

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 2025



**Comunidad
de Madrid**

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), 2025

ÍNDICE

RESUMEN / ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	7
2. METODOLOGÍA.....	7
3. RESULTADOS	12
3.1. Salud autopercebida y problemas crónicos de salud	13
3.2. Limitación de la actividad	17
3.3. Fragilidad	21
3.4. Dificultad para actividades de la vida diaria.....	23
3.5. Caídas	27
3.6. Dolor persistente.....	28
3.7. Salud mental.....	30
3.8. Relaciones sociales.....	32
3.9. Participación comunitaria	35
3.10. Personas mayores como cuidadoras.....	36
3.11. Uso de nuevas tecnologías.....	37
4. CONCLUSIONES	38
5. BIBLIOGRAFÍA.....	40
6. ANEXOS	42

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 2025 relativos a salud, discapacidad y relaciones sociales.

Metodología

El SIVFRENT-M 2025 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 2025 se realizaron 1.008 entrevistas a personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, con una tasa de respuesta del 75,5%. El 54,3% eran mujeres, con una mayor proporción de participantes en el grupo de edad de 65 a 69 años (39,4%). Un 69,4% estaban casados/as o vivían en pareja, mientras que un 15,6% eran viudos/as. Respecto a la situación laboral, el 83,9% estaban jubilados/as o eran pensionistas. Algo más de la mitad residía en Madrid capital (51,3%) y la gran mayoría (91,8%) había nacido en España. En cuanto a la situación económica del hogar, un 47,1% declaraba llegar a fin de mes con facilidad o mucha facilidad, mientras que un 6,9% lo hacía con alguna o mucha dificultad. Respecto al nivel educativo, el grupo más numeroso fue el de nivel básico o inferior (37,2%), y por clase social según ocupación, predominaron los/las trabajadores/as manuales (Grupo IV-V, 38,6%).

Salud autopercebida y problemas crónicos de salud: el 58,8% de la población percibe su estado de salud como bueno o muy bueno, con una valoración más favorable entre los hombres (63,3%) que entre las mujeres (55,0%). El 64,9% refiere padecer algún problema crónico o de larga duración y un 18,2% presenta cinco o más problemas crónicos activos, situación más frecuente en mujeres y que aumenta con la edad. Entre los problemas de salud más prevalentes destacan la tensión arterial elevada (28,6%), la artrosis (28,0%), el colesterol alto (27,1%) y el dolor de espalda (23,4%).

Limitación de la actividad: el 71,6% de la población no presenta limitaciones para las actividades habituales, mientras que el 24,5% refiere alguna limitación y el 3,9% una limitación grave. Las limitaciones funcionales son más frecuentes en mujeres y aumentan con la edad. El 38,5% presenta afectación en al menos una de las dimensiones analizadas (caminar, subir escaleras o recordar/concentrarse), porcentaje que alcanza valores más elevados en las personas de mayor edad.

Fragilidad: el 12,1% de la población presenta fragilidad y un 32,0% prefragilidad. La prevalencia es notablemente superior en mujeres (16,5%) que en hombres (6,9%) y aumenta progresivamente con la edad, alcanzando el 17,5% entre las personas de 75 a 79 años. La fragilidad muestra además una clara asociación con los indicadores socioeconómicos más desfavorables.

Dificultad para actividades de la vida diaria: la gran mayoría de la población conserva la independencia para las actividades básicas de la vida diaria (92,9%). Sin embargo, esta proporción disminuye al 60,5% en las actividades instrumentales, que requieren un mayor grado de autonomía, mientras que un 7,9% presenta dependencia moderada, grave o total para realizarlas. La dependencia es más frecuente en las mujeres y aumenta con la edad, especialmente en las actividades instrumentales.

Caídas: el 17,3% de la población presenta alto riesgo de caídas, proporción superior en mujeres (20,5%) que en hombres (13,4%). Además, el 19,0% refiere sentir miedo a caerse siempre o frecuentemente, porcentaje que aumenta con la edad y que alcanza valores especialmente elevados entre las mujeres.

Dolor persistente: aproximadamente la mitad de la población refiere haber experimentado algún grado de dolor persistente en las últimas cuatro semanas. Un 11,9% presenta dolor severo o extremo y un 12,6% declara que el dolor limita bastante o mucho sus actividades cotidianas. Tanto la presencia como la intensidad del dolor son considerablemente más frecuentes en mujeres.

Salud mental: el 80,4% de la población presenta una sintomatología depresiva nula o mínima según el cuestionario PHQ-8, mientras que un 14,0% presenta sintomatología leve y un 5,7% sintomatología moderada-grave. La prevalencia es claramente superior en mujeres (8,2%, moderada-grave) que en hombres (2,6%) y aumenta en los grupos con peor situación socioeconómica.

Relaciones sociales: más de la mitad de la población (54,5%) percibe un apoyo social fuerte y solo un 7,7% presenta apoyo social pobre. Por otro lado, el 7,6% refiere sentirse solo bastantes veces, siempre o casi siempre. La soledad es más frecuente en mujeres, personas de mayor edad, quienes viven sin pareja y quienes presentan mayores dificultades económicas.

Participación comunitaria: las formas de participación más frecuentes son las actividades de barrio (76,8%) y las actividades sociales (56,1%). La participación en actividades culturales alcanza el 32,3%, mientras que la participación en asociaciones (8,8%) y actividades turísticas (5,2%) es considerablemente menor. En general, la participación disminuye con la edad.

Personas mayores como cuidadoras: el 10,9% de la población cuida de alguna persona mayor o con una enfermedad crónica. Esta responsabilidad es más frecuente entre las mujeres (13,2%) que entre los hombres (8,3%) y disminuye con la edad.

Uso de nuevas tecnologías: el 89,0% de las personas dispone de teléfono móvil con acceso a internet. Aunque la disponibilidad es elevada en todos los grupos, se observan diferencias por edad, descendiendo desde el 93,2% en el grupo de 65-69 años hasta el 80,5% entre las personas de 75-79 años.

Conclusiones

Los resultados de 2025 muestran que, aunque la mayoría de la población mayor de la Comunidad de Madrid mantiene una percepción positiva de su estado de salud, una elevada autonomía para las actividades básicas de la vida diaria, una importante participación comunitaria y un amplio acceso a las nuevas tecnologías, persiste una elevada carga de enfermedades crónicas, limitación funcional, dolor persistente y problemas de salud mental, especialmente entre las mujeres y las personas de mayor edad. La fragilidad, la dependencia para las actividades instrumentales, el riesgo de caídas y el miedo a caerse continúan siendo indicadores relevantes de vulnerabilidad y pérdida de autonomía. Aunque la mayoría dispone de una adecuada red de apoyo social, la soledad sigue afectando a una proporción significativa de la población, particularmente a las mujeres, las personas sin pareja y aquellas con mayores

dificultades económicas. Los resultados confirman, además, la persistencia de importantes desigualdades sociales en salud, observándose una peor situación en las personas con menor nivel educativo y mayores dificultades para llegar a fin de mes en múltiples indicadores de salud y bienestar. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de mantener la vigilancia epidemiológica y reforzar las intervenciones dirigidas a promover un envejecimiento activo, saludable y equitativo, preservando la autonomía y reduciendo las desigualdades sociales en salud.

ABSTRACT

Background and objectives

Since 1995, the Non-Communicable Disease Risk-Factor Surveillance System (SIVFRENT) has annually monitored the prevalence and distribution of the main behavioural risk factors and preventive practices among adolescents (SIVFRENT-J) and adults (SIVFRENT-A). Since 2019, SIVFRENT-M has focused on the population aged 65 to 79 years, monitoring risk factors and key aspects of healthy ageing. This report presents the results of SIVFRENT-M for 2025 related to health, disability and social relationships.

Methodology

SIVFRENT-M 2025 is based on a telephone survey conducted among a sample of people aged 65 to 79 years residing in the Madrid Region, selected from the Individual Health Card registry (CIBELES). A stratified sampling design was used according to sex, age group (65–69, 70–74 and 75–79 years), geographical area (Madrid city, metropolitan area and the rest of the region), and day of the week. Data were collected using a computer-assisted telephone interviewing (CATI) system in eleven monthly waves (excluding August). The questionnaire included a core set of questions on self-rated health, chronic health problems, activity limitation, frailty, difficulty performing basic activities of daily living, falls, pain, mental health and social relationships.

Results

In 2025, a total of 1,008 interviews were conducted among people aged 65 to 79 years residing in the Madrid Region, with a response rate of 75.5%. Women accounted for 54.3% of the sample, with the largest proportion of participants in the 65–69 years age group (39.4%). Overall, 69.4% were married or living with a partner, while 15.6% were widowed. Regarding employment status, 83.9% were retired or pensioners. Slightly more than half lived in Madrid city (51.3%), and the great majority (91.8%) had been born in Spain. Regarding household economic situation, 47.1% reported making ends meet easily or very easily, whereas 6.9% reported some or great difficulty. Participants with a basic educational level or lower constituted the largest educational group (37.2%), and manual workers (social classes IV–V) represented the largest occupational social class group (38.6%).

Self-rated health and chronic health problems: 58.8% of the population rated their health as good or very good, with a more favourable assessment among men (63.3%) than women (55.0%). A total of 64.9% reported having at least one chronic or long-term health problem, and 18.2% had five or more active chronic conditions, a situation more frequent among women and increasing with age. The most prevalent health problems were high blood pressure (28.6%), osteoarthritis (28.0%), high cholesterol (27.1%) and back pain (23.4%).

Activity limitation: 71.6% of the population reported no limitations in their usual activities, while 24.5% reported some limitation and 3.9% a severe limitation. Functional limitations were more frequent among women and increased with age. A total of 38.5% had impairment in at least one of the dimensions assessed (walking, climbing stairs or remembering/concentrating), reaching higher percentages among older participants.

Frailty: 12.1% of the population presented frailty and 32.0% pre-frailty. Prevalence was substantially higher among women (16.5%) than men (6.9%) and increased progressively with age, reaching 17.5% among people aged 75 to 79 years. Frailty was also clearly associated with more disadvantaged socioeconomic indicators.

Difficulty performing activities of daily living: the great majority of the population remained independent in basic activities of daily living (92.9%). However, independence in instrumental activities of daily living, which require greater autonomy, decreased to 60.5%. Dependence was more frequent among women and increased with age, particularly for instrumental activities, where 7.9% presented moderate, severe or total dependence.

Falls: 17.3% of the population had a high risk of falls, with a higher prevalence among women (20.5%) than men (13.4%). In addition, 19.0% reported always or frequently being afraid of falling, a proportion that increased with age and reached particularly high values among women.

Persistent pain: approximately half of the population reported experiencing some degree of persistent pain during the previous four weeks. Severe or extreme pain was reported by 11.9%, and 12.6% stated that pain considerably or greatly limited their daily activities. Both the presence and severity of pain were substantially more frequent among women.

Mental health: 80.4% of the population presented no or minimal depressive symptoms according to the PHQ-8 questionnaire, while 14.0% presented mild symptoms and 5.7% moderate-to-severe symptoms. Prevalence was clearly higher among women (8.2%) than men (2.6%) and increased among groups with poorer socioeconomic conditions.

Social relationships: more than half of the population (54.5%) perceived strong social support, while only 7.7% reported poor social support. In addition, 7.6% reported feeling lonely often, always or almost always. Loneliness was more frequent among women, older people, those living without a partner and those experiencing greater economic hardship.

Community participation: the most frequent forms of participation were neighbourhood activities (76.8%) and social activities (56.1%). Participation in cultural activities reached 32.3%, whereas participation in associations (8.8%) and tourism-related activities (5.2%) was considerably lower. Overall, participation decreased with age.

Older people as caregivers: 10.9% of the population cared for an older person or someone with a chronic illness. This responsibility was more frequent among women (13.2%) than men (8.3%) and decreased with age.

Use of new technologies: 89.0% of people had a mobile phone with internet access. Although availability was high across all groups, differences by age were observed, decreasing from 93.2% among those aged 65–69 years to 80.5% among those aged 75–79 years.

Conclusions

The 2025 results show that, although most older adults in the Community of Madrid maintain a positive perception of their health, a high level of independence in basic activities of daily living, substantial community participation and widespread access to new technologies, there remains a high burden of chronic diseases, functional limitation, persistent pain and mental health problems, particularly among women and older individuals. Frailty, dependence in instrumental activities of daily living, risk of falls and fear of falling continue to be important indicators of vulnerability and loss of autonomy. Although most people have an adequate social support network, loneliness continues to affect a significant proportion of the population, particularly women, people living without a partner and those experiencing greater economic hardship. The results also confirm the persistence of important social inequalities in health, with poorer outcomes observed across multiple health and well-being indicators among people with lower educational attainment and greater difficulty making ends meet. These findings highlight the

need to maintain epidemiological surveillance and strengthen interventions aimed at promoting active, healthy and equitable ageing, preserving autonomy and reducing social inequalities in health.

1. INTRODUCCIÓN

El incremento de la esperanza de vida constituye uno de los principales logros de la salud pública, aunque plantea importantes desafíos relacionados con el mantenimiento de la salud, la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. En Europa, se estima que para 2050 una proporción significativa de la población superará los 60 años, lo que exige adaptar las políticas sanitarias y sociales a esta nueva realidad demográfica¹. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud sitúa el envejecimiento saludable entre las principales prioridades de salud pública y promueve actuaciones dirigidas a preservar la capacidad funcional de las personas durante todo el proceso de envejecimiento^{2,3}.

Las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de enfermedad, discapacidad y mortalidad en la población mayor y representan uno de los principales determinantes de la pérdida de capacidad funcional. Aunque muchas de estas condiciones pueden prevenirse o retrasarse mediante la adopción y el mantenimiento de hábitos de vida saludables, el envejecimiento suele acompañarse de una disminución progresiva de las capacidades físicas y cognitivas, que puede evolucionar desde estados de prefragilidad hasta la fragilidad establecida e incluso la discapacidad⁴.

Este proceso, de carácter dinámico y multifactorial, puede afectar a la persona en dimensiones físicas, psicológicas y sociales, condicionando de forma progresiva su capacidad funcional y su autonomía. Entre sus manifestaciones se incluyen la pérdida de fuerza y resistencia física, el deterioro cognitivo y emocional, así como el aislamiento o la disminución del apoyo social. La identificación temprana de estas situaciones es fundamental, ya que estados como la fragilidad constituyen importantes predictores de acontecimientos adversos, como caídas, hospitalizaciones, institucionalización, discapacidad y mortalidad. En este contexto, la evaluación de la autonomía para las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria, junto con el análisis del dolor persistente, la salud mental, las relaciones sociales y el impacto de las caídas, proporciona una valoración integral del estado de salud y la capacidad funcional de las personas mayores.

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 años⁵. Como principal novedad respecto a las ediciones anteriores, el informe de 2025 amplía el análisis de los problemas de salud crónicos, incorporando una caracterización más detallada de las patologías diagnosticadas y de su distribución en la población. El presente informe presenta los resultados correspondientes al año 2025 relativos a la salud autopercebida, los problemas de salud crónicos, la limitación de la actividad, la fragilidad, las dificultades para realizar actividades de la vida diaria, las caídas, el dolor, la salud mental, las relaciones sociales, la participación comunitaria, el papel de las personas cuidadoras y el uso de nuevas tecnologías.

2. METODOLOGÍA

Población

El SIVFRENT-M 2025 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 2025 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 ordenador⁶.

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 descritos. Como principal novedad respecto a ediciones anteriores, el informe incorpora un análisis más detallado de los problemas de salud crónicos, incluyendo información específica sobre las patologías diagnosticadas además del indicador global. Esta ampliación permite, además, mejorar la medición de la fragilidad mediante la aplicación del criterio original de cronicidad de la escala FRAIL, basado en la presencia de cinco o más enfermedades crónicas.

Tabla 1. Relación de variables sociodemográficas e indicadores de salud, discapacidad y relaciones sociales. SIVFRENT-M, 2025.

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 (familiar)	I-II / III / IV-V (basada en la ocupación de la persona de referencia, 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 problemas crónicos de salud (0 / 1-2 / 3-4 / ≥5) Presencia de problemas crónicos de salud por tipo
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 ≥5 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 (Peso hace 1 año - Peso actual / Peso hace 1 año) x 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) Actividades: 1. Alimentarse; 2. Sentarse, levantarse de silla o cama, acostarse; 3. Vestirse y desvestirse; 4. Micción, deposición, lavarse y arreglarse; 5. Ducharse o bañarse Valoración de actividades: "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) Actividades: 1. Preparar comidas; 2. Uso teléfono; 3. Hacer compras; 4. Tomar medicamentos; 5. Tareas domésticas ligeras; 6. Tareas domésticas de esfuerzo; 7. Administrar dinero Valoración de actividades: "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 categorías⁷:

- 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 (familiar): Basada en la ocupación de la persona de referencia. En base a la clasificación exhaustiva propuesta para la Clase Social Ocupacional (CSO) de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)⁸, 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 2025.

	Hombre	Mujer	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Número de encuestas (% fila)	461 (45,7%)	547 (54,3%)	1.008 (100,0%)
Tasa de respuesta			75,5%
Edad			
65 a 69	192 (41,6%)	205 (37,5%)	397 (39,4%)
70 a 74	162 (35,1%)	198 (36,2%)	360 (35,7%)
75 a 79	107 (23,2%)	144 (26,3%)	251 (24,9%)
Ámbito geográfico			
Madrid capital	216 (46,9%)	301 (55,0%)	517 (51,3%)
Corona metropolitana	205 (44,5%)	227 (41,5%)	432 (42,9%)
Resto de municipios	40 (8,7%)	19 (3,5%)	59 (5,9%)
País de nacimiento			
España	432 (93,7%)	493 (90,1%)	925 (91,8%)
Otros países	29 (6,3%)	54 (9,9%)	83 (8,2%)
Estado civil/Convivencia			
Casado/a - Vive en pareja	388 (84,2%)	312 (57,0%)	700 (69,4%)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	52 (11,3%)	99 (18,1%)	151 (15,0%)
Viudo/a	21 (4,6%)	136 (24,9%)	157 (15,6%)
Nivel educativo¹			
Superior	181 (39,3%)	144 (26,3%)	325 (32,2%)
Intermedio	134 (29,1%)	174 (31,8%)	308 (30,6%)
Básico e inferior	146 (31,7%)	229 (41,9%)	375 (37,2%)
Situación laboral			
Jubilado/Pensionista	403 (87,4%)	443 (81,0%)	846 (83,9%)
Otros ²	58 (12,6%)	104 (19,0%)	162 (16,1%)
Clase social (familiar)³			
Grupo I-II	193 (42,2%)	156 (30,6%)	349 (36,1%)
Grupo III	90 (19,7%)	155 (30,4%)	245 (25,3%)
Grupo IV-V	174 (38,1%)	199 (39,0%)	373 (38,6%)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes			
Con facilidad/mucha facilidad	237 (52,4%)	226 (42,6%)	463 (47,1%)
Con cierta facilidad	128 (28,3%)	193 (36,3%)	321 (32,7%)
Con cierta dificultad	57 (12,6%)	74 (13,9%)	131 (13,3%)
Con dificultad/mucha dificultad	30 (6,6%)	38 (7,2%)	68 (6,9%)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

* Porcentaje sobre valores válidos.

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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

La categoría más frecuente de **salud autopercebida** fue buena (48,5%), seguida de regular (31,5%), mientras que un 10,3% calificó su salud como muy buena y un 9,6% como mala o muy mala. Se observan diferencias según sexo, con una percepción más favorable entre los hombres, quienes presentan una mayor proporción de salud buena o muy buena en comparación con las mujeres (63,3% frente a 55,0%). En relación con la edad, no se aprecia una tendencia clara, aunque el grupo de 70-74 años presenta una percepción menos favorable de su estado de salud, con una menor proporción de valoraciones positivas y un mayor porcentaje de salud mala o muy mala (*Tabla 3*).

Tabla 3. Salud autopercebida por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Salud autopercebida						
Muy Buena	10,3 (8,6-12,3)	10,2 (7,7-13,3)	10,4 (8,1-13,3)	11,8 (9,0-15,4)	8,9 (6,3-12,3)	10,0 (6,8-14,3)
Buena	48,5 (45,5-51,6)	53,1 (48,6-57,7)	44,6 (40,5-48,8)	52,1 (47,2-57,0)	45,8 (40,7-51,0)	46,6 (40,6-52,7)
Regular	31,5 (28,8-34,5)	29,1 (25,1-33,4)	33,6 (29,8-37,7)	28,2 (24,0-32,9)	33,3 (28,7-38,3)	34,3 (28,6-40,4)
Mala o muy mala	9,6 (7,9-11,6)	7,6 (5,5-10,4)	11,3 (8,9-14,3)	7,8 (5,5-10,9)	11,9 (9,0-15,7)	9,2 (6,2-13,4)

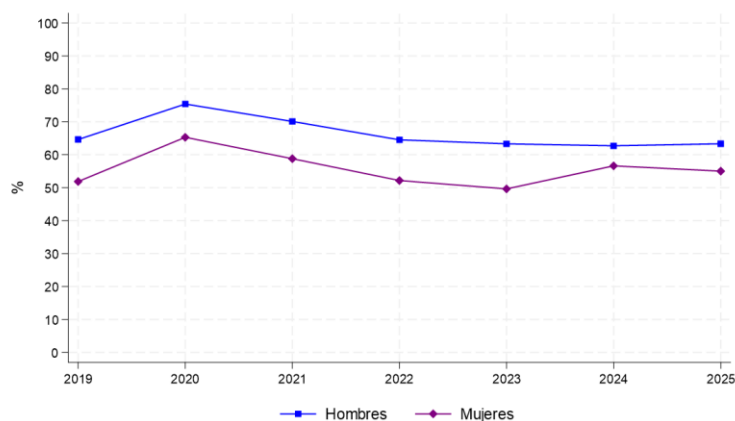
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Se observa una asociación destacable entre la **salud autopercebida buena o muy buena y diversas variables sociodemográficas**, especialmente con los ingresos del hogar, el nivel educativo y la clase social. Las personas que refieren llegar a fin de mes con facilidad o mucha facilidad presentan las prevalencias más elevadas (69,1%), frente al 27,9% observado entre quienes manifiestan llegar con dificultad o mucha dificultad. Asimismo, la percepción favorable de salud aumenta con el nivel educativo y es mayor en las clases sociales más favorecidas. Estas diferencias se observan en ambos sexos (*Anexo: tabla 1 y figura 1*).

Los hombres han presentado mayores porcentajes de **salud autopercebida buena o muy buena** que las mujeres a lo largo de todo el **periodo 2019-2025**. Tras alcanzar los valores más elevados en 2020, se observa un descenso posterior en ambos sexos, más marcado entre las mujeres. En los últimos años, los porcentajes se mantienen relativamente estables en hombres, mientras que en mujeres se observa una recuperación en 2024 que se mantiene en 2025, aunque sin alcanzar los niveles observados en 2020 (*Figura 1*).

Figura 1. Evolución de salud autopercibida buena o muy buena por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



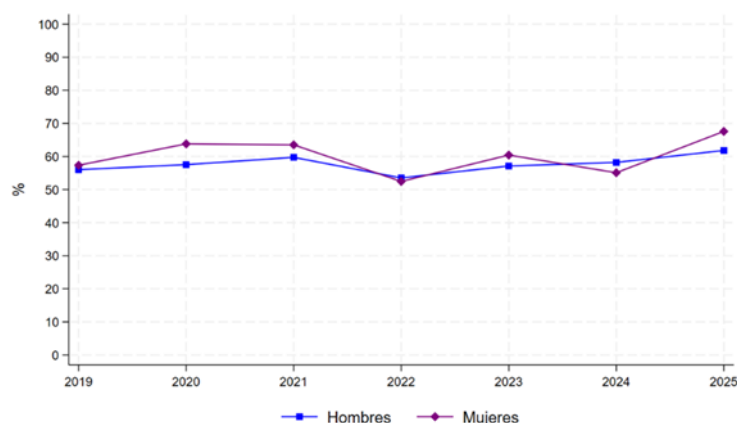
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	64,6	75,4	70,1	64,5	63,3	62,7	63,3
Mujeres	51,9	65,3	58,8	52,2	49,6	56,6	55,0

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

La presencia de problemas de salud crónicos o de larga duración se evaluó preguntando inicialmente si la persona entrevistada padecía alguna enfermedad o problema de salud con una duración, o previsión de duración, igual o superior a seis meses. Posteriormente, se recogió información sobre un listado de 21 problemas de salud específicos, registrando si habían sido padecidos alguna vez, si estaban presentes en los últimos 12 meses y si habían sido diagnosticados por un médico o médica.

En 2025, un 64,9% de la población declara tener **algún problema de salud crónico o de larga duración (ha durado o se espera que dure 6 meses o más)**. Las mujeres han presentado porcentajes con frecuencia superiores a los hombres durante el **periodo 2019-2025**, mostrando además una mayor variabilidad temporal. Tras un descenso observado en ambos sexos en 2022, se aprecia un incremento posterior, más marcado entre las mujeres. En 2025 se alcanzan los porcentajes más elevados de la serie en mujeres (67,6%), mientras que en los hombres se observa también un aumento respecto a años previos (*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, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	56,0	57,5	59,7	53,5	57,1	58,2	61,8
Mujeres	57,3	63,8	63,5	52,5	60,4	55,1	67,6

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

Respecto a los **problemas crónicos de salud activos (padecidos en los últimos 12 meses) y diagnosticados por un/a médico/a**, la ausencia de enfermedades es la categoría más frecuente (40,2%), seguida de la presencia de 1-2 problemas (21,9%), 3-4 problemas (19,7%) y 5 o más problemas (18,2%). Se observan diferencias según sexo, con una mayor carga de problemas crónicos entre las mujeres, quienes presentan un mayor porcentaje de personas con 5 o más problemas de salud en comparación con los hombres (23,2% frente a 12,1%). En relación con la edad, la presencia de múltiples problemas crónicos aumenta en el grupo de mayor edad, alcanzando el porcentaje más elevado entre las personas de 75-79 años (Tabla 4).

Tabla 4. Presencia de problemas crónicos de salud* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Problemas crónicos de salud						
0	40,2 (37,2-43,2)	46,4 (41,9-51,0)	34,9 (31,0-39,0)	40,8 (36,1-45,7)	40,6 (35,6-45,7)	38,6 (32,8-44,8)
1-2	21,9 (19,5-24,6)	22,3 (18,8-26,4)	21,6 (18,3-25,2)	22,4 (18,6-26,8)	24,2 (20,0-28,9)	17,9 (13,6-23,2)
3-4	19,7 (17,4-22,3)	19,1 (15,8-22,9)	20,3 (17,1-23,9)	21,9 (18,1-26,3)	18,9 (15,1-23,3)	17,5 (13,3-22,8)
≥5	18,2 (15,9-20,6)	12,1 (9,5-15,5)	23,2 (19,9-26,9)	14,9 (11,7-18,7)	16,4 (12,9-20,6)	25,9 (20,9-31,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

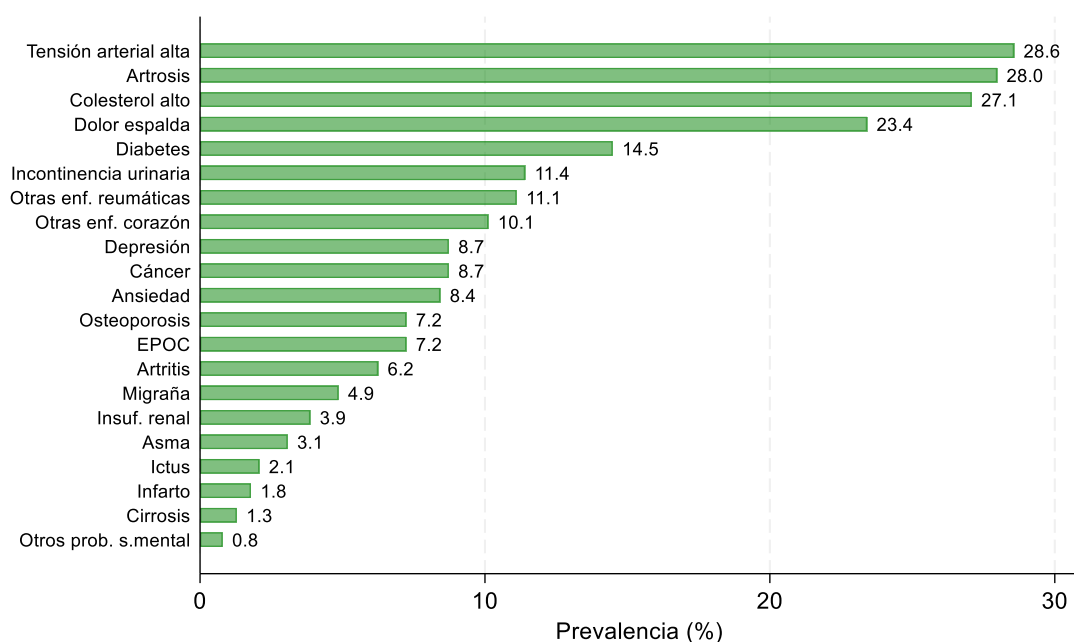
* Problemas activos (padecidos en los últimos 12 meses) y diagnosticados por un/a médico/a.

Se observa una asociación destacable entre la presencia de **5 o más problemas crónicos de salud y diversas variables sociodemográficas**, especialmente con el nivel educativo y la clase social. Las prevalencias aumentan a medida que disminuye el nivel educativo, pasando del 11,7% en personas con estudios superiores al 24,3% en aquellas con nivel educativo básico o inferior. Asimismo, las clases sociales IV-V presentan los porcentajes más elevados (23,3%). Estos patrones se observan en ambos sexos, aunque las mujeres muestran prevalencias superiores en la mayoría de los grupos analizados (Anexo: tabla 2 y figura 2).

Entre los **problemas crónicos de salud más frecuentes** destacan la tensión arterial elevada (28,6%), la artrosis (28,0%) y el colesterol alto (27,1%). A continuación, se sitúan el dolor de espalda (23,4%) y la diabetes (14,5%). El resto de los problemas analizados presentan prevalencias inferiores al 12%, siendo las más bajas las observadas para cirrosis (1,3%), infarto (1,8%) e ictus (2,1%) (*Figura 3*).

Se observan **diferencias según sexo en la prevalencia de distintos problemas crónicos de salud**. Las mujeres refieren mayores porcentajes de tensión arterial elevada (30,0% frente a 26,9%), colesterol alto (29,4% frente a 24,3%), artrosis (36,2% frente a 18,2%), dolor de espalda (28,5% frente a 17,4%), osteoporosis (12,6% frente a 0,9%) y problemas relacionados con la salud mental, como depresión (12,4% frente a 4,3%) y ansiedad (12,6% frente a 3,5%). Por el contrario, los hombres presentan prevalencias superiores de diabetes (18,0% frente a 11,5%), así como de ictus (3,0% frente a 1,3%) e infarto (2,6% frente a 1,1%) (*Figura 4*).

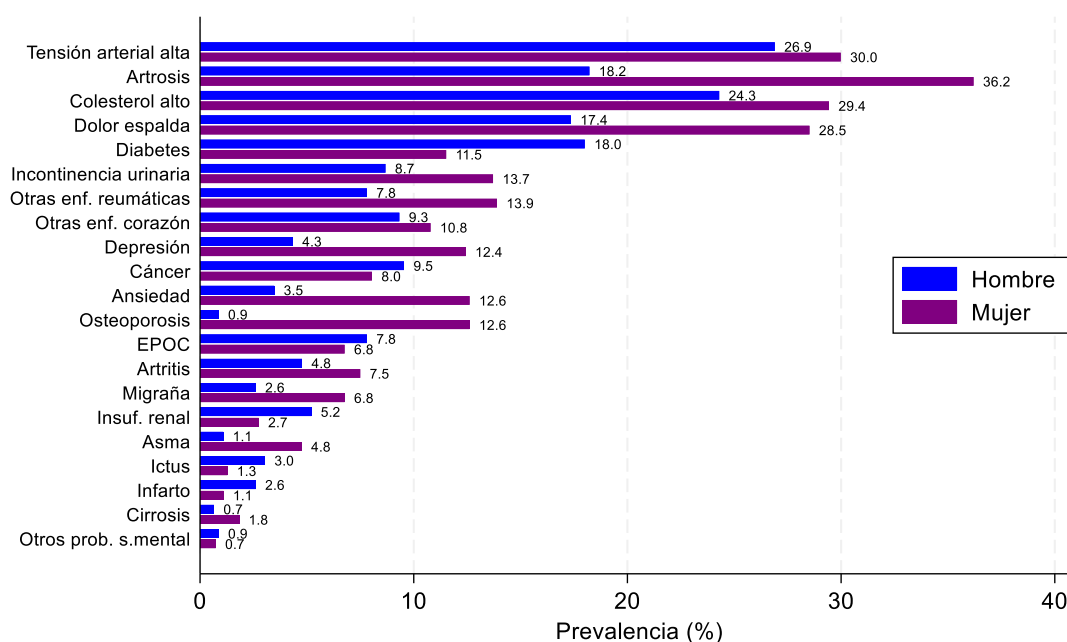
Figura 3. Presencia de problemas crónicos de salud* según tipo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



* Problemas activos (padecidos en los últimos 12 meses) y diagnosticados por un/a médico/a.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

Figura 4. Presencia de problemas crónicos de salud* según tipo por sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



* Problemas activos (padecidos en los últimos 12 meses) y diagnosticados por un/a médico/a.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

3.2. Limitación de la actividad

Como indicador de la limitación para actividades se ha utilizado el **Indicador General de Limitación de Actividad (GALI)**^{9,10}. 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.

La mayoría de las personas encuestadas (71,6%) declaró no presentar **limitación de la actividad**, mientras que un 24,5% refirió estar limitado, pero no gravemente y un 3,9% indicó una limitación grave. Se observan diferencias según sexo, con una mayor proporción de hombres que no presentan limitación en comparación con las mujeres (76,8% frente a 67,3%). En relación

con la edad, el porcentaje de personas sin limitación disminuye a medida que aumenta la edad, mientras que la limitación no grave presenta una tendencia creciente (Tabla 5).

Tabla 5. Limitación de la actividad por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

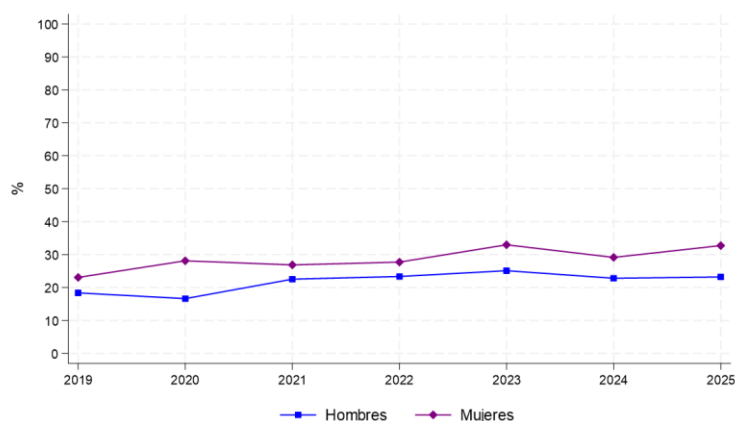
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Grado de limitación						
Nada limitado	71,6 (68,8-74,3)	76,8 (72,7-80,4)	67,3 (63,2-71,1)	75,3 (70,8-79,3)	70,6 (65,6-75,1)	67,3 (61,3-72,9)
Limitado pero no gravemente	24,5 (22,0-27,2)	19,5 (16,1-23,4)	28,7 (25,1-32,6)	20,4 (16,7-24,6)	26,1 (21,8-30,9)	28,7 (23,4-34,6)
Gravemente limitado	3,9 (2,8-5,3)	3,7 (2,3-5,9)	4,0 (2,7-6,0)	4,3 (2,7-6,8)	3,3 (1,9-5,8)	4,0 (2,1-7,3)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Durante el periodo 2019-2025, la presencia de **algún grado de limitación de la actividad** fue superior en mujeres que en hombres en todos los años analizados. Aunque se observan oscilaciones interanuales, los porcentajes en 2025 son superiores a los registrados al inicio de la serie en ambos sexos. La diferencia entre mujeres y hombres se mantiene a lo largo de todo el periodo, con valores especialmente elevados en mujeres en 2023 y 2025 (Figura 5).

Figura 5. 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, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	18,4	16,6	22,5	23,3	25,1	22,8	23,2
Mujeres	23,1	28,1	26,9	27,7	33,0	29,1	32,7

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

A continuación, se analizan indicadores específicos que profundizan en esas limitaciones y dificultades descritas hasta ahora (Tabla 6).

¿Tiene dificultad para caminar 500 metros sobre terreno llano sin ningún tipo de ayuda para andar?

Una amplia mayoría de la población (83,6%) no experimenta ninguna dificultad para caminar 500 metros. Sin embargo, un 12,1% refiere alguna dificultad y un 4,3% mucha dificultad o no puede hacerlo. Estos resultados indican que, aunque la capacidad de desplazamiento se conserva en la mayor parte de la población, existe un grupo que presenta limitaciones que podrían afectar a su movilidad.

En el análisis por sexo, los hombres reportan menos dificultades: el 87,2% no presenta ninguna dificultad, frente al 80,6% de las mujeres. Las mujeres muestran porcentajes superiores tanto en alguna dificultad (14,1% frente a 9,8%) como en mucha dificultad o no poder hacerlo (5,3% frente a 3,0%).

La dificultad para caminar 500 metros aumenta con la edad. El porcentaje de personas sin ninguna dificultad disminuye del 87,4% en el grupo de 65-69 años al 77,7% entre las personas de 75-79 años. De forma paralela, el porcentaje de mucha dificultad o incapacidad para realizar esta actividad aumenta del 3,5% al 6,8%, respectivamente.

¿Tiene dificultad para subir o bajar 12 escalones sin ningún tipo de ayuda?

Un 75,0% de la población total manifiesta no tener ninguna dificultad para subir o bajar 12 escalones. No obstante, un 18,2% reporta alguna dificultad y un 6,9% mucha dificultad o no puede hacerlo. Esta actividad, que requiere un mayor esfuerzo físico y equilibrio, presenta una mayor proporción de personas con dificultades en comparación con caminar en llano.

En el análisis por sexo, los hombres refieren menos dificultades, con un 81,5% sin ninguna dificultad, frente al 69,5% de las mujeres. Las mujeres presentan porcentajes superiores tanto en alguna dificultad (21,8% frente a 13,9%) como en mucha dificultad o no poder hacerlo (8,8% frente a 4,6%).

La dificultad para subir o bajar escalones aumenta con la edad. El porcentaje de personas sin ninguna dificultad disminuye del 79,6% en el grupo de 65-69 años al 70,9% entre las personas de 75-79 años. De forma paralela, el porcentaje de mucha dificultad o incapacidad para realizar esta actividad aumenta del 4,8% al 11,2%, respectivamente.

¿Tiene dificultad para recordar o para concentrarse?

En lo referente a la función cognitiva, el 80,4% de la población declara no tener ninguna dificultad para recordar o concentrarse. Un 18,0% manifiesta alguna dificultad y un 1,6% mucha dificultad o no puede hacerlo. Aunque la mayoría de la población no percibe dificultades en este ámbito, una proporción relevante refiere algún grado de limitación.

En el análisis por sexo, los hombres reportan menos problemas de memoria o concentración, con un 86,3% sin ninguna dificultad frente al 75,5% de las mujeres. Las mujeres presentan porcentajes superiores tanto en alguna dificultad (22,3% frente a 12,8%) como en mucha dificultad o no poder hacerlo (2,2% frente a 0,9%).

Por grupos de edad, el porcentaje de personas sin ninguna dificultad para recordar o concentrarse disminuye ligeramente con la edad, pasando del 83,1% en el grupo de 65-69 años al 78,5% en el de 75-79 años. Por el contrario, la categoría alguna dificultad aumenta desde el 14,9% hasta aproximadamente el 20% en los grupos de mayor edad.

Tabla 6. 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, 2025.

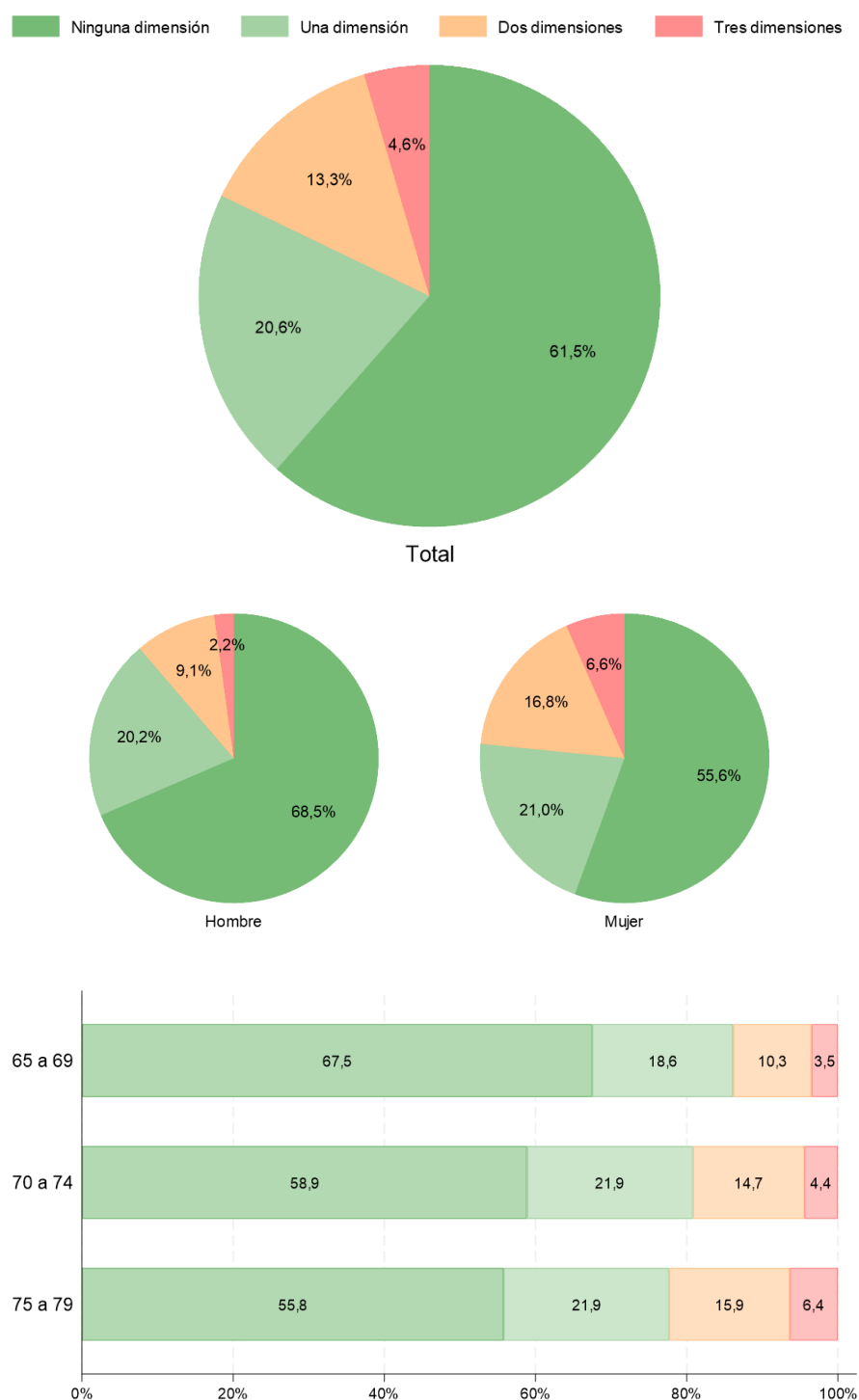
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Caminar 500 metros						
No, ninguna dificultad	83,6 (81,2-85,8)	87,2 (83,8-90,0)	80,6 (77,1-83,7)	87,4 (83,8-90,3)	83,6 (79,4-87,1)	77,7 (72,2-82,4)
Sí, alguna dificultad	12,1 (10,2-14,3)	9,8 (7,4-12,8)	14,1 (11,4-17,3)	9,1 (6,6-12,3)	13,1 (9,9-17,0)	15,5 (11,5-20,6)
Sí, mucha dificultad / No puedo hacerlo	4,3 (3,2-5,7)	3,0 (1,8-5,1)	5,3 (3,7-7,5)	3,5 (2,1-5,9)	3,3 (1,9-5,8)	6,8 (4,3-10,6)
Subir o bajar 12 escalones						
No, ninguna dificultad	75,0 (72,2-77,5)	81,5 (77,7-84,8)	69,5 (65,5-73,2)	79,6 (75,4-83,3)	72,7 (67,8-77,1)	70,9 (65,1-76,1)
Sí, alguna dificultad	18,2 (15,9-20,7)	13,9 (11,0-17,4)	21,8 (18,5-25,4)	15,6 (12,4-19,5)	21,2 (17,2-25,7)	17,9 (13,6-23,2)
Sí, mucha dificultad / No puedo hacerlo	6,9 (5,5-8,6)	4,6 (3,0-6,9)	8,8 (6,7-11,4)	4,8 (3,1-7,4)	6,1 (4,1-9,2)	11,2 (7,9-15,5)
Recordar y concentrarse						
No, ninguna dificultad	80,4 (77,9-82,7)	86,3 (82,9-89,2)	75,5 (71,7-78,9)	83,1 (79,1-86,4)	78,9 (74,4-82,8)	78,5 (72,9-83,2)
Sí, alguna dificultad	18,0 (15,7-20,4)	12,8 (10,1-16,2)	22,3 (19,0-26,0)	14,9 (11,8-18,7)	20,0 (16,2-24,4)	19,9 (15,4-25,4)
Sí, mucha dificultad / No puedo hacerlo	1,6 (1,0-2,6)	0,9 (0,3-2,3)	2,2 (1,2-3,8)	2,0 (1,0-4,0)	1,1 (0,4-2,9)	1,6 (0,6-4,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Considerando la **afectación de ninguna, una o varias de las tres dimensiones estudiadas**, el 61,5% de la población no presenta limitaciones en ninguna de las dimensiones evaluadas. Sin embargo, un 38,5% presenta al menos una limitación (desde *alguna dificultad* hasta *mucha dificultad/no puedo hacerlo*): el 20,6% tiene afectada una dimensión, el 13,3% dos y el 4,6% las tres. Por sexo, los hombres presentan una mejor condición funcional: el 68,5% no tiene limitaciones frente al 55,6% de las mujeres y solo un 2,2% tiene afectadas las tres dimensiones, en comparación con un 6,6% en mujeres. En cuanto a la edad, se observa un incremento de las limitaciones funcionales con el envejecimiento. El porcentaje de personas sin afectación en ninguna dimensión disminuye del 67,5% entre los 65-69 años al 55,8% en el grupo de 75-79 años. Asimismo, el porcentaje con afectación en las tres dimensiones aumenta del 3,5% al 6,4% entre ambos grupos de edad (*Figura 6*).

Figura 6. 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, 2025.



* Dificultad para caminar 500 metros / subir o bajar 12 escalones / para recordar y concentrarse (desde alguna dificultad hasta mucha dificultad/no puedo hacerlo).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 plazo^{4,11-13}. Existen diversos instrumentos validados para su evaluación, cuya utilidad depende del contexto de aplicación, siendo especialmente relevantes las herramientas de cribado en estudios poblacionales y en atención primaria¹⁴. En este caso, para su medición se emplea la **escala FRAIL**, compuesta por cinco ítems que exploran los siguientes dominios: deambulación, resistencia, cronicidad, fatigabilidad y pérdida de peso¹⁵. 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/**deambulación**, dificultad para subir o bajar 12 escalones/**resistencia**, la presencia de 5 o más problemas crónicos de salud/**cronicidad**, la sensación de cansancio/**fatigabilidad** y cambio de peso porcentual >5%/**pérdida de peso**.

La categoría más frecuente fue la **ausencia de fragilidad** (55,9%), seguida de la **prefragilidad** (32,0%), mientras que un 12,1% de la población presentó **fragilidad**. Se observan diferencias según sexo, con una situación más favorable entre los hombres, quienes presentan un mayor porcentaje de ausencia de fragilidad en comparación con las mujeres (62,0% frente a 50,6%). Por el contrario, las mujeres muestran una mayor prevalencia de fragilidad (16,5% frente a 6,9%). En relación con la edad, la fragilidad aumenta progresivamente, pasando del 9,6% en el grupo de 65-69 años al 17,5% entre las personas de 75-79 años, mientras que el porcentaje de personas sin fragilidad disminuye con la edad (*Tabla 7*).

Tabla 7. Fragilidad* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad	65-69	70-74	75-79
		Hombres	Mujeres				
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
No fragilidad	55,9 (52,8-58,9)	62,0 (57,5-66,4)	50,6 (46,5-54,8)	60,7 (55,8-65,4)	55,0 (49,8-60,1)	49,4 (43,3-55,5)	
Prefragilidad	32,0 (29,2-35,0)	31,0 (26,9-35,4)	32,9 (29,1-37,0)	29,7 (25,4-34,4)	33,9 (29,1-39,0)	33,1 (27,5-39,2)	
Fragilidad	12,1 (10,3-14,2)	6,9 (4,9-9,7)	16,5 (13,6-19,8)	9,6 (7,1-12,8)	11,1 (8,2-14,8)	17,5 (13,4-22,7)	

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

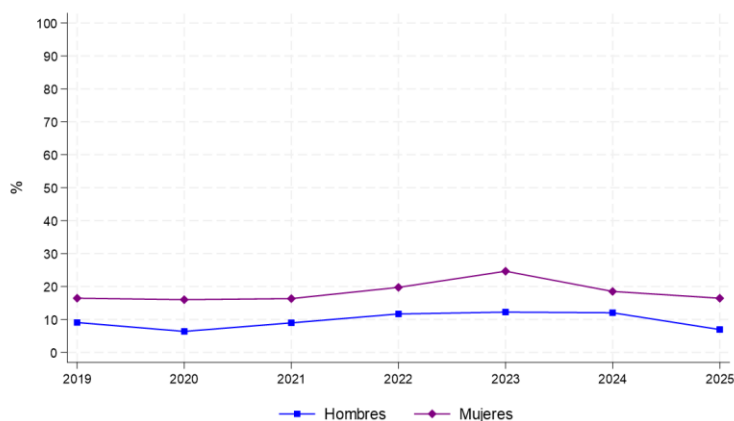
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

Se observa una asociación destacable entre la **fragilidad y diversas variables sociodemográficas**, especialmente con los ingresos del hogar, el nivel educativo y la clase social. La prevalencia de fragilidad aumenta a medida que empeora la situación socioeconómica, alcanzando el 27,9% entre quienes refieren llegar a fin de mes con dificultad o mucha dificultad, frente al 5,8% observado en quienes indican llegar con facilidad o mucha facilidad. Asimismo, la fragilidad presenta mayores prevalencias en personas con nivel educativo básico o inferior y en las clases sociales menos favorecidas. Estos patrones se observan en ambos sexos, aunque las mujeres muestran prevalencias superiores en la mayoría de los grupos analizados (*Anexo: tabla 3 y figura 3*).

Las mujeres han presentado mayores porcentajes de **fragilidad** que los hombres durante todo el **periodo 2019-2025**. No se observa una tendencia temporal lineal clara, aunque en ambos sexos se aprecia un incremento hasta 2023, más marcado entre las mujeres, seguido de un descenso posterior. En 2025 la prevalencia de fragilidad disminuye respecto al año anterior, especialmente en los hombres, alcanzando uno de los valores más bajos de la serie (6,9%), mientras que en las mujeres se mantiene en los niveles observados al inicio del periodo (16,5%) (*Figura 7*).

Figura 7. Evolución de la fragilidad* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	9,1	6,4	9,0	11,7	12,2	12,0	6,9
Mujeres	16,5	16,0	16,3	19,7	24,6	18,5	16,5

* Fragilidad ≥ 3 puntos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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**¹⁶. 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 (96,4% 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 (92,9%) es independiente para realizar las ABVD. Un 4,9% presenta una dependencia ligera, mientras que los niveles de dependencia moderada (1,4%) y grave/total (0,9%) son poco frecuentes. En la distribución por sexo, las diferencias son reducidas, aunque los hombres presentan una mayor proporción de independencia para las ABVD (94,4% frente a 91,6% en mujeres). En relación con la edad, la independencia se mantiene en niveles elevados en todos los grupos, si bien disminuye en las personas de 75-79 años (90,0%). De forma paralela, la dependencia ligera aumenta con la edad, mientras que los niveles de dependencia moderada y grave/total permanecen en porcentajes reducidos (*Tabla 8*).

Tabla 8. 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, 2025.

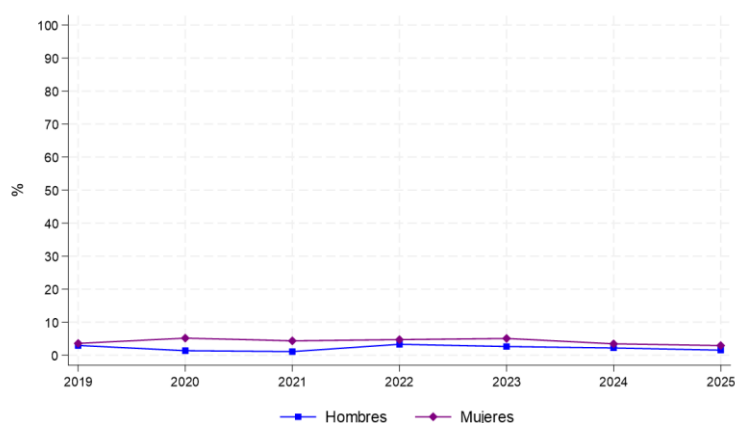
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Independiente	92,9 (91,1-94,3)	94,4 (91,8-96,1)	91,6 (89,0-93,6)	93,2 (90,3-95,3)	94,4 (91,5-96,4)	90,0 (85,6-93,2)
Ligera	4,9 (3,7-6,4)	4,1 (2,6-6,4)	5,5 (3,9-7,7)	4,5 (2,9-7,1)	4,2 (2,5-6,8)	6,4 (3,9-10,2)
Moderada	1,4 (0,8-2,3)	1,1 (0,4-2,6)	1,6 (0,9-3,1)	1,5 (0,7-3,3)	0,6 (0,1-2,2)	2,4 (1,1-5,2)
Grave/Total	0,9 (0,5-1,7)	0,4 (0,1-1,7)	1,3 (0,6-2,7)	0,8 (0,2-2,3)	0,8 (0,3-2,6)	1,2 (0,4-3,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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)

Respecto a la evolución de la **dependencia combinada (moderada, grave o total)** para las ABVD entre 2019 y 2025, las mujeres han presentado mayores porcentajes que los hombres durante todo el periodo. Tras los valores más elevados observados entre 2020 y 2023, especialmente en las mujeres, se aprecia un descenso en los últimos años. En 2025 se registran algunos de los porcentajes más bajos del periodo analizado, alcanzando el 1,5% en hombres y el 2,9% en mujeres (Figura 8).

Figura 8. 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, 2019-2025.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	2,9	1,4	1,1	3,3	2,6	2,2	1,5
Mujeres	3,6	5,2	4,4	4,7	5,1	3,4	2,9

*Dependencia moderada, grave o total ≤ 35 puntos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

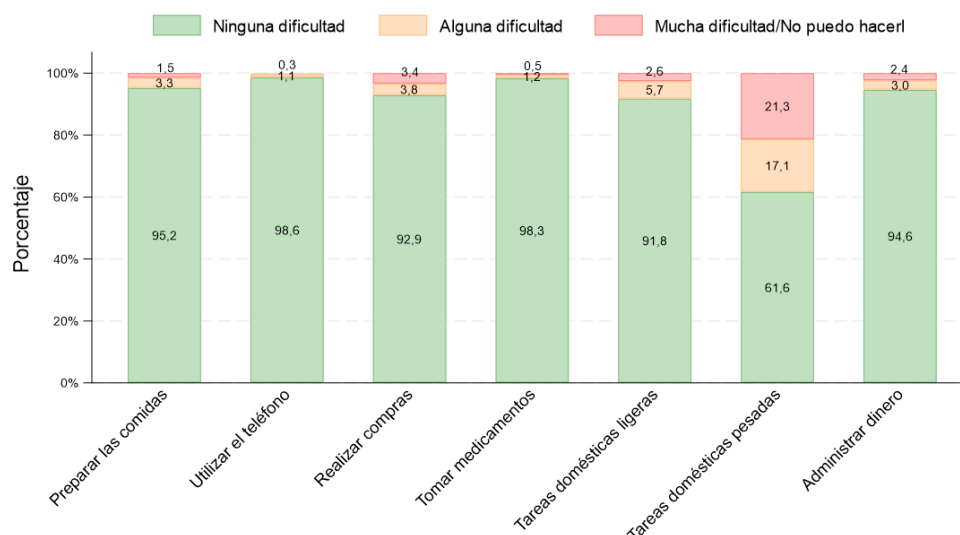
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

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^{17,18}**, 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 “muchacha 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 (95,2%), utilizar el teléfono (98,6%), realizar compras (92,9%), tomar medicamentos (98,3%), realizar tareas domésticas ligeras (91,8%) y administrar el dinero (94,6%). La excepción más destacada se observa en las tareas domésticas pesadas, donde el porcentaje de personas sin dificultad desciende al 61,6%, mientras que un 21,3% refiere mucha dificultad o no puede realizarlas y un 17,1% alguna dificultad (Figura 9).

Figura 9. Nivel de dificultad en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Si el análisis se centra en el nivel de dependencia para las AIVD el 60,5% de la población se considera independiente. Un 31,6% presenta dependencia ligera, mientras que un 5,5% muestra dependencia moderada y un 2,4% dependencia grave/total. Se observan diferencias marcadas por sexo, siendo los hombres independientes en un 77,2%, frente al 46,7% de las mujeres. Consecuentemente, las mujeres presentan porcentajes más elevados en todas las categorías de dependencia. Respecto a la edad, la independencia disminuye progresivamente, pasando del 70,2% en el grupo de 65-69 años al 44,5% entre las personas de 75-79 años. Paralelamente, los niveles de dependencia moderada y grave/total aumentan con la edad, especialmente en el grupo de mayor edad (Tabla 9).

Tabla 9. 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, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Independiente	60,5 (57,6-63,3)	77,2 (73,1-80,8)	46,7 (42,7-50,8)	70,2 (65,6-74,4)	60,9 (55,9-65,7)	44,5 (39,0-50,2)
Ligera	31,6 (28,9-34,5)	19,3 (15,9-23,2)	41,8 (37,7-45,9)	24,7 (20,8-29,2)	33,5 (28,9-38,5)	39,7 (33,9-45,7)
Moderada	5,5 (4,3-7,1)	1,8 (0,9-3,5)	8,6 (6,5-11,2)	3,8 (2,3-6,3)	3,9 (2,3-6,5)	10,5 (7,3-14,9)
Grave/Total	2,4 (1,6-3,6)	1,8 (0,9-3,5)	2,9 (1,8-4,7)	1,3 (0,5-3,0)	1,7 (0,8-3,7)	5,3 (3,1-8,8)

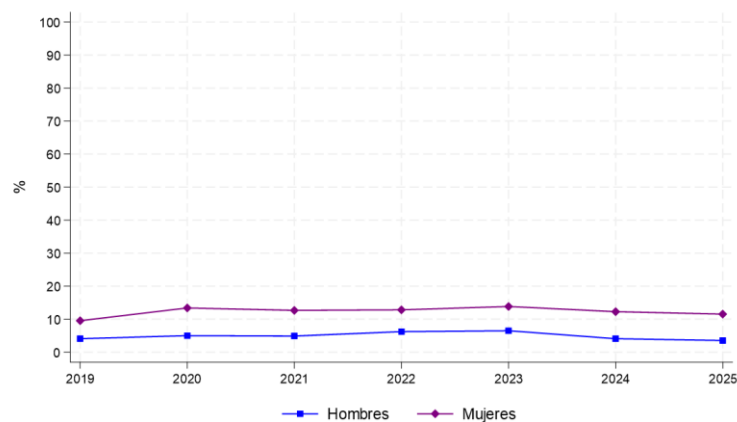
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 muestra una clara asociación con diversas **variables sociodemográficas**, especialmente con los ingresos del hogar, el nivel educativo y la clase social. Las personas que refieren llegar a fin de mes con dificultad o mucha dificultad presentan la prevalencia más elevada (27,9%), frente al 3,5% observado entre quienes indican llegar con facilidad o mucha facilidad. Asimismo, la dependencia aumenta a medida que disminuye el nivel educativo y es más frecuente en las clases sociales menos favorecidas. Estos patrones se observan en ambos sexos, aunque las mujeres presentan prevalencias superiores en la mayoría de los grupos analizados (*Anexo: tabla 4 y figura 4*).

La **evolución de la dependencia combinada (moderada, grave o total)** para las AIVD entre **2019 y 2025** muestra una clara y persistente diferencia entre sexos, siendo las mujeres quienes presentan una prevalencia considerablemente mayor a lo largo de todo el periodo. Tras un incremento observado hasta 2023 en ambos sexos, se aprecia un descenso posterior. Esta reducción es especialmente evidente en los hombres, que alcanzan en 2025 el porcentaje más bajo de la serie (3,5%). En las mujeres, aunque también se observa una disminución respecto a los valores máximos registrados en 2023, la prevalencia de dependencia continúa siendo superior a la observada al inicio del periodo (*Figura 10*).

Figura 10. 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, 2019-2025.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	4,1	5,0	4,9	6,2	6,5	4,1	3,5
Mujeres	9,5	13,4	12,7	12,8	13,8	12,3	11,5

*Dependencia moderada, grave o total ≤ 40 puntos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

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 fatales¹⁹. 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 positiva¹². Un 82,7% de la población se clasifica con bajo riesgo de caídas, mientras que el 17,3% presenta un alto riesgo. Se observan diferencias por sexo, siendo el alto riesgo de caídas más frecuente en mujeres (20,5%) que en hombres (13,4%). En relación con la edad, el alto riesgo aumenta progresivamente desde el 15,4% en el grupo de 65-69 años hasta el 19,1% en el de 75-79 años (*Tabla 10*).

El **miedo a caerse** es un fenómeno relevante en esta población. Un 65,3% de las personas encuestadas declara no experimentar nunca este temor, mientras que un 15,7% lo presenta algunas veces o raramente y un 19,0% siempre o frecuentemente. Las mujeres reportan niveles de miedo a caerse considerablemente superiores a los hombres: el 25,0% de las mujeres manifiesta sentir miedo siempre o frecuentemente, frente al 11,9% de los hombres. Asimismo, el miedo a caerse aumenta con la edad, observándose que el porcentaje de personas que nunca experimenta este temor disminuye del 72,5% en el grupo de 65-69 años al 57,0% entre las personas de 75-79 años. De forma paralela, la proporción de quienes refieren miedo siempre o frecuentemente aumenta del 14,4% al 27,1% (*Tabla 10*).

En relación a la **limitación de la actividad** entre aquellas personas que manifiestan tener miedo a caerse, el 58,0% indica que este temor no limita nada su actividad. Sin embargo, un 18,6% refiere una limitación algo o poco importante y un 23,4% mucho o bastante limitación (*Tabla 10*).

Tabla 10. Riesgo de caídas y miedo a caerse por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Riesgo de caídas*						
Bajo riesgo	82,7 (80,3-84,9)	86,6 (83,1-89,4)	79,5 (75,9-82,7)	84,6 (80,7-87,9)	81,9 (77,6-85,6)	80,9 (75,6-85,2)
Alto riesgo	17,3 (15,1-19,7)	13,4 (10,6-16,9)	20,5 (17,3-24,1)	15,4 (12,1-19,3)	18,1 (14,4-22,4)	19,1 (14,8-24,4)
Miedo a caerse						
Nunca	65,3 (62,4-68,1)	77,9 (73,9-81,4)	54,7 (50,5-58,8)	72,5 (68,1-76,6)	63,1 (58,0-67,8)	57,0 (50,9-62,9)
Algunas veces/Raramente	15,7 (13,6-18,0)	10,2 (7,7-13,3)	20,3 (17,1-23,9)	13,1 (10,1-16,8)	18,3 (14,7-22,6)	15,9 (11,9-21,0)
Siempre/Frecuentemente	19,0 (16,8-21,5)	11,9 (9,3-15,2)	25,0 (21,6-28,8)	14,4 (11,3-18,1)	18,6 (14,9-23,0)	27,1 (22,0-32,9)
Limitación por miedo a caerse						
Nada	58,0 (52,8-63,0)	54,9 (45,0-64,4)	59,3 (53,1-65,2)	59,6 (50,0-68,6)	64,7 (56,2-72,3)	48,1 (38,8-57,6)
Algo/Poco	18,6 (14,9-23,0)	20,6 (13,9-29,3)	17,7 (13,5-23,0)	13,8 (8,5-21,6)	18,8 (13,1-26,3)	23,1 (16,0-32,2)
Mucho/Bastante	23,4 (19,3-28,2)	24,5 (17,0-34,0)	23,0 (18,2-28,7)	26,6 (18,9-36,0)	16,5 (11,1-23,9)	28,7 (20,8-38,1)

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

* 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 asociados²⁰.

Se recogen 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 (50,3%) refiere no haber experimentado ningún **dolor físico persistente en las últimas cuatro semanas**. Sin embargo, un 19,7% describe un dolor de intensidad muy leve o leve, un 18,1% lo califica de moderado y un 11,9% refiere un dolor severo o extremo. Esto implica que aproximadamente la mitad de las personas mayores convive con algún grado de dolor. Se observan diferencias por sexo en la prevalencia e intensidad del dolor. Las mujeres reportan dolor con mayor frecuencia e intensidad: solo el 41,7% de ellas no refiere ningún dolor, frente al 60,5% de los hombres. Asimismo, el porcentaje de mujeres con dolor severo o extremo (16,3%) es notablemente superior al observado en los hombres (6,7%). En relación con la edad, no se aprecia una tendencia clara, aunque el grupo de 70-74 años presenta una menor proporción de personas sin dolor y mayores porcentajes de dolor de intensidad elevada que el resto de los grupos de edad (*Tabla 11*).

En relación con la **limitación de la actividad por dolor**, el 68,5% de la población indica que el dolor no limita nada sus actividades cotidianas. Sin embargo, un 18,9% refiere poca o moderada limitación y un 12,6% bastante o mucha. Se observan diferencias importantes por sexo, ya que las mujeres presentan mayores niveles de limitación asociados al dolor. Así, el 16,6% de las mujeres declara bastante o mucha limitación, frente al 7,8% de los hombres. En cuanto a la

edad, no se aprecia una tendencia claramente definida, aunque el grupo de 70-74 años presenta los porcentajes más elevados de limitación por dolor (*Tabla 11*).

Tabla 11. Intensidad del dolor y limitación de la actividad por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Intensidad del dolor						
Ninguno	50,3 (47,3-53,3)	60,5 (56,0-64,9)	41,7 (37,6-45,9)	53,9 (49,0-58,7)	45,3 (40,3-50,4)	51,8 (45,7-57,8)
Muy leve/Leve	19,7 (17,4-22,3)	18,2 (14,9-22,0)	21,0 (17,8-24,6)	17,1 (13,7-21,2)	23,9 (19,8-28,6)	17,9 (13,6-23,2)
Moderado	18,1 (15,8-20,5)	14,5 (11,6-18,1)	21,0 (17,8-24,6)	18,1 (14,6-22,2)	17,5 (13,9-21,8)	18,7 (14,3-24,1)
Severo/Extremo	11,9 (10,1-14,0)	6,7 (4,8-9,4)	16,3 (13,4-19,6)	10,8 (8,2-14,2)	13,3 (10,2-17,3)	11,6 (8,2-16,1)
Limitación por dolor						
Nada	68,5 (65,6-71,2)	78,1 (74,1-81,6)	60,3 (56,1-64,4)	67,8 (63,1-72,1)	66,7 (61,7-71,3)	72,1 (66,4-77,2)
Un poco/Moderadamente	18,9 (16,6-21,5)	14,1 (11,2-17,6)	23,0 (19,7-26,8)	20,9 (17,2-25,2)	18,6 (14,9-23,0)	16,3 (12,3-21,4)
Bastante/Mucho	12,6 (10,7-14,8)	7,8 (5,7-10,7)	16,6 (13,7-20,0)	11,3 (8,6-14,8)	14,7 (11,4-18,8)	11,6 (8,1-16,1)

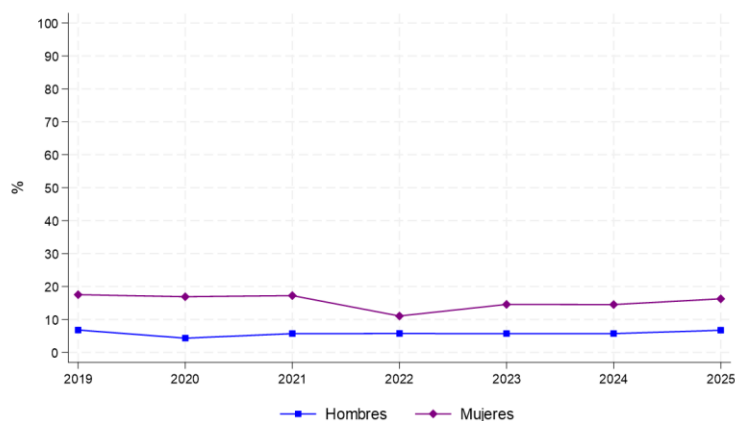
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

La prevalencia de **dolor de intensidad severa o extrema** muestra diferencias relevantes según diversas **variables sociodemográficas**. Asimismo, se observa un gradiente socioeconómico, de modo que el dolor severo o extremo es más frecuente entre las personas con menor nivel educativo y entre aquellas que refieren mayores dificultades económicas para llegar a fin de mes. En este último caso, la prevalencia aumenta desde el 7,1% entre quienes llegan con facilidad o mucha facilidad hasta el 26,5% entre quienes lo hacen con dificultad o mucha dificultad. Estos patrones se observan en ambos sexos, aunque son especialmente acusados entre las mujeres (*Anexo: tabla 5 y figura 5*).

Las mujeres han presentado mayores porcentajes de **dolor persistente de intensidad severa o extrema** que los hombres durante todo el **periodo 2019-2025**. En los hombres, la prevalencia se ha mantenido relativamente estable, con valores comprendidos entre el 4,3% y el 6,8%. En las mujeres se observa una mayor variabilidad, con un descenso acusado en 2022 y un incremento posterior hasta alcanzar el 16,3% en 2025. En conjunto, no se aprecia una tendencia temporal claramente definida, aunque las diferencias entre hombres y mujeres se mantienen de forma consistente a lo largo de toda la serie (*Figura 11*).

Figura 11. Evolución de la presencia de dolor persistente extremo o severo por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	6,8	4,3	5,7	5,7	5,7	5,7	6,7
Mujeres	17,5	16,9	17,2	11,1	14,6	14,5	16,3

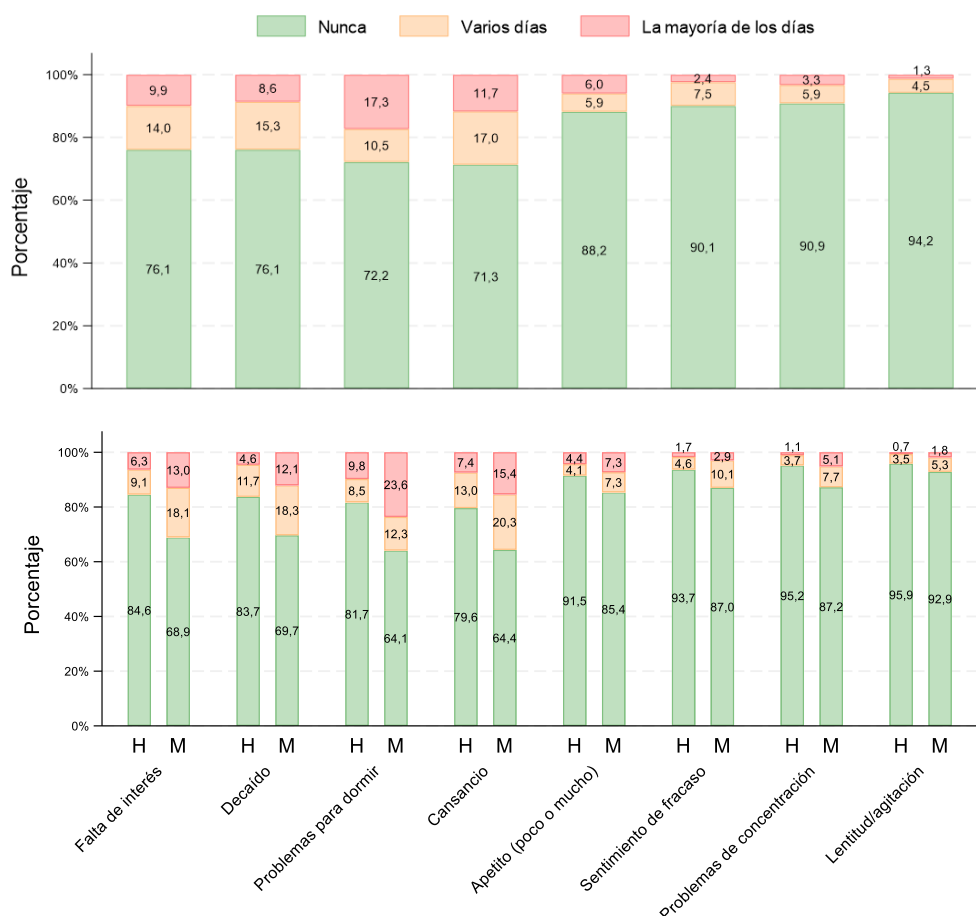
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

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 intensidad²¹. 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 el cansancio y los problemas para dormir, ya que el 28,7% y el 27,8%, respectivamente, refieren haberlos experimentado varios días o más durante las dos últimas semanas. También destacan la falta de interés y el decaimiento, presentes en el 23,9% y el 21,9% de la población, 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 señalados anteriormente (Figura 12).

Figura 12. Dimensiones del PHQ-8 en las últimas dos semanas, total y por sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Si el análisis se centra en las categorías de gravedad de los síntomas, se observa que un 80,4% de la población presenta una sintomatología depresiva nula o mínima. Un 14,0% reporta sintomatología leve y un 5,7% sintomatología moderada-grave. Existen diferencias importantes por sexo en la prevalencia de sintomatología depresiva. Las mujeres presentan porcentajes más elevados en todos los niveles de gravedad; así, el 73,3% de las mujeres no presenta sintomatología o esta es mínima, frente al 88,8% de los hombres. La sintomatología moderada-grave afecta al 8,2% de las mujeres y al 2,6% de los hombres. En relación con la edad, se observa una ligera tendencia al aumento de la sintomatología depresiva, con un descenso progresivo del porcentaje de personas con sintomatología nula o mínima y un incremento de las categorías de mayor gravedad en los grupos de edad más avanzados (Tabla 12).

Tabla 12. Gravedad de sintomatología depresiva según PHQ-8* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Ninguna o mínima	80,4 (77,8-82,7)	88,8 (85,6-91,4)	73,3 (69,4-76,8)	82,0 (78,0-85,5)	80,2 (75,7-84,0)	78,0 (72,6-82,6)
Leve	14,0 (12,0-16,2)	8,5 (6,3-11,5)	18,5 (15,4-22,0)	13,4 (10,4-17,1)	13,4 (10,2-17,4)	15,6 (11,6-20,6)
Moderada-Grave	5,7 (4,4-7,3)	2,6 (1,5-4,6)	8,2 (6,2-10,9)	4,6 (2,9-7,1)	6,4 (4,3-9,5)	6,4 (4,0-10,1)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

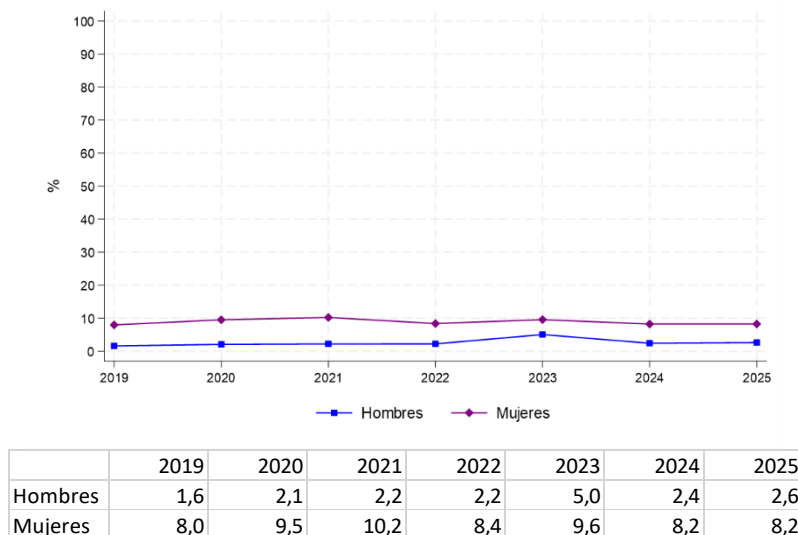
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

La prevalencia de **sintomatología depresiva moderada-grave** muestra diferencias relevantes según diversas **variables sociodemográficas**. Se observa una asociación con la situación socioeconómica, de modo que la prevalencia aumenta desde el 2,4% entre quienes refieren llegar a fin de mes con facilidad o mucha facilidad hasta el 16,4% entre quienes lo hacen con dificultad o mucha dificultad. También se observan mayores prevalencias en las personas con menor nivel educativo y en las clases sociales menos favorecidas. Estos patrones son especialmente evidentes entre las mujeres, que presentan porcentajes superiores en la mayoría de los grupos analizados (*Anexo: tabla 6 y figura 6*).

Las mujeres han presentado mayores porcentajes de **sintomatología depresiva moderada-grave** que los hombres durante todo el **periodo 2019-2025**. No se observa una tendencia temporal claramente definida, aunque en ambos sexos los porcentajes se mantienen relativamente estables a lo largo de la serie. En los hombres se aprecia un incremento puntual en 2023, seguido de un descenso posterior, mientras que en las mujeres los valores oscilan entre el 8% y el 10% durante todo el periodo (*Figura 13*).

Figura 13. Evolución de la sintomatología depresiva moderada-grave* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



* Sintomatología depresiva moderada-grave ≥ 10 puntos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

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 estrés²². La escala se compone de tres preguntas: *número de personas cercanas con quien contar ante un problema grave / interés de estas personas / 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**.

La mayoría de la población presenta un apoyo social percibido fuerte (54,5%), mientras que un 37,9% refiere un nivel intermedio y un 7,7% un apoyo social pobre. No se observan diferencias relevantes según sexo, con porcentajes muy similares de apoyo social fuerte en hombres (54,7%) y mujeres (54,3%). En relación con la edad, se aprecia una disminución progresiva del apoyo social percibido, de modo que el porcentaje de personas con apoyo social fuerte pasa del 59,1% en el grupo de 65-69 años al 45,6% entre las personas de 75-79 años. Paralelamente, aumentan los porcentajes de apoyo social intermedio y pobre en los grupos de mayor edad (*Tabla 13*).

Tabla 13. Apoyo social según OSLO-3* por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Pobre	7,7 (6,1-9,6)	7,1 (5,0-10,0)	8,1 (6,0-10,9)	6,2 (4,1-9,1)	8,3 (5,7-11,8)	9,2 (6,1-13,8)
Intermedio	37,9 (34,8-41,0)	38,2 (33,6-42,9)	37,6 (33,5-41,9)	34,7 (30,0-39,7)	36,4 (31,3-41,8)	45,2 (38,8-51,7)
Fuerte	54,5 (51,3-57,6)	54,7 (49,9-59,4)	54,3 (49,9-58,5)	59,1 (54,0-64,0)	55,4 (49,9-60,7)	45,6 (39,3-52,1)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

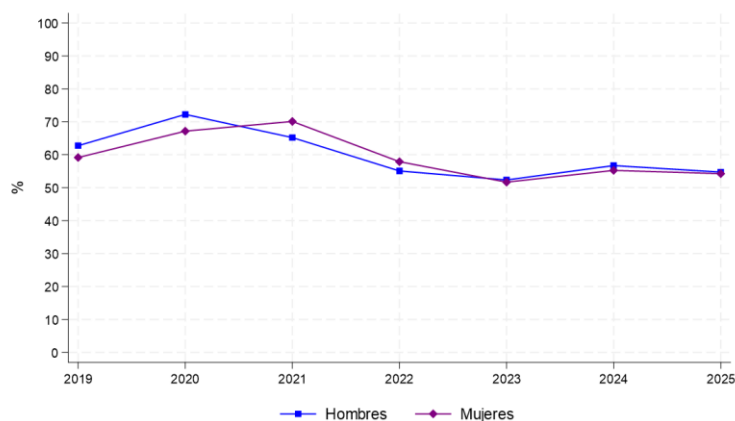
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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

La prevalencia de **apoyo social pobre** muestra diferencias según diversas **variables sociodemográficas**. Destacan especialmente las personas nacidas fuera de España, que presentan una prevalencia de apoyo social pobre del 20,8%, frente al 6,5% observado entre las nacidas en España. Asimismo, el apoyo social pobre es más frecuente entre las personas que viven solas o no conviven en pareja y entre aquellas que refieren mayores dificultades económicas para llegar a fin de mes, alcanzando en este último grupo una prevalencia del 22,2%. También se observan porcentajes más elevados en las clases sociales menos favorecidas. Estos patrones se aprecian en ambos sexos, aunque son particularmente marcados entre las mujeres con mayores dificultades económicas (*Anexo: tabla 7 y figura 7*).

No se observan diferencias relevantes por sexo en la evolución del **apoyo social fuerte** durante el **periodo 2019-2025**, mostrando hombres y mujeres trayectorias muy similares. Tras alcanzar los valores más elevados de la serie entre 2020 y 2021, se aprecia un descenso en ambos sexos hasta 2023. Posteriormente se observa una ligera recuperación, seguida de una estabilización en 2025, con porcentajes del 54,7% en hombres y del 54,3% en mujeres. A pesar de esta recuperación parcial, los niveles de apoyo social fuerte continúan situándose por debajo de los observados al inicio de la década (*Figura 14*).

Figura 14. Evolución del apoyo social* fuerte por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



* Apoyo social fuerte ≥ 12 puntos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

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 pública²³.

La mayoría de la población (75,9%) refiere sentirse sola nunca o casi nunca, mientras que un 16,5% manifiesta sentirse sola pocas veces y un 7,6% bastantes veces, siempre o casi siempre. Se observan diferencias importantes según sexo, ya que las mujeres presentan una mayor frecuencia de sentimientos de soledad. Así, el 9,9% de las mujeres refiere sentirse sola bastantes veces, siempre o casi siempre, frente al 4,8% de los hombres. En relación con la edad, el grupo de 75-79 años presenta los porcentajes más elevados de soledad frecuente (11,2%), mientras que en los grupos de menor edad estos porcentajes son inferiores (Tabla 14).

Tabla 14. Sentimiento de soledad por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Nunca o casi nunca	75,9 (73,2-78,4)	83,4 (79,7-86,6)	69,6 (65,6-73,3)	74,7 (70,4-78,7)	78,5 (73,9-82,4)	74,1 (68,4-79,1)
Pocas veces	16,5 (14,4-18,9)	11,8 (9,1-15,1)	20,5 (17,3-24,1)	18,2 (14,7-22,3)	15,9 (12,5-20,1)	14,7 (10,9-19,7)
Bastantes veces/Siempre o casi siempre	7,6 (6,1-9,4)	4,8 (3,2-7,2)	9,9 (7,7-12,7)	7,1 (4,9-10,0)	5,6 (3,6-8,5)	11,2 (7,8-15,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

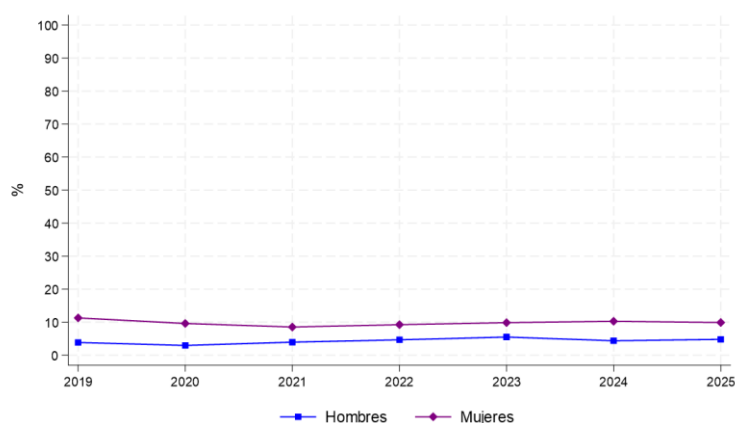
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

La prevalencia de **soledad frecuente (bastantes veces/siempre o casi siempre)** muestra importantes diferencias según determinadas **características sociodemográficas**. Destacan especialmente las relacionadas con la convivencia, observándose los porcentajes más elevados entre las personas viudas (20,4%) y entre las solteras, separadas o divorciadas (13,2%), frente al

3,4% registrado entre quienes viven en pareja. Asimismo, la soledad frecuente aumenta conforme empeora la situación económica, pasando del 4,8% entre quienes llegan a fin de mes con facilidad o mucha facilidad al 19,1% entre quienes lo hacen con dificultad o mucha dificultad. También se observan prevalencias más elevadas en personas con menor nivel educativo y en las clases sociales menos favorecidas, con un incremento especialmente marcado entre las mujeres (Anexo: tabla 8 y figura 8).

Las mujeres presentan de forma consistente una mayor prevalencia de **sentimiento de soledad frecuente (bastantes veces/siempre o casi siempre)** que los hombres a lo largo de todo el **periodo 2019-2025**. Aunque se observan pequeñas fluctuaciones interanuales, no se aprecia una tendencia temporal claramente definida en ninguno de los dos sexos (Figura 15).

Figura 15. Evolución del sentimiento de soledad bastantes veces/siempre o casi siempre por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	3,9	3,0	3,9	4,7	5,5	4,4	4,8
Mujeres	11,3	9,6	8,5	9,2	9,9	10,3	9,9

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

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 significativos²⁴. 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 envejecimiento²⁵.

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 15* detalla la participación comunitaria, **al menos una vez al mes** desglosada por sexo y grupos de edad.

La participación comunitaria es especialmente elevada en las actividades de barrio (76,8%) y en las actividades sociales (56,1%), que constituyen las formas de participación más frecuentes en esta población. A cierta distancia se sitúan las actividades domésticas (37,0%), culturales (32,3%) y formativas (24,6%), mientras que la participación en asociaciones (8,8%) y en actividades de turismo (5,2%) es considerablemente menor. En cuanto al sexo, los hombres participan con mayor frecuencia en actividades culturales, sociales y de turismo, mientras que las mujeres lo hacen más en actividades formativas y domésticas. Respecto a la edad, se observa una tendencia general a la disminución de la participación en las actividades culturales, sociales y formativas conforme aumenta la edad, mientras que la participación en actividades de barrio se mantiene elevada y relativamente estable en todos los grupos de edad (*Tabla 15*).

Tabla 15. Participación comunitaria 1 o más veces al mes por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad 70-74	Edad 75-79
		Hombres	Mujeres		
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Culturales	32,3 (29,5-35,2)	37,0 (32,7-41,5)	28,4 (24,8-32,3)	35,7 (31,1-40,5)	31,3 (26,7-36,3)
Formativas	24,6 (22,0-27,4)	22,7 (19,1-26,7)	26,2 (22,7-30,1)	27,5 (23,3-32,1)	21,4 (17,5-26,0)
Sociales	56,1 (53,0-59,1)	56,6 (52,0-61,1)	55,6 (51,4-59,7)	60,8 (55,8-65,5)	54,9 (49,6-60,0)
Turismo	5,2 (4,0-6,7)	6,1 (4,2-8,7)	4,4 (3,0-6,5)	6,1 (4,1-8,9)	4,2 (2,5-6,9)
Domésticas	37,0 (34,1-40,0)	30,9 (26,9-35,3)	42,0 (37,9-46,2)	39,2 (34,5-44,0)	35,2 (30,4-40,3)
Barrio	76,8 (74,1-79,3)	78,6 (74,7-82,2)	75,2 (71,4-78,7)	77,2 (72,8-81,1)	77,9 (73,3-81,9)
Asociaciones	8,8 (7,2-10,7)	9,9 (7,5-13,0)	7,9 (5,9-10,5)	9,9 (7,4-13,2)	8,2 (5,7-11,5)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

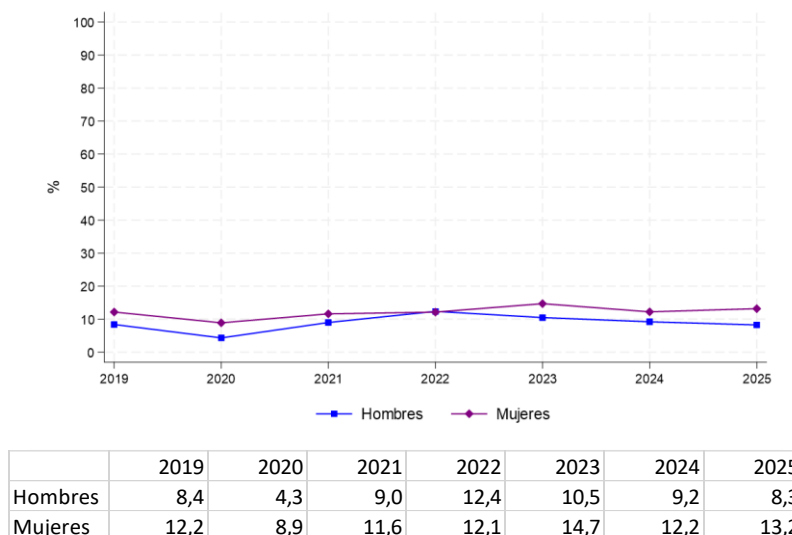
3.10. Personas mayores como cuidadoras

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. 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 (13,2%) comparado con los hombres (8,3%). 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 (12,6% y 10,9%, respectivamente), mientras que el grupo de 75-79 años muestra el menor porcentaje (8,4%). Entre las mujeres se observa una mayor participación en tareas de cuidado en los grupos con mayor nivel educativo y en las clases sociales más favorecidas, mientras que no se aprecia un patrón claro según la situación económica del hogar (*Anexo: tabla 9 y figura 9*).

Las mujeres han presentado, en general, una mayor frecuencia de **cuidados a alguna persona mayor o a alguien que tenga una dolencia crónica** que los hombres durante el **periodo 2019-2025**. No obstante, en 2022 los porcentajes fueron muy similares en ambos sexos, siendo ligeramente superior el observado en hombres. Aunque se aprecian fluctuaciones interanuales,

no se observa una tendencia temporal claramente definida. Los porcentajes aumentan en ambos sexos hasta alcanzar sus valores máximos en 2022-2023, para posteriormente descender y estabilizarse en los últimos años (Figura 16).

Figura 16. 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, 2019-2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

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 sociales²⁶. 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 localización²⁷. 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 factores²⁸.

SIVFRENT-M recoge el porcentaje de **personas con teléfono móvil y conexión a internet**. En la población estudiada, el 89,0% de las personas declara disponer de un teléfono móvil con acceso a internet. Esta elevada proporción refleja la amplia implantación de las tecnologías digitales móviles entre la población de 65 a 79 años, indicando que casi nueve de cada diez personas disponen de acceso a internet a través de estos dispositivos. Al analizar las diferencias por sexo, se observa una disponibilidad ligeramente superior en los hombres (90,7%) en comparación con las mujeres (87,6%). En cuanto a la distribución por grupos de edad, se mantiene una tendencia descendente con la edad, pasando del 93,2% en el grupo de 65-69 años al 90,3% en el de 70-74 años y al 80,5% en el grupo de 75-79 años.

4. CONCLUSIONES

Salud autopercibida y problemas crónicos de salud: la mayoría de la población mayor mantiene una percepción positiva de su estado de salud. Sin embargo, la elevada prevalencia de enfermedades crónicas y de multimorbilidad refleja la importante carga asistencial que supone este grupo de edad. La peor salud percibida y la mayor carga de enfermedad se concentran en las personas con mayor vulnerabilidad socioeconómica, especialmente entre las mujeres.

Limitación de la actividad: aunque la mayoría de las personas mayores conserva un buen nivel funcional, las limitaciones para las actividades habituales continúan afectando a una proporción importante de la población. Su aumento con la edad y su asociación con la vulnerabilidad social refuerzan la necesidad de promover intervenciones orientadas a preservar la capacidad funcional y retrasar la aparición de discapacidad.

Fragilidad: la reducción observada respecto al año anterior constituye un resultado favorable. No obstante, la fragilidad continúa siendo uno de los principales indicadores de vulnerabilidad en la población mayor y presenta uno de los gradientes sociales más marcados, afectando especialmente a mujeres, personas de mayor edad y grupos socioeconómicamente desfavorecidos.

Dificultad para actividades de la vida diaria: la elevada independencia para las actividades básicas contrasta con la pérdida de autonomía observada en las actividades instrumentales, especialmente entre las mujeres y en las personas de mayor edad.

Caídas: el aumento del riesgo de caídas y del miedo a caerse con la edad pone de manifiesto la importancia de este problema como factor condicionante de la autonomía. La elevada frecuencia observada entre las mujeres refuerza la necesidad de incorporar la prevención de caídas como uno de los pilares del envejecimiento saludable.

Dolor persistente: el dolor constituye uno de los principales problemas de salud en la población mayor por su elevada frecuencia y por el impacto que ejerce sobre la actividad cotidiana. La mayor carga observada en las mujeres evidencia que este problema continúa representando una importante fuente de desigualdad en salud.

Salud mental: la sintomatología depresiva continúa concentrándose en las mujeres y en los grupos más vulnerables desde el punto de vista socioeconómico, reforzando la estrecha relación entre salud mental y desigualdad social observada en otros indicadores del informe.

Relaciones sociales: aunque la mayoría de las personas mayores dispone de una red de apoyo adecuada, la persistencia de sentimientos de soledad en determinados grupos evidencia que el apoyo social percibido y la soledad son dimensiones complementarias. Las mujeres, las personas sin pareja y quienes presentan mayores dificultades económicas constituyen los grupos de mayor vulnerabilidad.

Participación comunitaria: la elevada participación en actividades de barrio y sociales refleja la importancia del entorno comunitario como espacio de relación en la vejez. El descenso progresivo con la edad sugiere la necesidad de facilitar oportunidades de participación adaptadas a las personas de mayor edad.

Personas mayores como cuidadoras: una proporción importante de personas mayores continúa desempeñando tareas de cuidado, especialmente mujeres y personas de menor edad dentro del grupo estudiado. Estos resultados ponen de manifiesto que las personas mayores no solo requieren cuidados, sino que también constituyen un importante recurso informal para el sostenimiento de los cuidados familiares.

Uso de nuevas tecnologías: la elevada disponibilidad de teléfono móvil con acceso a internet refleja la creciente digitalización de la población mayor. No obstante, la persistencia de una

brecha por edad indica que las personas de mayor edad pueden seguir encontrando dificultades para acceder en igualdad de condiciones a servicios e información digitales.

Nivel socioeconómico y desigualdades: los resultados de 2025 confirman que las desigualdades sociales siguen siendo uno de los principales determinantes de la salud en la población mayor. La peor salud autopercebida, la mayor carga de enfermedades crónicas, la fragilidad, la limitación funcional, la dependencia, el dolor persistente, la sintomatología depresiva, el apoyo social insuficiente y la soledad se concentran de forma consistente en las personas con menor nivel educativo y, especialmente, en quienes presentan mayores dificultades económicas. Estos resultados ponen de manifiesto que el envejecimiento saludable no depende únicamente de la edad, sino también de las condiciones sociales y económicas en las que se envejece.

Consideraciones finales: los resultados del SIVFRENT-M 2025 muestran una población mayor que, en términos generales, mantiene un buen nivel de autonomía funcional, una percepción positiva de su estado de salud, una elevada participación comunitaria y un acceso cada vez mayor a las nuevas tecnologías. Sin embargo, persiste una importante carga de enfermedades crónicas, dolor, limitación funcional y problemas de salud mental, especialmente entre las mujeres y los grupos socialmente más vulnerables. La coexistencia de estos problemas con marcadas desigualdades por sexo, edad y nivel socioeconómico pone de manifiesto la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica continuada que permita orientar políticas e intervenciones dirigidas a promover un envejecimiento activo, saludable y equitativo, reduciendo las desigualdades sociales en salud y preservando la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.

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), 2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 31. Julio 2026.

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. Measuring the progress and impact of the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030): framework and indicators recommended by WHO Technical Advisory Group [Internet]. [citado 24 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240104181>
4. Ministerio de Sanidad - Presentación Actualización documento consenso prevención fragilidad y caídas persona mayor [Internet]. [citado 24 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/jornadas/actualizacionDoc_FragilidadyCaidasPersonaMayor.htm
5. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. En: Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2023. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-enfermedades-no-transmisibles>.
6. 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.
7. Instituto de Estadística de la UNESCO. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 2011). Montreal: UNESCO; 2013.
8. 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.
9. 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. doi:10.1093/eurpub/ckaa066 PubMed PMID: 32408346.
10. 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. doi:10.1186/s13690-018-0270-8
11. 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.
12. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022.
13. 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.
14. Oviedo-Briones M, Laso ÁR, Carnicero JA, Cesari M, Grodzicki T, Gryglewska B, et al. A Comparison of Frailty Assessment Instruments in Different Clinical and Social Care Settings: The Frailtools

- Project. J Am Med Dir Assoc. marzo de 2021;22(3):607.e7-607.e12.
doi:10.1016/j.jamda.2020.09.024 PubMed PMID: 33162359.
15. 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. doi:10.1016/j.arr.2024.102243 PubMed PMID: 38395198.
 16. 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. doi:10.1007/s40520-018-1034-6 PubMed PMID: 30191453; PubMed Central PMCID: PMC6589141.
 17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86. PubMed PMID: 5349366.
 18. 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.
 19. IMSERSO. El libro blanco del envejecimiento activo. 1.ª edición, 2011.
 20. Andrés J, Acuña JP, Olivares A. Dolor en el paciente de la tercera edad. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2014;25(4):674-686.
 21. 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.
 22. 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.
 23. 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.
 24. 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.
 25. 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.
 26. Sánchez D, Eizmendi G, Azkoitia JM. Envejecimiento y nuevas tecnologías. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;41 Supl 2:57-65.
 27. 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).*
 28. 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, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	131	68,2(61,3-74,4)	123	60,0(53,1-66,5)	254	64,0(59,1-68,6)
70-74	92	56,8(49,0-64,3)	105	53,0(46,1-59,8)	197	54,7(49,6-59,8)
75-79	69	64,5(55,0-73,0)	73	50,7(42,5-58,8)	142	56,6(50,4-62,6)
País de nacimiento						
España	276	63,9(59,2-68,3)	272	55,2(50,8-59,5)	548	59,2(56,1-62,4)
Otros países	16	55,2(37,1-72,0)	29	53,7(40,5-66,4)	45	54,2(43,5-64,6)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	247	63,7(58,8-68,3)	184	59,0(53,4-64,3)	431	61,6(57,9-65,1)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	32	61,5(47,7-73,7)	53	53,5(43,7-63,1)	85	56,3(48,3-64,0)
Viudo/a	13	61,9(40,2-79,7)	64	47,1(38,8-55,5)	77	49,0(41,3-56,8)
Nivel educativo¹						
Superior	126	69,6(62,5-75,9)	96	66,7(58,6-73,9)	222	68,3(63,1-73,1)
Intermedio	89	66,4(58,0-73,9)	105	60,3(52,9-67,4)	194	63,0(57,4-68,2)
Básico e inferior	77	52,7(44,6-60,7)	100	43,7(37,3-50,2)	177	47,2(42,2-52,3)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	251	62,3(57,4-66,9)	245	55,3(50,7-59,9)	496	58,6(55,3-61,9)
Otras ²	41	70,7(57,8-80,9)	56	53,8(44,2-63,2)	97	59,9(52,1-67,1)
Clase social (familiar)³						
I - II	135	69,9(63,1-76,0)	99	63,5(55,6-70,7)	234	67,0(62,0-71,8)
III	61	67,8(57,5-76,6)	93	60,0(52,1-67,4)	154	62,9(56,6-68,7)
IV - V	94	54,0(46,5-61,3)	92	46,2(39,4-53,2)	186	49,9(44,8-54,9)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	176	74,3(68,3-79,4)	144	63,7(57,3-69,7)	320	69,1(64,8-73,1)
Con alguna facilidad	70	54,7(46,1-63,0)	103	53,4(46,3-60,3)	173	53,9(48,4-59,3)
Con alguna dificultad	32	56,1(43,1-68,4)	36	48,6(37,5-59,9)	68	51,9(43,4-60,3)
Con dificultad o mucha dificultad	10	33,3(18,9-51,8)	9	23,7(12,8-39,7)	19	27,9(18,5-39,8)
Totales	292	63,3(58,8-67,6)	301	55,0(50,8-59,1)	593	58,8(55,8-61,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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 5 o más problemas crónicos de salud* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	19	9,9(6,4-15,1)	40	19,5(14,6-25,5)	59	14,9(11,7-18,7)
70-74	17	10,5(6,6-16,3)	42	21,2(16,1-27,5)	59	16,4(12,9-20,5)
75-79	20	18,7(12,4-27,1)	45	31,3(24,2-39,3)	65	25,9(20,9-31,6)
País de nacimiento						
España	53	12,3(9,5-15,7)	116	23,5(20,0-27,5)	169	18,3(15,9-20,9)
Otros países	3	10,3(3,4-27,6)	11	20,4(11,6-33,2)	14	16,9(10,2-26,5)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	48	12,4(9,4-16,1)	66	21,2(17,0-26,0)	114	16,3(13,7-19,2)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	4	7,7(2,9-18,8)	24	24,2(16,8-33,7)	28	18,5(13,1-25,5)
Viudo/a	4	19,0(7,3-41,3)	37	27,2(20,4-35,3)	41	26,1(19,9-33,5)
Nivel educativo¹						
Superior	15	8,3(5,0-13,3)	23	16,0(10,9-22,9)	38	11,7(8,6-15,7)
Intermedio	20	14,9(9,8-22,0)	34	19,5(14,3-26,2)	54	17,5(13,7-22,2)
Básico e inferior	21	14,4(9,6-21,0)	70	30,6(24,9-36,8)	91	24,3(20,2-28,8)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	51	12,7(9,7-16,3)	104	23,5(19,8-27,6)	155	18,3(15,9-21,0)
Otras ²	5	8,6(3,6-19,2)	23	22,1(15,1-31,2)	28	17,3(12,2-23,9)
Clase social (familiar)³						
I - II	20	10,4(6,8-15,5)	30	19,2(13,8-26,2)	50	14,3(11,0-18,4)
III	7	7,8(3,7-15,5)	28	18,1(12,7-25,0)	35	14,3(10,4-19,3)
IV - V	29	16,7(11,8-23,0)	58	29,1(23,2-35,9)	87	23,3(19,3-27,9)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	14	5,9(3,5-9,8)	38	16,8(12,5-22,3)	52	11,2(8,7-14,4)
Con alguna facilidad	29	22,7(16,2-30,7)	51	26,4(20,7-33,1)	80	24,9(20,5-29,9)
Con alguna dificultad	8	14,0(7,1-25,8)	21	28,4(19,3-39,6)	29	22,1(15,8-30,0)
Con dificultad o mucha dificultad	5	16,7(7,1-34,2)	12	31,6(18,9-47,8)	17	25,0(16,2-36,6)
Totales	56	12,1(9,5-15,5)	127	23,2(19,9-26,9)	183	18,2(15,9-20,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

* Problemas activos (padecidos en los últimos 12 meses) y diagnosticados por un/a médico/a.

Anexo tabla 3. Fragilidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	7	3,6(1,7-7,5)	31	15,1(10,8-20,7)	38	9,6(7,1-12,8)
70-74	17	10,5(6,6-16,3)	23	11,6(7,8-16,9)	40	11,1(8,2-14,8)
75-79	8	7,5(3,8-14,3)	36	25,0(18,6-32,8)	44	17,5(13,4-22,6)
País de nacimiento						
España	29	6,7(4,7-9,5)	81	16,4(13,4-20,0)	110	11,9(10,0-14,1)
Otros países	3	10,3(3,3-27,8)	9	16,7(8,9-29,1)	12	14,5(8,4-23,8)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	26	6,7(4,6-9,7)	40	12,8(9,5-17,0)	66	9,4(7,5-11,8)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	5	9,6(4,1-21,1)	17	17,2(10,9-25,9)	22	14,6(9,8-21,1)
Viudo/a	1	4,8(0,7-27,3)	33	24,3(17,8-32,1)	34	21,7(16,0-28,7)
Nivel educativo¹						
Superior	10	5,5(3,0-10,0)	10	6,9(3,8-12,4)	20	6,2(4,0-9,3)
Intermedio	11	8,2(4,6-14,3)	24	13,8(9,4-19,8)	35	11,4(8,3-15,4)
Básico e inferior	11	7,5(4,2-13,1)	56	24,5(19,3-30,5)	67	17,9(14,3-22,0)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	29	7,2(5,0-10,2)	70	15,8(12,7-19,5)	99	11,7(9,7-14,0)
Otras ²	3	5,2(1,7-14,9)	20	19,2(12,7-28,0)	23	14,2(9,6-20,5)
Clase social (familiar)³						
I - II	10	5,2(2,8-9,3)	15	9,6(5,9-15,4)	25	7,2(4,9-10,4)
III	5	5,6(2,3-12,7)	21	13,5(9,0-19,9)	26	10,6(7,3-15,1)
IV - V	17	9,8(6,2-15,2)	44	22,1(16,8-28,5)	61	16,4(12,9-20,5)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	6	2,5(1,1-5,5)	21	9,3(6,1-13,9)	27	5,8(4,0-8,4)
Con alguna facilidad	10	7,8(4,2-13,9)	34	17,6(12,8-23,7)	44	13,7(10,4-17,9)
Con alguna dificultad	8	14,0(7,2-25,7)	18	24,3(15,9-35,3)	26	19,8(13,9-27,5)
Con dificultad o mucha dificultad	8	26,7(13,9-45,0)	11	28,9(16,8-45,2)	19	27,9(18,6-39,7)
Totales	32	6,9(4,9-9,7)	90	16,5(13,6-19,8)	122	12,1(10,3-14,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	5	2,7(1,1-6,3)	15	7,4(4,5-11,9)	20	5,1(3,3-7,8)
70-74	4	2,5(0,9-6,5)	16	8,1(5,0-12,8)	20	5,6(3,6-8,5)
75-79	7	6,8(3,2-13,7)	32	22,2(16,1-29,8)	39	15,8(11,8-20,8)
País de nacimiento						
España	15	3,5(2,1-5,8)	54	11,0(8,5-14,0)	69	7,5(6,0-9,4)
Otros países	1	3,6(0,5-21,6)	9	16,7(8,9-29,0)	10	12,2(6,7-21,2)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	10	2,6(1,4-4,9)	30	9,6(6,8-13,5)	40	5,8(4,3-7,8)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	5	9,6(4,1-21,1)	15	15,2(9,4-23,6)	20	13,2(8,7-19,6)
Viudo/a	1	5,0(0,7-28,5)	18	13,2(8,5-20,0)	19	12,2(7,9-18,2)
Nivel educativo¹						
Superior	6	3,4(1,5-7,3)	5	3,5(1,4-8,1)	11	3,4(1,9-6,1)
Intermedio	4	3,1(1,2-8,0)	17	9,8(6,2-15,1)	21	6,9(4,6-10,4)
Básico e inferior	6	4,2(1,9-9,0)	41	18,0(13,6-23,5)	47	12,6(9,7-16,3)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	16	4,1(2,5-6,5)	49	11,1(8,5-14,3)	65	7,8(6,1-9,7)
Otras ²	0	0,0(0,0-0,0)	14	13,6(8,2-21,6)	14	8,8(5,3-14,3)
Clase social (familiar)³						
I - II	7	3,7(1,8-7,5)	7	4,5(2,1-9,2)	14	4,1(2,4-6,7)
III	2	2,2(0,6-8,6)	10	6,5(3,5-11,6)	12	4,9(2,8-8,5)
IV - V	7	4,1(2,0-8,5)	36	18,2(13,4-24,1)	43	11,7(8,8-15,4)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	3	1,3(0,4-3,9)	13	5,8(3,4-9,7)	16	3,5(2,2-5,6)
Con alguna facilidad	3	2,4(0,8-7,3)	19	9,8(6,4-14,9)	22	6,9(4,6-10,3)
Con alguna dificultad	3	5,6(1,8-16,0)	14	18,9(11,6-29,4)	17	13,3(8,4-20,3)
Con dificultad o mucha dificultad	7	23,3(11,5-41,6)	12	31,6(18,9-47,8)	19	27,9(18,6-39,7)
Totales	16	3,5(2,2-5,7)	63	11,5(9,2-14,4)	79	7,9(6,4-9,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	11	5,7(3,2-9,9)	32	15,6(11,2-21,3)	43	10,8(8,2-14,2)
70-74	15	9,3(5,6-14,8)	33	16,7(12,1-22,5)	48	13,3(10,2-17,2)
75-79	5	4,7(1,9-10,8)	24	16,7(11,4-23,7)	29	11,6(8,2-16,1)
País de nacimiento						
España	30	6,9(4,9-9,7)	78	15,8(12,8-19,3)	108	11,7(9,8-13,9)
Otros países	1	3,4(0,5-20,9)	11	20,4(11,6-33,2)	12	14,5(8,4-23,8)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	24	6,2(4,2-9,1)	44	14,1(10,6-18,5)	68	9,7(7,7-12,1)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	7	13,5(6,5-25,8)	18	18,2(11,8-27,0)	25	16,6(11,4-23,4)
Viudo/a	0	0,0(0,0-0,0)	27	19,9(14,0-27,5)	27	17,2(12,1-23,9)
Nivel educativo¹						
Superior	14	7,7(4,6-12,6)	13	9,0(5,3-15,0)	27	8,3(5,8-11,8)
Intermedio	5	3,7(1,6-8,7)	26	14,9(10,4-21,0)	31	10,1(7,2-13,9)
Básico e inferior	12	8,2(4,7-14,0)	50	21,8(16,9-27,7)	62	16,5(13,1-20,6)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	27	6,7(4,6-9,6)	75	16,9(13,7-20,7)	102	12,1(10,0-14,4)
Otras ²	4	6,9(2,6-17,1)	14	13,5(8,1-21,5)	18	11,1(7,1-17,0)
Clase social (familiar)³						
I - II	14	7,3(4,4-11,8)	21	13,5(8,9-19,8)	35	10,0(7,3-13,6)
III	5	5,6(2,3-12,7)	19	12,3(7,9-18,5)	24	9,8(6,6-14,2)
IV - V	12	6,9(3,9-11,8)	43	21,6(16,4-27,9)	55	14,7(11,5-18,7)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	15	6,3(3,8-10,2)	18	8,0(5,1-12,3)	33	7,1(5,1-9,9)
Con alguna facilidad	8	6,3(3,1-12,0)	34	17,6(12,9-23,7)	42	13,1(9,8-17,2)
Con alguna dificultad	3	5,3(1,7-15,2)	18	24,3(15,9-35,4)	21	16,0(10,7-23,3)
Con dificultad o mucha dificultad	4	13,3(5,0-30,8)	14	36,8(23,1-53,1)	18	26,5(17,3-38,2)
Totales	31	6,7(4,8-9,4)	89	16,3(13,4-19,6)	120	11,9(10,1-14,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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 moderada-grave* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	4	2,1(0,8-5,5)	14	6,8(4,1-11,2)	18	4,6(2,9-7,1)
70-74	6	3,8(1,7-8,1)	17	8,6(5,4-13,4)	23	6,4(4,3-9,5)
75-79	2	1,9(0,5-7,3)	14	9,8(5,9-15,8)	16	6,4(4,0-10,1)
País de nacimiento						
España	11	2,6(1,4-4,6)	40	8,1(6,0-10,9)	51	5,5(4,2-7,2)
Otros países	1	3,4(0,5-20,9)	5	9,3(3,9-20,5)	6	7,2(3,3-15,2)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	7	1,8(0,9-3,8)	22	7,1(4,7-10,5)	29	4,2(2,9-5,9)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	3	5,9(1,9-16,7)	7	7,1(3,4-14,1)	10	6,7(3,6-12,0)
Viudo/a	2	10,0(2,5-32,6)	16	11,8(7,3-18,4)	18	11,5(7,4-17,6)
Nivel educativo¹						
Superior	5	2,8(1,2-6,5)	8	5,6(2,8-10,8)	13	4,0(2,3-6,8)
Intermedio	1	0,7(0,1-5,1)	8	4,6(2,3-8,9)	9	2,9(1,5-5,5)
Básico e inferior	6	4,2(1,9-9,0)	29	12,7(9,0-17,7)	35	9,4(6,9-12,9)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	12	3,0(1,7-5,2)	36	8,1(5,9-11,1)	48	5,7(4,3-7,5)
Otras ²	0	0,0(0,0-0,0)	9	8,7(4,6-15,8)	9	5,6(2,9-10,3)
Clase social (familiar)³						
I - II	4	2,1(0,8-5,5)	11	7,1(3,9-12,3)	15	4,3(2,6-7,0)
III	1	1,1(0,2-7,6)	10	6,5(3,5-11,6)	11	4,5(2,5-8,0)
IV - V	7	4,1(1,9-8,3)	19	9,6(6,2-14,6)	26	7,0(4,8-10,1)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	4	1,7(0,6-4,4)	7	3,1(1,5-6,4)	11	2,4(1,3-4,3)
Con alguna facilidad	1	0,8(0,1-5,4)	19	9,8(6,4-14,9)	20	6,3(4,1-9,5)
Con alguna dificultad	2	3,5(0,9-12,9)	8	10,8(5,5-20,1)	10	7,6(4,2-13,6)
Con dificultad o mucha dificultad	5	17,2(7,3-35,4)	6	15,8(7,2-31,1)	11	16,4(9,3-27,3)
Totales	12	2,6(1,5-4,6)	45	8,2(6,2-10,9)	57	5,7(4,4-7,3)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	10	5,6(3,0-10,2)	13	6,7(3,9-11,2)	23	6,2(4,1-9,1)
70-74	13	8,8(5,2-14,7)	14	7,8(4,7-12,7)	27	8,3(5,7-11,8)
75-79	7	7,2(3,5-14,5)	14	10,7(6,4-17,3)	21	9,2(6,1-13,7)
País de nacimiento						
España	25	6,3(4,3-9,1)	31	6,8(4,8-9,5)	56	6,5(5,1-8,4)
Otros países	5	20,8(8,9-41,5)	10	20,8(11,6-34,6)	15	20,8(13,0-31,8)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	18	5,0(3,2-7,9)	17	5,7(3,6-9,0)	35	5,4(3,9-7,4)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	10	23,3(13,0-38,2)	9	10,5(5,5-19,0)	19	14,7(9,6-22,0)
Viudo/a	2	9,5(2,4-31,2)	15	12,2(7,5-19,3)	17	11,8(7,4-18,2)
Nivel educativo¹						
Superior	15	8,9(5,4-14,3)	8	6,0(3,0-11,5)	23	7,6(5,1-11,2)
Intermedio	3	2,5(0,8-7,4)	10	6,2(3,4-11,2)	13	4,6(2,7-7,8)
Básico e inferior	12	9,2(5,3-15,5)	23	11,0(7,4-16,0)	35	10,3(7,5-14,0)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	24	6,6(4,4-9,6)	30	7,4(5,2-10,4)	54	7,0(5,4-9,1)
Otras ²	6	10,7(4,9-21,9)	11	10,9(6,1-18,6)	17	10,8(6,8-16,7)
Clase social³						
I - II	10	5,6(3,0-10,1)	4	2,7(1,0-7,1)	14	4,3(2,6-7,2)
III	5	6,0(2,5-13,6)	13	8,8(5,2-14,6)	18	7,8(5,0-12,0)
IV - V	15	9,6(5,9-15,4)	18	10,1(6,4-15,4)	33	9,9(7,1-13,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	10	4,5(2,4-8,2)	9	4,2(2,2-7,9)	19	4,3(2,8-6,7)
Con alguna facilidad	11	9,9(5,6-17,0)	15	8,4(5,1-13,5)	26	9,0(6,2-12,9)
Con alguna dificultad	5	9,6(4,0-21,2)	5	7,6(3,2-17,0)	10	8,5(4,6-15,1)
Con dificultad o mucha dificultad	4	14,3(5,4-32,6)	10	28,6(16,1-45,5)	14	22,2(13,6-34,1)
Totales	30	7,1(5,0-10,0)	41	8,1(6,0-10,9)	71	7,7(6,1-9,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	6	3,1(1,4-6,9)	22	10,7(7,2-15,8)	28	7,1(4,9-10,0)
70-74	8	5,0(2,5-9,6)	12	6,1(3,5-10,5)	20	5,6(3,6-8,5)
75-79	8	7,5(3,8-14,2)	20	13,9(9,1-20,6)	28	11,2(7,8-15,7)
País de nacimiento						
España	21	4,9(3,2-7,4)	49	10,0(7,6-12,9)	70	7,6(6,1-9,5)
Otros países	1	3,4(0,5-20,8)	5	9,3(3,9-20,4)	6	7,2(3,3-15,2)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	9	2,3(1,2-4,4)	15	4,8(2,9-7,9)	24	3,4(2,3-5,1)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	7	13,5(6,5-25,8)	13	13,1(7,8-21,4)	20	13,2(8,7-19,7)
Viudo/a	6	28,6(13,4-50,8)	26	19,1(13,4-26,6)	32	20,4(14,8-27,4)
Nivel educativo¹						
Superior	9	5,0(2,7-9,3)	11	7,6(4,3-13,3)	20	6,2(4,0-9,4)
Intermedio	7	5,2(2,5-10,6)	11	6,3(3,5-11,0)	18	5,8(3,7-9,1)
Básico e inferior	6	4,1(1,8-8,9)	32	14,0(10,1-19,2)	38	10,2(7,5-13,6)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	21	5,2(3,4-7,9)	40	9,0(6,7-12,1)	61	7,2(5,7-9,2)
Otras ²	1	1,7(0,2-11,3)	14	13,5(8,1-21,5)	15	9,3(5,7-14,8)
Clase social (familiar)³						
I - II	10	5,2(2,9-9,4)	11	7,1(3,9-12,3)	21	6,1(4,0-9,1)
III	3	3,3(1,1-9,8)	11	7,1(4,0-12,4)	14	5,7(3,4-9,4)
IV - V	9	5,2(2,7-9,7)	25	12,6(8,7-18,0)	34	9,1(6,6-12,5)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	7	3,0(1,4-6,1)	15	6,6(4,0-10,7)	22	4,8(3,2-7,1)
Con alguna facilidad	5	3,9(1,6-9,1)	13	6,7(3,9-11,3)	18	5,6(3,6-8,7)
Con alguna dificultad	6	10,5(4,8-21,5)	13	17,6(10,5-28,0)	19	14,5(9,4-21,6)
Con dificultad o mucha dificultad	4	13,3(5,1-30,7)	9	23,7(12,8-39,7)	13	19,1(11,4-30,2)
Totales	22	4,8(3,2-7,2)	54	9,9(7,7-12,7)	76	7,6(6,1-9,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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, 2025.

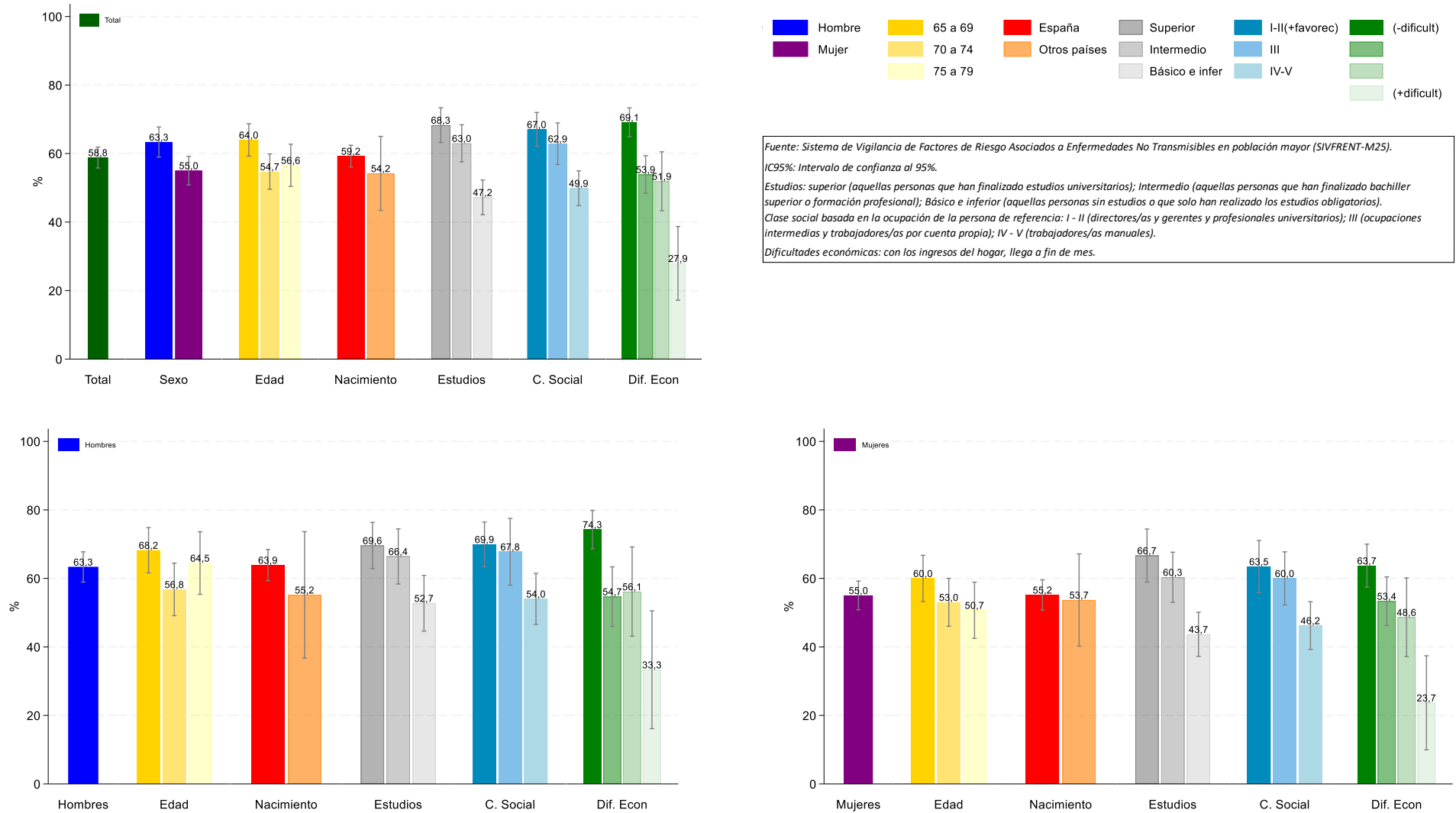
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	20	10,4(6,9-15,5)	30	14,7(10,4-20,3)	50	12,6(9,7-16,3)
70-74	10	6,2(3,4-11,2)	29	14,6(10,4-20,3)	39	10,9(8,1-14,5)
75-79	8	7,5(3,8-14,3)	13	9,0(5,3-15,0)	21	8,4(5,5-12,5)
País de nacimiento						
España	37	8,6(6,3-11,6)	67	13,6(10,8-17,0)	104	11,3(9,4-13,5)
Otros países	1	3,4(0,5-20,9)	5	9,3(3,9-20,4)	6	7,2(3,3-15,2)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	32	8,3(5,9-11,5)	51	16,4(12,7-21,0)	83	11,9(9,7-14,5)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	4	7,7(2,9-18,8)	15	15,2(9,3-23,7)	19	12,6(8,2-18,9)
Viudo/a	2	9,5(2,4-31,0)	6	4,4(2,0-9,5)	8	5,1(2,6-9,9)
Nivel educativo¹						
Superior	14	7,7(4,6-12,6)	23	16,0(10,8-22,9)	37	11,4(8,4-15,3)
Intermedio	14	10,4(6,3-16,8)	24	13,9(9,5-19,9)	38	12,4(9,2-16,5)
Básico e inferior	10	6,9(3,7-12,4)	25	10,9(7,5-15,7)	35	9,4(6,8-12,8)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	33	8,2(5,9-11,3)	58	13,1(10,3-16,6)	91	10,8(8,9-13,0)
Otras ²	5	8,6(3,6-19,2)	14	13,6(8,2-21,7)	19	11,8(7,6-17,8)
Clase social (familiar)³						
I - II	16	8,3(5,1-13,1)	25	16,0(11,0-22,7)	41	11,7(8,8-15,6)
III	7	7,8(3,8-15,4)	21	13,6(9,1-20,0)	28	11,5(8,0-16,1)
IV - V	15	8,7(5,3-13,9)	24	12,1(8,2-17,4)	39	10,5(7,7-14,0)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	15	6,4(3,9-10,3)	33	14,6(10,6-19,8)	48	10,4(7,9-13,5)
Con alguna facilidad	13	10,2(6,0-16,7)	27	14,1(9,8-19,8)	40	12,5(9,3-16,6)
Con alguna dificultad	8	14,0(7,1-25,8)	6	8,1(3,7-16,9)	14	10,7(6,4-17,3)
Con dificultad o mucha dificultad	2	6,7(1,7-23,0)	4	10,5(4,0-25,0)	6	8,8(4,0-18,3)
Totales	38	8,3(6,1-11,1)	72	13,2(10,6-16,3)	110	10,9(9,2-13,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

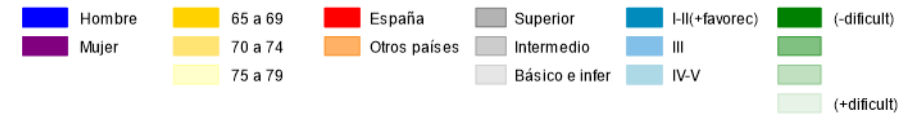
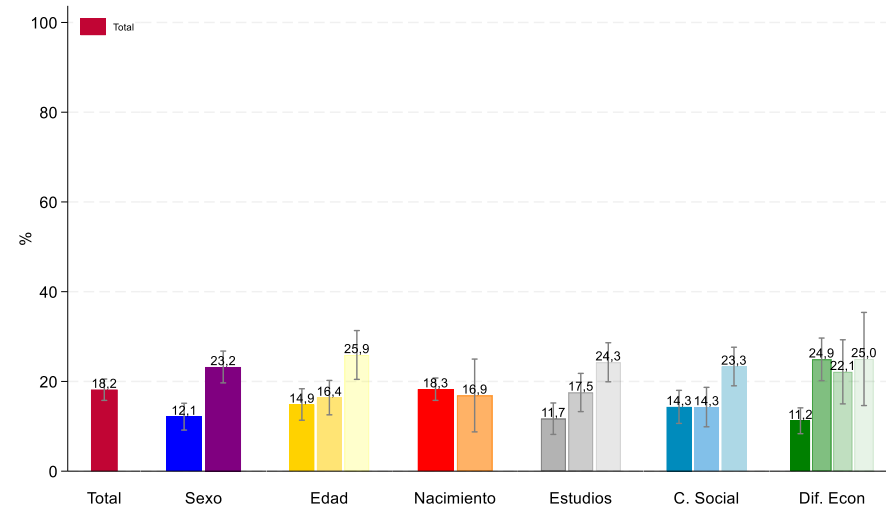
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

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 basada en la ocupación de la persona de referencia: 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 autopercebida buena o muy buena por variables sociodemográficas según sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

Anexo figura 2. Presencia de 5 o más problemas crónicos de salud por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



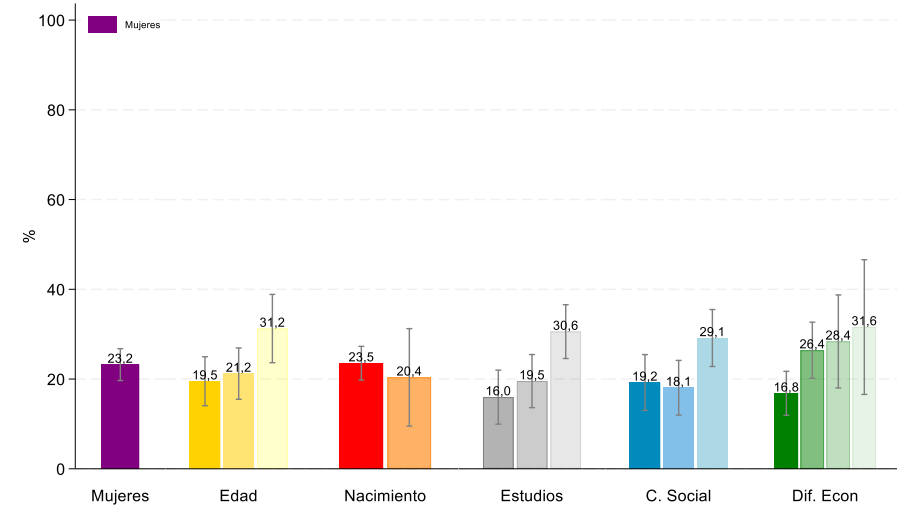
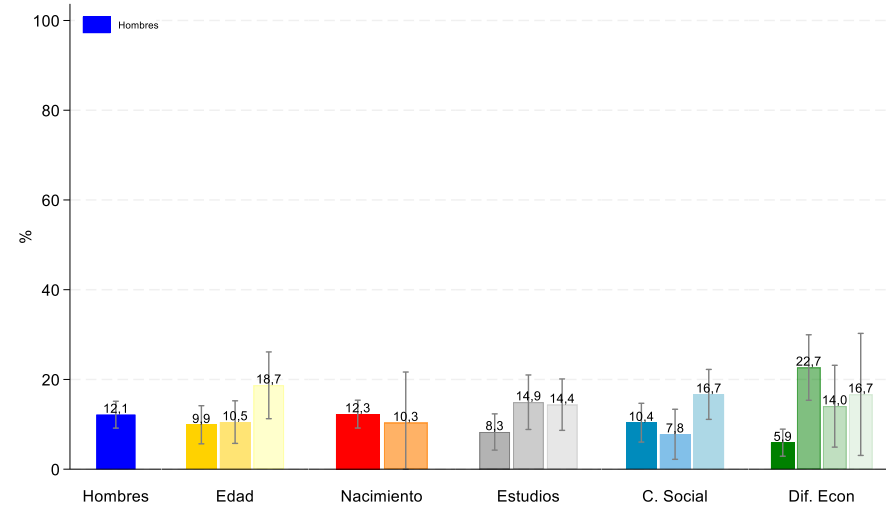
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

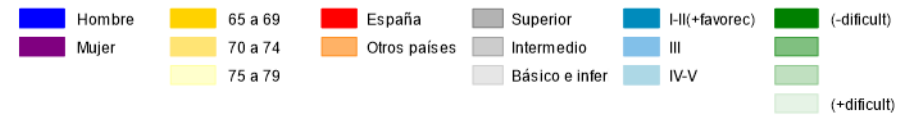
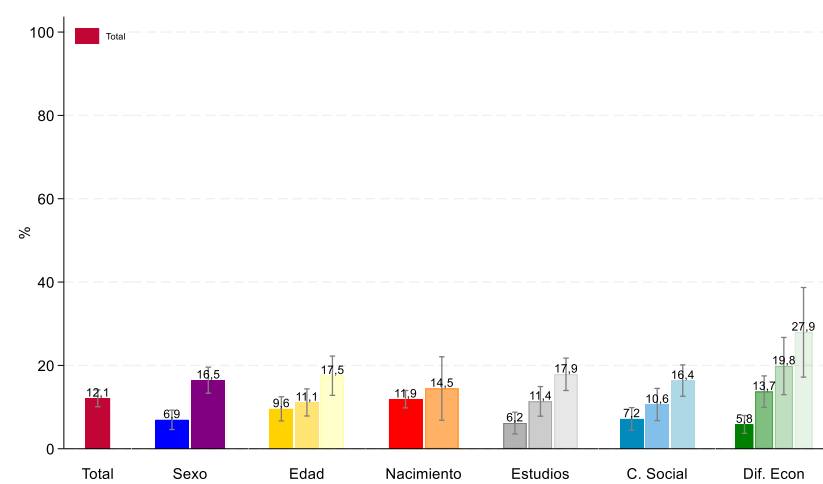
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Estudios: 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).

Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.



Anexo figura 3. Fragilidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

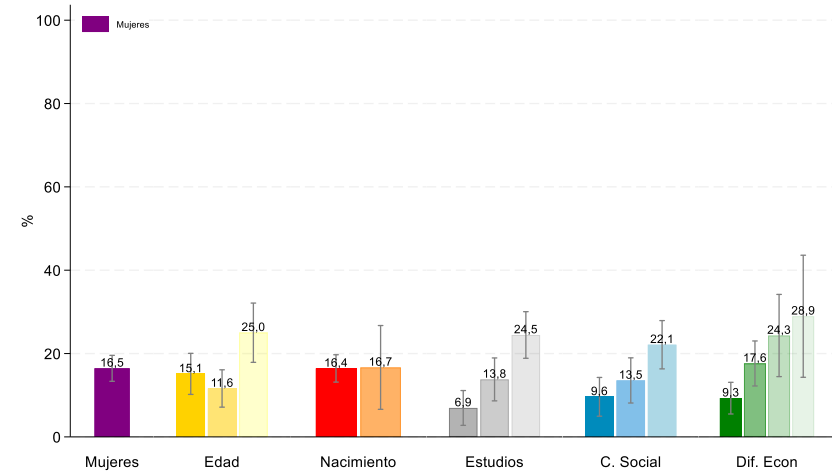
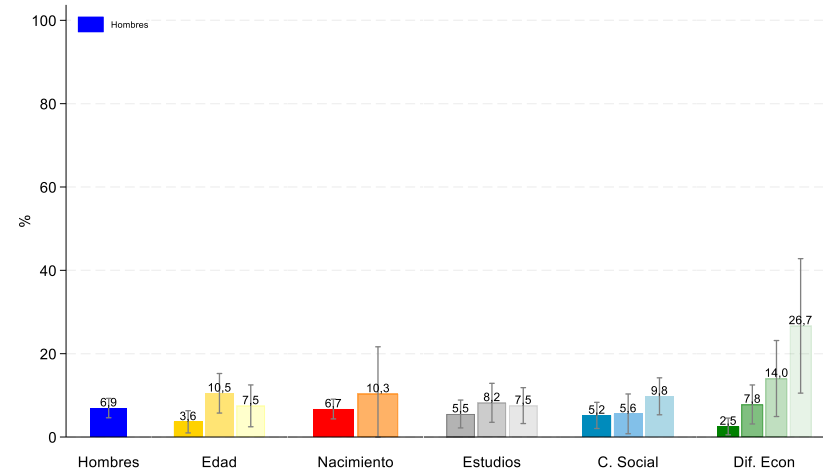
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

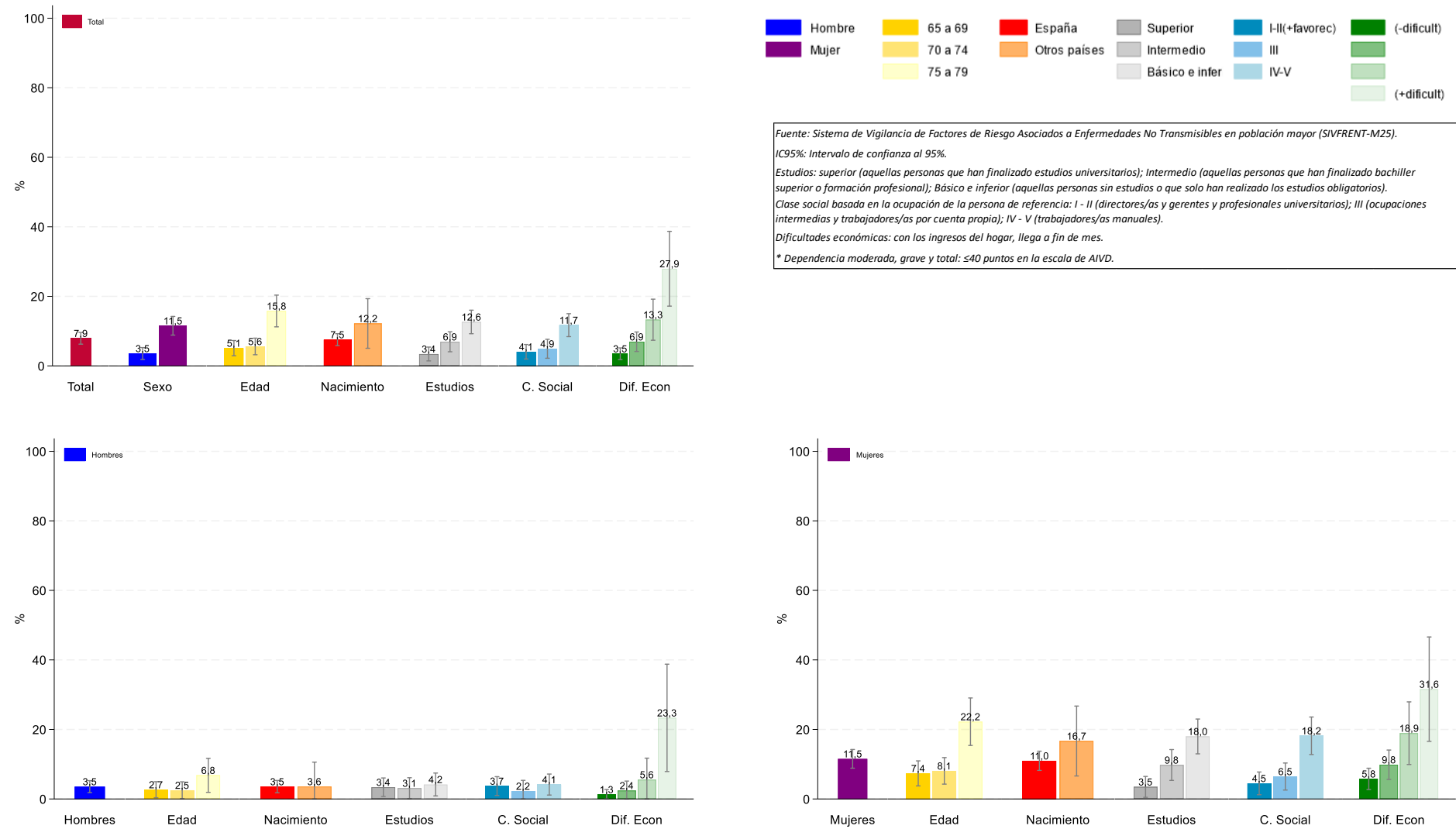
Estudios: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

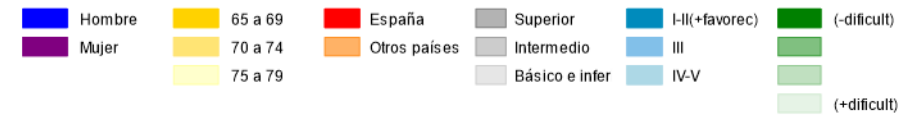
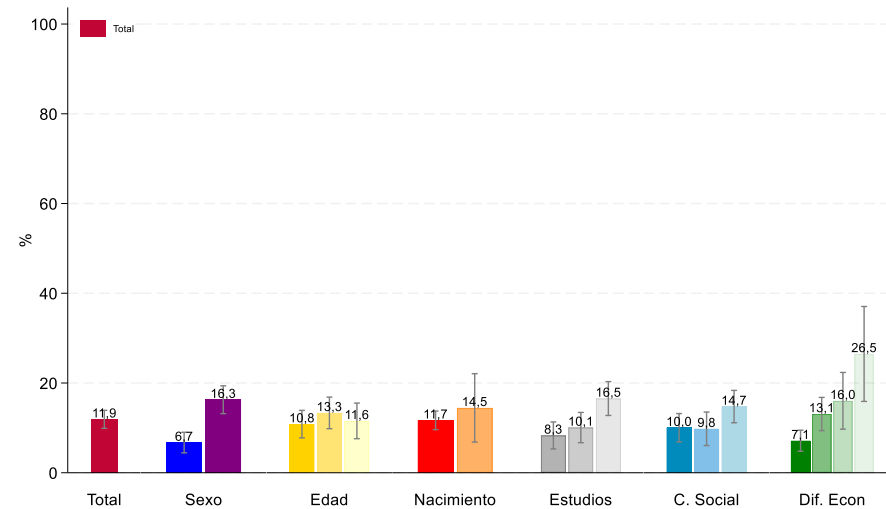
Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.

* Fragilidad: puntuación ≥ 3 puntos en la escala FRAIL adaptada.



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, 2025.

Anexo figura 5. Presencia de dolor extremo o severo por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

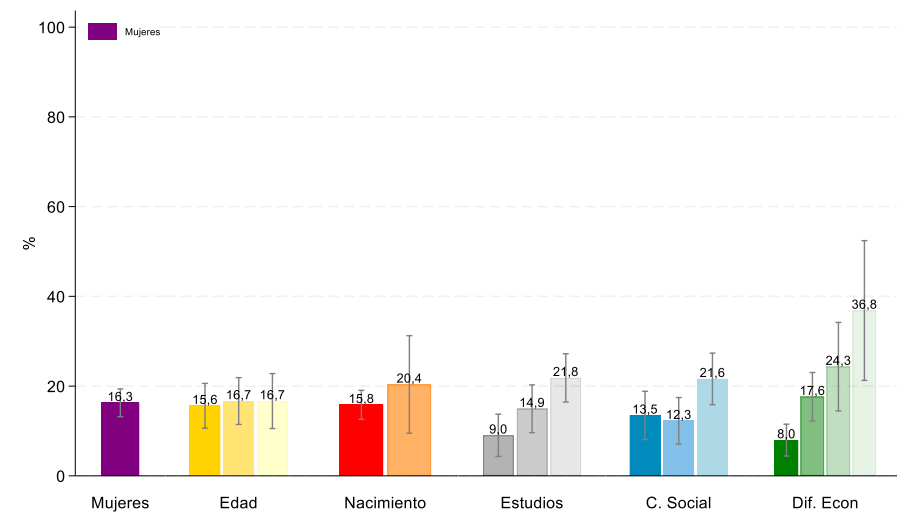
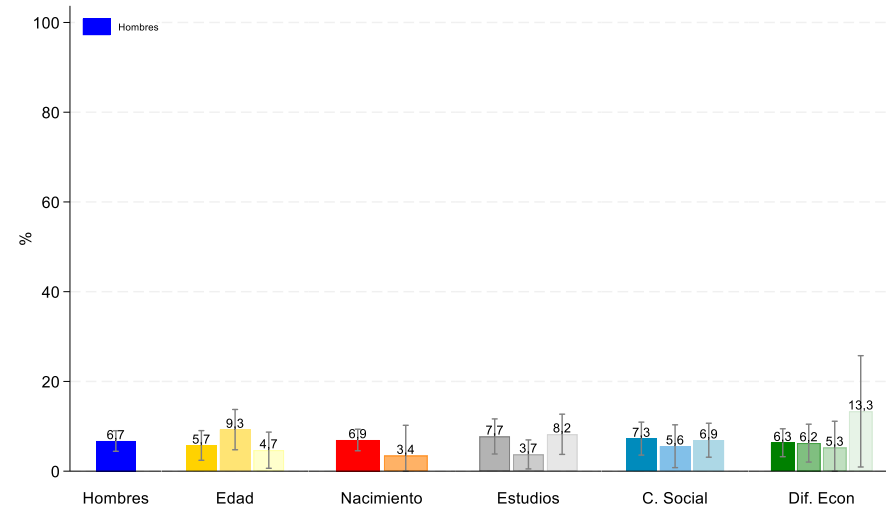
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

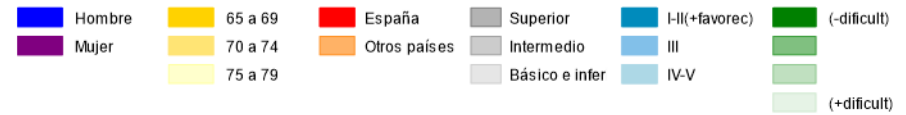
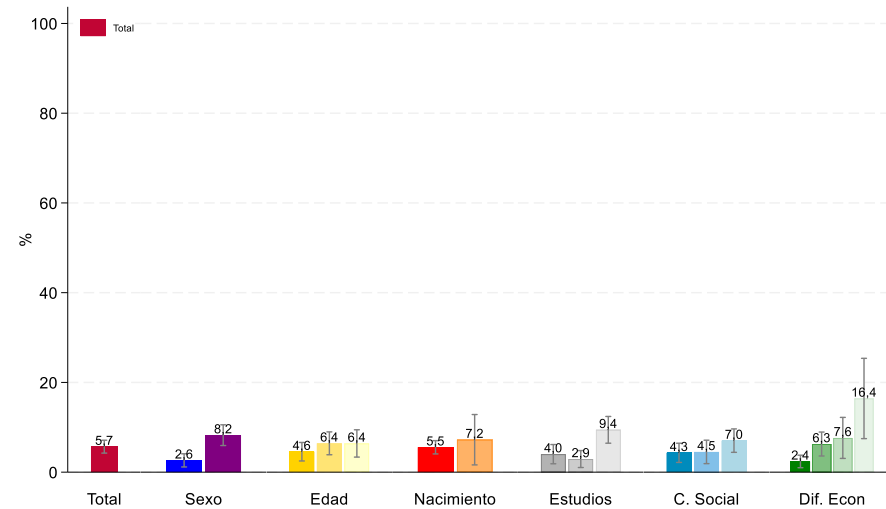
Estudios: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.



Anexo figura 6. Sintomatología depresiva grave* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

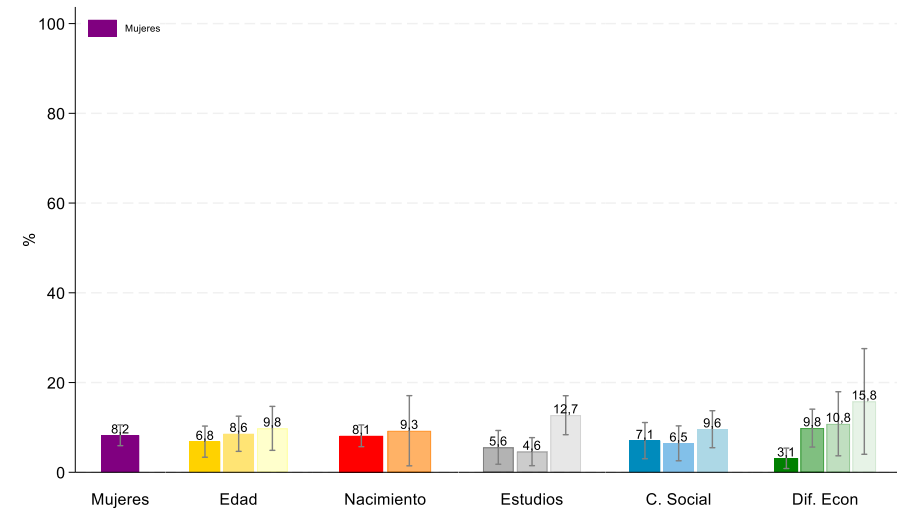
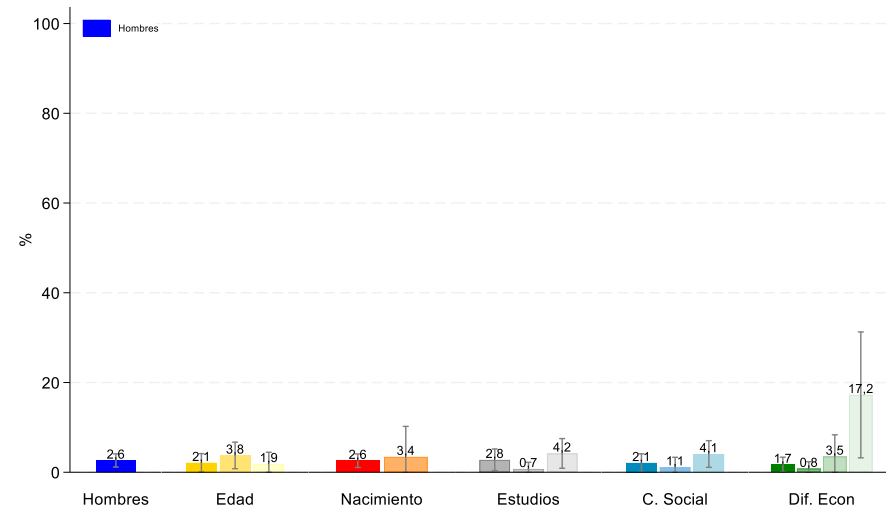
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

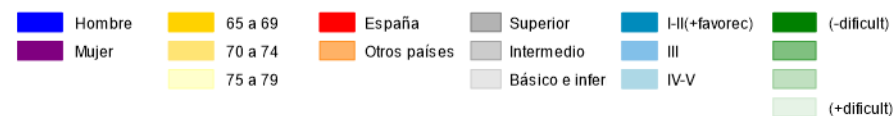
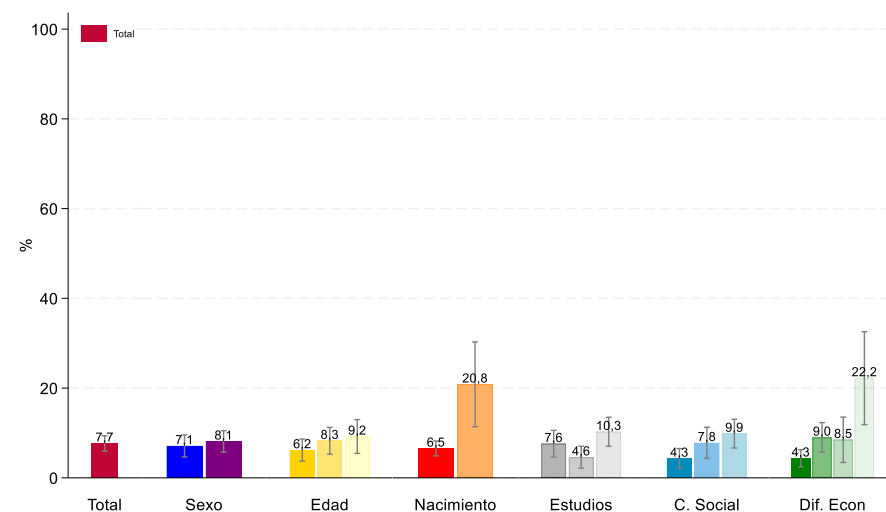
Estudios: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedia (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.

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



Anexo figura 7. Apoyo social pobre* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

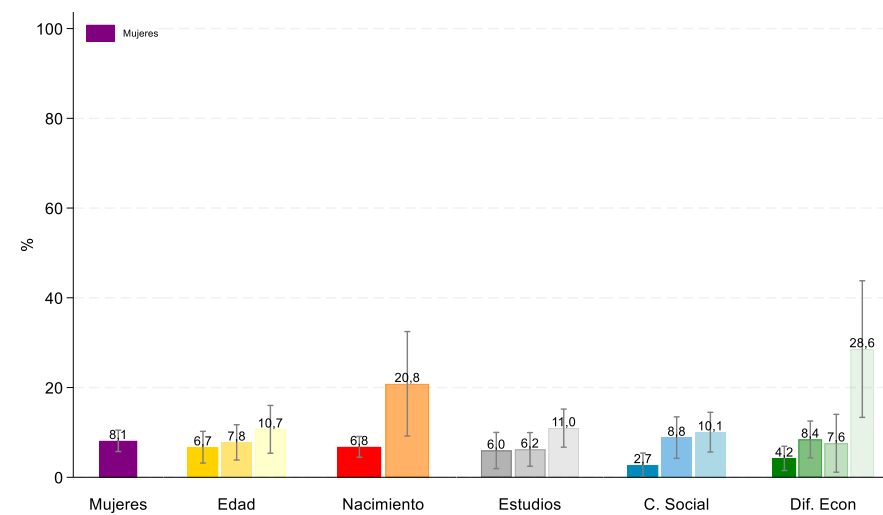
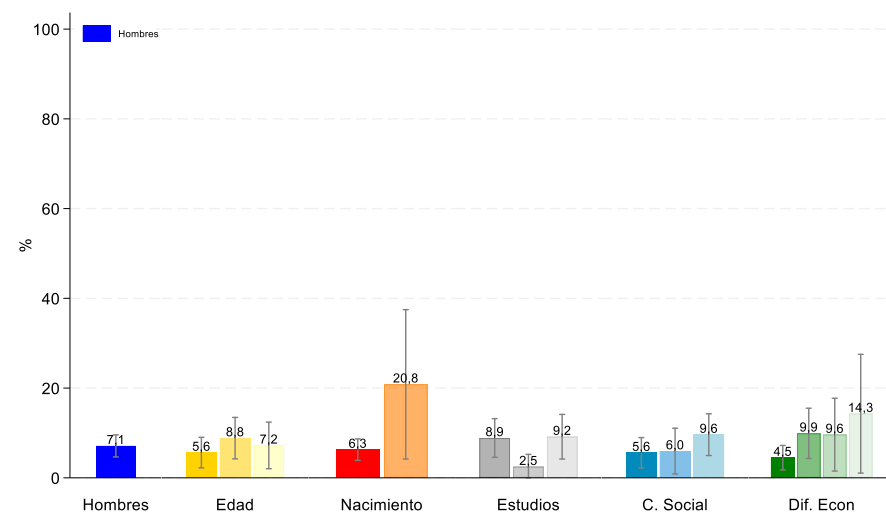
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

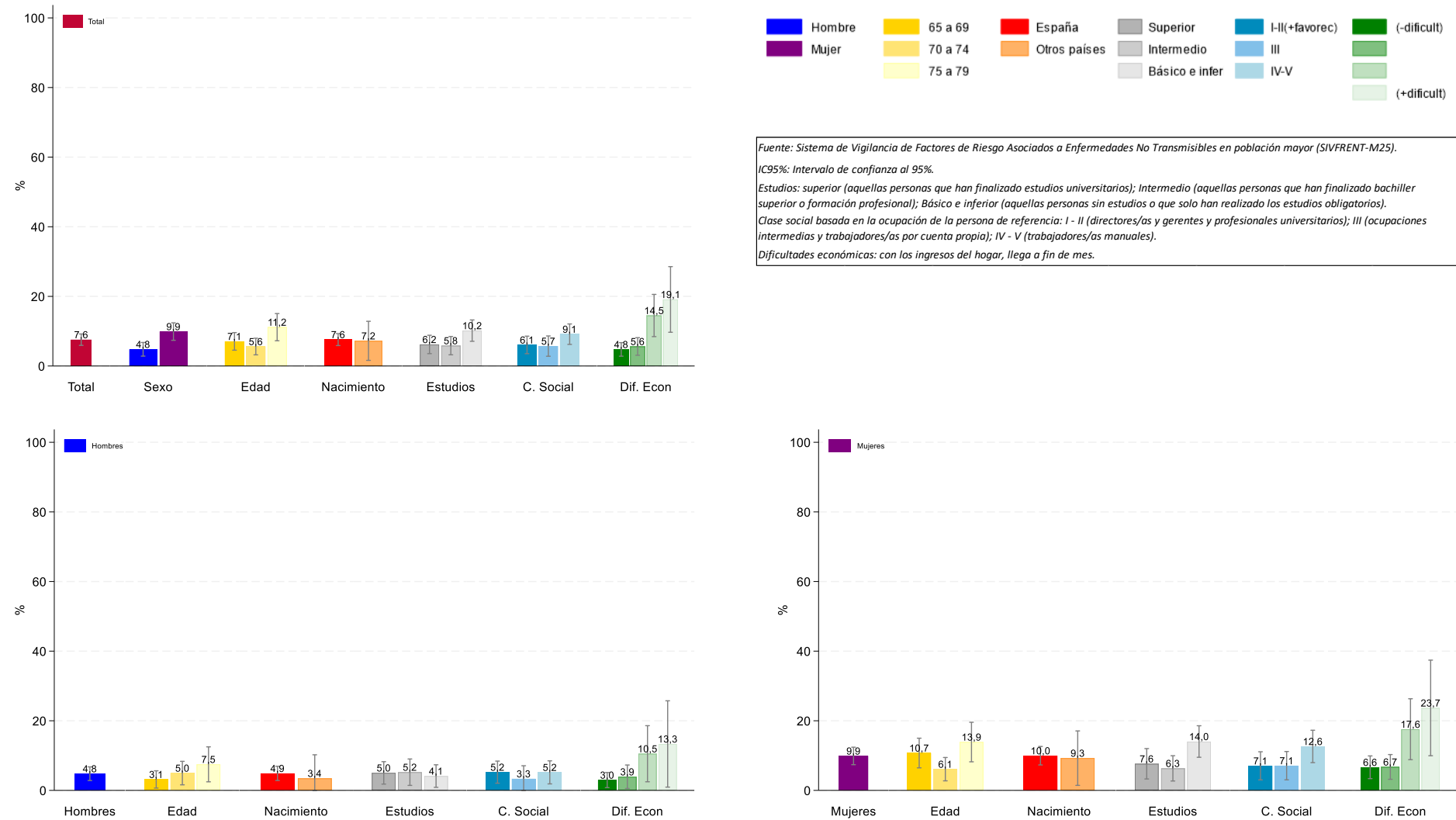
Estudios: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedia (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.

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



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, 2025.

Anexo figura 9. Cuidadores/as de alguna persona mayor* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.