



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**LA SOLEDAD Y LA DEPRESIÓN EN PERSONAS
MAYORES: El papel del apoyo social percibido.**

Autor/a: Marina López Corps
Director/a: Helena Garrido Hernansaiz

Madrid
2025/2026

La soledad y la depresión en personas mayores. El papel del apoyo social percibido.

1) RESUMEN	3
1) ABSTRACT	3
2) INTRODUCCIÓN	5
3) METODOLOGÍA.....	6
4) MARCO TEÓRICO.....	8
4.1 ENVEJECIMIENTO, SOLEDAD Y DEPRESIÓN EN ESPAÑA.	8
4.1.1 <i>Envejecimiento, cambios biopsicosociales y bienestar psicológico.....</i>	<i>8</i>
4.1.2 <i>Depresión en la vejez.....</i>	<i>11</i>
4.1.3 <i>Soledad en la vejez</i>	<i>12</i>
4.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SOLEDAD SOCIAL Y EMOCIONAL.	16
4.2.1 <i>Diferencia entre soledad, aislamiento social y red social.....</i>	<i>16</i>
4.2.2 <i>Soledad deseada y no deseada</i>	<i>17</i>
4.2.3 <i>Soledad emocional y social: definición, componentes y ejemplos</i>	<i>17</i>
4.3 RELACIÓN ENTRE SOLEDAD (EMOCIONAL Y SOCIAL) Y DEPRESIÓN EN MAYORES. .	19
4.4 : APOYO SOCIAL Y REDES SOCIALES EN LA VEJEZ.....	21
4.4.1 <i>Apoyo social como factor protector</i>	<i>23</i>
5) DISCUSIÓN.....	26
6) CONCLUSIONES	26
7) BIBLIOGRAFÍA	29

1) RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo analizar la relación entre la soledad y la depresión en personas mayores en España, prestando especial atención al impacto diferencial de la soledad emocional y la soledad social, así como al papel del apoyo social percibido en dicha relación. A través de una metodología de revisión bibliográfica, se han examinado estudios e informes nacionales e internacionales publicados principalmente en los últimos años.

En España, más del 20% de las personas superan los 65 años. Este fenómeno sitúa la soledad y la depresión como problemas de salud pública de primer orden. Los resultados de la revisión confirman que ambos tipos de soledad se asocian con la depresión, si bien la soledad emocional —vinculada a la ausencia de vínculos íntimos— presenta una relación más estrecha y directa con la sintomatología depresiva que la soledad social. Asimismo, el apoyo social percibido se identifica como un factor protector clave, capaz de amortiguar el impacto de la soledad sobre la salud mental. La evidencia revisada sugiere que este apoyo actúa principalmente como moderador, reduciendo los efectos negativos de la soledad, especialmente cuando procede de redes informales como la familia, la pareja o las amistades cercanas.

Se concluye que la distinción entre soledad emocional y social resulta fundamental para comprender los mecanismos que subyacen a la depresión en la vejez. Fortalecer el apoyo social percibido, en particular el de carácter afectivo, constituye una vía relevante para la prevención e intervención en este grupo poblacional.

Palabras clave: soledad emocional, soledad social, apoyo social percibido, depresión, personas mayores, España.

1) ABSTRACT

This undergraduate dissertation aims to analyze the relationship between loneliness and depression in older adults in Spain, paying special attention to the differential impact of emotional and social loneliness, as well as the role of perceived

social support in this relationship. Through a bibliographic review methodology, national and international studies and reports published mainly in recent years have been examined.

The aging of the population in Spain, where more than 20% of people are over 65 years old, places loneliness and depression as major public health concerns. The results of the review confirm that both types of loneliness are associated with depression, although emotional loneliness —related to the absence of intimate bonds— shows a stronger and more direct relationship with depressive symptoms than social loneliness. Likewise, perceived social support emerges as a key protective factor, capable of buffering the impact of loneliness on mental health. The reviewed evidence suggests that this support acts mainly as a moderator, reducing the negative effects of loneliness, especially when it comes from informal networks such as family, partner, or close friendships.

In conclusion, distinguishing between emotional and social loneliness is essential to understand the mechanisms underlying depression in old age. Strengthening perceived social support, particularly affective support, constitutes a relevant pathway for prevention and intervention in this population group.

Keywords: emotional loneliness, social loneliness, perceived social support, depression, older adults, Spain.

2) INTRODUCCIÓN

“La soledad y el sentimiento de no ser querido son la pobreza más terrible” (María Teresa de Calcuta)

En los últimos años, la soledad y la depresión han adquirido una mayor relevancia tanto en el ámbito mediático como desde un punto de vista social y de salud pública. Ambas condiciones afectan de forma significativa a la calidad de vida y salud física y psicológica de quienes las padecen, llevando a considerar este suceso también en el ámbito internacional como importantes problemas de salud pública (Martín Roncero & González-Rábago, 2020). En España, el envejecimiento de la población ha cobrado fuerza en las últimas décadas: más del 20% de la población tiene 65 años o más (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2024).

Diversas investigaciones indican que la soledad es una experiencia directa frecuente en la vejez. Según una encuesta realizada en 2018 por la Fundación “la Caixa” en el territorio español, en los centros de mayores encontramos un sentimiento de soledad de hasta un 68,4%, afectando a hombres y mujeres de forma bastante similar. Asimismo, se observa que el sentimiento de soledad afecta especialmente a las personas mayores a partir de 65 años. La forma de entender la soledad ha sufrido una gran evolución en los últimos años. Hace 50 años se hacía referencia a sujetos sin un grupo familiar definido y en muchas ocasiones pertenecientes a ambientes marginales, mientras que hoy se sabe que es un problema que afecta a todas las clases sociales, incluso a los mayores que viven con sus propias familias (Rubio Herrera, 2004). Además, la soledad no implica solo estar sin compañía, sino que también puede vivirse como una sensación de desconexión o falta de relaciones significativas. También se ha demostrado que las personas mayores enfrentan pérdidas emocionales, aislamiento o la falta de redes sociales sólidas (Fernández-Mayoralas et al., 2022). Esto se evidencia, a su vez, en los estudios longitudinales, que muestran de forma consistente y relevante esta asociación entre soledad y salud (Martín Roncero & González-Rábago, 2020).

En este sentido, el **apoyo social percibido** emerge como un aspecto especialmente relevante en el estudio de la depresión y soledad en la vejez. Este constructo hace

referencia a la creencia subjetiva de que se dispone de personas capaces de ofrecer ayuda emocional, instrumental o afectiva cuando sea necesario.

Este trabajo se enmarca en una línea general de investigación en torno a la soledad y la depresión en personas mayores. Así, propone las siguientes cuestiones de investigación, que tienen como objetivo identificar la conexión entre los diferentes tipos de soledad y la depresión en personas mayores en España, así como el rol del apoyo social percibido dentro de esos vínculos:

- ¿Tienen la soledad emocional y la soledad social un impacto diferencial en la depresión en las personas mayores en España?
- ¿Qué papel desempeña el apoyo social percibido en la relación entre soledad emocional y depresión? ¿Actúa el apoyo social percibido como factor protector, mediador o moderador en la relación entre soledad (emocional y social) y depresión?

El **objetivo general** de este Trabajo de Fin de Grado responde, por tanto, a la necesidad de profundizar en la relación entre soledad y depresión en personas mayores en España, prestando particular atención a los posibles tipos de soledad, su efecto sobre la depresión, y el papel que otras variables relacionadas como el apoyo social percibido puedan tener. Para alcanzar este propósito, se plantean varios **objetivos específicos**. En primer lugar, se pretende revisar la evidencia científica disponible en España sobre la prevalencia de la soledad y la depresión en la población mayor, con el fin de contextualizar la magnitud y la importancia de dichos fenómenos en el país. En segundo lugar, se busca definir y conceptualizar la soledad y el apoyo social percibido, revisando los distintos tipos existentes y su relación con la prevención o reducción de síntomas depresivos en la vejez.

3) METODOLOGÍA

El presente Trabajo de Fin de Grado se ha desarrollado mediante una **metodología de revisión bibliográfica y documental**, con un enfoque cualitativo y descriptivo. El objetivo propuesto fue analizar la relación entre soledad (y sus tipos) y depresión en

personas mayores en España, así como el papel de apoyo social percibido como posible factor protector.

La búsqueda de información se llevó a cabo mediante diversas **bases de datos científicas y estadísticas**, entre las que destacan **Dialnet, Google Scholar, Scopus y PsycINFO**. A su vez, se revisaron informes de organismos oficiales relevantes para el contexto español como el Ministerio de Sanidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada.

Las **palabras clave** que se emplearon en las búsquedas incluyeron, entre otras: *soledad, depresión emocional, soledad social, soledad no deseada, apoyo social percibido, personas mayores, depresión, España, calidad de las relaciones sociales*. Estas se combinaron, además, en español como en inglés, intentando así acceder a un número mayor de resultados.

Como **criterios de inclusión**, se seleccionaron artículos científicos, informes institucionales y estudios realizados en España o que incluyan datos comparables aplicables al contexto español publicados principalmente en los últimos años. Asimismo, se incluyeron trabajos clásicos de referencia ampliamente citados en la literatura científica sobre soledad y envejecimiento.

Como **criterios de exclusión**, se descartaron aquellos estudios centrados exclusivamente en población joven o adulta no mayor, artículos sin acceso al texto o autores concretos, estudios que midan aislamiento social únicamente como variable objetiva sin evaluar percepción subjetiva, trabajos duplicados o con calidad metodológica insuficiente, entendida como la ausencia de una descripción clara del diseño del estudio, tamaño muestral reducido, falta de instrumentos de medida validados o análisis estadísticos poco adecuados para los objetivos planteados.

Al tratarse de una revisión bibliográfica sin recogida de datos propios, este trabajo no requiere aprobación por un comité ético. No obstante, se respetaron los principios éticos de uso responsable de la información, citas y referencias adecuadas y transparencia en los criterios de selección y análisis.

4) MARCO TEÓRICO

4.1 Envejecimiento, soledad y depresión en España.

4. 1.1 Envejecimiento, cambios biopsicosociales y bienestar psicológico.

El proceso de envejecimiento constituye una etapa natural del ciclo vital caracterizada por una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que influyen de manera significativa en la calidad de vida y el bienestar subjetivo de las personas mayores. Desde la Psicología de la Salud, los expertos coinciden en que el envejecimiento activo es un concepto biopsicosocial y, por tanto, no se reduce al mantenimiento de una buena salud libre de discapacidad, sino que también implica el mantenimiento óptimo de aspectos psicológicos y sociales (Zamarrón Cassinello, 2007). A su vez, el mantenimiento del bienestar psicológico depende no solo del estado físico o cognitivo, sino también de la percepción de control, la autoeficacia, la red de apoyo social y el afrontamiento activo ante las pérdidas asociadas a la vejez (Carstensen et al., 2011).

Por ello, el objetivo en toda persona mayor debería ser, en toda la medida posible, alcanzar o al menos intentar, un envejecimiento saludable. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) define el envejecimiento saludable como el proceso de desarrollar y mantener las capacidades funcionales que permiten el bienestar en la vejez, subrayando la importancia de los factores psicosociales en dicho proceso. La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) de la ONU busca mejorar la vida de las personas mayores y reducir desigualdades en salud mediante cuatro ejes: cambiar actitudes hacia la edad y el edadismo, desarrollar comunidades que potencien sus capacidades, ofrecer atención primaria centrada en la persona y garantizar acceso a cuidados a largo plazo (Organización de las Naciones Unidas, 2021). En este marco, el presente trabajo se sitúa especialmente dentro del segundo eje, centrado en el desarrollo de comunidades que favorezcan la participación social y el bienestar de las personas mayores, ya que analiza factores psicosociales como la soledad, el apoyo social percibido y su relación con la depresión.

Para comprender la relevancia de estos factores, es necesario considerar los cambios biológicos que se producen durante la vejez. A nivel biológico, podríamos considerar el deterioro progresivo de las funciones sensoriales, motoras y cognitivas que pueden limitar la autonomía y aumentar la vulnerabilidad ante enfermedades crónicas

(Papalia & Martorell, 2020). Respecto a los cambios corporales podemos observar un decremento de la masa muscular y de la masa ósea; entre otros. En la piel y los anexos encontramos una pérdida de elasticidad y de grasa subcutánea, los huesos se debilitan por la disminución de calcio, la fuerza disminuye más rápido; entre otros. No obstante, los cambios biológicos asociados al envejecimiento no se producen de la misma manera en todas las personas, ya que también están influidos por factores psicológicos y sociales. Desde esta perspectiva, se ha demostrado que la soledad y el aislamiento social pueden relacionarse con un peor rendimiento físico en la vejez, incluyendo menor velocidad al caminar, menor fuerza muscular y mayor deterioro funcionar a lo largo del tiempo (Philip et al., 2020). Dentro de este contexto, los factores biológicos como sentirse solo o infeliz pueden aumentar la edad biológica hasta 1,65 años, lo que demuestra que el envejecimiento no depende únicamente de factores físicos (Galkin et al., 2022).

Desde una visión biopsicosocial, el bienestar psicológico en la vejez depende de la interacción entre las condiciones físicas, los recursos psicológicos (como la autoestima, la autoaceptación y la sensación de propósito vital) y las conexiones sociales significativas (Kim et al., 2021) Por ello, crear grupos de apoyo y animar a la gente mayor a participar en actividades resulta relevante para evitar sentimientos de soledad y tristeza, un aspecto que será abordado en apartados posteriores.

En la actualidad, de acuerdo con los datos del CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2025), cerca de 10 millones de personas de 65 años o más residen actualmente en el país, representando el 20,4% de la población total. Según un estudio realizado por CaixaBank, actualmente casi 10 millones de ciudadanos españoles (de 48,6 millones totales) tienen 65 o más años, lo que supone un 20,4% de la población (Caixa Bank, 2026). Este fenómeno implica un proceso de sobre-envejecimiento, ya que España ha experimentado un aumento en el proceso de envejecimiento poblacional debido a la mejora de la esperanza de vida y del descenso sostenido de la natalidad (ver Figura 1; CSIC, 2025) Además, de acuerdo con los datos proporcionados por el INE hasta el año 2023, la proporción de personas mayores aumenta desde 2009 hasta la actualidad, y seguirá aumentando. La población, por tanto, envejece con rapidez.

Uno de los rasgos más relevantes del envejecimiento en España es su feminización. Entre las personas mayores de 65 años, aproximadamente el 57,6% son

mujeres y el 42,4% son hombres, lo que refleja una mayor esperanza de vida femenina (Ministerio de Sanidad, 2025).

Otro aspecto relevante asociado al envejecimiento de la población es la creciente diversidad cultural y social. Según los siguientes datos del INE, más de medio millón de residentes en España son personas mayores de 64 años, un fenómeno que se encuentra en expansión, ya que cada vez más personas mayores inmigrantes eligen España como lugar de residencia en la vejez. En numerosas situaciones, estos individuos afrontan una vejez caracterizada por la lejanía de su familia, la falta de figuras culturales o el reto de formar nuevas redes de apoyo en su lugar de residencia elegido (CSIC, 2025). Por estos motivos, para los inmigrantes de edad avanzada, el aislamiento social y la soledad son temas que generan una profunda preocupación, y si el ambiente social no brinda recursos para proporcionar apoyo emocional, estas condiciones pueden aumentar la sensación de soledad y empeorar el bienestar (Pinquart & Sörensen, 2001; WHO, 2021).

Otra cuestión relevante en los cambios sociodemográficos del envejecimiento es la señalada por López Doblas y Díaz Conde (2021), quienes, tras analizar los cambios en las formas de convivencia y las dinámicas familiares en la vejez en España entre 1991 y 2019, encontraron que el número de hogares habitados por una sola persona ha llegado a triplicarse en España en ese periodo. Esto se debe a que normalmente se prefiere compartir el hogar exclusivamente con la pareja y cuando se enviuada, generalmente se opta por permanecer en el domicilio, aunque sea sin compañía.

Adicionalmente, otro aspecto también relevante durante el envejecimiento es la situación socioeconómica particular de las personas mayores. Las pensiones forman la principal fuente de ingresos para la mayoría de este colectivo, pero no siempre garantizan un nivel de vida adecuado que garantice las necesidades básicas, algo estrechamente relacionado con el bienestar a nivel psicológico. Según el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2024), la pensión media de jubilación ronda los 1.380 euros mensuales, pero existen amplias diferencias en función del género y comunidad autónoma. Así, las mujeres mayores, que históricamente han tenido trayectorias laborales más fragmentadas o informales, suelen percibir pensiones más bajas, lo que incrementa su vulnerabilidad económica y emocional. Este aspecto, sumando al comentado

anteriormente de la feminización de la vejez, sitúa a las mujeres mayores en situación de vulnerabilidad.

4.1.2 Depresión en la vejez

La depresión es un trastorno mental común caracterizado por un estado de ánimo bajo, así como por la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos periodos de tiempo. Según la Organización Mundial de la Salud, este trastorno puede afectar de manera significativa a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias. Puede deberse a problemas en la escuela y laborales o causarlos (OMS, 2025)

En cuanto a su sintomatología, la depresión se manifiesta a través de una combinación de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y físicos. Estas características también influyen en la forma de pensar, actuar y relacionarse con el entorno. Aunque la depresión afecta a diferentes personas de formas diversas, la mayoría experimenta alguna combinación de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, descenso del interés o el placer en las actividades que se realizan diariamente, insomnio o hipersomnias, y fatiga o pérdida de energía (DSM-5, 2013).

En las personas mayores, la depresión presenta ciertas particularidades clínicas. Concretamente, en las personas mayores la depresión presenta síntomas somáticos con más frecuencia que en poblaciones más jóvenes. La depresión se manifiesta a través de manifestaciones somáticas como agitación psicomotora, irritabilidad, falta de motivación, aislamiento social y cambios cognitivos. Además, aumentan la falta de concentración, el retraso psicomotor y los cambios en la memoria y sueño, apareciendo insomnio u somnolencia excesiva. Asimismo, en la vejez son más frecuentes los cambios en el peso y el apetito, lo que hace que estos síntomas somáticos sean más visibles (Paiva et al., 2021).

En relación con su prevalencia, la depresión en las personas mayores presenta cifras variables según los estudios y los criterios diagnósticos empleados. Así, se estima que en población mayor de 65 años se estima que alcanza el 10.12% de los casos (Navas Orozco, 2013), mientras que la Organización Mundial de la Salud señala una prevalencia del 5,7% en personas mayores de 60 años (OMS, 2025). Estas diferencias pueden deberse

a factores metodológicos en la evaluación y diagnóstico y a las características diferentes de las muestras analizadas. La depresión en las personas mayores suele estar infradiagnosticada o mal diagnosticada. Las razones de este infra diagnóstico son diversas e incluyen también factores psicosociales. Como se ha comentado, en personas mayores a menudo se presenta con síntomas multifacéticos y más somáticos, lo que puede hacerla parecer una enfermedad orgánica (Devita et al., 2022).

Asimismo, la depresión es más frecuente en mujeres, aunque a esta edad las diferencias no resultan tan marcadas como en otras épocas de la vida. Además, la depresión resulta más frecuente en aquellas personas que viven solas, no tienen estudios, sufren alguna enfermedad física o trastorno mental, muestran un deterioro cognitivo más severo, mala salud en general y tienen una percepción más negativa en su bienestar (Navas Orozco, 2013). En cualquier caso, es importante destacar que la depresión no constituye una consecuencia normal del envejecimiento, sino un problema que debe ser identificado y tratado adecuadamente.

Diversos factores de riesgo se relacionan con la aparición de síntomas depresivos en personas mayores. Entre los factores médicos destacan la presencia de enfermedades crónicas, deterioro funcional o problemas cognitivos. Desde una perspectiva psicosocial, se ha identificado riesgos como el aislamiento, la falta de apoyo o las dificultades socioeconómicas, ya que estas condiciones incrementan la vulnerabilidad emocional y afectan negativamente al bienestar psicológico (Urbina Torija et al., 2007). En esta línea, un estudio correlacional realizado con datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE, 2017) señala que las mujeres mayores presentan un mayor riesgo de depresión, en parte debido a una mayor precariedad económica, derivada de trayectorias laborales más inestables y pensiones más bajas, lo que incrementa su vulnerabilidad en la vejez (Bacigalupe et al., 2020).

4.1.3 Soledad en la vejez

Se entiende la soledad como una experiencia subjetiva de insatisfacción con las relaciones sociales. Es una vivencia que surge cuando existe una discrepancia entre las relaciones sociales que una persona tiene y aquellas que desearía tener, tanto en cantidad como en calidad (Hawkey & Cacioppo, 2010). Así, las personas sufren soledad al

percibir un déficit en determinadas relaciones; por ejemplo, cuando su número resulta más escaso del que consideran deseable o cuando no aportan la intimidad que necesitan (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006).

En este sentido, es importante diferenciar entre **estar solo** y **sentirse solo**; lo primero se relaciona con el aislamiento social objetivo, mientras que el segundo refleja la experiencia subjetiva o emocional de la soledad (Acosta Quiroz et al., 2018). Esta distinción resulta clave, ya que una persona puede vivir sola sin experimentar soledad, del mismo modo que puede sentirse sola incluso estando rodeada de otras personas.

Diversas investigaciones han identificado que la experiencia de soledad en la vejez está influida por múltiples factores de carácter sociodemográficos, psicológicos y sociales. Entre los factores sociodemográficos se encuentra la edad, el estado civil, el nivel educativo y la situación económica en la que se encuentran. Además, hay factores psicológicos y sociales que también juegan un papel importante, como la depresión, la falta de afiliación religiosa, el género y la calidad de las redes de apoyo (Rubio & Aleixandre, 2001). Por ejemplo, en relación a la edad, se indica que el sentimiento de soledad tiende a aumentar en las etapas más avanzadas de la vida, especialmente en personas mayores de 85 años. En este grupo, la pérdida de la pareja, familiares o amigos cercanos es una de las principales causas de este fenómeno (Graneheim & Lundman, 2010).

En relación con el nivel socioeconómico, se ha observado que una economía inestable o no tener un respaldo financiero en la vejez pueden aumentar el sentimiento de soledad (Rubio & Aleixandre, 2001). De igual forma, muchas personas mayores dependen principalmente de su pensión, la cual en ocasiones resulta insuficiente para cubrir sus necesidades básicas, como se ha comentado previamente. Esta situación afecta especialmente a las mujeres, quienes como también se ha mencionado ya suelen disponer de menos ingresos debido a trayectorias laborales más precarias y menores salarios a lo largo de su vida laboral. Se ha estimado que las mujeres pueden percibir entre un 13% y un 40% menos de pensión que los hombres, así como presentar tasas de reemplazo inferiores (43% frente a un 58%), lo que incrementa su vulnerabilidad económica en la vejez (Arenas de Mesa & Gana Cornejo, 2001).

Además, existen factores ambientales sociales y psicológicos que también juegan un papel importante. En primer lugar, la ausencia de afiliación religiosa parece un factor fundamental. Esto se refleja en que las personas mayores que no asisten o asisten muy poco a servicios religiosos disponen de menos oportunidades estructuradas de interacción, lo que puede favorecer el aislamiento social y la experiencia de soledad (Rote et al., 2013)

En segundo lugar, la calidad de las redes de apoyo constituye otro elemento clave. Disponer de relaciones sociales significativas actúa como un factor protector frente a la soledad, mientras que su deterioro o pérdida incrementa la vulnerabilidad emocional. En este sentido, el aumento de la prevalencia de soledad en personas mayores se asocia, en parte, a los ya mencionados cambios que se producen en esta etapa vital, como por ejemplo la pérdida, abandono, duelo, cambio de rol, que pueden contribuir a la aparición de este sentimiento de soledad. (Camargo-Rojas, 2019).

Por último, la depresión también juega un papel relevante en la experiencia de soledad. No solo ocurre que la soledad sea un factor de riesgo para la depresión, como se ha apuntado previamente y se volverá a mencionar más tarde, sino que también ocurre que la depresión, a su vez, incrementa la percepción de soledad (Libre Rodríguez et al., 2021), existiendo una relación bidireccional entre ambas donde existe una retroalimentación mutua. Así, una persona deprimida tiende a reducir sus interacciones sociales, lo cual tenderá a aumentar su experiencia de soledad.

En conjunto, estos elementos psicosociales interactúan con las variables sociodemográficas mencionadas, lo que hace que la soledad se perciba de manera diferente en función del tipo y afecta a la salud mental y física de los adultos mayores de manera distinta, de tal forma que cada persona mayor, con su biografía y condiciones particulares, tendrá una configuración de factores y una experiencia de soledad concretos.

En cuanto a los efectos que tiene la soledad sobre las personas mayores que la sufren, ésta se constituye un factor de riesgo relevante para la salud mental, asociándose con una mayor probabilidad de desarrollar trastornos como la depresión o la ansiedad, así como un deterioro en la calidad de vida y en la participación social. (Rico-Uribe et al., 2016). Concretamente, se ha observado que la soledad multiplica varias veces la

probabilidad de depresión y en general empeora el estado de ánimo (Libre Rodríguez et al., 2021).

Desde una perspectiva cognitiva-afectiva, la soledad prolongada puede alterar la forma en que las personas interpretan lo que viven. Es común que aparezca un sesgo negativo: se perciben los gestos de los demás como rechazo o indiferencia, o se empieza a pensar que ya no se tiene un papel importante en la vida de los otros (Qualter et al., 2015). Este tipo de pensamientos, aunque a veces pasan desapercibidos, terminan afectando negativamente a la salud mental. Poco a poco se reducen las ganas de acercarse a los demás, alimentando un ciclo de aislamiento que aumente la soledad y, con el tiempo, puede transformarse en desesperanza, una de las raíces más profundas de la depresión.

En el **ámbito social**, este ciclo de soledad que lleva al aislamiento y a su vez a más soledad provoca una disminución notable en la participación comunitaria y en las relaciones de reciprocidad (Akhter-Khan & Au, 2020). La relación entre soledad y aislamiento resulta, por tanto, bidireccional y potencialmente circular, ya que la percepción de soledad puede favorecer al retraimiento social y la disminución de la participación comunitaria, lo que a su vez reduce las oportunidades de interacción significativa. Las restricciones para acceder a interacciones significativas no solo impactan la satisfacción personal, sino también la sensación de pertenencia y utilidad social. También, perder contacto con redes familiares o de vecinos puede aumentar la marginación, especialmente en ciudades donde hay poca convivencia entre generaciones (De Jong Gierveld et al., 2018).

Finalmente, este fenómeno también tiene implicaciones en la salud física. Diversos estudios muestran que estar solo mucho tiempo actúa como un estresor constante que puede generar **alteraciones en el equilibrio psicobiológico** de una persona, afectando el sueño, el sistema inmunológico y el control emocional, entre otros (Brandmaier et al., 2020).

Además, la soledad también se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedades crónicas, peor estado de salud general y mayor dependencia funcional. En este sentido, se ha observado que la soledad incrementa la presión arterial, favorecer

alteraciones en el sistema inmune y empeorar la salud general en las personas mayores (Palma-Ayllón & Escarbajal-Arrieta, 2020).

4.2 Conceptualización de la soledad social y emocional.

La literatura científica coincide en que la soledad no es un constructo unitario, sino un constructo multidimensional compuesto por dimensiones diferenciadas que afectan de manera distinta al bienestar psicológico de las personas mayores. (Walsh et al., 2025). A continuación, se aborda esta multidimensionalidad y las diferencias con otros conceptos relacionados con la soledad.

4.2.1 Diferencia entre soledad, aislamiento social y red social

Como se ha señalado previamente, la soledad es una experiencia subjetiva, esto es, la percepción de que de las relaciones sociales disponibles no satisfacen las necesidades afectivas o sociales de la persona. Partiendo de esta definición, resulta necesario diferenciar la soledad de otros conceptos relacionados, como el aislamiento social y la red social. Por su parte, el aislamiento social se entiende como la falta objetiva de interacciones con otras personas, mientras que la soledad es el sentimiento subjetivo de la ausencia de una red social. Por otro lado, el concepto de red social hace referencia al conjunto de relaciones interpersonales que rodean al individuo, incluyendo vínculos familiares, amistosos o comunitarios, a través de los cuales se intercambian recursos emocionales, informativos o instrumentales (Valiente, 2021). Así, el tamaño de la red social y el número de interacciones con esta se relacionará con el grado de aislamiento de la persona, mientras que la valoración subjetiva de dicha red e interacciones podrá generar una experiencia de soledad.

Esta distinción entre soledad, aislamiento y red social es especialmente relevante en la vejez, pues debido a los mencionados cambios asociados al envejecimiento pueden reducir el tamaño de la red social de manera objetiva. Sin embargo, la experiencia de soledad dependerá de cómo la persona perciba y valore la calidad de sus vínculos (Pinquart & Sörensen, 2001).

4.2.2 Soledad deseada y no deseada

En relación con lo expuesto en el apartado anterior, y atendiendo al carácter multidimensional de la soledad, resulta evidente la necesidad de distinguir entre diferentes formas de experimentar la soledad en función de su carácter voluntario o involuntario.

Por un lado, la soledad deseada es la condición de aislamiento que resulta de una elección voluntaria propia que se traduce en una experiencia placentera o agradable. Desde la perspectiva existencialista, se piensa que estar solo es un elemento necesario de la vida que lleva a la introspección, la reevaluación y el desarrollo del autoconcepto y de la identidad. La soledad puede ser buscada con el fin de conseguir la calma o de mejorar la concentración y creatividad (Ros Velasco, 2024). En personas mayores, elegir estar solo no siempre implica un aislamiento negativo, sino que puede formar parte de estrategias adaptativas de regulación emocional o bienestar (Lay et al., 2018).

Por otro lado, la soledad no deseada puede ser definida como el sentimiento causado por la discrepancia entre las características reales de nuestra red social y las deseadas, coincidiendo con la definición general de soledad que se ha venido trabajando en el presente documento. Es el resultado de una discrepancia entre la cantidad y la calidad del contacto que se quiere o se espera y el que realmente existe. Es decir, es la experiencia que ocurre cuando no se tiene acceso a un número que se considere adecuado de interacciones sociales o estas interacciones no son lo suficientemente buenas, conforme a sus expectativas y requerimientos sociales.

Esta distinción permite comprender que no todas las experiencias de soledad tienen un impacto negativo, lo que resulta fundamental para analizar sus efectos sobre el bienestar en la vejez.

4.2.3 Soledad emocional y social: definición, componentes y ejemplos

A partir de la distinción previa entre soledad deseada y no deseada, es posible profundizar en esta última añadiendo sus diferentes manifestaciones. La soledad no

deseada se divide en dos dimensiones fundamentales, de acuerdo con el tipo de relación social que se considera insuficiente: la soledad a nivel emocional y la soledad a nivel social (Weiss, 1973; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006). Esta distinción posibilita entender que no todas las vivencias de soledad tienen el mismo origen ni las mismas consecuencias a nivel psicológico.

Por un lado, la **soledad emocional** se refiere a la ausencia de apego emocional ofrecido por relaciones íntimas que pudiese aparecer al perder la pareja o personas con relaciones íntimas (Llorente Martínez, 2017). Tiene que ver con la valoración subjetiva de las relaciones sociales. Esto es, una sensación de ausencia de la compañía que se anhela (Ros Velasco, 2024). Este tipo de soledad tiene consecuencias negativas para el individuo, como sentimientos de soledad absoluta, ansiedad, temor y desconfianza hacia los otros (Llorente Martínez, 2017). En las personas mayores, la soledad emocional se manifiesta especialmente tras la pérdida de la pareja, el distanciamiento de relaciones significativas o la falta de vínculos afectivos profundos que se van perdiendo debido a la edad y los cambios asociados (e.g., tras la jubilación). Por ejemplo, un adulto puede mantener contacto frecuente con otras personas, pero sentirse emocionalmente solo si percibe que ninguna relación satisface sus necesidades afectivas.

Por su parte, la **soledad social** se refiere más al concepto previamente definido de aislamiento social, es decir, a la falta de integración en una red social o con la ausencia de un sentimiento de pertenencia a un grupo. Cuando una persona en la vejez vive sola, tiene escaso contacto con sus amistades o no participa en actividades sociales puedes experimentar este tipo de soledad, lo que disminuye su sensación de conexión con la comunidad. (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006)

Si bien ambas dimensiones de la soledad son distintas, pueden convivir. Un individuo puede tener una extensa red social pero no contar con lazos íntimos, lo que le lleva a sentirse solo emocionalmente. Esta distinción es relevante, ya que cada clase de soledad podría entonces tener una relación diferente con la depresión y el bienestar psicológico. El siguiente apartado abordará esta cuestión, que es central en este trabajo.

4.3 Relación entre soledad (emocional y social) y depresión en mayores.

La relación entre la soledad y la depresión ha suscitado un creciente interés en la investigación en psicología y en el ámbito de la salud pública. Ambas variables han sido ampliamente estudiadas de manera independiente y en estos últimos años ha aumentado el número de estudios y trabajos realizados sobre la posible relación entre ambas variables. A pesar de que la relación entre soledad y salud mental ha sido ampliamente estudiada, aún se requiere una mayor cantidad de investigación centrada en la población mayor (Hawkley & Cacioppo, 2010). La evidencia existente, además de resultar escasa, presenta importantes limitaciones metodológicas, poniendo de manifiesto la necesidad de seguir investigando la relación entre soledad y salud mental en la etapa de la vejez (Courtin & Knapp, 2017).

Los estudios revisados apuntan a que las personas que se sienten solas son menos felices y son más pesimistas, además de sentirse menos satisfechas con su vida. Esta soledad presenta una asociación directa con la depresión, ya que las personas que se sienten solas y las personas deprimidas comparten una serie de características: sentimientos de dolor emocional, desesperanza o sensación de indefensión (Mushtaq et al., 2014). Además, desde un enfoque explicativo, la soledad puede favorecer en todas las etapas del ciclo vital procesos cognitivo-afectivos característicos de la depresión como la hipervigilancia ante posibles amenazas sociales, sentimientos de inutilidad y desesperanza (Cacioppo & Hawkley, 2009). De hecho, la soledad y depresión están tan relacionadas que algunos autores podrían llegar a considerar la soledad como una parte o una característica de la depresión. Sin embargo, cabe matizar que no son lo mismo, ya que no representan las mismas consecuencias: en la soledad, la desesperanza podría desaparecer si aquella persona encuentra un vínculo social o afectivo relevante que le haga cambiar de opinión o sentirse mejor. Sin embargo, en la depresión hay una desesperanza más generalizada y difícil de combatir (Mushtaq et al., 2014).

Asimismo, un estudio longitudinal encontró que la soledad es un factor de riesgo específico para desarrollar depresión; esto es, la soledad mantenida predice la aparición futura de depresión (van Winkel et al., 2017). Además, como se apuntaba anteriormente,

existe un círculo negativo que mantiene esta dinámica denominado bucle autorreforzado: la persona se siente sola o aislada, lo que le hace percibir las relaciones de una forma más negativa y tener ánimo deprimido, por lo que a su vez se aísla más y evita cualquier contacto social, lo cual aumenta los síntomas depresivos.

En este punto, resulta necesario vincular esta relación entre soledad y depresión con los factores asociados a la vejez previamente expuestos. En esta etapa vital, acontecimientos como la pérdida de roles sociales tras la jubilación, el deterioro de la salud, la viudedad o la reducción progresiva de las redes sociales constituyen elementos de riesgo que favorecen tanto la aparición de la soledad como el desarrollo de sintomatología depresiva. En este contexto, durante la vejez, las redes sociales tienden a experimentar cambios tanto en su tamaño como en su composición, lo que puede traducirse en una disminución de las interacciones sociales y en menores oportunidades de establecer nuevos vínculos (Arias, 2004).

No obstante, esta disminución en las interacciones sociales no es universal, ya que existen diversos casos en los que las personas mayores son capaces de incorporar nuevos vínculos durante esta etapa de sus vidas, por ejemplo, mediante actividades en centros o residencias de mayores. Así, incorporar nuevos vínculos durante esta etapa se relaciona con mejoras notables en el estado de ánimo y en su situación de vida en general (Arias, 2009), siendo por tanto un factor protector frente a la soledad y la depresión.

Esta realidad pone de manifiesto el carácter multidimensional de la soledad, en la que convergen factores tanto emocionales como sociales (Tomstad et al., 2017). En este sentido, cabe destacar la relevancia de distinguir **entre soledad social y emocional**, pues a la luz de lo expuesto anteriormente, ambas podrían tener distintas repercusiones y una relación diferente con la depresión. Sin embargo, una limitación que comparten los estudios mencionados sobre el vínculo entre soledad y depresión es que no diferencian entre soledad emocional y soledad social, lo que dificulta una comprensión más precisa de los mecanismos implicados en dicha relación y el impacto diferencial que ambos tipos de soledad pueden tener sobre la salud mental en general y los síntomas depresivos en particular. Bajo esta perspectiva, resulta necesario profundizar en la evidencia específica disponible sobre la población mayor, atendiendo a esta distinción entre soledad emocional

y social, con el fin de comprender mejor su relación. A continuación, se expone la evidencia encontrada a este respecto, pese a la escasez de la misma.

Los estudios encontrados han mostrado que, en efecto, la soledad emocional y la social no tienen el mismo peso en la salud mental de las personas mayores (Gené-Badia et al., 2021; Wolters et al., 2023). Aunque la soledad social es más frecuente en este grupo de población, especialmente en situaciones de aislamiento, discapacidad o ausencia de redes de apoyo, la soledad emocional parece tener un impacto más intenso y directo sobre la depresión. Cuando las relaciones interpersonales de personas mayores con soledad social mejoraron, su sentimiento de soledad social disminuyó notablemente, con un impacto menor sobre la depresión. Este impacto fue modesto porque es la soledad emocional la que constituye un predictor más sólido de depresión. Esto estaría relacionado con la soledad emocional establece la vivencia interna de desconexión afectiva y ausencia de contactos cercanos a los que acudir en situaciones complejas (Gené-Badia et al., 2021). En la misma línea, otro estudio realizado por Wolters et al. (2023) encontró que ambas dimensiones de la soledad se asocian con depresión, pero la soledad emocional mantiene una relación más estrecha con esta.

En base a lo expuesto, es evidente que las variables relacionales pueden modificar la relación entre la depresión y la soledad en la tercera edad. En particular, las redes sociales y el apoyo social se configuran como factores clave que pueden influir en la forma en que se experimenta la soledad y en su impacto sobre la salud mental, particularmente en la depresión. No obstante, es necesario prestar atención al tipo de soledad que experimenta la persona mayor, ya que no se relacionan de la misma manera con la depresión. Así, la soledad emocional constituye un factor de riesgo más claro para el desarrollo o mantenimiento de la depresión, lo que tiene importantes implicaciones para la intervención tanto en actuaciones a nivel individual como a nivel comunitario. En este sentido, proporcionar apoyo social será un factor clave de gran importancia, por lo que se analiza en mayor profundidad en el siguiente apartado.

4.4: Apoyo social y redes sociales en la vejez.

Tras analizar la relación entre soledad y depresión en la vejez, resulta fundamental introducir el papel del apoyo social como una variable clave que puede influir en dicha relación. Para comprender cómo el apoyo social influye en la relación entre soledad y depresión, es necesario distinguir entre una perspectiva estructural del apoyo social y una perspectiva funcional. La perspectiva estructural enfatiza la noción de red social, que corresponde a los vínculos que una persona posee. Estos pueden ser identificados y cuantificados, lo que permite analizar su influencia en el bienestar (Lombardo & Soliverez, 2019). Esta perspectiva del apoyo social se relacionaría con la noción de soledad social expuesta anteriormente. Por su parte, la perspectiva funcional hace referencia no tanto a quiénes y cuántos son esos vínculos, sino a las funciones que desempeñan, los apoyos que proporcionan y sus efectos en el bienestar del sujeto. En las funciones que la red social de la persona puede proporcionar se incluyen la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y consejos, la ayuda económica, la prestación de servicios y el acceso a nuevos contactos (Lombardo & Soliverez, 2019). Esta perspectiva estaría más vinculada, al menos en parte, a la soledad emocional expuesta previamente. Esta distinción entre estructura y funciones del apoyo social resulta clave en el contexto de la vejez, ya que no solo importa cuantas relaciones tiene una persona mayor, sino qué tipo de apoyo recibe y cómo lo percibe.

Asimismo, en el apoyo social también puede distinguirse entre apoyo recibido y apoyo percibido. El primero hace referencia a aspectos más objetivos, mientras que el segundo enfatiza la valoración más subjetiva de las relaciones (Andrade y Vaitsman, 2002).

Además, en la vejez, otra clasificación importante es la de las fuentes de apoyo en formales e informales. Las redes informales incluyen principalmente la familia, la pareja, las amistades y los vecinos y constituyen la principal fuente de apoyo emocional. Por su parte, las redes formales tienen una estructura más burocrática y se organizan en torno a metas concretas en áreas específicas, haciendo uso de profesionales o personas voluntarias para asegurar el logro de dichos objetivos (Sánchez Ayendez, 1994; CELADE, 2003). Por ejemplo, dentro de estas redes formales se encontrarían los servicios de ayuda a domicilio (Gallardo-Peralta et al., 2015) que llevan a cabo actuaciones sociosanitarias para personas con dificultades en actividades de la vida diaria.

Más allá de su clasificación, resulta importante examinar la relación entre las fuentes de apoyo social y los síntomas depresivos y la experiencia de soledad en la vejez. Las redes informales juegan un especial papel en la disminución de la soledad emocional (Samtani et al.,2025), que como se ha visto es la que muestra una mayor relación con la depresión. Por ello, cuando estas redes informales son limitadas o de baja calidad, aumenta la probabilidad de sentir desconexión afectiva, lo que a su vez aumenta la susceptibilidad de desarrollar síntomas de depresión. En cambio, las redes formales, que resultan fundamentales para cubrir necesidades instrumentales como la gestión de la salud o actividades esenciales, no siempre compensan la ausencia de vínculos afectivos significativos. Por ello, aunque se mejore el apoyo social de la persona mayor a través de redes formales, su impacto sobre la depresión es más limitado cuando esta actuación no se acompaña de apoyo emocional significativo (Samtani et al., 2025).

En este sentido, resulta interesante conocer el estudio longitudinal realizado a partir del Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA), con población mayor. Este ha evidenciado que las redes sociales también influyen en la depresión ya que menor integración social posibilita una mayor probabilidad de depresión (Doménech-Aabella et al.,2019). Análogamente, un mayor nivel de integración social se asocia con una menor probabilidad de desarrollar depresión. De forma complementaria, las revisiones sistemáticas recientes (Reiner & Steinhoff, 2024) destacan que las redes sociales aportan un papel fundamental en la salud mental de las personas mayores. En dicha revisión se destaca la importancia del tamaño y la diversidad de la red social, ya que ambos son factores que pueden reducir los síntomas depresivos. No obstante, estos descubrimientos deben ser interpretados considerando la diferencia entre el punto de vista estructural y funcional del apoyo social. A pesar de que el tamaño de la red y el grado de integración social resultan especialmente relevantes en el bienestar, las pruebas apuntan a que estos elementos sin más no son suficientes para explicar la relación con la soledad.

4.4.1 Apoyo social como factor protector

Derivado de lo anterior, el apoyo social constituye un recurso natural decisivo en la capacidad para amortiguar el impacto de la sintomatología depresiva. En este contexto, este recurso se entiende como un constructo multidimensional (Samtani et al., 2025) que

incluye diferentes tipos de apoyo social, diferenciados en apoyo emocional y apoyo instrumental, en función de las necesidades que cubren. Esta distinción resulta especialmente relevante ya que no todos los tipos de apoyo tienen el mismo impacto sobre la salud mental.

En este sentido, los estudios demuestran que el apoyo emocional desempeña un papel relevante en la reducción de la sintomatología depresiva. Esto se evidencia en un estudio realizado con personas mayores en el que se demostraba que el apoyo afectivo, conceptualmente cercano al apoyo emocional, es la dimensión que tiene mayor relación con la depresión, concluyendo que el apoyo procedente de personas ajenas a la familia; es decir, las relaciones significativas son también sumamente relevante en adultos mayores.

A su vez, en referencia al apoyo instrumental (Schultz et al., 2022) los resultados muestran que la ayuda instrumental puede aumentar con la edad debido a posibles limitaciones funcionales. Esto es, la evidencia sugiere que con la ayuda práctica por sí sola no se ayuda a disminuir los síntomas de depresión. La ayuda tiene que estar acompañada de un apoyo emocional o social, una conexión afectiva para percibir mayor mejora del bienestar psicológico.

El apoyo social ha mostrado tener un efecto protector relevante en la salud de las personas. De acuerdo con el modelo del efecto amortiguador (Crohan y Antonucci., 1989), las personas que experimentan sucesos vitales estresantes experimentan menos consecuencias físicas y psicológicas (incluida la depresión) si dicho evento se vive acompañado o con apoyo social. En este sentido, la investigación en este ámbito indica que el apoyo social es un importante mediador para el desarrollo de depresión de quienes han padecido una pérdida, algo que como se ha establecido es un evento común en la vida de las personas mayores. Ante esta situación, los estudios indican que el apoyo familiar es más importante en el periodo de crisis y el apoyo de los amigos resulta muy relevante para poder restablecer la vida social y emocional posteriormente. Por ello, el apoyo social reduce la intensidad con la que la soledad sobrevenida en forma de pérdida afecta al bienestar psicológico. En otras palabras, el estado de ánimo, la autoestima y la adaptación de las personas en la vejez depende más de la calidad de las relaciones con sus pares y amistades que las familiares (Crohan y Antonucci., 1989).

De igual forma, el apoyo social puede actuar como un elemento protector frente a la depresión al reforzar la autoestima, proporcionar un sentido de pertenencia y favorecer la percepción de utilidad personal. Esto es, el hecho de recibir apoyo de un amigo podría considerarse como un refuerzo para una relación de mutuo apoyo y, por consiguiente, servir a la persona como evidencia de la buena salud, buena compañía y utilidad (Pinazo Hernandis, 2005). Estudios más antiguos realizados por Díaz-Veiga (1987) y Gracia et al. (1995) examinaron los vínculos más importantes para el individuo, como el matrimonio, y encontraron que las personas casadas presentaban una menor prevalencia de problemas psicológicos (como la depresión o la adaptación a contextos difíciles) y un mejor estado de salud que las no casadas.

En virtud de lo argumentado anteriormente, los estudios coinciden en señalar la relevancia del apoyo social en la vejez. En este contexto, destacan las conclusiones de Arias, que señala su papel en la prevención de síntomas depresivos (Arias, 2009), y de Pinazo Hernandis (2005), que subraya su relación con el bienestar subjetivo, lo que sugiere que su impacto abarca tanto dimensiones clínicas como de calidad de vida. En definitiva, una buena calidad de apoyo social correlaciona negativamente con la depresión y también con el suicidio (Hawkley & John T. Cacioppo, 2010).

Siendo el apoyo social un elemento central para la soledad y la depresión, la intervención psicológica debería tenerlo muy en cuenta. Así, a través de programas que sostienen y fortalecen la red de apoyo interpersonal en adultos, se podría prevenir el desarrollo de depresión en muchas personas (Pinazo Hernandis, 2005).

En este sentido, en los últimos años, se ha desarrollado en España diversas iniciativas institucionales del tercer sector orientadas a prevenir y abordar la soledad no deseada en la población mayor, combinando estrategias comunitarias, tecnológicas y de envejecimiento activo. También se incluyen programas específicos como los del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales), orientados al ocio y la socialización o soluciones tecnológicas basadas en teleasistencia o plataformas digitales.

Estas iniciativas reflejan un abordaje cada vez más integral de la soledad en la vejez, combinando una intervención comunitaria, voluntariado, políticas públicas y recursos tecnológicos. Este enfoque pone de manifiesto que la soledad no deseada es un problema social relevante en la vejez (Wang et al., 2018) que necesita de soluciones

coordinadas y sostenidas, favoreciendo la interacción social como uno de los factores protectores frente a la depresión en la vejez.

En este contexto, los programas de intervención social dirigidos a personas mayores, como los programas de envejecimiento activo, centros de día o iniciativas de turismo social, han demostrado favorecer la ampliación de redes sociales, reducir la soledad y mejorar el bienestar psicológico. Estas intervenciones actúan facilitando espacios de interacción, promoviendo el apoyo social percibido y fortaleciendo el sentido de pertenencia, en línea con el enfoque de envejecimiento saludable de la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, la evidencia empírica señala que actividades como las que proporciona el IMSERSO reducen síntomas de depresión, ansiedad y estrés al fomentar la socialización y proporcionar oportunidades de interacción significativa entre iguales (Sedgeley et al., 2018; Fundación PEM y UNATE, 2024)

5) DISCUSIÓN

La evidencia revisada pone de manifiesto que la soledad constituye un factor de riesgo relevante para la depresión en la vejez, estando ambas variables estrechamente relacionadas con la calidad de las redes sociales y el apoyo social disponible. En esta línea, la literatura ha destacado el papel del apoyo social percibido como un elemento clave en la protección del bienestar psicológico, al favorecer la integración social, el sentido de pertenencia y la regulación emocional.

No obstante, a pesar de la eficacia de muchas de las intervenciones existentes, resulta necesario seguir profundizando en el análisis de estas variables y sus interacciones, con el fin de comprender mejor los mecanismos implicados en la relación entre soledad y depresión en personas mayores, lo que permitirá orientar futuras intervenciones dirigidas a promover el bienestar psicológico en esta etapa de la vida.

El presente trabajo presenta diversas limitaciones que deben ser consideradas en la interpretación de los resultados y que se desgranarán a continuación.

En primer lugar, existe cierta escasez con estudios que diferencien de forma clara o similar entre los distintos tipos de soledad o de apoyo social. Además, cada estudio utiliza unos términos distintos y los mide de forma diferente, lo que dificulta poder comparar la información encontrada en los diversos estudios para evaluar la evidencia disponible sobre el tema. Asimismo, la soledad y el apoyo social percibido tienen un carácter subjetivo, lo que podría introducir sesgos en su medición y afectar a la consistencia de los resultados. Por ejemplo, dos personas pueden tener el mismo número de amigos y la misma frecuencia de contacto y sentirse de manera completamente diferente respecto a dichas relaciones. Incluso recibiendo objetivamente el mismo apoyo instrumental o emocional, pueden valorarlo de manera distinta y mostrar un grado dispar de satisfacción con dicho apoyo, de tal forma que una persona podría sentirse sola mientras que la otra no. Cabría considerar también, por tanto, la variabilidad existente en las necesidades emocionales de cada persona.

Por otro lado, aunque el trabajo se ha intentado centrar en el contexto español, no todos los estudios revisados se han realizado en esta población, en aras de poder incluir estudios relevantes, recientes e internacionales. La percepción de soledad y de apoyo social es algo que puede variar entre culturas y diferentes países, lo que limita la generalización transcultural de los resultados encontrados en cada país.

Finalmente, al tratarse el presente trabajo de una revisión bibliográfica, el estudio presenta una limitación metodológica relativa a la disponibilidad, selección y calidad de los estudios accesibles en bases de datos científicas, concretamente en la disponibles en la Universidad Pontificia Comillas. Este aspecto influye considerablemente tanto en el proceso de búsqueda como en el acceso a los estudios, ya que algunos no eran de acceso abierto y no eran accesibles con la suscripción de la Universidad, lo que limita su posible inclusión en el análisis.

En relación las líneas futuras de investigación, resulta necesario avanzar en la diferenciación conceptual y empírica de las variables analizadas. Los estudios futuros deberían distinguir entre tipos de soledad, fuentes de apoyo y tipos de apoyo, con el fin de comprender mejor su impacto diferencial sobre la depresión en personas mayores.

Asimismo, desde una perspectiva más aplicada, los hallazgos disponibles ponen de manifiesto la necesidad de fomentar que las instituciones, programas e intervenciones promuevan más el apoyo emocional en mayores, es decir, el componente emocional más que instrumental, ya que se ha demostrado como clave para disminuir síntomas depresivos y mejorar el bienestar psicológico durante la vejez.

6) CONCLUSIONES

En conclusión, los resultados de este trabajo confirman que la soledad y la depresión tienen un gran impacto en las personas mayores. Se ha demostrado que la depresión tiene un impacto diferencial distinguiendo entre el tipo de soledad que se presenta. En concreto, la soledad emocional está más relacionada directamente con una mayor sintomatología depresiva.

Por su lado, el apoyo social percibido ejerce un papel fundamental como factor protector ante los síntomas depresivos. Asimismo, se demuestra que el apoyo emocional tiene beneficios más directos o relacionados con los síntomas depresivos que el apoyo social, esto es, es más importante tener vínculos significativos y genuinos en la población mayor que la cantidad de amistades o relaciones afectivas.

En este sentido, uno de los principales hallazgos de este trabajo es que el impacto sobre la salud mental no es el mismo para todas las experiencias de soledad ni para todos los tipos de apoyo social o emocional. Por lo tanto, la calidad de los vínculos y la existencia de relaciones afectivas importantes se establecen como factores esenciales para prevenir e intervenir en la depresión en la tercera edad.

7) BIBLIOGRAFÍA

Akhter-Khan, S. C., & Au, R. (2020). Why loneliness and social isolation are public health issues in older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218113>

Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 233–245. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i1.3929>

Arenas de Mesa, A., & Gana Cornejo, P. (2001). *Reforma a los sistemas de pensiones y los desafíos de la dimensión de género* (Serie Población y Desarrollo, N.º 18). Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Arias, C. J. (2004). La red de apoyo social en la vejez: Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 13(1), 27–35. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2004.17482>

Arias, C. J., Sabatini, M. B., Scolni, M. G., & Tauler, T. (2020). Composición y tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(3). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7901>

Bacigalupe, A., Cabezas-Rodríguez, A., & Borrell, C. (2020). El género como determinante de la salud mental en España. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 61–67. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301813>

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in older adults. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>

Courtin, E., y Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>

De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28(5), 582–598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>

Devita, M., De Salvo, R., Ravelli, A., De Rui, M., Coin, A., Sergi, G., & Mapelli, D. (2022). Recognizing depression in the elderly: Practical guidance and challenges for clinical management. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 2867–2880. <https://doi.org/10.2147/NDT.S347356>

Fundación PEM & UNATE. (2024). *Estudio de prácticas participadas efectivas en el abordaje de los riesgos de la soledad no deseada en personas mayores*. <https://cenie.eu/sites/default/files/Estudio-de-practicas-1.pdf>

Galkin, F., Kochetov, K., Koldasbayeva, D., Faria, M., Fung, H. H., Chen, A. X., & Zhavoronkov, A. (2022). Psychological factors substantially contribute to biological aging: Evidence from the aging rate in Chinese older adults. *Aging*, 14(18), 7206–7222. <https://doi.org/10.18632/aging.204264>

Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Arias-Astray, A., & Barrón López-de-Roda, A. (2015). Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad, apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile. *Anales de Psicología*, 31(3), 1018–1029. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.172861>

Gené-Badía, J., Comice, P., Adriyanov Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cáliz, L., Torres, S., & Rodríguez, R. (2021). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria*, 53(10), 102113. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102113>

Guzmán, J. M. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: Importancia del contexto demográfico. *Notas de Población*, 30(77), 131–155. <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/d77edfec-51d8-4981-bf4e-9449cab3219b>

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Indicadores demográficos básicos*. <https://www.ine.es>

Jiménez-Hernández, E., Mendoza-Chávez, Y., Moctezuma-Bautista, S., Vélez-Díaz, G., & Cano-Estrada, A. (2022). Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores con asistencia en centro gerontológico. *Gerokomos*, 33(4), 230–233.

Lay, J. C., Pauly, T., Graf, P., Mahmood, A., & Hoppmann, C. A. (2018). Choosing solitude: Age differences in situational and affective correlates of solitude-seeking in midlife and older adulthood. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(8), 1420–1432. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby044>

Lee, S. L., Pearce, E., Ajnakina, O., Johnson, S., Lewis, G., Mann, F., Pitman, A., Solmi, F., Sommerlad, A., Steptoe, A., Tymoszuk, U., & Lewis, G. (2021). The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: A 12-year population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 8(1), 48–57. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30383-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30383-7)

Llibre Rodríguez, J. de J., Noriega Fernández, L., Guerra-Hernández, M. A., Zayas Llerena, T., Llibre Guerra, J. C., Alfonso Chomat, R. C., & Gutiérrez Herrera, R. (2021). Soledad y su asociación con depresión, ansiedad y trastornos del sueño en personas mayores cubanas durante la pandemia por COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(3), e1005.

Lombardo, E., & Soliveres, C. (2019). Valoración del apoyo social durante el curso vital. *Psicodebate*, 19(1), 51–61. <https://doi.org/10.18682/pd.v1i1.859>

Lorente Martínez, R. (2017). *La soledad en la vejez: Análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas* [Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche]. Repositorio Institucional de la Universidad miguel Hernández. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=123014>

Mafla-España, M. A., Corchón, S., Jimeno-de Pedro, P., Ibáñez-Del Valle, V., & Cauli, O. (2024). Social and mental health factors involved in the severity of loneliness in older individuals in a Spanish rural area. *Nursing Reports*, 14(1), 1–12. <https://doi.org/10.3390/nursrep14010005>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

Pérez García, M. Á. (2024). *Protocolos y actuaciones sobre la soledad no deseada en personas mayores en España* [Trabajo de fin de grado, Universidad de La Laguna]. RIULL. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/42336>

Pinazo Hernandis, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En S. Pinazo Hernandis & M. Sánchez Martínez (Eds.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (pp. 221–257). Pearson Prentice Hall.

Ros Velasco, J. (2024). *La soledad no deseada en adultos mayores*. Instituto Santalucía. https://institutosantalucia.es/wp-content/uploads/2024/04/INFORME_La_soledad_no_deseada_en_adultos_mayores_2024-1.pdf

Rote, S., Hill, T. D., & Ellison, C. G. (2013). Religious attendance and loneliness in later life. *The Gerontologist*, 53(1), 39–50. <https://doi.org/10.1093/geront/gns063>

Rubio Herrera, R., Pinel Zafra, M., & Rubio Rubio, L. (2009). *La soledad en los mayores: Una alternativa de medición a través de la escala ESTE* [Informe de investigación]. Universidad de Granada; IMSERSO.

Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>

Samtani, S., Mahalingam, G., Lam, B. C. P., Lipnicki, D. M., Numbers, K., Lima-Costa, M. F., Blay, S. L., Castro Costa, E., Xiao, S., Reidel-Heller, S., Röhr, S., Pabst, A., Scarmeas, N., Yannakoulia, M., Kosmidis, M., Krishna, M., Kumaran, K., Shahar, S., Ng, T. P., . . . Brodaty, H. (2025). Emotional and instrumental social support and older adults' depressive symptoms: Collaborative individual participant data meta-analysis of 11 population-based studies of aging. *American Journal of Epidemiology*, 194(10), 3041–3049. <https://doi.org/10.1093/aje/kwaf137>

- Sluzki, C. E. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa.
- Urbina Torija, J. R., Flores Mayor, J. M., García Salazar, M. P., Torres Buisán, L., & Torrubias Fernández, R. M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42(1), 26–34. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000100008
- Valente, T. W. (2021). *Social networks and health: Models, methods, and applications*. Oxford University Press.
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., & García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 42(3), 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23–29. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- Walsh, B. E., Rottenberg, J., & Schlauch, R. C. (2025). Why loneliness requires a multidimensional approach: A critical narrative review. *Nature Mental Health*, 3, 175–184. <https://doi.org/10.1038/s44220-024-00382-3>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- Zubieta, E. M., Fernández, O. D., & Cejas, L. A. (2012). *Bienestar y soledad social emocional* [Comunicación en congreso no publicada]. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Universidad de Buenos Aires.