

SALUD Y DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a
Enfermedades No Transmisibles en población mayor

SIVFRENT-M, Año 2024

SALUD Y DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Mayor (SIVFRENT-M), 2024.

ÍNDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	6
2. METODOLOGÍA	6
3. RESULTADOS	11
3.1. Salud autopercebida y problemas crónicos de salud	12
3.2. Limitación de la actividad	14
3.3. Fragilidad	18
3.4. Dificultad para actividades de la vida diaria	20
3.5. Caídas	24
3.6. Dolor persistente	25
3.7. Salud mental	27
3.8. Relaciones sociales	30
3.9. Participación comunitaria	32
3.10. Personas mayores como cuidadoras	34
3.11. Uso de nuevas tecnologías	35
4. CONCLUSIONES	36
5. BIBLIOGRAFÍA	39
6. ANEXOS	41

RESUMEN

Antecedentes y objetivos

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) de la Comunidad de Madrid mide anualmente desde 1995 la prevalencia y distribución de los principales factores de riesgo conductuales y prácticas preventivas en jóvenes (SIVFRENT-J) y adultos (SIVFRENT-A). Desde 2019, el SIVFRENT-M se enfoca en la población de 65 a 79 años, monitorizando factores de riesgo y aspectos clave para un envejecimiento saludable. Este documento presenta los resultados del SIVFRENT-M para el año 2024 relativos a salud, discapacidad y relaciones sociales.

Metodología

El SIVFRENT-M 2024 se basa en una encuesta telefónica realizada a una muestra de personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, seleccionadas del registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES). Se empleó un muestreo estratificado por sexo, grupos de edad (65-69, 70-74, 75-79), área geográfica (Madrid capital, corona metropolitana, resto) y día de la semana. La recogida de datos se realizó mediante sistema CATI en once olas mensuales (excluyendo agosto). El cuestionario incluyó un núcleo estable de preguntas sobre salud autopercebida, problemas crónicos, limitación de la actividad, fragilidad, dificultad para actividades básicas de la vida diaria, caídas, dolor, salud mental y relaciones sociales.

Resultados

En 2024 se realizaron 1.008 entrevistas a personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, con una tasa de respuesta del 62,7%. El 54,7% eran mujeres, con una mayor proporción de participantes en el grupo de edad de 65 a 69 años (39,4%). Un 67,5% estaban casados/as o vivían en pareja, mientras que un 14,5% eran viudos/as. Respecto a la situación laboral, el 82,4% estaban jubilados/as o eran pensionistas. Algo más de la mitad residía en Madrid capital (51,3%) y la gran mayoría (90,3%) había nacido en España. En cuanto a la situación económica del hogar, un 43,9% declaraba llegar a fin de mes con facilidad o mucha facilidad, mientras que un 22,8% lo hacía con alguna o mucha dificultad. Respecto al nivel educativo, el grupo más numeroso fue el de nivel básico o inferior (43,4%) y por clase social predominaron los trabajadores/as manuales (Grupo IV-V, 41,9%).

Salud autopercebida y problemas crónicos de salud: Un 59,3% de la población percibe su salud como buena o muy buena, mientras que un 8,7% la considera mala o muy mala y un 31,9% regular. Los hombres reportan mayoritariamente mejor salud (62,8% buena o muy buena) que las mujeres (56,6%). La percepción de buena salud disminuye con la edad (62,1% en 65-69 años a 55,4% en 75-79 años). Un 56,5% padece algún problema crónico de salud, con una prevalencia ligeramente mayor en hombres (58,2%) que en mujeres (55,1%). La presencia de problemas crónicos se asocia con mayor dificultad económica.

Limitación de la actividad: El 73,7% no refiere ninguna limitación en su actividad diaria, un 23,0% está limitado pero no gravemente y un 3,3% presenta limitación grave. Las mujeres (29,1%) muestran más limitaciones que los hombres (22,8%). La limitación aumenta con la edad (de 24,9% en 65-69 años a 31,6% en 75-79 años). La limitación física es la predominante (91,3% de las personas con limitación). Un 14,2% tiene alguna o mucha dificultad para caminar 500 metros y un 24,4% para subir o bajar 12 escalones, siendo estas dificultades mayores en mujeres y aumentando con la edad. Un 23,4% manifiesta alguna o mucha dificultad para recordar o concentrarse, más frecuente en mujeres y aumentando con la edad. Un 40,1% presenta al menos una de estas tres limitaciones (caminar, subir/bajar escalones, recordar/concentrarse).

Fragilidad: Un 15,6% de la población presenta fragilidad y un 53,2% está se encuentra en estado de prefragilidad. La fragilidad es más frecuente en mujeres (18,5%) que en hombres (12,0%) y aumenta con la edad (del 13,9% en 65-69 años al 18,7% en 75-79 años). Se asocia a menor nivel educativo (especialmente en mujeres) y a dificultades económicas.

Dificultad para actividades de la vida diaria: El 92,5% es independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Un 4,7% tiene dependencia ligera y un 2,9% moderada o grave/total. La independencia disminuye con la edad, especialmente en el grupo de 75-79 años (88,4%). Solo el 56,1% es independiente para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Un 35,3% presenta dependencia ligera y un 8,6% dependencia moderada o grave/total. Las mujeres muestran una independencia mucho menor (43,2%) que los hombres (72,1%). La independencia disminuye significativamente con la edad (del 63,3% en 65-69 años al 45,0% en 75-79 años). Las tareas domésticas pesadas son las que más dificultad presentan (42,3% con alguna o mucha dificultad). La dependencia en AIVD se asocia a menor nivel educativo y mayores dificultades económicas.

Caídas: El 13,8% de la población presenta un alto riesgo de caídas, siendo mayor en mujeres (18,7%) que en hombres (7,9%). Un 36,4% tiene miedo a caerse (17,5% siempre/frecuentemente), especialmente las mujeres (49,0%) y aumentando con la edad. Un 40,3% de quienes tienen miedo ven limitada su actividad por ello.

Dolor persistente: Casi la mitad de la población (48,9%) refiere algún grado de dolor físico persistente en las últimas cuatro semanas, siendo severo/extremo en el 10,5%. Las mujeres reportan dolor con más frecuencia e intensidad (14,5% severo/extremo) que los hombres (5,7%). El dolor aumenta con la edad. Un 29,7% de quienes sufren dolor ven limitada su actividad por esta causa.

Salud mental: Un 20,1% presenta algún grado de sintomatología depresiva (PHQ-8), siendo moderada-grave en el 5,6%. Las mujeres muestran porcentajes de sintomatología considerablemente más altos (8,2% moderada-grave) que los hombres (2,4%). La sintomatología tiende a aumentar ligeramente con la edad y se asocia a menor nivel educativo y dificultades económicas.

Relaciones sociales: El 55,9% refiere apoyo social fuerte (OSLO-3), un 34,7% intermedio y un 9,4% pobre. No hay grandes diferencias por sexo. El apoyo fuerte tiende a disminuir y el pobre a aumentar con la edad. El apoyo pobre se asocia fuertemente con dificultades económicas. En relación al sentimiento de soledad, un 7,6% se siente solo bastantes veces/siempre y un 16,4% pocas veces. Las mujeres (10,3% bastantes veces/siempre) refieren más soledad que los hombres (4,4%). La soledad frecuente es mayor en el grupo de 70-74 años (9,2%) y se asocia a menor nivel educativo y dificultades económicas.

Participación comunitaria: Las actividades de barrio (74,8%) y las sociales (54,2%) son las más frecuentes. La participación tiende a disminuir con la edad en la mayoría de las actividades, especialmente en turismo (9,1%) y actividades formativas (21,0%) y culturales (31,3%). Las mujeres participan más que los hombres en actividades culturales, formativas y domésticas y los hombres más que las mujeres en sociales y turismo.

Personas mayores como cuidadoras: Un 10,9% cuida de alguna persona mayor o con dolencia crónica. Más mujeres (12,2%) que hombres (9,2%) son cuidadoras. El porcentaje de cuidadores disminuye con la edad (12,2% en 65-74 años a 6,8% en 75-79 años). Se asocia a mayor nivel educativo y, en algunos casos, a dificultades económicas.

Uso de nuevas tecnologías: El 81,1% dispone de teléfono móvil con acceso a internet. Los hombres (83,6%) refieren un uso mayor que las mujeres (79,0%). El uso disminuye notablemente con la edad (del 88,7% en 65-69 años al 68,5% en 75-79 años).

Conclusiones

Los resultados de 2024 para la población mayor de la Comunidad de Madrid indican que, si bien una mayoría percibe su salud como buena, una proporción relevante enfrenta problemas crónicos y limitaciones funcionales, especialmente mujeres y personas de mayor edad. La fragilidad y prefragilidad afectan a un gran porcentaje, con claras desigualdades

socioeconómicas y de género, al igual que la dependencia para actividades instrumentales. Las caídas y el miedo a estas, junto con el dolor persistente, son frecuentes y limitantes, sobre todo en mujeres. La salud mental revela una mayor carga de sintomatología depresiva en mujeres y en contextos de vulnerabilidad económica. Aunque el apoyo social fuerte es común, la soledad y el apoyo social pobre son problemas significativos para ciertos segmentos. La participación comunitaria es variable y una de cada diez personas mayores ejerce de cuidadora, con un claro sesgo de género. Persiste una brecha digital importante por edad y sexo, que se suma a las desigualdades socioeconómicas observadas en múltiples indicadores de salud y bienestar. Es crucial continuar la vigilancia y reforzar intervenciones específicas para abordar estos desafíos y promover un envejecimiento saludable y equitativo.

1. INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población es una realidad demográfica consolidada a nivel global y particularmente acentuada en Europa, donde se estima que para 2050 una proporción significativa de ciudadanos superará los 60 años¹. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya que el estado de salud es un pilar fundamental para afrontar esta transición demográfica, permitiendo que tanto los individuos como la sociedad en su conjunto puedan maximizar los beneficios inherentes a una mayor longevidad².

En las etapas avanzadas de la vida, la salud se ve influida de forma determinante por la presencia de trastornos crónicos. No obstante, muchos de estos pueden prevenirse o, al menos, retrasarse mediante la adopción y mantenimiento de hábitos de vida saludables. Durante este periodo vital es común observar una disminución de las capacidades físicas y cognitivas, que pueden oscilar entre estados de prefragilidad hasta la fragilidad establecida o, incluso, la discapacidad.

Esta situación, dinámica y compleja, puede afectar a la persona en dimensiones físicas (como fatiga, pérdida de peso involuntaria, debilidad, disminución de la velocidad de la marcha y bajo nivel de actividad física), psicológicas (alteraciones del ánimo, ansiedad, deterioro cognitivo) y sociales (aislamiento, falta de apoyo social). Su identificación temprana es crucial, ya que, estados como el de fragilidad, son predictores de eventos adversos como caídas, hospitalizaciones, institucionalización, discapacidad y mortalidad. En este sentido, la evaluación de la autonomía para las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria, el análisis del dolor persistente, el estado de la salud mental, la calidad y cantidad de las relaciones sociales y el impacto de las caídas, son elementos clave en la valoración integral de la persona mayor. Asimismo, los determinantes sociales, como el nivel educativo o la situación económica, juegan un papel modulador en la salud y el bienestar durante el envejecimiento.

Desde 2019, la Comunidad de Madrid, a través del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), monitoriza anualmente la salud de las personas de 65 a 79 años³. El presente informe detalla los resultados correspondientes al año 2024, enfocándose específicamente en la salud autopercebida, los problemas crónicos, la limitación de la actividad, la fragilidad, las dificultades en actividades de la vida diaria, las caídas, el dolor, la salud mental, las relaciones sociales, la participación comunitaria, el rol de las personas mayores como cuidadoras y el uso de nuevas tecnologías, ofreciendo una visión integral del estado de salud y discapacidad de este grupo de población.

2. METODOLOGÍA

Población

El SIVFRENT-M 2024 se basa en una encuesta telefónica anual dirigida a personas de entre 65 y 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, seleccionadas a partir del sistema CIBELES, que integra la información poblacional y sanitaria de la Tarjeta Sanitaria Individual. Para 2024 se estableció un tamaño muestral de aproximadamente 1.000 personas, distribuido en once olas mensuales a lo largo del año (exceptuando agosto), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

Diseño muestral

La extracción muestral se realizó a partir de la información más actualizada en aquel momento mediante un muestreo estratificado con los criterios siguientes: sexo, grupos de edad (65 a 69 años, 70 a 74 años y 75 a 79 años), área geográfica (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios).

La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el padrón continuo más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la selección muestral. Dentro de cada estrato, la

selección del individuo a entrevistar se realizó de forma aleatoria. Con esta estructura, para cada ola se extrajo la fracción muestral correspondiente a partir de las personas que al inicio de la ola tenían entre 65 y 79 años.

La recogida de información de carácter mensual (exceptuando el mes de agosto), permite tener en cuenta posibles variaciones estacionales en el año natural. Cada mes las entrevistas se concentraron en una semana, de lunes a sábado con la excepción del domingo, dado que la movilidad de la población en este día de la semana es elevada y puede provocar un nivel de ausencias importante y dar lugar a sesgos de selección.

Técnica de la encuesta

La encuesta se basó en la metodología de entrevista telefónica. Como técnica de entrevista se utilizó el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing), sistema de entrevista telefónica asistida por ordenador⁴.

Selección muestral

Dentro de cada estrato, la selección de la persona a entrevistar se realizó de forma aleatoria mediante el soporte informático. Cuando la persona no estaba en casa o no podía realizar la entrevista, se concertó entrevista diferida. En el caso de negativa por parte de la persona seleccionada a realizar la entrevista o que no se pudo confirmar que en la unidad contactada hubiera una persona del estrato de interés (discrepancia entre los datos registrados en CIBELES y los comunicados por la unidad contactada), se anotó la incidencia y se procedió a elegir aleatoriamente a otra persona del mismo estrato, repitiendo este proceso hasta encontrar respuesta afirmativa.

Cuestionario y definición de indicadores

El núcleo central de preguntas para este segundo informe relativo a salud, discapacidad y relaciones sociales incluye información sobre características sociodemográficas, económicas y educativas, además de salud autopercebida, problemas crónicos, limitación de la actividad, fragilidad, dificultad para actividades básicas de la vida diaria, caídas, dolor, salud mental y relaciones sociales.

En la *Tabla 1* se presenta la relación de variables e indicadores organizados según los apartados ya referidos.

Tabla 1. Relación de variables sociodemográficas e indicadores de salud, discapacidad y relaciones sociales. SIVFRENT-M, 2024.

VARIABLES E INDICADORES	CATEGORÍAS Y CRITERIOS
SOCIO-DEMOGRÁFICAS	
Sexo	Hombres / Mujeres
Edad en grupos	65-69 / 70-74 / 75-79
Ámbito geográfico	Madrid capital / Corona metropolitana / Resto de municipios
País de nacimiento	España / Otros países
Estado civil	Casado-a o vive en pareja / Soltero-a / Separado-a / Divorciado-a / Viudo-a
Nivel educativo	Básico e inferior / Intermedio / Superior Básico e inferior: personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tienen estudios (equivalente a nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa) Intermedio: personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior) Superior: personas que han finalizado estudios universitarios (equivalente a nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado)
Situación laboral	Jubilado-Pensionista / Otros (trabajo activo, paro-ERTE, trabajo no remunerado-ama de casa)
Clase social	I-II / III / IV-V (según la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología SEE) Grupo I-II (Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as) Grupo III (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia) Grupo IV-V (Trabajadores/as manuales)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes	Con facilidad-Mucha facilidad / Con cierta facilidad / Con cierta dificultad / Con dificultad-Mucha dificultad
SALUD Y LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD	
Salud autopercebida	Mala-Muy mala / Regular / Buena-Muy buena
Problemas crónicos de salud	Presencia de algún problema crónico de salud / Ninguno
Limitación de la actividad GALI	Ninguna limitación / Limitación no grave-Limitación grave
Limitación física y cognitiva	Ninguna dificultad / alguna dificultad / Mucha dificultad-No puedo hacerlo Dificultad para andar 500 metros Dificultad para subir o bajar 12 escalones Dificultad para recordar o concentrarse
Sensación de cansancio	Nunca / Poco-Parte / Mayoría-Todo el tiempo (en las últimas 4 semanas)
Fragilidad FRAIL adaptado	No fragilidad (0 puntos) / Prefragilidad (1-2 puntos) / Fragilidad (≥ 3 puntos) <u>Deambulación:</u> dificultad para caminar 500 metros Sí = 1 punto <u>Resistencia:</u> dificultad para subir o bajar 12 escalones Sí = 1 punto <u>Cronicidad:</u> presencia de problemas crónicos de salud Sí = 1 punto <u>Fatigabilidad:</u> sensación de cansancio Todo/Mayoría del tiempo = 1 punto <u>Pérdida de peso:</u> cambio de peso porcentual $(\text{Peso hace 1 año} - \text{Peso actual} / \text{Peso hace 1 año}) \times 100 > 5\% = 1$ punto
DIFICULTAD PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) Katz adaptado	Nivel de dependencia: Independiente (50 puntos) / Ligera (40-45 puntos) / Moderada (30-35 puntos) / Grave (20-25 puntos)-Total (0-15 puntos) <u>Actividades:</u> 1. Alimentarse; 2. Sentarse, levantarse de silla o cama, acostarse; 3. Vestirse y desvestirse; 4. Micción, deposición, lavarse y arreglarse; 5. Ducharse o bañarse <u>Valoración de actividades:</u> "Ninguna dificultad" 10 puntos; "Alguna dificultad" 5 puntos; "Mucha dificultad/No puedo hacerlo" 0 puntos
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) Lawton y Brody adaptado	Nivel de dependencia: Independiente (70 puntos) / Ligera (55-65 puntos) / Moderada (40-50 puntos) / Grave (20-35 puntos)-Total (0-15 puntos) <u>Actividades:</u> 1. Preparar comidas; 2. Uso teléfono; 3. Hacer compras; 4. Tomar medicamentos; 5. Tareas domésticas ligeras; 6. Tareas domésticas de esfuerzo; 7. Administrar dinero <u>Valoración de actividades:</u> "Ninguna dificultad" 10 puntos; "Alguna dificultad" 5 puntos; "Mucha dificultad/No puedo hacerlo" 0 puntos

VARIABLES E INDICADORES	CATEGORÍAS Y CRITERIOS
CAÍDAS	
Problemas para andar o trasladarse	Nunca / Algunas veces-Raramente / Frecuentemente-Siempre
Caídas en el último año	Ninguna / Una-Dos o más
Alto riesgo de caídas	Problemas para andar o trasladarse Siempre/Frecuentemente + Una o más caídas en el último año
Miedo a caerse	Nunca / Algunas veces-Raramente / Frecuentemente-Siempre
Limitación de la actividad por miedo a caerse	Nada / Poco-Algo / Bastante-Mucho
DOLOR	
Dolor físico persistente	Ninguno / Muy leve-Leve / Moderado / Severo-Extremo (en las últimas 4 semanas)
Limitación de actividad por dolor	Nada / Un poco-Moderadamente / Bastante-Mucho (en las últimas 4 semanas)
SALUD MENTAL	
Depresión PHQ-8	Sintomatología: Ninguna (0-4 puntos) / Leve (5-9 puntos) / Moderada (10-14 puntos)- Moderadamente grave (15-19 puntos)- Grave (20-24 puntos)
	Dimensiones (en las últimas 2 semanas): 1. Poco interés o alegría por hacer cosas 2. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a, o desesperanzado/a 3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado 4. Sensación de cansancio o de tener poca energía 5. Poco apetito o comer demasiado 6. Sentirse mal consigo mismo/a, sentir que es un fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a 7. Problemas para concentración 8. Moverse o hablar despacio o lo contrario, estar inquieto/a agitado/a
	Valoración de dimensiones: "0-1 días" 0 puntos; "Varios días" 1 punto; "Más de la mitad de los días" 2 puntos; "Casi todos los días" 3 puntos
RELACIONES SOCIALES	
Apoyo social OSLO-3	Nivel de apoyo: Pobre (3-8 puntos) / Intermedio (9-11 puntos) / Fuerte (12-14 puntos)
	1. Personas cercanas en caso de problema grave: "Ninguna" 1 punto; "1 o 2 personas" 2 puntos; "3 a 5 personas" 3 puntos; "Más de 5 personas" 4 puntos 2. Interés por lo que les pasa: "Nada" 1 punto; "Poco" 2 puntos; "Ni mucho ni poco" 3 puntos; "Algo" 4 puntos; "Mucho" 5 puntos 3. Poder obtener ayuda de vecinos: "Muy difícil" 1 punto; "Difícil" 2 puntos; "Es posible" 3 puntos; "Fácil" 4 puntos; "Muy fácil" 5 puntos
	Sentimiento de soledad
Participación comunitaria	Nunca o casi nunca / Pocas veces / Bastantes veces-Casi siempre o siempre
	Menos de 1 vez al mes / Una o más veces al mes
	Por tipo de actividad: 1. Culturales 2. Formativas 3. Sociales 4. Hacer turismo o excursiones, viajar 5. Domésticas 6. Barrio 7. Asociaciones
Personas mayores como cuidadoras	
Cuida de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica	Cuida al menos una vez a la semana: Sí / No (excluye los casos en que esta actividad forma parte del trabajo)
Uso de nuevas tecnologías	
Dispone de teléfono móvil con acceso a internet	Sí / No
	Lo utiliza para: Mandar mensajes y Whatsapp / Conectarse a internet / Otros usos

Estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

En el análisis de resultados se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. Determinados indicadores se han analizado por determinantes sociales, que se han construido de la siguiente forma:

- 1.- País de nacimiento: se refiere al país de nacimiento de la persona encuestada: nacida en España o fuera de España.
- 2.- Nivel de estudios: se construye identificando el nivel de estudios más elevado alcanzado. Siguiendo la Clasificación Nacional de Educación de 2014 (CNED-2014), la cual está basada en la

Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 2011 (CINE-2011); el nivel educativo se ha agrupado en tres categorías⁵:

- Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios (equivalente a Nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado).
- Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a Nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior).
- Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO o no tienen estudios (equivalente a Nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa).

3.- Situación laboral: Trabajo activo, paro/ERTE, estudiante, trabajo no remunerado (amas de casa) y jubilada o pensionista.

4.- Clase social: En base a la clasificación exhaustiva propuesta para la Clase Social Ocupacional (CSO) de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)⁶, la cual se basa a la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011 (CNO), se utilizó la clasificación agrupada III y se denominó a las categorías como:

- Grupo I-II (Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as).
- Grupo III (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia).
- Grupo IV-V (Trabajadores/as manuales).

5. Dificultades económicas para llegar a fin de mes. Se preguntó: *Con los ingresos de su hogar, ¿cómo suele llegar usted, o en su caso, usted y su familia, en la actualidad a fin de mes?* Con mucha dificultad, con dificultad, con cierta/alguna dificultad, con cierta/alguna facilidad, con facilidad, con mucha facilidad'. Agrupado en cuatro categorías, de menor a mayor dificultad económica.

- Con facilidad o mucha facilidad.
- Con alguna facilidad.
- Con alguna dificultad.
- Con dificultad o mucha dificultad.

Se utilizó el software de análisis de datos Stata v.18. De los indicadores propuestos se presentan los porcentajes e intervalos de confianza al 95% (IC95%).

3. RESULTADOS

Se han realizado un total de 1.008 encuestas en personas de 65 a 79 años de edad. Las características de la muestra se presentan en la *Tabla 2*.

Tabla 2. Características de la muestra y su distribución por sexo, SIVFRENT-M 2024.

	Hombre	Mujer	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Número de encuestas (% fila)	457 (45,3%)	551 (54,7%)	1.008 (100,0%)
Tasa de respuesta			62,7%
Edad			
65 a 69	193 (42,2%)	204 (37,0%)	397 (39,4%)
70 a 74	156 (34,1%)	204 (37,0%)	360 (35,7%)
75 a 79	108 (23,6%)	143 (26,0%)	251 (24,9%)
Ámbito geográfico			
Madrid capital	217 (47,5%)	300 (54,4%)	517 (51,3%)
Corona metropolitana	205 (44,9%)	227 (41,2%)	432 (42,9%)
Resto de municipios	35 (7,7%)	24 (4,4%)	59 (5,9%)
País de nacimiento			
España	425 (93,0%)	485 (88,0%)	910 (90,3%)
Otros países	32 (7,0%)	66 (12,0%)	98 (9,7%)
Estado civil/Convivencia			
Casado/a - Vive en pareja	371 (81,7%)	304 (55,7%)	675 (67,5%)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	56 (12,3%)	124 (22,7%)	180 (18,0%)
Viudo/a	27 (5,9%)	118 (21,6%)	145 (14,5%)
Nivel educativo¹			
Superior	162 (35,4%)	138 (25,0%)	300 (29,8%)
Intermedio	129 (28,2%)	142 (25,8%)	271 (26,9%)
Básico e inferior	166 (36,3%)	271 (49,2%)	437 (43,4%)
Situación laboral			
Jubilado/Pensionista	397 (86,9%)	434 (78,8%)	831 (82,4%)
Otros ²	60 (13,1%)	117 (21,2%)	177 (17,6%)
Clase social³			
Grupo I-II	192 (42,5%)	121 (25,3%)	313 (33,6%)
Grupo III	82 (18,1%)	146 (30,5%)	228 (24,5%)
Grupo IV-V	178 (39,4%)	212 (44,3%)	390 (41,9%)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes			
Con facilidad/mucha facilidad	201 (45,4%)	219 (42,6%)	420 (43,9%)
Con cierta facilidad	159 (35,9%)	160 (31,1%)	319 (33,3%)
Con cierta dificultad	56 (12,6%)	76 (14,8%)	132 (13,8%)
Con dificultad/mucha dificultad	27 (6,1%)	59 (11,5%)	86 (9,0%)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

³ Clase social: grupo I-II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); Grupo III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; Grupo IV-V (trabajadores/as manuales).

A continuación, se presentan los resultados relativos a los diferentes indicadores por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por sexo y edad. En las figuras se presenta la distribución por sexo y la evolución desde 2019.

3.1. Salud autopercebida y problemas crónicos de salud

En cuanto a la **percepción de la propia de salud**, un porcentaje mayoritario de la población, concretamente un 59,3%, percibe su salud como buena (50,3%) o muy buena (9,0%). No obstante, es importante destacar que un 31,9% la califica de regular y un 8,7% de mala o muy mala, lo que evidencia un subgrupo considerable con una autovaloración negativa de su estado de salud. En cuanto a las diferencias **por sexo**, los hombres tienden a reportar una mejor salud autopercebida, con un 62,8% indicando salud buena o muy buena (55,3% y 7,5% respectivamente), frente al 56,6% de las mujeres (46,3% y 10,3% respectivamente). Analizando **por grupos de edad**, se observa una tendencia decreciente en la percepción de salud buena o muy buena hasta el grupo de mayor edad; el grupo de 65-69 años presenta un 62,1%, el de 70-74 años un 59,1% y el de 75-79 años un 55,4%. Paralelamente, la percepción de salud regular muestra un incremento progresivo con la edad (29,8% en 65-69 años, 31,4% en 70-74 años y 35,9% en 75-79 años) (*Tabla 3*).

Más de la mitad de la población, un 56,5%, manifiesta padecer algún **problema crónico de salud**. En la distribución **por sexo**, se observa una prevalencia ligeramente superior de problemas crónicos de salud en los hombres (58,2%) en comparación con las mujeres (55,1%). **Por grupos de edad**, la prevalencia de problemas crónicos muestra un ligero aumento entre el grupo de 65-69 años (55,8%) y el de 70-74 años (58,6%), seguido de un descenso no esperado en el grupo de 75-79 años (54,6%). Este descenso en el grupo de mayor edad, también observado en percepción de salud mala o muy mala, podría hipotéticamente deberse a un efecto de supervivencia, donde los individuos con mayor carga de cronicidad y peor salud podrían haber fallecido antes de alcanzar este rango etario (*Tabla 3*).

Tabla 3. Salud autopercebida y presencia de problemas crónicos de salud por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Salud autopercebida						
Muy Buena	9,0 (7,4-11,0)	7,5 (5,4-10,3)	10,3 (8,1-13,2)	9,6 (7,1-12,9)	9,4 (6,8-13,0)	7,6 (4,9-11,5)
Buena	50,3 (47,3-53,4)	55,3 (50,6-59,8)	46,3 (42,1-50,5)	52,5 (47,6-57,4)	49,7 (44,6-54,9)	47,8 (41,7-54,0)
Regular	31,9 (29,1-34,8)	28,9 (24,9-33,3)	34,3 (30,4-38,4)	29,8 (25,5-34,5)	31,4 (26,8-36,4)	35,9 (30,1-42,1)
Mala o muy mala	8,7 (7,1-10,7)	8,3 (6,1-11,3)	9,1 (6,9-11,8)	8,1 (5,8-11,2)	9,4 (6,8-13,0)	8,8 (5,8-13,0)
Problemas crónicos de salud						
	56,5 (53,4-59,5)	58,2 (53,6-62,6)	55,1 (50,9-59,2)	55,8 (50,8-60,7)	58,6 (53,4-63,6)	54,6 (48,3-60,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

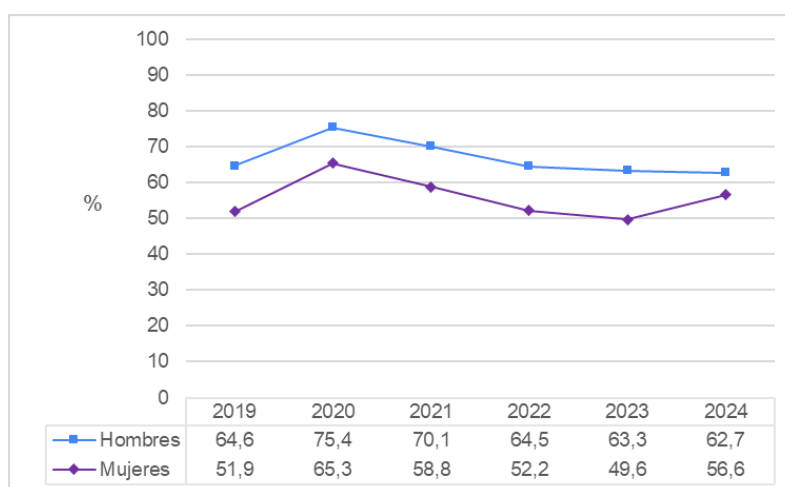
Se evidencia una clara relación entre la **salud autopercebida** y el **nivel educativo**: a mayor nivel de estudios, mejor es la percepción de salud, tanto en hombres como en mujeres. Por ejemplo, el 69,1% de los hombres con estudios superiores la considera buena/muy buena, descendiendo al 57,2% en aquellos con estudios básicos. En mujeres, la tendencia es similar (63,0% a 50,6%). En cuanto a la **clase social**, los hombres del grupo III (ocupaciones intermedias y autónomos) y del grupo I-II (directivos y profesionales) presentan los mayores porcentajes de buena/muy buena salud (63,4% y 64,1% respectivamente), mientras que en el grupo IV-V (trabajadores manuales) es del 61,2%. En las mujeres, el grupo III también lidera (66,4%), seguido del I-II

(60,3%), con una notable caída en el grupo IV-V (48,1%). La peor percepción de salud en las clases sociales IV-V, especialmente en mujeres, podría reflejar el impacto acumulado de condiciones laborales más duras y menor acceso a recursos. La **facilidad económica para llegar a fin de mes** muestra una fuerte correlación positiva: aquellos con mayor facilidad económica reportan mejor salud (hombres: del 67,7% con facilidad al 44,4% con dificultad; mujeres: del 65,3% al 30,5%), lo que sugiere que la seguridad financiera es un importante determinante de la salud autopercebida (*Anexo: tabla 1 y figura 1*).

La presencia de **problemas crónicos de salud** no muestra una relación clara y consistente con el **nivel educativo ni la clase social**, ni en hombres ni en mujeres. Estos hallazgos sugieren que la carga de enfermedad crónica no sigue un patrón simple de desigualdad social en esta población o que diferentes estratos sociales pueden estar expuestos a distintos tipos de problemas crónicos. Sin embargo, la **facilidad económica para llegar a fin de mes** sí se asocia con la cronicidad: tanto hombres como mujeres con dificultad/mucha dificultad para llegar a fin de mes, presentan las tasas más altas de problemas crónicos (70,4% y 69,5% respectivamente), mientras que aquellos con facilidad/mucha facilidad, tienen prevalencias menores (59,7% y 51,1% respectivamente) (*Anexo: tabla 2 y figura 2*).

La **evolución de la autopercepción de salud buena o muy buena** entre 2019 y 2024 revela fluctuaciones anuales, con diferencias persistentes por sexo. Los hombres han mantenido consistentemente porcentajes superiores a los de las mujeres. En 2020 se observó un pico para ambos sexos (75,4% en hombres y 65,3% en mujeres). Posteriormente, se aprecia una tendencia general a la disminución hasta 2024 en hombres (62,7%) y una ligera recuperación en mujeres (56,6%) frente a 2023 (49,6%) (*Figura 1*).

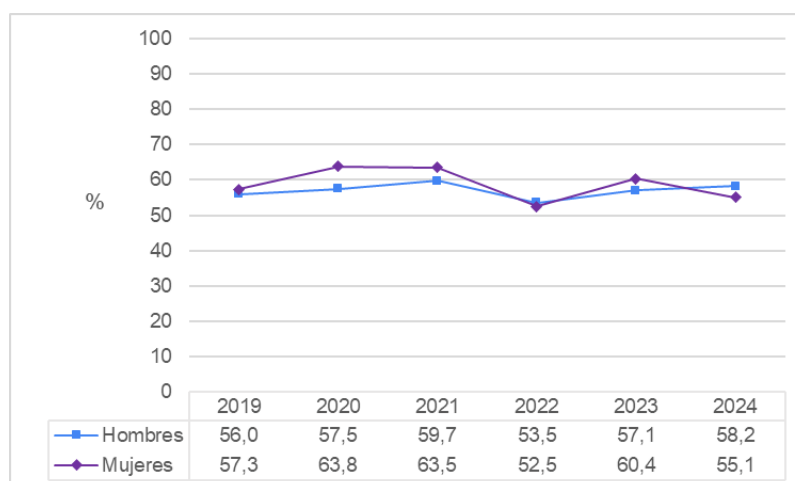
Figura 1. Evolución de salud autopercebida buena o muy buena por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

La **evolución de la presencia de algún problema crónico de salud** en la población mayor ha mostrado variaciones entre 2019 y 2024, con un comportamiento diferencial por sexo. Las mujeres presentaron las cifras más altas en 2020 (63,8%) y 2021 (63,5%), mientras que los hombres alcanzaron su máximo en 2021 (59,7%). A lo largo del periodo, no se observa una tendencia lineal clara de aumento o disminución para ninguno de los sexos, sino más bien fluctuaciones (*Figura 2*).

Figura 2. Evolución de la presencia de algún problema crónico de salud por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.2. Limitación de la actividad

Como indicador de la limitación para actividades se ha utilizado el **Indicador General de Limitación de Actividad (GALI)**^{7,8}. Es un índice simple de incapacidad subjetiva o percibida que, con la pregunta *¿Está usted limitado (no puede hacer algunas cosas) por un problema de salud para las actividades que realiza la gente habitualmente?*, trata de capturar tres dimensiones: 1) la presencia de limitación de actividad, 2) si se trata de una limitación para las actividades que la gente normalmente realiza, 3) si esa limitación, en el caso de que exista, se debe a un problema de salud.

Un 73,7% de la población no refiere ninguna limitación en su actividad diaria. No obstante, un 23,0% se encuentra limitado pero no gravemente y un 3,3% presenta una limitación grave. Estos datos indican que, aunque una amplia mayoría mantiene su funcionalidad, aproximadamente una cuarta parte de este grupo etario experimenta algún grado de restricción. Al analizar **por sexo**, se observa que los hombres presentan en menor medida limitaciones en la actividad: un 77,2% de ellos no tiene ninguna limitación, frente al 70,9% de las mujeres. Consecuentemente, las mujeres muestran mayores porcentajes en las categorías de limitado pero no gravemente (25,1% frente a 20,4%) y gravemente limitado (4,0% frente a 2,4%). **Por grupos de edad**, la limitación de la actividad muestra una clara tendencia a aumentar. El porcentaje de personas sin ninguna limitación desciende desde un 75,1% en el grupo de 65-69 años hasta un 68,4% en el de 75-79 años. De forma paralela, la proporción de individuos con limitación pero no grave aumenta del 21,7% al 26,4% y la de limitación grave del 3,3% al 5,2% entre los mismos grupos de edad. Este patrón es esperable, dado que el envejecimiento se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar condiciones que restringen la capacidad funcional (Tabla 4).

Tabla 4. Indicadores de limitación de la actividad por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

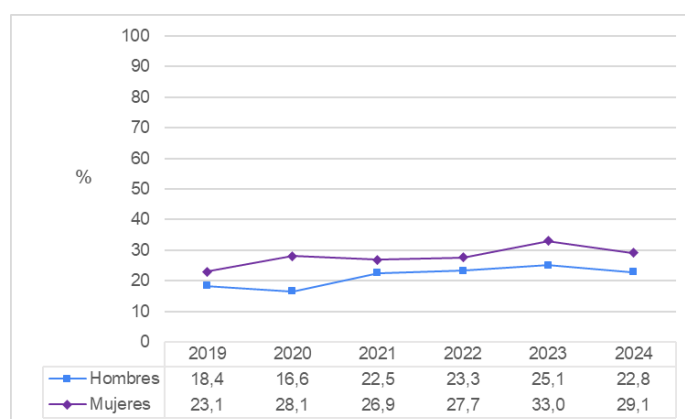
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Grado de limitación						
Nada limitado	73,7 (70,9-76,3)	77,2 (73,1-80,8)	70,9 (66,9-74,5)	75,1 (70,6-79,1)	76,0 (71,3-80,1)	68,4 (62,5-73,8)
Limitado pero no gravemente	23,0 (20,5-25,7)	20,4 (16,9-24,3)	25,1 (21,7-28,9)	21,7 (17,9-26,0)	22,1 (18,1-26,6)	26,4 (21,4-32,1)
Gravemente limitado	3,3 (2,3-4,6)	2,4 (1,3-4,3)	4,0 (2,6-6,0)	3,3 (1,9-5,6)	2,0 (0,9-4,1)	5,2 (3,0-8,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

La **evolución de la presencia de algún grado de limitación de la actividad** entre 2019 y 2024 muestra que las mujeres presentan consistentemente porcentajes más altos de limitación que los hombres. En 2024, el 29,1% de las mujeres y el 22,8% de los hombres reportaron alguna limitación. A lo largo del periodo, se observan fluctuaciones en ambos sexos. Para las mujeres, la prevalencia de limitación alcanzó su punto más alto en 2023 (33,0%) y el más bajo en 2019 (23,1%). En los hombres, el máximo se dio en 2023 (25,1%) y el mínimo en 2020 (16,6%) (Figura 3).

Figura 3. Evolución de la presencia de algún grado de limitación de la actividad por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Tipo de limitación

Entre las personas que reportan algún grado de limitación, la de **tipo físico** es la predominante, afectando al 91,3% de este subgrupo. La limitación de **origen exclusivamente mental** es muy infrecuente (0,8%), mientras que la **coexistencia de limitaciones físicas y mentales** se observa en un 8,0%. En cuanto al tipo de limitación **por sexo**, los hombres con alguna limitación reportan con mayor frecuencia que esta sea exclusivamente física (93,3%) en comparación con las mujeres (89,9%). Por otro lado, las mujeres con limitación presentan una proporción ligeramente mayor de ambas limitaciones (física y mental), con un 8,8% frente al 6,7% en los hombres. Analizando **por grupos de edad**, se observa que la categoría de ambas limitaciones es más frecuente en el grupo más joven, 65-69 años (13,1%), disminuyendo en los grupos de 70-74 años (4,7%) y 75-79 años (5,1%). Inversamente, la limitación exclusivamente física aumenta su representatividad con la edad entre las personas con limitación (84,8% en 65-69, 95,3% en 70-74 y 94,9% en 75-79 años).

A continuación, se analizan indicadores específicos que profundizan en esas limitaciones y dificultades descritas hasta ahora (Tabla 5).

Dificultad para caminar 500 metros

Una amplia mayoría de la población (85,8%) no experimenta ninguna dificultad para caminar 500 metros. Sin embargo, un 9,9% refiere alguna dificultad y un 4,3% mucha dificultad/no puede hacerlo. Estos datos sugieren que, si bien la capacidad de deambulación se conserva en gran medida, existe un subgrupo cercano al 14% con restricciones que pueden comprometer su movilidad.

En el análisis por sexo, los hombres reportan menos dificultades: el 88,2% no tiene ninguna dificultad, frente al 83,8% de las mujeres. Las mujeres presentan mayores porcentajes en la categoría de alguna dificultad (11,1% frente al 8,5% en hombres). Del mismo modo, en la categoría mucha dificultad/no puedo hacerlo, el porcentaje en hombres (3,3%) es inferior al de las mujeres (5,1%).

La dificultad para caminar 500 metros aumenta con la edad. El porcentaje de personas sin ninguna dificultad pasa de 87,7% en el grupo de 65-69 años a 79,7% en el de 75-79 años. La categoría mucha dificultad/no puedo hacerlo se incrementa desde el 4,0% en el grupo de 65-69 años hasta el 6,8% en el de 75-79 años, reflejando el deterioro funcional asociado al envejecimiento.

Dificultad para subir o bajar 12 escalones

Un 75,6% de la población total manifiesta no tener ninguna dificultad para subir o bajar 12 escalones. No obstante, un 17,4% reporta alguna dificultad y un 7,0% mucha dificultad/no puede hacerlo. Esta actividad, que demanda mayor esfuerzo y equilibrio, revela una mayor proporción de personas con dificultades en comparación con caminar en llano.

Nuevamente, los hombres refieren menos dificultades, con un 82,7% sin ninguna dificultad, comparado con el 69,7% de las mujeres. Las mujeres presentan un porcentaje considerablemente mayor en alguna dificultad (20,7% frente al 13,3% en hombres). En la categoría mucha dificultad/no puedo hacerlo, el porcentaje en hombres (3,9%) es también inferior al de las mujeres (9,6%).

La dificultad para subir o bajar escalones se incrementa claramente con la edad. El porcentaje de personas sin ninguna dificultad desciende del 79,1% en el grupo de 65-69 años al 70,1% en el de 75-79 años. De forma inversa, la categoría mucha dificultad/no puedo hacerlo aumenta del 5,5% en el grupo más joven al 12,0% en el de mayor edad, lo que evidencia un deterioro funcional progresivo.

Dificultad para recordar y concentrarse

En lo referente a la función cognitiva, el 76,6% de la población total declara no tener ninguna dificultad para recordar o concentrarse. Un 21,6% manifiesta alguna dificultad y un 1,8% mucha dificultad/no puede hacerlo. Si bien la mayoría no percibe problemas, es relevante que más de una quinta parte sí refiera alguna dificultad, lo que podría tener implicaciones en su autonomía y manejo de la vida diaria.

Los hombres reportan menos problemas de memoria o concentración (82,3% sin ninguna dificultad) que las mujeres (71,9%). Consecuentemente, las mujeres presentan un porcentaje mucho mayor en alguna dificultad (26,1% frente al 16,2% en hombres). En la categoría mucha dificultad/no puedo hacerlo, el porcentaje en hombres (1,5%) es inferior al de las mujeres (2,0%).

Por grupos de edad, la prevalencia de no tener ninguna dificultad para recordar o concentrarse disminuye con la edad, pasando del 81,6% en el grupo de 65-69 años al 69,3% en el de 75-79 años. La categoría mucha dificultad/no puedo hacerlo muestra un incremento con la edad, desde el 1,8% en el grupo de 65-69 años hasta el 2,4% en el de 75-79 años.

Tabla 5. Dificultad para caminar 500 metros, para subir o bajar 12 escalones y para recordar o concentrarse por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

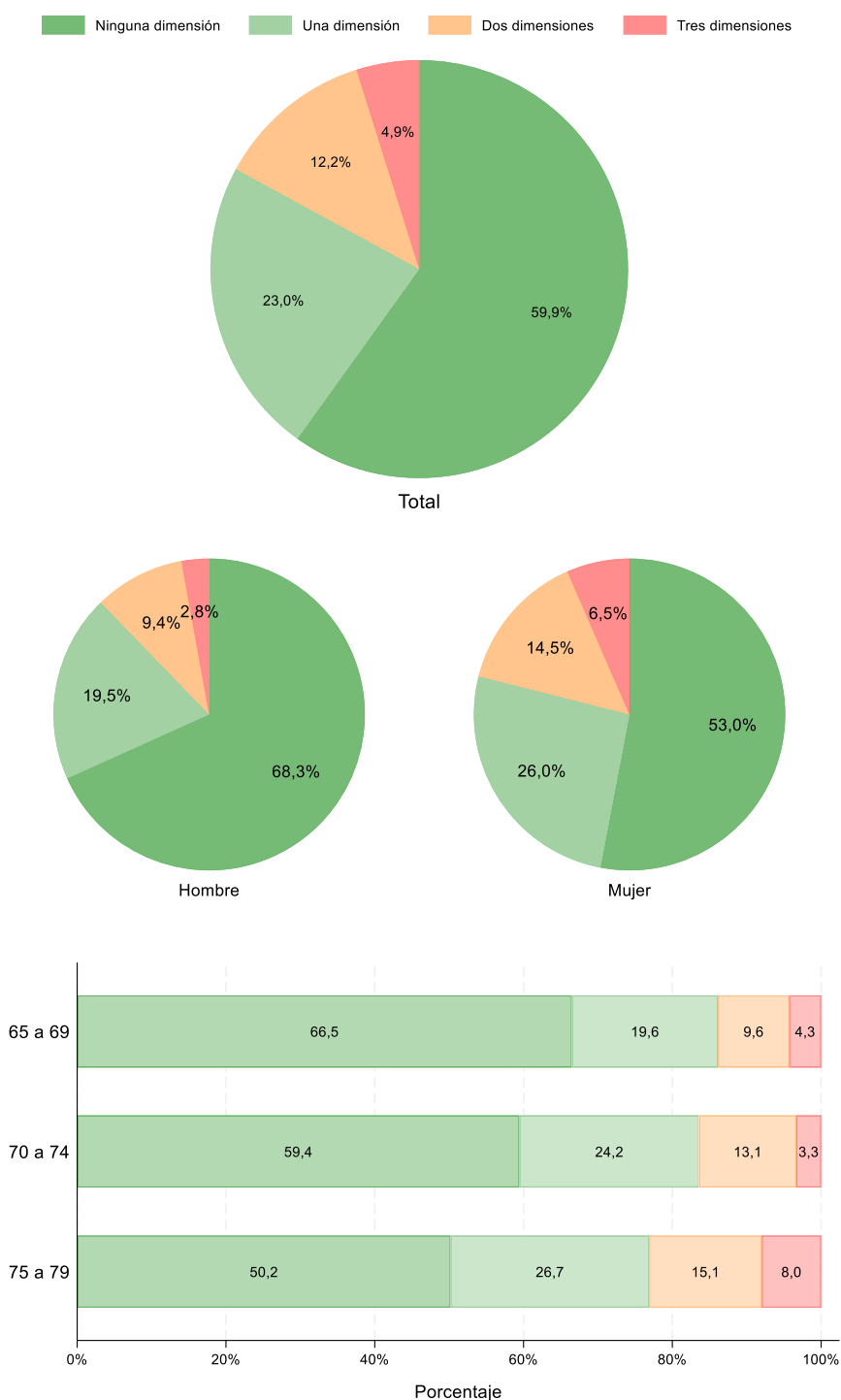
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Caminar 500 metros						
No, ninguna dificultad	85,8 (83,5-87,8)	88,2 (84,9-90,8)	83,8 (80,5-86,7)	87,7 (84,0-90,5)	88,1 (84,2-91,0)	79,7 (74,2-84,3)
Sí, alguna dificultad	9,9 (8,2-11,9)	8,5 (6,3-11,5)	11,1 (8,7-14,0)	8,3 (6,0-11,5)	9,2 (6,6-12,7)	13,5 (9,8-18,4)
Sí, mucha dificultad / No puedo hacerlo	4,3 (3,2-5,7)	3,3 (2,0-5,4)	5,1 (3,5-7,3)	4,0 (2,5-6,5)	2,8 (1,5-5,1)	6,8 (4,2-10,7)
Subir o bajar 12 escalones						
No, ninguna dificultad	75,6 (72,9-78,1)	82,7 (79,0-85,9)	69,7 (65,7-73,4)	79,1 (74,8-82,8)	75,6 (70,9-79,7)	70,1 (64,1-75,5)
Sí, alguna dificultad	17,4 (15,2-19,8)	13,3 (10,5-16,8)	20,7 (17,5-24,3)	15,4 (12,2-19,2)	19,2 (15,4-23,6)	17,9 (13,6-23,2)
Sí, mucha dificultad / No puedo hacerlo	7,0 (5,6-8,8)	3,9 (2,5-6,2)	9,6 (7,4-12,4)	5,5 (3,7-8,3)	5,3 (3,4-8,1)	12,0 (8,5-16,6)
Recordar y concentrarse						
No, ninguna dificultad	76,6 (73,9-79,1)	82,3 (78,5-85,5)	71,9 (68,0-75,5)	81,6 (77,5-85,1)	76,1 (71,5-80,2)	69,3 (63,3-74,7)
Sí, alguna dificultad	21,6 (19,2-24,3)	16,2 (13,1-19,8)	26,1 (22,6-30,0)	16,6 (13,3-20,6)	22,5 (18,5-27,1)	28,3 (23,0-34,2)
Sí, mucha dificultad / No puedo hacerlo	1,8 (1,1-2,8)	1,5 (0,7-3,2)	2,0 (1,1-3,6)	1,8 (0,8-3,6)	1,4 (0,6-3,3)	2,4 (1,1-5,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Considerando la **afectación de ninguna, una o varias de las tres dimensiones estudiadas**, el 59,9% de la población no presenta limitaciones en ninguna de las tres dimensiones evaluadas. Sin embargo, un 40,1% presenta al menos una limitación: el 23,0% tiene afectada una dimensión, el 12,2% dos y el 4,9% las tres. **Por sexo**, los hombres presentan una mejor condición funcional: el 68,3% no tiene limitaciones frente al 53,0% de las mujeres y solo un 2,8% tiene afectadas las tres dimensiones, en comparación con un 6,5% en mujeres. **En cuanto a la edad**, se observa una clara tendencia al aumento de las limitaciones funcionales con el envejecimiento. El 66,5% de 65 a 69 años no presenta ninguna limitación, cifra que desciende al 50,2% en el grupo de 75 a 79 años. Asimismo, el porcentaje con afectación en las tres dimensiones se incrementa del 4,3% al 8,0% entre esos grupos etarios. Estos resultados subrayan la importancia de las intervenciones preventivas y de promoción de la autonomía en edades avanzadas, especialmente entre mujeres y personas mayores de 75 años (*Figura 4*).

Figura 4. Limitación de actividad: afectación de ninguna, una o varias dimensiones, por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.3. Fragilidad

La fragilidad se define como un estado de prediscapacidad y un factor de riesgo para el desarrollo de nuevas discapacidades; su relevancia radica en que evalúa la funcionalidad global del sujeto, más allá del simple diagnóstico de enfermedad. Constituye un predictor robusto de eventos adversos en salud a corto, medio y largo plazo⁹⁻¹¹. Para su medición se emplea la **escala FRAIL**, compuesta por cinco ítems que exploran los siguientes dominios: deambulación,

resistencia, cronicidad, fatigabilidad y pérdida de peso¹². Cada ítem puntúa 1 punto; se considera fragilidad con una puntuación de 3 a 5 y en estado de prefragilidad con 1 o 2 puntos. Se han adaptado las preguntas del cuestionario SIVFRENT-M al grupo de edad estudiado del siguiente modo: la capacidad de recorrer 500 metros/**deambulaci3n**, dificultad para subir o bajar 12 escalones/**resistencia**, la presencia o ausencia de enfermedad cr3nica/**cronicidad**, la sensaci3n de cansancio/**fatigabilidad** y cambio de peso porcentual <5%/**p3rdida de peso**.

A continuaci3n, se analiza la distribuci3n por sexo y grupos de edad de la fragilidad en la poblaci3n mayor (Tabla 6).

En la poblaci3n estudiada, un 31,3% se clasifica como “No fragilidad”, mientras que la mayoría, un 53,2%, se encuentra en estado de “Prefragilidad”. Un 15,6% presenta “Fragilidad” propiamente dicha. Estos datos son cruciales, ya que la fragilidad es un predictor de eventos adversos en salud. La alta prevalencia de prefragilidad señaala una importante ventana para la intervenci3n preventiva.

Por sexo, se observan diferencias relevantes con un mayor porcentaje de hombres sin fragilidad (33,0%) en comparaci3n con las mujeres (29,8%) y una menor prevalencia de fragilidad (12,0% en hombres frente al 18,5% en mujeres). Adem3s, la mayor proporci3n de prefragilidad en hombres (54,9%) respecto a mujeres (51,7%) sugiere posibles diferencias en estilos de vida, acceso a recursos preventivos y percepci3n de la salud.

El an3lisis **por grupos de edad** revela una tendencia clara: a mayor edad, aumenta la prevalencia de fragilidad. Esta se incrementa del 13,9% en el grupo de 65-69 años hasta el 18,7% en el de 75-79 años, mientras que la proporci3n sin fragilidad desciende de 33,2% a 29,5% en esos mismos grupos. La ligera disminuci3n de la prefragilidad en el grupo de mayor edad podría deberse a la progresi3n hacia estadios m3s avanzados de fragilidad.

Tabla 6. Fragilidad* por sexo y grupos de edad (%). Poblaci3n de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
No fragilidad	31,3 (28,5-34,2)	33,0 (28,9-37,5)	29,8 (26,1-33,7)	33,2 (28,8-38,1)	30,3 (25,7-35,2)	29,5 (24,1-35,5)
Prefragilidad	53,2 (50,1-56,3)	54,9 (50,3-59,5)	51,7 (47,5-55,9)	52,9 (47,9-57,8)	54,4 (49,2-59,6)	51,8 (45,5-58,0)
Fragilidad	15,6 (13,5-17,9)	12,0 (9,3-15,4)	18,5 (15,5-22,0)	13,9 (10,8-17,6)	15,3 (11,9-19,4)	18,7 (14,3-24,1)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en poblaci3n mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

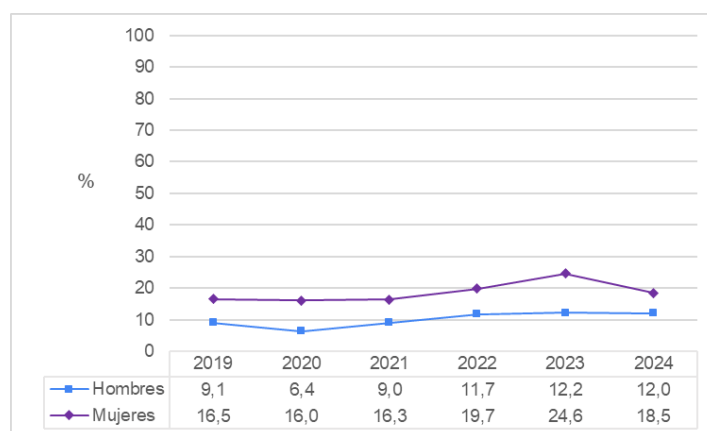
* No fragilidad (0 puntos); Prefragilidad (1-2 puntos); Fragilidad (≥ 3 puntos)

El **estado de fragilidad** muestra una asociaci3n clara con el **nivel educativo** en mujeres: la prevalencia de fragilidad aumenta a medida que disminuye el nivel educativo (10,9% en nivel superior, 14,8% en intermedio y 24,4% en b3sico/inferior). En hombres, este patr3n no es tan evidente (11,7% superior, 10,9% intermedio y 13,3% b3sico/inferior). La **clase social** se asocia con la fragilidad: en ambos sexos, el grupo IV-V (trabajadores manuales) presenta las mayores prevalencias (15,2% en hombres, 21,7% en mujeres). La **facilidad econ3mica para llegar a fin de mes** es un determinante crucial: la fragilidad se dispara en aquellos con dificultades econ3micas. En hombres, pasa del 6,0% (facilidad/mucha facilidad) al 37,0% (dificultad/mucha dificultad); en mujeres, del 12,8% al 37,3% (Anexo: tabla 3 y figura 3).

El an3lisis de la **evoluci3n del estado de fragilidad** en hombres y mujeres refleja que las mujeres presentan consistentemente mayores porcentajes de fragilidad que los hombres. Se observa una tendencia ascendente en ambos sexos hasta 2023, seguida de un descenso en 2024, m3s acusado en mujeres. El incremento m3s notable se produjo entre 2021 y 2023, cuando la

fragilidad en mujeres aumentó 8,3 puntos porcentuales (de 16,3% a 24,6%), mientras que en hombres el incremento fue más gradual, alcanzando su máximo en 2023 (12,2%) (Figura 5).

Figura 5. Evolución de la fragilidad por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.4. Dificultad para actividades de la vida diaria

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Para la evaluación de las ABVD se emplea el **índice Katz** adaptado, que trata de medir la capacidad de la persona para realizar tareas esenciales de autocuidado que le permiten mantenerse autónoma en su entorno habitual, como son: **alimentarse, movilizarse, vestirse, asearse y controlar esfínteres**¹³. Para las actividades valoradas, la puntuación según el grado de dificultad es de 10 puntos “ninguna dificultad”, 5 puntos “alguna dificultad”, 0 puntos “mucha dificultad/no puedo hacerlo”. Según la puntuación obtenida, las personas se clasifican en niveles de **independencia o dependencia ligera, moderada o grave/total**. Se define independencia como la obtención de 50 puntos; dependencia ligera, de 40-45 puntos; dependencia moderada, de 30-35 puntos; dependencia grave, de 20-25; y dependencia total, de 0-15 puntos.

Si se considera cada actividad por separado, las personas encuestadas declaran realizarlas sin ninguna dificultad en porcentajes muy elevados (94,2% es el valor más bajo, referido a sentarse, levantarse o acostarse).

Si se analiza por nivel de dependencia, la gran mayoría de la población mayor (92,5%) es independiente para realizar las ABVD. Un 4,7% presenta una dependencia ligera, mientras que los niveles de dependencia moderada (1,3%) y grave/total (1,6%) son minoritarios. En la distribución **por sexo**, no se aprecian diferencias sustanciales en la independencia para las ABVD (93,0% en hombres y 92,0% en mujeres). Los porcentajes de dependencia ligera son también muy similares (4,8% hombres, 4,5% mujeres). En los niveles de dependencia moderada y grave/total, las mujeres presentan cifras ligeramente superiores (1,5% y 2,0% respectivamente) en comparación con los hombres (1,1% en ambas categorías). La independencia para las ABVD muestra una tendencia a disminuir **por grupos de edad**, particularmente en el grupo de 75-79 años. Si bien los grupos de 65-69 y 70-74 años mantienen altos niveles de independencia (93,5% y 94,2% respectivamente), esta cifra desciende al 88,4% en el grupo de 75-79 años. Consecuentemente, la dependencia ligera aumenta del 3,8% en el grupo más joven al 8,4% en el de mayor edad. Los niveles de dependencia superiores no muestran un aumento tan acusado en grupos de edad superior (Tabla 7).

Tabla 7. Nivel de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

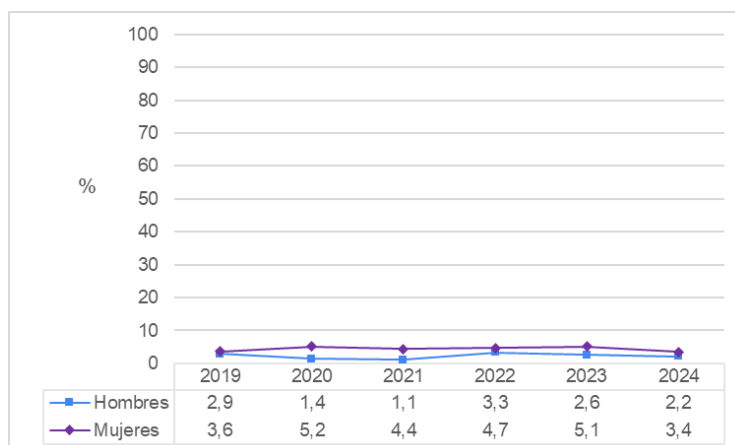
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Independiente	92,5 (90,7-93,9)	93,0 (90,3-95,0)	92,0 (89,4-94,0)	93,5 (90,5-95,5)	94,2 (91,2-96,2)	88,4 (83,8-91,9)
Ligera	4,7 (3,5-6,2)	4,8 (3,2-7,2)	4,5 (3,1-6,6)	3,8 (2,3-6,2)	3,1 (1,7-5,5)	8,4 (5,5-12,5)
Moderada	1,3 (0,7-2,2)	1,1 (0,5-2,6)	1,5 (0,7-2,9)	1,3 (0,5-3,0)	1,4 (0,6-3,3)	1,2 (0,4-3,7)
Grave/Total	1,6 (1,0-2,6)	1,1 (0,5-2,6)	2,0 (1,1-3,6)	1,5 (0,7-3,3)	1,4 (0,6-3,3)	2,0 (0,8-4,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

* Independiente (50 puntos); Ligera (40-45 puntos); Moderada (30-35 puntos); Grave (20-25 puntos)-Total (0-15 puntos)

La **evolución de la dependencia combinada (moderada, grave o total)** para las ABVD entre 2019 y 2024 muestra porcentajes consistentemente bajos para ambos sexos. Las mujeres han presentado, en general, tasas ligeramente superiores de este nivel de dependencia en comparación con los hombres. Se observan ligeras fluctuaciones anuales, con un pico para las mujeres en 2020 (5,2%) y para los hombres en 2022 (3,3%) (*Figura 6*).

Figura 6. Evolución de la dependencia moderada, grave o total para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

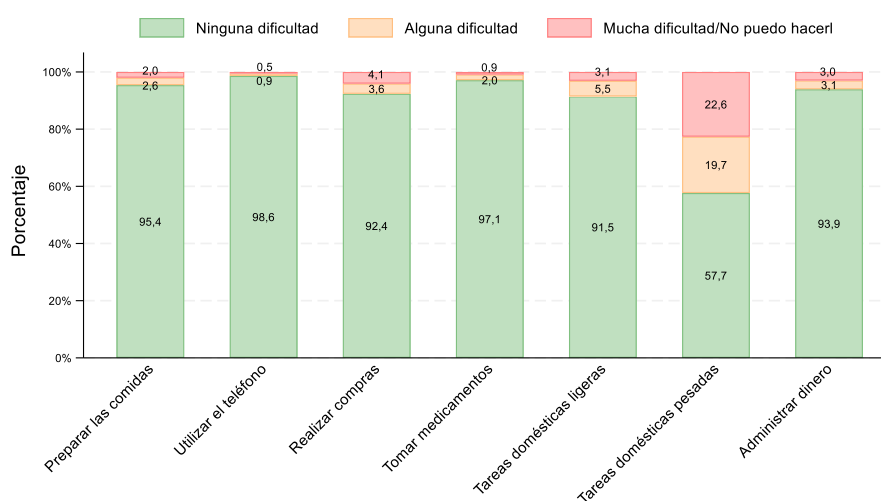
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Las AIVD requieren un mayor nivel de destreza y autonomía que las ABVD, ya que implican tareas necesarias para mantener la independencia en el hogar y la participación activa en la comunidad, como **hacer la compra, preparar la comida, realizar labores domésticas, administrar la propia medicación, manejar el teléfono o llevar la contabilidad del hogar**. En la encuesta, adaptando la **escala de Lawton y Brody**^{14,15}, se valoró la capacidad para realizarlas, independientemente de si se llevan a cabo o no, con el fin de evitar sesgos en las respuestas, especialmente en varones que, en general, no acostumbran a realizar tareas domésticas como cocinar o limpiar. Para el análisis de la dependencia para las AIVD, cuando la respuesta es “ninguna dificultad” se adjudican 10 puntos, “alguna dificultad” 5 puntos y “mucha dificultad/no puedo hacerlo” 0 puntos. Según la puntuación obtenida, las personas encuestadas se clasifican en niveles de **independencia o dependencia ligera, moderada o grave/total**. Se define Independencia como la obtención de 70 puntos; dependencia ligera, de 55-65 puntos; dependencia moderada, de 40-50 puntos; dependencia grave, de 20-35; y dependencia total 0-15 puntos.

Si se considera cada actividad por separado, se observa un elevado nivel de independencia funcional en la mayoría de las actividades, superando el 90% la proporción de personas sin ninguna dificultad para preparar comidas (95,4%), utilizar el teléfono (98,6%), realizar compras (92,4%), tomar medicamentos (97,1%), realizar tareas domésticas ligeras (91,5%) y administrar el dinero (93,9%). La excepción más notable se presenta en las tareas domésticas pesadas, donde el porcentaje sin dificultad desciende significativamente hasta el 57,7%, mientras que un 22,6% refiere mucha dificultad/no puede hacerla y un 19,7% alguna dificultad. Esta diferencia tan marcada sugiere que las demandas físicas asociadas a las tareas domésticas pesadas representan el principal factor limitante para este grupo etario, en contraste con actividades de menor exigencia física o mayor componente cognitivo (Figura 7).

Figura 7. Nivel de dificultad en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Si el análisis se centra en el nivel de dependencia para las AIVD, solo el 56,1% de la población total se considera independiente. Un porcentaje significativo, el 35,3%, presenta dependencia ligera, mientras que un 5,7% muestra dependencia moderada y un 2,9% dependencia grave/total. Se constatan diferencias muy marcadas **por sexo** en la dependencia para las AIVD. Los hombres son independientes en un 72,1%, una cifra muy superior al 43,2% de independencia en mujeres. Consecuentemente, las mujeres presentan porcentajes mucho más elevados en todas las categorías de dependencia: ligera (44,5% en mujeres frente al 23,8% en hombres), moderada (8,2% en mujeres frente al 2,5% en hombres) y grave/total (4,0% en mujeres frente al 1,6% en hombres). Respecto a los **grupos de edad**, la independencia para las AIVD disminuye de forma progresiva y significativa conforme aumenta la edad. En el grupo de 65-69 años, el 63,3% es independiente, porcentaje que desciende al 55,8% en el grupo de 70-74 años y al 45,0% en el de 75-79 años. Paralelamente, todas las categorías de dependencia (ligera, moderada y grave/total) aumentan con la edad. Por ejemplo, la dependencia moderada pasa del 4,1% en el grupo más joven al 10,3% en el de mayor edad. Este patrón es esperable, dado que las AIVD requieren un mayor nivel de integridad física y cognitiva (Tabla 8).

Tabla 8. Nivel de dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Independiente	56,1 (53,2-59,0)	72,1 (67,8-76,0)	43,2 (39,1-47,4)	63,3 (58,6-67,8)	55,8 (50,9-60,6)	45,0 (39,0-51,2)
Ligera	35,3 (32,4-38,2)	23,8 (20,1-27,9)	44,5 (40,4-48,7)	29,5 (25,2-34,1)	37,7 (33,1-42,7)	40,9 (34,9-47,3)
Moderada	5,7 (4,4-7,3)	2,5 (1,4-4,5)	8,2 (6,2-10,9)	4,1 (2,5-6,6)	4,2 (2,6-6,9)	10,3 (7,1-14,8)
Grave/Total	2,9 (2,1-4,2)	1,6 (0,8-3,3)	4,0 (2,7-6,0)	3,1 (1,8-5,3)	2,3 (1,1-4,5)	3,7 (2,0-7,0)

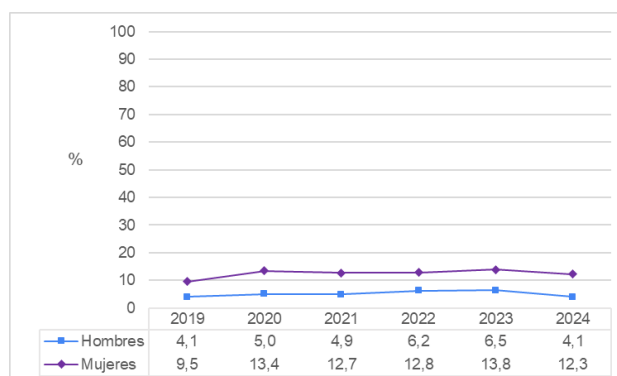
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

* Independiente (70 puntos); Ligera (55-65 puntos); Moderada (40-50 puntos); Grave (20-35 puntos)-Total (0-15 puntos)

La prevalencia de **dependencia combinada (moderada, grave o total)** para las AIVD evidencia una asociación inversa con el **nivel educativo**. En hombres, se observa un incremento progresivo desde un 1,9% en el grupo con estudios superiores, pasando por un 4,1% en aquellos con nivel intermedio, hasta alcanzar un 6,2% en el grupo con nivel básico o inferior. Esta tendencia es aún más pronunciada en mujeres, donde la dependencia asciende del 4,4% en aquellas con estudios superiores al 13,5% con nivel intermedio y al 15,6% con formación básica o inferior. Al examinar la influencia de la **clase social** en las mujeres, la dependencia para las AIVD sigue un gradiente social, registrándose un 5,8% en las clases sociales I-II, un 9,7% en la clase social III y un 13,3% en las clases sociales IV-V. En varones, si bien las clases sociales IV-V presentan la prevalencia más elevada (7,6%), las clases sociales I-II muestran un 2,2% y la clase social III un 1,3%, aunque este último dato debe interpretarse con cautela debido al reducido tamaño muestral. En cuanto a la **facilidad económica para llegar a fin de mes**, se constata una marcada correlación positiva con la dependencia: en hombres, esta se dispara del 1,0% en aquellos con mucha facilidad al 22,2% en los que reportan dificultad o mucha dificultad. En mujeres, el patrón es similar, aumentando del 7,3% al 19,3% respectivamente. Es notable que en el estrato de mayor dificultad económica la dependencia en hombres (22,2%) supera a la de las mujeres (19,3%) (*Anexo: tabla 4 y figura 4*).

La **evolución de la dependencia combinada (moderada, grave o total)** para las AIVD entre 2019 y 2024 muestra una clara y persistente diferencia entre sexos, siendo las mujeres quienes presentan una prevalencia considerablemente mayor a lo largo de todo el periodo. En los hombres, esta dependencia se mantuvo relativamente baja, fluctuando entre un mínimo del 4,1% en 2019 y un máximo del 6,5% en 2023. En contraste, en las mujeres, la prevalencia de dependencia moderada a total para las AIVD osciló entre un mínimo del 9,5% en 2019 y un máximo del 13,8% en 2023. No se observa una tendencia clara de aumento o disminución sostenida en ninguno de los dos sexos, sino más bien fluctuaciones anuales (*Figura 8*).

Figura 8. Evolución de la dependencia moderada, grave o total para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.5. Caídas

Las caídas constituyen una de las principales causas de discapacidad y representan el tipo de accidente más frecuente entre las personas mayores, pudiendo incluso tener desenlaces fatales¹⁶. Frecuentemente, las consecuencias médicas de estos eventos marcan el inicio de procesos discapacitantes y se consideran tanto factores determinantes como desenlaces adversos de la fragilidad^{9,11}.

Para valorar el **riesgo de caídas** se realizaron las siguientes preguntas: *¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?; ¿Ha sufrido 2 o más caídas en el último año?; ¿Tiene usted algún problema para andar o trasladarse de un sitio a otro?*. Bajo riesgo se considera cuando las tres respuestas son negativas y alto riesgo cuando alguna respuesta es positiva¹⁰. Un 86,2% de la población se clasifica con bajo riesgo de caídas, mientras que el 13,8% presenta un alto riesgo. Se observan diferencias significativas **por sexo**, siendo el alto riesgo de caídas considerablemente más prevalente en mujeres (18,7%) que en hombres (7,9%). En cuanto a los **grupos de edad**, el alto riesgo de caídas muestra un ligero aumento del grupo de 65-69 años (11,6%) al de 70-74 años (15,8%), seguido de un leve descenso en el grupo de 75-79 años (14,3%). Este descenso en el último grupo de edad podría deberse a una mayor limitación de la actividad en personas más mayores con alto riesgo (menor exposición) o a fluctuaciones muestrales (*Tabla 9*).

El **miedo a caerse** es un fenómeno relevante: un 63,6% de la población total nunca tiene miedo a caerse, pero un 18,9% lo experimenta algunas veces/raramente y un 17,5% siempre/frecuentemente. Este temor, presente en más de un tercio de la muestra, puede conducir a una restricción de la actividad. El análisis **por sexo** revela que las mujeres reportan significativamente más miedo a caerse que los hombres. Solo el 51,0% de las mujeres nunca tiene miedo, en comparación con el 78,8% de los hombres. El porcentaje de mujeres que siempre/frecuentemente tiene miedo a caerse (24,9%) es mucho mayor que el de los hombres (8,5%). Considerando los **grupos de edad**, el miedo a caerse se incrementa de forma clara con la edad. El porcentaje de personas que nunca tiene miedo disminuye del 71,0% en el grupo de 65-69 años al 50,6% en el de 75-79 años. De forma inversa, la proporción de quienes siempre/frecuentemente tienen miedo a caerse aumenta del 13,9% en el grupo más joven al 23,9% en el de mayor edad, lo que subraya la creciente preocupación por las caídas a medida que se envejece (*Tabla 9*).

Entre aquellas personas que manifiestan tener miedo a caerse, el 59,7% indica que este temor no limita “nada” su actividad. Sin embargo, un 23,4% se ve limitado “algo/poco” y un 16,9% se siente limitado “mucho/bastante”. Es preocupante que un porcentaje considerable de quienes temen caerse vean su actividad restringida, lo que puede llevar al sedentarismo, al aislamiento social y, paradójicamente, a un mayor riesgo de caídas (*Tabla 9*).

Tabla 9. Riesgo de caídas y miedo a caerse por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Riesgo de caídas*						
Bajo riesgo	86,2 (84,0-88,2)	92,1 (89,3-94,3)	81,3 (77,8-84,4)	88,4 (84,9-91,2)	84,2 (80,0-87,6)	85,7 (80,7-89,5)
Alto riesgo	13,8 (11,8-16,0)	7,9 (5,7-10,7)	18,7 (15,6-22,2)	11,6 (8,8-15,1)	15,8 (12,4-20,0)	14,3 (10,5-19,3)
Miedo a caerse						
Nunca	63,6 (60,7-66,4)	78,8 (74,9-82,2)	51,0 (46,8-55,2)	71,0 (66,6-75,1)	64,4 (59,6-69,0)	50,6 (44,5-56,7)
Algunas veces/Raramente	18,9 (16,7-21,5)	12,7 (10,0-16,0)	24,1 (20,7-27,9)	15,1 (11,9-19,0)	19,7 (16,0-24,1)	23,9 (19,0-29,6)
Siempre/Frecuentemente	17,5 (15,3-19,9)	8,5 (6,3-11,4)	24,9 (21,4-28,6)	13,9 (10,9-17,5)	15,8 (12,5-19,9)	25,5 (20,5-31,2)
Limitación por miedo a caerse						
Nada	59,7 (59,7-59,7)	55,7 (55,7-55,7)	61,1 (55,1-66,8)	56,5 (47,0-65,5)	65,6 (59,1-72,1)	56,5 (47,6-64,9)
Algo/Poco	23,4 (23,4-23,4)	27,8 (27,8-27,8)	21,9 (17,3-27,3)	26,1 (18,7-35,1)	18,8 (18,8-18,8)	25,8 (18,8-34,4)
Mucho/Bastante	16,9 (16,9-16,9)	16,5 (16,5-16,5)	17,0 (13,0-22,0)	17,4 (11,3-25,7)	15,6 (15,6-15,6)	17,7 (11,9-25,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

* Bajo riesgo se considera cuando las tres respuestas son negativas y alto riesgo cuando alguna respuesta es positiva: ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?; ¿Ha sufrido 2 o más caídas en el último año?; ¿Tiene usted algún problema para andar o trasladarse de un sitio a otro?

3.6. Dolor persistente

El dolor persistente en las personas mayores presenta una prevalencia significativamente superior en comparación con la población más joven y se asocia con una amplia gama de consecuencias clínicas y funcionales. Entre ellas destacan los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión), la disminución de la movilidad, las alteraciones del sueño, la pérdida de apetito y el incremento de los costes sociosanitarios asociados¹⁷.

SIVFRENT-M incluye indicadores sobre dolor físico en las últimas cuatro semanas, así como la intensidad percibida. Además, se recoge la posible limitación en la movilidad asociada al dolor durante el mismo periodo. Poco más de la mitad de la población (51,1%) refiere no haber experimentado ningún **dolor físico persistente en las últimas cuatro semanas**. Sin embargo, un 20,8% describe un dolor de intensidad muy leve/leve, un 17,6% lo califica de moderado y un 10,5% sufre un dolor severo/extremo. Esto implica que casi la mitad de las personas mayores conviven con algún grado de dolor, lo cual puede afectar a su calidad de vida y funcionalidad. Se observan diferencias **por sexo** en la prevalencia e intensidad del dolor. Las mujeres reportan dolor con mayor frecuencia e intensidad: solo el 44,7% de ellas no refiere ningún dolor, frente al 58,7% de los hombres. El porcentaje de mujeres con dolor severo/extremo (14,5%) es significativamente más alto que el de los hombres (5,7%). Si consideramos los **grupos de edad**, la ausencia de dolor disminuye con la edad, pasando del 53,6% en el grupo de 65-69 años al 46,0% en el de 75-79 años. El dolor de intensidad severa/extrema muestra una tendencia al aumento con la edad, desde el 7,1% en el grupo más joven hasta el 13,7% en el de mayor edad. El dolor moderado, por su parte, se mantiene relativamente estable en los diferentes tramos etarios (Tabla 10).

Entre las personas que experimentan algún grado de dolor, el 70,3% afirma que este no limita “nada” su actividad cotidiana. No obstante, un 19,4% se ve limitado “un poco/moderadamente” por el dolor y un 10,4% “bastante/mucho”. Es relevante constatar que una proporción de

quienes sufren dolor ven afectada su capacidad para realizar actividades, lo que puede llevar a un círculo vicioso de inactividad y mayor percepción del dolor (Tabla 10).

Tabla 10. Intensidad del dolor y limitación de la actividad por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Intensidad del dolor						
Ninguno	51,1 (48,0-54,1)	58,7 (54,1-63,1)	44,7 (40,5-48,9)	53,6 (48,7-58,4)	51,8 (46,7-56,9)	46,0 (39,8-52,3)
Muy leve/Leve	20,8 (18,4-23,5)	23,5 (19,8-27,7)	18,6 (15,5-22,1)	21,2 (17,4-25,5)	19,5 (15,7-24,0)	22,2 (17,4-27,8)
Moderado	17,6 (15,4-20,1)	12,1 (9,4-15,5)	22,2 (18,9-25,9)	18,1 (14,6-22,2)	16,7 (13,2-20,9)	18,1 (13,8-23,5)
Severo/Extremo	10,5 (8,8-12,6)	5,7 (3,9-8,3)	14,5 (11,8-17,8)	7,1 (5,0-10,1)	12,0 (9,0-15,7)	13,7 (9,9-18,6)
Limitación por dolor						
Nada	70,3 (67,4-73,0)	77,7 (73,7-81,2)	64,0 (59,9-68,0)	72,3 (67,8-76,4)	70,8 (65,9-75,2)	66,3 (60,1-71,9)
Un poco/Moderadamente	19,4 (17,0-21,9)	16,6 (13,5-20,3)	21,7 (18,4-25,3)	17,5 (14,1-21,5)	20,3 (16,5-24,8)	20,9 (16,2-26,5)
Bastante/Mucho	10,4 (8,6-12,4)	5,7 (3,9-8,2)	14,3 (11,6-17,5)	10,2 (7,6-13,5)	8,9 (6,4-12,3)	12,9 (9,2-17,6)

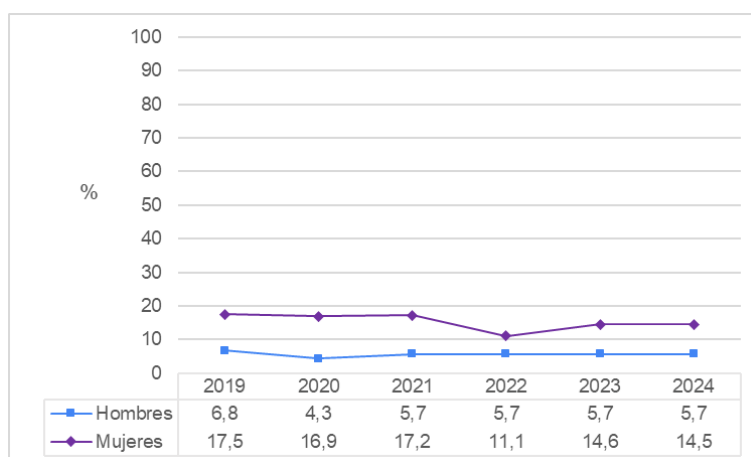
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

La **presencia de dolor extremo o severo** muestra una relación inversa con el **nivel educativo**, especialmente en mujeres: a menor nivel educativo, mayor prevalencia de dolor intenso. En hombres, las cifras son 5,0% (superior), 6,3% (intermedio) y 6,0% (básico/inferior), sin un patrón claro. En mujeres, la tendencia es más evidente: 10,9% (superior), 14,8% (intermedio) y 16,2% (básico/inferior). La **clase social** también parece influir, aunque de forma no lineal. En hombres, el grupo I-II (directivos y profesionales) y el IV-V (trabajadores manuales) presentan prevalencias similares (6,3% y 6,2% respectivamente), mientras que el grupo III (ocupaciones intermedias) tiene la cifra más baja (3,7%). En mujeres, el grupo I-II (15,0%) y el IV-V (14,7%) también tienen cifras parecidas, superiores al grupo III (11,6%). La **facilidad económica para llegar a fin de mes** es un factor crucial: el dolor extremo/severo aumenta significativamente con las dificultades económicas. En hombres, pasa del 4,0% (facilidad/mucha facilidad) al 22,2% (dificultad/mucha dificultad); en mujeres, del 12,3% al 25,4%. La vulnerabilidad económica agrava la carga de dolor (Anexo: tabla 5 y figura 5).

La **evolución de la prevalencia de dolor persistente extremo o severo** entre 2019 y 2024 en la población muestra una brecha de sexo constante y significativa, siendo las mujeres quienes reportan porcentajes considerablemente más altos en todos los años del periodo. A lo largo de los años, la prevalencia en hombres se ha mantenido relativamente estable y por debajo del 7% (mínimo de 4,3% en 2020). En mujeres, las cifras han oscilado entre el 17,5% (2019) y 11,1% (2022), sin una tendencia clara al alza o a la baja (Figura 9).

Figura 9. Evolución de la presencia de dolor persistente extremo o severo por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



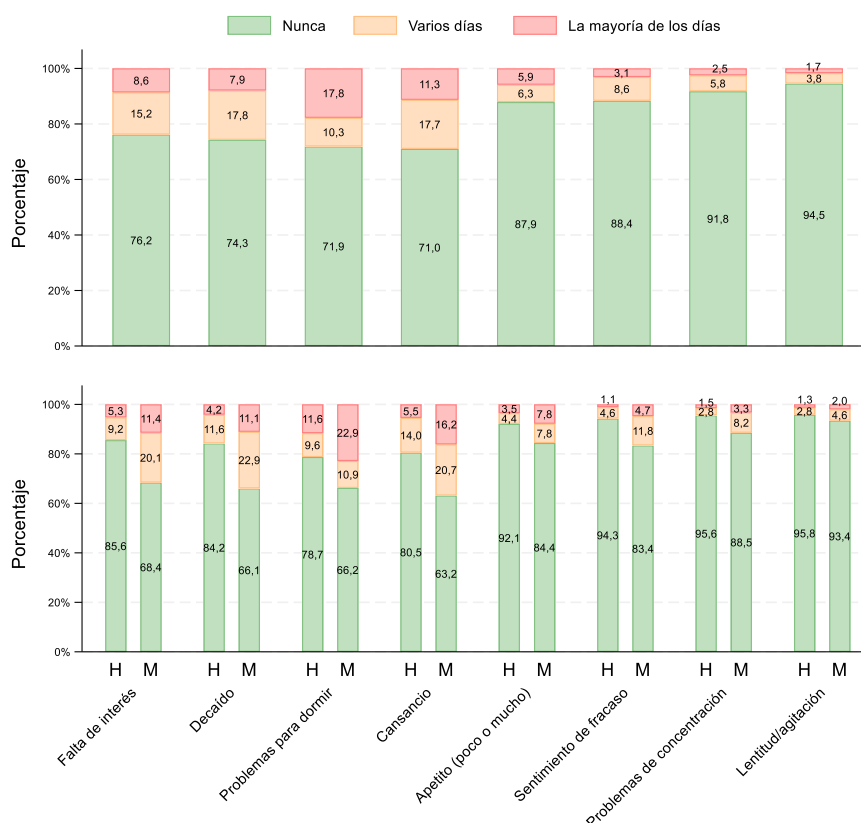
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.7. Salud mental

La sintomatología depresiva y la ansiedad representan algunos de los malestares más frecuentes en la práctica clínica y constituyen un problema de salud pública de gran relevancia. SIVFRENT-M incluye el **cuestionario PHQ-8** como herramienta para evaluar la presencia de sintomatología depresiva y determinar su intensidad¹⁸. Este instrumento evalúa los síntomas experimentados durante las dos semanas previas a la aplicación del cuestionario: **falta de interés, decaimiento, problemas para dormir, cansancio, apetito (poco o mucho), sentimiento de fracaso, problemas de concentración y lentitud/agitación**. El modo de puntuación es el siguiente: 0 puntos para síntomas presentes 0-1 días, 1 punto para varios días, 2 puntos para más de la mitad de los días y 3 puntos para casi todos los días. En función de la puntuación obtenida en estos ocho ítems, la **clasificación de la gravedad de la sintomatología depresiva se establece en cinco categorías**: ninguna o mínima, de 0 a 4 puntos; sintomatología leve, de 5 a 9 puntos; moderada, de 10 a 14; moderadamente grave, de 15 a 19; y grave, de 20 a 24 puntos.

Si se analizan cada uno de los ítems por separado, se observa que las dimensiones con una mayor afectación en esta población son la falta de interés y el decaimiento (respectivamente, el 15,2% y el 17,8% reportan haberlos sentido varios días o más), los problemas para dormir y el cansancio (el 17,8% y el 11,3% reportan haberlos sentido la mayoría de los días, respectivamente). En cuanto a las diferencias por sexo, se observan valores consistentemente más elevados de sintomatología depresiva en mujeres que en hombres, con diferencias especialmente marcadas en los ítems de falta de interés, decaimiento, cansancio y sentimiento de fracaso (Figura 10).

Figura 10. Dimensiones del PHQ-8 en las últimas dos semanas, total y por sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Si el análisis se centra en las categorías de gravedad de los síntomas, se observa que un 79,9% presenta una sintomatología depresiva nula o mínima. Este elevado porcentaje sugiere un buen estado de salud mental general en este grupo demográfico, aunque podría estar influenciado por una baja declaración de síntomas. Un 14,5% reporta sintomatología leve y un 5,6% moderada-grave. Existen diferencias significativas **por sexo** en la prevalencia de sintomatología depresiva. Las mujeres presentan porcentajes considerablemente más altos de sintomatología en todos los niveles de gravedad en comparación con los hombres; por ejemplo, un 70,7% de las mujeres no presenta sintomatología o esta es mínima, frente al 91,0% de los hombres. La sintomatología moderada-grave afecta al 8,2% de las mujeres frente al 2,4% de los hombres. Al analizar **por grupos de edad**, se aprecia una ligera tendencia al aumento de la sintomatología depresiva con la edad. El porcentaje de personas sin sintomatología o mínima es del 82,3% en el grupo de 65-69 años, descendiendo al 79,7% en el de 70-74 años y al 76,5% en el de 75-79 años. La sintomatología moderada-grave pasa de un 5,1% en el grupo de 65-69 años a un 6,9% en el de 75-79 años (Tabla 11).

Tabla 11. Gravedad de sintomatología depresiva según PHQ-8* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Ninguna o mínima	79,9 (77,4-82,2)	91,0 (88,0-93,3)	70,7 (66,8-74,4)	82,3 (78,3-85,7)	79,7 (75,4-83,4)	76,5 (70,9-81,3)
Leve	14,5 (12,5-16,7)	6,6 (4,7-9,3)	21,0 (17,8-24,7)	12,6 (9,7-16,2)	15,0 (11,8-19,0)	16,6 (12,5-21,8)
Moderada-Grave	5,6 (4,3-7,2)	2,4 (1,3-4,3)	8,2 (6,2-10,9)	5,1 (3,3-7,7)	5,3 (3,4-8,2)	6,9 (4,3-10,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

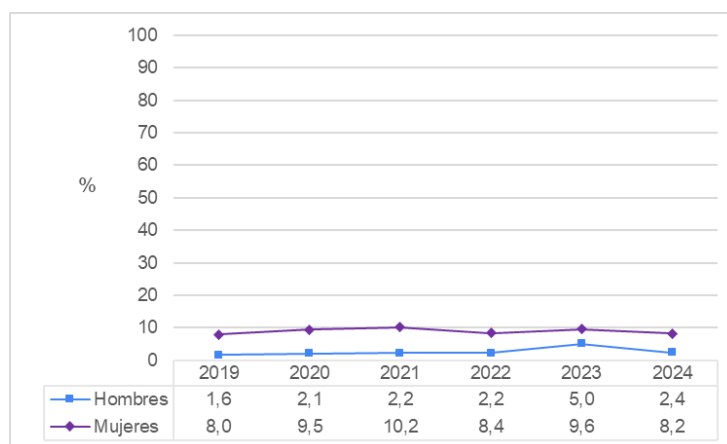
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

* Ninguna sintomatología o mínima (puntuación de 0 a 4); Sintomatología leve (puntuación de 5 a 9); Sintomatología moderada-grave (puntuación ≥ 10).

Analizando la **sintomatología depresiva grave**, se observa que un **nivel educativo** más bajo se asocia con mayores porcentajes de esta condición, tanto en hombres (4,3% en nivel básico) como, de forma más acentuada, en mujeres (10,1% en nivel básico), en comparación con niveles educativos superiores (0,6% en hombres y 3,6% en mujeres). Respecto a la **clase social**, se aprecia que las clases sociales IV-V (trabajadores/as manuales) presenta los porcentajes más altos de sintomatología depresiva grave (2,8% en hombres, 10,0% en mujeres), mientras que las clases sociales I-II (directivos/as y profesionales) muestra los más bajos (2,6% en hombres, 3,3% en mujeres). La **dificultad para llegar a fin de mes** se correlaciona claramente con una mayor prevalencia de sintomatología depresiva grave. En el grupo que llega con dificultad o mucha dificultad, los porcentajes se elevan al 14,8% en hombres y al 15,5% en mujeres. Por el contrario, aquellos que llegan con facilidad o mucha facilidad presentan cifras mucho menores (1,5% en hombres y 6,8% en mujeres) (Anexo: tabla 6 y figura 6).

La **evolución de la presencia de sintomatología depresiva moderada-grave** en la población ha mostrado fluctuaciones entre 2019 y 2024, con diferencias notables y consistentes por sexo. Las mujeres presentan de forma sistemática porcentajes más elevados que los hombres. En mujeres, la prevalencia ha variado, comenzando en un 8,0% en 2019, alcanzando un pico del 10,2% en 2021. En hombres, los porcentajes han sido considerablemente menores, partiendo de un 1,6% en 2019, con un aumento al 5,0% en 2023. La tendencia general en mujeres parece relativamente estable con fluctuaciones, mientras que en hombres se observa una mayor variabilidad (Figura 11).

Figura 11. Evolución de la sintomatología depresiva moderada-grave por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.8. Relaciones sociales

Apoyo social

El apoyo social constituye uno de los factores de vulnerabilidad más significativos asociados a la edad. La **escala OSLO-3 (The Oslo Social Support Scale)** evalúa dimensiones clave del soporte social. Se trata de un indicador multidimensional que abarca el envejecimiento saludable, las desigualdades en salud, los riesgos prevenibles y la salud mental, ya que mide un factor protector crucial durante períodos de estrés¹⁹. La escala se compone de tres preguntas: **número de personas cercanas con quien contar ante un problema grave, interés de estas personas y grado de facilidad para obtener ayuda de los vecinos en caso de necesidad**. Una menor puntuación corresponde a un menor apoyo social, de modo que entre 3 y 8 puntos corresponde a **apoyo social pobre**, 9 a 11 puntos a **apoyo social intermedio** y 12 a 14 puntos a **apoyo social fuerte**.

En términos generales, más de la mitad de la población (55,9%) refiere tener un apoyo social fuerte. Un 34,7% indica un apoyo social intermedio, mientras que un 9,4% lo califica como pobre. Al analizar **por sexo**, no se observan diferencias importantes en la percepción del apoyo social. Los porcentajes de apoyo social fuerte son muy similares entre hombres (56,7%) y mujeres (55,3%), al igual que en las categorías de apoyo intermedio (34,7% en hombres y 34,6% en mujeres) y pobre (8,6% en hombres y 10,1% en mujeres). En relación con los **grupos de edad**, se observa una ligera tendencia a la disminución del apoyo social fuerte y un aumento del apoyo intermedio y pobre en los grupos de mayor edad. El apoyo social fuerte es del 57,5% en el grupo de 65-69 años y desciende al 52,4% en el de 75-79 años. Los porcentajes de apoyo pobre son de 8,6% en el grupo de 65-69 años, 9,6% en el de 70-74 años y 10,5% en el de 75-79 años. Este patrón podría explicarse por la reducción natural de las redes sociales debido al fallecimiento de amistades y familiares, la jubilación o la aparición de limitaciones funcionales que dificultan la participación social (*Tabla 12*).

Tabla 12. Apoyo social según OSLO-3* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Pobre	9,4 (7,7-11,4)	8,6 (6,3-11,6)	10,1 (7,8-13,1)	8,6 (6,1-11,8)	9,6 (6,9-13,2)	10,5 (7,1-15,2)
Intermedio	34,7 (31,7-37,8)	34,7 (30,4-39,4)	34,6 (30,6-38,9)	34,0 (29,3-38,9)	33,8 (29,0-39,1)	37,1 (31,0-43,6)
Fuerte	55,9 (52,7-59,1)	56,7 (52,0-61,3)	55,3 (50,9-59,5)	57,5 (52,4-62,4)	56,6 (51,2-61,7)	52,4 (45,8-58,9)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

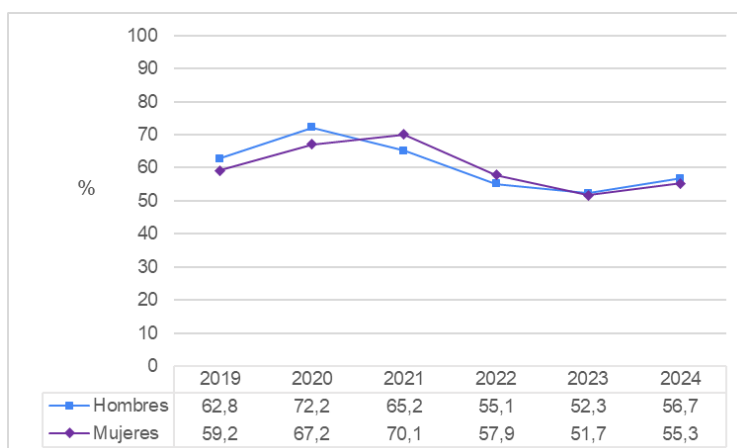
* Pobre (3-8 puntos); Intermedio (9-11 puntos); Fuerte (12-14 puntos)

El análisis del **apoyo social pobre** revela que un menor **nivel educativo** se asocia ligeramente con un mayor porcentaje de este en mujeres (10,7% en nivel básico frente a 6,8% en superior), aunque en hombres la relación no es tan clara e incluso el nivel superior (9,6%) muestra un porcentaje más alto que el básico (7,5%). En cuanto a la **clase social**, los hombres de clases sociales I-II (9,2%) muestran un apoyo social pobre mayor que los de clases sociales IV-V (8,4%). En mujeres, las clases sociales IV-V (12,6%) y la clase social III (10,5%) presentan mayores porcentajes de apoyo pobre que las clases sociales I-II (3,4%). La **dificultad económica para llegar a fin de mes** se asocia fuertemente con un apoyo social pobre: aquellos con dificultad o mucha dificultad presentan los porcentajes más altos (20,0% en hombres y 27,8% en mujeres) (*Anexo: tabla 7 y figura 7*).

La **evolución del apoyo social fuerte** entre 2019 y 2024 muestra una tendencia general a la disminución hasta 2023, con una recuperación en 2024 y con variaciones entre sexos. En

hombres, el porcentaje de apoyo social fuerte comenzó en un 62,8% en 2019, tuvo un aumento al 72,2% en 2020, para luego descender progresivamente hasta un mínimo del 52,3% en 2023 y recuperarse al 56,7% en 2024. En mujeres, partió de un 59,2% en 2019, aumentó al 70,1% en 2021 (superando a los hombres ese año) y luego descendió hasta un 51,7% en 2023, con una recuperación más marcada hasta el 55,3% en 2024 (Figura 12).

Figura 12. Evolución del apoyo social fuerte por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

Sentimiento de soledad

Aunque no existe una definición universalmente consensuada de soledad, se reconoce como un fenómeno multidimensional y subjetivo que abarca aspectos de personalidad, interacción social y habilidades interpersonales. Es importante distinguir entre soledad buscada (elegida voluntariamente) y soledad no deseada, siendo esta última la que constituye un problema de salud pública²⁰.

Un porcentaje mayoritario de la población, el 76,0%, declara no sentirse solo nunca o casi nunca. No obstante, un 16,4% experimenta este sentimiento pocas veces y un preocupante 7,6% lo siente bastantes veces/siempre o casi siempre. En cuanto a las diferencias **por sexo**, las mujeres refieren sentirse solas con mayor frecuencia que los hombres. Mientras que el 83,8% de los hombres manifiesta no sentirse solo nunca o casi nunca, este porcentaje desciende al 69,5% en las mujeres. La categoría bastantes veces/siempre o casi siempre es reportada por un 4,4% de los hombres y un 10,3% de las mujeres. El análisis **por grupos de edad** revela una distribución particular del sentimiento de soledad. El grupo de 75-79 años presenta el porcentaje más alto de respuestas a que nunca o casi nunca sienten soledad (81,5%), comparado con los grupos más jóvenes. El grupo de 70-74 años muestra los niveles más altos de soledad frecuente (9,2%) y mantiene niveles relativamente altos de soledad ocasional (17,9%). La distribución sugiere una curva en forma de U invertida, donde la soledad es mayor en el grupo intermedio (70-74 años) y menor en los extremos (65-69 y especialmente 75-79 años). Esta distribución podría reflejar factores como procesos de adaptación a la jubilación, cambios en la salud o diferencias generacionales en las estrategias de afrontamiento de la soledad (Tabla 13).

Tabla 13. Sentimiento de soledad por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

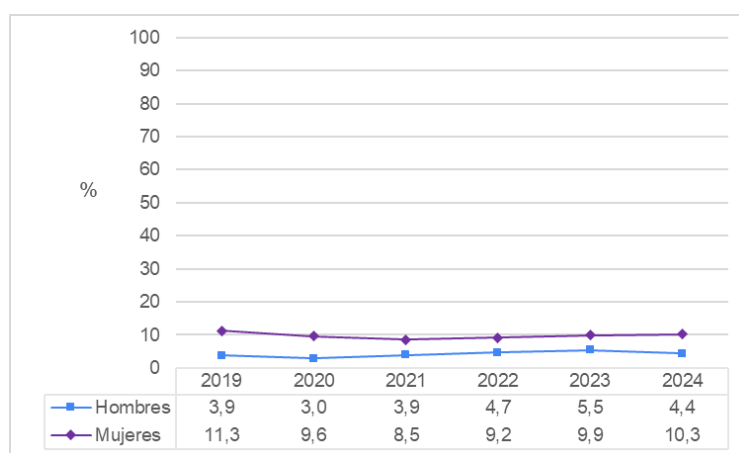
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Nunca o casi nunca	76,0 (73,4-78,6)	83,8 (80,1-86,9)	69,5 (65,6-73,2)	75,4 (70,9-79,4)	72,9 (68,2-77,1)	81,5 (76,2-85,9)
Pocas veces	16,4 (14,2-18,8)	11,8 (9,2-15,1)	20,2 (17,0-23,7)	17,7 (14,3-21,8)	17,9 (14,3-22,1)	12,0 (8,5-16,7)
Bastantes veces/Siempre o casi siempre	7,6 (6,1-9,4)	4,4 (2,8-6,7)	10,3 (8,0-13,1)	6,8 (4,7-9,8)	9,2 (6,6-12,7)	6,4 (4,0-10,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Al examinar el **sentimiento de soledad frecuente (bastantes veces/siempre o casi siempre)**, se observa una relación con el **nivel educativo**: a menor nivel educativo, mayor es el porcentaje de personas que se sienten solas, especialmente en mujeres (12,5% en nivel básico frente a 6,5% en superior) y también en hombres (7,2% en básico frente a 3,7% en superior). La **clase social** también parece influir, aunque de forma menos lineal. En mujeres, las clases sociales IV-V (9,5%) y las I-II (8,3%) presentan porcentajes más altos que la clase III (7,5%). En hombres, las clases sociales IV-V (5,6%) y las I-II (3,6%) muestran más soledad que la clase social III (2,4%). La **dificultad económica para llegar a fin de mes** se asocia de manera muy marcada con el sentimiento de soledad: quienes experimentan dificultad o mucha dificultad económica reportan los porcentajes más altos de soledad (22,2% en hombres y 20,3% en mujeres) (Anexo: tabla 8 y figura 8).

La **evolución del sentimiento de soledad frecuente (bastantes veces/siempre o casi siempre)**, en la población ha mantenido una diferencia constante por sexo entre 2019 y 2024, siendo consistentemente más alta en mujeres. En mujeres, el porcentaje ha fluctuado, comenzando en un 11,3% en 2019, con un mínimo de 8,5% en 2021. En hombres, los niveles han sido más bajos y relativamente estables, partiendo de un 3,9% en 2019, con un mínimo del 3,0% en 2020 y un ligero pico del 5,5% en 2023 (Figura 13).

Figura 13. Evolución del sentimiento de soledad bastantes veces/siempre o casi siempre por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.9. Participación comunitaria

La participación en actividades sociales desempeña un papel fundamental en el aumento y mantenimiento del bienestar personal. Los beneficios de la participación activa son múltiples y significativos²¹. En primer lugar, actúa como un mecanismo preventivo contra el aislamiento social, proporcionando un espacio de encuentro y conexión. Además, se convierte en una fuente

valiosa de apoyo social, donde las personas pueden compartir experiencias, establecer vínculos y encontrar ayuda mutua. La participación también ofrece un espacio de reconocimiento personal donde la persona mayor ejerce un rol activo y significativo. Esta dinámica permite que la persona se identifique con el grupo, se sienta parte integral del mismo y desarrolle tanto objetivos individuales como colectivos que den sentido y propósito a su vida cotidiana. Sin embargo, uno de los elementos más relevantes radica en el papel de la participación como mecanismo protector. La investigación indica que la participación activa funciona como un amortiguador en situaciones de estrés, proporcionando recursos y herramientas para el afrontamiento de adversidades. Esta función protectora tiene una incidencia directa y significativa en el bienestar general de las personas mayores, convirtiéndose en un factor clave para el mantenimiento de la salud mental y la calidad de vida en el envejecimiento²².

En el SIVFRENT-M se incluye un grupo de preguntas que recoge la **frecuencia de participación en siete tipos de actividades**: culturales, formativas, sociales, turísticas, domésticas y del entorno del barrio, así como la participación en asociaciones. La *Tabla 14* detalla la participación comunitaria, **al menos una vez al mes** desglosada por sexo y grupos de edad.

En cuanto a las actividades **culturales**, un 31,3% de la población de este rango de edad participa en ellas. Se aprecia una participación ligeramente superior en mujeres (33,2%) que en hombres (28,9%) y un descenso progresivo a medida que aumenta la edad, pasando del 35,3% en el grupo de 65-69 años al 22,5% en el de 75-79 años.

Las actividades **formativas** atraen a un 21,0% del total, con una participación también mayor en mujeres (23,4%) frente a hombres (18,2%). Similar a las culturales, la participación disminuye con la edad, desde un 22,5% en el grupo más joven hasta un 15,6% en el mayor.

Las actividades **sociales** son unas de las que congregan una mayor participación, alcanzando un 54,2% del total. En este tipo de actividad los hombres (57,8%) superan ligeramente a las mujeres (51,2%). La participación se mantiene elevada en los grupos de 65-69 años (58,0%) y 70-74 años (56,6%), descendiendo al 44,8% en el grupo de 75-79 años.

El **turismo** presenta la participación más baja, con un 9,1% del total. En este caso, los hombres (11,6%) también muestran una mayor frecuencia que las mujeres (7,0%). El grupo de edad de 65-69 años es el más activo en turismo (12,0%), con una marcada disminución en los grupos de mayor edad, llegando al 4,8% entre los 75 y 79 años.

Las actividades **domésticas** cuentan con una participación del 32,3%. Son las mujeres (35,3%) quienes más participan en comparación con los hombres (28,6%). La participación es más alta en el grupo de 65-69 años (34,8%) y desciende en los otros grupos de edad.

La participación en actividades de **barrio** es, con diferencia, la más elevada, implicando a un 74,8% de este colectivo. Los hombres (77,6%) participan ligeramente más que las mujeres (72,5%). La participación se mantiene muy alta y constante en todos los grupos de edad, rondando el 75%.

Finalmente, la participación en **asociaciones** se sitúa en un 7,7% del total. Es bastante similar entre hombres (7,5%) y mujeres (7,9%). El grupo de 75-79 años muestra la mayor participación (9,7%), mientras que el grupo de 70-74 años presenta la más baja (6,1%).

A modo de conclusión, se puede destacar que las actividades de barrio y las sociales son las más populares entre la población de 65 a 79 años en la Comunidad de Madrid. Se observa una tendencia general a la disminución de la participación en la mayoría de las actividades a medida que aumenta la edad, especialmente en turismo y actividades formativas y culturales. En cuanto al sexo, las mujeres tienden a participar más en actividades culturales, formativas y domésticas, mientras que los hombres lo hacen en mayor medida en actividades sociales y de turismo, si bien las diferencias en actividades de barrio y asociaciones no son muy pronunciadas.

Tabla 14. Participación comunitaria 1 o más veces al mes por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Culturales	31,3 (28,5-34,2)	28,9 (25,0-33,3)	33,2 (29,4-37,3)	35,3 (30,7-40,1)	33,0 (28,3-38,0)	22,5 (17,7-28,2)
Formativas	21,0 (18,6-23,6)	18,2 (14,9-22,0)	23,4 (20,1-27,1)	22,5 (18,7-26,9)	23,1 (19,1-27,7)	15,6 (11,6-20,7)
Sociales	54,2 (51,1-57,2)	57,8 (53,2-62,2)	51,2 (47,0-55,4)	58,0 (53,0-62,8)	56,6 (51,4-61,7)	44,8 (38,7-51,1)
Turismo	9,1 (7,5-11,0)	11,6 (9,0-14,9)	7,0 (5,1-9,4)	12,0 (9,1-15,6)	8,9 (6,4-12,4)	4,8 (2,8-8,3)
Domésticas	32,3 (29,5-35,3)	28,6 (24,6-33,0)	35,3 (31,4-39,5)	34,8 (30,2-39,7)	32,2 (27,6-37,2)	28,5 (23,2-34,5)
Barrio	74,8 (72,0-77,4)	77,6 (73,5-81,2)	72,5 (68,5-76,1)	75,4 (70,9-79,4)	75,6 (70,8-79,8)	72,8 (66,9-78,0)
Asociaciones	7,7 (6,2-9,6)	7,5 (5,4-10,3)	7,9 (5,9-10,5)	7,9 (5,6-11,0)	6,1 (4,1-9,2)	9,7 (6,6-14,1)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

3.10. Personas mayores como cuidadoras

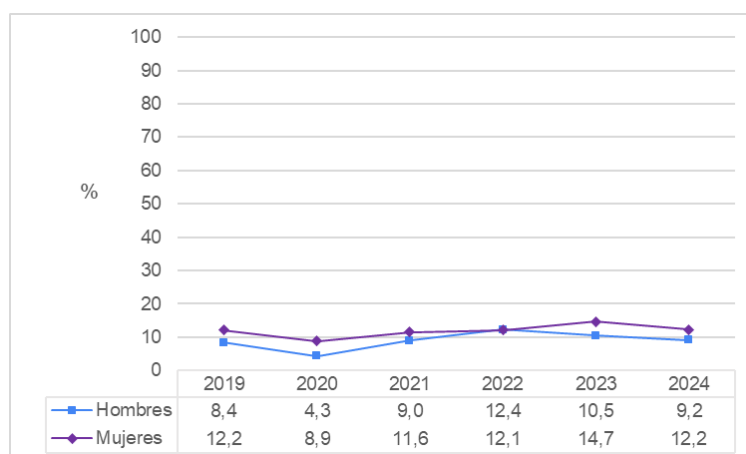
En la población estudiada, el 10,9% de las personas reportan **cuidar de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica**, sin incluir los casos en que esta actividad forma parte del trabajo. Esta cifra indica que aproximadamente una de cada diez personas asume responsabilidades de cuidado hacia adultos mayores, lo que refleja la carga de cuidado informal que recae sobre las familias en nuestra sociedad. Este porcentaje podría estar relacionado con el envejecimiento poblacional y la insuficiencia de servicios formales de atención geriátrica, lo que genera la necesidad de cuidados familiares. Respecto a las diferencias **por sexo**, se observa una disparidad notable en la asunción de tareas de cuidado, donde las mujeres presentan un porcentaje significativamente mayor (12,2%) comparado con los hombres (9,2%). En cuanto a la distribución **por grupos etarios**, se evidencia una tendencia inversa entre edad y responsabilidades de cuidado: los grupos de 65-69 años y 70-74 años presentan el mayor porcentaje de cuidadores (12,2%), mientras que el grupo de 75-79 años muestra el menor porcentaje (6,8%). Esta tendencia descendente a mayor edad podría explicarse por la reducción de la capacidad física y funcional para asumir tareas de cuidado, así como por el hecho de que las personas de mayor edad pueden requerir cuidados ellas mismas antes que proporcionarlas a otras.

El análisis de la condición de cuidador/a revela que, en general, un mayor **nivel educativo** se asocia con un mayor porcentaje de personas cuidadoras, tanto en hombres (11,2% en el nivel superior frente al 7,8% en el básico) como en mujeres (14,5% en el superior frente al 10,8% en el básico). En cuanto a la **clase social**, en hombres las clases sociales I-II (11,5%) presenta el mayor porcentaje de cuidadores. En mujeres, es la clase social III (17,8%) la que muestra la mayor proporción, seguida de las clases sociales IV-V (11,8%) y I-II (9,1%). En relación a la **dificultad económica para llegar a fin de mes**, quienes llegan con dificultad o mucha dificultad (11,5% hombres, 15,3% mujeres) presentan porcentajes superiores a quienes llegan con facilidad (9,5% hombres, 11,9% mujeres). Esto podría indicar una posible dificultad para externalizar los cuidados en la población con mayores impedimentos para llegar a fin de mes (*Anexo: tabla 9 y figura 9*).

La **evolución del porcentaje de personas que ejercen como cuidadores/as** ha mostrado variaciones entre 2019 y 2024, con las mujeres presentando consistentemente porcentajes más altos que los hombres. En 2019, el 12,2% de las mujeres y el 8,4% de los hombres eran cuidadores. Ambas cifras descendieron en 2020 (8,9% mujeres, 4,3% hombres). Posteriormente, se observa un incremento en ambos sexos, alcanzando un pico en 2023 para las mujeres (14,7%)

y en 2022 para los hombres (12,4%), para luego descender ligeramente en 2024 a 12,2% en mujeres y 9,2% en hombres (Figura 14).

Figura 14. Evolución de cuidadores/as de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2024.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24)

3.11. Uso de nuevas tecnologías

El uso de nuevas tecnologías, particularmente el teléfono móvil, se ha convertido en un instrumento fundamental para la participación activa que facilita la interacción de las personas mayores con entidades públicas y privadas, así como su acceso al ocio y las relaciones sociales²³. Es evidente la potencialidad de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTIC) para mejorar la calidad de vida, la autonomía y la seguridad de las personas mayores, incluyendo aspectos como la vida independiente, las tecnologías asistidas, la salud digital, los servicios de emergencia y los sistemas de localización²⁴. Aunque el uso de las tecnologías de información y comunicación en los hogares ha experimentado un crecimiento importante en los últimos años, persiste una brecha entre usuarios y no usuarios (brecha digital) atribuible a diversos factores²⁵.

SIVFRENT-M recoge el porcentaje de **personas con teléfono móvil y conexión a Internet**. En la población estudiada, el 81,1% de las personas reportan disponer de un teléfono móvil con acceso a internet. Esta elevada proporción refleja la amplia implantación de la telefonía inteligente en la sociedad actual, indicando que más de cuatro quintas partes de la población tienen acceso a tecnologías digitales móviles. Al analizar las diferencias **por sexo**, se observa una brecha significativa en la disponibilidad de estos dispositivos, donde los hombres presentan un porcentaje mayor (83,6%) comparado con las mujeres (79,0%). En cuanto a la distribución **por grupos etarios**, se evidencia una clara tendencia descendente con la edad: el grupo de 65-69 años presenta el mayor porcentaje (88,7%), seguido por el grupo de 70-74 años (81,4%), mientras que el grupo de mayor edad (75-79 años) muestra un notable descenso hasta el 68,5%. Esta tendencia inversa entre edad y disponibilidad tecnológica podría explicarse por factores como la menor familiaridad con las tecnologías digitales entre las generaciones mayores, resistencia al cambio tecnológico, limitaciones económicas asociadas con la jubilación o percepción de menor utilidad de estos dispositivos entre los adultos mayores. Es necesario remarcar que la brecha digital por edad es particularmente pronunciada, con una diferencia de 20 puntos porcentuales entre el grupo más joven y el mayor, lo que podría limitar la participación de la población de mayor edad en la sociedad digital.

4. CONCLUSIONES

Salud autopercibida y problemas crónicos de salud: la mayoría de la población (59,3%) percibe su salud como buena o muy buena, aunque un considerable 40,6% la califica de regular, mala o muy mala. Los hombres tienden a reportar mejor salud (62,8% buena/muy buena) que las mujeres (56,6%) y la percepción positiva disminuye con la edad. Más de la mitad (56,5%) manifiesta padecer algún problema crónico de salud, con una prevalencia ligeramente superior en hombres (58,2%). La facilidad económica se correlaciona positivamente con una mejor salud autopercibida y una menor prevalencia de problemas crónicos. La evolución 2019-2024 muestra fluctuaciones, con una recuperación en la percepción positiva de salud en 2024, especialmente en mujeres.

Limitación de la actividad: casi tres cuartas partes (73,7%) de la población mayor no refieren limitaciones en su actividad diaria (GALI). Sin embargo, un 26,3% experimenta algún grado de limitación (23,0% no grave, y 3,3% grave), siendo más frecuente en mujeres (29,1%) que en hombres (22,8%) y aumentando claramente con la edad. La limitación física es la predominante (91,3% de las personas que presentan limitación). Dificultades específicas como caminar 500 metros (14,2% con alguna/mucha dificultad), subir/bajar 12 escalones (24,4%) y recordar/concentrarse (23,4%) son notables, mayores en mujeres e incrementándose con la edad. Un 40,1% presenta limitación en al menos una de estas tres dimensiones funcionales.

Fragilidad: un 15,6% de las personas mayores se identifican como frágiles según la escala FRAIL adaptada, mientras que un 53,2% se encuentra en estado de prefragilidad. La fragilidad es más prevalente en mujeres (18,5%) que en hombres (12,0%) y muestra una clara tendencia a aumentar con la edad (del 13,9% en 65-69 años al 18,7% en 75-79 años). Se observa una asociación entre fragilidad y un menor nivel educativo (más marcado en mujeres), pertenencia a las clases sociales IV-V y, de forma muy significativa, con mayores dificultades económicas para llegar a fin de mes.

Dificultad para actividades de la vida diaria: la gran mayoría (92,5%) de la población mayor es independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), aunque la independencia tiende a disminuir en el grupo de 75-79 años (88,4%). En contraste, solo el 56,1% es independiente para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), con una marcada diferencia por sexo (72,1% en hombres y 43,2% en mujeres) y una disminución progresiva de la independencia con la edad. Las tareas domésticas pesadas son las que generan mayor dificultad (42,3% con alguna/mucha dificultad). La dependencia en AIVD se asocia inversamente con el nivel educativo y la facilidad económica.

Caídas: un 13,8% de la población mayor presenta un alto riesgo de caídas, siendo este riesgo considerablemente más prevalente en mujeres (18,7%) que en hombres (7,9%). El miedo a caerse es frecuente (36,4% lo experimenta en algún grado y 17,5% siempre/frecuentemente), afectando más a mujeres (49,0% algunas veces o más) e incrementándose con la edad. Entre quienes tienen miedo, un preocupante 40,3% ve limitada su actividad por esta causa.

Dolor persistente: casi la mitad de la población mayor (48,9%) refiere haber experimentado dolor físico persistente en las últimas cuatro semanas, siendo severo o extremo en un 10,5%. Las mujeres reportan dolor con mayor frecuencia e intensidad (14,5% severo/extremo) que los hombres (5,7%). La ausencia de dolor disminuye y el dolor severo/extremo aumenta conforme aumenta la edad. Un 29,7% de las personas con dolor ven limitada su actividad a causa del mismo. El dolor extremo/severo se asocia con un menor nivel educativo (especialmente en mujeres) y mayores dificultades económicas.

Salud mental: un 20,1% de la población mayor presenta algún grado de sintomatología depresiva (según PHQ-8), alcanzando un 5,6% la categoría de moderada-grave. Se constatan diferencias muy significativas por sexo, con las mujeres presentando porcentajes considerablemente más altos de sintomatología en todos los niveles de gravedad (8,2% moderada-grave en mujeres y 2,4% en hombres). Se aprecia una ligera tendencia al aumento de

la sintomatología con la edad y una clara asociación con un menor nivel educativo y mayores dificultades económicas.

Relaciones sociales: más de la mitad de la población (55,9%) refiere tener un apoyo social fuerte (OSLO-3), aunque un 9,4% lo califica como pobre. No se observan diferencias importantes por sexo en la percepción general del apoyo, pero el apoyo fuerte tiende a disminuir ligeramente cuando la edad aumenta. Un apoyo social pobre se asocia fuertemente con dificultades económicas. Respecto al sentimiento de soledad, un 7,6% lo experimenta bastantes veces/siempre o casi siempre, siendo más frecuente en mujeres (10,3%) que en hombres (4,4%). El grupo de 70-74 años es el que presenta mayores niveles de soledad frecuente. La soledad se asocia a menor nivel educativo y, marcadamente, a mayores dificultades económicas.

Participación comunitaria: las actividades de barrio (74,8% participa al menos una vez al mes) y las sociales (54,2%) son las más populares. La participación en actividades culturales (31,3%), formativas (21,0%), domésticas (32,3%), turismo (9,1%) y asociaciones (7,7%) es menor. Generalmente, la participación disminuye con la edad, especialmente en turismo y actividades formativas/culturales. Las mujeres tienden a participar más que los hombres en actividades culturales, formativas y domésticas, mientras que los hombres lo hacen en mayor medida que las mujeres en actividades sociales y de turismo.

Personas mayores como cuidadoras: un 10,9% de las personas mayores cuidan de alguna persona mayor o con dolencia crónica. Esta responsabilidad es asumida en mayor medida por mujeres (12,2%) que por hombres (9,2%). El porcentaje de cuidadores es mayor en los grupos de 65-69 y 70-74 años (ambos 12,2%) y disminuye en el de 75-79 años (6,8%). Ser cuidador/a se asocia con un mayor nivel educativo y, en el caso de experimentar dificultades económicas, también se observa una mayor proporción de personas cuidadoras.

Uso de nuevas tecnologías: una amplia mayoría (81,1%) de la población mayor dispone de teléfono móvil con acceso a internet. Sin embargo, existe una brecha digital por sexo, con un mayor porcentaje de hombres (83,6%) con acceso que de mujeres (79,0%). Esta brecha es aún más pronunciada por edad, con un descenso relevante desde el 88,7% en el grupo de 65-69 años hasta el 68,5% en el de 75-79 años, lo que puede generar desigualdades en el acceso a información, servicios y participación social.

Nivel socioeconómico y desigualdades: los resultados confirman la existencia de importantes desigualdades sociales en salud. Indicadores como la peor salud autopercibida, la mayor prevalencia de problemas crónicos, fragilidad, dependencia, dolor, sintomatología depresiva, apoyo social pobre y sentimiento de soledad se asocian consistentemente con un menor nivel educativo y/o mayores dificultades económicas, con patrones a menudo más acusados en mujeres. Estas desigualdades requieren abordajes intersectoriales que actúen sobre los determinantes sociales de la salud.

Consideraciones finales: los datos del SIVFRENT-M 2024 revelan un panorama complejo de la salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Persisten importantes factores de riesgo y una considerable carga de limitación funcional, fragilidad y dependencia, con marcadas desigualdades por sexo, edad y nivel socioeconómico. La vigilancia continua es imprescindible para monitorizar estas tendencias, así como para diseñar e implementar intervenciones efectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención a la dependencia, adaptadas a las necesidades específicas de los diferentes subgrupos poblacionales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y fomentar un envejecimiento activo y saludable.

Informe elaborado por:

Antonio González Herrera y Ana Gandarillas. Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada:

Dirección General de Salud Pública. Salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6. Volumen 30. Junio 2025.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.4 del orden provisional. 22 de abril de 2016. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf.
2. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2020-2030. 2020. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?utm_source=chatgpt.com.
3. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. En: Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2025. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-enfermedades-no-transmisibles>.
4. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.
5. Instituto de Estadística de la UNESCO. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 2011). Montreal: UNESCO; 2013.
6. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J y Borrell. C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gac Sanit. 2013;27(3):263–72.
7. Cabrero-García J, Juliá-Sanchis R, Richart-Martínez M. Association of the global activity limitation indicator with specific measures of disability in adults aged below 65. Eur J Public Health. 11 de diciembre de 2020;30(6):1225-30.
8. Van Oyen H, Bogaert P, Yokota RTC, Berger N. Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). Archives of Public Health. 28 de mayo de 2018;76(1):25.
9. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en personas mayores. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes estudios e investigación 2014.
10. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022.
11. Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Med Clin (Barc). 2010;135(15):713-719.
12. Ng YX, Cheng LJ, Quek YY, Yu R, Wu XV. The measurement properties and feasibility of FRAIL scale in older adults: A systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev. marzo de 2024;95:102243.
13. Hopman-Rock M, van Hirtum H, de Vreede P, Freiburger E. Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. Aging Clin Exp Res. julio de 2019;31(7):917-25.
14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
15. Martín Lesende I, Quintana Cantero S, Urzay Atucha V, Ganzarain Oyarbide E, Aguirre Miñana T y Pedrero Jocano JE. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. Aten Primaria. 2012;44(6):309-319.

16. IMSERSO. El libro blanco del envejecimiento activo. 1.^a edición, 2011.
17. Andrés J, Acuña JP, Olivares A. Dolor en el paciente de la tercera edad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(4):674-686.
18. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. J Affect Disord. 2009; 114(1-3):163-73.
19. Bøen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. BMC Geriatr. 2012; 12:27.
20. Montero López Lena M, Sánchez-Sosa JJ. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual; Salud Mental, Vol. 24, No. 1, febrero 2001 19-27.
21. Naciones Unidas. Informe sobre la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Recomendaciones de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Artículo 10, Objetivo 2, Nueva York, 2002.
22. Gallardo-Peralta L, Conde-Llanes D, Córdova-Jorquera I. Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. Gerokomos. 2016;27(3):104-108.
23. Sánchez D, Eizmendi G, Azkoitia JM. Envejecimiento y nuevas tecnologías. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;41 Supl 2:57-65.
24. Abellán García A, del Barrio Truchado E, Castejón Villarejo P, Esparza Catalán C, Fernández-Mayoralas Fernández G, Pérez Ortiz L, Puga González MD, Rojo Pérez F y Sancho Castiello M. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Observatorio de personas Mayores. Colección Documentos; Serie Documentos Estadísticos, N° 22009. Encuesta 2006; Primera edición, 2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
25. Instituto Nacional de Estadística (INE)
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout.

6. ANEXOS

Anexo tabla 1. Salud autopercebida buena o muy buena por variables sociodemográficas según sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	125	65,1(58,1-71,6)	121	59,3(52,4-65,8)	246	62,1(57,2-66,8)
70-74	97	62,2(54,3-69,5)	116	56,9(50,0-63,5)	213	59,2(54,0-64,1)
75-79	64	59,3(49,7-68,2)	75	52,4(44,2-60,6)	139	55,4(49,1-61,5)
País de nacimiento						
España	265	62,5(57,8-67,0)	287	59,2(54,7-63,5)	552	60,7(57,5-63,9)
Otros países	21	65,6(47,9-79,9)	25	37,9(27,0-50,1)	46	46,9(37,3-56,8)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	242	65,4(60,4-70,1)	187	61,5(55,9-66,8)	429	63,6(59,9-67,2)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	27	48,2(35,4-61,2)	67	54,0(45,2-62,6)	94	52,2(44,9-59,4)
Viudo/a	14	51,9(33,6-69,7)	55	46,6(37,8-55,6)	69	47,6(39,6-55,7)
Nivel educativo¹						
Superior	112	69,1(61,6-75,8)	87	63,0(54,8-70,6)	199	66,3(60,8-71,4)
Intermedio	79	61,7(53,0-69,7)	88	62,0(53,7-69,6)	167	61,9(55,9-67,5)
Básico e inferior	95	57,2(49,6-64,5)	137	50,6(44,6-56,5)	232	53,1(48,4-57,7)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	243	61,4(56,4-66,1)	241	55,5(50,8-60,2)	484	58,3(54,9-61,6)
Otras ²	43	71,7(58,9-81,7)	71	60,7(51,5-69,2)	114	64,4(57,0-71,1)
Clase social³						
I - II	123	64,1(57,0-70,6)	73	60,3(51,4-68,7)	196	62,6(57,1-67,8)
III	52	63,4(52,6-73,0)	97	66,4(58,4-73,6)	149	65,4(59,0-71,2)
IV - V	109	61,2(53,9-68,1)	102	48,1(41,4-54,9)	211	54,1(49,1-59,0)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	136	67,7(60,8-73,8)	143	65,3(58,7-71,3)	279	66,4(61,8-70,8)
Con alguna facilidad	100	62,9(55,1-70,1)	93	58,1(50,3-65,5)	193	60,5(55,0-65,7)
Con alguna dificultad	33	58,9(45,7-71,0)	37	48,7(37,7-59,8)	70	53,0(44,5-61,4)
Con dificultad o mucha dificultad	12	44,4(27,2-63,2)	18	30,5(20,1-43,4)	30	34,9(25,6-45,5)
Totales	286	62,7(58,2-67,1)	312	56,6(52,4-60,7)	598	59,4(56,3-62,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Anexo tabla 2. Presencia de algún problema crónico de salud por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	106	54,9(47,8-61,8)	115	56,7(49,7-63,4)	221	55,8(50,9-60,6)
70-74	96	61,5(53,7-68,8)	115	56,4(49,4-63,1)	211	58,6(53,5-63,6)
75-79	64	59,3(49,7-68,2)	73	51,0(42,9-59,2)	137	54,6(48,4-60,7)
País de nacimiento						
España	252	59,3(54,6-63,9)	265	54,8(50,3-59,2)	517	56,9(53,6-60,1)
Otros países	14	43,8(27,8-61,1)	38	57,6(45,3-68,9)	52	53,1(43,1-62,7)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	222	59,8(54,8-64,7)	160	52,6(47,0-58,2)	382	56,6(52,8-60,3)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	29	51,8(38,8-64,5)	66	53,2(44,4-61,9)	95	52,8(45,5-60,0)
Viudo/a	15	55,6(36,8-72,8)	75	64,1(55,0-72,3)	90	62,5(54,3-70,0)
Nivel educativo¹						
Superior	101	62,3(54,6-69,5)	74	53,6(45,2-61,8)	175	58,3(52,6-63,8)
Intermedio	74	57,4(48,7-65,6)	76	53,9(45,6-62,0)	150	55,6(49,6-61,4)
Básico e inferior	91	54,8(47,2-62,2)	153	56,5(50,5-62,3)	244	55,8(51,1-60,4)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	240	60,5(55,6-65,1)	244	56,4(51,6-61,0)	484	58,3(54,9-61,6)
Otras ²	26	43,3(31,4-56,1)	59	50,4(41,4-59,4)	85	48,0(40,7-55,4)
Clase social³						
I - II	121	63,0(56,0-69,6)	65	53,7(44,7-62,5)	186	59,4(53,9-64,7)
III	44	53,7(42,9-64,1)	84	57,9(49,7-65,7)	128	56,4(49,9-62,7)
IV - V	99	55,6(48,3-62,7)	115	54,2(47,5-60,9)	214	54,9(49,9-59,7)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	120	59,7(52,8-66,2)	112	51,1(44,5-57,7)	232	55,2(50,5-59,9)
Con alguna facilidad	88	55,3(47,5-62,9)	84	52,8(45,1-60,5)	172	54,1(48,6-59,5)
Con alguna dificultad	32	57,1(44,0-69,4)	50	65,8(54,4-75,6)	82	62,1(53,5-70,0)
Con dificultad o mucha dificultad	19	70,4(50,9-84,5)	41	69,5(56,7-79,9)	60	69,8(59,3-78,5)
Totales	266	58,2(53,6-62,6)	303	55,1(50,9-59,2)	569	56,5(53,4-59,5)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Anexo tabla 3. Fragilidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	19	9,8(6,4-14,9)	36	17,6(13,0-23,5)	55	13,9(10,8-17,6)
70-74	20	12,8(8,4-19,1)	35	17,2(12,5-23,0)	55	15,3(11,9-19,4)
75-79	16	14,8(9,2-22,9)	31	21,7(15,6-29,2)	47	18,7(14,4-24,1)
País de nacimiento						
España	50	11,8(9,0-15,2)	91	18,8(15,5-22,5)	141	15,5(13,3-18,0)
Otros países	5	15,6(6,7-32,4)	11	16,7(9,4-27,7)	16	16,3(10,2-25,0)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	39	10,5(7,8-14,1)	43	14,1(10,7-18,5)	82	12,1(9,9-14,8)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	12	21,4(12,6-34,1)	32	25,8(18,9-34,2)	44	24,4(18,7-31,3)
Viudo/a	4	14,8(5,6-33,6)	25	21,2(14,7-29,5)	29	20,0(14,3-27,3)
Nivel educativo¹						
Superior	19	11,7(7,6-17,7)	15	10,9(6,6-17,3)	34	11,3(8,2-15,5)
Intermedio	14	10,9(6,5-17,5)	21	14,8(9,8-21,6)	35	12,9(9,4-17,5)
Básico e inferior	22	13,3(8,9-19,3)	66	24,4(19,6-29,8)	88	20,1(16,6-24,2)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	50	12,6(9,7-16,3)	76	17,5(14,2-21,4)	126	15,2(12,9-17,8)
Otras ²	5	8,3(3,5-18,6)	26	22,2(15,6-30,6)	31	17,5(12,6-23,8)
Clase social³						
I - II	21	10,9(7,2-16,2)	16	13,2(8,2-20,6)	37	11,8(8,7-15,9)
III	7	8,5(4,1-16,9)	17	11,6(7,4-17,9)	24	10,5(7,2-15,2)
IV - V	27	15,2(10,6-21,2)	46	21,7(16,6-27,8)	73	18,7(15,1-22,9)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	12	6,0(3,4-10,3)	28	12,8(9,0-17,9)	40	9,5(7,1-12,7)
Con alguna facilidad	24	15,1(10,3-21,6)	29	18,1(12,9-24,9)	53	16,6(12,9-21,1)
Con alguna dificultad	8	14,3(7,3-26,2)	17	22,4(14,4-33,1)	25	18,9(13,1-26,6)
Con dificultad o mucha dificultad	10	37,0(21,1-56,4)	22	37,3(25,9-50,2)	32	37,2(27,7-47,9)
Totales	55	12,0(9,3-15,4)	102	18,5(15,5-22,0)	157	15,6(13,5-17,9)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).* Fragilidad: puntuación ≥ 3 puntos en la escala FRAIL adaptada

Anexo tabla 4. Dependencia moderada, grave y total* para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	7	3,7(1,8-7,7)	21	10,3(6,9-15,3)	28	7,2(5,0-10,2)
70-74	5	3,3(1,4-7,5)	18	8,9(5,7-13,7)	23	6,5(4,3-9,5)
75-79	6	5,9(2,7-12,7)	28	19,9(14,1-27,2)	34	14,0(10,3-18,9)
País de nacimiento						
España	18	4,4(2,8-6,9)	61	12,7(10,0-15,9)	79	8,9(7,2-10,9)
Otros países	0	0,0(0,0-0,0)	6	9,2(4,2-19,1)	6	6,2(2,8-13,1)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	10	2,8(1,5-5,1)	37	12,3(9,1-16,5)	47	7,1(5,4-9,3)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	6	11,1(5,1-22,7)	16	12,9(8,1-20,0)	22	12,4(8,3-18,1)
Viudo/a	2	7,7(1,9-26,3)	13	11,2(6,7-18,3)	15	10,6(6,5-16,7)
Nivel educativo¹						
Superior	3	1,9(0,6-5,8)	6	4,4(2,0-9,5)	9	3,1(1,6-5,8)
Intermedio	5	4,1(1,7-9,4)	19	13,5(8,8-20,1)	24	9,1(6,2-13,1)
Básico e inferior	10	6,2(3,4-11,2)	42	15,6(11,8-20,4)	52	12,1(9,4-15,5)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	18	4,7(3,0-7,4)	51	11,9(9,1-15,3)	69	8,5(6,8-10,6)
Otras ²	0	0,0(0,0-0,0)	16	13,7(8,6-21,0)	16	9,1(5,7-14,2)
Clase social³						
I - II	4	2,2(0,8-5,6)	7	5,8(2,8-11,7)	11	3,6(2,0-6,4)
III	1	1,3(0,2-8,5)	14	9,7(5,9-15,7)	15	6,7(4,1-10,8)
IV - V	13	7,6(4,4-12,6)	28	13,3(9,3-18,6)	41	10,7(8,0-14,2)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	2	1,0(0,3-4,0)	16	7,3(4,5-11,6)	18	4,3(2,8-6,7)
Con alguna facilidad	7	4,7(2,2-9,5)	20	12,6(8,3-18,7)	27	8,7(6,1-12,4)
Con alguna dificultad	2	3,8(0,9-14,0)	14	18,4(11,2-28,7)	16	12,4(7,8-19,2)
Con dificultad o mucha dificultad	6	22,2(10,2-41,7)	11	19,3(11,0-31,6)	17	20,2(13,0-30,2)
Totales	18	4,1(2,6-6,4)	67	12,3(9,8-15,3)	85	8,6(7,0-10,5)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

* Dependencia moderada, grave y total: ≤40 puntos en la escala de AIVD.

Anexo tabla 5. Presencia de dolor extremo o severo por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	7	3,6(1,7-7,5)	21	10,5(6,9-15,6)	28	7,1(5,0-10,1)
70-74	8	5,1(2,6-10,0)	35	17,2(12,6-23,1)	43	12,0(9,0-15,7)
75-79	11	10,3(5,8-17,7)	23	16,3(11,0-23,4)	34	13,7(9,9-18,6)
País de nacimiento						
España	25	5,9(4,0-8,6)	68	14,2(11,4-17,7)	93	10,3(8,5-12,5)
Otros países	1	3,1(0,4-19,2)	11	16,7(9,5-27,6)	12	12,2(7,1-20,3)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	21	5,7(3,7-8,6)	40	13,4(10,0-17,8)	61	9,1(7,2-11,6)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	4	7,1(2,7-17,7)	20	16,1(10,6-23,7)	24	13,3(9,1-19,1)
Viudo/a	1	3,7(0,5-22,3)	19	16,1(10,5-23,9)	20	13,8(9,1-20,4)
Nivel educativo¹						
Superior	8	5,0(2,5-9,7)	15	10,9(6,7-17,4)	23	7,7(5,2-11,4)
Intermedio	8	6,3(3,1-12,0)	21	14,8(9,8-21,7)	29	10,7(7,6-15,0)
Básico e inferior	10	6,0(3,3-10,8)	43	16,2(12,2-21,2)	53	12,3(9,5-15,7)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	23	5,8(3,9-8,6)	68	15,8(12,7-19,6)	91	11,0(9,1-13,3)
Otras ²	3	5,0(1,6-14,5)	11	9,6(5,4-16,6)	14	8,0(4,8-13,1)
Clase social³						
I - II	12	6,3(3,6-10,8)	18	15,0(9,6-22,6)	30	9,6(6,8-13,5)
III	3	3,7(1,2-10,8)	17	11,6(7,4-17,9)	20	8,8(5,7-13,2)
IV - V	11	6,2(3,5-10,8)	31	14,7(10,5-20,2)	42	10,8(8,1-14,3)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	8	4,0(2,0-7,8)	27	12,3(8,6-17,4)	35	8,4(6,1-11,4)
Con alguna facilidad	9	5,7(3,0-10,5)	19	11,9(7,7-18,0)	28	8,8(6,1-12,5)
Con alguna dificultad	3	5,4(1,7-15,4)	15	19,7(12,3-30,1)	18	13,6(8,8-20,5)
Con dificultad o mucha dificultad	6	22,2(10,2-41,7)	15	25,4(15,9-38,0)	21	24,4(16,5-34,6)
Totales	26	5,7(3,9-8,3)	79	14,5(11,8-17,8)	105	10,5(8,8-12,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Anexo tabla 6. Sintomatología depresiva grave* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	5	2,6(1,1-6,1)	15	7,4(4,5-11,9)	20	5,1(3,3-7,7)
70-74	4	2,6(1,0-6,7)	15	7,4(4,5-11,9)	19	5,3(3,4-8,1)
75-79	2	1,9(0,5-7,2)	15	10,7(6,5-17,1)	17	6,9(4,3-10,7)
País de nacimiento						
España	11	2,6(1,4-4,6)	38	7,9(5,8-10,7)	49	5,4(4,1-7,1)
Otros países	0	0,0(0,0-0,0)	7	10,6(5,1-20,7)	7	7,2(3,5-14,4)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	5	1,4(0,6-3,2)	20	6,6(4,3-10,1)	25	3,7(2,5-5,5)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	5	8,9(3,8-19,8)	11	8,9(5,0-15,4)	16	8,9(5,5-14,1)
Viudo/a	1	3,7(0,5-22,2)	14	11,9(7,1-19,1)	15	10,3(6,3-16,5)
Nivel educativo¹						
Superior	1	0,6(0,1-4,3)	5	3,6(1,5-8,4)	6	2,0(0,9-4,4)
Intermedio	3	2,3(0,7-7,0)	13	9,2(5,4-15,2)	16	5,9(3,6-9,4)
Básico e inferior	7	4,3(2,0-8,7)	27	10,1(7,0-14,4)	34	7,9(5,7-10,8)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	9	2,3(1,2-4,3)	36	8,4(6,1-11,4)	45	5,4(4,1-7,2)
Otras ²	2	3,3(0,8-12,4)	9	7,8(4,1-14,3)	11	6,3(3,5-10,9)
Clase social³						
I - II	5	2,6(1,1-6,1)	4	3,3(1,2-8,5)	9	2,9(1,5-5,4)
III	1	1,2(0,2-8,3)	9	6,2(3,2-11,4)	10	4,4(2,4-8,0)
IV - V	5	2,8(1,2-6,6)	21	10,0(6,6-15,0)	26	6,7(4,6-9,7)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	3	1,5(0,5-4,6)	15	6,8(4,2-11,1)	18	4,3(2,7-6,7)
Con alguna facilidad	2	1,3(0,3-4,9)	8	5,0(2,5-9,8)	10	3,2(1,7-5,8)
Con alguna dificultad	1	1,8(0,2-11,7)	10	13,5(7,5-23,2)	11	8,5(4,8-14,5)
Con dificultad o mucha dificultad	4	14,8(5,6-33,6)	9	15,5(8,3-27,2)	13	15,3(9,1-24,6)
Totales	11	2,4(1,3-4,3)	45	8,2(6,2-10,9)	56	5,6(4,3-7,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

* Depresión mayor: puntuación ≥ 10 puntos en el cuestionario PHQ-8.

Anexo tabla 7. Apoyo social pobre* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	12	6,5(3,7-11,1)	20	10,5(6,9-15,8)	32	8,6(6,1-11,8)
70-74	15	10,3(6,3-16,3)	18	9,1(5,8-14,1)	33	9,6(6,9-13,2)
75-79	10	9,8(5,3-17,4)	14	11,0(6,6-17,8)	24	10,5(7,1-15,2)
País de nacimiento						
España	31	7,7(5,5-10,7)	40	8,8(6,5-11,8)	71	8,3(6,6-10,3)
Otros países	6	19,4(8,9-36,9)	12	20,7(12,1-33,0)	18	20,2(13,1-29,9)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	19	5,4(3,5-8,4)	25	8,7(5,9-12,6)	44	6,9(5,2-9,2)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	14	26,4(16,4-39,7)	17	14,8(9,4-22,6)	31	18,5(13,3-25,0)
Viudo/a	4	15,4(5,9-34,6)	10	9,3(5,0-16,4)	14	10,4(6,3-16,9)
Nivel educativo¹						
Superior	15	9,6(5,8-15,3)	9	6,8(3,6-12,5)	24	8,3(5,6-12,1)
Intermedio	10	8,6(4,7-15,2)	17	12,4(7,8-19,1)	27	10,7(7,4-15,1)
Básico e inferior	12	7,5(4,3-12,8)	26	10,7(7,3-15,2)	38	9,4(6,9-12,7)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	31	8,3(5,9-11,5)	39	9,5(7,0-12,8)	70	8,9(7,1-11,1)
Otras ²	6	10,5(4,8-21,6)	13	12,5(7,4-20,3)	19	11,8(7,7-17,8)
Clase social³						
I - II	17	9,2(5,8-14,3)	4	3,4(1,3-8,8)	21	7,0(4,6-10,4)
III	6	7,9(3,6-16,6)	15	10,5(6,4-16,7)	21	9,6(6,3-14,3)
IV - V	14	8,4(5,0-13,7)	24	12,6(8,6-18,2)	38	10,6(7,8-14,3)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	13	6,6(3,9-11,1)	7	3,3(1,6-6,9)	20	4,9(3,2-7,5)
Con alguna facilidad	14	9,5(5,7-15,5)	12	7,8(4,5-13,3)	26	8,7(6,0-12,4)
Con alguna dificultad	5	9,4(4,0-20,7)	12	17,4(10,1-28,3)	17	13,9(8,8-21,3)
Con dificultad o mucha dificultad	5	20,0(8,5-40,2)	15	27,8(17,5-41,1)	20	25,3(17,0-36,0)
Totales	37	8,6(6,3-11,6)	52	10,1(7,8-13,1)	89	9,4(7,7-11,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

* Apoyo social pobre: ≤8 puntos en la escala OSLO-3.

Anexo tabla 8. Sentimiento de soledad bastantes veces/siempre o casi siempre por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	11	5,7(3,2-10,1)	16	7,9(4,9-12,5)	27	6,8(4,7-9,8)
70-74	6	3,8(1,7-8,3)	27	13,4(9,3-18,8)	33	9,2(6,6-12,6)
75-79	3	2,8(0,9-8,3)	13	9,2(5,4-15,3)	16	6,4(4,0-10,2)
País de nacimiento						
España	20	4,7(3,0-7,2)	46	9,6(7,3-12,6)	66	7,3(5,8-9,2)
Otros países	0	0,0(0,0-0,0)	10	15,4(8,5-26,3)	10	10,3(5,6-18,1)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	6	1,6(0,7-3,6)	16	5,3(3,3-8,5)	22	3,3(2,2-4,9)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	9	16,1(8,6-28,2)	16	12,9(8,0-20,1)	25	13,9(9,6-19,8)
Viudo/a	5	18,5(7,9-37,6)	23	20,0(13,7-28,3)	28	19,7(14,0-27,1)
Nivel educativo¹						
Superior	6	3,7(1,7-8,0)	9	6,5(3,4-12,1)	15	5,0(3,0-8,1)
Intermedio	2	1,6(0,4-6,0)	14	9,9(5,9-16,0)	16	5,9(3,6-9,4)
Básico e inferior	12	7,2(4,1-12,3)	33	12,5(9,0-17,0)	45	10,4(7,9-13,7)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	15	3,8(2,3-6,2)	44	10,3(7,7-13,5)	59	7,1(5,6-9,1)
Otras ²	5	8,3(3,5-18,6)	12	10,3(6,0-17,4)	17	9,7(6,1-15,0)
Clase social³						
I - II	7	3,6(1,7-7,5)	10	8,3(4,5-14,7)	17	5,4(3,4-8,6)
III	2	2,4(0,6-9,3)	11	7,5(4,2-13,1)	13	5,7(3,4-9,5)
IV - V	10	5,6(3,0-10,2)	20	9,5(6,2-14,3)	30	7,7(5,5-10,8)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	3	1,5(0,5-4,6)	16	7,3(4,5-11,6)	19	4,5(2,9-7,0)
Con alguna facilidad	5	3,1(1,3-7,3)	6	3,8(1,7-8,1)	11	3,5(1,9-6,1)
Con alguna dificultad	5	8,9(3,7-19,8)	15	19,7(12,3-30,2)	20	15,2(10,0-22,3)
Con dificultad o mucha dificultad	6	22,2(10,3-41,7)	12	20,3(11,9-32,5)	18	20,9(13,6-30,8)
Totales	20	4,4(2,8-6,7)	56	10,3(8,0-13,1)	76	7,6(6,1-9,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Anexo tabla 9. Cuidadores/as de alguna persona mayor* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

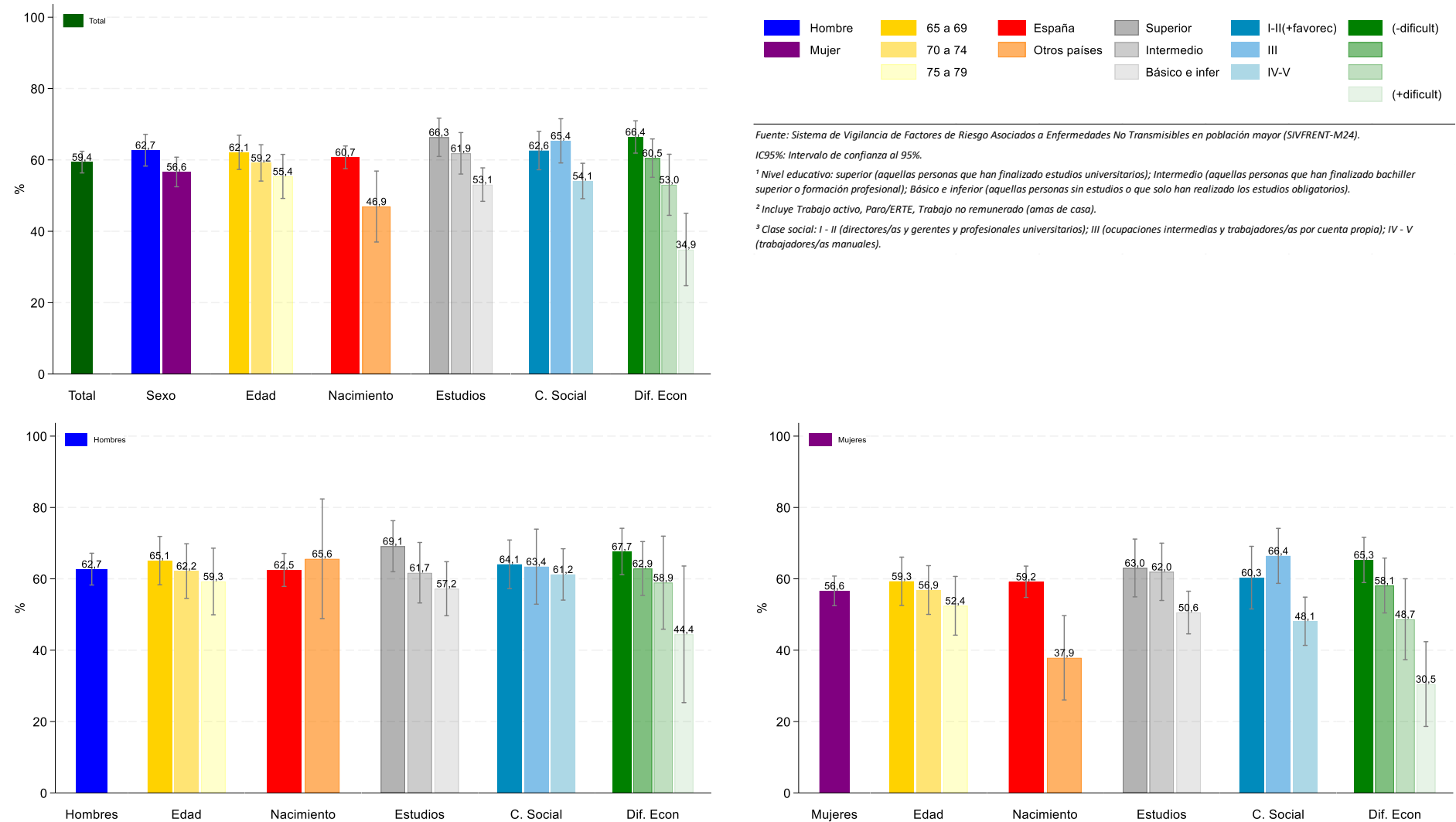
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	17	8,9(5,6-13,8)	31	15,3(10,9-21,0)	48	12,2(9,3-15,8)
70-74	18	11,5(7,4-17,6)	26	12,7(8,8-18,0)	44	12,2(9,2-16,0)
75-79	7	6,5(3,1-13,0)	10	7,1(3,9-12,7)	17	6,8(4,3-10,7)
País de nacimiento						
España	39	9,2(6,8-12,4)	58	12,0(9,4-15,2)	97	10,7(8,9-12,9)
Otros países	3	9,4(3,1-25,4)	9	13,6(7,2-24,2)	12	12,2(7,1-20,4)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	37	10,0(7,3-13,5)	45	15,0(11,4-19,4)	82	12,2(9,9-14,9)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	3	5,4(1,7-15,5)	11	8,9(5,0-15,4)	14	7,8(4,6-12,7)
Viudo/a	2	7,7(1,9-26,1)	10	8,5(4,6-15,0)	12	8,3(4,8-14,1)
Nivel educativo¹						
Superior	18	11,2(7,1-17,1)	20	14,5(9,5-21,4)	38	12,7(9,4-17,0)
Intermedio	11	8,5(4,8-14,8)	18	12,7(8,1-19,2)	29	10,7(7,5-15,0)
Básico e inferior	13	7,8(4,6-13,0)	29	10,8(7,6-15,1)	42	9,7(7,2-12,8)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	37	9,3(6,8-12,6)	53	12,2(9,5-15,7)	90	10,8(8,9-13,1)
Otras ²	5	8,5(3,6-18,9)	14	12,2(7,3-19,5)	19	10,9(7,1-16,5)
Clase social³						
I - II	22	11,5(7,7-16,9)	11	9,1(5,1-15,7)	33	10,6(7,6-14,5)
III	7	8,5(4,1-16,8)	26	17,8(12,4-24,9)	33	14,5(10,5-19,6)
IV - V	13	7,3(4,3-12,2)	25	11,8(8,1-16,9)	38	9,7(7,2-13,1)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	19	9,5(6,1-14,4)	26	11,9(8,2-16,9)	45	10,7(8,1-14,1)
Con alguna facilidad	15	9,4(5,7-15,1)	14	8,8(5,2-14,3)	29	9,1(6,4-12,8)
Con alguna dificultad	5	8,9(3,8-19,7)	12	15,8(9,2-25,8)	17	12,9(8,2-19,7)
Con dificultad o mucha dificultad	3	11,5(3,8-30,4)	9	15,3(8,1-26,9)	12	14,1(8,2-23,3)
Totales	42	9,2(6,9-12,2)	67	12,2(9,7-15,2)	109	10,9(9,1-12,9)

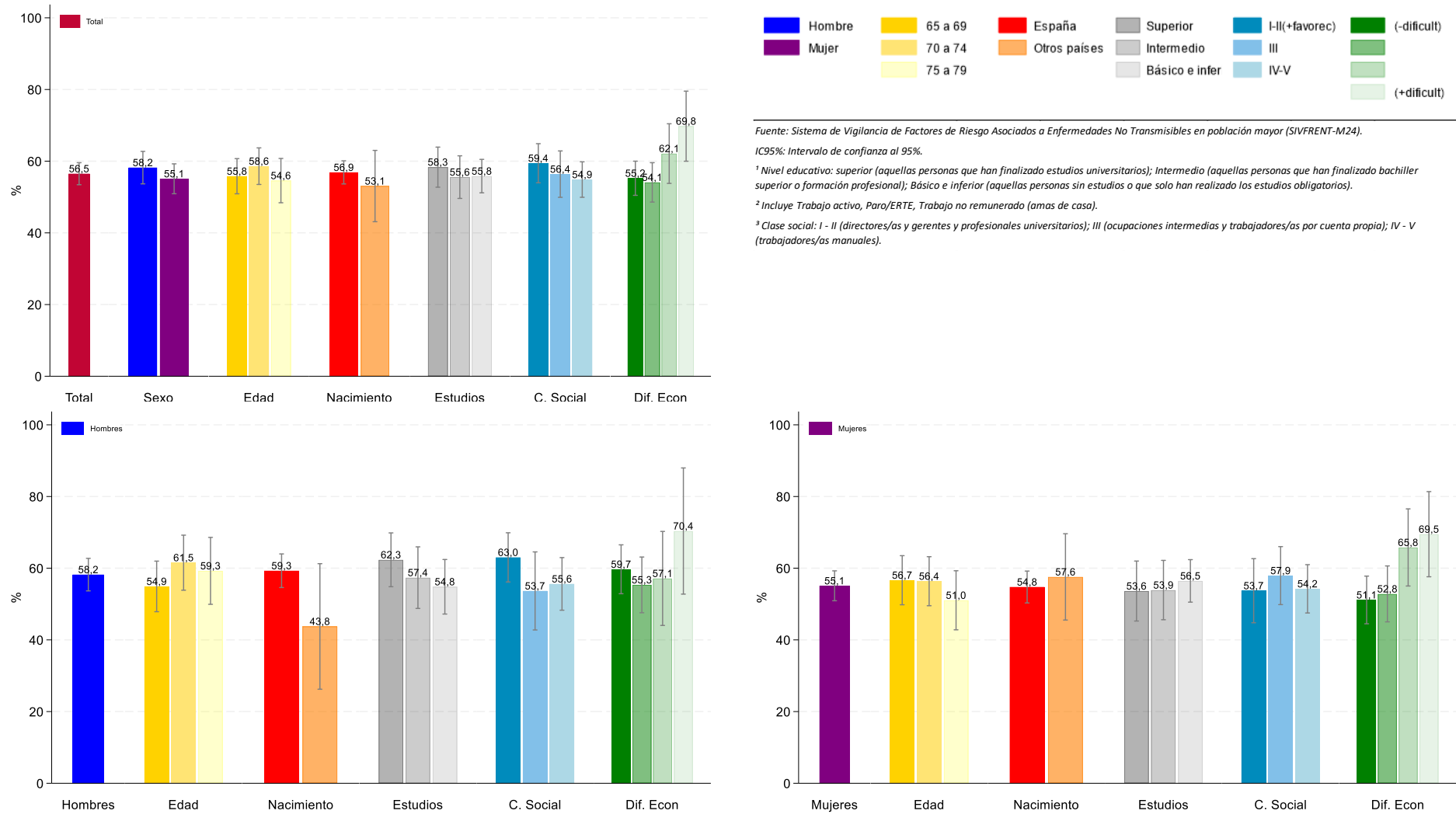
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M24).

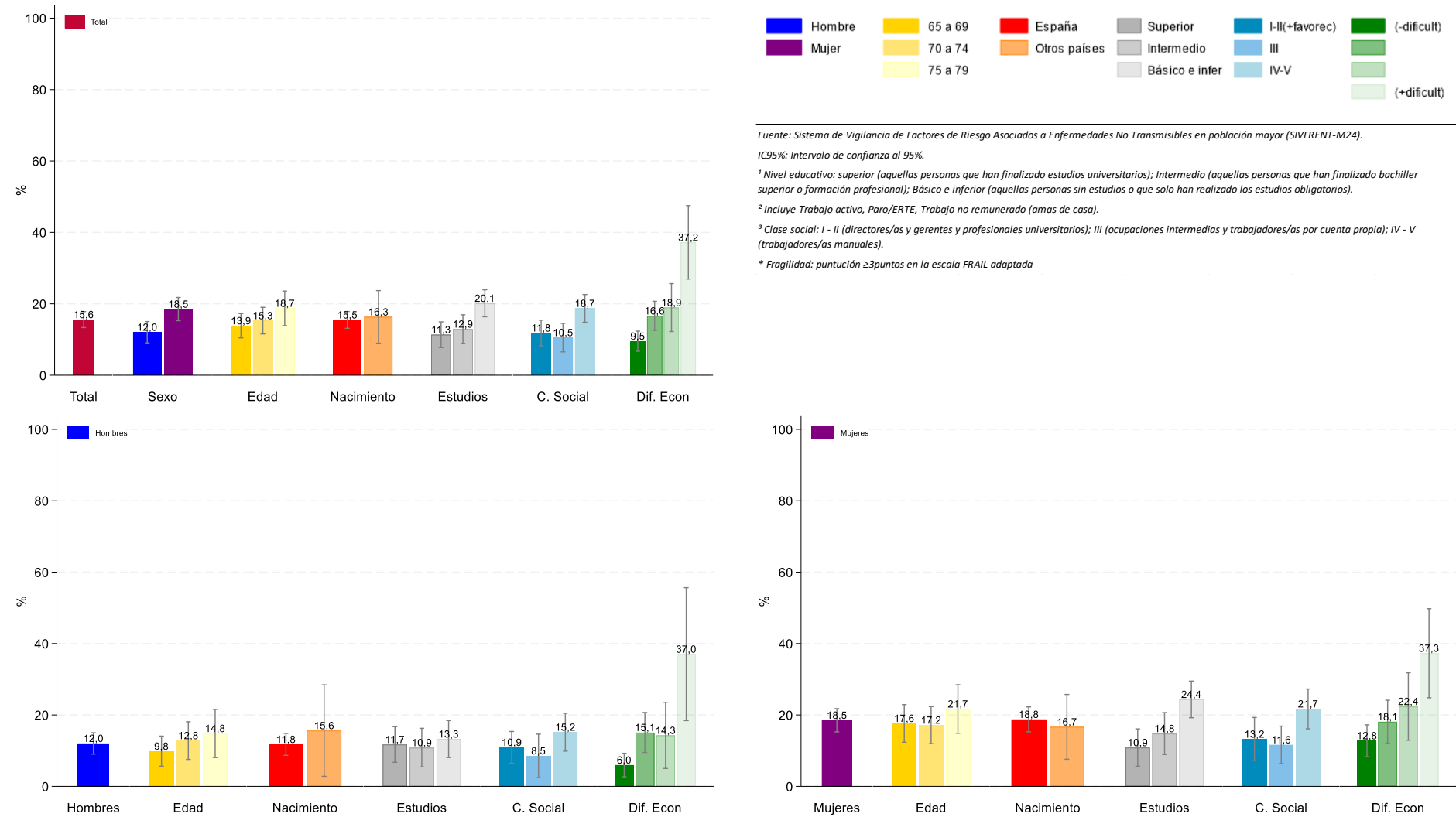
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

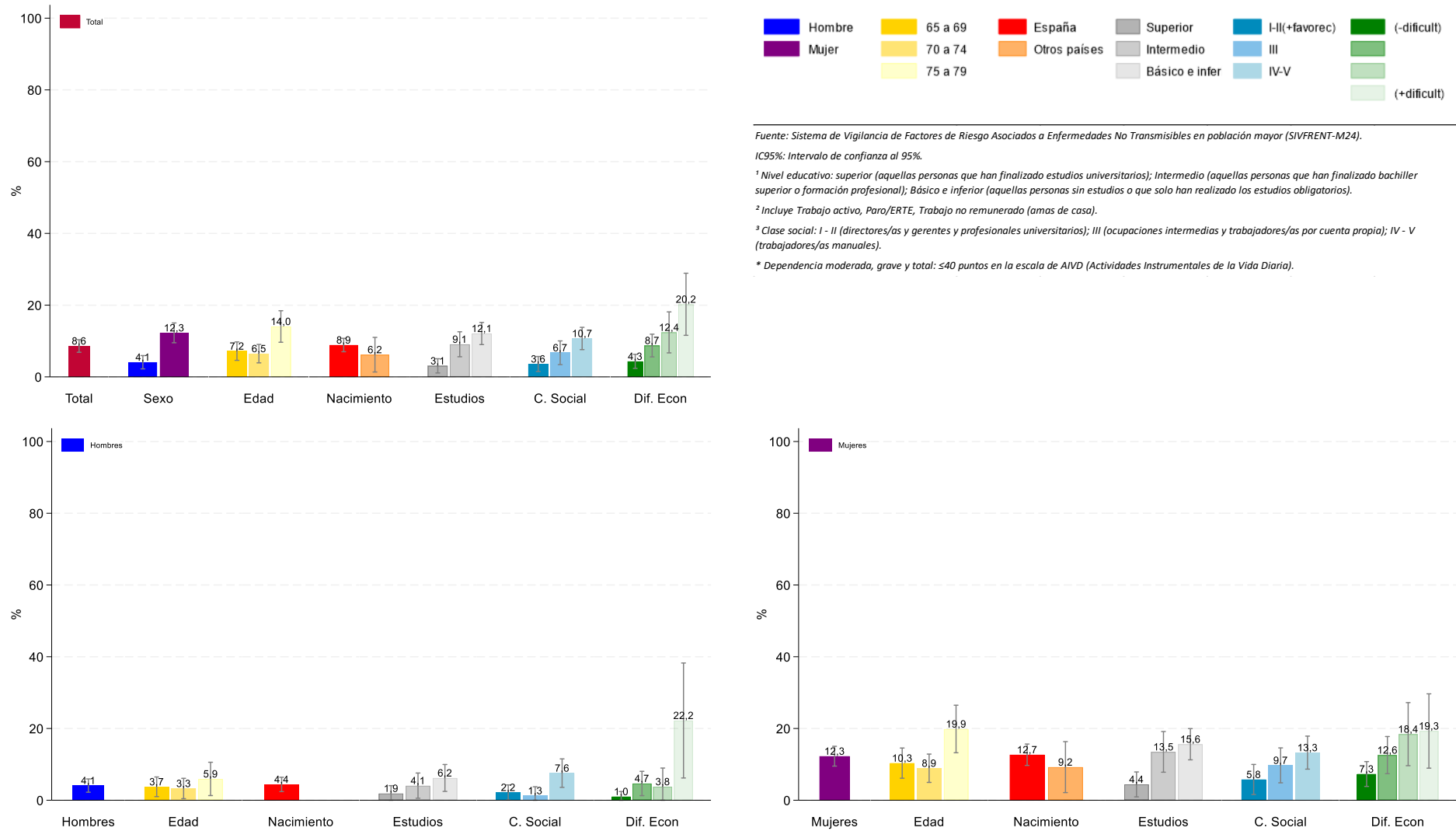
¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

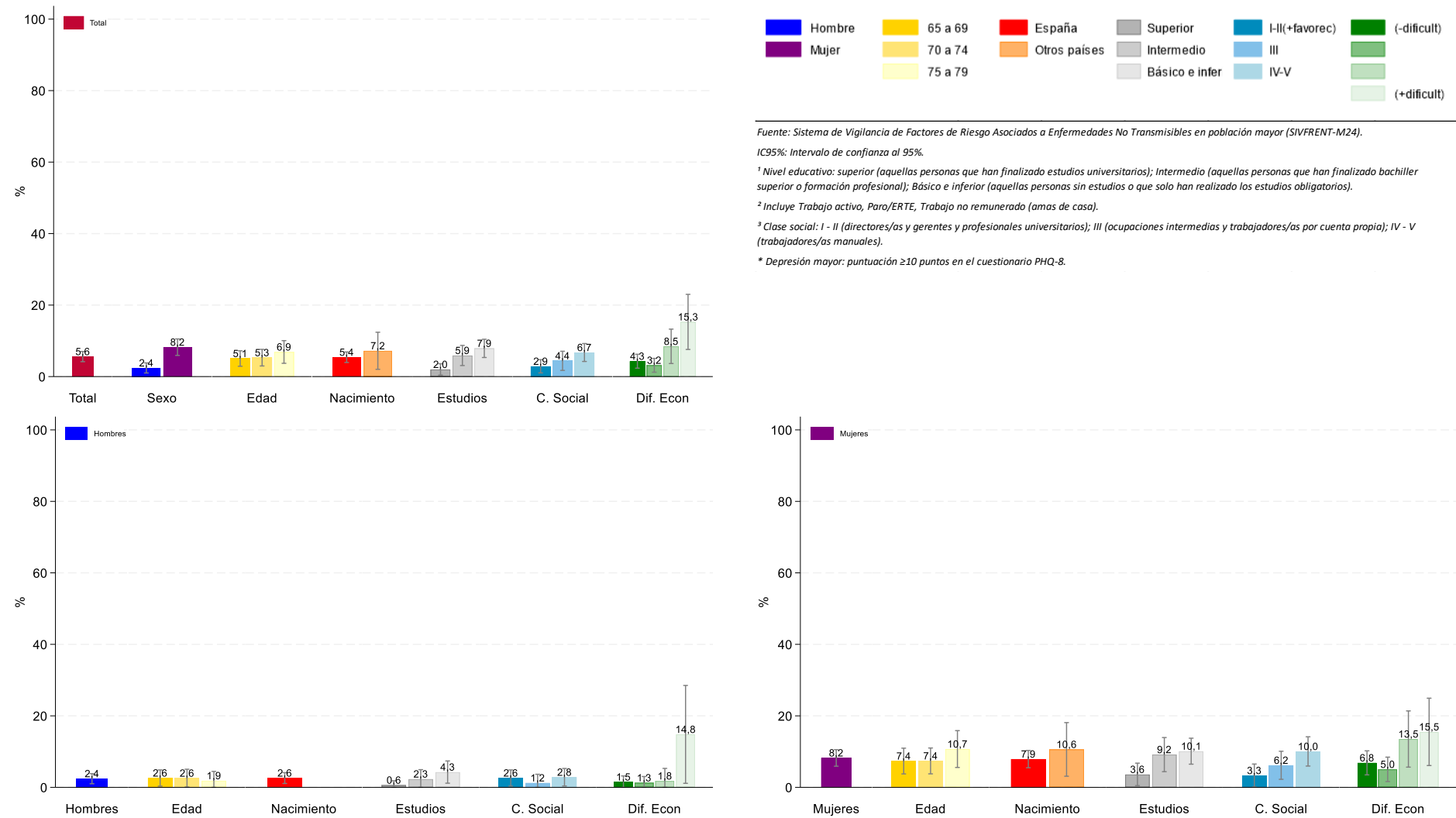
* Persona mayor o alguien que tenga una dolencia crónica. Al menos una vez a la semana. Excluye los casos en que esta actividad forma parte del trabajo

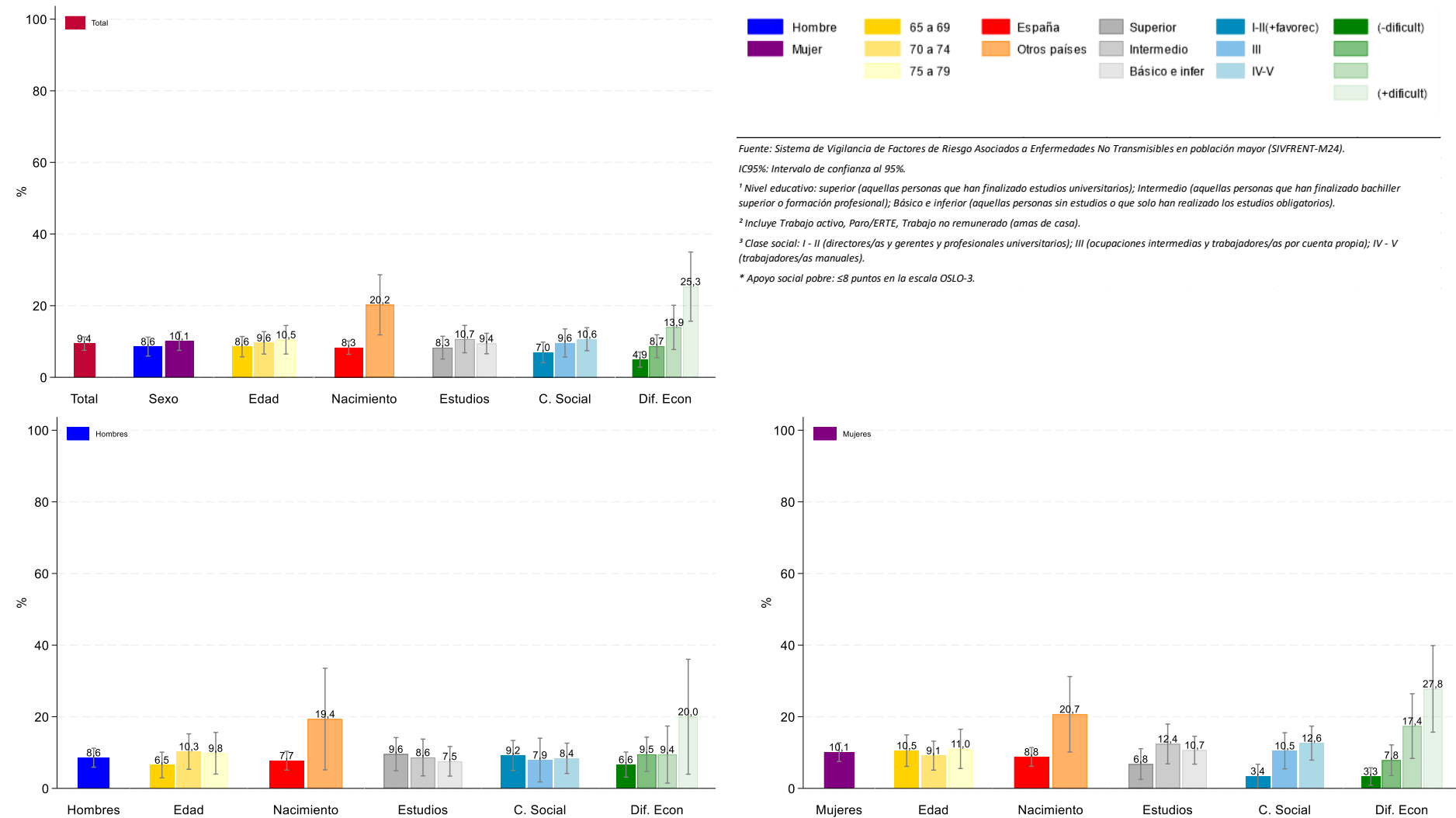
Anexo figura 1. Salud autopercibida buena o muy buena por variables sociodemográficas según sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

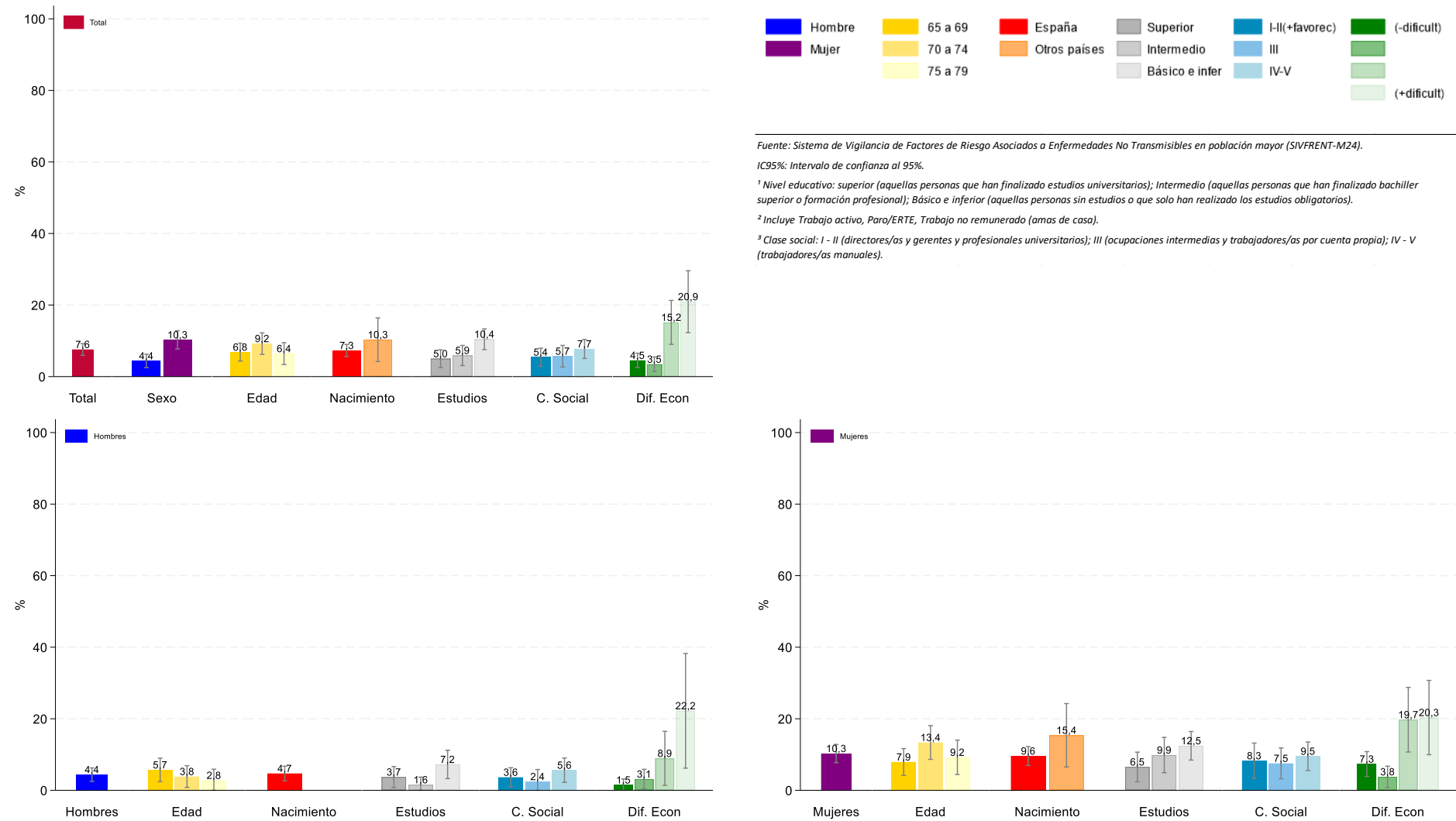
Anexo figura 2. Presencia de algún problema crónico de salud por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

Anexo figura 3. Fragilidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

Anexo figura 4. Dependencia moderada, grave y total* para las AIVD por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

Anexo figura 6. Sintomatología depresiva grave* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

Anexo figura 7. Apoyo social pobre* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

Anexo figura 8. Sentimiento de soledad bastantes veces/siempre o casi siempre por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.

Anexo figura 9. Cuidadores/as de alguna persona mayor* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024.