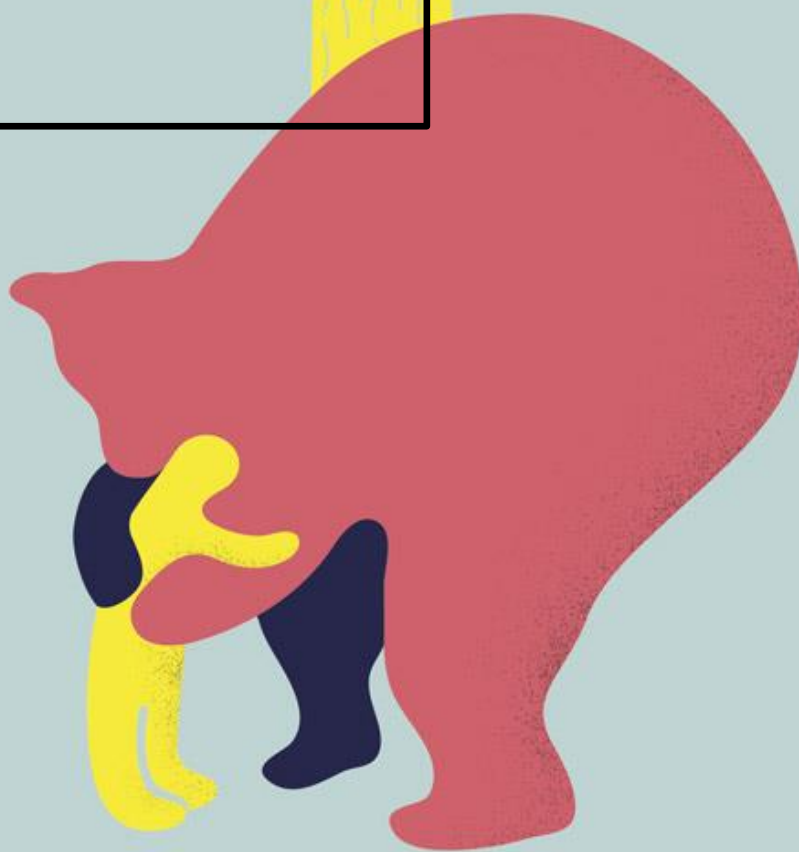


LA SOLEDAD NO DESEADA EN LA CIUDAD DE MADRID

Informe de Resultados



Madrid, diciembre de 2017.

Autores:

María José Hernan Montalban.¹

Sara Isabel Rodríguez Moreno²

¹ Consejera Técnica. Grupo Motor Madrid Ciudad de los Cuidados, 2017.

² Trabajo realizado en el marco de la Convocatoria de Becas de Formación e Investigación del Organismo Autónomo Madrid Salud, 2017.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. ¿Qué es la soledad no deseada?	6
2. METODOLOGÍA.....	8
3. PROCEDIMIENTO	10
4. RESULTADOS.....	11
4.1. Incidencia de la soledad no deseada en la ciudad de Madrid.....	11
4.2. ¿Quiénes sienten más la soledad?	19
4.3. Perfil de personalidad	24
4.4. Causas de la soledad y estrategias de afrontamiento.....	26
4.5. Relaciones sociales y con el entorno comunitario	29
4.6. Uso de los medios de comunicación	34
4.7. Soledad y percepción de discriminación e integración	36
4.8. Percepción de felicidad y pensamiento de la muerte	41
4.9. Salud autopercebida.....	43
4.10. Calidad de vida relacionada con la salud.....	46
4.11. Estilos de vida	48
5. Conclusiones.....	53
6. Referencias	55
ANEXO I: ESCALAS DE MEDICIÓN DE LA SOLEDAD NO DESEADA	58
ANEXO II: FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA	61
ANEXO III: CUESTIONARIO	63

1. INTRODUCCIÓN

Las relaciones sociales constituyen un componente fundamental de la calidad de vida de las personas. Diversos estudios muestran que la pérdida de las relaciones sociales se acompaña de un sentimiento de soledad no deseado que incide negativamente sobre la salud física y mental de las personas que la padecen. El sentimiento de soledad aumenta el riesgo de un amplio abanico de enfermedades físicas, entre las que destacan los problemas cardiovasculares, el descenso del sistema inmune e incluso incrementa un 26% el riesgo de mortalidad prematura en las personas que se sienten solas (Gené-Badia et al., 2016). Por otro lado, la soledad se relaciona con diversos trastornos psicológicos, aumentando la sintomatología ansioso-depresiva, los pensamientos suicidas así como las tasa de alcoholismo y los niveles de agresividad (Cacioppo, Grippo, London, Goossens y Cacioppo, 2015). Además, la soledad incide negativamente en la calidad de vida de las personas que la padecen a través de varias conductas de riesgo: aumenta el riesgo de sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, alimentación inadecuada y empeora la calidad del sueño (Gené-Badia et al., 2016).

La soledad es un problema que va en aumento en las últimas décadas debido a los múltiples cambios que se han producido en las sociedades modernas. El aumento de la esperanza de vida incrementa a su vez el número de personas que viven solas durante la última etapa de sus vidas en un contexto de fuerte crisis en los cuidados. Por otro lado, se ha producido un incremento del individualismo y un declive de las redes de apoyo social y familiar, mayor precariedad social e incremento de las situaciones de desigualdad.

Como resultado, la soledad se está convirtiendo en un problema de salud pública de primer orden, afectando a una de cada cuatro personas en países industrializados, lo que la convierte en una de las nuevas “epidemias del primer mundo” (Cacioppo y Cacioppo, 2016; Zuñil, 2017). De esta forma la soledad podría llegar a convertirse en unos años en una de las mayores amenazas para los sistemas de salud pública, superando incluso el riesgo de otras problemáticas como la obesidad (Holt-Lunstad, 2017).

No obstante, el problema de la soledad no deseada no ha recibido la suficiente atención, siendo escaso el número de estudios científicos hasta la fecha que hayan tratado de analizar en profundidad sus consecuencias sanitarias y sociales. En palabras de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales en su Informe de 2017 sobre el Estado Social de la Nación, “la soledad no suele suscitar interés público ni mediático, porque no se manifiesta, ni conforma ningún tipo de reivindicaciones sobre las Administraciones Públicas, ni demandan atenciones o servicios específicos, ni requieren partidas presupuestarias, ni tampoco generan conflictividad ni alarma social”.

Aunque los estudios sobre este problema son escasos, en el ámbito nacional se ha comenzado a tomar conciencia gracias al estudio epidemiológico de Díez Nicolás, J. y Morenos, M. (2015). Su encuesta sobre “La soledad en España” profundizaba en esta problemática y cuantificaba su incidencia. Los datos de este estudio muestran que el 8,7% de personas mayores de 18 años se habían sentido solas frecuentemente, lo que significa en términos absolutos que más de 3,3 millones de personas en nuestro país se sienten solas.

La reciente inclusión de la soledad en la agenda pública ha ido acompañada del reciente desarrollo de algunos programas de prevención e intervención, todavía escasos hasta la fecha. En el ámbito internacional destaca la Campaign to end loneliness³, un proyecto en marcha desde 2011 en Reino Unido cuyo objetivo es que la soledad se convierta en una prioridad de salud pública a nivel nacional y local. Precisamente una de las guías metodológicas para la medición del fenómeno de la soledad desarrollada en el marco de esta campaña ha servido de inspiración para el diseño metodológico del estudio que a continuación se presenta⁴.

En la ciudad de Madrid el estudio del fenómeno de la soledad es todavía muy escaso. Hasta la fecha no existe ningún estudio epidemiológico de las tasas de soledad no deseada en Madrid. Además, las intervenciones sobre la población en situación de soledad se han limitado solo a determinados grupos poblacionales, como las personas mayores o en personas en situaciones de máxima vulnerabilidad y aislamiento. En este sentido, sería interesante investigar en un futuro la prevalencia e incidencia de la soledad no deseada en inmigrantes, en particular en mujeres inmigrantes que trabajan en labores de limpieza del hogar o cuidado de personas dependientes en el contexto urbano.

Todo lo anterior demuestra la necesidad y relevancia del presente estudio, con el objetivo de conocer la incidencia de la soledad no deseada en la ciudad de Madrid. Entre los objetivos específicos destacan el análisis de los factores de riesgo y vulnerabilidad asociados a la soledad, el estudio de los diferentes perfiles de personas que se sienten solas así como la sistematización de las principales consecuencias sobre la salud y el bienestar. Toda esta información será empleada para el desarrollo de un programa de intervención dirigido a prevenir el sentimiento de soledad en Madrid así como paliar sus efectos y consecuencias en aquellas personas que ya la padezcan. Este proyecto piloto se pondrá en marcha en el marco del Plan Madrid Ciudad de los Cuidados en los barrios de Almenara (Tetuán) y Trafalgar (Chamberí), en el periodo 2018-2019.

³ <https://www.campaigntoendloneliness.org/> . Se trata de una red de organizaciones y personas nacionales, regionales y locales que trabajan juntas a través de acciones comunitarias, buenas prácticas, investigación y políticas.

⁴ Campaign to end loneliness, Measuring your impact on loneliness in later life. <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Loneliness-Measurement-Guidance1.pdf>

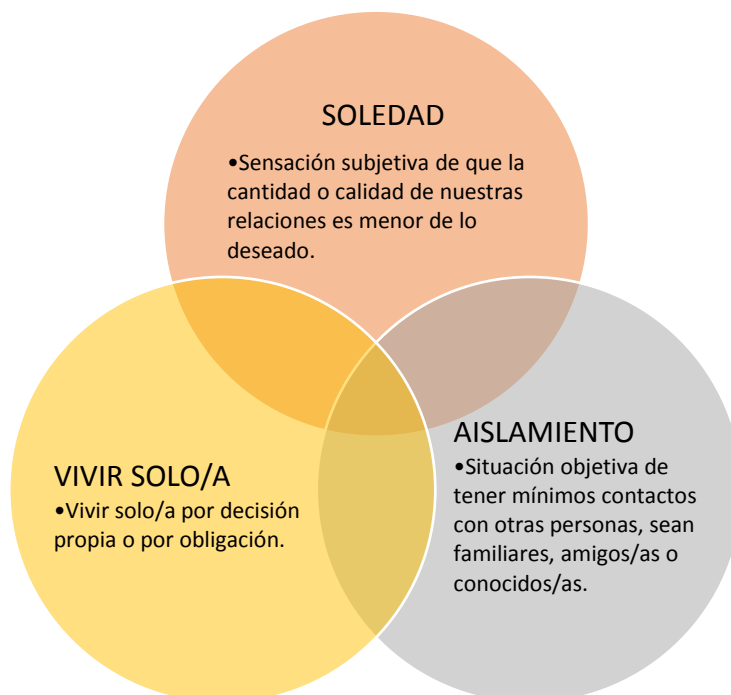
1.1. ¿Qué es la soledad no deseada?

Aunque no hay unanimidad en torno a este concepto, buena parte de las definiciones parten de un enfoque cognitivo que define la soledad como una sensación subjetiva de discrepancia entre las relaciones sociales que tiene una persona y las que desearía tener, discrepancia que conduce a una experiencia desagradable que acarrea sufrimiento y que tiene importantes consecuencias para su salud y el bienestar (Cacioppo et al., 2015; Sánchez, 2009). Bajo este enfoque, la soledad sería el resultado de una evaluación cognitiva del ajuste entre las relaciones existentes y los estándares personales, que están mediados por la cultura y las normas sociales aprendidas. Desde esta perspectiva, la soledad es un concepto que puede variar en las diferentes etapas vitales, grupos sociales, culturas y periodos históricos (Sánchez, 2009).

Por otro lado, es preciso distinguir entre soledad y aislamiento: mientras que la soledad es una experiencia subjetiva de insatisfacción con la cantidad y/o la calidad de las relaciones que se mantienen con otras personas, el aislamiento es una situación objetiva de ausencia de relaciones sociales y de contacto con otros.

Por otro lado, también hay que diferenciar el sentimiento de soledad con el hecho de vivir solo/a, pues a menudo se tratan como sinónimos cuando no siempre lo son. Aunque el sentimiento de soledad tiende a estar más presente entre las personas que viven solas, no todas las personas que viven solas presentan sentimiento de soledad, ya que muchas personas viven solas como una elección y no como una consecuencia.

Gráfico 1: Conceptos de soledad, aislamiento y vivir solo/a.



Cuando se profundiza en el concepto de soledad se suelen distinguir dos dimensiones: la soledad emocional y la soledad social (Weiss, 1973). La **soledad emocional** se refiere a la ausencia percibida de alguien significativo, por ejemplo, una pareja o amigo/a íntimo, que proporciona apoyo emocional y ayuda mutua en caso de necesidad. La segunda, la **soledad relacional o social**, se refiere a la ausencia o escasez de relaciones de calidad en el entorno más cercano, sean con familiares o amigos/as, que aporten un apoyo instrumental y afectivo.

Además, la soledad puede ser un sentimiento pasajero, asociado a determinadas situaciones por las que las personas pasamos en nuestra vida cotidiana (perder un ser querido o quedarse sin trabajo, por ejemplo), o bien puede ser un sentimiento que arraigue en nuestro día a día causando malestar o sufrimiento constante. En este sentido, se puede decir que la soledad tiene diferentes grados e intensidades, habiendo personas que experimentan un sentimiento leve o transitorio de soledad, mientras que para otras la soledad es un sentimiento presente de manera continuada que tiene importantes efectos sobre su bienestar y calidad de vida.

Los estudios realizados hasta la fecha coinciden en señalar que hay una serie de factores de riesgo que inciden en la soledad no deseada y que son más prevalentes en determinados grupos poblacionales. En primer lugar, cabe diferenciar entre factores distales (edad y género) y factores estructurales (ingresos y educación), operando a través de factores proximales (salud) que afectan a la evaluación subjetiva sobre el tamaño, composición y funcionamiento de la red de apoyo social y

emocional (de Jong Gierveld, van Tilburg y Dykstra, 2006). Entre los principales factores de riesgo que inciden en el sentimiento de soledad encontramos el género, la edad, el nivel de estudios, el nivel de ingresos y el estatus socioeconómico, el estado de salud, el estado civil y la situación de pareja, las relaciones con la familia, con los/las amigos/as y conocidos/as. De esta forma, la soledad no deseada está más presente en mujeres, en personas mayores, en personas con un nivel socioeconómico bajo, en las que tienen peor nivel de salud, en las que no tienen pareja o en aquellas personas cuya red social es limitada o que carecen de apoyo en caso de necesidad. Por el contrario, la existencia de vínculos significativos y de calidad constituye uno de los principales factores protectores que previenen el desarrollo de sentimiento de soledad.

2. METODOLOGÍA

Los múltiples factores anteriormente señalados hacen que la soledad no deseada sea un constructo cuya operacionalización no sea sencilla; no obstante, se han desarrollado algunas escalas que permiten realizar una aproximación al concepto que facilitan identificar a las personas que se sienten solas, conocer la intensidad de su soledad y la dimensión (emocional y social) que más les afecta. En este sentido, dos de las medidas más empleadas son la escala de Jong Gierveld y Kamphuis (1985), desarrollada en la Universidad de Ámsterdam, y la escala UCLA (Hughes, Waite, Hawkley y Cacioppo, 2004), desarrollada en la Universidad de California.

Tras analizar los criterios de validez y fiabilidad ($\alpha = 0,71$) hemos considerado que la medida más apropiada teniendo en cuenta las características del estudio es la *escala de Jong Gierveld*. Se trata de una escala de 11 ítems ampliamente utilizada en encuestas en el ámbito europeo ya que permite evaluar la intensidad de la soledad percibida, así como distinguir la dimensión emocional y social de la misma. Aunque se diseñó inicialmente para aplicarla a población mayor, también se muestra una medida válida y fiable para aplicarse a poblaciones mayores de 18 años.

Además de la *escala de Jong Gierveld* se decidió incorporar como escala adicional el instrumento diseñado por la *Campaing to End Loneliness* que, además de medir la intensidad de este sentimiento, permite una aproximación a otro enfoque de la soledad relacionado con la evaluación subjetiva de la calidad, la cantidad y la satisfacción con las relaciones. La principal ventaja de este instrumento es que emplea un lenguaje menos intrusivo, lo que al mismo tiempo puede suponer un riesgo a la hora de infravalorar el fenómeno de la soledad.

No obstante, si se desea obtener una medida comparable a nivel europeo sobre la prevalencia de la soledad no deseada es necesario recurrir a preguntas directas que indaguen sobre la frecuencia percibida de los sentimientos de soledad. En nuestro caso se ha incluido una pregunta en este sentido “¿Con qué frecuencia se ha sentido usted solo/a durante el último año?”. Además, esta pregunta nos permitirá comparar los resultados con el único estudio sobre la soledad en España

disponible hasta la fecha dirigido a una población mayor de 18 años, así como con los resultados de la encuesta periódica realizada por Eurofound sobre Calidad de Vida. Se trata de una encuesta promovida por la European Quality of Life Surveys (EQLS; 2016) que se ha llevado a cabo en los años 2003, 2007, 2012 y 2016. A partir de 2012 se introdujo una pregunta para conocer la frecuencia con la que la persona entrevistada se había sentido sola. Las preguntas directas tienen la ventaja de ser más sencillas de contestar, sin embargo, es posible que infravaloren la prevalencia de la soledad por problemas de deseabilidad social al evaluar la percepción de la persona sobre un estado emocional censurado socialmente (Sánchez, 2009).

Si se desea una aproximación más aquilatada a la población que se siente sola, parece necesario integrar estas tres medidas de evaluación (las dos escalas estandarizadas y la pregunta sobre la frecuencia) que aportan una visión complementaria del fenómeno de la soledad: la pregunta directa sobre la frecuencia, al utilizar la palabra *soledad* en la propia pregunta, hace referencia al significado que tiene la soledad para cada una de las personas entrevistadas. La *escala de Jong Gierveld* utiliza como referencia el modelo cognitivo de discrepancia y enfoca la soledad en sus dimensiones emocional y social. Finalmente, la *escala Campaign to End Loneliness*, partiendo también del modelo cognitivo, incide en la satisfacción con las relaciones, así como en su cantidad y calidad. En el apartado dedicado a explorar la incidencia de la soledad no deseada en la ciudad de Madrid se realiza una propuesta para integrar los resultados de estas tres escalas.

Antes de analizar los resultados, hay que tener en cuenta algunas de las limitaciones del estudio, muchas de ellas consecuencia de la propia metodología empleada. Al tratarse de un estudio transversal no se pueden extraer conclusiones causales, tan sólo correlacionales, lo que dificulta el establecimiento de los factores de vulnerabilidad y las consecuencias de la soledad a lo largo del tiempo.

3. PROCEDIMIENTO

El estudio se ha llevado a cabo mediante una encuesta telefónica asistida por ordenador (CATI). Se ha dirigido a la población de 18 y más años residentes en hogares con teléfono fijo de la ciudad de Madrid. La muestra final del estudio está constituida por 1.053 personas entrevistadas, seleccionadas mediante un muestreo por cuotas de edad, sexo y distrito de residencia⁵. El trabajo de campo tuvo lugar entre los días 7 y 30 de junio de 2017 (Anexo II).

Del total de las 1.053 personas entrevistadas, 123 (6,8%) se identificaron como personas que se habían sentido solas en el último año *siempre o bastantes veces*, en respuesta a la pregunta directa sobre la frecuencia con la que han experimentado soledad.

Basándonos en estudios previos en el ámbito nacional (Díez y Morenos, 2015) se preveía una prevalencia de soledad no deseada inferior al 10%, lo que supondría un número de casos limitados para la realización de los análisis estadísticos, por lo que se decidió desarrollar una estrategia metodológica para maximizar el número de casos de soledad, sin que eso supusiera un sesgo en el muestreo. De esta forma, para llegar a la muestra final de 1.053 entrevistas se realizaron dos estudios sucesivos. En el primer estudio, de 1000 entrevistas, se aplicó el cuestionario completo detectando 70 casos de soledad no deseada. En el segundo estudio, de 800 entrevistas (con el mismo método de muestreo que para la muestra de 1000 casos), se aplicaba el cuestionario hasta la pregunta 4 (“¿Con qué frecuencia se ha sentido usted solo/a en el último año?”), si la persona respondía *siempre/casi siempre o bastantes veces*, entonces se continuaba con la entrevista aplicando el cuestionario completo. De esta manera, la pregunta directa de autoevaluación de soledad servía de filtro para ampliar la muestra de personas con sentimiento de soledad frecuente, mediante la que se obtuvieron 53 casos más, llegando a la cifra de 123 personas que se sienten solas. De esta forma, **la incidencia de la soledad no deseada**, sobre el total de 1800 personas entrevistadas, **alcanza al 6,8%**, tal como se detalla más adelante.

El cuestionario final empleado consta de un total de 38 preguntas (ver Anexo III) y se ha aplicado en una media de 37 minutos. Junto a la evaluación de la frecuencia e intensidad de la soledad, se ha

⁵ Los distritos han sido agrupados en cuatro conglomerados según nivel de desarrollo: grupo 1 – menor desarrollo (Carabanchel, Usera, Puente de Vallecas y Villaverde); grupo 2 – desarrollo medio-bajo (Centro, Tetuán, Latina, Moratalaz, Ciudad Lineal, Villa de Vallecas, Vicálvaro y San Blas); grupo 3 – desarrollo medio-alto (Arganzuela, Fuencarral-El Pardo, Moncloa-Aravaca y Hortaleza); y grupo 4 – mayor desarrollo (Retiro, Salamanca, Chamartín, Chamberí y Barajas). Los grupos se han elaborado a partir de tres indicadores: la esperanza de vida al nacer en 2011, la proporción de residentes de 30 a 64 años con títulos escolares superiores secundarios en 2012, y la renta bruta disponible per cápita en 2009.

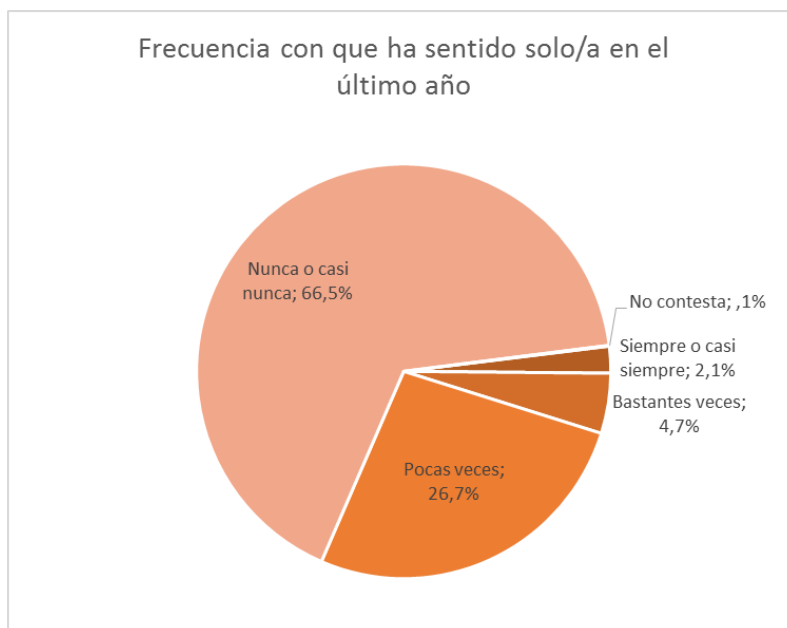
indagado además sobre otras variables claves que se han mostrado relacionadas con la soledad en investigaciones previas. Siguiendo el orden del cuestionario, se pregunta sobre el uso de recursos comunitarios y sobre la frecuencia de las relaciones sociales (ítems seleccionados del CIS, estudio 3142), uso de medios de comunicación (ítems seleccionados del CIS, estudio 3142), las causas de la soledad (ítems seleccionados de la escala de Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes; Holmes y Rahe, 1976), las estrategias de afrontamiento (ítems seleccionados del estudio de la Soledad en España; Díez Nicolás y Morenos, 2015), el perfil de personalidad (ítems seleccionados de la escala de personalidad NEO-FFI; Sanz, Silva y Avia, 1999), los sentimientos de felicidad (ítems seleccionados del CIS, estudio 3142) y pensamiento en la muerte (ítems seleccionados del CIS, estudio 2442), salud y calidad de vida relacionada con la salud (EuroQol. EQ-5D; Van Hout et al., 2015), enfermedades que padece (ítems seleccionados de la Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012), uso de determinada medicación, estilos de vida: tabaco, alcohol, sueño, alimentación, actividad física (ítems seleccionados de la Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012), variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, etc. (ítems seleccionados del CIS, Estudios 3140 y 3142), y autopercepción de la discriminación (ítems seleccionados del CIS, Estudio 2780) e integración social (elaborado por Manuel Muñoz, catedrático de Evaluación Psicológica en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid).

4. RESULTADOS

4.1. Incidencia de la soledad no deseada en la ciudad de Madrid

Como se ha adelantado anteriormente, la medición de la soledad no deseada se ha realizado mediante una encuesta utilizando una pregunta directa sobre la frecuencia junto con dos escalas estandarizadas. En la primera, se pregunta directamente sobre la frecuencia con que la persona se siente sola y utiliza explícitamente la expresión “*sentirse solo/a*” (ver pregunta 4 del cuestionario). Los resultados de esta pregunta muestran que el sentimiento de soledad afecta casi al 7% de la población de Madrid (el 6,8% manifiesta que se ha sentido solo/a *siempre o bastantes veces* durante el último año). Este resultado es coherente con los resultados obtenidos en otras encuestas recientes realizadas en España. Así, según el Barómetro en el Estudio Nº 3142 del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de junio de 2016, el 6,3% de la población española se siente sola a menudo. En esta misma línea, según el estudio nacional de Díez y Morenos (2015) el 8,7% de la población española manifestaba que se había sentido solo/a con mucha frecuencia durante el último año.

Gráfico 2

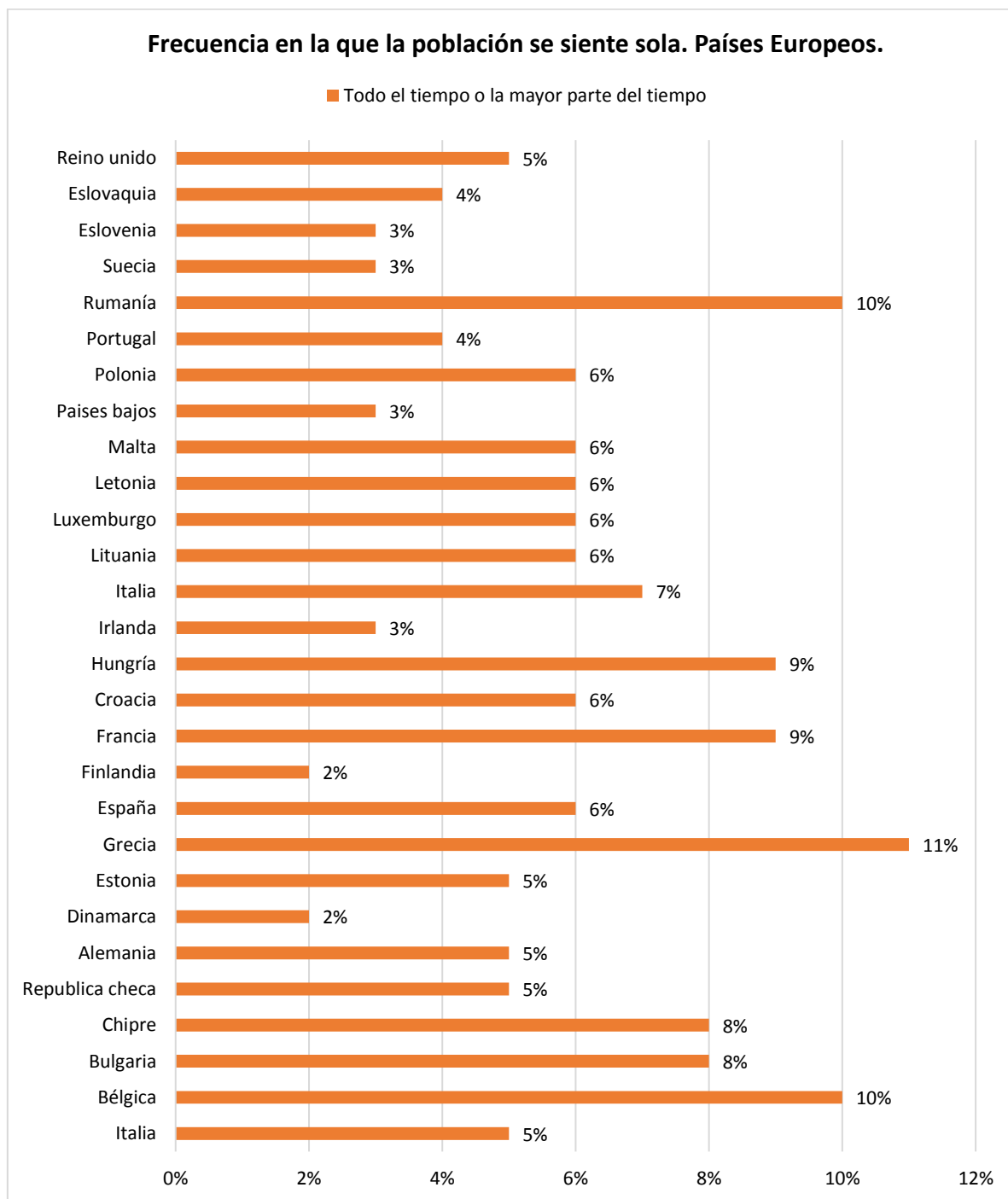


Sin embargo, los resultados a nivel europeo muestran una gran variabilidad en la incidencia de la soledad no deseada. Según la Encuesta Europea de Calidad de Vida (European Quality of Life Surveys), en 2016 en España habría un 6% de personas que se sienten solas todo o la mayoría del tiempo⁶, proporción que se mantiene en el caso de Croacia, Lituania, Luxemburgo, Letonia, Malta y Polonia, ascendiendo a un 11% en el caso de Grecia. El promedio de personas que se sienten solas en la UE en el 2016 es del 6%. Estos datos muestran que existen importantes diferencias culturales en la prevalencia de la soledad. De hecho, en las investigaciones realizadas en Europa se han encontrado niveles más altos de soledad en las culturas mediterráneas que en los países nórdicos (Sánchez, 2009). Al parecer, las expectativas en las relaciones sociales son mayores y las normas culturales que modulan la soledad, el apoyo social o la reciprocidad son más exigentes en los países mediterráneos, de forma que la discrepancia entre las relaciones sociales y familiares esperadas y las reales es mayor, produciendo insatisfacción y, por tanto, un sentimiento de soledad más prevalente.

⁶ En 2016 se indaga sobre la frecuencia con que la persona mayor de 18 años entrevistada se había sentido sola en las últimas dos semanas a través de la opción de respuesta “todo el tiempo o la mayor parte es este”.

Si se comparan estos resultados con respecto a la Encuesta Europea del año 2012, se observa que por lo general en los países europeos la frecuencia de encontrarse solo/a ha disminuido; exceptuando Bélgica, Eslovenia y España (pasando de un 5% a un 6% en el caso de España). Por otro lado cabe destacar que, Grecia aunque ha disminuido su porcentaje en un 4% (de 15 a 11%), sigue representando el país europeo con mayor porcentaje de frecuencia de soledad entre su población.

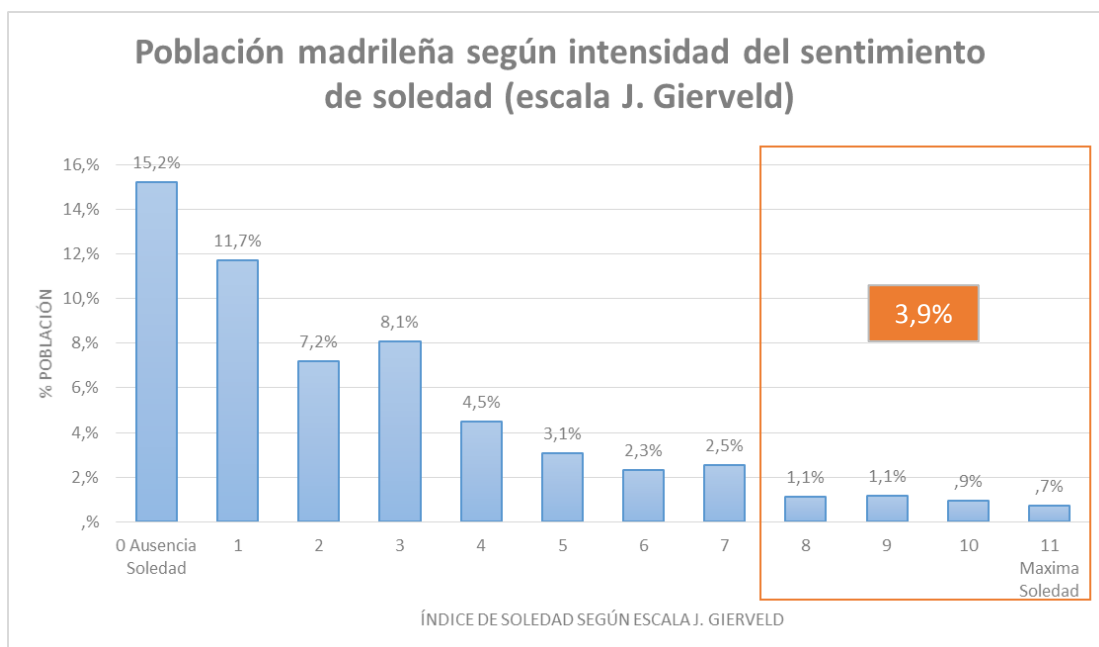
Gráfico 3



Fuente: Encuesta Europea de Calidad de Vida, 2016

En segundo lugar, la escala de *Jong Gierveld* ofrece unos resultados que permiten determinar la intensidad de la soledad, ya que la escala se traduce en un índice que va de 0 a 11, en un continuo entre la ausencia de soledad (puntuación de 0) hasta la soledad más extrema (puntuación de 11). De acuerdo con los autores de esta escala, una puntuación entre 0 y 2 indicaría que la persona no se siente sola, mientras que puntuaciones por encima de 9 implicarían un sentimiento frecuente o más intenso de soledad. Sin embargo, la interpretación de esta escala y los puntos de corte que determinan la intensidad de la soledad están influenciados por aspectos culturales y el momento temporal, por lo que ha sido necesario validarla en muestra española. Por ello, a partir del análisis de la distribución⁷ de los resultados observados en Madrid se ha llegado a la conclusión de que el punto de corte más adecuado estaría situado por encima de 8, de manera que se podría decir que, en la ciudad de Madrid en el año 2017, el 3,9% de las personas presentan un sentimiento de soledad muy intenso.

Gráfico 4

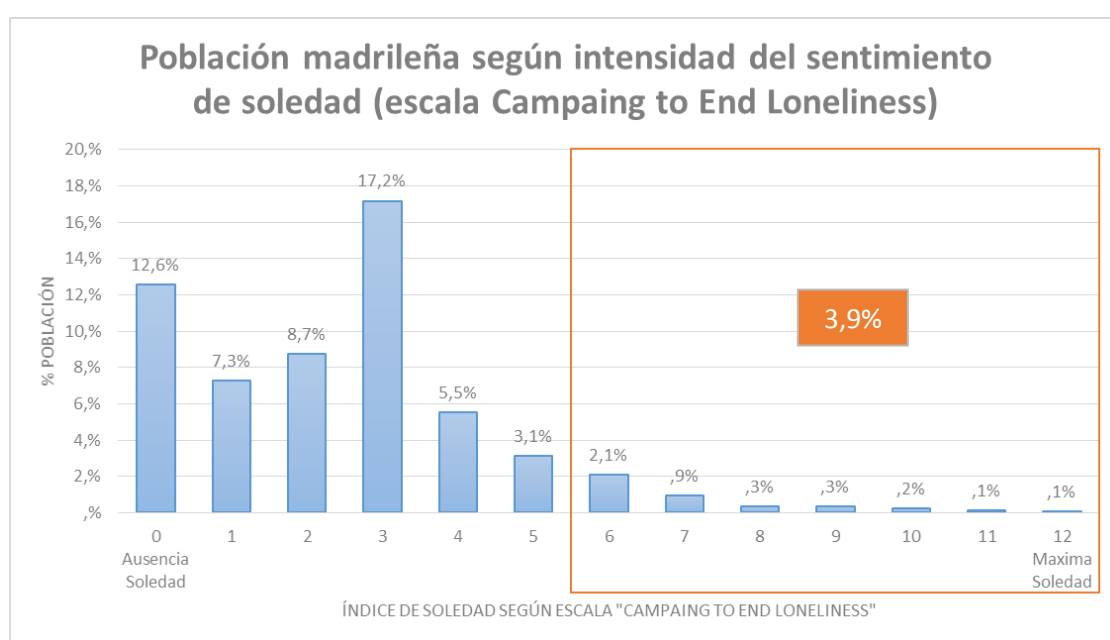


Fuente: elaboración propia

⁷ Para establecer el punto de corte más adecuado se ha utilizado la herramienta estadística de SPSS denominada “Intervalos óptimos”, utilizando como variable guía del proceso de agrupación la frecuencia con la que la persona se ha sentido sola en el último año (pregunta 4).

En tercer lugar, la escala *Campaing to End Loneliness*, también permite determinar la intensidad de la soledad, además de la cantidad y satisfacción de las relaciones sociales en una puntuación del 0 al 12. Según los autores, una puntuación entre 0 a 3 indicaría ausencia de soledad, mientras que una puntuación del 10 al 12 indicaría una experiencia de soledad intensa. Sin embargo, al igual que en el caso anterior, los puntos de corte estarían condicionados por la cultura y por el momento temporal, por lo que ha sido necesario validar los resultados en nuestra encuesta para establecer el punto que permita identificar a aquellas personas que experimentan un sentimiento de soledad más intenso y/o frecuente. En este caso, sería por encima de 6 a partir del cual se sitúa también el 3,9% de la población madrileña⁸.

Gráfico 5



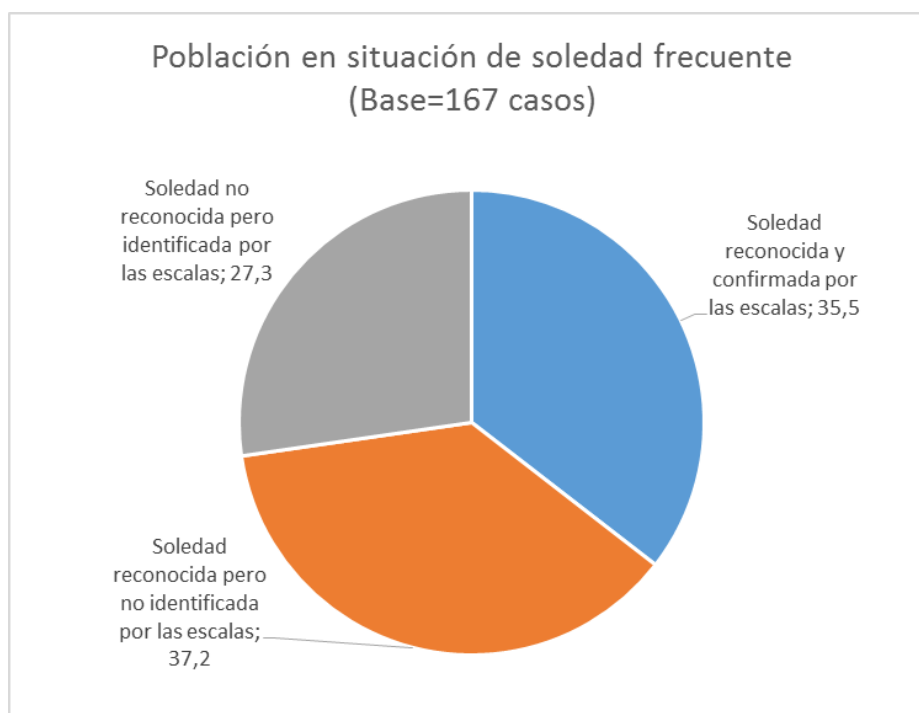
Fuente: elaboración propia

Estas son las prevalencias de soledad en la ciudad de Madrid, de acuerdo con los diferentes instrumentos de evaluación empleados. Sin embargo, las personas identificadas en cada uno de los instrumentos no coinciden plenamente. De hecho, si se considera el conjunto de personas en situación de soledad identificadas por cualquier de los tres métodos de evaluación el porcentaje aumenta a un 9,3% (n = 167).

⁸ Los puntos de corte y los porcentajes de prevalencia se han calculado sobre el total de la muestra, es decir, sobre las 1800 personas entrevistadas.

De esta forma, encontramos discrepancias entre la soledad percibida (pregunta directa sobre la frecuencia) de las mediciones estandarizadas de la soledad (*escala de Jong Gierveld* y *Campaing to End Loneliness*): un 37,2% de las personas entrevistadas perciben sentirse solas frecuentemente a pesar de que posteriormente no puntúan significativamente en las dos escalas empleadas; por el contrario, el 27,3% no perciben sentirse solas, sin embargo muestran puntuaciones significativas en las escalas estandarizadas; el 35,5% restante de casos se encuentra coincidencia entre la percepción de soledad y las puntuaciones de las escalas.

Gráfico 6



Fuente: elaboración propia

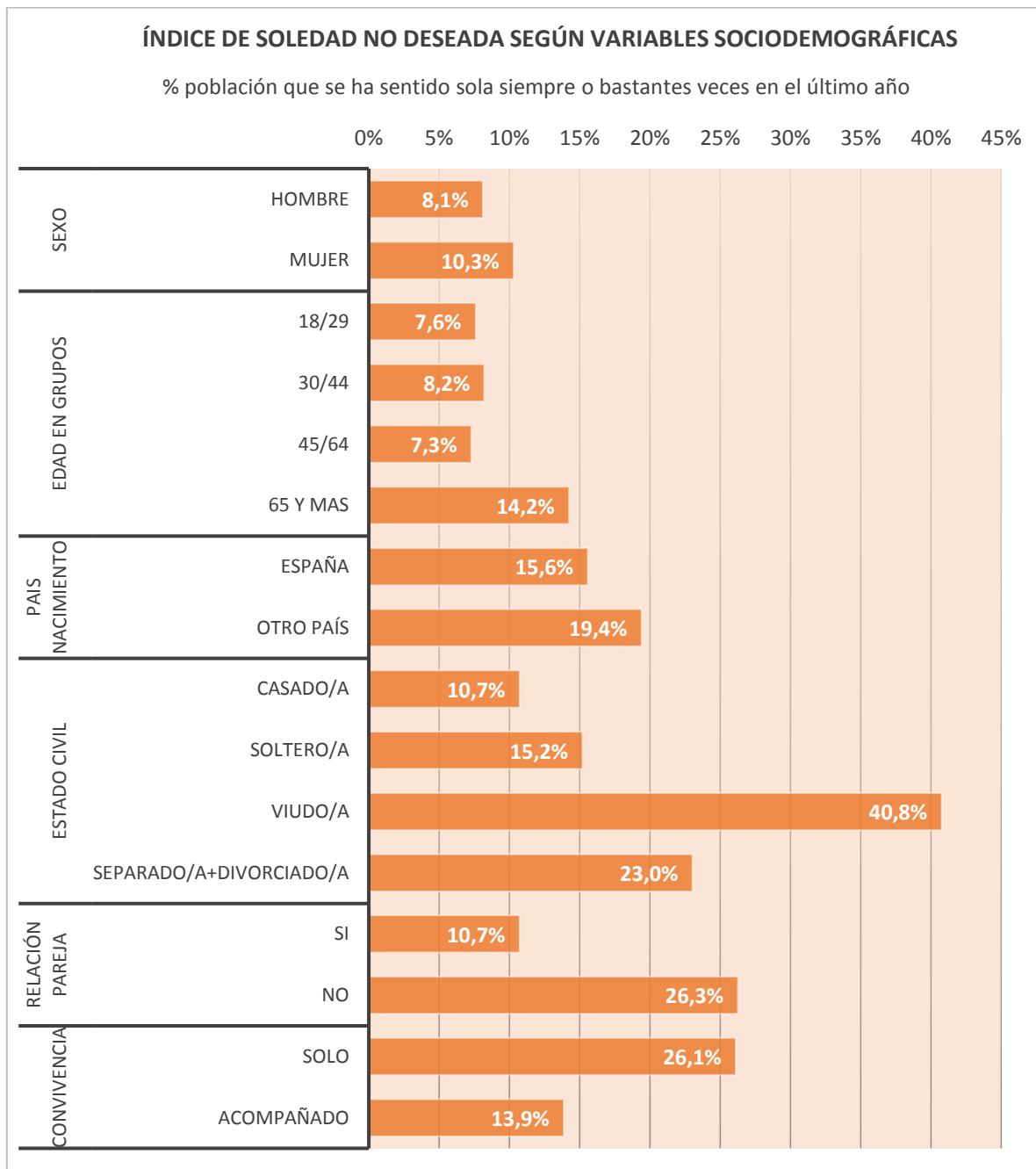
Estos datos indican que en muchos casos la soledad es un sentimiento no autopercibido/reconocido por las personas cuando se les pregunta directamente, muy posiblemente debido al estigma y deseabilidad social que envuelven esta realidad. Al mismo tiempo, estos resultados muestran que la mera existencia de una red de apoyo social no implica directamente que la persona no se sienta sola, siendo la diferencia respecto a las relaciones sociales esperadas/deseadas las que realmente determinan el sentimiento de soledad.

Por todo ello, es necesario incorporar al análisis no solo las personas que perciben sentirse solas mediante la pregunta directa sino también las que han sido identificadas mediante las escalas estandarizadas empleadas. De esta manera, los resultados que siguen en adelante consideran que el

9,3% de madrileñas y madrileños han sido identificados en situación de soledad frecuente (ya sea por una u otra vía).

4.2. ¿Quiénes sienten más la soledad?

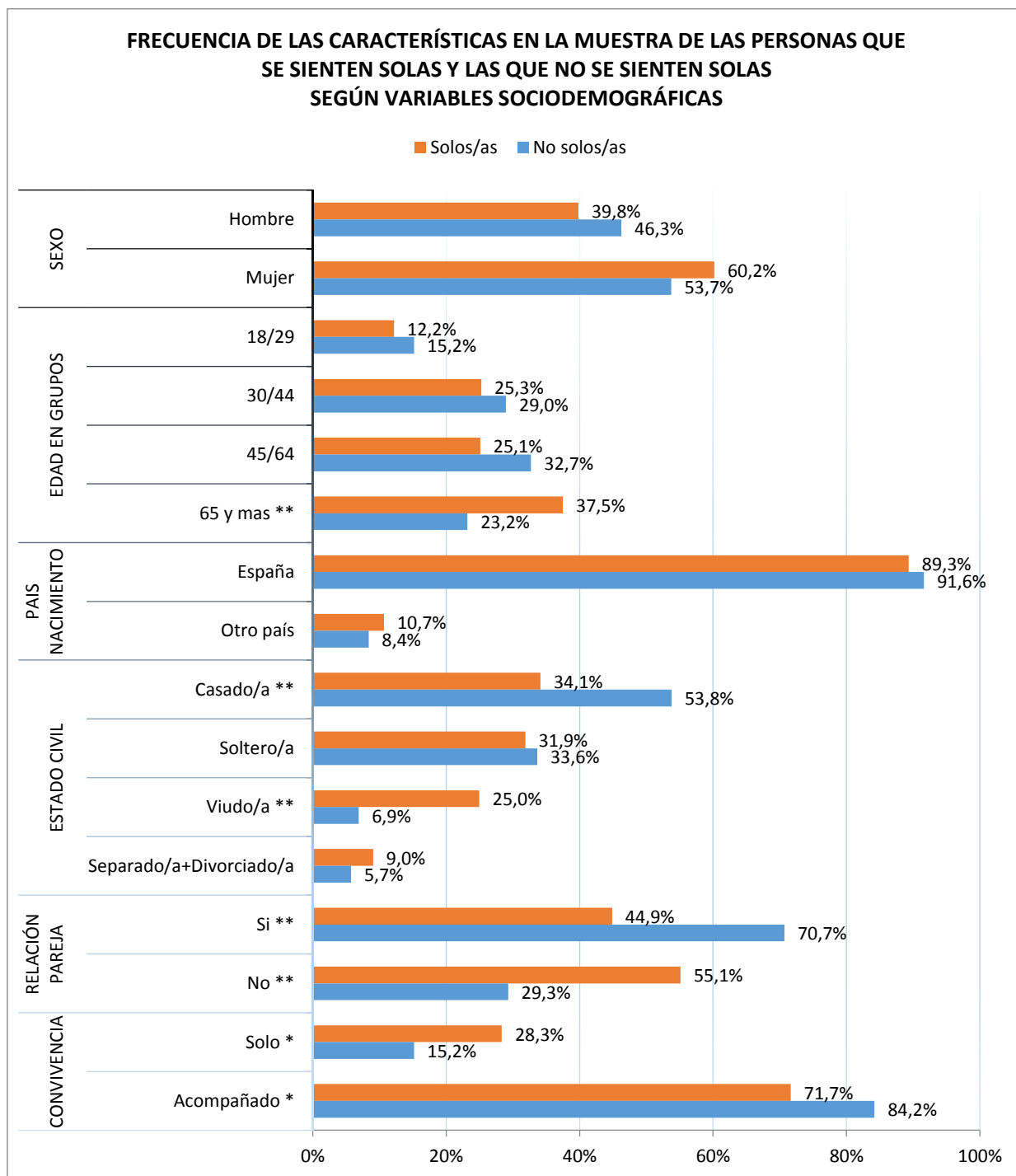
La incidencia de la soledad no deseada es mayor entre las mujeres (10,3%) que en los hombres (8,1%) y entre las personas mayores (14,2%), aunque es importante destacar que un 7,6% de los jóvenes de la ciudad de Madrid se han sentido solos/as *siempre o bastantes veces* en el último año. Además, el sentimiento de soledad afecta en mayor medida a las personas extranjeras (19,4%) si se compara con las personas nacidas en España. El hecho de vivir solo/a también marca el sentimiento de la soledad pues una cuarta parte (26,1%) de las personas que viven solas también experimentan dicho sentimiento. Pero quizás una de las variables que más incide en la soledad es el hecho de tener o no pareja, observándose que se sienten solos/as un 40,8% de los viudos/as, un 23% de las personas que se han separado o divorciado y un 15,2% de los solteros, disminuyendo a un 10,7% en el caso de las personas casadas. Se puede intuir, por tanto, que la soledad emocional es un componente importante de este sentimiento.

Gráfico 7


Si se compara la distribución sociodemográfica de la población que se siente sola respecto de la que no siente la soledad únicamente se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad de las personas mayores (37,5% en comparación con un 23,2% de los no solos/as). Se observa que el 55,1% de las personas que no se sienten solas y el 29,3% de las personas que no se

sienten solas, no tienen pareja. En las personas que se sienten solas, el 34,1% se encontraban casadas y el 25% se encontraba viuda o viudo. En las personas que no se sienten solas, el porcentaje de casados/as es de 53,8% y de viudos es del 6,9%. El 71% de las personas que se sienten solas, viven acompañados/as.

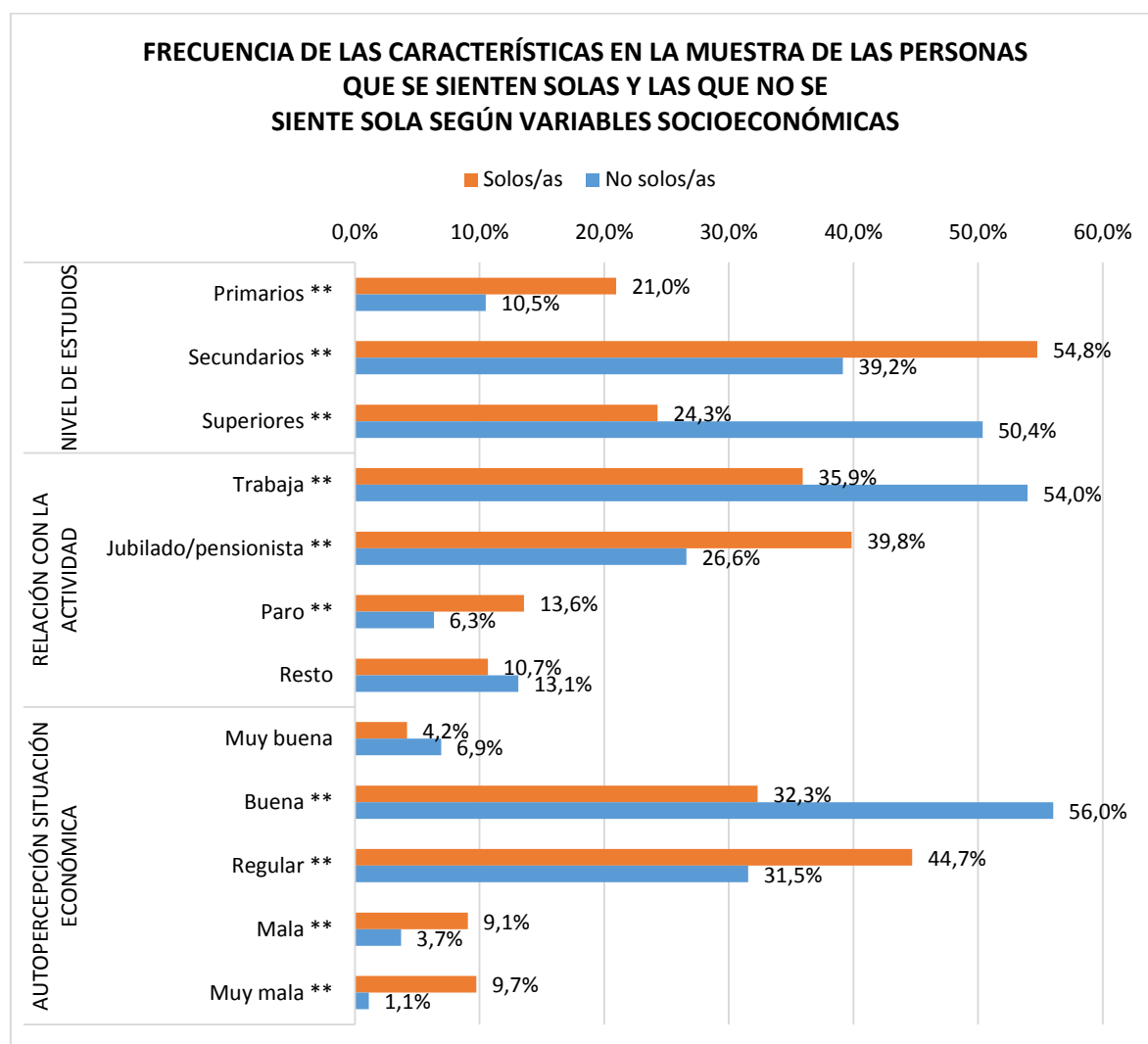
Gráfico 8



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

El fenómeno de la soledad no deseada se relaciona también con el nivel de estudios, la situación laboral y la posición socio-económica. Se observa que las personas que se sienten solas tienen un nivel de estudios significativamente menor que las personas que no se encuentran solas (21%). Con respecto a su situación laboral, los datos muestran que hay un número de jubilados/pensionistas (39,8%) y en paro (13,6%) significativamente más alto en las personas que se sienten solas que en las que no se sienten solas. Del mismo modo, el porcentaje de personas que perciben su situación económica como regular (44,7%), mala (9,1%) o muy mala (9,7%) es significativamente mayor en el grupo de personas que se sienten solas.

Gráfico 9

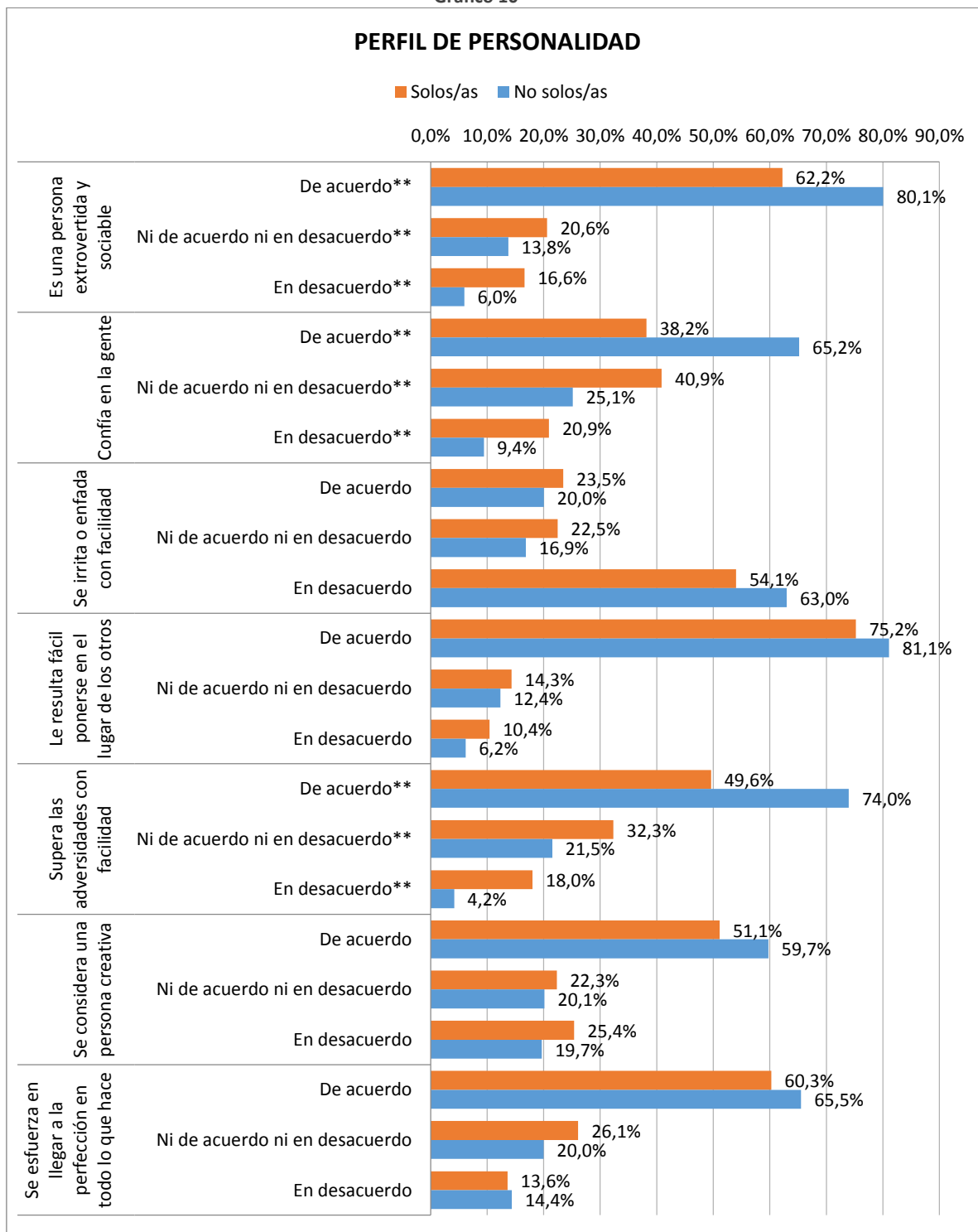


* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

4.3. Perfil de personalidad

Según los resultados de la encuesta, mostrados en la siguiente gráfica, también se observan diferencias significativas entre las personas solas y no solas en tres aspectos de la personalidad: las personas que se sienten solas tienden a ser menos extrovertidas, desconfían más de la gente que les rodea y les cuesta más superar las adversidades que las personas que no se sienten solas. Estudios pioneros en el área (Perlman y Peplau, 1981) atribuyeron los aspectos de la personalidad como factores predisponentes de la soledad. Sin embargo, investigaciones más recientes (Heinrich y Gullone, 2006; Pinquart y Sorensen, 2001) no establecen esta dirección de causalidad entre los factores de personalidad y la soledad, es decir, no se sabe con certeza si determinados rasgos de personalidad aumentan el riesgo de sentirse solo o si por el contrario las personas que se sienten solas acentúan determinados rasgos de personalidad. Futuros estudios deberán tratar de responder esta pregunta mediante estudios longitudinales.

Gráfico 10



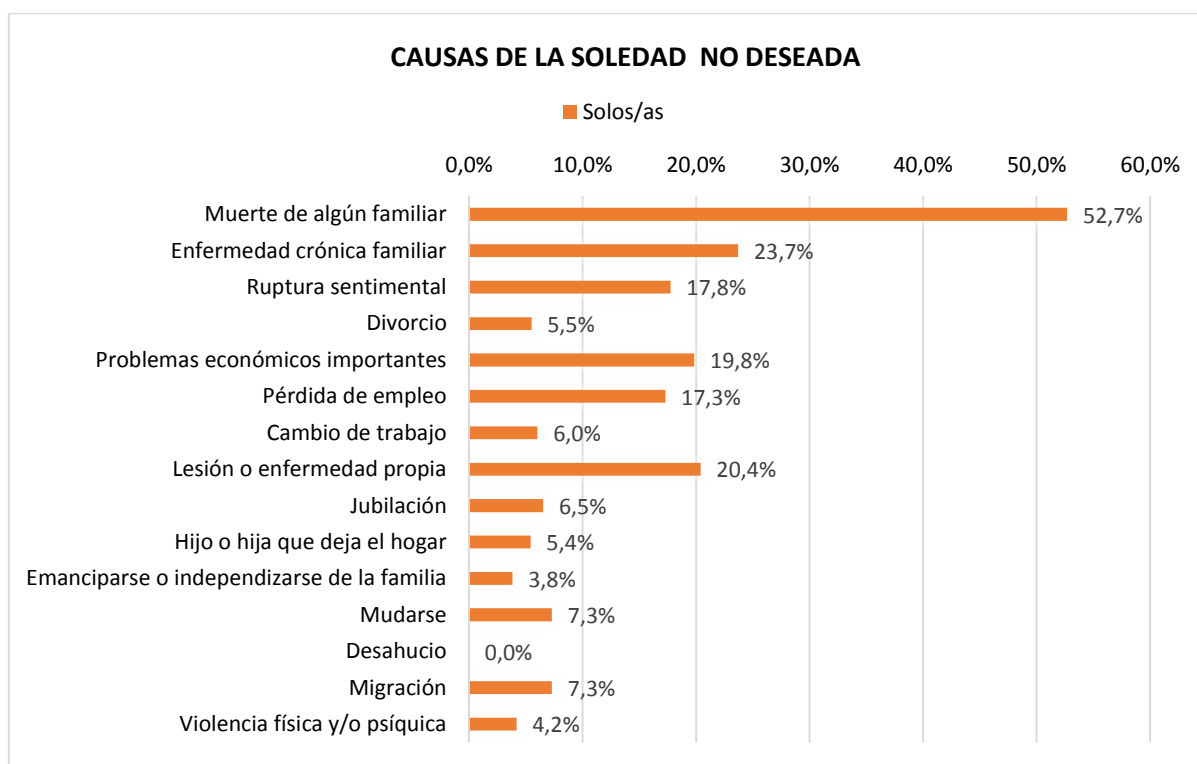
* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

4.4. Causas de la soledad y estrategias de afrontamiento

Cuando se pregunta a las personas que se sienten solas por las causas que atribuyen a su sentimiento de soledad se observan dos grandes casuísticas percibidas: a) causas relacionadas con el entorno familiar: muerte de un familiar (52,7%), enfermedad crónica de un familiar (23,7%) y ruptura sentimental (17,8%); b) causas relacionadas con la propia situación personal: padecer una lesión o enfermedad (20,4%), problemas económicos (19,8%) y pérdida de empleo (17,3%).

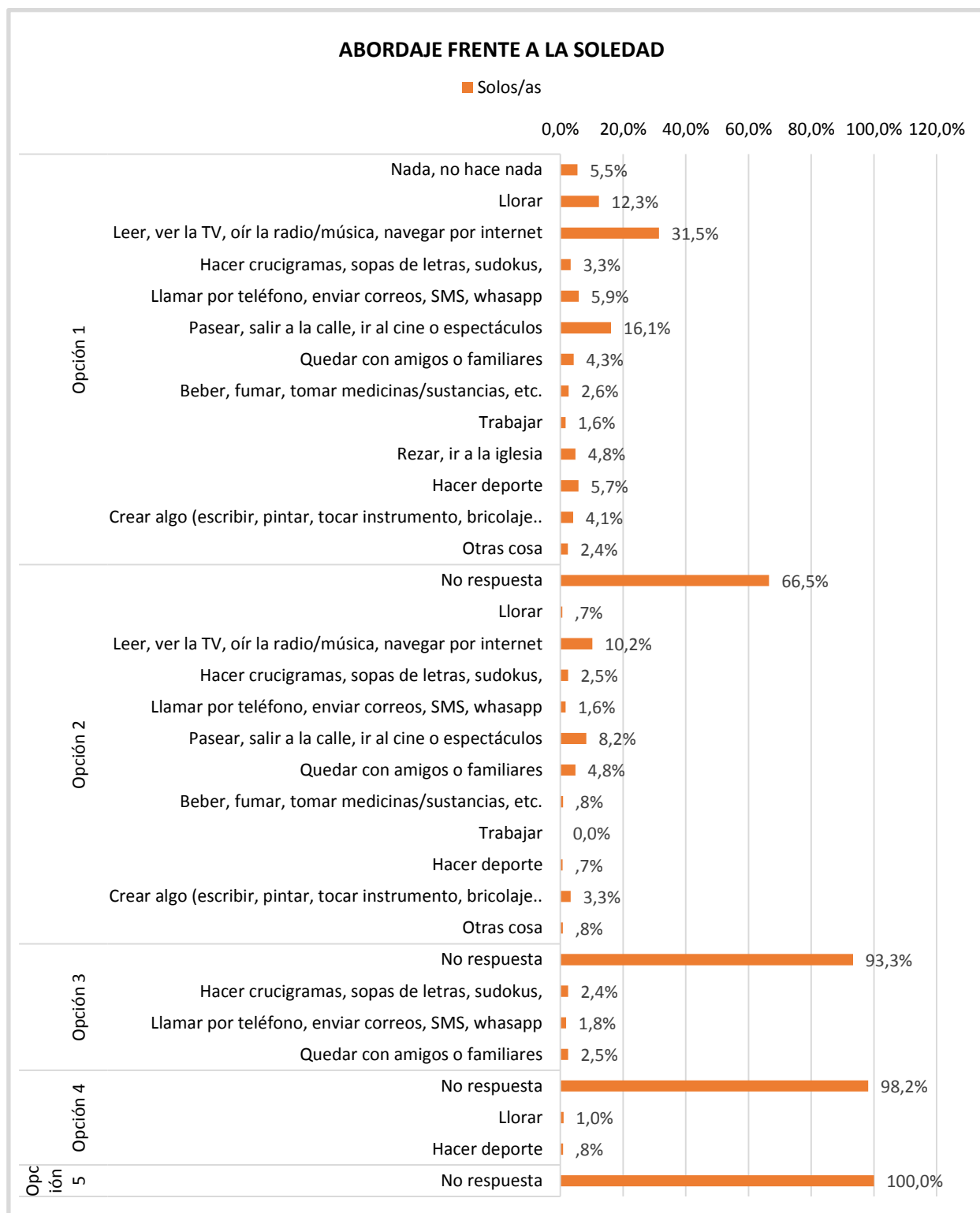
Si se analizan las causas de soledad atribuidas por los individuos en función de los diferentes rangos de edad se observan diferencias estadísticamente significativas en diferentes factores. Concretamente, se observa que hay significativamente más personas mayores de 65 años que atribuyen su soledad a la muerte de un familiar o a la jubilación. Sin embargo, las causas relacionadas con la ruptura sentimental, pérdida de empleo, cambio de trabajo, emancipación y migración son significativamente más altas en personas jóvenes (18- 29 años) y de mediana edad (30- 44 años).

Gráfico 11



Cuando se analizan los resultados sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la soledad no deseada, resulta llamativo el empleo de dos estrategias de distinta naturaleza tanto en la primera como en la segunda opción de respuesta. La opción mayoritaria responde a una estrategia de **afrontamiento pasivo** (empleo de la lectura, ver la TV, oír la radio o música y/o navegar por internet), utilizado por un 31,5% de los encuestados como primera opción de respuesta y por un 10,2%, como segunda opción. Sin embargo, la segunda estrategia más empleadas en la primera y segunda opción, responde a una respuesta de **afrontamiento más activo** (pasear, salir a la calle y/o ir al cine o espectáculos), respondida por un 16,1% y 8,2%, respectivamente de los encuestados.

Gráfico 12

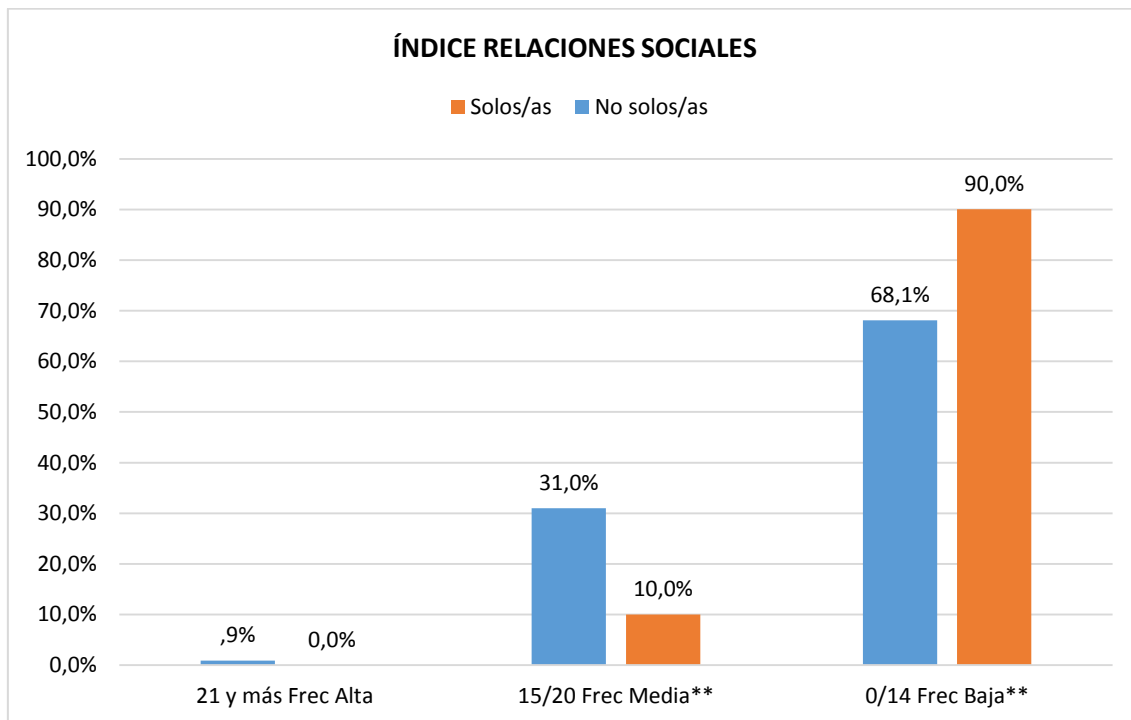


4.5. Relaciones sociales y con el entorno comunitario

Los resultados muestran que la frecuencia de las relaciones sociales es significativamente menor en las personas que se sienten solas, observando que un 90% de éstas perciben tener una baja frecuencia de relaciones sociales. Del mismo modo, los datos muestran que las personas que se sienten solas se relacionan significativamente menos con amigos, familiares o parejas.

Un aspecto importante que se ha evaluado en numerosos estudios (Cardona, Villamil, Henao y Quintero, 2013; Gené et al., 2016) es la asociación entre la soledad y las relaciones sociales. Los resultados de este estudio aportan algunas evidencias que podrían esclarecer uno de los grandes interrogantes en este campo de investigación: ¿las personas que se sienten solas objetivamente están más solas o por el contrario se perciben solas pero en realidad tienen buenas redes de apoyo social? Dicho en otras palabras: ¿qué relación existe entre las personas que se perciben/ sienten solas y los índices objetivos de soledad? Según los resultados presentados parece que la respuesta es clara: las personas que se sienten solas también muestran significativamente menos relaciones sociales que las personas que no se sienten solas, encontrando coherencia entre la soledad percibida y la soledad objetiva.

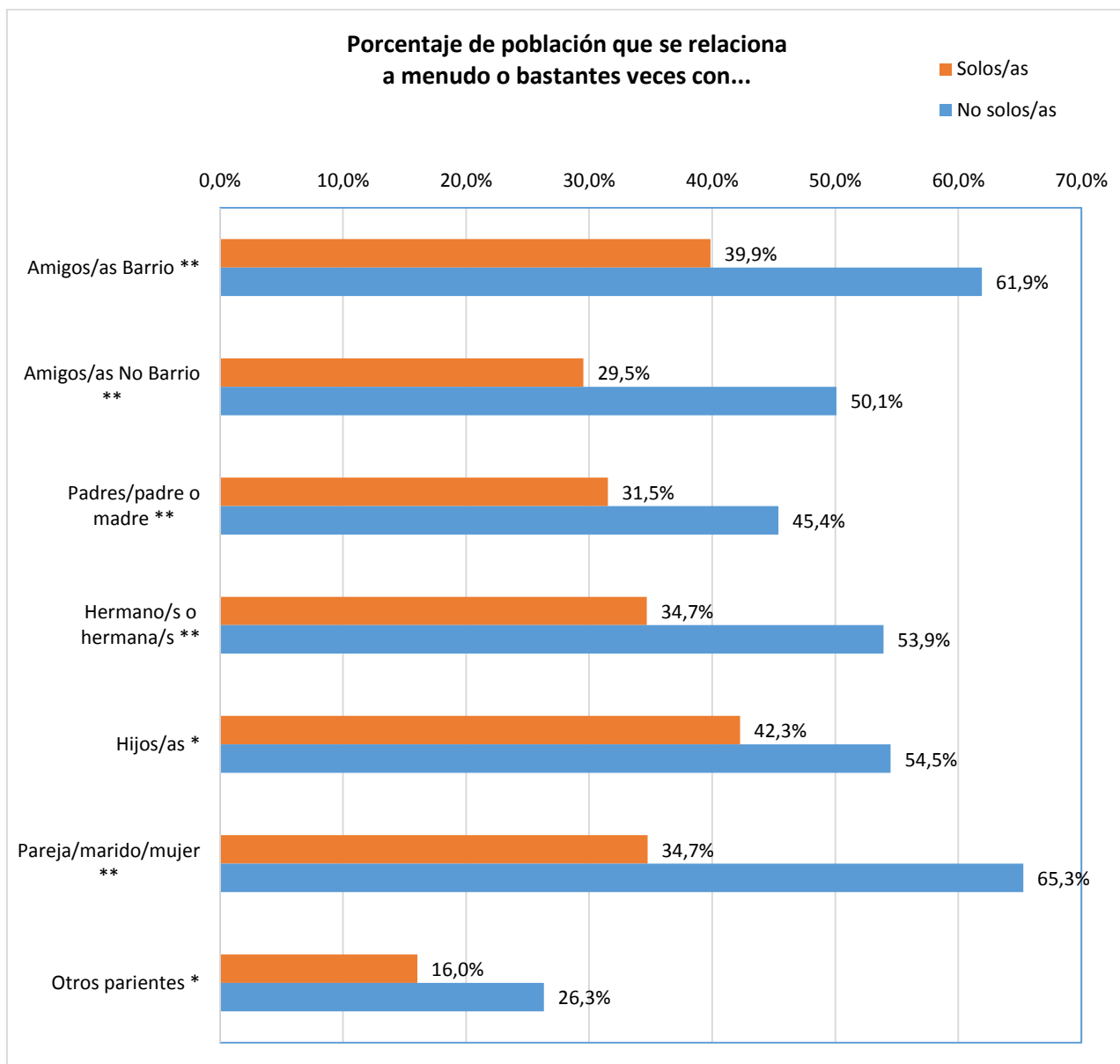
Gráfico 13⁹



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

⁹ Este índice se ha obtenido recodificando la pregunta puntuando “a menudo = 3”, “bastantes veces = 2”, “Algunas veces = 1” y “nunca o casi nunca = 0”. Posteriormente se han sumado las puntuaciones para finalmente agrupar las puntuaciones en: “0-14=frecuencia baja”, “15-20=frecuencia media” y “21-máx=frecuencia alta”.

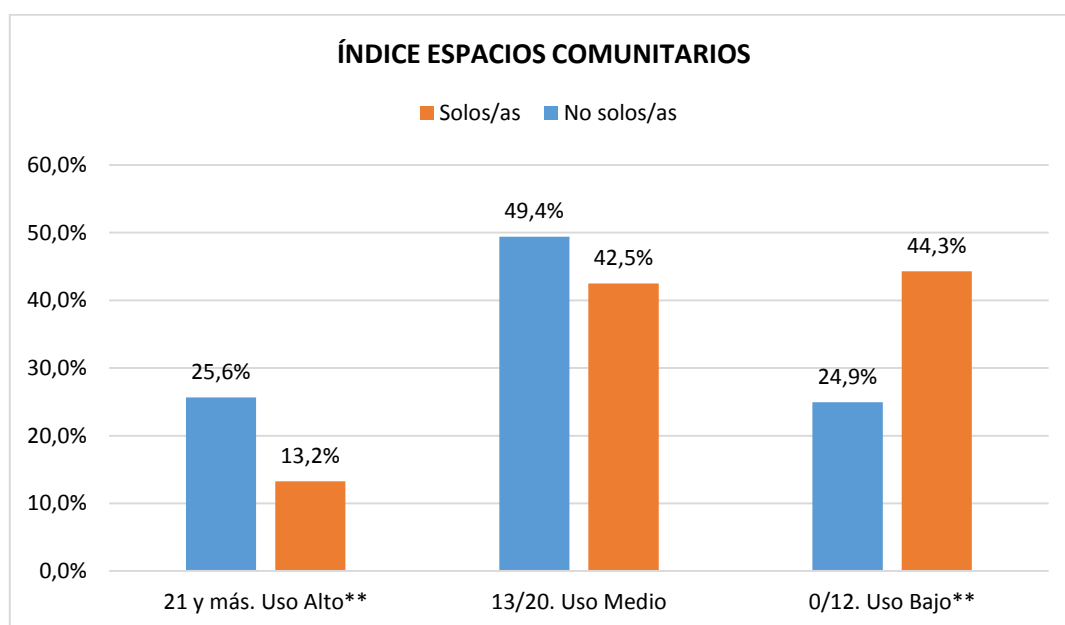
Gráfico 14



En la línea de los resultados anteriores también se observa que una gran parte de las personas que se sienten solas (44,3%) realizan un uso bajo de los espacios comunitarios. Concretamente, se observa que las personas que se sienten solas acuden significativamente menos a plazas o parques (57,8%), a un centro comercial o gran superficie (50,9%), a un bar, cafetería o restaurante (43,4%), al cine o al teatro (17,4%) y a un museo (9,9%). Llama la atención que el único entorno comunitario en el que las personas que se sienten solas acuden en mayor medida a iglesias o lugares de culto (26,6%), aunque sus diferencias no son estadísticamente significativas.

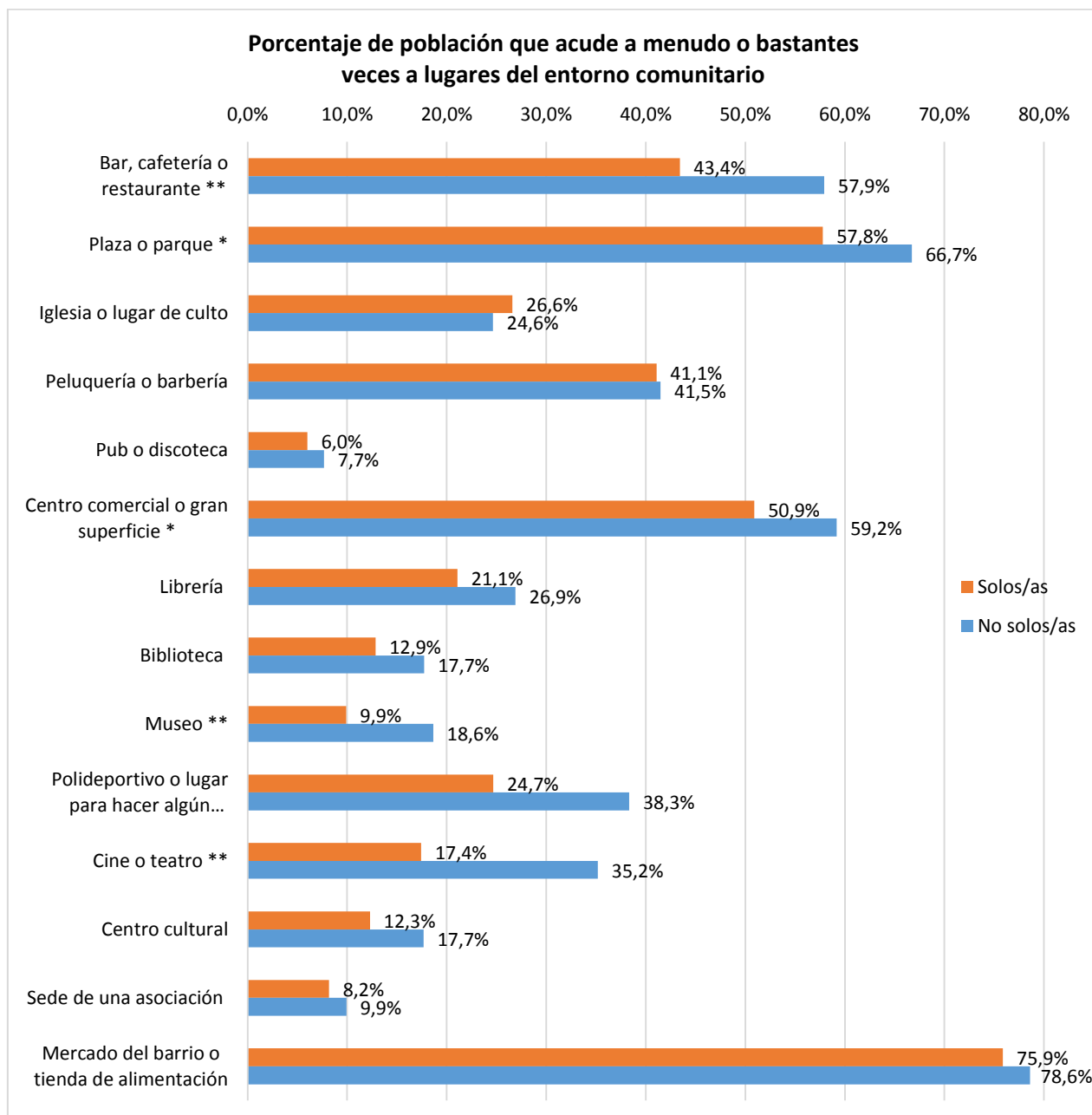
De cara a la realización de una intervención, es interesante destacar que las personas que se sienten solas acuden menos a lugares de ocio cultural como pueden ser ir a museos, cines o teatros. Igualmente mencionar que el lugar más utilizado para ambos grupos donde no se observan diferencias es el mercado o tienda de alimentación, pudiéndose ser un lugar privilegiado de contacto para estas personas.

Gráfico 15



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

Gráfico 16

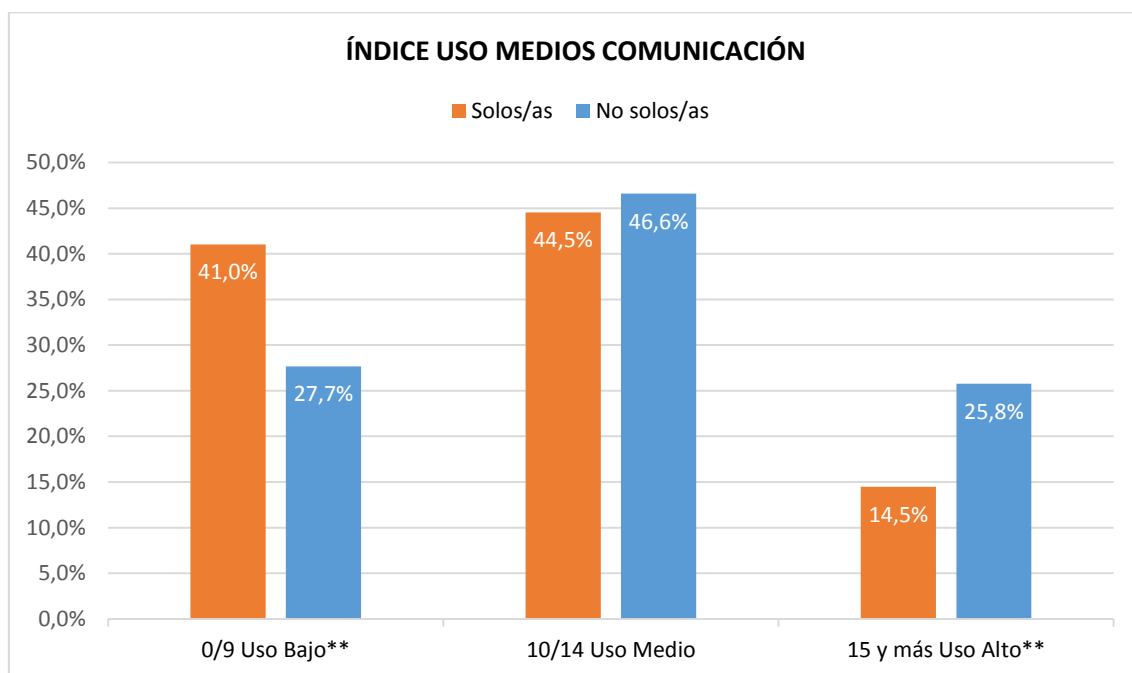


* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

4.6. Uso de los medios de comunicación

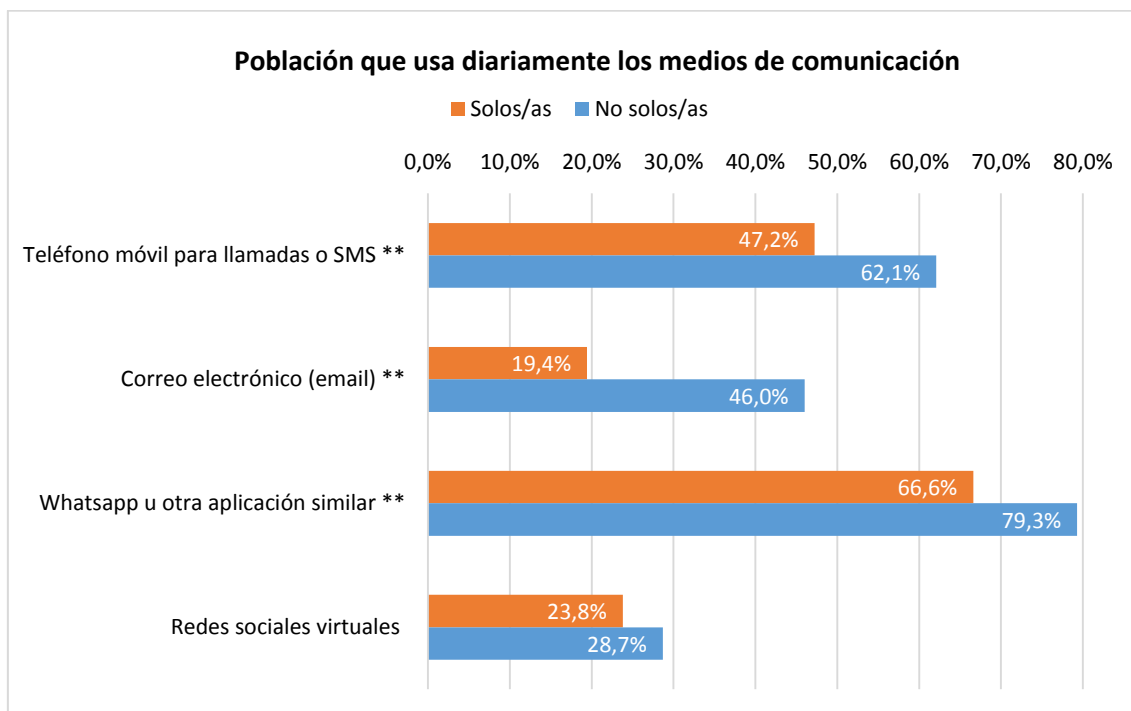
En lo referido a los medios de comunicación empleados los datos también muestran que las personas que se sienten solas tienen un uso significativamente menor que las que no se sienten solas, de forma que el 41% de las personas que se sienten solas hacen un bajo empleo de los medios de comunicación. Concretamente se observa que solo el 47,2% de las personas que se sienten solas utilizan diariamente el móvil para llamadas o SMS (frente a un 62,1% en las personas que no se sienten solas), un 19,4% emplean el correo electrónico (en comparación con un 46% de no solos/as) y el 66,6% emplean Whatsapp (el 79,3% de las personas que no se sienten solas lo utilizan). Pero además de un uso menos intensivo de los medios de comunicación, se observa que una buena parte de las personas que se sienten solas no dispone de dichos medios. Así, el 9,1% carece de teléfono móvil y casi una cuarta parte no tiene correo electrónico. Este dato es importante, porque en una sociedad donde la información discurre cada vez en mayor medida de forma digital, esta no disposición o escaso uso puede ser una causa más de aislamiento. De cara a la intervención es imprescindible tener en cuenta que la comunicación ha de seguir medios más tradicionales y emplear sobre todo el cara a cara, el contacto personal.

Gráfico 17



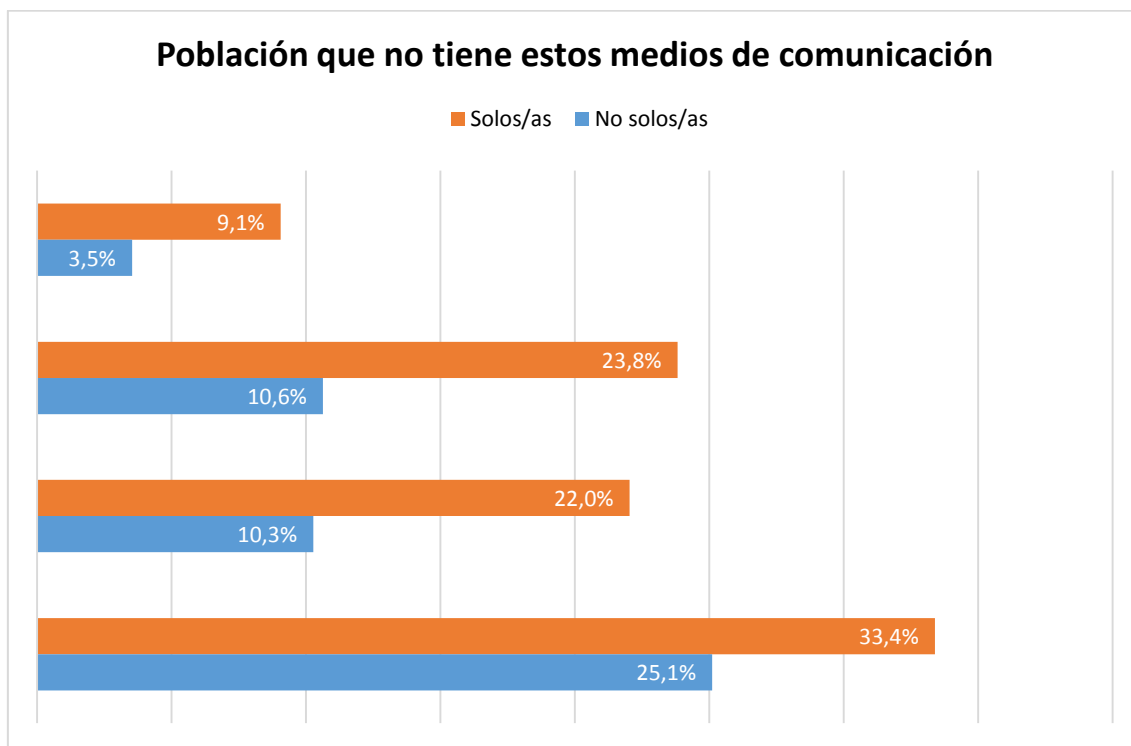
* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

Gráfico 18



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

Gráfico 19



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

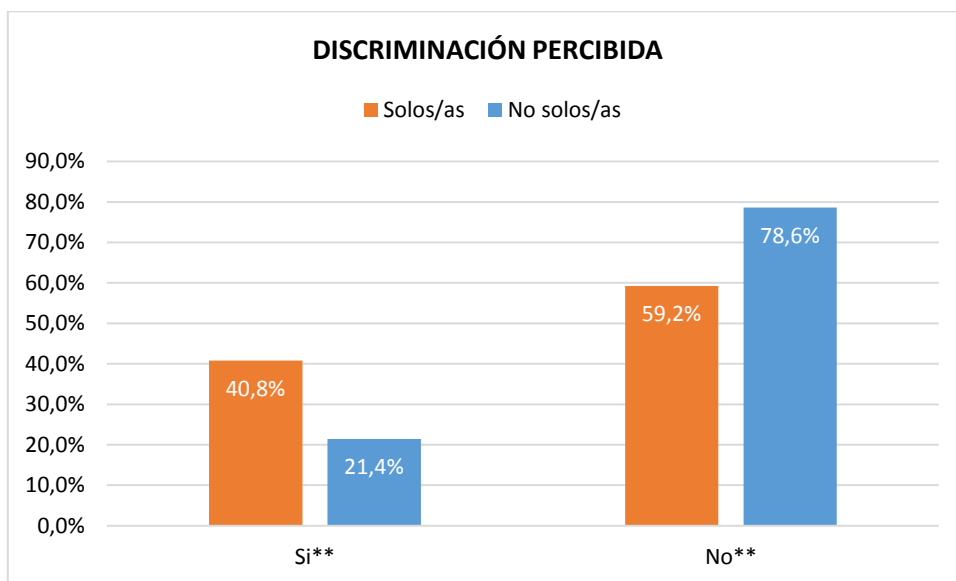
4.7. Soledad y percepción de discriminación e integración

Antes de presentar estos resultados, destacar la importancia de este apartado. El sentimiento de integración en la sociedad es una necesidad básica de cualquier persona, sentirse que forma parte del conjunto social y de los grupos a los que pertenece, es un factor de protección básico. La percepción de discriminación tiene que ver con que a menudo las personas, en razón a determinadas condiciones sociales o personales (ser mujer, ser inmigrante, pertenecer a una clase social más baja, etc...), pueden percibir un rechazo por parte de la sociedad y sentir que no tienen las mismas oportunidades y derechos que el resto. En el caso de las personas que se sienten solas, la falta de integración social, relacionada con la pérdida de relaciones sociales significativas en sus entornos, así como la percepción de rechazo o discriminación que pueden sentir en determinadas circunstancias, pueden agravar aún más su sentimiento de soledad.

En este sentido, cuando se les pregunta a los/as participantes si se habían sentido discriminados/as a lo largo de su vida, se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos: las

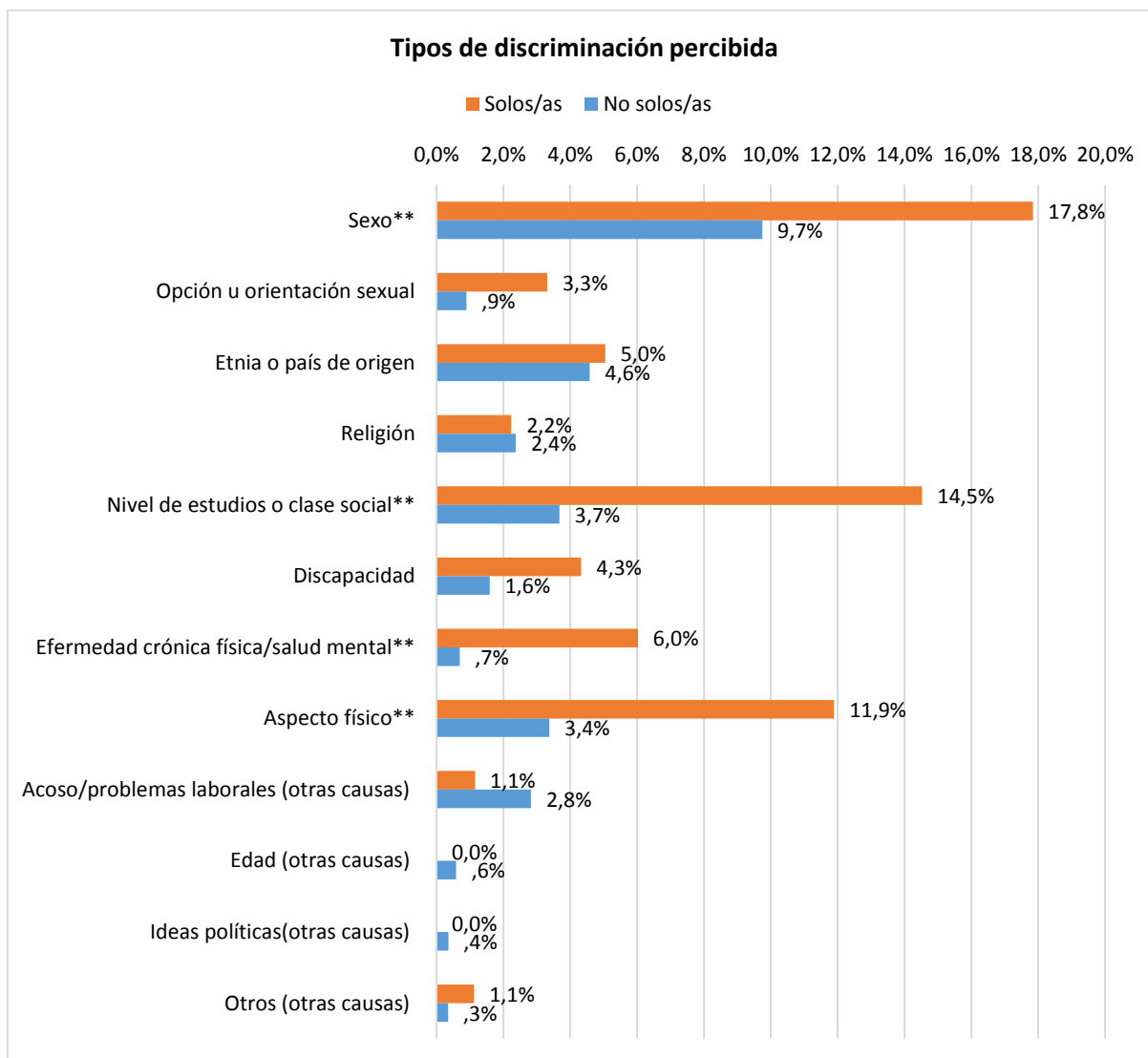
personas que se sienten solas se han sentido significativamente más discriminadas que los/as no solos/as (40,8% frente un 21,4%). Concretamente, los resultados muestran que las personas solas se sienten más discriminadas en los siguientes aspectos: con respecto al sexo (17,8% disminuyendo al 9,7% en los no solos/as), al nivel de estudios o clase social (14,5% frente a un 3,7% en el caso de las personas que no se sienten solas), en el padecimiento de enfermedad crónica ya sea física o de salud mental (6% ante un 0,7%) y en el aspecto físico (11,9% en personas solas y tan sólo un 3,4% en no solos/as).

Gráfico 20



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

Gráfico 21



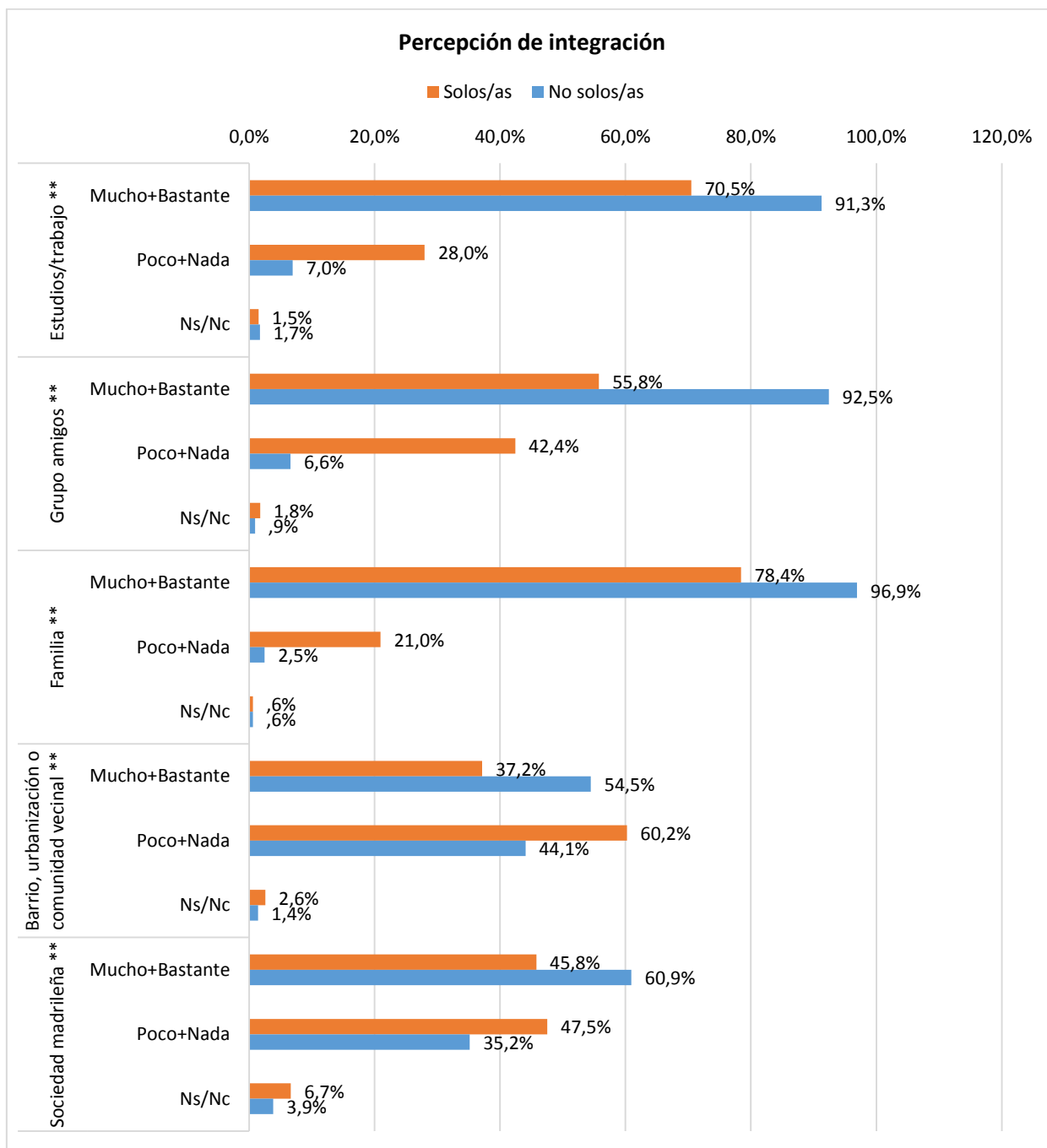
* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

En la misma línea, cuando se analizan los datos referidos a la percepción de integración los datos apuntan que las personas solas se sienten significativamente menos integradas (respondiendo a las opciones de respuesta poco o nada) en todas las áreas analizadas: en sus estudios o trabajo (70,5% frente al 91,3% de las personas sin sentimiento de soledad), en su grupo de amigos/as (55,8% aumentando la percepción de integración en las personas que no se sienten solas hasta un 92,5%), en su familia (78,4% ante un 96,9%), en su barrio, urbanización o comunidad vecinal (37,2% en

comparación con un 54,5% de los/as no solos/as) e incluso en la sociedad madrileña (45,8% aumentando en 60,9% en las personas sin sentimiento de soledad).

Destacar que aunque se perciban a sí mismas menos integradas (más excluidas) que las personas que no se sienten solas, la percepción de integración es mayor en los grupos más concretos (trabajo, estudios, amigos, familia) que en los más globales e inespecíficos (comunidad, vecindad).

Gráfico 22

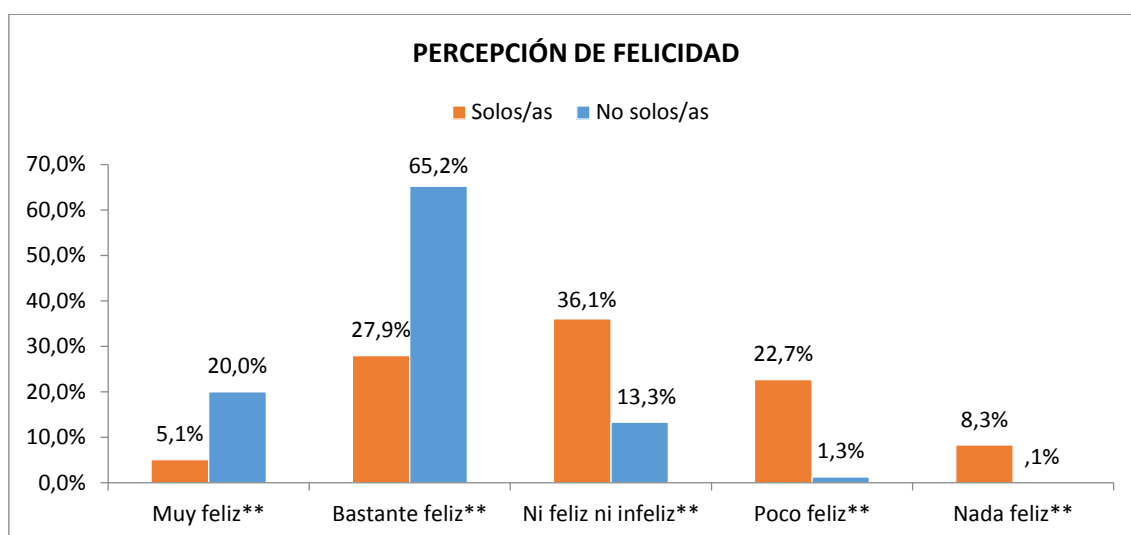


* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

4.8. Percepción de felicidad y pensamiento de la muerte

Desde un punto de vista constructivo es relevante el estudio de los síntomas y factores de riesgo asociados al sentimiento de soledad, por ello es importante conocer su percepción de felicidad y bienestar. De forma general, los datos recogidos muestran que las personas que se sienten solas se consideran menos felices que las personas que no se sienten solas. En todas las opciones de respuesta se observan diferencias estadísticamente significativas, destacando la distancia entre las puntuaciones de la respuesta “bastante feliz”: solo el 27,9% de las personas que se sienten solas se consideran bastante felices, frente al 65,2 % de las personas sin sentimientos de soledad. Si se observan los extremos, los datos apuntan que tan sólo un 5,1% de las personas con percepción de soledad se sienten “muy felices” y un 8,3% se sienten “nada felices” (20% y 0,1% en las personas que no se sienten solas, respectivamente).

Gráfico 23

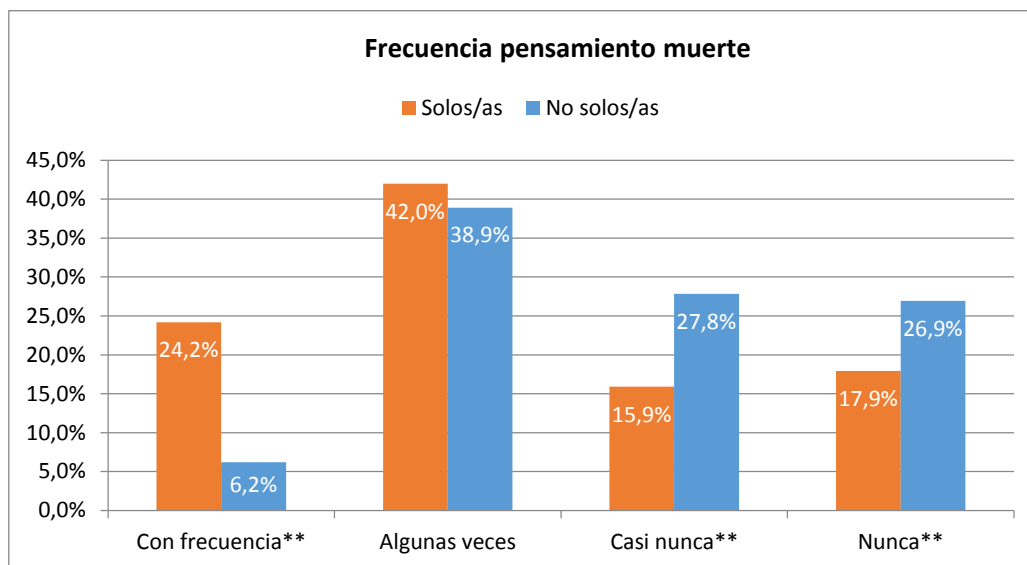


* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

Por otro lado, cuando se les pregunta sobre la frecuencia con la que piensan en la muerte, se observa con claridad que de nuevo existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos: las personas que se sienten solas piensan significativamente más en la muerte (24,2%) que las personas que no se sienten solas (6,2%)

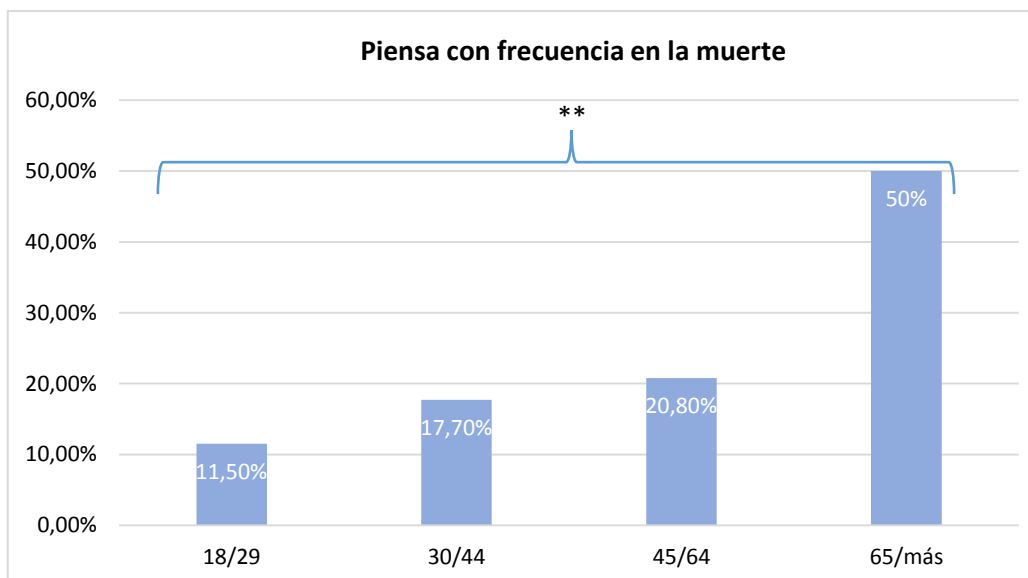
Cuando se analizan la frecuencia de pensamientos sobre la muerte en función de los diferentes rangos de edad se observan diferencias estadísticamente significativas: las personas mayores de 65 años piensan con mayor frecuencia en la muerte que el resto de rangos de edad.

Gráfico 24



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

Gráfico 25

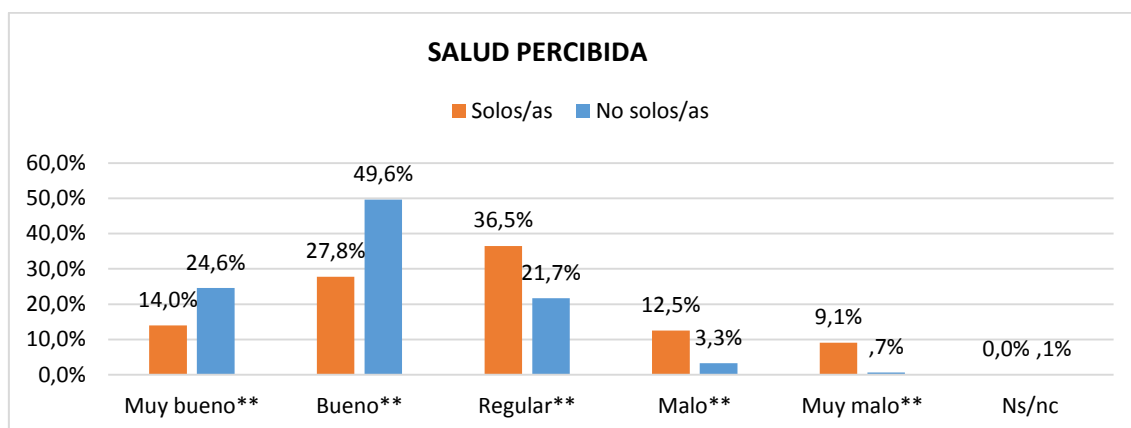


* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

4.9. Salud percibida

Tal como se muestra en múltiples estudios al respecto, la soledad tiene importantes consecuencias sobre la salud. En este sentido, los resultados de la encuesta muestran que las personas que se sienten solas tienen una peor salud percibida: el 58,1% creen que su salud es regular, mala o muy mala, proporción que desciende hasta el 25,7% en el caso de las personas que no se sienten solas.

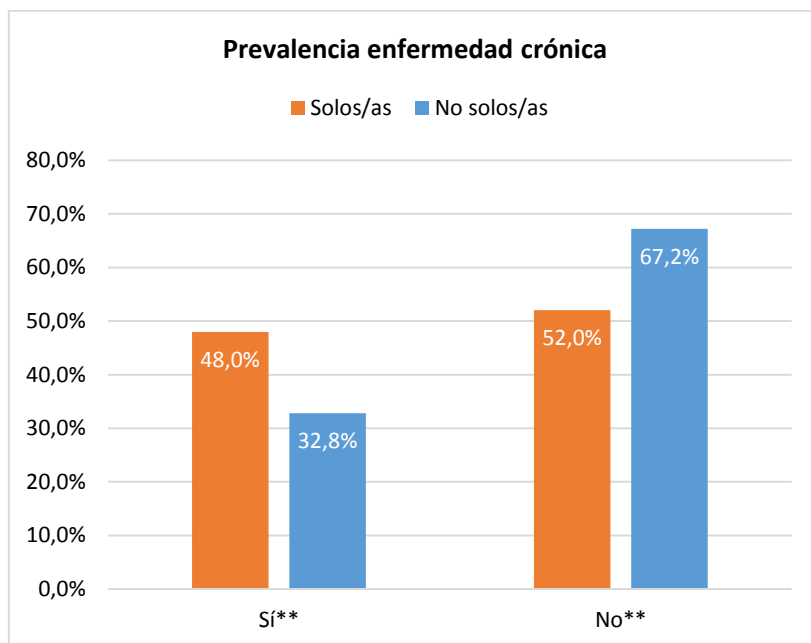
Gráfico 26



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

Relacionado con la percepción de la salud percibida, se observan diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de enfermedades crónicas: el 48% de las personas que se sienten solas presentan alguna enfermedad crónica en comparación con un 32,8% de las personas que no se sienten solas.

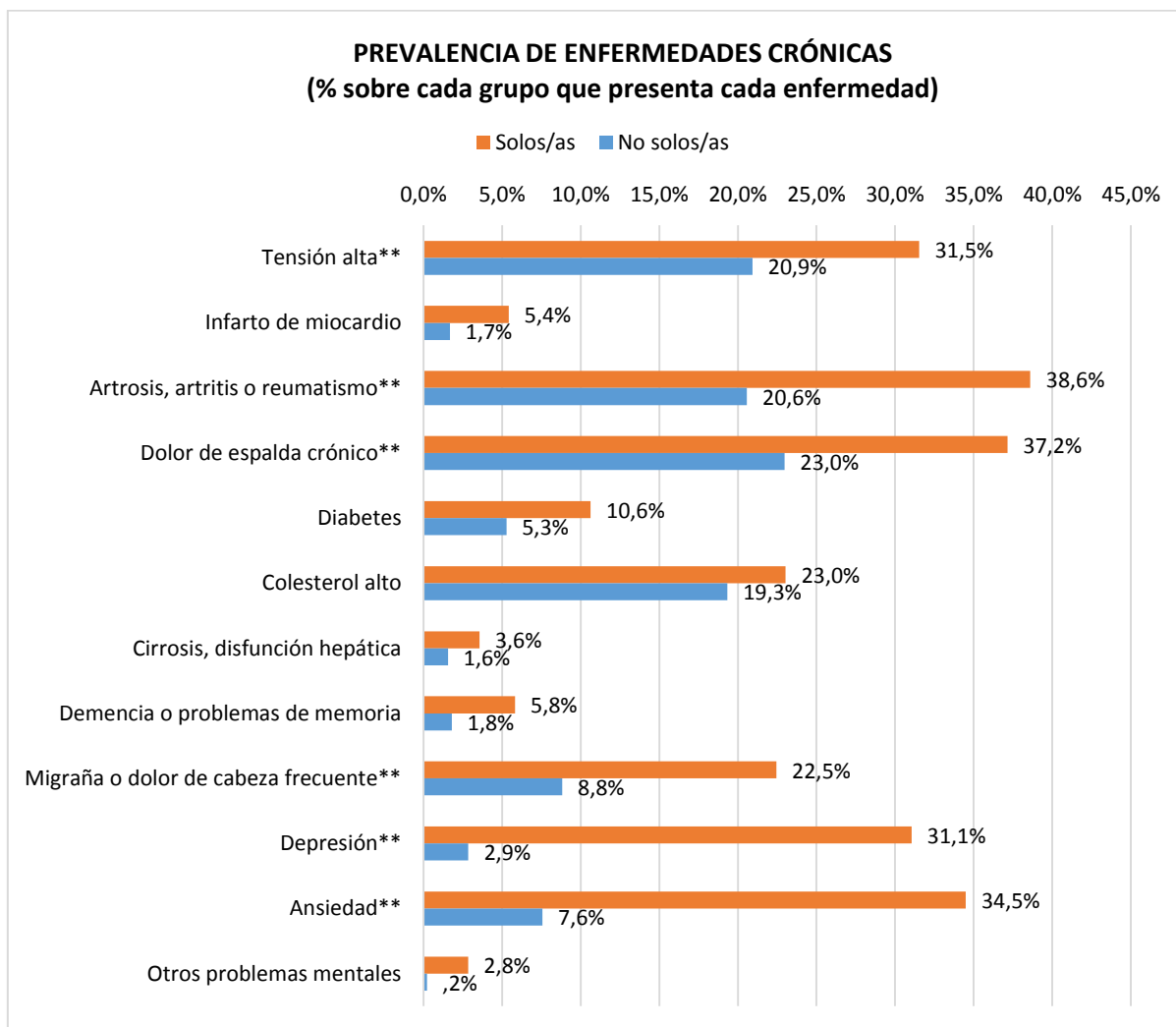
Gráfico 27



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

Cuando se analiza la prevalencia de los diferentes tipos de enfermedades se observa que las personas que se sienten solas puntúan significativamente más alto en todas las enfermedades por la que se ha preguntado, sin embargo, solo se encuentran diferencias significativas respecto a las personas que no se sienten solas en las siguientes: hipertensión (31,5%), artrosis, artritis o reumatismo (38,6%), dolor de espalda crónico (37,2%) y migraña o dolor de cabeza frecuente (22,5%). Especialmente llamativas son las diferencias en los trastornos psicológicos: depresión (31,1% frente a un 2,9%) y ansiedad (34,5% en comparación con un 7,6% en personas no solas).

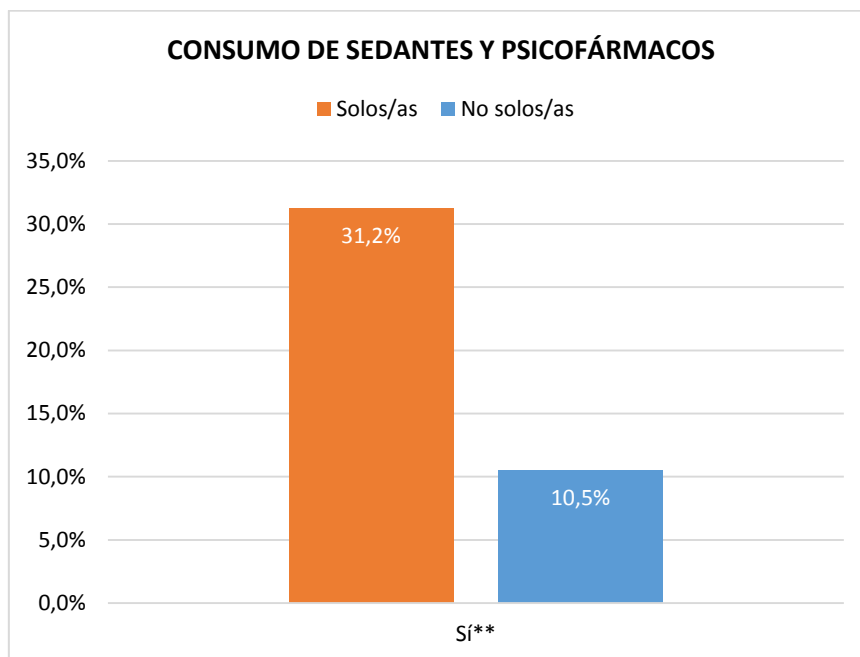
Gráfico 28



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

Íntimamente relacionado con la alta prevalencia de problemas de salud mental en las personas que se sienten solas también se observan grandes diferencias en el consumo de sedantes y psicofármacos (31,2% ante un 10,5%).

Gráfico 29

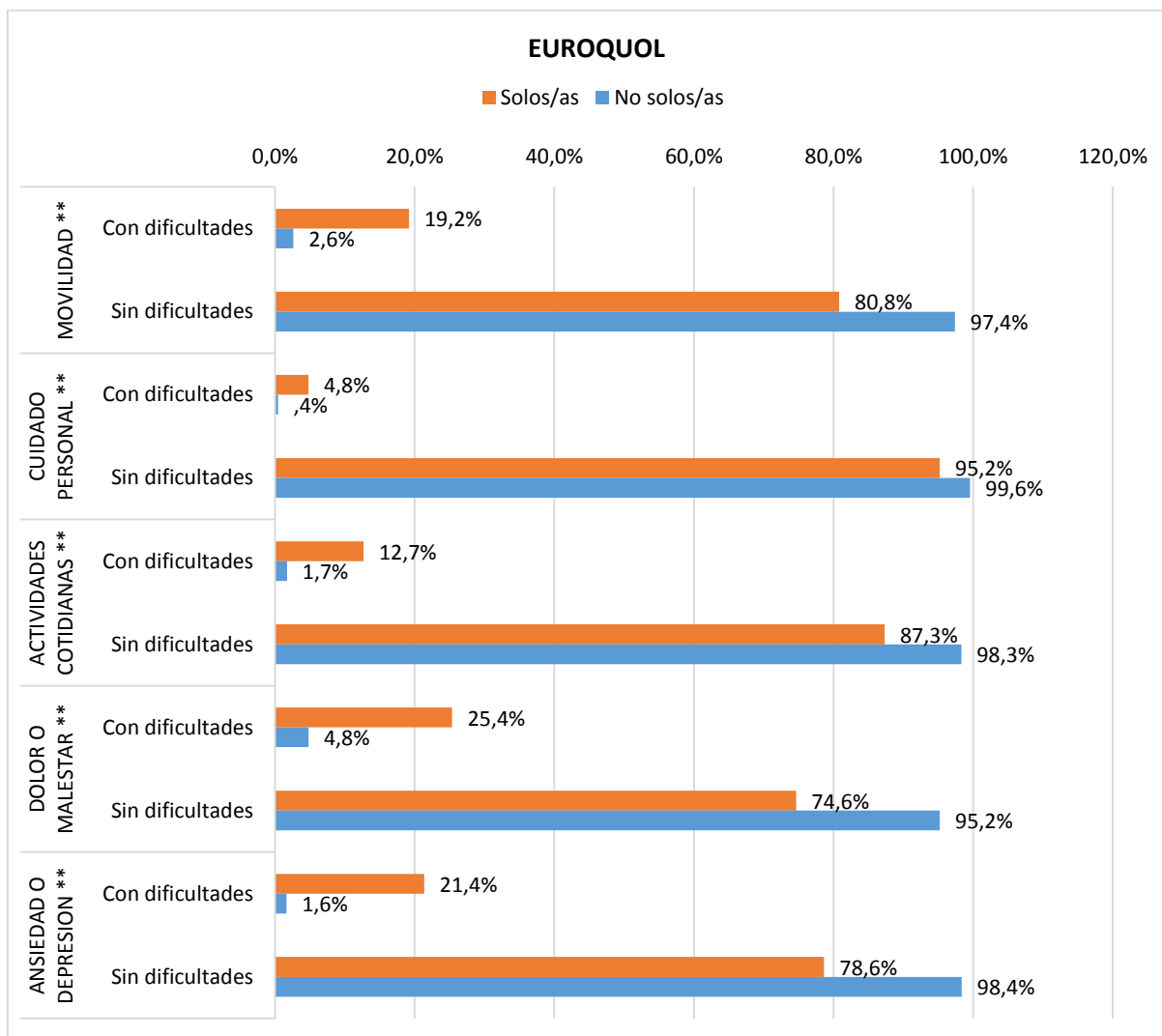


* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

4.10. Calidad de vida relacionada con la salud

A continuación, se presentan los resultados referidos a la comparativa de la calidad de vida vinculada a la salud entre las personas que se sienten solas y las que no. Se observa que las personas que se sienten solas presentan de forma significativa un mayor nivel de dolor o malestar (25,4%), mayores niveles de ansiedad y depresión (21,4%), más problemas de movilidad (19,2%), mayores problemas en la realización de sus actividades cotidianas (12,7%) y más dificultades en su cuidado personal (4,8%), que las personas que no se sienten solas.

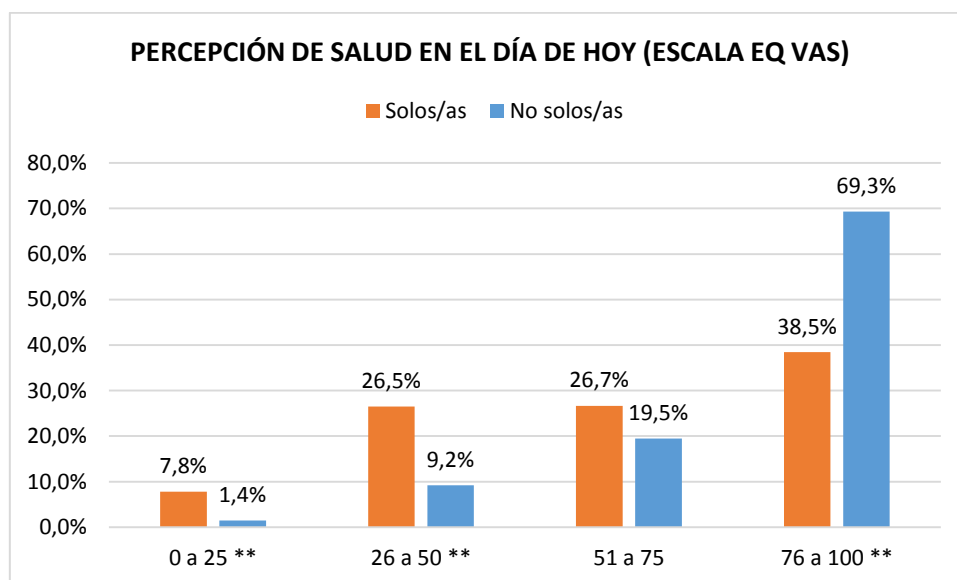
Gráfico 30¹⁰



¹⁰ El Euroquol es un instrumento genérico de la medición de la calidad de vida. La persona valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) (gráfico 29) y posteriormente en una escala visual analógica (EVA, llamada EQ VAS) de evaluación más general (gráfico 30.). El sistema descriptivo está formado por cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene cinco niveles de respuesta (sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves, incapacidad). La persona debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones refiriéndose al mismo día que cumplimente el cuestionario. La segunda parte de este instrumento (EQ VAS) es una escala que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado

Complementando lo anterior, cuando se les pide que indiquen en una puntuación del 0 al 100 su percepción de salud en el día en el que completan la encuesta (siendo 0 la peor salud imaginable y 100 la mejor), se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos: las personas que se sienten solas puntúan su salud de forma significativamente más baja (7,8%) que las personas que no se sienten solas (1,4%); por el contrario, si atendemos las puntuaciones de salud que van de 76 a 100 se observa que tan sólo el 38,5% de las personas que se sienten solas presentan valores dentro de este intervalo, en comparación con un 69,3% de las personas que no se sienten solas. La puntuación media de las personas que se sienten solas es de 65 puntos, ascendiendo a una media de 80 puntos en las personas que no se sienten solas.

Gráfico 31



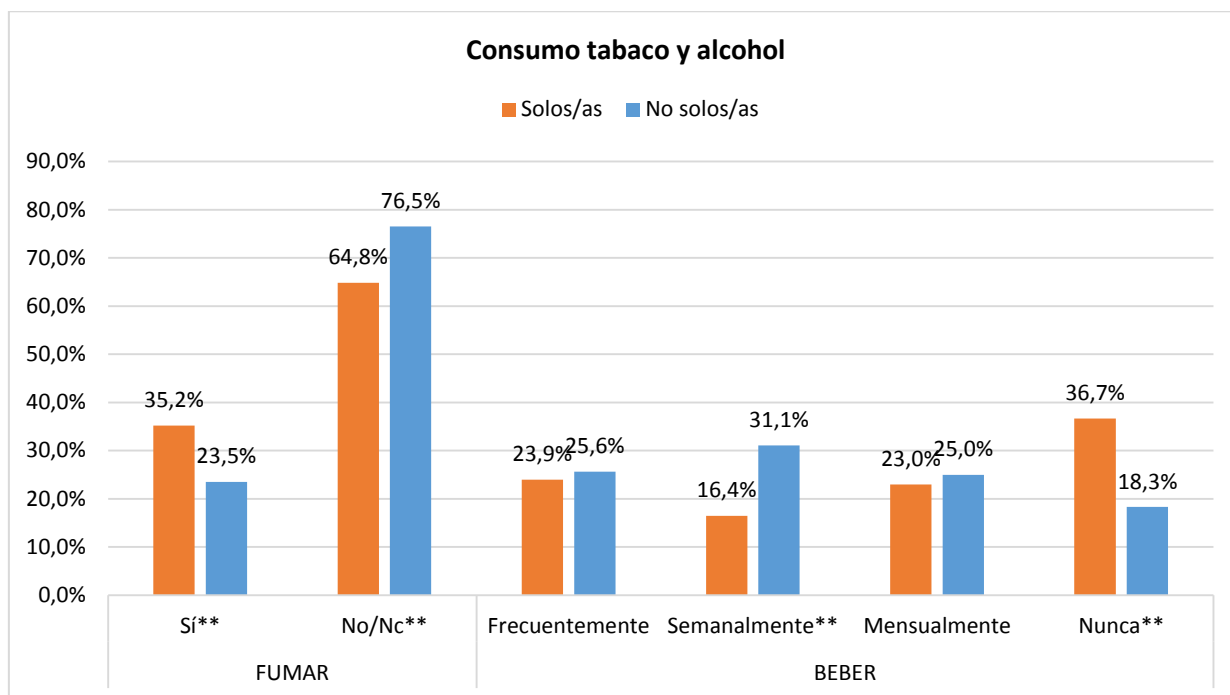
4.11. Modos de vida

El estado de salud está determinado en parte por los modos de vida de las personas que, a su vez tienen su origen en comportamientos y condicionantes sociales. Así, múltiples estudios demuestran que las personas que sienten solas suelen llevar modos de vida menos saludables que el resto.

de salud imaginable). En ella, la persona debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el día de hoy. El uso de la EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo.

Cuando se analizan las diferencias en los modos de vida entre ambos grupos se observan diferencias estadísticamente significativas en todas las áreas analizadas (consumo de tabaco y alcohol, hábitos de sueño y actividad física), exceptuando la alimentación no saludable.

Gráfico 32



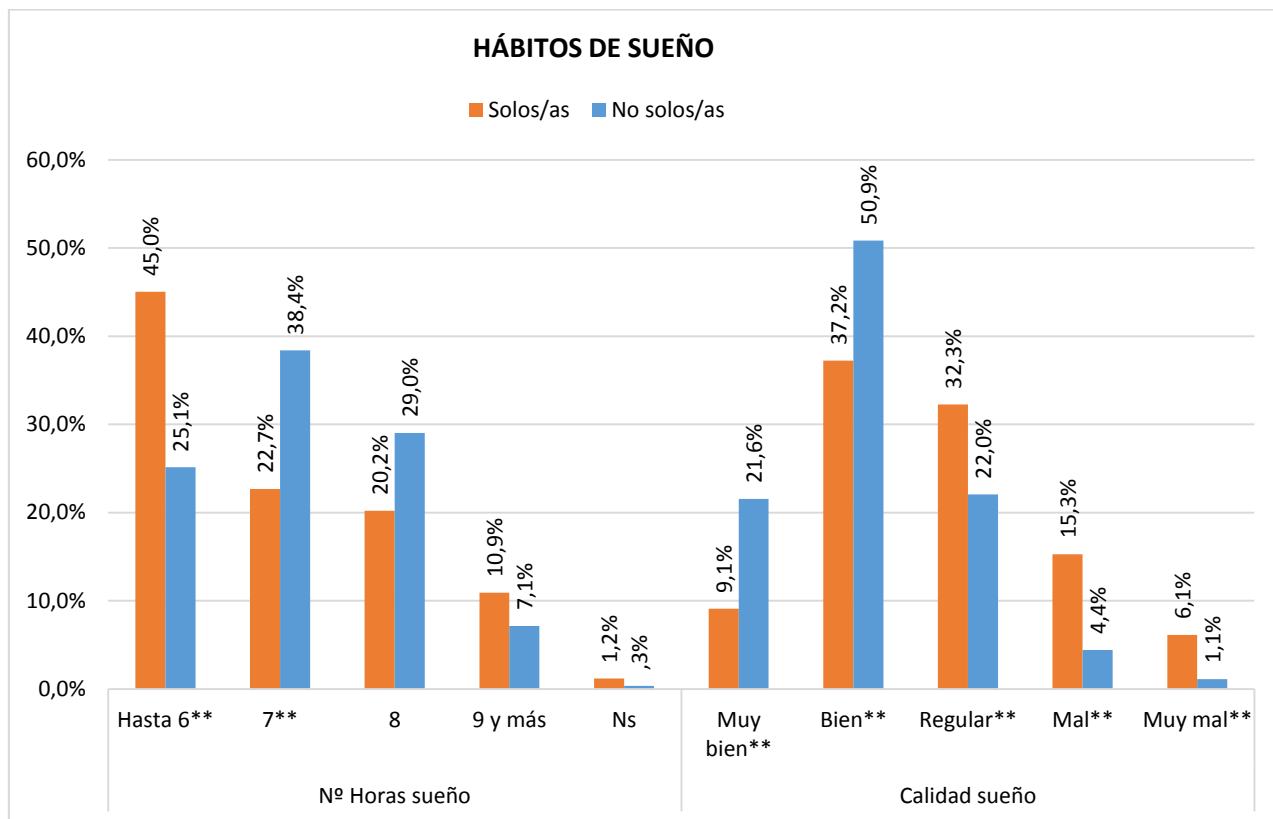
* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

Uno de los resultados más paradójicos del estudio es el referido a los modos de vida en personas que se sienten solas: los datos muestran que las personas que se sienten solas fuman más, pero beben menos alcohol que las personas que no se sienten solas. El dato referido al consumo de alcohol podría deberse al componente social que tiene en nuestra sociedad, de forma que las personas que se sienten solas participan en menos situaciones sociales lúdicas que implican el consumo de alcohol..

Por otro lado, las personas que se sienten solas duermen menos horas (con una media de 7,43 con respecto a 7,80 de las personas que no se sienten solas), encontrándonos diferencias significativas en las puntuaciones "hasta 6" y "7" (45% y 22,7, respectivamente). Además de dormir menos horas de sueño, las personas que se sienten solas refieren tener una calidad de sueño peor que las personas que no se sienten solas, de forma que solo un 9,1% de las personas que se sienten solas valoran

como “muy buena” la calidad de su descanso respecto al 21,6% de las personas que no se sienten solas.

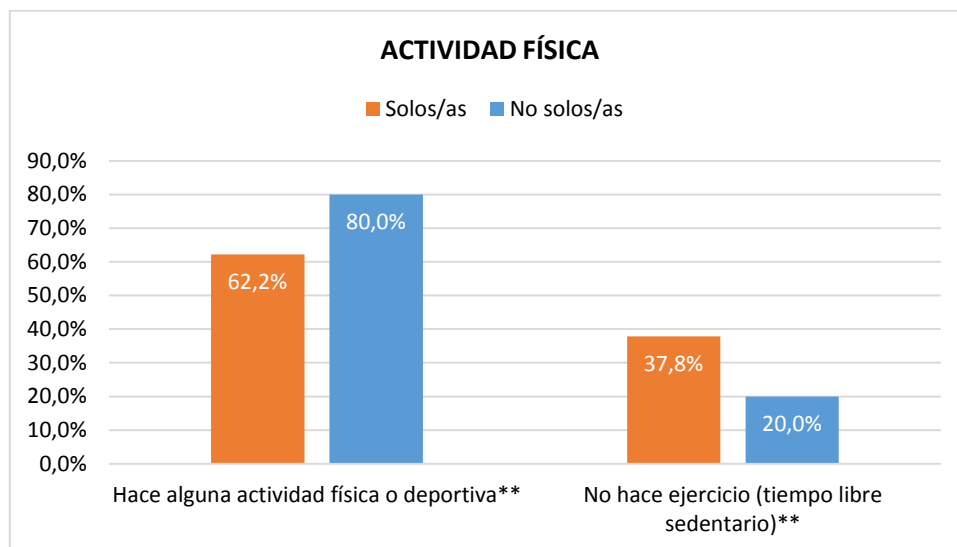
Gráfico 33



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

Con respecto a la realización de algún tipo de actividad física, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos: un 37,8% de las personas que se sienten solas apenas hacen ejercicio en su tiempo libre, frente al 20% de las que no se sienten solas.

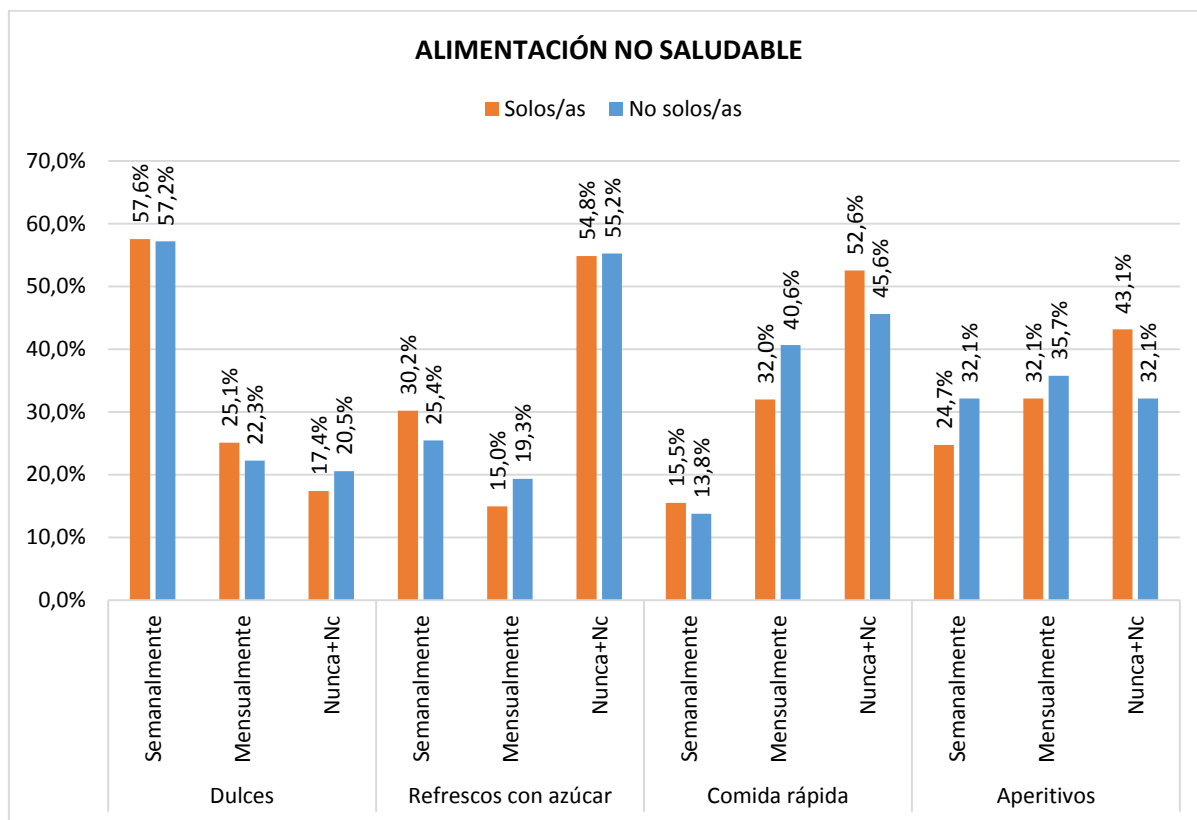
Gráfico 34



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

Como se ha adelantado en la introducción de este apartado, la alimentación no saludable es el único área referido a modos de vida donde no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las personas que se sienten solas y las que no, encontrándose puntuaciones muy similares entre ambos grupos en todas las comidas no saludables evaluadas.

Gráfico 35



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (bilateral)

5. Conclusiones

Del conjunto de resultados anteriormente expuestos se pueden extraer las siguientes conclusiones generales:

- El 9,3 % de las personas mayores de edad de la ciudad de Madrid se han sentido solos/as en el último año. Este dato se ha obtenido mediante la convergencia de una pregunta directa sobre la frecuencia de la soledad (*siempre o casi siempre/bastantes veces*) junto con dos instrumentos de evaluación estandarizados: *escala de Jong Gierveld* (midiendo la intensidad de la soledad) y *Campaing to End Loneliness* (evaluando la calidad y satisfacción que tiene la persona con sus relaciones).
- Los datos obtenidos muestran que el riesgo de sentirse solo/a con frecuencia es mayor entre las mujeres, en las personas mayores de 65 años, en las de nacionalidad extranjera, en las personas que no tienen pareja o bien están viudas o separadas, y entre las personas que viven solas. Considerando su posición socioeconómica, la soledad está más presente entre las que se encuentran en una situación más vulnerable: personas desempleadas, pensionistas, con bajos ingresos y bajo nivel de estudios. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la soledad no es sinónimo de vivir solo/a al observarse un porcentaje elevado de personas que aun viviendo en compañía se sienten solas.
- Cuando se analiza la relación existe entre determinados patrones de personalidad y la soledad se observa que las personas que se sienten solas tienden a ser menos extrovertidas, desconfían más de la gente que les rodea y les cuesta más superar las adversidades.
- Los análisis sobre los procesos atribucionales de las causas de soledad muestran dos grandes factores emergentes: los factores causales de la soledad relacionados con el entorno familiar (enfermedad/muerte de un familiar o ruptura de pareja) y los factores relacionados con la situación personal (enfermar, problemas económicos o laborales).
- Por otro lado el estudio de las estrategias de afrontamiento ante la soledad indican estrategias de naturaleza pasivas -la lectura, ver la TV, escuchar la radio, navegar por internet- como activas -pasear, salir a la calle y/o ir al cine o espectáculos- pero ambas caracterizadas porque pueden realizarse en soledad, lo que podría dar algunas pistas sobre los mecanismos de mantenimiento a lo largo del tiempo de dicho sentimiento.
- En congruencia con lo señalado anteriormente, los resultados muestran que las personas que se sienten solas tienen significativamente menos relaciones sociales que las personas

que no se sienten solas, encontrando coherencia entre la soledad percibida y la soledad objetiva.

- Las personas que se sienten solas acuden en menor medida a todos los espacios comunitarios, exceptuando la iglesia o lugares de culto.
- Las personas que se sienten solas utilizan en menor medida los medios de comunicación (teléfono móvil, correo electrónico, Whatsapp u otra aplicación similar y redes sociales virtuales) que las personas que no se sienten solas. Aclarar, sin embargo, que estos resultados podrían estar condicionados a su vez por el hecho de que las personas que se sienten solas tienden a ser significativamente más mayores, siendo este grupo de población quien realiza un uso menor de los medios de comunicación, o también por la disponibilidad de una red de apoyo menor.
- Por otro lado los datos muestran que las personas que han experimentado soledad en el último año se han sentido más discriminadas a lo largo de su vida y se perciben menos integradas que las personas que no se sienten solas.
- En relación a la felicidad y bienestar, las personas que se sienten solas se perciben menos felices que las que no se sienten solas. Además, piensan con mayor frecuencia en la muerte. En este sentido, al igual que sucedía en los datos referidos al empleo de medios de comunicación, estos resultados se deben interpretar con cautela ya que hay un mayor número de personas mayores en el grupo de personas que se sienten solas, pudiendo ser la edad la variable mediadora responsable de estos resultados (ej. por norma general las personas mayores piensan más en la muerte al percibirla más cercana y no necesariamente por la soledad).
- Con respecto al área de salud autopercebida, los resultados de este estudio indican que las personas que se sienten solas perciben tener peor salud y presentan un mayor número de enfermedades crónicas y problemas de salud mental: las personas que se sienten solas refieren mayores niveles de dolor y presentan mayor sintomatología ansioso-depresiva. Estos datos ponen de relevancia la elevada comorbilidad entre el sentimiento de soledad y el desarrollo de enfermedades físicas y trastornos psicológicos, lo que a su vez podría suponer un factor clave en la cronificación de la soledad. De nuevo surge la pregunta de si la soledad actúa como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades físicas y psicológicas o si por el contrario la existencia de problemas de salud incrementa el riesgo de sentirse solo/a. Futuros estudios (longitudinales, cualitativos,...) deberán de dar respuesta a esta pregunta.

- En relación a los modos de vida y hábitos saludables, destacar que las personas que se sienten solas duermen menos horas, perciben peor su calidad de sueño y realizan menos actividad física. Sin embargo, no se encuentran diferencias en el consumo de alimentación no saludable entre ambos grupos.
- En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, las personas que se sienten solas refieren tener mayores dificultades funcionales en diversas áreas de la vida cotidiana, como son la movilidad, el autocuidado y la realización de actividades cotidianas. El descenso de calidad de vida es una de las principales consecuencias inmediatas de la soledad, lo que pone de manifiesto la necesidad de desarrollar intervenciones específicas para mejorar el bienestar de esta población.

6. Referencias

Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2017). *Informe sobre el estado social de la nación*, pp. 11.

Cacioppo, T y Cacioppo, S. (6 de abril de 2016). Soledad, una nueva epidemia. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2016/04/06/ciencia/1459949778_182740.html

Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L. y Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 238-249. doi: 10.1177/1745691615570616

Campaing to end loneliness (2011). Measuring your impact on loneliness in later life. Recuperado de <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Loneliness-Measurement-Guidance1.pdf>

Cardona, J. L., Villamil, M. M., Henao, E. y Quintero, A (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 32, 9-19.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, Enero de 2002). Estudio nº 2442.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, Noviembre de 2008). Estudio nº 2780.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, Junio de 2016). Estudio nº 3140.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, Junio de 2016). Estudio nº 3142.

de Jong Gierveld, J. y Kamphuis, F. H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 289-299.

- de Jong Gierveld J., van Tilburg, T. G. y Dykstra, P. A. (2006). *Loneliness and social isolation*. In: Vangelisti A, Perlman, D (eds) *Cambridge handbook of personal relationships*. Cambridge University Press, Cambridge, pp 485-500.
- Díez Nicolás J. y Morenos Páez, M. (2015). *La soledad en España*. Fundación ONCE y Fundación AXA: Madrid.
- Encuesta Nacional de Salud (2011-2012). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística (INE).
- European Quality of Life Surveys (EQLS) (30 de noviembre de 2016). Eurofound. Recuperado de <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys>
- Gené-Badia, J. et al. (2016). Aislamiento social y soledad. ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Revista Atención Primaria*, 48, 604-609. doi: 10.1016/j.aprim.2016.03.008
- Heinrich, L. A. y Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Holmes y Rahe (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holt-Lunstad, J. (5 de agosto de 2017). So Lonely I Could Die. *American Psychological Association*. Recuperado de <http://www.apa.org/news/press/releases/2017/08/lonely-die.aspx>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C. y Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26, 655-672.
- Perlman, D. y Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S. Duck (Eds.). *Personal relationships, 3: Personal relationships in disorder*. London: Academic Press.
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23, 245-266.
- Sánchez, M. M. (2009). *Determinantes sociales de la soledad en las personas mayores españolas: dar y recibir apoyo en el proceso de envejecer*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Salamanca, Salamanca, España.

- Sanz, J., Silva, F. y Avia, M. (1999). “La Evaluación de Personalidad Desde el Modelo de Los, Cinco Grandes: El Inventario de Cinco-Factores NEO (NEO-FFI) de Costa y McGrae,” In Silva, F.F., *Avances en Evaluación Psicológica*, Promolibro, 169-235. Valencia.
- Van Hout B. et al. (2015). Interim scoring for the EQ-5D-5L: mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets. *Value in Health*, 708-15.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Zuil, M. (16 de abril de 2017). La epidemia del primer mundo arraiga en España: “Me siento cada vez más sola”. *El Confidencial*. Recuperado de https://www.elconfidencial.com/sociedad/2017-04-16/soledad-epidemia-social_1359018/

ANEXO I: ESCALAS DE MEDICIÓN DE LA SOLEDAD NO DESEADA

Dado que el objetivo del estudio era identificar a las personas que se sienten solas en la ciudad de Madrid, era necesario introducir una o varias preguntas con esa intención. Considerando el concepto de soledad del que partimos y consultando la bibliografía en la materia, se decidió introducir tres formas de aproximarnos al fenómeno de la soledad:

- 1) Pregunta directa sobre la frecuencia con que la persona se siente sola. Los estudios consultados ofrecen distintas alternativas de pregunta y de respuesta en los rangos de frecuencias y en el periodo temporal al que se refiere. En nuestro caso, se ha optado por utilizar la formulación empleada en el estudio de Díez Nicolás y Morenos (2015), a fin de disponer de resultados comparables. Se trata de la pregunta 4 (ver cuestionario anexo), en la que se cuestiona sobre la frecuencia con que la persona se ha sentido sola durante el último año. Se ofrecen cuatro alternativas de respuesta en función de la frecuencia: siempre o casi siempre, bastantes veces, pocas veces y nunca o casi nunca. El estudio de Díez Nicolás y María Morenos, ofrecía solo tres alternativas de respuesta: con mucha frecuencia, a veces y nunca. En nuestro caso, se han ampliado los rangos de frecuencias a fin de ofrecer más opciones para responder a cada persona según sea su caso¹¹. Se considera que una persona está en situación de soledad no deseada cuando responde que se ha sentido sola *bastantes veces o siempre/casi siempre* durante el último año.
- 2) Escala de medida de la *Campaing to End Lonelines*. Se basa en la teoría cognitiva de la discrepancia y considera que la soledad se produce cuando hay una diferencia entre el número y la calidad de las relaciones y contactos que tenemos y los que desearíamos tener. Consiste en tres cuestiones (ver pregunta 7 del cuestionario): “*Está contento/a con sus amigos y relaciones*”, “*Cuenta con suficientes personas a las que puede pedir ayuda en cualquier momento*” y “*Sus relaciones son tan satisfactorias como desearía*”. Las tres se responden en una escala de acuerdo (muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo). Para interpretar sus resultados se asigna una puntuación a cada ítem que va de 0 (*muy de acuerdo*) a 4 (*muy en desacuerdo*) y se suman las puntuaciones de los tres ítems (como máximo pueden alcanzar 12 puntos). De esta forma, a mayor puntuación tenga la persona, más sentimiento de soledad no deseada presenta. Según los autores de esta escala, si la puntuación va de 0 a 3 puntos, se puede decir que la persona es probable que no experimente ningún sentimiento de soledad,

¹¹ En el análisis, se hace equivalente la suma de las frecuencias “siempre o casi siempre” y “bastantes veces” con la respuesta “con mucha frecuencia” del estudio de Díez Nicolás y Morenos.

mientras que si puntúa entre 10 y 12, es posible que esté experimentando el mayor grado de soledad.

Cuadro 1: Escala *Campaing to End Loneliness*. Preguntas, respuestas y puntuaciones.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Está contento con sus amigos y relaciones	4	3	2	1	0
2. Cuenta con suficientes personas a las que puede pedir ayuda en cualquier momento	4	3	2	1	0
3. Sus relaciones son tan satisfactorias como le gustaría	4	3	2	1	0

Cuadro 2: Puntuación global de la escala *Campaing to End Loneliness* e interpretación.



- 3) *Escala de Jong Gierveld & Van Tilburg (1999)*. Consiste en una escala de 11 preguntas, de las cuales 6 se dirigen a identificar la soledad social y las 5 restantes la soledad emocional. Todas ellas se responden en una escala de *sí*, *no* y *más o menos*. Las preguntas formuladas en negativo se corresponden con la soledad emocional y se puntúan con 1 punto si son respondidas con un *sí* o con *más o menos*. Las preguntas formuladas en positivo se corresponden con la medición de la soledad social y se puntúan con 1 punto si son respondidas con un *no* o bien con *más o menos*.

Cuadro 3: Escala Jong Gierveld. Preguntas, respuestas y puntuaciones.

	Sí	No	Más o menos
1. Siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios	0	1	1
2. Echa de menos tener un buen amigo/a de verdad	1	0	1
3. Siente una sensación de vacío a su alrededor	1	0	1
4. Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad	0	1	1
5. Echa de menos la compañía de otras personas	1	0	1
6. Piensa que su círculo de amistades es demasiado limitado	1	0	1
7. Tiene mucha gente en la que puede confiar completamente	0	1	1
8. Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha	0	1	1
9. Echa de menos tener gente a su alrededor	1	0	1
10. Se siente abandonado/a a menudo	1	0	1
11. Puede contar con sus amigos siempre que lo necesita	0	1	1

Sumando el conjunto de las puntuaciones, la soledad máxima sería 11 puntos y la mínima 0 puntos¹². Los autores han empleado puntos de corte en sus estudios para establecer los distintos grados en que es percibida la soledad. Así, se ha considerado que las puntuaciones de 0 a 2 significarían ausencia de soledad, las puntuaciones que van de 3 a 8 se podrían calificar como de soledad moderada, las puntuaciones 9 y 10 implicarían una soledad alta y la puntuación 11 una soledad extrema. Sin embargo, los autores de la escala también afirman que las puntuaciones de corte estarían relacionadas con la cultura específica y el momento del tiempo, por lo que en nuestro caso ha sido necesario adaptarla.

Cuadro 42: Interpretación de la puntuación global de la escala de Gierveld.



¹² [Manual of the Loneliness Scale 1999](#) (actualizado a 15-06-2017). Jenny de Jong Gierveld & Theo van Tilburg. VU University, Faculty of Social Sciences, Department of Sociology.

ANEXO II: FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA

FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA	
UNIVERSO	Personas de 18 y más años, residentes en hogares con teléfono fijo en la ciudad de Madrid. El ámbito geográfico es el municipio de Madrid
TAMAÑO MUESTRAL	Se ha realizado una muestra total de 1801 entrevistas. Debido a la baja penetración de individuos con sentimiento de soledad, se han llevado a cabo dos estudios paralelos con el fin de obtener una muestra mínima de este segmento poblacional para poder realizar comparaciones con la población que no se siente sola: A. 1000 entrevistas entre población de 18 y más años, con un cuestionario “completo” con una media de 37 minutos de duración, independientemente de que se tuviera o no sensación de soledad. B. 801 entrevistas entre población de 18 y más años, con un cuestionario “corto” de unos 9 minutos de duración (semejante a un “screening” de personas con percepción de soledad). En el caso de que el entrevistado/a haya manifestado sensación de soledad, se continuaba el cuestionario hasta el final. Ambas muestras se han realizado de forma proporcional a la población del municipio de Madrid. El número final de entrevistas completas ha sido de 1053. Se cuenta con una muestra final de 123 casos con percepción de soledad (70 de la muestra inicial y 53 de la ampliada).
ERROR MUESTRAL	Para el total de 1053 entrevistas, el error de muestreo se puede aproximar por un $\pm 3,1\%$, a un nivel de confianza del 95.5% en la hipótesis de variables con dos categorías igualmente distribuidas ($p=q=50\%$)

DISEÑO MUESTRAL	El tipo de muestreo utilizado ha sido el muestreo aleatorio estratificado. Como criterio de estratificación se ha considerado una agrupación de los distritos de la ciudad en cuatro estratos. A partir de la división administrativa municipal de los 21 distritos que forman el municipio de Madrid, se han considerado los cuatro conglomerados utilizados por Madrid Salud según nivel de desarrollo del distrito: Grupo 1: Carabanchel, Usera, Puente de Vallecas, Villaverde. Grupo 2: Centro, Tetuán, Latina, Moratalaz, Ciudad Lineal, Villa de Vallecas, Vicálvaro, San Blas. Grupo 3: Arganzuela, Fuencarral El Pardo, Moncloa Aravaca, Hortaleza. Grupo 4: Retiro, Salamanca, Chamartín, Chamberí, Barajas.
SELECCIÓN DE LAS UNIDADES MUESTRALES	La selección de las personas a entrevistar en cada estrato se ha realizado mediante muestreo aleatorio simple de hogares. Una vez en el hogar, para seleccionar la persona a entrevistar se ha aplicado muestreo probabilístico con postestratificación por sexo y grupo de edad, con una única entrevista por hogar.
TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN	Entrevista telefónica asistida por ordenador (C.A.T.I. en sus siglas inglesas), con cuestionario estructurado y precodificado con varias preguntas abiertas.
TRABAJO DE CAMPO	Las entrevistas han sido realizadas entre los días 7 y 30 de junio de 2017.

ANEXO III: CUESTIONARIO

Cuestionario “Salud y bienestar en la ciudad Madrid”

Buenos días/tardes, le llamo desde Madrid-Salud del Ayuntamiento de Madrid. En este momento estamos haciendo una encuesta para conocer el estado de salud y bienestar de la población madrileña así como sus relaciones sociales, con el fin de desarrollar medidas de mejora. Su contribución es muy importante para que se puedan llevar a cabo estas mejoras. El cuestionario no le entretendrá más de 20 minutos. Toda la información que usted nos facilite está sujeta a la legislación actual en materia de protección de datos y será tratada de forma anónima, únicamente con fines estadísticos.

BLOQUE 1: IDENTIFICACIÓN Y RED SOCIAL

P.1 Para empezar, le voy a leer una serie de lugares que usted puede encontrar en su barrio o en la ciudad, dígame por favor si, durante el último año, ha acudido a ellos a menudo, algunas veces o bien son lugares a los que no va nunca o casi nunca. (ROTAR RESPUESTAS).

	A menudo	Bastantes veces	Algunas veces	Nunca o casi nunca	Ns/Nc
Bar, cafetería o restaurante	1	2	3	4	9
Plaza o parque	1	2	3	4	9
Mercado del barrio o tienda de alimentación	1	2	3	4	9
Iglesia o lugar de culto	1	2	3	4	9
Peluquería o barbería	1	2	3	4	9
Pub o discoteca	1	2	3	4	9
Centro comercial o gran superficie	1	2	3	4	9
Librería	1	2	3	4	9
Biblioteca	1	2	3	4	9
Museo	1	2	3	4	9
Polideportivo o lugar para hacer algún deporte	1	2	3	4	9
Cine o teatro	1	2	3	4	9
Centro cultural	1	2	3	4	9
A la sede de una asociación	1	2	3	4	9

P.2 Y durante el último año, ¿Con qué frecuencia ha quedado usted con las siguientes personas que le voy a mencionar? Nos referimos a quedar para charlar, tomar algo, hacer alguna actividad. ROTAR RESPUESTAS.

	A menudo	Bastantes veces	Algunas veces	Ninguna vez	No tiene	Ns/Nc
Con amigos/as que viven en su barrio	1	2	3	4	8	9
Con amigos/as que <u>no</u> viven en su barrio	1	2	3	4	8	9
Con sus padres / padre o madre	1	2	3	4	8	9
Con sus hermano/s o hermana/s	1	2	3	4	8	9
Con sus hijos/as	1	2	3	4	8	9

Con su pareja/marido/mujer	1	2	3	4	8	9
Con otros parientes	1	2	3	4	8	9

P.3 ¿Con qué frecuencia utiliza usted los siguientes medios para comunicarse con otras personas...?

	Diariamente	Varios días a la semana	Algunos días al mes	Nunca o casi nunca	No tiene	Nc
El teléfono móvil para llamadas o SMS	1	2	3	4	5	9
El correo electrónico (email)	1	2	3	4	5	9
Whatsapp u otra aplicación similar de mensajes instantáneos	1	2	3	4	5	9
Redes sociales virtuales (Facebook, Twitter, LinkedIn, etc)	1	2	3	4	5	9

P.4 ¿Con qué frecuencia se ha sentido usted solo/a durante el último año?

Siempre o casi siempre	1	Pregunta 5
Bastantes veces	2	
Pocas veces	3	Pregunta 7
Nunca o casi nunca	4	
No contesta	9	Pregunta 7

Nota: esta pregunta funcionaría como pregunta filtro para seleccionar en la segunda fase del estudio a las personas que se sienten solas, con el fin de incrementar la muestra de este grupo de población. Se seleccionarían aquellas que responden que se sienten solas “siempre o casi siempre y bastantes veces”.

(Sólo para los que han respondido “Siempre o casi siempre o Bastantes veces” en la pregunta 4)

P.5 Otras personas nos han dicho que han experimentado una serie de sucesos en su vida que han hecho que se sientan solos/as. Por favor, dígame si su sentimiento de soledad actual está causado por alguno de los siguientes que le voy a leer: (ROTAR RESPUESTAS, excepto “violencia física y/o psíquica” que siempre se sitúa al final) (ENTREVISTADOR/A: RESPUESTA MÚLTIPLE).

	Si	No	Ns/nc
Muerte de algún familiar	1	2	9
Enfermedad de larga duración de un familiar	1	2	9
Ruptura sentimental	1	2	9
Divorcio	1	2	9
Problemas económicos importantes	1	2	9
Pérdida de empleo	1	2	9
Cambio de trabajo	1	2	9
Lesión o enfermedad propia	1	2	9

Jubilación	1	2	9
Hijo o hija que deja el hogar	1	2	9
Emanciparse o independizarse de la familia	1	2	9
Mudarse de casa	1	2	9
Desahucio	1	2	9
Migración (venir a vivir a España desde un país extranjero)	1	2	9
Violencia física y/o psíquica	1	2	9
Otro suceso ¿cuál?			

(Sólo para los que han respondido “Siempre o casi siempre o Bastantes veces” en la pregunta 4)
P.6 ¿Y cuándo se siente solo/a, qué suele hacer usted? (ENTREVISTADOR/A: RESPUESTA MÚLTIPLE ESPONTÁNEA). NO LEER RESPUESTAS

Nada, no hace nada	1
Llorar	2
Leer, ver la TV, oír la radio, oír música, navegar por internet	3
Hacer crucigramas, sopas de letras, sudokus,...	4
Llamar por teléfono a alguien, enviar correos, SMS, whasapp, etc.	5
Pasear, salir a la calle, ir al cine o espectáculos	6
Quedar con amigos o familiares	7
Beber, fumar, tomar medicinas, tomar sustancias, etc.	8
Trabajar	9
Ir a un bar	10
Rezar, ir a la iglesia	11
Hacer deporte	12
Ir de compras	13
Ir al médico, psicólogo	14
Otra cosa, especificar	15
No contesta	99

P.7 Ahora le voy a leer unas frases que tienen que ver con las relaciones que solemos tener con otras personas, familiares, amigos, vecinos, etc. Por favor, dígame hasta qué punto está de acuerdo con cada una de ellas y se pueden aplicar a su caso.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Ns/Nc
Está contento/a con sus amigos y relaciones	1	2	3	4	5	9
Cuenta con suficientes personas a las que puede pedir ayuda en cualquier momento	1	2	3	4	5	9
Sus relaciones son tan satisfactorias como le gustaría	1	2	3	4	5	9

P.8 A continuación le voy a leer una serie de afirmaciones que otras personas nos han dicho sobre cómo se sienten habitualmente. Por favor, dígame si se pueden ajustar a su caso o no.

	Sí	No	Más o menos	Ns/Nc
1- Siempre hay alguien con quién puede hablar de sus problemas diarios	0	1	1	9
2- Echa de menos tener un buen amigo de verdad	1	0	1	9
3- Siente una sensación de vacío a su alrededor	1	0	1	9
4- Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad	0	1	1	9
5- Echa de menos la compañía de otras personas	1	0	1	9
6- Piensa que su círculo de amistades es demasiado limitado	1	0	1	9
7- Tiene mucha gente en la que puede confiar completamente	0	1	1	9
8- Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha	0	1	1	9
9- Echa de menos tener gente a su alrededor	1	0	1	9
10- Se siente abandonado a menudo	1	0	1	9
11- Puede contar con sus amigos siempre que lo necesita	0	1	1	9

P.8.b Pensando ahora en su forma de ser, dígame por favor en qué medida está de acuerdo con las siguientes frases y se aplican a su caso:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Ns/Nc
Es una persona extrovertida y sociable	1	2	3	4	5	9
Confía en la gente	1	2	3	4	5	9
Se irrita o enfada con facilidad	1	2	3	4	5	9
Le resulta fácil ponerse en el lugar de los otros	1	2	3	4	5	9
Supera las adversidades con facilidad	1	2	3	4	5	9
Se considera una persona creativa	1	2	3	4	5	9
Se esfuerza en llegar a la perfección en todo lo que hace	1	2	3	4	5	9

P.9 ¿Se considera Ud. una persona muy feliz, bastante feliz, ni feliz ni infeliz, poco feliz o nada feliz?

Muy feliz	1
Bastante feliz	2
Ni feliz ni infeliz	3
Poco feliz	4
Nada feliz	5
No sabe / No contesta	9

P.9.b ¿Piensa usted en la muerte con frecuencia, algunas veces, casi nunca o nunca?

Con frecuencia	1
Algunas veces	2
Casi nunca	3
Nunca	4
No contesta	9

BLOQUE 2: SALUD Y BIENESTAR

AHORA VOY A HACERLE UNAS PREGUNTAS SOBRE SU ESTADO DE SALUD

P.10 En el último año, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

Muy bueno	1
Bueno	2
Regular	3
Malo	4
Muy malo	5
Ns/nc	9

Estamos tratando de averiguar lo que usted piensa de su salud. Primero le haré algunas preguntas sencillas sobre su salud el día de HOY. Luego le pediré que valore su salud en una escala de números. Le explicaré lo que tiene que hacer a medida que avanzamos. Pero, por favor, interrúmpame si no entiende algo o si no tiene las cosas muy claras. Por favor, recuerde también que no hay respuestas correctas o incorrectas. Solo nos interesa su opinión particular.

P.11 Primero leeré algunas preguntas. Cada una de las preguntas tiene cinco posibles respuestas. Por favor, dígame cuál de las respuestas describe mejor su salud el día de HOY. No elija más de una respuesta en cada grupo de preguntas. (Nota para el entrevistador: es recomendable recordar regularmente al encuestado que el marco temporal es HOY. También puede ser necesario repetir las preguntas literalmente).

a. En primer lugar me gustaría preguntarle acerca de la movilidad. ¿Diría usted que ...

No tiene problemas para caminar	1
Tiene problemas leves para caminar	2
Tiene problemas moderados para caminar	3
Tiene problemas graves para caminar	4
No puede caminar	5
Ns/nc	9

b. A continuación me gustaría preguntarle acerca del cuidado personal. ¿Diría usted que ...

No tiene problemas para lavarse o vestirse	1
Tiene problemas leves para lavarse o vestirse	2
Tiene problemas moderados para lavarse o vestirse	3
Tiene problemas graves para lavarse o vestirse	4
No puede lavarse o vestirse	5
Ns/nc	9

- c. A continuación me gustaría preguntarle acerca de las actividades cotidianas (p. ej. trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre). ¿Diría usted que ...

No tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas	1
Tiene problemas leves para realizar sus actividades cotidianas	2
Tiene problemas moderados para realizar sus actividades cotidianas	3
Tiene problemas graves para realizar sus actividades cotidianas	4
No puede realizar sus actividades cotidianas	5
Ns/nc	9

- d. A continuación me gustaría preguntarle acerca del dolor o malestar. ¿Diría usted que ...

No tiene dolor ni malestar	1
Tiene dolor o malestar leve	2
Tiene dolor o malestar moderado	3
Tiene dolor o malestar fuerte	4
Tiene dolor o malestar extremo	5
Ns/nc	9

- e. Finalmente me gustaría preguntarle sobre la ansiedad o depresión. ¿Diría usted que ...

No está ansioso ni deprimido	1
Está levemente ansioso o deprimido	2
Está moderadamente ansioso o deprimido	3
Está muy ansioso o deprimido	4
Está extremadamente ansioso o deprimido	5
Ns/nc	9

P.12 Ahora me gustaría preguntarle lo buena o mala que es su salud HOY.

Por favor, imagine una escala parecida a un termómetro que marcara de cero a cien. ¿Se lo imagina? La mejor salud que pueda imaginar se marca con un 100 (cien) en la parte superior de la escala, y la peor salud que pueda imaginar se marca con un 0 (cero) abajo.

Por favor, dígame el punto de esta escala de cero a cien en el que situaría su salud en el día de hoy.

P.13 ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o espera que dure 6 meses o más).

Sí	1
No	2
No sabe	8
No contesta	9

P.14 Ahora le voy a leer una serie de enfermedades. Por favor, dígame si su médico le ha dicho que padece alguna de ellas. Tenga en cuenta que debe habérselo dicho su médico. (ENTREVISTADOR/A: RESPUESTA MÚLTIPLE).

	Sí	No	Ns/nc
Tensión alta	1	2	9
Infarto de miocardio	1	2	9
Artrosis, artritis o reumatismo	1	2	9
Dolor de espalda crónico (cervical o lumbar)	1	2	9
Diabetes	1	2	9
Colesterol alto	1	2	9
Cirrosis, disfunción hepática	1	2	9
Demencia o problemas de memoria	1	2	9
Migraña o dolor de cabeza frecuente	1	2	9
Depresión	1	2	9
Ansiedad	1	2	9
Otros problemas mentales	1	2	9
Alguna otra enfermedad crónica	1	2	9

ENTREVISTADOR/A: LEER “LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD”

P.15 ¿Con qué frecuencia fuma usted cigarrillos? (ENTREVISTADOR: LEER SI ES NECESARIO)

Sí, fuma diariamente	1	Pregunta 15.a.
Sí fuma, pero no diariamente	2	Pregunta 16
No fuma actualmente, pero ha fumado antes	3	
No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual	4	
No contesta	9	

15.a. ¿Aproximadamente cuántos cigarrillos fuma usted al día? ____ (999)

P.16 Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?

Todos los días	1
De 3 a 6 veces a la semana	2
De 1 a 2 veces a la semana	3
De 2 a 3 veces al mes	4
Una vez al mes o menos	5
Nunca	6
No contesta	9

P.17 ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día? Incluya las horas de siesta.

Nº de horas diarias | _ _ |

No contesta _____ 99

P.18 ¿Y qué tal duerme? Diría usted que duerme muy bien, bien, regular, mal o muy mal.

Muy bien	1
Bien	2
Regular	3
Mal	4
Muy mal	5
Ns/nc	9

P.19 En las dos últimas semanas ¿ha tomado algún medicamento de tipo sedante (pastilla para dormir) o psicofármaco (ansiolítico, antidepresivo, etc)?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No contesta	9

P.20 Respecto a su actividad física en su tiempo libre, diría que normalmente Hace alguna actividad física o deportiva o que normalmente No hace ejercicio y el tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente en leer, ver la tele, ir al cine, etc....

Hace alguna actividad física o deportiva	1
No hace ejercicio (el tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria: leer, ver la tele, ir al cine, etc....)	2
No contesta	9

P.21 ¿Y con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

	Todos los días	Varios días a la semana	Algunos días al mes	Nunca o casi nunca	Ns / Nc
Dulces (galletas, bollería, mermeladas, cereales con azúcar, caramelos, etc)	1	2	3	4	9
Refrescos con azúcar	1	2	3	4	9
Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas)	1	2	3	4	9
Aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletas saladas)	1	2	3	4	9

P.22 En algún momento de su vida ¿se ha sentido discriminado/a, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o le han hecho sentirse inferior por alguna de las siguientes causas?

	SI	NO	Ns/Nc
Por su sexo	1	2	9
Por su opción u orientación sexual	1	2	9
Por su etnia o país de origen	1	2	9
Por su religión	1	2	9
Por su nivel de estudios o clase social	1	2	9
Por padecer alguna discapacidad	1	2	9
Por padecer alguna enfermedad crónica física o de salud mental	1	2	9
Por su aspecto físico	1	2	9
Por otra causa (especificar)	1	2	9
No se ha sentido discriminado/a	1	2	9

BLOQUE 3: CLASIFICACIÓN

PARA TERMINAR, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

P.23 Sexo: (ENTREVISTADOR: ANOTAR SIN PREGUNTAR)

Hombre	1
Mujer	2

P.24 ¿Qué edad tiene?

Edad	
Nc	999

P.25 ¿Cuál es su distrito de residencia?

P.26 ¿En qué país ha nacido usted?

España	1	
Otro país ¿cuál?	2	País de nacimiento (codificar)
Nc	9	

P.27 ¿Cuál es su estado civil?

Casado/a	1
Soltero/a	2
Viudo/a	3
Separado/a	4
Divorciado/a	5
Nc	9

P.28 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra usted?

No tiene pareja	1
Tiene pareja pero no comparten la misma vivienda	2
Tiene pareja y comparten la misma vivienda	3
Nc	9

P.29 Contando con usted, ¿cuántas personas viven en su vivienda? (ENCUESTADOR/A: INCLUYE EL SERVICIO DOMÉSTICO SI DUERME EN CASA)

Nº de personas		→ SI ES "1" IR A PREGUNTA 30. → SI ES "2 Ó MÁS" IR A PREGUNTA 32.
No contesta	99	

P.30 ¿Desde hace cuánto tiempo vive usted solo/a? (SÓLO A LAS PERSONAS QUE HAN RESPONDIDO "1" EN LA PREGUNTA 30).

Desde hace menos de 1 año	1
Desde hace entre 1 y 3 años	2
Desde hace entre 3 y 5 años	3
Desde hace más de 5 años	4
No contesta	9

P.31 ¿Vive usted solo/a porque le gusta y lo prefiere así o porque no tiene otra alternativa?

Vive solo/a porque lo prefiere	1	→ PREG. 33
Vive solo/a porque no tiene otra alternativa	2	
No contesta	9	

P.32 Dígame, por favor, si convive usted con... (ENCUESTADOR/A: RESPUESTA MÚLTIPLE)

Esta pregunta no se haría a los que han contestado que tiene pareja y convive con ella en la pregunta 28 y que son 2 personas en la vivienda (pregunta 29).

	Si	No	Nc
Su cónyuge o pareja	1	2	9
Con algún hijo o hija	1	2	9
Con sus padres o sus suegros	1	2	9
Con otros familiares (hermanos, cuñados, nietos...)	1	2	9
Con alguna persona dedicada al servicio doméstico o cuidados personales	1	2	9
Con otras personas no familiares (amigos, compañeros de piso...)	1	2	9
Otros (especificar)	1	2	9

P.33 ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel oficial que usted ha cursado (con independencia de que los haya terminado o no)? Por favor, especifique lo más posible, diciéndome el curso en el que estaba cuando los terminó (o los interrumpió) y también el nombre que tenían entonces esos estudios (ej: 3 años de estudios primarios, primaria, 5º de bachillerato, maestría industrial, preuniversitario, 4º de EGB, licenciatura, doctorado, FP1, etc.)

(ENTREVISTADOR/A: si aún está estudiando, anotar el último curso que haya completado. Si no ha completado la primaria, anotar el nº de años que asistió a la escuela)

Curso	
Nombre de los estudios	
Nivel (codificar según códigos nivel de estudios)	
Ns/Nc	99

P.34 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra usted actualmente? ENTREVISTADOR/A: si se encuentra en varias situaciones, anotar la actividad principal).

Trabaja	1
Jubilado/a o pensionista (anteriormente ha trabajado)	2
Pensionista (anteriormente no ha trabajado)	3
En paro y ha trabajado antes	4
En paro y busca su primer empleo	5
Estudiante	6
Trabajo doméstico no remunerado	7
Otra situación ¿cuál?	8
No contesta	9

P.35 (Sólo si ha respondido que está en paro (4 ó 5) en pregunta 34) ¿Cuánto tiempo lleva en paro? Años ____ Meses ____

No sabe

No contesta

P.36 ¿Cómo calificaría usted su situación económica personal en la actualidad: muy buena, buena, regular, mala o muy mala?

Muy buena	1
Buena	2
Regular	3
Mala	4
Muy mala	5
Nc	9

P.37 Ya para terminar, por favor, dígame hasta qué punto siente usted que forma parte de los siguientes grupos. ¿En qué medida siente usted que forma parte de...?

	Mucho	Bastante	Poco	Nada	Ns/Nc
¿En qué medida siente Ud. que forma parte de su trabajo/estudios (p.e. en su clase)? (no hacer si no trabaja o estudia)	1	2	3	4	9
¿En qué medida siente Ud. que forma parte de un grupo de amigos?	1	2	3	4	9
¿En qué medida siente Ud. que forma parte de su familia?	1	2	3	4	9
¿En qué medida siente Ud. que forma parte de su barrio, urbanización o comunidad de vecinos?	1	2	3	4	9
¿En qué medida siente Ud. que forma parte de la sociedad madrileña?	1	2	3	4	9

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN