



Comparación entre adultos-mayores y mayores-mayores. Análisis de los determinantes de la sintomatología depresiva en la vejez

Autor: Alicia Sampedro Velázquez

Tutora: Natalia Martín María

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

Resumen

Debido al aumento progresivo de la esperanza de vida durante las últimas décadas y las implicaciones que esto conlleva, se consideró oportuno realizar un estudio transversal comparativo entre dos de los grupos pertenecientes a la etapa de la vejez, los adultos-mayores (65-79 años) y los mayores-mayores (80 años o más) con respecto a variables sociodemográficas, de salud y psicosociales. Del mismo modo, se investigó el papel de la edad, junto con otros factores sobre la presencia de sintomatología depresiva. **Método:** La muestra se compuso de 155 personas mayores de 65 años. Los datos se recogieron a través de una entrevista estructurada individual. **Resultados:** Los resultados muestran la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (65-79 años) y (80 años o más) en el estado civil, nivel de estudios, función física y sintomatología depresiva. Además, se observa que el género, la salud general, el grupo de edad, el estado cognitivo y la soledad social se asocian con la presencia de sintomatología depresiva, siendo la soledad social la variable que presenta una mayor relevancia en el análisis.

Palabras clave: envejecimiento, adultos-mayores, mayores-mayores, síntomas depresivos soledad.

Abstract

Due to the progressive increase in life expectancy over the last few decades and its implications, a comparative cross-sectional study was likely conducted between two groups within the elderly population: older adults (65-79 years) and oldest-old (80 years and older), with respect to sociodemographic, health, and psychosocial variables. The role of age, along with other factors, in the presence of depressive symptoms was also investigated. **Method:** The sample consisted of 155 individuals aged 65 and older. Data were collected through individual structured interviews. **Results:** The results show statistically significant differences between the 65-79 and 80 and older groups in marital status, education level, physical function, and depressive symptoms. Furthermore, gender, general health, age group, cognitive status, and social isolation were found to be associated with the presence of depressive symptoms, with social isolation being the most significant variable in the analysis.

Keywords: aging, older adults, oldest old, depressive symptoms, loneliness.

ÍNDICE

Marco teórico	5
El proceso de envejecimiento de la población	5
Cambios asociados a la vejez.....	6
Relación entre envejecimiento y depresión	8
Soledad en la vejez y su influencia en la depresión.....	9
Diferencias entre los adultos-mayores y los mayores-mayores.....	11
Objetivo del presente estudio e hipótesis planteadas	13
Diseño del estudio y muestra	14
Procedimiento de recogida de datos	15
Variables e instrumentos de medida	15
Análisis de datos	18
Resultados.....	19
Análisis comparativo entre el grupo de adultos-mayores y mayores-mayores.....	19
Análisis de regresión lineal jerárquica para la predicción de sintomatología depresiva	24
Discusión	27
Referencias.....	32
Anexos	37

Marco teórico

El proceso de envejecimiento de la población

El envejecimiento de la población constituye uno de los fenómenos demográficos más relevantes de las últimas décadas. El aumento de la esperanza de vida, junto con el descenso de la natalidad y los avances en los sistemas sanitarios, han provocado un crecimiento de la población de edad avanzada, especialmente del grupo de personas mayores de 80 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

A nivel mundial, en el año 2020 aproximadamente 1.000 millones de personas tenían 60 años o más. Sin embargo, se espera que esta cifra continúe en aumento en las próximas décadas, alcanzando los 2.100 millones en 2050, de los cuales alrededor de 426 millones serán personas mayores de 80 años (OMS, 2025). Este incremento evidencia no solo un envejecimiento general de la población, sino también un crecimiento especialmente del grupo de mayor edad.

En el contexto europeo, se observa una evolución diferencial entre los distintos grupos de edad avanzada. Según datos de Eurostat, el porcentaje de población entre 65 y 79 años en la Unión Europea ha aumentado desde aproximadamente el 12.4% en 2001 hasta el 14.6% en 2020. En España, este incremento ha sido más moderado, pasando del 13% al 13.5% en el mismo periodo. Sin embargo, el crecimiento más notable tiene lugar en el grupo de personas de 80 años o más. En la Unión Europea, este grupo pasó del 3.4% en 2001 al 5% en 2012, mientras que en España aumentó del 3.7% al 6%, llegando prácticamente a duplicarse (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2025).

Teniendo todo esto en cuenta, es esencial prestar más atención a este grupo poblacional cada vez más representativo, así como fomentar la investigación sobre los elementos que favorecen su bienestar y salud mental.

Cambios asociados a la vejez

El envejecimiento es un proceso complejo que trae consigo una serie de cambios en distintos niveles: cognitivo, fisiológico, social y psicológico. Además, es un proceso heterogéneo, con una amplia variabilidad interindividual, lo que supone que no todas las personas envejecen de la misma manera. Sin embargo, diversos estudios señalan los cambios comunes que suelen presentarse en este momento vital (Lapuente & Navarro, 1998; Salech et al., 2012; Triadó & Villar, 1997).

A nivel cognitivo, se observan cambios en la estructura del cerebro como una disminución del volumen cerebral y alteraciones en áreas como el lóbulo frontal. Del mismo modo, se observan cambios en estructuras como el hipocampo y la amígdala, junto con una alteración de las conexiones neuronales y una disminución de neurotransmisores como la dopamina o la noradrenalina, lo que puede suponer tanto un deterioro cognitivo como la aparición de síntomas depresivos.

Estos cambios producen alteraciones en diferentes funciones cognitivas, especialmente en la velocidad de procesamiento, la atención, concretamente la selectiva y dividida, la memoria de trabajo y la memoria episódica, así como en las funciones ejecutivas como razonamiento, planificación, flexibilidad cognitiva, resolución de problemas o control inhibitorio. La memoria es uno de los aspectos en el que las personas mayores perciben más cambios cuando envejecen (Lapuente & Navarro, 1998).

Con respecto a los cambios fisiológicos, el envejecimiento se asocia a alteraciones morfológicas y funcionales en diversos sistemas del organismo. En el sistema cardiovascular, la edad puede producir una mayor rigidez arterial, aumentando el riesgo de sufrir problemas cardiovasculares. Es cierto que, en personas mayores sanas, el corazón continúa funcionando de manera adecuada excepto cuando se requiere de esfuerzos intensos. En el sistema renal, se

produce una disminución de la capacidad de concentración de la orina. En el sistema muscular, se observa una pérdida progresiva de masa muscular y un aumento de grasa, lo que puede ocasionar una disminución de movilidad, mayor fragilidad y riesgo de sufrir caídas. Finalmente, podemos encontrar cambios en el metabolismo, como la inflamación de algunos tejidos y una mayor resistencia a la insulina, provocando así un mayor riesgo de sufrir enfermedades como la diabetes (Salech et al., 2012).

En esta etapa relativa a la vejez, también se espera que se den ciertos cambios a nivel social y psicológico. Un estudio realizado por Triadó & Villar (1997) en el que se entrevistó a 200 personas españolas entre 65 y 90 años, la mayoría con un nivel educativo básico y un estado de salud adecuado, evidencia la aparición de cambios a nivel social en las relaciones familiares, jubilación, recursos económicos y pérdida de red social. A nivel psicológico, también destacan cambios con respecto a la motivación, autonomía, personalidad y estado emocional, siendo este último uno de los elementos donde los participantes percibieron mayores cambios, vinculándolo con la aparición de síntomas depresivos (Triadó & Villar, 1997). Una revisión realizada por Alonso Palacios et al. (2023) apunta a esta idea acerca de la disminución de la autonomía, así como de las relaciones sociales a lo largo del envejecimiento. No obstante, a pesar de que en esta etapa tienden a darse ciertas circunstancias adversas como la jubilación, el fallecimiento de personas cercanas, mayor independencia de los hijos, aparición de enfermedades, aproximación al final de la vida, entre otros, Fernández-Ballesteros (2004) defiende la idea de que estos cambios no conllevan necesariamente un deterioro en el bienestar psicológico, debido a la presencia de una mejora con respecto a la gestión emocional en la vejez y a la capacidad de adaptación a esos cambios.

Todas estas posibles modificaciones en las diferentes áreas de la persona pueden conllevar grandes limitaciones en la vida de este grupo poblacional, pudiendo repercutir en su

bienestar psicológico y como menciona el estudio de Triadó & Villar (1997), haciendo más probable que aumente el riesgo de presentar síntomas relacionados con la depresión.

Relación entre envejecimiento y depresión

A lo largo del envejecimiento, uno de los principales problemas que se puede dar relacionado con la salud mental es la depresión (Molés Julio et al., 2019; OMS, 2025). Esta hace referencia a la presencia de síntomas físicos, cognitivos y emocionales persistentes, especialmente sentimientos de tristeza y vacío, irritabilidad y pérdida de interés, que interfieren de manera significativa en la vida de la persona (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). A nivel mundial, se estima que un 13.5% de las personas mayores de 60 años, presentan un trastorno depresivo, mientras que en España la cifra se sitúa en torno al 14% (Molés Julio et al., 2019).

No obstante, si en lugar de centrarnos en el diagnóstico concreto, analizamos la presencia de síntomas depresivos en esta población, observamos que la cifra aumenta hasta alcanzar el 30.5% (Molés Julio et al., 2019). Un estudio transversal realizado en China a 4.945 personas mayores de 55 años ha obtenido una prevalencia de síntomas depresivos alrededor del 40%, siendo el grupo de más de 80 años quienes presentan una mayor cifra, en torno a un 45% (Yu et al., 2012). Estos datos muestran la relevancia que tiene la sintomatología depresiva durante esta etapa y la importancia de profundizar e investigar sobre ella.

A pesar del gran peso que reflejan estos datos sobre la depresión en la vejez, algunos estudios destacan la idea de que la edad por sí misma no explica la presencia de la sintomatología depresiva, siendo otros factores los que influyen en la aparición de este malestar (Calero & Navarro, 2010; Sendra-Gutiérrez et al., 2017). Siguiendo esta línea, diversos estudios han identificado una serie de variables que se asocian con la aparición de síntomas

depresivos durante el envejecimiento. Algunos de ellos son el ser mujer, tener una percepción negativa de la salud, bajos recursos económicos, presencia de enfermedades o dolores crónicos, sucesos vitales negativos, limitaciones físicas, vivir solo, falta de apoyo social, estado civil y nivel educativo (Cerquera Córdoba & Meléndez Merchán, 2010; Molés Julio et al., 2019; Sendra-Gutiérrez et al., 2017). El estudio realizado por Calero & Navarro (2010), añade también el estado cognitivo. Además, el estudio llevado a cabo por Yu et al (2012) mencionado anteriormente, ha encontrado que el apoyo familiar y el estado de salud son predictores significativos de los síntomas depresivos.

Todos estos hallazgos refuerzan la idea de que el propio proceso de envejecer no es el principal factor que explica la presencia de síntomas depresivos, si no la interacción de diversas variables las que se asocian con la aparición de dicha sintomatología.

Soledad en la vejez y su influencia en la depresión

Al igual que la depresión, la soledad también es uno de los problemas que más predominan en la vejez. Se entiende como la percepción subjetiva que aparece cuando las relaciones sociales deseadas y logradas no coinciden (Meléndez et al., 2025). Un estudio realizado en 2018 por Fundación la Caixa donde se midió a través de la Escala de Soledad De Jong Gierveld (1987) la soledad de 14.832 personas mayores de 60 años que pertenecían a centros de mayores afirma que un 68.4% de las personas encuestadas presentaban sentimientos de soledad moderados, mientras que en un 14.8% eran graves (Fundación la Caixa, 2019). La muestra se componía mayoritariamente de mujeres (68.9%), el rango de edad que prevalecía era el de 70 a 74 años (26.7%), más de la mitad de la muestra convivía con otra persona, mientras que el 33.91% vivían solos y la mayoría tenía estudios primarios (49.23%).

Weiss (1973) hace una diferenciación entre soledad emocional y soledad social. La primera de ellas hace referencia a la falta de una relación más íntima y personal, mientras que la segunda se refiere a la ausencia de una red social extensa. A su vez, es necesario mencionar la distinción de DiTommaso & Spinner (1997) entre soledad emocional familiar y soledad emocional romántica. La soledad emocional familiar se entiende como la ausencia de orientación o guía por parte de los familiares; mientras que la soledad emocional romántica hace referencia a la falta de una relación de apego significativa en la pareja. A lo largo del envejecimiento, uno de los cambios significativos relativos a la soledad, es acerca de las relaciones sociales, concretamente parece haber una tendencia a reducir la cantidad de relaciones y ampliar los vínculos estrechos y significativos. En este sentido, aunque las amistades tienden a disminuir con la edad, su mantenimiento se asocia con un mayor bienestar psicológico. Esto se explica a través de la Teoría de la Selectividad Socioemocional propuesta por Carstensen (1992). Por otro lado, la familia adquiere un papel central como fuente de apoyo, aunque su impacto depende en gran medida de la calidad de dichas relaciones (Lezaun et al., 2018).

Del mismo modo, otro de los factores más relevantes con respecto a la aparición de la soledad en la vejez es la viudedad. Esta tiende a ser mayor en edades más avanzadas, en donde la pérdida de la pareja genera un vacío profundo y constante, relacionado con el sentimiento de soledad emocional (Hajek, 2025; López Doblaz & Díaz Conde, 2018). En esta misma línea, el estudio realizado por Fundación la Caixa, a pesar de no encontrar diferencias significativas con respecto a la edad en los distintos tipos de soledad, sí que destaca que la soledad emocional tiende a aumentar a medida que se envejece (Fundación la Caixa, 2019).

La evidencia señala una relación existente entre la soledad y la sintomatología depresiva. Existen diversos estudios en los que hablan de esta asociación desde la idea de que

la soledad es un factor de riesgo para la aparición de la depresión (Lezaun et al., 2018); otros mencionan la depresión como elemento predictor de la soledad (Meléndez et al., 2025), y el resto afirman la existencia de una relación bidireccional entre ambas variables (Fundación la Caixa, 2019).

Un estudio transversal basado en una muestra recogida a través de datos extraídos del National Social Life, Health and Aging Project (NSHAP) con un total de 1532 personas mayores de 65 años procedentes de EE. UU., confirma que la soledad se asocia de manera significativa con la presencia de síntomas depresivos tanto en adultos-mayores como en mayores-mayores. A su vez, menciona que en el grupo de adultos-mayores, tanto el apoyo de la pareja como el familiar se vinculan con menores niveles de depresión, mientras que, en el grupo de los más longevos, el apoyo de la pareja es el que tiene mayor peso. También se observó que el apoyo de la pareja tiene un mayor efecto protector sobre la relación existente entre soledad y depresión en edades más avanzadas (Son et al., 2022).

En definitiva, estos resultados proponen la idea de que la soledad puede actuar como un factor de riesgo importante en la aparición de sintomatología depresiva en la vejez. No obstante, al igual que ocurría con la depresión, hay artículos donde aclaran que no es la edad por sí misma, sino otras variables como el estado civil, vivir solo, contacto social, calidad de las relaciones y problemas de salud, entre otros, los que predicen la aparición de una mayor soledad y, por ende, menor bienestar psicológico (Hawkley et al., 2022).

Diferencias entre los adultos-mayores y los mayores-mayores

Como se ha mencionado al inicio del trabajo, la esperanza de vida va aumentando de manera progresiva. Esto hace que sea necesario dividir a la población mayor en dos subgrupos,

los adultos-mayores (65-79 años) y los mayores-mayores (80 años o más), e investigar acerca de las posibles diferencias entre ellos.

Hay estudios donde mencionan la existencia de diferencias entre ambos grupos, siendo los adultos-mayores quienes presentan mayor autonomía, mejor estado de salud y funcionamiento cognitivo, mientras que los mayores-mayores muestran mayor deterioro cognitivo, mayor dependencia y son mayoritariamente mujeres. Siguiendo esta línea, también se observan diferencias relativas a la edad en tareas relacionadas con la memoria, comprensión del lenguaje y fluidez verbal, disminuyendo estas a medida que se envejece. A su vez, se observa menor plasticidad cerebral y mayor probabilidad de desarrollo de demencia en el grupo de mayores-mayores (Calero & Navarro, 2010).

Sin embargo, hay otros estudios donde se observan resultados distintos. Calero & Navarro (2010), mencionan que, a pesar de que de manera descriptiva se puedan observar diferencias entre ambos grupos en las variables relacionadas con el nivel de dependencia, rendimiento cognitivo y calidad de vida, estas no se deben a la edad, sino al estado cognitivo de la persona. Un estudio realizado por Navarro-González et al. (2015), refuerza esta idea, refiriendo que el funcionamiento cognitivo se mantiene estable durante el envejecimiento, no asociándose, por tanto, el deterioro cognitivo a la edad.

Un estudio transversal internacional compuesto por 93.663 personas mayores de 65 años pertenecientes a distintos países de Europa, Asia y América muestra resultados diversos con respecto a la depresión, soledad y felicidad. Por lo general, se observa que la depresión y la soledad tienden a aumentar con la edad en algunas regiones como Europa del Sur, mientras que, en otros países como Estados Unidos, el grupo de mayor edad muestra menores niveles de depresión y soledad. Con respecto a la felicidad, se observa la misma variedad dependiendo de la región, siendo EE. UU. el país donde las personas mayores presentan altos niveles de

felicidad y Corea el país con menores niveles. Es por ello por lo que se concluye que variables como la depresión, la soledad o el bienestar no dependen únicamente de la edad, sino que el contexto social y cultural pueden influir (Burns et al., 2025).

En conjunto, la evidencia sugiere que las diferencias entre adultos-mayores y mayores-mayores se deben a factores cognitivos o contextuales, más que a la edad cronológica por sí sola.

Objetivo del presente estudio e hipótesis planteadas

El objetivo del presente estudio es analizar si existen diferencias dentro de la población mayor, entre el grupo de adultos-mayores de 65 a 79 años y mayores-mayores de 80 años o más en ciertas variables sociodemográficas, de salud y psicosociales. A su vez, se pretende averiguar si es la propia edad o son estas mismas variables las que influyen en la presencia de sintomatología depresiva en esta población.

En función de la literatura revisada previamente, se exponen a continuación las siguientes hipótesis:

H1: Existen diferencias entre el grupo de adultos mayores (65-79 años) y el grupo de mayores-mayores (80 o más años) a nivel físico, cognitivo y psicológico.

H2: Existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a los distintos tipos de soledad (familiar, de pareja y social) en función del grupo de edad perteneciente, especialmente, el grupo de mayor edad tiende a presentar mayores puntuaciones de soledad de pareja.

H3: Las personas mayores pertenecientes al grupo de 80 años o más presentan mayores niveles de sintomatología depresiva.

H4: Las diferencias en síntomas depresivos entre ambos grupos, no se deben a la edad, sino a otros factores.

H5: Las variables sociodemográficas relacionadas con estado civil, vivir solo, nivel de estudios y género, se asocian con la aparición de síntomas depresivos en el envejecimiento.

H6: Las variables vinculadas al funcionamiento físico y cognitivo, así como la presencia de sucesos vitales negativos predicen los síntomas depresivos.

H7: La soledad se asocia con la presencia de síntomas depresivos, concretamente la soledad de pareja y familiar.

Método

Diseño del estudio y muestra

El presente estudio siguió un diseño de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra se compone de 155 personas mayores de 65 años, de los cuales 100 pertenecen al grupo de 65-79 años y 55 al grupo de 80 años o más. La edad media de todos los participantes es de 75.3 años. El 77.4% (n= 120) de la muestra son mujeres y el 22.6% (n= 35) hombres.

Como criterio de inclusión se estableció el tener al menos 65 años. Como criterios de exclusión se consideró el presentar un diagnóstico de deterioro cognitivo, tener algún tipo de limitación que impidiera la correcta realización del protocolo y la participación en un programa de atención a la dependencia.

Procedimiento de recogida de datos

Los participantes del estudio fueron reclutados a través de distintos centros culturales pertenecientes a la Comunidad de Madrid y del entorno personal del investigador. Previa a la recogida de datos, se les explicó en qué consistía el proyecto de investigación y se recogieron los datos de las personas interesadas en la participación. A cada persona se le asignaba un número identificativo para garantizar su anonimato. A continuación, se fue convocando a los sujetos para la realización del protocolo.

Previo al inicio de la evaluación, todos los participantes firmaron un consentimiento informado, donde se detallaba el objetivo del estudio, así como su carácter voluntario, anónimo y confidencial. Los datos fueron recopilados a través de una entrevista estructurada individual de aproximadamente una hora de duración. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Variables e instrumentos de medida

Las variables seleccionadas para el estudio fueron edad, género, nivel de estudios, estado civil, salud general, función física, estado cognitivo, sucesos vitales estresantes, soledad y sintomatología depresiva. La edad se dividió en dos grupos, siendo 0 “60-79 años” y 1 “80 años o más” y el género se asignó como 1 “hombre” y 2 “mujer”. Con respecto a la variable nivel de estudios, las categorías fueron 1 “Sin educación formal (0 años)”, 2 “Educación primaria (6 años)”, 3 “Educación secundaria (9 años)”, 4 “Bachillerato (13 años)”, 5 “Diplomatura universitaria (16 años)”, 6 “Licenciatura universitaria (18 años)” y 7 “Doctorado/Máster/Postdoctorado (19 años)”. Por otro lado, la variable estado civil se dicotomizó en dos grupos siendo 0 “Sin pareja”, el cual incluía a las personas viudas, solteras, divorciadas y separadas; y 1 “Con pareja”, donde se incluyó a las personas casadas y parejas no casadas.

A continuación, se señalarán los instrumentos con los que fueron medidas, detallando sus propiedades psicométricas y sus principales características:

Salud general: Se evaluó a partir de un único ítem de la versión española (Alonso et al., 1995) del 36-item Short Form Health Survey [SF-36] (“En general, usted diría que su salud es”) (Brazier et al., 1992). La respuesta se recoge en una escala tipo Likert de cinco puntos, siendo 1 (“Muy buena”) hasta 5 (“Muy mala”). En este caso, puntuaciones más altas indican una percepción más negativa del individuo sobre su salud.

Sucesos vitales estresantes: Se evaluó mediante una adaptación de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados (Fernández-Fernández et al., 2013), obteniendo un total de 7 ítems con respuesta dicotómica (Sí/No). Estos ítems hacen referencia a distintos eventos vitales, siendo cinco de ellos parte de la escala original (“Fallecimiento del cónyuge”, “Fallecimiento de otro familiar cercano”, “Conflicto familiar importante”, “Enfermedad importante física o mental de uno mismo” y “Enfermedad importante física o mental de alguien cercano”), y los otros dos se crearon para este estudio en concreto (“Ser el cuidador/a principal de un familiar cercano” y “Otro problema que le afecte de manera significativa”). Cada respuesta afirmativa suma un punto en la escala, mientras que las respuestas negativas no añaden puntuación. Por lo tanto, el rango total va de 0 a 7 puntos, siendo la puntuación más alta la que indica una mayor presencia de sucesos vitales estresantes. El alfa de Cronbach en el estudio original fue de 0,64.

Función física: Esta variable se evaluó a través de la subescala de función física del 36-item Short Form Health Survey [SF-36] (Alonso et al., 1995), compuesta por 10 ítems que analizan el nivel de limitación percibido por el individuo a la hora de realizar las actividades diarias como por ejemplo “Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?”. Cada ítem se responde

en una escala de tres puntos siendo 1 (“No, no me limita nada”), 2 (“Sí, me limita un poco”) y 3 (“Sí, me limita mucho”). La puntuación total oscila entre 10 y 30 puntos, siendo las puntuaciones más altas las que indican un mayor nivel de limitación física. El alfa de Cronbach del estudio original fue de 0.9.

Estado cognitivo: fue evaluado mediante una adaptación de la versión española (Carnero Pardo et al., 2013) del Ascertain Dementia 8-Item Informant Questionnaire [AD8], compuesta por un total de 8 ítems como por ejemplo “¿Consideras que ha habido algún cambio en los últimos años a la hora de emitir juicios y tomar decisiones adecuadas?” (Galvin et al., 2005). Se utilizó una versión adaptada con respecto a las respuestas de tipo Likert, siendo 1 (“Ningún cambio”), 2 (“Algún cambio”) y 3 (“Bastantes cambios”). A su vez, se realizó otra adaptación con respecto al periodo de tiempo, haciendo referencia al último año, en lugar de los últimos años. El rango de puntuación total oscila entre 8 y 24 puntos, siendo las puntuaciones más altas las que indican una mayor presencia de cambios o deterioro cognitivo percibido en comparación con el año anterior. El alfa de Cronbach en el estudio original fue de 0.84.

Soledad: Esta variable se presenta en el estudio dividida en tres dimensiones diferentes: soledad romántica (vinculada a la pareja), soledad familiar y soledad social. Su evaluación se realizó a través de la versión española (Yárnoz-Yaben, 2008) de la escala Social and Emotional Loneliness Scale for Adults [SELSA-S] (DiTommaso et al., 2004), compuesta por un total de 15 ítems que valoran el grado de acuerdo del participante con distintas afirmaciones relacionadas con su percepción de soledad en cada ámbito. Las respuestas se recogen en una escala tipo Likert de 7 puntos, siendo 1 (“Totalmente en desacuerdo”) hasta 7 (“Totalmente de acuerdo”). La puntuación total de cada subescala oscila entre 5 y 35 puntos, de tal forma que, las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de soledad percibida en el área

correspondiente. El alfa de Cronbach en el estudio original fue de 0.87 en la subescala de soledad romántica, 0.89 en la subescala de soledad familiar y 0.90 en la subescala de soledad social.

Sintomatología depresiva: se evaluó mediante la versión española (Losada et al., 2012) del Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D] (Radloff, 1977), compuesta por 20 ítems que miden los síntomas depresivos experimentados por el sujeto durante la última semana como por ejemplo “Me molestaron cosas que habitualmente no me molestan”. Las respuestas se recogen siguiendo una escala tipo Likert de cuatro puntos, desde 0 (“Raramente o nunca, menos de 1 día”) hasta 3 (“Todo el tiempo, 5-7 días”). La puntuación total oscila entre 0 y 60 puntos, siendo las puntuaciones más altas las que muestran mayores niveles de síntomas depresivos. El coeficiente alfa de Cronbach en el estudio original fue de 0.85.

Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos recogidos se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics (Versión 29). En primer lugar, para obtener una idea general de la muestra, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas más relevantes del estudio.

A continuación, se estimó la consistencia interna de los instrumentos de medida empleados en la muestra analizada, utilizando el índice alfa de Cronbach como estimador de la fiabilidad de cada escala. Además, se llevaron a cabo correlaciones de Pearson para ver las asociaciones entre las variables.

Después, se analizaron las diferencias entre el grupo de adultos-mayores (65-79 años) y mayores-mayores (80 años o más) en las variables sociodemográficas, psicosociales y de salud. Para ello, se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes en las variables

cuantitativas y la prueba chi-cuadrado para las variables categóricas. Al realizar dicha prueba, se comprobó el cumplimiento de los supuestos de normalidad y homogeneidad.

Por último, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal jerárquica con el fin de analizar la contribución de distintas variables a la varianza de la sintomatología depresiva. Con respecto a las variables independientes, en un primer bloque se introdujeron variables sociodemográficas (grupo edad adultos-mayores vs. mayores-mayores, género, nivel de estudios y estado civil), en un segundo bloque variables relativas a la salud (salud general, función física, estado cognitivo y sucesos vitales estresantes), y en el tercer bloque se añadieron las distintas dimensiones de soledad (soledad pareja, soledad amigos y soledad familia). Este enfoque permite examinar la asociación del grupo de edad con la sintomatología depresiva tras controlar otros factores. Para llevar a cabo un adecuado análisis de regresión lineal jerárquica, se comprobaron los supuestos de linealidad, normalidad, independencia, homocedasticidad, no colinealidad, y evaluación de casos atípicos e influyentes.

Resultados

Análisis comparativo entre el grupo de adultos-mayores y mayores-mayores

En la Tabla 1, se muestra la comparación entre el grupo de adultos-mayores (65-79 años) y el de mayores-mayores (80 años o más), en las variables sociodemográficas, de salud y psicosociales.

Previo a la interpretación de los resultados, se comprobó el cumplimiento de los supuestos de homogeneidad y normalidad. Con respecto a la homogeneidad de varianzas se realizó la prueba de Levene, y en aquellos casos donde no se cumplía el supuesto ($p > 0.05$), se tomaron en cuenta los estadísticos relativos a varianzas desiguales. Esto se llevó a cabo en las

variables función física y sucesos vitales estresantes. Del mismo modo, se comprobó el segundo supuesto a través de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, donde se observó que los datos seguían una distribución normal ($p < 0.05$) por lo que se utilizó el estadístico Mann-Whitney U.

Una vez se comprobaron los supuestos, se analizaron los resultados obtenidos. Tal y como se observa en la tabla 1, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en relación a los síntomas depresivos ($p = 0.008$), siendo el grupo de mayores de 80 años quienes presentan mayor puntuación ($M = 10.29$).

También se observan diferencias significativas con respecto a la función física ($p < 0.001$), indicando que los mayores-mayores presentan más limitaciones físicas ($M = 16.91$) que aquellas personas pertenecientes al grupo de adultos-mayores ($M = 13.05$).

En cuanto al nivel de estudios, también se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p < 0.001$), indicando que el grupo de adultos-mayores presenta mayor nivel educativo ($M = 3.70$) que los mayores de 80 años ($M = 2.75$).

Finalmente, se encuentran diferencias relativas al estado civil ($p < 0.001$) debido a que el 61% de las personas de 65-79 años tienen pareja, a diferencia de las personas mayores de 80 años o más, siendo estas un 32.7%.

Por el contrario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables analizadas (género, salud general, sucesos vitales estresantes, estado cognitivo, soledad romántica, soledad social y soledad familiar) ($p > 0.05$).

Tabla 1*Comparación de variables sociodemográficas y psicosociales según grupo de edad*

Variable (rango)	65-79 años	≥ 80 años (N=55)	p
	(N=100) M (DT) o n %	M (DT) o n %	
Género			0.866
Hombre	23 (23.00%)	12 (21.80%)	
Mujer	77 (77.00%)	43 (78.20%)	
Estado civil			<0.001
Casado	59 (59.00%)	17 (30.90%)	
Viudo	17 (17.00%)	33 (60.00%)	
Soltero	7 (7.00%)	2 (3.60%)	
Divorciado	6 (6.00%)	2 (3.60%)	
Separado	9 (9.00%)	-	
Pareja no casada	2 (2.00%)	1 (1.80%)	
Nivel de estudio (1-7)	3.70 (1.49)	2.75 (1.32)	<0.001
Salud general (1-5)	2.39 (0.90)	2.44 (0.86)	0.727
Sucesos vitales estresantes (0-7)	1.41 (1.39)	1.02 (0.99)	0.162
Función física (SF-36; 10-30)	13.05 (3.49)	16.91 (5.51)	<0.001
Estado cognitivo (AD8; 8-24)	9.53 (2.12)	9.67 (1.84)	0.290
Síntomas depresivos (CES-D; 0-60)	7.79 (6.39)	10.29 (6.37)	0.008
Soledad romántica (SESLA-S. 5-35)	16.04 (8.24)	18.04 (7.56)	0.123
Soledad social (SESLA-S 5-35)	11.87 (6.55)	13.63 (7.58)	0.169
Soledad familiar (SESLA-S 5-35)	8.41 (5.05)	7.17 (3.14)	0.101

Nota. Los valores en negrita indican niveles de significancia de $p < .05$.

En la Tabla 2, se muestran las correlaciones de Pearson entre las variables relevantes del presente estudio. En los resultados, cabe destacar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y el resto de las variables (género, grupo de edad, estado civil, nivel de estudios, salud general, estado cognitivo, sucesos vitales, función física, soledad romántica, social y familiar). Esto nos lleva a incluir todas ellas en el análisis de regresión lineal jerárquica con el objetivo de observar las variables que más se asocian con la sintomatología depresiva.

Tabla 2*Matriz de Correlaciones de Pearson entre las Variables del Estudio*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Síntomas depresivos	-											
2. Género	.237**	-										
3. Grupo de edad	.186*	0,014	-									
4. Estado civil	.179*	.406**	.271**	-								
5. Nivel estudios	.208**	-0,107	-.306**	-0,108	-							
6. Salud general	.325**	0,127	0,025	0,090	-.210**	-						
7. Estado cognitivo	.317**	.194*	0,035	.269**	-.217**	.296**	-					
8. Sucesos vitales	.208**	.274**	-0,148	0,065	-0,014	.325**	.275**	-				
9. Función física	.246**	.221**	.396**	.194*	-.297**	.480**	.327**	.259**	-			
10. Soledad romántica	.318**	.356**	0,119	.690**	-0,131	0,135	.267**	.200*	0,107	-		
11. Soledad social	.428**	0,009	0,121	0,041	-.186*	0,157	0,099	0,096	.167*	.201*	-	
12. Soledad familiar	.281**	0,101	-0,133	-0,032	-0,018	.248**	.204*	.217**	0,090	.265**	.276**	-

*Nota. *p < .05 **p < .01*

Análisis de regresión lineal jerárquica para la predicción de sintomatología depresiva

A continuación, se llevó a cabo una regresión lineal jerárquica con el objetivo de comprobar si hay asociación del grupo de edad con la sintomatología depresiva o si hay otros factores sociodemográficos, de salud o psicosociales que influyen en dicha aparición. Previo a la interpretación de resultados, se comprobaron los supuestos de linealidad, normalidad, independencia, homocedasticidad, no colinealidad, y evaluación de casos atípicos e influyentes, cumpliéndose todos ellos.

Los resultados relacionados con el ajuste de los modelos se muestran en la Tabla 3, mientras que los coeficientes de regresión se presentan en la Tabla 4.

Tabla 3

Resumen del modelo de Regresión Lineal Jerárquica

Modelos	R ²	ΔR ²	F	p
Modelo 1				
Variables sociodemográficas	0.10	0.10	4.29	0.003
Modelo 2				
Variables de salud	0.21	0.11	4.80	<0.001
Modelo 3				
Variables psicosociales	0.35	0.14	6.95	<0.001

Nota. Los valores en negrita indican niveles de significancia de $p < .05$.

Tal y como se observa en la Tabla 3, el primer modelo relacionado con las variables sociodemográficas explica un 10% de la sintomatología depresiva ($R^2=0.10$). Al incorporar el modelo 2 con las variables de salud, la varianza explicada aumenta un 11% ($\Delta R^2=0.11$), llegando a alcanzar un porcentaje total del 21% ($R^2=0.21$). Finalmente, al incluir el último modelo de variables psicosociales, se observa un aumento del 14% ($\Delta R^2=0.14$), y, por ende,

un total del 35% de poder explicativo del modelo ($R^2=0.35$). En definitiva, los tres modelos son estadísticamente significativos ($p < .05$).

La Tabla 4 muestra los coeficientes de regresión, donde se observan concretamente las variables asociadas a la sintomatología depresiva.

Tabla 4

Regresión Lineal Jerárquica para la Predicción de Sintomatología Depresiva

Variable	B	SE	β	t	p
Modelo 1					
Género	2.91	1.32	0.19	2.20	0.029
Grupo edad	1.40	1.15	0.11	1.23	0.222
Nivel de estudios	-0.57	0.35	-0.13	-1.62	0.108
Estado civil	-0.97	1.16	-0.08	-0.84	0.402
Modelo 2					
Género	2.31	1.22	0.15	1.89	0.060
Grupo edad	2.44	1.23	0.18	1.97	0.050
Nivel de estudios	-0.24	0.35	-0.06	-0.70	0.483
Estado civil	-0.15	1.14	-0.01	-0.14	0.892
Salud general	1.55	0.67	0.21	2.30	0.023
Función física	-0.10	0.14	-0.07	-0.71	0.480
Estado cognitivo	0.64	0.27	0.20	2.38	0.019
Sucesos vitales estresantes	0.50	0.43	0.10	1.15	0.251
Modelo 3					
Género	2.30	1.22	0.15	1.89	0.060
Grupo edad	2.26	1.14	0.17	1.99	0.049

Nivel de estudios	-0.03	0.32	-0.01	-0.10	0.921
Estado civil	0.92	1.41	0.07	0.66	0.513
Salud general	1.23	0.63	0.17	1.97	0.051
Función física	-0.09	0.13	-0.07	-0.71	0.477
Estado cognitivo	0.56	0.25	0.18	2.25	0.026
Sucesos vitales estresantes	0.23	0.40	0.05	0.58	0.566
Soledad romántica	0.11	0.09	0.14	1.28	0.204
Soledad social	0.30	0.07	0.32	4.35	<0.001
Soledad familiar	0.11	0.11	0.08	1.00	0.317

Nota. Los valores en negrita indican niveles de significancia $p < .05$.

Con respecto al modelo 1, se observa que el género se asocia significativamente con la sintomatología depresiva. Específicamente, ser mujer se asocia con mayores niveles de sintomatología depresiva ($\beta=0.19$; $p=0.029$).

En el modelo 2, se observa que la salud general muestra una asociación significativa con la variable dependiente ($\beta=0.21$; $p=0.023$), junto con el estado cognitivo ($\beta=0.20$; $p=0.019$), de tal manera que, a peor estado de salud general mayores síntomas depresivos, así como a mayor deterioro cognitivo percibido, mayor presencia de sintomatología depresiva.

Por último, al añadir en el modelo 3 las distintas dimensiones de soledad (romántica, social y familiar), se observa que la variable grupo edad es significativa, de tal manera que el pertenecer al grupo de personas con 80 años o más se asocia con mayores niveles de sintomatología depresiva cuando se tiene en cuenta las dimensiones de soledad ($\beta=0.17$; $p=0.049$). No obstante, De igual manera ocurre con la variable estado cognitivo, mostrando de nuevo una relación significativa ($\beta=0.18$; $p=0.026$). Por último, la soledad social presenta una

asociación significativa, siendo la variable con mayor peso con respecto a la sintomatología depresiva ($\beta=0.32$; $p<.001$).

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo explorar las posibles diferencias con respecto a variables sociodemográficas, de salud y psicosociales, entre dos grupos pertenecientes a la etapa de la vejez, los adultos-mayores (65-79 años) y los mayores-mayores (80 años o más). Al mismo tiempo, este estudio se propuso analizar el papel que tiene la edad y factores de salud y sociales en la presencia de sintomatología depresiva en esta población.

En el primer análisis comparativo entre ambos grupos de edad, los resultados muestran la existencia de diferencias en sintomatología depresiva, función física, nivel de estudios y estado civil. Con respecto a la sintomatología depresiva, se observa que el grupo de personas mayores de 80 años, presentan mayores niveles, lo que sugiere evidencia a favor de las dos primeras hipótesis y de la información aportada por otros estudios previos que refieren la misma idea (Burns et al., 2025; Yu et al., 2012). Estos autores, señalan que algunas de las razones que pueden explicar estos resultados son el debilitamiento de las relaciones familiares, la disminución de la satisfacción vital, el aumento de las dificultades a la hora de realizar las actividades de la vida diaria, el nivel educativo, estado civil, deterioro cognitivo y prejuicios sociales (Burns et al., 2025; Yu et al., 2012).

También se observan diferencias con respecto a la función física, siendo las personas mayores-mayores quienes presentan más limitaciones. Esto confirma parcialmente la primera hipótesis sobre las diferencias existentes a nivel físico entre ambos grupos. También artículos como el de Salech et al. (2012) mencionan cambios fisiológicos que se dan a medida que se avanza en edad y Calero & Navarro (2010) indican que existe una mayor dependencia en

personas más mayores, lo que puede relacionarse con dichas dificultades físicas. A su vez, se observa la existencia de diferencias con respecto al nivel de estudios entre ambos grupos, siendo los mayores de 80 años quienes presentan menores puntuaciones, lo cual se explica por las menores oportunidades de escolarización en España durante la primera mitad del siglo XX, especialmente en contextos rurales y en el caso de las mujeres. Finalmente, se hallan diferencias significativas con respecto al estado civil, siendo más frecuente que las personas mayores de 80 años sean quienes no suelen tener pareja. Esto se puede relacionar con la elevada viudedad que hay en esta etapa de la vejez, todavía mayor en las mujeres (López Doblas & Díaz Conde, 2018; Hajek, 2025).

Por el contrario, no se observan diferencias con respecto al estado cognitivo entre ambos grupos, lo que lleva a rechazar la hipótesis propuesta acerca de las diferencias a nivel cognitivo. La literatura revisada no muestra resultados concluyentes, ya que existen estudios como el de Calero & Navarro (2010) donde se menciona la existencia de diferencias a nivel descriptivo en el estado cognitivo entre el grupo de 65-79 años y el grupo de 80 años o más. Sin embargo, otros estudios como el de Navarro-González et al. (2015) no encuentran diferencias a nivel cognitivo en función de la edad. Por lo tanto, el presente estudio refuerza la idea que propone este último artículo. Del mismo modo, tampoco se observan diferencias significativas con respecto a las distintas dimensiones de soledad, aunque las personas mayores de 80 años presentan ligeramente una mayor puntuación en soledad de social y romántica. Esto puede vincularse a lo referido por López Doblas & Díaz Conde (2018) y Hajek (2025) acerca del impacto de la viudedad en las personas de edad más avanzada. Por tanto, se apoya la hipótesis de manera parcial, ya que se observan diferencias, pero estas no son significativas.

En el segundo análisis, los resultados muestran que la edad cronológica se asocia con la presencia de sintomatología depresiva cuando se tiene en cuenta la soledad. Si se desglosan los distintos análisis de la regresión, se observa que, en el primer modelo, el género femenino

se asocia significativamente con la sintomatología depresiva. Este hallazgo muestra coherencia con estudios previos donde señalan el ser mujer como factores de riesgo de presentar rasgos depresivos (Sendra-Gutiérrez et al., 2017; Molés Julio et al., 2019; Cerquera & Meléndez, 2010; Yu et al., 2012).

En el segundo modelo, la salud general fue significativa, y a su vez, el estado cognitivo se vinculó de manera significativa con la sintomatología depresiva. Estudios previos como el realizado por Calero & Navarro (2010), apoyan esta idea sobre la importancia del estado cognitivo en la presencia de rasgos depresivos.

Por último, en el tercer modelo, el grupo de edad, el estado cognitivo y la soledad social resultaron estar asociadas de forma significativa con los síntomas depresivos. Este hallazgo es relevante, ya que se observa que, una vez introducidas las variables sociodemográficas, de salud y psicosociales, la edad mantiene cierta capacidad explicativa sobre la sintomatología depresiva. No obstante, es importante aclarar que esta asociación no hace referencia a una relación directa, sino que podría estar mediada por otras variables como el deterioro cognitivo o la pérdida de red social. En este sentido, es importante reflexionar acerca del edadismo. Este término fue acuñado por Robert Butler y hace referencia a la discriminación por razones de edad (Butler, 1969). Asumir que las personas mayores, concretamente las más longevas, presentan más síntomas depresivos por el simple hecho de “ser mayores” refuerza la existencia de estereotipos negativos sobre la vejez y una menor atención a estos problemas.

En relación con estos resultados, cabe destacar el papel tan relevante que tiene la soledad social en la sintomatología depresiva, siendo el factor más explicativo del modelo. Esto puede ser debido a que según mencionan Lezaun et al. (2018) y Son et al. (2022), las amistades cumplen una función esencial en la vejez, observándose que, el mantenimiento de estas se vincula a una mayor salud mental. A pesar de esto, durante esta etapa, se tiende a reducir el

número de relaciones sociales, lo que puede conllevar al padecimiento de dicha soledad y desencadenar de esta forma un mayor malestar emocional.

Como implicaciones prácticas del trabajo, se extrae la posibilidad de poder intervenir para prevenir y reducir la sintomatología depresiva en esta población desde un enfoque psicosocial. En concreto, sería oportuno el desarrollo de actividades de ocio que promuevan la creación y mantenimiento de relaciones sociales, así como programas intergeneracionales y talleres de estimulación cognitiva y física, especialmente en las personas mayores-mayores. A su vez, podría ser enriquecedor fomentar espacios terapéuticos donde las personas mayores puedan expresar y abordar este malestar emocional. Se realizó un estudio a 20 personas mayores de 65 años que vivían en una residencia en Navarra con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa de acompañamiento terapéutico. El programa constaba de una evaluación previa a través de diversas escalas que miden soledad, depresión y autopercepción de la salud general. Los participantes recibieron acompañamiento de manera individual un par de veces a la semana a lo largo de 3 meses. Este consistía en actividades relacionadas con la comunicación y contacto social, aspectos más emocionales e interacción social. Los resultados muestran mejoras significativas en el grupo que recibió la intervención en comparación con el grupo control que no la recibió (Carcavilla González, 2022).

Entre las fortalezas del estudio destaca la amplia muestra recogida de personas mayores de 80 años, lo que ha posibilitado la realización de la comparación entre ambos grupos pertenecientes a la etapa de la vejez. No obstante, el estudio también presenta algunas limitaciones. En primer lugar, al ser un diseño transversal, no se puede determinar causalidad entre las variables analizadas, de tal manera que no puede determinarse que la soledad social sea la causa de la aparición de la sintomatología depresiva. Siguiendo esta línea, en el presente análisis hay factores que no se han tenido en cuenta y que pueden estar siendo explicados por la edad, por lo que sería necesario añadir otras variables relevantes para ver si la edad continúa

siendo significativa como autopercepciones de la vejez, satisfacción con la vida, ansiedad, jubilación, vivir solo, pérdida de sentido o proximidad de la muerte. En segundo lugar, el tamaño de ambos grupos no fue equitativo, siendo menor en el grupo de personas mayores de 80 años, lo que ha podido influir en los resultados. Por último, debido a la extensión y estilo del cuestionario basado en respuestas cerradas y teniendo algunas de ellas muchas opciones, se observó que, a la hora de realizarlo, algunos participantes tuvieron mayores dificultades para completarlo, pudiendo afectar a la calidad de las respuestas.

En cuanto a futuras líneas de investigación, sería conveniente realizar estudios longitudinales que ayuden a profundizar en las relaciones entre las distintas variables y determinar aquellas que dan lugar a la aparición de síntomas depresivos. También podría ser beneficioso que los estudios cuantitativos se complementaran con metodologías cualitativas. Esto favorecería una comprensión más profunda de la experiencia subjetiva de las personas mayores con respecto a las variables analizadas, ya que algunos de los participantes del presente estudio, mostraban dificultad a la hora de contestar preguntas cerradas, refiriendo la existencia de ciertos matices que los llevaban a no saber qué contestar.

En conclusión, los resultados del presente estudio indican que la sintomatología depresiva en personas mayores se asocia a la presencia de múltiples factores, siendo la edad relevante cuando se tiene en cuenta el estado cognitivo y la soledad social, lo que pone de manifiesto la necesidad de ir más allá de la edad cronológica y centrarse en variables modificables.

Referencias

- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): An instrument for measuring clinical results. *Medicina Clinica, 104*(20), 771-776.
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O’Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *BMJ (Clinical Research ed.)*, *305*(6846), 160-164. <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6846.160>
- Burns, S. D., Crimmins, E. M., Zhang, M., & Ailshire, J. A. (2025). Psychosocial well-being differences between the young old, old-old, and oldest old: A global comparison. *Journal of aging and health, 37*(7-8), 453-467. <https://doi.org/10.1177/08982643241264587>
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The gerontologist, 9*(4_Part_1), 243-246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Calero, D., & Navarro, E. (2011). Differences in cognitive performance, level of dependency and quality of life (QoL), related to age and cognitive status in a sample of Spanish old adults under and over 80 years of age. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 53*(3), 292-297. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.11.030>
- Carcavilla González, N. (2022). El futuro de las intervenciones psicosociales para fomentar la calidad de vida en el envejecimiento.
- Carnero Pardo, C., de la Vega Cotarelo, R., López Alcalde, S., Martos Aparicio, C., Vílchez Carrillo, R., Mora Gavilán, E., & Galvin, J. E. (2013). Evaluación de la utilidad diagnóstica de la versión española del cuestionario al informador «AD8». *Neurología, 28*(2), 88-94. <https://10.1016/j.nrl.2012.03.012>

- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331–338.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Cerquera, A. M. & Meléndez, C. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento psicológico*, 7(14), 63-72.
- De Psiquiatría, A. A. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5.
- DiTommaso, E., Brannen, C., & Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), 99–119.
<https://doi.org/10.1177/0013164403258450po>
- DiTommaso, E., & Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: A re-examination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and individual differences*, 22(3), 417-427.
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(96\)00204-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(96)00204-8)
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. *Humanitas*, 1, 27-38.
- Fernández-Fernández, V., Márquez-González, M., Losada-Baltar, A., García, P. E., & Romero-Moreno, R. (2013). Diseño y validación de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados: El papel del pensamiento rumiativo y el crecimiento personal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(4), 161–170.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.03.006>
- Fundación “la Caixa”. (2018). La soledad en las personas mayores: prevalencia, características y estrategias de afrontamiento.
- Galvin, J. E., Roe, C. M., Powlishta, K. K., Coats, M. A., Muich, S. J., Grant, E., Miller, J. P., Storandt, M., & Morris, J. C. (2005). The AD8: A brief informant interview to detect

dementia. *Neurology*, 65(4), 559–564.

<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000172958.95282.2a>

Gutiérrez, J. M. S., Asensio, I., & Aragón, M. L. V. (2017). Características y factores asociados a la depresión en el anciano en España desde una perspectiva de género. *Actas españolas de psiquiatría*, 45(5), 185-200.

Hajek, A., Volkmar, A., & König, H. H. (2025). Prevalence and correlates of loneliness and social isolation in the oldest old: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60(5), 993-1015.
<https://doi.org/10.1007/s00127-023-02602-0>

Hawkey, L. C., Buecker, S., Kaiser, T., & Luhmann, M. (2022). Loneliness from young adulthood to old age: Explaining age differences in loneliness. *International journal of behavioral development*, 46(1), 39-49. <https://doi.org/10.1177/0165025420971048>

IBM Corp. (2022). *IBM SPSS Statistics*, Version 29.0. Armonk, NY: IBM Corp. IBM Corp. [Computer software]

Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Una población envejecida*.
https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-1c.html?lang=es

Lapuente, F. R., & Navarro, J. P. S. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de psicología*, 14(1), 27-43.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=205943>

Lezaun, J. J. Y., Sarasola, A. C., Chamorro, S. H., Hernandis, S. P., Canals, S. R., & Talavera, C. S. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (66), 61-75. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.05>

López Doblas, J. y M. P. Díaz Conde. 2018. “El sentimiento de soledad en la vejez”. *Revista Internacional de Sociología* 76(1): e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>

- Losada, A., de los Angeles Villareal, M., Nuevo, R., Márquez-González, M., Salazar, B. C., Romero Moreno, R., Carrillo, A. L., & Fernández-Fernández, V. (2012). Cross-cultural confirmatory factor analysis of the CES-D in Spanish and Mexican dementia caregivers. *The Spanish Journal of Psychology*, *15*(2), 783–792. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n2.38890
- Meléndez, J. C., Llopis, J., Marti-Hoyos, I., Bueno, C., Satorres, E., & Delhom, I. (2025). Determinantes de la soledad no deseada en los adultos mayores: un análisis de factores psicológicos y sociodemográficos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, *60*(5), 101670. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2025.101670>
- Molés Julio, M. P., Esteve Clavero, A., Lucas Miralles, M. V., & Folch Ayora, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería global*, *18*(55), 58-82. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
- Navarro-González, E., Calero, M. D., & Becerra-Reina, D. (2015). Trayectorias de envejecimiento de una muestra de personas mayores: un estudio longitudinal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, *50*(1), 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.07.002>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Salech, M. F., Jara, L. R., & Michea, A. L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *23*(1), 19-29. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)

- Son, H., Cho, H. J., Cho, S., Ryu, J., & Kim, S. (2022). The moderating effect of social support between loneliness and depression: differences between the young-old and the old-old. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2322. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042322>
- Triadó, C., & Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 43-56.
- Yu, J., Li, J., Cuijpers, P., Wu, S., & Wu, Z. (2012). Prevalence and correlates of depressive symptoms in Chinese older adults: A population-based study. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 305-312. <https://doi.org/10.1002/gps.2721>
- Yáñez-Yaben, S. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International journal of psychology and psychological therapy*, 8(1), 103-116.
- Weiss, R. (1975). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT press.

Anexos

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: [Comparación entre adultos-mayores y mayores-mayores. Análisis de los determinantes de la sintomatología depresiva en la vejez]

Autor/a: [Alicia Sampedro Velázquez]

DNI/Alumno/a: [47296627W]

Nombre del Director/a de TFM: [Natalia Martín María]

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

He utilizado ChatGPT como ayuda a la hora de comprender mejor algunas de las partes de los artículos, sobre todo aquellos que eran en inglés, le pedía que me tradujera algunas partes o incluso que me resumiera para asegurarme de si el artículo encajaba con lo que buscaba.

Promts: Tengo dudas de si estos artículos recogen bien la idea de cómo influye la soledad en la aparición de la depresión.

Promts: Quiero que me expliques estos dos párrafos

Promts: Quiero que me traduzcas tal cual está en el artículo la introducción y la discusión.

Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Hice uso de ChatGPT para que me diese ideas sobre cómo organizar los distintos apartados del trabajo, sobre todo de la introducción y la discusión.

Ejemplo Promts: Te voy a mandar la estructura que he pensado para este apartado y las ideas que quiero añadir.

Quiero que me lo organices y me des otras ideas que consideres necesario nombrar.

Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].

He hecho uso de ChatGPT para aportar un estilo más académico para una mejor redacción.

Ejemplo Promts: necesito que me redactes mejor estos párrafos, utilizando un estilo más académico:

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos más relevantes de las últimas décadas. El aumento de la esperanza de vida, el descenso de la natalidad y los avances sanitarios han provocado un crecimiento en la población mayor, especialmente del grupo de mayores de 80 años. En 2020, a nivel mundial, 1000 millones de personas pertenecían al grupo poblacional mayores de 60 años. Sin embargo, se espera que esta cifra continúe en aumento en los próximos años, llegando a alcanzar los 2100 millones en 2050, de los cuales 426 millones serán mayores de 80 años (OMS, 2025). Según datos de Eurostat, se observa una diferencia con respecto al crecimiento

entre los grupos de edades avanzadas en Europa y España. El porcentaje de población entre 65-79 años ha aumentado en la Unión Europea desde aproximadamente el 12,4% en 2001 hasta el 14,6% en 2020, mientras que en España ha pasado del 13% al 13,5% en el mismo periodo. Sin embargo, el grupo de edad que ha experimentado un mayor crecimiento es el de las personas de 80 años o más, que en la Unión Europea pasó del 3,4% en 2001 al 5% en 2012, y en España del 3,7% al 6% en ese mismo periodo, llegando casi a duplicar la cifra. Este envejecimiento poblacional se asocia a un mayor deterioro tanto físicos como psíquicos, siendo la depresión uno de los trastornos mentales más frecuentes en la vejez (OMS, 2025). Por todo ello, cabe destacar la importancia de prestar atención e investigar acerca de este grupo poblacional cada vez más representativo a nivel mundial.

Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM].

He hecho uso de ChatGPT para obtener ideas en algunos apartados como la introducción y la discusión. En todo momento se verificó si la información generada era coherente y veraz con los artículos científicos encontrados.

En base a la guía propuesta por la IA y la información de los artículos científicos rescatados de las bases de datos, redacté yo misma los distintos apartados.

Otros (especificar): [_____]

-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.

El uso que he hecho de la IA ha sido desde un punto más orientativo, contrastando en todo momento la información que me daba la IA a través de los artículos científicos encontrados en las bases de datos. La información que introducía en el programa ChatGPT era información que previamente había seleccionado de artículos e ideas propias.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a:



Fecha: 14/05/2026