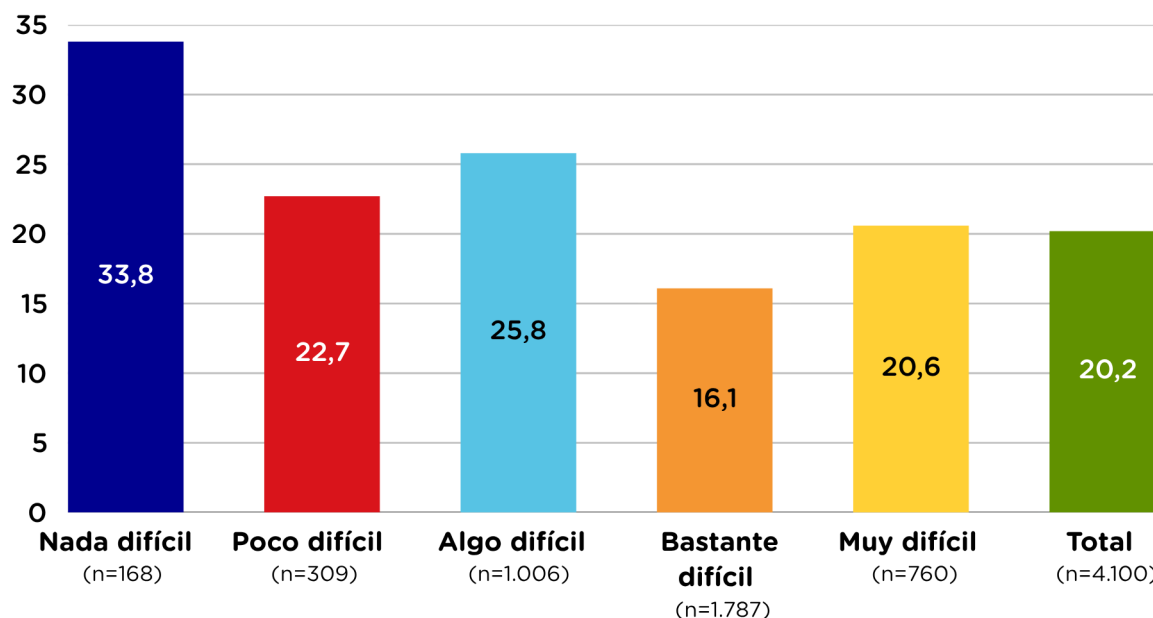
En el conjunto de la población, **la prevalencia de la soledad no deseada no varía según la percepción de la dificultad de identificar los problemas de salud mental** a uno mismo o a los demás. Esto está posiblemente influenciado por el hecho de que la inmensa mayoría de la población, sienta soledad o no, se sitúa en la opinión de que reconocer los problemas de salud mental es difícil, tanto a uno mismo como especialmente ante los demás.

Gráfico 48. Prevalencia de la soledad no deseada según la percepción de la dificultad de identificar los problemas de salud mental a uno mismo, 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? P-valor estadísticamente significativo.

Gráfico 49. Prevalencia de la soledad no deseada según la percepción de la dificultad de reconocer los problemas de salud mental a los demás, 2026



Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P22.2. ¿Como de difícil cree que es reconocer ante los demás que se tiene un problema de salud mental? P-valor estadísticamente significativo.

9.

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

La percepción de la evolución de la salud mental de la sociedad es claramente negativa.

Un amplio 84,4% de la sociedad considera que la salud mental de la sociedad ha empeorado.

La percepción de la evolución de la soledad no deseada en la sociedad es igualmente negativa. Un mayoritario 85,9% considera que la soledad no deseada ha aumentado.

La sociedad es consciente de la relación entre la soledad y la salud mental. Casi tres de cada cuatro personas (73,1%) consideran que la salud mental y la soledad no deseada son fenómenos que están muy relacionados.

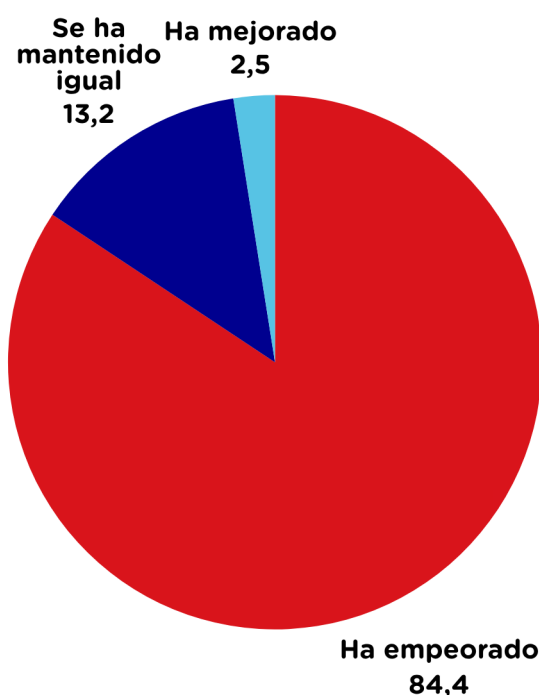
Existe un absoluto consenso (98,8% de la población) de que el sufrimiento psicológico afecta a tener más soledad no deseada o peor salud mental, así como los pensamientos autolesivos o suicidas (98,7% de la sociedad).

De manera similar, **casi la totalidad de la población (98,7%) opina que el acoso genera una mayor soledad o perjudica la salud mental**, de manera similar a la **discriminación** (98,9% de la sociedad).

9.1. Evolución percibida de la salud mental y la soledad

La percepción de la evolución de la salud mental de la sociedad es claramente negativa. Un amplio 84,4% de la sociedad considera que la salud mental de la sociedad ha empeorado, en comparación con 2,5% que considera que ha mejorado, mientras que un 13,2% opina que se ha mantenido igual. La percepción no varía entre la población que se encuentra en una situación de soledad no deseada (el 84,3% opina que la salud mental de la sociedad ha empeorado).

Gráfico 50. Percepción de la evolución de la salud mental de la sociedad, 2026

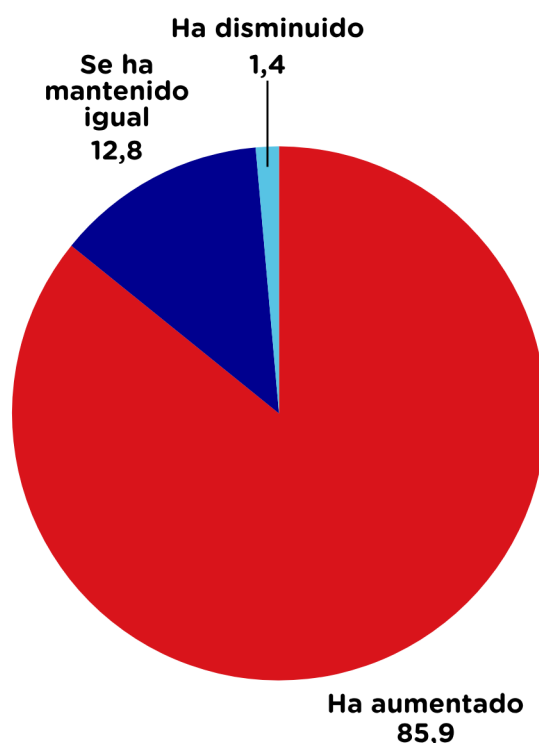


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Pregunta. En los últimos años, ¿diría que la salud mental de la sociedad...? Número total de respuestas: 4.021.

La percepción de la evolución de la soledad no deseada en la sociedad es igualmente negativa.

Un mayoritario 85,9% considera que la soledad no deseada ha aumentado, comparado con un escaso 1,4% que piensa que se ha reducido, mientras que un 12,8% opina que se ha mantenido igual. La percepción es similar entre las personas en situación de soledad no deseada, entre quienes un 87,7% considera que la soledad en la sociedad ha aumentado.

Gráfico 51. Percepción de la evolución de la soledad no deseada en la sociedad, 2026



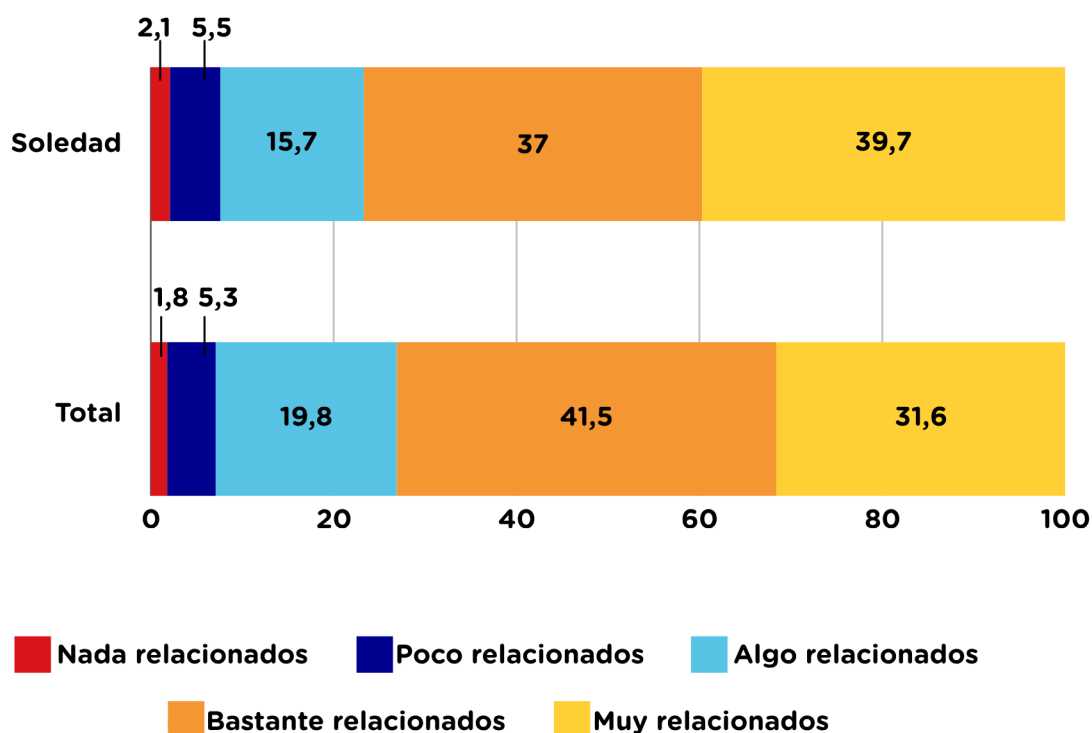
Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. Pregunta. En los últimos años, ¿diría que la soledad no deseada en la sociedad...? Número total de respuestas: 3.934.

9.2. Relación percibida entre ambos fenómenos

La sociedad es consciente de la relación entre la soledad y la salud mental.

La mayor parte de la sociedad (73,1%) considera que la salud mental y la soledad no deseada son fenómenos que están muy relacionados, porcentaje similar entre las personas que se encuentran en una situación de soledad no deseada (76,7%). De esta manera, existe una concienciación importante en la sociedad sobre la relación entre estos dos fenómenos mostrada con rigor mediante datos en este estudio.

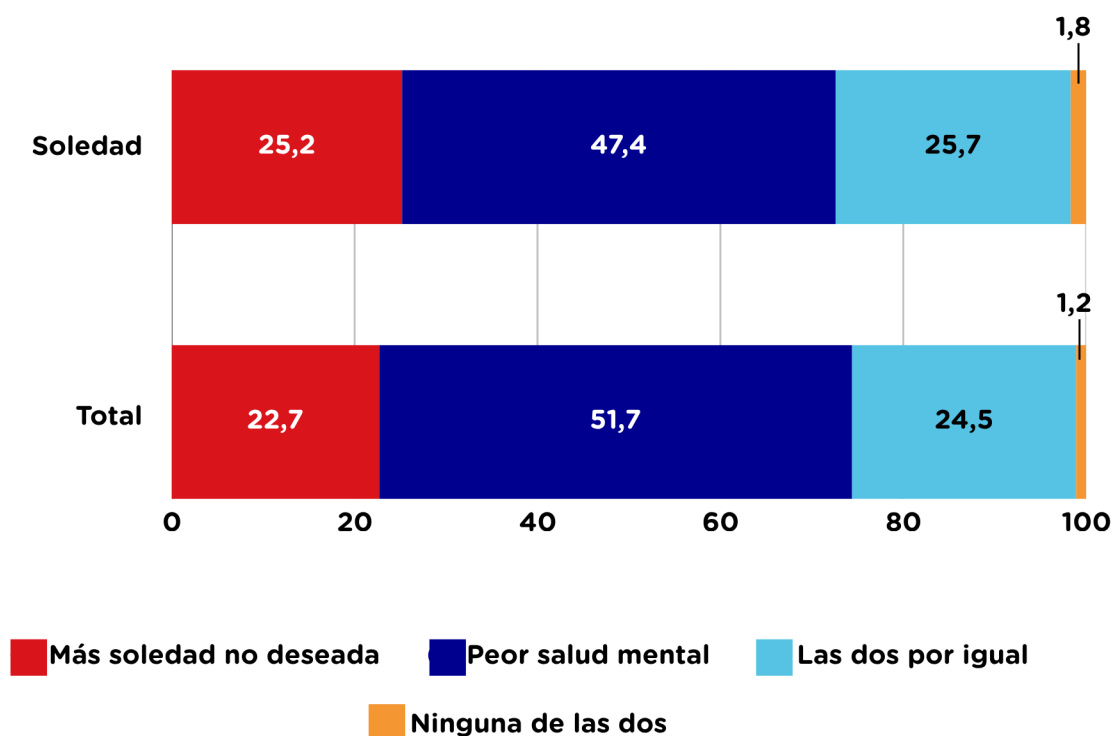
Gráfico 52. Percepción de la relación entre la salud mental y la soledad no deseada, 2026



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: 4.056. P-valor estadísticamente significativo.

Casi la totalidad de la población considera que el sufrimiento psicológico afecta a tener más soledad no deseada o peor salud mental. La opinión más extendida es que el sufrimiento psicológico genera principalmente una peor salud mental (51,7% de la población, 47,4% entre quienes se encuentran en una situación de soledad no deseada). No obstante, casi un cuarto de la población considera que el sufrimiento psicológico genera más soledad no deseada y casi otro cuarto que afecta a ambos problemas.

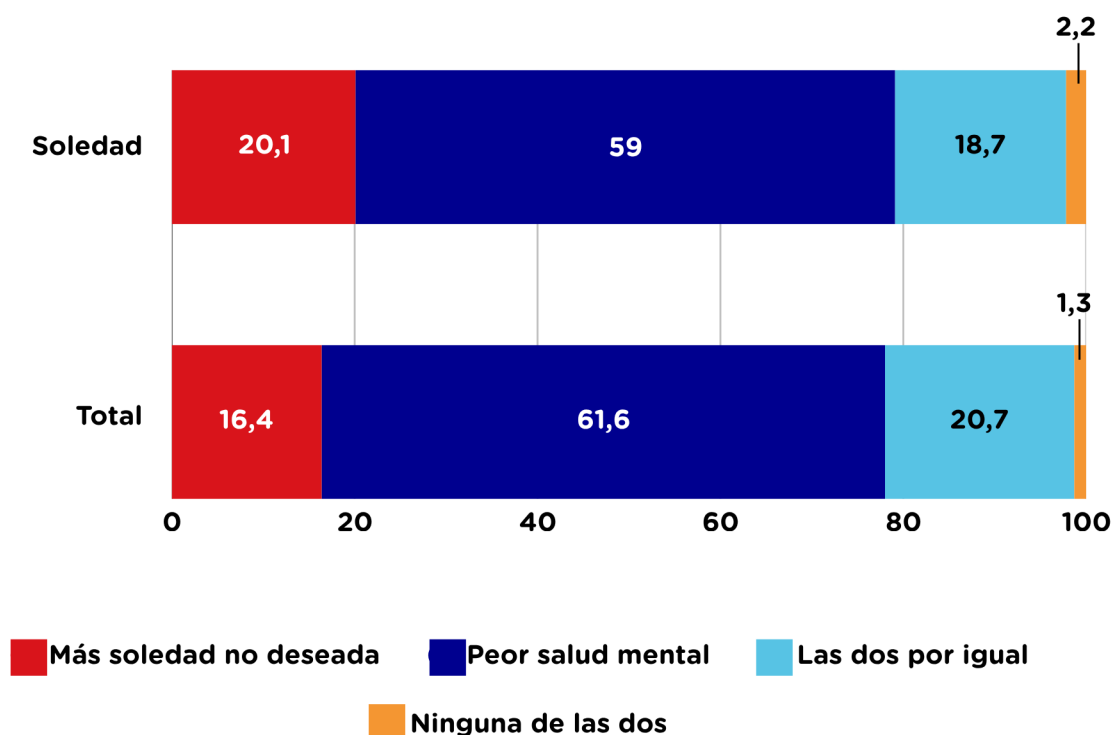
Gráfico 53. Percepción de la relación entre el sufrimiento psicológico y la soledad no deseada o la salud mental, 2026



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: 3.967. P-valor estadísticamente significativo.

Por lo general, la opinión más extendida es que los pensamientos autolesivos o suicidas afectan principalmente a la salud mental (61,6% de la población) en comparación con la soledad no deseada (16,4%), considerando un 20,7% que afecta a los dos problemas. La opinión es similar entre las personas en situación de soledad no deseada, siendo algo más elevado el porcentaje de personas que consideran que los pensamientos autolesivos o suicidas afecta únicamente a la soledad (20,1%).

Gráfico 54. Percepción de la relación entre los pensamientos autolesivos o suicidas y la soledad no deseada o la salud mental, 2026

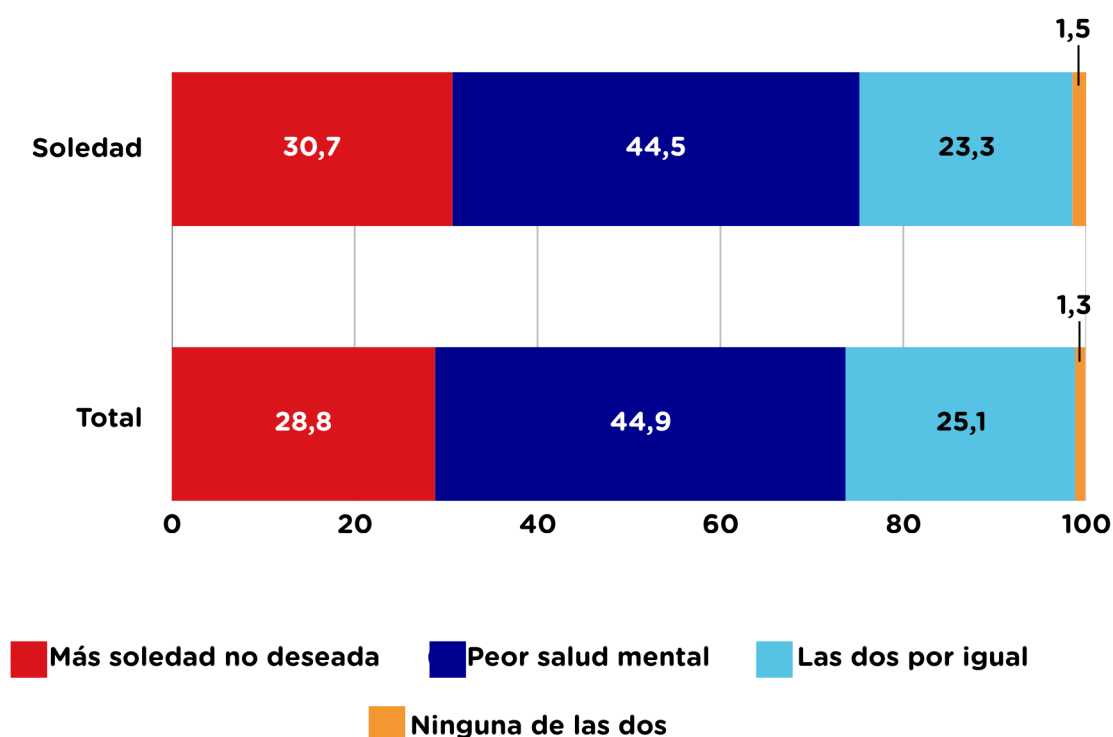


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P32_2. ¿Diría que los pensamientos autolesivos o suicidas afectan a tener más soledad no deseada o peor salud mental? Número total de respuestas: 3.942. P-valor estadísticamente significativo.

La gran mayoría de la población considera que el acoso genera una mayor soledad no deseada o una peor salud mental.

La percepción de que el acoso afecta a la salud mental está más extendida que la visión de que genera una mayor soledad (44,9% frente a 28,8%). No obstante, un 25,1% considera que el acoso impulsa ambos problemas.

Gráfico 55. Percepción de la relación entre el acoso y la soledad no deseada o la salud mental, 2026

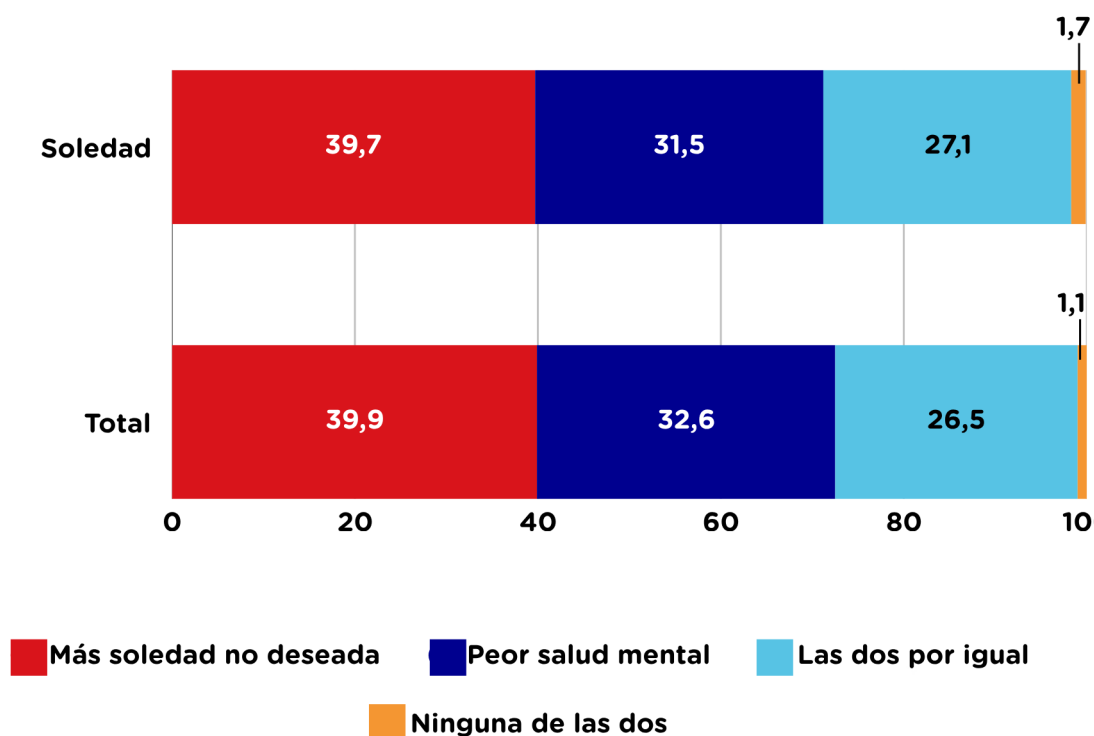


Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026. P32_3. ¿Diría que el acoso afecta a tener más soledad no deseada o peor salud mental? Número total de respuestas: 3.947. P-valor estadísticamente no significativo.

Existe un claro consenso en la sociedad de que la discriminación incrementa los problemas de soledad no deseada o de salud mental

(98,9% de la sociedad, 98,3% entre las personas en situación de soledad no deseada). A diferencia del acoso, la percepción en la sociedad considera que la discriminación tiene un mayor efecto sobre la soledad no deseada que sobre la salud mental (39,9% de la sociedad considera que la discriminación incrementa la soledad no deseada mientras que un 32,6% opina que empeora la salud mental%).

Gráfico 56. Percepción de la relación entre la discriminación y la soledad



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: 3.985. P-valor estadísticamente no significativo.

Estos resultados muestran la existencia de una importante concienciación en la sociedad sobre los efectos de problemas como el acoso o la discriminación tanto sobre la soledad como sobre la salud mental, relación que ha sido corroborada por este estudio. Esta concienciación es esencial para desplegar cambios de comportamiento en la sociedad que deriven en la eliminación de comportamientos de acoso o de discriminación, pues de hecho son personas que forman parte de la sociedad quienes llevan a cabo los comportamientos de acoso o discriminación. Por otra parte, la relación entre la discriminación y la salud mental, demostrada en este estudio y aceptada por la inmensa mayoría de la población, convierten de facto a la lucha contra la discriminación en un asunto de salud pública.

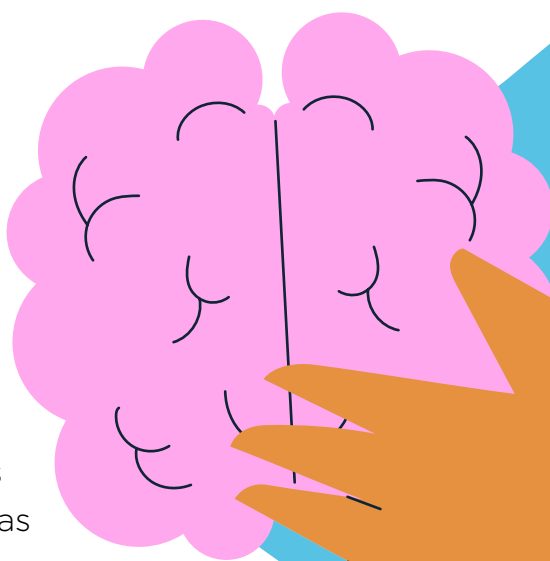
10.

Análisis multivariante

10.1. Introducción

Como se ha venido desarrollando a lo largo de este informe, la soledad constituye uno de los fenómenos psicosociales con mayor relevancia en nuestras sociedades. Más allá de su dimensión subjetiva, la evidencia señala su asociación con una amplia gama de consecuencias para la salud, entre ellas los problemas de salud mental.

De esta manera, en este capítulo profundizamos en las relaciones entre soledad y salud mental, con el objetivo de dar respuesta a los efectos que la soledad pueda tener en la salud mental de las personas a través del análisis detallado de los datos obtenidos en la encuesta. El análisis multivariante



persigue tres objetivos:

1. Comprender la relación entre la experiencia de soledad y el diagnóstico de salud mental;
2. Identificar los factores sociodemográficos, económicos, clínicos y relacionales que predicen cada combinación de estos estados; y
3. Evaluar si los datos son consistentes con la hipótesis de que la soledad actúa como factor de riesgo para la salud mental.

10.2. Metodología

10.2.1. Modelo : Regresión logística multinomial

Para abordar estas preguntas se ha empleado una regresión logística multinomial, que se considera el modelo más apropiado cuando la variable dependiente es categórica con más de dos categorías no ordenadas. A diferencia de la regresión lineal, no supone normalidad en la distribución del error ni homoscedasticidad, y, además, produce estimaciones de probabilidad acotadas en el intervalo $[0, 1]$, lo que facilita la interpretación de los resultados.

Por otro lado, frente a análisis bivariados como las tablas de contingencia o las pruebas chi-cuadrado —que el presente estudio también aplica—, la regresión logística permite aislar el efecto neto de cada variable predictora o independiente sobre la probabilidad de nuestra variable dependiente, controlando simultáneamente el resto de factores.

En este análisis, la variable dependiente combina dos dimensiones binarias: presencia o ausencia de soledad y presencia o ausencia de diagnóstico de salud mental, generando cuatro grupos mutuamente excluyentes, que se explicarán en detalle la sección de variables. De esta manera podremos examinar en profundidad qué variables permiten predecir de manera diferenciada la pertenencia a cada uno de los cuatro grupos de resultado establecidos en comparación con el grupo de referencia, constituido por personas que no presentan ni soledad ni diagnóstico de salud mental.

Esta aproximación metodológica posibilita identificar distintas trayectorias de riesgo y vulnerabilidad. En primer lugar, se pueden distinguir aquellas **circunstancias que favorecen el desarrollo de un diagnóstico de salud mental en ausencia de soledad**, es decir, las variables que caracterizan al grupo de

personas sin soledad pero con diagnóstico de salud mental. En segundo lugar, se examinan los **factores que conducen a experimentar soledad sin que ello se acompañe de problemas de salud mental**, permitiendo así aislar los determinantes específicos de la soledad. Por último, el modelo identifica las **situaciones que llevan a la co-ocurrencia de soledad y diagnóstico de salud mental**, es decir, aquellos factores que incrementan simultáneamente el riesgo de ambas condiciones.

De este modo, el análisis multinomial no solo permite comparar cada uno de los grupos con el grupo de referencia, sino que también facilita la comprensión de los mecanismos diferenciados que subyacen tanto al diagnóstico de salud mental como a la soledad, así como a su posible interrelación.

En el modelo se trabaja con datos ponderados y con entrada simultánea de todas las variables, garantizando que los coeficientes reflejen efectos ajustados mutuamente.

10.2.2. Variables del modelo

Hay que tener en cuenta que a efectos de este informe, el término **salud mental** hace referencia específicamente a la presencia de un diagnóstico clínico formal de algún trastorno de salud mental y no a la experiencia subjetiva de malestar psicológico en sentido amplio.

La **variable dependiente** en nuestro modelo multinomial es la combinación



sin soledad y sin diagnóstico de salud mental (el grupo de referencia),



con diagnóstico de salud mental pero sin soledad,



con soledad pero sin diagnóstico de salud mental,



con soledad y con diagnóstico de salud mental.

de soledad y diagnóstico de salud mental, que genera cuatro grupos mutuamente excluyentes:

La muestra válida asciende a aproximadamente 3.369 personas ponderadas sobre un total de 4.100 registros. Las **variables independientes** se agrupan en cuatro bloques según su naturaleza. La tabla recoge para cada variable la categoría comparada frente a la categoría de referencia (en cursiva):

Tabla 19. Variables independientes del modelo

Variable	Categoría comparada vs. categoría de referencia
Sociodemográficas	
Sexo	Mujer vs. Hombre (ref.)
Edad	18-44 años vs. 45-74 años (ref.); ≥75 años vs. 45-74 años (ref.)
Discapacidad	Sí vs. No (ref.)
Orientación sexual	LGTBI+ vs. Heterosexual (ref.)
Situación de convivencia	Vive solo vs. Vive acompañado/a (ref.)
Económicas	
Situación económica	Con dificultad vs. Con facilidad (ref.)
Experiencias vitales relacionadas con la salud mental	
Sufrimiento psicológico	Sí vs. No (ref.)
Pensamientos autolesivos o suicidas	Sí vs. No (ref.)
Acoso	Sí vs. No (ref.)
Discriminación	Sí vs. No (ref.)
Red social y apoyo	
Contacto con familiares cercanos	Nunca vs. Al menos una vez a la semana (ref.)
Contacto con otros familiares	Nunca vs. Al menos una vez a la semana (ref.)
Contacto con amigos/as	Nunca vs. Al menos una vez a la semana (ref.)
Contacto con vecinos/as	Nunca vs. Al menos una vez a la semana (ref.)
Apoyo	Sin apoyo o muy pocos apoyos vs. Con apoyo (ref.)

Antes de incluir estas variables en el modelo de regresión logística multinomial se ha comprobado el requisito de ausencia de multicolinealidad entre ellas. Es decir, se verifica que las variables son independientes entre sí.

Además, durante el desarrollo del análisis se valoró la inclusión de las siguientes variables, que finalmente fueron descartadas por no aportar suficiente



Nivel educativo de la persona.



Diagnóstico de salud mental de otra persona del hogar.



Territorio en el que habita la persona.

información al modelo o por limitar en exceso el número de casos disponibles para el análisis:

10.3. Relación entre soledad y salud mental

Para determinar cómo la soledad impacta en la salud mental de las personas utilizamos los resultados del modelo de regresión logística multinomial. Así, se han encontrado una serie de variables que predicen la soledad, pero no el diagnóstico de salud mental en ausencia de soledad. Este patrón es coherente con una vía en la que el factor de riesgo de padecer problemas de salud mental opera a través de la experiencia de soledad.

El resultado más relevante desde el punto de vista del mecanismo causal es el de la variable de apoyo.

La ausencia o escasez de apoyo no predice el diagnóstico de salud mental cuando no hay soledad, pero sí predice fuertemente la soledad sin diagnóstico (OR = 2,68) y aun más la co-ocurrencia (presencia simultánea de dos condiciones) con diagnóstico (OR = 3,25). Es decir, la ausencia o escasez de apoyo no predice el diagnóstico de salud mental cuando no hay soledad, pero multiplica por 3,25 el riesgo de co-ocurrencia de soledad y diagnóstico cuando sí la hay. Este patrón diferencial es coherente con un mecanismo en el que **la soledad actúa como mediadora entre el déficit de apoyo y el desarrollo de problemas de salud mental.** Es decir, el déficit de apoyo no lleva directamente al diagnóstico, sino que **opera a través**

de la soledad, y cuando ambas se combinan, el efecto se intensifica.

La misma asimetría se observa en el **contacto con familiares** cercanos: sin efecto significativo en ausencia de soledad, pero con efectos relevantes cuando hay soledad. En concreto, la probabilidad de sentir únicamente soledad es 1,95 veces mayor entre las personas sin contacto con familiares cercanos y esa probabilidad aumenta hasta el 2,13 en el caso de co-ocurrencia. Es decir, el déficit de contacto familiar no incide directamente sobre la salud mental en este modelo, sino que opera a través de la soledad, intensificando su efecto cuando ambas condiciones se presentan de forma simultánea.

Por su parte, el **contacto nulo con amigos o amigas predice todas las situaciones**, pero con efectos marcadamente más fuertes cuando hay soledad ($OR = 3,42$ y $3,44$, $p < ,001$) que en ausencia de soledad ($OR = 1,80$, $p < ,05$). La sociabilidad con amigos es el predictor de red social con mayor impacto transversal, aunque con especial peso en la dimensión de soledad. A diferencia del apoyo y del contacto familiar, la ausencia de contacto con amigos/as ejerce un efecto sobre todas las situaciones analizadas, lo que sugiere que la sociabilidad amistosa actúa tanto como factor de riesgo directo de la salud mental como, sobre todo, a través de la soledad, donde su impacto prácticamente se duplica.

Esto apunta a que el mecanismo en el que la soledad actúa sobre la salud mental de las personas opera a través del apoyo social percibido.

Por otro lado, se ha hallado también otro grupo de variables que muestran un patrón que apunta a una **vía clínica directa hacia el diagnóstico de salud mental**, independiente de la soledad: predicen el diagnóstico de salud mental con o sin soledad, pero no la soledad aislada sin diagnóstico.

La **discapacidad** en el modelo multiplica por 5,24 la probabilidad de diagnóstico de salud mental sin soledad y por 4,76 la de diagnóstico con soledad, pero no predice la soledad sin diagnóstico.

La **orientación LGTBI+** sigue un patrón análogo. Las personas del colectivo tienen casi 4 veces más probabilidades de diagnóstico de salud mental sin soledad, 2,8 más probabilidades para la co-ocurrencia con soledad y no tiene un efecto significativo sobre la soledad aislada. La vulnerabilidad asociada a la orientación sexual se canaliza predominantemente hacia el diagnóstico de salud mental.

Por último, los **pensamientos autolesivos** presentan el efecto más extremo del modelo en el grupo con soledad y diagnóstico (OR = 11,94) frente a un efecto ya notable en el grupo con diagnóstico pero sin soledad (OR = 2,70). La combinación de ideación autolesiva y soledad representa el perfil de máxima gravedad del modelo.

Los resultados son consistentes con la hipótesis de que la soledad facilita o precede los problemas de salud mental, aunque el diseño transversal **impide establecer la secuencia causal.** Los principales argumentos que sostienen esta lectura son:

- **Patrón gradual de los Odd Ratio de aislamiento:** los predictores de aislamiento social —apoyo nulo o escaso y sin contacto con familiares y amigos— muestran odd ratios crecientes desde el diagnóstico de salud mental sin soledad hacia la co-ocurrencia. Si el diagnóstico de salud mental fuera independiente de la soledad, se esperaría un efecto similar en los grupos con y sin soledad.
- **Asimetría del apoyo:** la ausencia o escasez de apoyo y el nulo contacto con familiares cercanos no predicen el diagnóstico en ausencia de soledad, pero sí lo hacen en la co-ocurrencia. Por tanto, tanto el déficit de apoyo como la falta de contacto con familiares actúan como factor de riesgo de problemas de salud mental en la medida en que genera o agrava la soledad, no de forma directa.
- **Patrón contrafactual:** la discapacidad y la orientación sexual predicen el diagnóstico de salud mental por vías directas, pero no la soledad aislada sin diagnóstico. Esta asimetría refuerza la credibilidad de la dirección de la soledad hacia problemas de salud mental en los casos en que el aislamiento social es el predictor dominante.

No obstante, deben considerarse tres cautelas esenciales. El diseño transversal impide conocer la secuencia temporal: la soledad podría ser consecuencia y no causa de los problemas de salud mental (causalidad inversa). Además, factores no observados, como la personalidad, historia clínica previa, eventos vitales, etc. podrían explicar parte de la asociación. Para establecer causalidad sería necesario un diseño longitudinal que acreditara la precedencia temporal de la soledad sobre el diagnóstico de salud mental.

10.4. Conclusión multivariante

Los resultados del análisis multivariante son compatibles con un modelo en el que **la soledad actúa como factor de riesgo para los problemas de salud mental**, particularmente cuando se combina con déficit de apoyo y aislamiento de la red social. En este caso, los factores asociados a la soledad se relacionan sistemáticamente con mayor probabilidad de co-ocurrencia de soledad y diagnóstico de salud mental, de manera coherente con un mecanismo mediador en el que la soledad actúa como puerta de entrada a los problemas de salud mental. Como vimos, para afirmar causalidad en sentido estricto sería necesario un diseño longitudinal que estableciera la precedencia temporal de la soledad sobre el diagnóstico.



Tabla 20. Resultados de la regresión logística multinomial

Variable independiente		Sin soledad, CON diagnóstico salud mental			CON soledad, Sin diagnóstico salud mental			CON soledad, CON diagnóstico salud mental			X² global (LRT)
		OR	IC 95%	Sig	OR	IC 95%	Sig	OR	IC 95%	Sig	
Sociodemográficas											
Sexo	Mujer vs. Hombre	1,71	[1,25–2,34]	***	1,04	[0,82–1,32]	ns	3,11	[2,13–4,56]	***	45,5***
Edad (rangos)											
	18–44 vs. 45–74 (ref.)	0,75	[0,54–1,05]	ns	1,57	[1,21–2,04]	***	1,04	[0,71–1,52]	ns	28,8***
	≥75 vs. 45–74 (ref.)	0,49	[0,21–1,11]	ns	2,08	[1,35–3,22]	***	0,83	[0,34–2,01]	ns	
Discapacidad											
	Sí vs. No	5,24	[3,47–7,93]	***	1,42	[0,93–2,18]	ns	4,76	[2,86–7,91]	***	73,1***
Orientación sexual											
	LGT-BI+ vs. Heterosexual	3,93	[2,43–6,35]	***	1,56	[0,99–2,46]	ns	2,77	[1,57–4,90]	***	32,4***
Situación de convivencia											
	Solo vs. Acompañado	0,92	[0,59–1,43]	ns	3,10	[2,35–4,09]	***	1,95	[1,27–3,01]	**	66,9***
Económicas											
Situación económica	Con dificultad vs. Con facilidad	1,74	[1,29–2,35]	***	1,38	[1,08–1,75]	**	2,31	[1,63–3,28]	***	30,6***
Experiencias vitales relacionadas con la salud mental											
Sufriamiento psicológico	Sí vs. No	4,46	[3,20–6,20]	***	2,48	[1,93–3,20]	***	4,44	[2,92–6,74]	***	144,2***
Pensamientos autolesivos	Sí vs. No	2,70	[1,62–4,51]	***	2,44	[1,56–3,79]	***	11,94	[7,67–18,60]	***	130,4***

Variable independiente	Sin soledad, CON diagnóstico salud mental			CON soledad, Sin diagnóstico salud mental			CON soledad, CON diagnóstico salud mental			X ² global (LRT)
	OR	IC 95%	Sig	OR	IC 95%	Sig	OR	IC 95%	Sig	

Experiencias vitales relacionadas con la salud mental

Acoso	Sí vs. No	1,83	[0,99–3,38]	ns	1,92	[1,17–3,18]	*	1,09	[0,58–2,03]	ns	9,4*
Discriminación	Sí vs. No	1,13	[0,71–1,79]	ns	2,13	[1,50–3,02]	***	2,77	[1,82–4,23]	***	30,0***

Red social y apoyo

Familiares cercanos	Nunca vs. ≥1 vez/semana	0,49	[0,20–1,21]	ns	1,95	[1,17–3,23]	**	2,13	[1,18–3,84]	*	16,9***
Otros familiares	Nunca vs. ≥1 vez/semana	1,71	[1,26–2,31]	***	1,13	[0,89–1,44]	ns	1,69	[1,20–2,39]	**	17,5***
Amigos/as	Nunca vs. ≥1 vez/semana	1,80	[1,09–2,98]	*	3,42	[2,43–4,81]	***	3,44	[2,21–5,38]	***	56,3***
Vecinos/as	Nunca vs. ≥1 vez/semana	1,56	[1,14–2,13]	**	1,60	[1,25–2,06]	***	1,48	[1,02–2,15]	*	19,7***
Apoyo	Sin apoyo o muy pocos vs. Con apoyo	0,93	[0,67–1,29]	ns	2,68	[2,11–3,39]	***	3,25	[2,27–4,66]	***	96,3***

Categoría de referencia (Cat. 0): Sin soledad y sin diagnóstico de salud mental. Muestra ponderada (N≈3.369).

OR = Odd Ratio; OR > 1 = factor de riesgo | OR < 1 = factor protector

IC 95% = Intervalo de Confianza al 95%

Sig = Significatividad estadística: *** p<,001 ** p<,01 * p<,05 ns = no significativo

11.

Conclusiones

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



11.1. Hallazgos clave

1. La soledad no deseada afecta a un quinto de la población, y es cada vez más persistente.

El 20,2% de la población española sufre soledad no deseada. Este resultado es similar al observado hace 2 años, lo que pone de manifiesto la importancia social del problema. Además, el 81,2% de las personas en situación de soledad no deseada sufre **soledad persistente**, es decir, lleva en una situación de soledad 2 o más años. En España la soledad persistente se situaría en el 15,6% de la población, dos puntos por encima de la cifra identificada en 2024, cuando se situaba en el 13,5%.

2. Los problemas de salud mental afectan a un cuarto de la población.

El 24,0% de la población española tiene un problema de salud mental. Un 13,3% de la población tiene un diagnóstico médico que confirma la existencia de un problema de salud mental, mientras que un 10,6% de la población tiene la sospecha de padecer un problema de salud mental, aunque éste no haya sido diagnosticado por un profesional. Además, la sociedad considera que la salud mental y la soledad están empeorando. **La percepción de la evolución de la salud mental de la sociedad es claramente negativa.** Un amplio 84,4% de la sociedad considera que la salud mental de la sociedad ha empeorado.

De esta manera, la magnitud de la prevalencia de los problemas de la soledad no deseada (20,2%) o la salud mental (24,0%) en España es muy superior algunos de los grandes problemas sociales, como el desempleo. La tasa de desempleo en 2025 fue del 10,5%²³.

3. La soledad no deseada y la salud mental están claramente relacionadas.

La prevalencia de la soledad no deseada es casi cinco veces superior entre las personas que tienen problemas de salud mental (49,1%) que entre las que no los padecen (11,0%). El porcentaje de personas con problemas de salud mental varía del 15,2% entre la población que no se encuentra en una situación de soledad hasta el 58,4% entre las que sí se encuentran en una situación de soledad.

23. Fuente: Encuesta de Población Activa. INE.

4. De manera combinada, un tercio de la sociedad padece problemas de soledad, de salud mental o ambos.

Solo un 67,6% de la población no tiene problemas de salud mental ni tampoco de soledad. En cambio, un 32,4% de la población padece al menos uno de los dos problemas y un 11,8% padece ambos problemas, de salud mental y soledad.

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

Muchos de los factores que están relacionados con una mayor soledad no deseada también están relacionados con una peor salud mental, como la pobreza o la discapacidad.

11.2. Implicaciones sociales

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

La mayor parte de la sociedad (73,1%) considera que la salud mental y la soledad no deseada son fenómenos que están muy relacionados, lo que pone de manifiesto que existe una concienciación adecuada de la relación entre ambos problemas. Sin embargo, todavía **persisten estigmas**, pues la principal barrera para buscar apoyo cuando se siente soledad o malestar emocional es la vergüenza o el miedo a ser juzgado. La existencia de estigmas en este sentido podría implicar que los problemas de salud mentales fueran en realidad mayores de los identificados.

7. Las personas que viven solas se encuentran en una situación de mayor fragilidad.

Aunque la prevalencia de la salud mental apenas varía en función de si las personas viven solas o en compañía, la soledad está el doble de extendida entre las personas que viven solas que entre las que viven acompañadas (33,3% frente a 17,5%). Por otra parte, la prevalencia de la soledad entre las personas que viven solas con un problema de salud mental diagnosticado roza los dos tercios, del 64,6%, más del doble que las que viven solas sin un problema de salud mental (28,2%).

8. Los problemas de salud mental y de soledad sufren un estigma social que no se corresponden con la dimensión del problema, y esto supone una causa de soledad

El 77,6% de la población considera que reconocer ante los demás que se tiene un problema de salud mental es bastante o muy difícil, y la principal dificultad para buscar o recibir apoyo cuando se siente soledad o malestar emocional es la vergüenza, estigma o el miedo a ser juzgado/a. Estas cifras ponen de manifiesto la existencia de un estigma en la sociedad que no se corresponde con la realidad de la salud mental en España. Un 32,4% de la población padece un problema de soledad no deseada o de salud mental, y más de la mitad de la población, un 58,8%, ha recibido alguna forma de apoyo profesional relacionado con su salud mental, bien en forma de apoyo psicológico bien en forma de medicación.

La sociedad por tanto estigmatiza un problema que es mucho más frecuente de lo que se piensa. Esta estigmatización tiene importantes consecuencias lógicas para la perduración del problema. La estigmatización de los problemas de salud mental, y por tanto de las personas que los sufren, suponen una barrera para su socialización y por lo tanto impulsan su soledad. Estas personas pueden verse rechazadas por sus problemas de salud mental o aislarse por miedo al rechazo, reduciendo su red social, u ocultar problemas de salud mental que son parte de su situación actual, reduciendo la intimidad o calidad de sus relaciones con otras personas, factor que también impulsa la soledad. Además, el estigma puede generar una falta de reconocimiento ante uno mismo de los problemas de salud mental, convirtiéndose en una barrera de búsqueda de ayuda, incluida el acceso a apoyos de salud

9. Las relaciones personales de calidad y el apoyo social percibido tienen un importante potencial para reducir la soledad no deseada y proteger la salud mental, más que la cantidad

La personas que perciben que cuentan con suficientes personas de apoyo tienen una menor soledad y mejor salud mental. **La percepción del apoyo y la calidad de las relaciones es más importante que la cantidad de relaciones o la frecuencia del contacto.** No obstante, entre el 8,6% de la sociedad que nunca tiene contacto con amistades la prevalencia de la soledad no de-

seada es del 50,9%, muy superior a la media. El análisis multivariante muestra que la ausencia o escasez de apoyo no predice el diagnóstico de salud mental en ausencia de soledad, pero sí predice fuertemente la soledad sin diagnóstico de salud mental, y especialmente la co-ocurrencia con diagnóstico.

10. La soledad puede motivar el uso de recursos digitales, como las redes sociales o la IA, aunque su uso como vía de escape a la soledad no está muy extendido

La soledad no deseada puede ser un factor motivador para utilizar determinados recursos digitales. La prevalencia de la soledad no deseada es más elevada entre quienes han recurrido a recursos digitales como respuesta a problemas emocionales o situaciones de soledad en el último mes, con valores entre el 37% (IA) y el 47,6% (redes sociales) según el tipo de recurso.

La percepción general es que los recursos digitales generan una mayor soledad, en especial de las redes sociales y la IA, aunque existen opiniones diversas. En cambio, **la percepción del impacto del uso de recursos digitales en la salud mental es mayoritariamente negativa.** Esta percepción negativa destaca especialmente respecto a las redes sociales, sobre las que un 67,5% de la población opina que perjudica la salud mental, frente a un minoritario 6,8% que considera que la mejora, casi 10 veces inferior a la opinión opuesta.

11.3. Dimensión estructural (derechos)

11. La salud mental y la soledad son piezas clave en el círculo de la pobreza y la exclusión.

La prevalencia de los problemas de salud mental (diagnosticados o no) es el doble entre las personas que llegan con dificultad a fin de mes que entre las personas que llegan con facilidad (35,4% frente a 18,4%). Más de la mitad (54,7%) de las personas con un problema de salud mental diagnosticado llegan con dificultad a fin de mes, lo que implica que padecen una fuente de estrés de origen económico.

Además, la combinación de los problemas económicos y de salud mental dispara la soledad no deseada. El 59,6% de las personas que llegan con dificultad a fin de mes y además tienen un problema de salud mental diagnosticado se encuentran en una situación de soledad no deseada. Si se tiene en cuenta

que los problemas de salud mental reducen considerablemente la empleabilidad, y que estar en una situación de soledad no deseada reduce también las probabilidades de encontrar un empleo, la conclusión clara es que la pobreza y la exclusión tienden a perpetuarse en las personas a través de sus efectos bidireccionales en la soledad y en la salud mental, entre otros factores.

12. La discapacidad y la dependencia son claros factores de vulnerabilidad para la soledad y la salud mental

La prevalencia de la soledad no deseada es muy superior entre las personas que se encuentran en una situación de discapacidad (31,2%), en comparación con el 18,8% entre las personas sin discapacidad. Entre las personas que se encuentran en una **situación de dependencia**, la prevalencia de la soledad no deseada alcanza el 45,5%, porcentaje muy superior al observado entre las personas que no se encuentran en una situación de dependencia (18,8%). Por otra parte, el 35,7% de las personas con discapacidad declara tener problemas de salud mental, diagnosticados o no, frente al 22,6% de las personas sin discapacidad.

Tanto la discapacidad (interacción con barreras, falta de apoyos y entornos no inclusivos, etc.) como la salud mental están muy relacionadas con la soledad. **El 35,7% de las personas con discapacidad declara tener problemas de salud mental, diagnosticados o no, frente al 22,6% de las personas sin discapacidad.**

En este sentido, la prevalencia de soledad no deseada para el 22,6% de personas sin discapacidad que tienen problemas de salud mental (diagnosticados o no) es de un 47,7%, por debajo de las personas con discapacidad y con problemas de salud mental cuya prevalencia de soledad no deseada es de un 56,5%.

El análisis multivariante muestra que la discapacidad multiplica por 5,24 la probabilidad de diagnóstico de salud mental sin soledad y por 4,76 la de diagnóstico con soledad. Sin embargo, la discapacidad no predice la soledad sin diagnóstico.

13. Los problemas de soledad no deseada y de salud mental afectan más a las mujeres.

El 23,2% de las mujeres se encuentran en una situación de soledad no deseada, comparado con el 16,6% de los hombres. Por otra parte, el 30,1% de las mujeres tiene problemas de salud mental (diagnosticados o no), comparado con el 17% de los hombres. La prevalencia de la soledad entre las mujeres con un problema de salud mental diagnosticado alcanza el 54,7%, frente al 45,1% entre los hombres en la misma situación.

14. La discriminación está claramente relacionada con la soledad y la salud mental, lo que la convierte en un asunto de salud pública

El porcentaje de personas con un problema de salud mental diagnosticado alcanza el 33,1% entre las personas que afirman haber sufrido discriminación, frente al 10,7% entre quienes no han sufrido discriminación. Entre las personas que han sufrido tanto un problema de salud mental como de discriminación, la prevalencia de la soledad no deseada es del 69,4%, muy por encima a entre quienes no han padecido ninguno de los dos problemas (12,5%). Esta relación, demostrada en este estudio y aceptada por la inmensa mayoría de la población, convierten de facto a la lucha contra la discriminación en un asunto de salud pública. Es importante tener en cuenta que la discriminación tiene muchas caras, entre ellas, la de la salud mental, pero no la única. A modo de ejemplo, el análisis multivariante muestra que la orientación LGTBI+ implica una probabilidad casi 4 veces superior más de diagnóstico de salud mental sin soledad y 2,8 más probabilidades para la combinación de los problemas de soledad y salud mental.

15. Existe una importante falta de recursos públicos que deriva en un déficit de diagnóstico y de apoyo profesional.

Un 10,6% de la población tiene la sospecha de padecer un problema de salud mental que no ha sido diagnosticado por un profesional. Esta cifra equivale a casi un 80% de las personas que tienen un problema de salud mental diagnosticado. Es decir, la prevalencia del problema de la salud mental en España podría ser casi el doble del que nos indican los diagnósticos. El porcentaje de

personas que acude de forma regular a algún profesional por un problema psicológico, emocional o de salud mental (11,4%) es menos de la mitad del porcentaje de personas que sufre un problema de salud mental, diagnosticado o no (24,0%).

En cuanto a los apoyos profesionales, **un cuarto (24,7%) de las personas que cuentan con un diagnóstico de salud mental no recibe ningún tipo de apoyo**, no recibe apoyo profesional psicológico ni medicación. Además, un 29,1% toma medicación de forma regular pero no recibe apoyo profesional psicológico, lo que indica un mayor protagonismo de las soluciones medicalizadas del problema frente al apoyo psicológico profesional.

Por otra parte, la gran mayoría (72,7%) de las personas que no cuentan con un diagnóstico médico de salud mental, pero creen tener problemas de salud mental no recibe apoyo profesional psicológico ni medicación. Un 4,9% de la población consume psicofármacos de forma regular sin recibir apoyo profesional psicológico o un diagnóstico de salud mental, lo que plantea la existencia de un riesgo de automedicación de parte de la población. Las listas de espera o falta de disponibilidad y el coste económico aparecen como dos de las principales barreras para buscar o recibir apoyo cuando se siente soledad o malestar emocional.

12.

Recomendaciones



Las conclusiones enunciadas y el conjunto del análisis mostrado a lo largo de esta informe deriva en una serie de recomendaciones para la mejora de la soledad no deseada y la salud mental de la población. Estas recomendaciones se agrupan en tres niveles:

**POLÍTICAS
PÚBLICAS Y
SISTEMAS DE
ATENCIÓN**

**COMUNIDAD E
INTERACCIÓN
SOCIAL**

PREVENCIÓN

12.1. Políticas públicas y sistemas de atención

Reducir la pobreza y la desigualdad mediante políticas sociales

La estrecha relación entre las dificultades económicas y tanto la soledad no deseada como la salud mental, nos invitan a reflexionar sobre la importancia de las políticas públicas destinadas a la reducción de la pobreza y la desigualdad desde otra perspectiva. Las políticas encaminadas a crear un **mercado de trabajo más inclusivo**, y que fomenten la **vivienda accesible**, tendrán un impacto en la reducción de las dificultades económicas de la población, y con ello, tendrán un impacto positivo en la soledad no deseada y la salud mental.

Sin embargo, las desigualdades que alimentan la soledad y los problemas de salud mental no son exclusivamente económicas. Es necesario **desarrollar políticas orientadas a reducir las desigualdades estructurales que inciden en la soledad, especialmente las vinculadas a la pobreza, la discapacidad o la exclusión social**. Estas tres dimensiones se refuerzan mutuamente y multiplican el riesgo de soledad y de deterioro de la salud mental, lo que exige **respuestas integradas que promuevan la inclusión laboral de las personas con discapacidad y con problemas de salud mental, así como la participación social y comunitaria de las personas en situación de exclusión**.

Si bien las políticas de empleo y vivienda exceden a los ámbitos de la soledad no deseada y la salud mental, es importante que las políticas sociales tengan una perspectiva holística que contribuya a justificar determinadas medidas por generar impactos indirectos en otros ámbitos. Los recursos destinados a políticas que mejoren el acceso a la vivienda están teniendo no solo un efecto directo en el ámbito de la vivienda, sino también previsiblemente generando ahorros en el gasto sanitario o reduciendo costes por absentismo laboral por incapacidad temporal, al favorecer una mejora de la soledad y de la salud mental.

Reforzar la sanidad pública y los servicios sociales

La encuesta pone de manifiesto la existencia de un **déficit de diagnóstico** de una parte importante de la sociedad que sospecha padecer de un problema de salud mental y no ha recibido un diagnóstico. De manera similar, el estudio muestra también la existencia de una **falta de atención profesional psicológica a personas con problemas de salud mental diagnosticados**, así como de

un mayor protagonismo de respuestas medicalizadas (personas que reciben medicamentos de forma frecuente pero no apoyo psicológico). Estos hechos apuntan a la necesidad de reforzar el sistema de salud. Además, las debilidades del sistema sanitario en el tratamiento de la salud mental, en cuestiones como la rotación de profesionales o las limitaciones en el tiempo de las consultas, constituyen barreras para la búsqueda de apoyo por parte de las personas que sufren problemas de salud mental. En este sentido, es fundamental **incorporar la detección precoz de la soledad en los sistemas de atención primaria de salud, servicios sociales y otros servicios de proximidad**, de modo que las situaciones de soledad no deseada puedan identificarse antes de que se cronifiquen o deriven en problemas de salud mental más graves.

La soledad no deseada y la salud mental guardan una estrecha relación entre sí, siendo por tanto un **problema tanto médico como social**. Esta fuerte interrelación de los problemas de soledad y de salud mental llama a una mejora de la coordinación de los servicios sociales y la sanidad, como principales sistemas encargados de proporcionar tanto asistencia sanitaria como apoyo social a las personas y las familias. Es necesario avanzar hacia una mayor **coordinación sociosanitaria efectiva, integrando la atención a la salud mental con el abordaje de la soledad no deseada desde los servicios sociales y comunitarios**. La saturación actual de ambos sistemas dificulta esta coordinación, siendo necesario un refuerzo de ambos sistemas para hacerla posible. La mejora de la atención a las personas en situación de soledad no deseada y/o con problemas de salud mental por parte de ambos sistemas solo es posible con un aumento de recursos.

Además, este estudio muestra que casi la mitad de las personas en soledad recurre a los profesionales sanitarios como respuesta a los momentos en que se siente soledad o malestar emocional, generando una demanda de servicios de salud en un sistema saturado para responder a una necesidad difícil de satisfacer por parte del personal sanitario. De esta manera, una política adecuada de soledad tendría de hecho también efectos de descongestionamiento del sistema sanitario, mediante la reducción de la demanda de consultas para compensar la soledad y especialmente mediante una mejora de la salud de la población. Para ello es imprescindible **desarrollar modelos de intervención que incluyan la dimensión relacional, como la prescripción social, el acompañamiento y los programas comunitarios**, que ofrezcan respuestas no medicalizadas a las situaciones de soledad y malestar emocional, aliviando al mismo tiempo la presión sobre el sistema sanitario.

Por último, el refuerzo de los sistemas de atención debe ir acompañado de dos condiciones transversales. Por un lado, es necesario **garantizar que los servicios sean accesibles e inclusivos, eliminando las barreras físicas, comunicativas y cognitivas que limitan la participación de determinados colectivos, especialmente las personas con discapacidad.** Por otro lado, resulta esencial **promover la formación de los profesionales en el abordaje integral de la soledad, incorporando la perspectiva relacional, comunitaria y de derechos,** de modo que los equipos de atención primaria, servicios sociales y otros servicios de proximidad dispongan de las herramientas necesarias para identificar, acompañar y derivar adecuadamente a las personas en situación de soledad no deseada.

Reforzar los servicios de cuidados y de apoyo a la dependencia

La mayor prevalencia de la soledad no deseada y de los problemas de salud mental entre las personas con dependencia hacen un llamamiento claro para la mejora de los servicios de cuidados y de apoyo a la dependencia. Esto es de vital importancia para los casos más graves de salud mental, que sufren una menor autonomía y requieren apoyos más intensos. Por otra parte, el Estudio sobre Soledad No Deseada en personas mayores en España 2026 ya puso de manifiesto la importante relación entre la recepción de cuidados adecuados para las necesidades de la persona y la soledad no deseada entre la población de edad más avanzada.

Impulsar parternariados para promover la integración de políticas

La relación entre la soledad y la salud mental necesitan de una respuesta desde diferentes ámbitos. Aunque la soledad se ha concebido muchas veces como un ámbito de los servicios sociales, su estrecha relación con la salud mental y sus implicaciones para la salud lo convierten en un ámbito transversal, en el que es esencial que jueguen un papel diferentes departamentos de la administración pública y entidades sociales y privadas.

En el **plano público,** estos parternariados deben agrupar la acción desde diferentes ámbitos, no solo sanidad o servicios sociales, sino también departamentos relevantes en la lucha contra la soledad no deseada como aquellos encargados del ocio, la cultura y la organización de actividades. Más allá de lo

público, los parternariados deben también integrar a las **entidades del tercer sector**, como agentes relevantes en la dinamización comunitaria, incluidas por supuesto aquellas entidades especializadas que trabajan con personas con problemas de salud mental, así como a las asociaciones vecinales y temáticas. También es importante integrar a toda una serie de **aliados en el sector privado** que sean relevantes en la lucha contra la soledad, como pequeño comercio, farmacia, bares, restaurantes, sucursales de banco u otros servicios de atención al público que puedan identificar a personas en situación de soledad y derivarlas a recursos de apoyo.

Situar la soledad no deseada en el centro de la agenda política como estrategia clave para la mejora de la salud mental

La dimensión de la prevalencia de los problemas de salud mental en España, que alcanzan a casi un cuarto de la población, junto con la estrecha relación de la soledad no deseada con la salud mental, justifican plenamente tomar un fuerte impulso al abordaje de la soledad desde el ámbito comunitario como estrategia para la mejora de la salud en la sociedad. Una sociedad más comunitaria, con mayor integración de las personas, es una sociedad con menor soledad y una sociedad más sana.

Las implicaciones de la soledad y la salud mental para el suicidio, la primera causa de muerte violenta en España, nos muestran que ignorar la soledad cuesta vidas. Por otra parte, tanto la soledad no deseada como los problemas de salud mental generan efectos devastadores en el sufrimiento psicológico y emocional de buena parte de la población, al tiempo que generan un coste para la sociedad en términos de atención sanitaria y bajas por incapacidad temporal.

En este contexto, resulta imprescindible **impulsar el Marco Estratégico Estatal de Soledades y que esté alineado con las políticas de salud mental, discapacidad, dependencia y cohesión social**. Dicha estrategia debe incorporar objetivos claros, indicadores de seguimiento y sistemas de evaluación que permitan medir el avance y el impacto de las actuaciones desplegadas. Los gobiernos deben **situar la soledad no deseada y la salud mental en el centro de su agenda, estableciendo métricas continuas y objetivos** de manera similar a otras variables como el desempleo, e **integrando la medición de la soledad no deseada como un indicador clave de bienestar social** dentro de

los sistemas estadísticos y de planificación pública. Solo a través de una medición rigurosa y sostenida será posible orientar las políticas con criterios de evidencia y rendición de cuentas.

Garantizar el enfoque de derechos, inclusión y accesibilidad universal en las políticas de soledad no deseada y salud mental

Los resultados del estudio evidencian que la soledad no deseada y los problemas de salud mental no afectan por igual al conjunto de la población, sino que se concentran de forma desproporcionada en colectivos que ya enfrentan situaciones de desventaja: personas con discapacidad, personas en situación de pobreza, mujeres, personas que han sufrido discriminación o personas que viven solas, entre otros. Esta distribución desigual del problema pone de manifiesto que la soledad no deseada y la salud mental no son solo cuestiones de bienestar individual, sino también **cuestiones de derechos.**

Por ello, todas las políticas públicas relacionadas con la soledad no deseada y la salud mental deben incorporar un **enfoque de derechos, inclusión y accesibilidad universal** que garantice la participación en igualdad de condiciones de todas las personas. Este enfoque implica reconocer que las personas en situación de soledad no deseada o con problemas de salud mental son titulares de derechos (a la salud, a la participación social, a la vida en comunidad) y no meras receptoras de prestaciones o intervenciones asistenciales.

12.2. Comunidad e interacción social

Construir entornos y espacios amigables para la interacción social

La interacción social necesita espacios. Un entorno comunitario rico que conecte a las personas necesita de lugares en el espacio público que faciliten la comunicación. Casi la mitad de la población (47,3%) nunca tiene contacto con vecinos y la población con discapacidad sufre de problemas de acceso al espacio público que dificultan su interacción social. Es vital introducir la interacción social, desde una perspectiva accesible, como una variable central en la planificación urbanística, tanto a nivel de **espacios abiertos**, como parques, plazas o la peatonalización de espacios, introduciendo bancos y espacios para la conversación, como a nivel de **equipamientos de interior** que facili-

ten la interacción social. Los espacios abiertos, o centros comunitarios que faciliten la conversación espontánea, son escasos en buena parte del país en el que los equipamientos públicos están orientados a cumplir otra función que promover la interacción social, sea la educación, la sanidad, la lectura o la administración de servicios públicos. Si bien estos equipamientos pueden permitir la interacción entre personas, no es esta su finalidad, y muy a menudo los equipamientos destinados a la interacción social se limitan a establecimientos privados, como bares o restaurantes, o incluso existe una carencia de éstos, como ocurre en cada vez más municipios de las zonas rurales.

La configuración de espacios amigables para la interacción social debe tener en cuenta de manera prioritaria la perspectiva de la accesibilidad según las necesidades de diferentes tipos de discapacidad. Debe de **garantizarse el acceso a espacios y equipamientos públicos abiertos a la interacción social** como una parte esencial del **derecho a la inclusión social**, no solo en el plano económico, sino también en el de la interacción social.

En definitiva, se trata de **fomentar el desarrollo de comunidades inclusivas y accesibles que faciliten la participación social y la generación de vínculos significativos**, entendiendo que los espacios físicos no son un fin en sí mismos, sino el soporte necesario para que las personas puedan encontrarse, relacionarse y construir lazos de apoyo mutuo que contribuyan a prevenir la soledad no deseada y a proteger la salud mental.

Facilitar la socialización a través de actividades temáticas y vecinales

Además del espacio, es fundamental promover la organización de actividades que faciliten la interacción social entre las personas, a través de la dinamización comunitaria y de la oferta de actividades lúdicas y culturales. En este sentido las asociaciones vecinales y temáticas, sobre determinadas aficiones, constituyen un valioso recurso. Estas actividades deben de estar abiertas siempre a la sociedad en su conjunto, al tiempo que tratar de facilitar la participación especialmente de aquellas personas que viven una situación de soledad persistente y problemas de salud mental, ofreciendo los apoyos necesarios para la participación de las personas con discapacidad y dependencia, así como de las que vivan en entornos rurales.

Más allá de la oferta de actividades en sí misma, es importante que estas iniciativas se diseñen con el objetivo explícito de **reforzar el sentido de pertenencia, la participación y la reciprocidad, especialmente en entornos locales y de proximidad.** La evidencia del estudio muestra que la calidad de las relaciones y la percepción de apoyo son más determinantes que la cantidad de contactos sociales, lo que apunta a la necesidad de priorizar actividades que generen vínculos significativos y relaciones de confianza mutua, frente a una mera acumulación de oferta. Cuando las personas sienten que forman parte activa de su comunidad y que pueden tanto recibir como ofrecer apoyo, se fortalece el tejido social que actúa como factor protector frente a la soledad no deseada y los problemas de salud mental.

Conectar mejor a las personas con la oferta de actividades ya existente

Actualmente, existe un margen de mejora en la conexión de las personas con actividades lúdicas y culturales ya disponibles, tanto a través de su entorno cercano como mediante servicios públicos y privados. Esto pone de relieve la importancia de **impulsar redes de apoyo formales e informales, promoviendo la colaboración entre administraciones públicas, entidades sociales y ciudadanía,** de modo que los recursos existentes lleguen de forma efectiva a las personas que más los necesitan.

En este contexto, las herramientas digitales tienen un gran potencial para facilitar el acceso a información sobre actividades cercanas, adaptadas a las preferencias personales. Estas soluciones pueden ser útiles tanto para personas que se encuentran en situación de soledad no deseada o con problemas de salud mental, como para quienes forman parte de su entorno y pueden contribuir a vincularlas con dichas actividades.

Sin embargo, para que este potencial se materialice es imprescindible **reducir la brecha digital mediante el impulso de entornos digitales accesibles y programas de alfabetización digital inclusiva,** que garanticen que las personas con mayores dificultades de acceso a la tecnología (como las personas mayores, las personas con discapacidad o quienes se encuentran en situación de exclusión social) no queden al margen de unos recursos que pueden contribuir significativamente a reducir su soledad. De lo contrario, se corre el riesgo de que la digitalización de los servicios y actividades comunitarias, lejos de combatir la soledad, reproduzca y profundice las desigualdades ya existentes.

Promover el voluntariado

Muchas personas poseen un gran potencial gracias a sus habilidades comunicativas, relacionales y técnicas, lo que les permite ofrecer un apoyo valioso a otros miembros de la sociedad. El voluntariado se presenta como una vía efectiva para disminuir la soledad entre quienes lo ejercen, al generar relaciones sociales dentro de un equipo, proporcionar una actividad significativa y fortalecer el sentimiento de pertenencia a una comunidad que, en ocasiones, puede percibirse como lejana.

Además, este voluntariado puede dirigirse a distintos colectivos, incluyendo a personas en situación de mayor vulnerabilidad, como aquellas que experimentan problemas de salud mental, contribuyendo también a reducir su sensación de soledad.

Promover comunidades cuidadoras como modelo de convivencia y bienestar compartido

Los resultados del estudio ponen de manifiesto que la soledad no deseada y los problemas de salud mental no son problemas exclusivamente individuales, sino que tienen una raíz profundamente comunitaria. La calidad de las relaciones, la percepción de apoyo y el sentimiento de pertenencia son factores determinantes tanto de la soledad como de la salud mental, lo que indica que las respuestas más eficaces no pueden limitarse a intervenciones dirigidas a personas concretas, sino que deben también transformar los entornos en los que estas personas viven.

En este sentido, es necesario promover programas de **comunidades cuidadoras**, en los que la atención a las relaciones y al bienestar emocional se integre como una **responsabilidad compartida** del conjunto de la comunidad. Este modelo supone un cambio de enfoque: de una lógica asistencial centrada en la atención individual a una lógica comunitaria en la que vecinos, comercios, asociaciones, servicios públicos y entidades sociales asumen un papel activo en la detección de situaciones de soledad, el acompañamiento de las personas en situación de vulnerabilidad y la generación de entornos relacionales más ricos y protectores.

Las comunidades cuidadoras constituyen un complemento imprescindible al voluntariado y a las actividades de dinamización comunitaria. Mientras que estas últimas ofrecen oportunidades concretas de interacción social, el modelo

de comunidades cuidadoras aspira a generar una **cultura del cuidado relacional** que impregne la vida cotidiana de los barrios y municipios, haciendo de la atención mutua una práctica normalizada y no excepcional. Este enfoque resulta especialmente relevante para las personas con problemas de salud mental, que a menudo enfrentan estigma y aislamiento, y para quienes viven solas, cuya fragilidad se ve agravada por la ausencia de redes de apoyo cercanas.

12.3. Prevención

Mayor concienciación en la sociedad para reducir el estigma de la soledad y de la salud mental

Los problemas de la soledad y la salud mental afectan a un tercio de la población y seis de cada diez personas han recibido alguna forma de apoyo profesional relacionado con su salud mental a lo largo de su vida, bien en forma de apoyo psicológico bien en forma de medicación. Estos datos deben ser difundidos en el conjunto de la sociedad a fin de combatir el estigma relacionado con los problemas de salud mental, mostrados por el hecho de que un 77,6% de la población considere que reconocer ante los demás que se tiene un problema de salud mental es bastante o muy difícil. La normalización de los problemas de salud mental, a través de la difusión de datos como los desvelados por este estudio, es el primer paso para la eliminación del estigma que desbloquee algunas de las barreras de acceso al apoyo y sobre todo incremente la aceptación de las personas con problemas de salud mental como pieza esencial para reducir su soledad.

Promover una sociedad inclusiva y no discriminatoria

Resulta esencial promover valores que rechacen la discriminación y promuevan actitudes inclusivas hacia personas de cualquier raza, origen nacional o cultural, idioma, religión, discapacidad, aspecto físico, estilo u orientación sexual, entre otras diferencias. Existe un consenso en la sociedad sobre los efectos perjudiciales de la discriminación sobre la soledad y la salud mental. En una sociedad cada vez más multicultural, las actitudes inclusivas y no discriminatorias serán cada vez más relevantes no solo para la soledad, sino para la propia cohesión social. El rechazo al otro por motivos de discriminación es una barrera para la interacción entre las personas. Promover una actitud inclusiva, y la curiosidad por conocer lo diferente, supone un factor clave para prevenir la soledad en la sociedad y favorecer con ello la salud mental.

No obstante, la promoción de valores inclusivos debe ir acompañada de oportunidades reales de encuentro. Es necesario **fomentar la participación activa en la vida comunitaria, facilitando oportunidades accesibles, inclusivas y adaptadas a las necesidades de las personas,** de modo que los valores de inclusión y no discriminación puedan traducirse en experiencias concretas de convivencia. Las actitudes inclusivas se fortalecen cuando las personas tienen la posibilidad de interactuar en contextos diversos, compartir espacios y actividades con personas de distintos perfiles y construir vínculos desde la cotidianidad. Sin estas oportunidades, el discurso inclusivo corre el riesgo de quedarse en un plano declarativo, sin impacto real en la reducción de la soledad ni en la mejora de la salud mental de los colectivos más afectados por la discriminación.

Enseñar capacidades comunicativas, valores de convivencia y resolución de conflictos

Las relaciones sociales las construyen las propias personas, haciendo uso de sus capacidades comunicativas. Estas capacidades son clave para entender a los demás, los puntos de vista diferentes y saber expresar las propias emociones, necesidades y opiniones. Los valores de convivencia son fundamentales para respetar las diferencias y desarrollar la empatía hacia otras personas. Entender los conflictos como una parte inherente de la relación humana, y por tanto no como una justificación para un distanciamiento absoluto e irresoluble, es clave para desarrollar relaciones personales más sólidas y duraderas. Promover una sociedad con un alto nivel de capacidades comunicativas es una forma de prevenir una mayor soledad en el futuro. El sistema educativo tiene una enorme capacidad para promover estas capacidades y valores, que también deben ser impulsados por otros agentes con el fin de llegar a más capas de población.

En un sentido más amplio, el desarrollo de estas capacidades debe enmarcarse en una apuesta decidida por promover el **empoderamiento de las personas, fortaleciendo no solo sus habilidades comunicativas, sino el conjunto de recursos personales que les permitan establecer y mantener relaciones sociales significativas.** El empoderamiento implica que las personas adquieran confianza y autonomía para tomar la iniciativa en la construcción de sus vínculos, superar las barreras emocionales —como la vergüenza o el miedo al rechazo— que dificultan la búsqueda de apoyo, y participar activamente en su entorno social y comunitario. Las políticas de prevención de la soledad y

de protección de la salud mental serán más eficaces en la medida en que logren que las personas no sean solo receptoras de intervenciones, sino agentes activos en la mejora de su propio bienestar relacional.

Prevención personalizada en soledad y en salud mental para personas de mayor riesgo

Este y otros estudios nos ofrecen una mayor comprensión de los factores relacionados con los fenómenos de la soledad no deseada, lo que nos permite conocer la prevalencia de la soledad según el perfil de la persona, **identificando a personas en mayor riesgo de soledad.** Por ejemplo, la prevalencia de la soledad entre las personas que viven solas con un problema de salud mental diagnosticado roza los dos tercios, del 64,6%.

Por otra parte, este estudio muestra que **la soledad supone un riesgo para la salud mental y además, que las experiencias pasadas de soledad no deseada dejan una huella a nivel mental y emocional,** que perdura incluso aunque la situación de soledad haya sido superada. En otras palabras, una persona que esté en una situación de soledad no deseada, o que haya estado en el pasado en una situación de soledad, tiene un mayor riesgo de desarrollar un problema de salud mental.

Muchas de estas personas podrían identificarse, de forma no invasiva, para ofrecerles mayores apoyos por parte del sistema sanitario y de otros sistemas de atención de cara a combatir su situación de soledad y cuidar su salud mental.

Ahora bien, la identificación de las personas en riesgo es solo el primer paso. Es igualmente imprescindible **facilitar el acceso a recursos de apoyo que contribuyan a mejorar su bienestar emocional y a reducir la soledad no deseada,** garantizando que dichos recursos sean conocidos, disponibles y accesibles para quienes los necesitan. Las barreras de acceso (ya sean económicas, geográficas, informativas o vinculadas al estigma) limitan la eficacia de cualquier estrategia de prevención personalizada. Por ello, la identificación de perfiles de riesgo debe ir acompañada de itinerarios claros de derivación y acompañamiento que conecten a las personas con los servicios y programas más adecuados a su situación.

En esta línea, es necesario **desarrollar acciones específicas dirigidas a los grupos en mayor situación de vulnerabilidad, teniendo en cuenta la acumulación de desventajas** que experimentan determinados perfiles. Los datos del estudio evidencian que factores como la pobreza, la discapacidad, la discriminación, los problemas de salud mental o el hecho de vivir en soledad no actúan de forma aislada, sino que se superponen y se refuerzan mutuamente, disparando la prevalencia de la soledad no deseada hasta niveles que superan ampliamente la media. El 59,6% de las personas que llegan con dificultad a fin de mes y tienen un problema de salud mental diagnosticado, o el 69,4% de quienes han sufrido discriminación y problemas de salud mental, son ejemplos claros de esta acumulación. Las estrategias de prevención deben, por tanto, incorporar una perspectiva interseccional que permita diseñar intervenciones adaptadas a la complejidad de estas situaciones, priorizando los recursos en aquellos colectivos donde la confluencia de factores de riesgo hace más probable la cronificación de la soledad y el deterioro de la salud mental.

Por último, es necesario tener en cuenta que el abordaje de la soledad no deseada requiere una respuesta coordinada que combine políticas públicas, sistemas de atención, comunidad y acción individual. La evidencia muestra que no es posible reducir la soledad actuando únicamente sobre uno de estos niveles, sino que es necesario desarrollar **estrategias integrales que garanticen la inclusión, la accesibilidad universal y la participación social en igualdad de condiciones.**

En este sentido, la lucha contra la soledad no deseada constituye no solo un reto social y sanitario, sino también un desafío en términos de **equidad y derechos**, que requiere transformar los entornos para garantizar que todas las personas puedan desarrollar relaciones significativas y formar parte activa de la comunidad.

13.

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>

Adams, K. B., Parekh, R., Mauldin, R. L., Fortinsky, R. H., & Steffens, D. C. (2023). The Risk for Loneliness and Major Depression among Solo Agers. *Journal of Applied Gerontology*, 42(5), 962-971. <https://doi.org/10.1177/07334648221146770>

Aguirre Velasco, A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>

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>

- Barreto, M., Doyle, D. M., & Qualter, P. (2024). Changing the narrative: Loneliness as a social justice issue. *Political Psychology*, 45(S1), 157-181. <https://doi.org/10.1111/pops.12965>
- 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>
- Beuoy, A., Hall, J. P., Kurth, N. K., & Goddard, K. S. (2025). The moderating effects of perceived transportation access on health and social connectedness for people with disabilities. *Journal of Transport & Health*, 44, 102165. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2025.102165>
- Bierman, A., & Statland, D. (2010). Timing, Social Support, and the Effects of Physical Limitations on Psychological Distress in Late Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(5), 631-639. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp128>
- Birken, M., Chipp, B., Shah, P., Olive, R. R., Nyikavaranda, P., Hardy, J., Chhapia, A., Barber, N., Lee, S., Pearce, E., Lloyd-Evans, B., Perkins, R., McDaid, D., Stefanidou, T., Shafran, R., Pitman, A., & Johnson, S. (2023). Exploring the experiences of loneliness in adults with mental health problems: A participatory qualitative interview study. *PLOS ONE*, 18(3), e0280946. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280946>
- Bishop, G. M., Llewellyn, G., Kavanagh, A. M., Badland, H., Bailie, J., Stancliffe, R., Emerson, E., Fortune, N., & Aitken, Z. (2024). Disability-related inequalities in the prevalence of loneliness across the lifespan: Trends from Australia, 2003 to 2020. *BMC Public Health*, 24(1), 621. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17936-w>
- Bolmsjö, I., Tengland, P.-A., & Rämngård, 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>

- Brunes, A., B. Hansen, M., & Heir, T. (2019). Loneliness among adults with visual impairment: Prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1096-y>
- 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>
- Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 245, 653-667. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Conti, C., Lanzara, R., Rosa, I., Müller, M. M., & Porcelli, P. (2023). Psychological correlates of perceived loneliness in college students before and during the COVID-19 stay-at-home period: A longitudinal study. *BMC Psychology*, 11, 60. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01099-1>
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *Journal of health and social behavior*, 50(1), 31-48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
- 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>

Emerson, E., Fortune, N., Aitken, Z., Hatton, C., Stancliffe, R., & Llewellyn, G. (2020). The wellbeing of working-age adults with and without disability in the UK: Associations with age, gender, ethnicity, partnership status, educational attainment and employment status. *Disability and Health Journal*, 13(3), 100889. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100889>

Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G., & Stancliffe, R. (2021a). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study. *Disability and Health Journal*, 14(1), 100965. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100965>

Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G., & Stancliffe, R. (2021b). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study. *Disability and Health Journal*, 14(1), 100965. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100965>

Emerson, E., Madden, R., Graham, H., Llewellyn, G., Hatton, C., & Robertson, J. (2011). The health of disabled people and the social determinants of health. *Public Health*, 125(3), 145-147. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2010.11.003>

Emerson, E., Stancliffe, R., Fortune, N., & Llewellyn, G. (2021). Disability, Loneliness and Health in the UK: Cross-sectional survey. *European Journal of Public Health*, 31(3), 533-538. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab018>

Emerson, E., Stancliffe, R. J., Aitken, Z., Bailie, J., Bishop, G. M., Badland, H., Llewellyn, G., & Kavanagh, A. M. (2023). Disability and loneliness in the United Kingdom: Cross-sectional and longitudinal analyses of trends and transitions. *BMC Public Health*, 23(1), 2537. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17481-y>

- 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>
- Espirito-Santo, H., Crúzio-Grilo, L., Lemos, L., Grasina, A., Andrade, D., & Daniel, F. (2024). Functionality and loneliness in older people: Model of mediation by positive affect. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 40(1), 110-118. <https://doi.org/10.6018/analesps.494781>
- 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>
- Fiori, K. L., & Denckla, C. A. (2012). Social Support and Mental Health in Middle-Aged Men and Women: A Multidimensional Approach. *Journal of Aging and Health*, 24(3), 407-438. <https://doi.org/10.1177/0898264311425087>
- Fundación AXA (2026) "Informe de Salud Mental. España".
- 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>
- Harber-Aschan, L., Sjöberg, L., Triolo, F., & Dekhtyar, S. (2026). Trajectories of depressive symptoms in older adults: Correlates and consequences for mortality. *Journal of Affective Disorders*, 404, 121409. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2026.121409>
- Hawkley, L. C., Buecker, S., Kaiser, T., & Luhmann, M. (2022). Loneliness from young adulthood to old age: Explaining age differences in loneliness. *International Journal of Behavioral Development*, 46(1), 39-49. <https://doi.org/10.1177/0165025420971048>

- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Heikkinen, R.-L., & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(3), 239-250. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2003.10.004>
- Huang, J.-F., Wong, R.-H., Chen, C.-C., Mao, I.-F., Huang, C.-C., Chang, W.-H., & Wang, L. (2011). Trajectory of depression symptoms and related factors in later life—A population based study. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 499-508. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.048>
- Hutten, E., Jongen, E. M. M., Verboon, P., Bos, A. E. R., Smeekens, S., & Cillessen, A. H. N. (2021). Trajectories of Loneliness and Psychosocial Functioning. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.689913>
- 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>
- Kavanagh, A. M., Krnjacki, L., Aitken, Z., LaMontagne, A. D., Beer, A., Baker, E., & Bentley, R. (2015). Intersections between disability, type of impairment, gender and socio-economic disadvantage in a nationally representative sample of 33,101 working-aged Australians. *Disability and Health Journal*, 8(2), 191-199. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.08.008>
- Kavanagh, B. E., Corney, K. B., Beks, H., Williams, L. J., Quirk, S. E., & Versace, V. L. (2023). A scoping review of the barriers and facilitators to accessing and utilising mental health services across regional, rural, and remote Australia. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1060. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10034-4>

- 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>
- Kirwan, E. M., Luchetti, M., Burns, A., O'Súilleabháin, P. S., & Creaven, A.-M. (2025). Loneliness trajectories and psychological distress in youth: Longitudinal evidence from a population-based sample. *British Journal of Developmental Psychology*, 43(1), 190-204. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12533>
- Kirwan, E. M., O'Súilleabháin, P. S., Burns, A., Ogoro, M., Allen, E., & Creaven, A.-M. (2023). Exploring Loneliness in Emerging Adulthood: A Qualitative Study. *Emerging Adulthood*, 11(6), 1433-1445. <https://doi.org/10.1177/21676968231194380>
- Krahn, G. L., Walker, D. K., & Correa-De-Araujo, R. (2015). Persons With Disabilities as an Unrecognized Health Disparity Population. *American Journal of Public Health*, 105(S2), S198-S206. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302182>
- Lavingia, R., Jones, K., & Asghar-Ali, A. A. (2020). A Systematic Review of Barriers Faced by Older Adults in Seeking and Accessing Mental Health Care. *Journal of Psychiatric Practice*®, 26(5), 367. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000491>
- Lei, X., Matovic, D., Leung, W.-Y., Vijju, 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>
- Llorens-Roman, J., Pousada, M., & Gómez-Zúñiga, B. (2026). Loneliness and Its Associated Factors in Individuals With Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning: A Systematic Review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 39(2), e70224. <https://doi.org/10.1111/jar.70224>
- Luhmann, M., & Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, 52(6), 943-959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>
- Luo, Y., Hawkley, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine, Part Special Issue: Migration, «illegality», and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness*, 74(6), 907-914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Martín-María, N., Caballero, F. F., Lara, E., Domènech-Abella, J., Haro, J. M., Olaya, B., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2021). Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: A longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(1), 76-85. <https://doi.org/10.1002/gps.5397>
- 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>

- Matthews, T., Qualter, P., Bryan, B. T., Caspi, A., Danese, A., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Strange, L., & Arseneault, L. (2023). The developmental course of loneliness in adolescence: Implications for mental health, educational attainment, and psychosocial functioning. *Development and Psychopathology*, 35(2), 537-546. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001632>
- McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 274, 880-896. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.004>
- 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>
- Misiak, B., Liśkiewicz, P., & Samochowiec, J. (2025). Temporal patterns of loneliness and their associations with mental health outcomes: Observations from a longitudinal study. *European Psychiatry*, 68(1), e94. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10055>
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2017). What Are Friends for? Friendships and Loneliness Over the Lifespan—From 18 to 79 Years. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(2), 126-158. <https://doi.org/10.1177/0091415016655166>
- 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>
- Prizeman, K., Weinstein, N., & McCabe, C. (2023). Effects of mental health stigma on loneliness, social isolation, and relationships in young people with depression symptoms. *BMC Psychiatry*, 23(1), 527. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04991-7>
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., & Verhagen, M. (2015). Loneliness Across the Life Span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 250-264. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>
- 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)

- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53-65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>
- Schnittker, J. (2007). Look (closely) at all the lonely people: Age and the social psychology of social support. *Journal of Aging and Health*, 19(4), 659-682. <https://doi.org/10.1177/0898264307301178>
- 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>
- Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics*, 22(3), 455-462. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991426>
- 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>
- Teo, A. R., Choi, H., & Valenstein, M. (2013). Social Relationships and Depression: Ten-Year Follow-Up from a Nationally Representative Study. *PLOS ONE*, 8(4), e62396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062396>
- 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>
- Tough, H., Siegrist, J., & Fekete, C. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: A systematic review. *BMC Public Health*, 17(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4308-6>

- Van As, B. A. L., Imbimbo, E., Franceschi, A., Menesini, E., & Nocentini, A. (2022). The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 34(7), 657-669. <https://doi.org/10.1017/S1041610221000399>
- 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., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2012). On the Reciprocal Association Between Loneliness and Subjective Well-being. *American Journal of Epidemiology*, 176(9), 777-784. <https://doi.org/10.1093/aje/kws173>
- VanderWeele, T. J., Hawkley, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2011). A marginal structural model analysis for loneliness: Implications for intervention trials and clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 225-235. <https://doi.org/10.1037/a0022610>
- Vanhalst, J., Goossens, L., Luyckx, K., Scholte, R. H. J., & Engels, R. C. M. E. (2013). The development of loneliness from mid- to late adolescence: Trajectory classes, personality traits, and psychosocial functioning. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1305-1312. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.04.002>
- Varma, S., & Batterham, P. J. (2025). Self-recognition and formal help-seeking for mental health conditions: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 388, 119612. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119612>
- Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The Prevalence of Loneliness Among Adults: A Case Study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 85-104. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>

- 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.
- Wolska, K., & Creaven, A.-M. (2023). Associations between transient and chronic loneliness, and depression, in the understanding society study. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 112-128. <https://doi.org/10.1111/bjc.12397>
- 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.
- Zhang, Y., Kuang, J., Xin, Z., Fang, J., Song, R., Yang, Y., Song, P., Wang, Y., & Wang, J. (2023). Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 110, 104980. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.104980>

Un estudio realizado por Fundación ONCE y Fundación AXA



Soledad no deseada y salud mental en España 2026

www.soledades.es

En el marco de:

