



Universidad Internacional de La Rioja  
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**Relación entre soledad percibida y  
síntomatología depresiva en personas  
mayores**

|                                        |                                 |
|----------------------------------------|---------------------------------|
| Trabajo fin de estudio presentado por: | Noelia Barja Costa              |
| Modalidad:                             | Revisión Sistemática            |
| Director/a:                            | Sara González de la Torre Muñoz |
| Fecha:                                 | 26-06-2026                      |

## Resumen

Esta revisión sistemática analiza la evidencia empírica reciente sobre la relación entre la soledad percibida y la sintomatología depresiva en personas mayores de 60 años. Siguiendo el protocolo PRISMA 2020, se realizó una búsqueda en PsycINFO, Scopus y Web of Science de estudios cuantitativos publicados entre 2021 y 2026. Los 20 estudios seleccionados señalan una relación bidireccional entre ambas variables, mostrando que la soledad crónica se asocia con mayor gravedad de los síntomas depresivos en comparación con la transitoria. Así mismo, se identificaron factores protectores relevantes, como la resiliencia y el sentido de vida, capaces de modular dicha relación. Los resultados respaldan la consideración de la soledad percibida como un importante factor psicosocial modificable asociado al deterioro de la salud mental en las personas mayores, resaltando la necesidad de desarrollar intervenciones desde la Psicología Sanitaria orientadas al fortalecimiento del apoyo social y la participación comunitaria.

**Palabras clave:** soledad percibida, sintomatología depresiva, personas mayores, revisión sistemática, salud mental.

## Abstract

This systematic review analyzes recent empirical evidence on the relationship between perceived loneliness and depressive symptomatology in adults over 60 years of age. Following the PRISMA 2020 guidelines, a search was conducted in PsycINFO, Scopus and Web of Science for quantitative studies published between 2021 and 2026. The 20 selected studies indicate a bidirectional relationship between both variables, showing that chronic loneliness is associated with greater severity of depressive symptoms compared to transient loneliness. Furthermore, relevant protective factors, such as resilience and meaning in life, were identified as capable of moderating this relationship. The findings support the consideration of perceived loneliness as an important modifiable psychosocial factor associated with mental health deterioration in older adults, highlighting the need to develop interventions from the field of Health Psychology aimed at strengthening social support and community participation.

**Keywords:** perceived loneliness, depressive symptomatology, older adults, systematic review, mental health.

## Índice de contenidos

|                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Marco teórico .....                                                            | 8  |
| 1.1. El envejecimiento .....                                                      | 8  |
| 1.2. La soledad en la vejez .....                                                 | 9  |
| 1.3. Sintomatología depresiva en personas mayores .....                           | 10 |
| 1.4. Relación entre la soledad percibida y la depresión en personas mayores ..... | 11 |
| 2. Justificación .....                                                            | 13 |
| 3. Objetivos .....                                                                | 15 |
| 3.1. Objetivo general .....                                                       | 15 |
| 3.2. Objetivos secundarios.....                                                   | 15 |
| 4. Pregunta de investigación .....                                                | 16 |
| 5. Metodología .....                                                              | 17 |
| 5.1. Estrategia de búsqueda .....                                                 | 17 |
| 5.2. Criterios de inclusión y exclusión .....                                     | 18 |
| 5.3. Proceso de cribado y selección de estudios .....                             | 19 |
| 6. Resultados .....                                                               | 23 |
| 6.1. Síntesis descriptiva de estudios .....                                       | 23 |
| 6.2. Síntesis de resultados .....                                                 | 29 |
| 6.2.1. Bidireccionalidad y dinámicas temporales .....                             | 29 |
| 6.2.2. Cronicidad versus transitoriedad .....                                     | 30 |
| 6.2.3. Mecanismos protectores y mediadores .....                                  | 30 |
| 6.2.4. Interacción con la salud física y la fragilidad.....                       | 31 |
| 6.2.5. Determinantes sociales, familiares y tecnológicos .....                    | 31 |
| 7. Discusión y conclusiones .....                                                 | 37 |

|      |                                                                             |    |
|------|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| 7.1. | Síntesis e interpretación de los principales hallazgos .....                | 37 |
| 7.2. | Bidireccionalidad y estabilidad temporal de la relación.....                | 38 |
| 7.3. | El impacto crítico de la cronicidad frente a la transitoriedad.....         | 39 |
| 7.4. | Mecanismos mediadores y moderadores .....                                   | 40 |
| 7.5. | La interacción entre salud física, fragilidad y determinantes sociales..... | 41 |
| 7.6. | Comparación con metaanálisis y literatura previa.....                       | 43 |
| 7.7. | Limitaciones de la revisión sistemática .....                               | 43 |
| 7.8. | Prospectiva y líneas futuras de investigación .....                         | 45 |
| 7.9. | Conclusiones finales .....                                                  | 47 |
|      | Referencias bibliográficas .....                                            | 48 |

## Índice de figuras

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Diagrama de Flujo según el Modelo PRISMA para la Revisión Sistemática ..... | 22 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|

## Índice de tablas

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Ecuación de búsqueda según la Base de Datos utilizada.....                 | 18 |
| Tabla 2. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática ..... | 25 |
| Tabla 3. Síntesis de los principales resultados .....                               | 33 |

## 1. Marco teórico

### 1.1. El envejecimiento

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos más significativos actualmente dadas sus repercusiones sociales, económicas y sanitarias. Este proceso, se caracteriza por un aumento progresivo de la proporción de personas mayores en la población como resultado de la mayor esperanza de vida junto a la disminución de las tasas de natalidad. Esta realidad, se ve respaldada por los datos arrojados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual estima que entre los años 2015 y 2050 la proporción de personas mayores de 60 años a nivel mundial pasará de un 12% a un 22%; hecho que supondrá una transformación sin precedentes en la estructura demográfica global psicológica (World Health Organization, 2025).

Desde una perspectiva biopsicosocial, el envejecimiento no debe entenderse únicamente como un proceso de deterioro, sino como una etapa del ciclo vital caracterizada por una amplia variabilidad interindividual, que pone de manifiesto la inexistencia de una única forma de envejecer. Por ello, la Organización Mundial de la Salud, a fin de dar respuesta a esta realidad propone el modelo de envejecimiento activo con el propósito de incrementar el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, por medio de la promoción de la participación social, el fortalecimiento de la salud y la garantía de seguridad (World Health Organization, 2020).

Asimismo, el enfoque del envejecimiento exitoso plantea que la vejez puede vivirse de forma positiva cuando se mantienen niveles adecuados de funcionamiento físico, cognitivo y social. No obstante, investigaciones recientes señalan la necesidad de incluir en la conceptualización de envejecimiento dimensiones de carácter subjetivo como pueden ser el bienestar psicológico y la satisfacción vital (Cosco et al., 2018; Martín-María et al., 2017).

A pesar de estas perspectivas positivas, la vejez también se asocia a una mayor vulnerabilidad psicosocial derivada de la presencia de factores como: la jubilación, la pérdida de roles sociales, el deterioro funcional, el duelo por la pérdida de seres queridos y la aparición de enfermedades de carácter crónico que pueden afectar de forma significativa al bienestar emocional. Todo ello, se ve respaldado por la evidencia actual, la cual muestra que tales

cambios vitales junto con la presencia de eventos estresantes en la vejez se relacionan con un mayor riesgo de malestar psicológico y problemas de salud mental, especialmente cuando se ven acompañados de una disminución del apoyo social (Santini et al., 2020). Esta misma relación fue respaldada por Fakoya et al. (2020), quienes destacan que la reducción del apoyo social junto con el incremento del aislamiento social no son solo circunstancias que coexisten en el tiempo, sino que actúan como factores clave en el deterioro de la salud mental de las personas mayores.

En consecuencia, el envejecimiento se configura como un período clave para la implementación de intervenciones preventivas dirigidas a fomentar el bienestar emocional, promover la participación social y detectar de manera precoz situaciones de riesgo psicológico, tal y como defiende el modelo de envejecimiento activo de la OMS (2020).

## 1.2. La soledad en la vejez

La soledad en la vejez constituye un fenómeno complejo que ha ido adquiriendo con el paso del tiempo especial relevancia en el ámbito de la salud pública debido a su elevada prevalencia y a sus implicaciones en el bienestar físico y psicológico de las personas mayores. Desde un enfoque teórico, la soledad puede describirse como una vivencia personal y subjetiva que resulta desagradable y que aparece cuando se produce un desajuste entre las relaciones sociales que una persona desea y las que realmente tiene. En este sentido, es importante diferenciarla del aislamiento social, ya que este último hace referencia a una situación objetiva caracterizada por la ausencia o escasez de contactos e interacciones sociales (World Health Organization, 2021), mientras que la soledad tal y como se mencionaba con anterioridad, se trata de una percepción individual de cada persona.

En las personas mayores, la soledad suele estar asociada a diversas transiciones vitales propias del envejecimiento, entre las que destacan la viudedad, la pérdida de relaciones de amistad significativas, la jubilación y la reducción progresiva de la participación en la sociedad. Estas circunstancias, pueden contribuir a una disminución de las redes de apoyo, aumentando la vulnerabilidad emocional. Además, factores como la presencia de enfermedades crónicas,

la pérdida de autonomía o las limitaciones de movilidad pueden intensificar esta experiencia subjetiva de desconexión social.

A su vez, cabe destacar que la evidencia reciente indica que la soledad no es únicamente un problema emocional, sino también un factor clave para la salud. En consonancia, la Organización Mundial de la Salud advierte que la soledad y el aislamiento social en personas mayores se asocian con un mayor riesgo de mortalidad prematura, deterioro funcional y peor salud mental en general (World Health Organization, 2021). En este sentido, la soledad se considera un factor de riesgo modificable, lo que ha impulsado el desarrollo de estrategias de prevención e intervención centradas en el fortalecimiento de las redes sociales y la participación comunitaria a fin de paliar las consecuencias derivadas de los desafíos propios de la vejez, tales como el impacto de la jubilación, el duelo o la pérdida de autonomía funcional.

### 1.3. Sintomatología depresiva en personas mayores

En personas mayores, la presencia de sintomatología depresiva como tristeza, pérdida de interés o placer, alteraciones cognitivas y somáticas acompañada de un deterioro funcional significativo que interfiere en la vida diaria es un fenómeno frecuente. Por ello, la depresión en esta etapa del ciclo vital se convierte en uno de los trastornos mentales más prevalentes y una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial (World Health Organization, 2021).

En la vejez, la presentación de depresión puede diferir de manera significativa de otros grupos de edad, apareciendo con mayor frecuencia sintomatología somática, quejas físicas inespecíficas, apatía y marcado aislamiento social. De acuerdo con el National Institute on Aging (2025), estas manifestaciones heterogéneas, sumadas a que los síntomas anímicos tradicionales suelen camuflarse o confundirse con el propio proceso de envejecimiento, dificultan notablemente su correcta detección y diagnóstico temprano. A esta realidad, se suma la frecuente comorbilidad con afecciones crónicas como diabetes, trastornos cardiovasculares o procesos neurodegenerativos, lo que contribuye a una mayor complejidad clínica y deterioro funcional (Bergua et al., 2023).

Asimismo, cabe destacar que la sintomatología depresiva se ve determinada en gran medida por un conjunto de factores que aparecen con frecuencia en la vejez, como acontecimientos vitales estresantes, pérdida de seres queridos, disminución de autonomía, presencia de dolor y, de manera especialmente significativa, la disminución de apoyo social percibido. A estas circunstancias, se suma el hecho de que la presencia de depresión se asocia con un aumento de riesgo de dependencia, deterioro cognitivo, peor calidad de vida y en última instancia mayor mortalidad (World Health Organization, 2021).

Por ello, la detección precoz y abordaje de la sintomatología depresiva resultan fundamentales, especialmente en el ámbito de la atención primaria y de la Psicología Sanitaria, donde las intervenciones basadas en la evidencia pueden influir de manera significativa en su evolución.

#### 1.4. Relación entre la soledad percibida y la depresión en personas mayores

En la literatura científica actual, la relación entre la soledad percibida y la sintomatología depresiva en la vejez ha sido ampliamente estudiada, poniéndose de manifiesto de manera reiterada la existencia de una estrecha relación de carácter bidireccional. Diversos estudios han mostrado que las personas mayores que reportan mayores niveles de soledad presentan también mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos, y viceversa, sugiriendo la existencia de un ciclo de retroalimentación negativa entre aislamiento emocional y malestar psicológico. En concreto, se ha observado que la soledad constituye un predictor significativo de la depresión en la vejez, incluso tras controlar variables sociodemográficas y de salud física (Erzen & Çikrikci, 2018; Hu et al., 2022). Estos hallazgos sugieren que la soledad no solo es un correlato de la depresión, sino que puede desempeñar un papel causal en su aparición y mantenimiento. Desde una perspectiva explicativa, esta relación puede entenderse a través de mecanismos psicológicos y conductuales. La soledad percibida se asocia con sesgos cognitivos negativos, disminución de la autoestima, incremento de la rumiación y una mayor sensibilidad al rechazo social, factores que contribuyen al desarrollo de sintomatología depresiva. Así mismo, desde un enfoque conductual, la reducción de la interacción social

limita el acceso a reforzadores positivos, favoreciendo el aislamiento progresivo y el mantenimiento del estado depresivo.

Además, estudios longitudinales recientes han evidenciado que la relación entre ambas variables es dinámica y bidireccional, de modo que la sintomatología depresiva también puede aumentar la percepción de soledad, generando un círculo vicioso difícil de romper sin intervención específica (Santini et al., 2020). Por ello, se ha propuesto que las intervenciones más eficaces deben abordar simultáneamente tanto los síntomas depresivos como la reducción de la soledad, especialmente mediante estrategias de activación social y fortalecimiento de redes de apoyo.

En conjunto, la evidencia disponible respalda la necesidad de abordar la soledad percibida como un factor determinante para la prevención y tratamiento de la sintomatología depresiva en personas mayores, lo que resulta especialmente relevante para el diseño de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia actual.

## 2. Justificación

A pesar del creciente número de estudios que analizan la relación entre la soledad percibida y los síntomas depresivos en la vejez, la evidencia científica actual continúa siendo diversa y poco uniforme, lo que dificulta la obtención de conclusiones claras. Esta falta de consenso se debe en gran medida a la variedad de enfoques metodológicos empleados, así como a la diversidad de resultados encontrados; lo que dificulta determinar con precisión la magnitud de la relación entre ambas variables y su manifestación en diferentes contextos. Por ello, aun cuando trabajos previos como los de Erzen & Çikrikci (2018) y Hu et al. (2022) ponen de manifiesto la existencia de una relación significativa entre soledad percibida y sintomatología depresiva, continúa siendo necesario profundizar en ello; puesto que la variabilidad de los resultados encontrados hasta el momento sugiere diferencias relevantes entre estudios que todavía no se han logrado integrar en su totalidad.

Esta complejidad se ve agravada por la frecuente coexistencia de soledad y sintomatología depresiva en la población mayor, siendo fenómenos que no solo se presentan de forma simultánea en el tiempo, sino que terminan convirtiéndose en problemas de salud mental con elevada prevalencia e importante carga de discapacidad asociada. Por ello, la vulnerabilidad psicológica presente en esta etapa vital no surge de forma aislada, sino que se encuentra determinada por múltiples factores propios del proceso de envejecimiento, como pueden ser la pérdida progresiva de redes de apoyo social, la jubilación y la disminución o pérdida de autonomía funcional. En su conjunto, los factores anteriormente mencionados intensifican el aislamiento y el malestar emocional de la persona que transita esta etapa vital (Erzen & Çikrikci, 2018).

En este contexto, resulta necesario integrar de forma sistemática la evidencia disponible en la actualidad a fin de alcanzar una comprensión más completa y útil de la relación entre soledad percibida y sintomatología depresiva. Esto permitiría determinar los aspectos clave para actuar con precisión en el ámbito de la Psicología Sanitaria, donde la falta de una delimitación clara de los factores involucrados dificulta la aplicación de intervenciones efectivas. Por ello, se justifica una revisión de la literatura que proporcione una síntesis rigurosa de la evidencia actual y facilite la toma de decisiones clínicas basadas en datos reales

y actualizados. Asimismo, el hecho de identificar tanto las consistencias como los vacíos en la literatura permitirá desarrollar intervenciones más efectivas, orientadas a reducir el impacto que tiene la soledad sobre la salud mental de las personas mayores.

## 3. Objetivos

### 3.1. Objetivo general

La presente revisión sistemática tiene como objetivo general analizar la evidencia empírica reciente sobre la relación entre la soledad percibida y la sintomatología depresiva en personas mayores de 60 años, prestando especial atención a la direccionalidad de dicha relación y al papel de las variables moderadoras y mediadoras implicadas.

### 3.2. Objetivos secundarios

1. Examinar la asociación entre la soledad percibida y los síntomas depresivos en la población mayor a través de los estudios empíricos recientes.
2. Analizar la posible direccionalidad de la relación entre ambas variables mediante la comparación de los resultados de los estudios longitudinales y transversales.
3. Identificar variables moderadoras y mediadoras implicadas en la relación entre la soledad percibida y la sintomatología depresiva, especialmente factores individuales, sociales y relacionados con la salud en general.
4. Sintetizar las principales implicaciones clínicas y preventivas derivadas de los resultados encontrados.

## 4. Pregunta de investigación

Con el propósito de analizar de forma exhaustiva la evidencia científica actual sobre la relación entre la soledad percibida y la presencia de síntomas depresivos en las personas mayores, se formuló la siguiente pregunta de investigación basada en el modelo PECO:

1. P (Población): Personas mayores de 60 años.
2. E (Exposición): Soledad percibida auto informada.
3. C (Comparador): Bajos niveles de soledad percibida o ausencia de esta.
4. O (Outcomes/Resultados): Presencia y/o severidad de la sintomatología depresiva.

A partir de los elementos anteriores, la presente revisión sistemática planteó la siguiente cuestión: “¿Existe una relación significativa entre la soledad percibida y la presencia de sintomatología depresiva en personas mayores de 60 años, y qué variables pueden influir en dicha asociación?”

Con relación a la anterior pregunta, se plantea como hipótesis principal que a niveles más altos de soledad percibida mayor será la severidad de la sintomatología depresiva en personas mayores. Además, se espera que:

- a. Los estudios longitudinales pongan en evidencia una relación más robusta y consistente entre ambas variables.
- b. Los factores individuales y contextuales, como el apoyo social, el estado de salud o la convivencia, moderen la intensidad de la relación.

## 5. Metodología

El diseño de revisión sistemática fue escogido por su idoneidad para sintetizar de forma rigurosa, transparente y replicable la evidencia empírica disponible en la actualidad acerca de la relación existente entre la soledad percibida y la sintomatología depresiva en personas cuya edad es igual o superior a los 60 años. Este enfoque metodológico, desarrollado conforme a las directrices establecidas en la declaración *PRISMA 2020* (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Page et al., 2021), permitirá la identificación, selección y síntesis de la evidencia científica actual. La revisión no fue registrada previamente en PROSPERO debido a las limitaciones temporales del trabajo académico.

Dada la elevada heterogeneidad metodológica identificada en la literatura reciente, se priorizaron los estudios longitudinales, prospectivos y con modelos analíticos avanzados (cross-laged, RI-CLPM y modelos causales), al permitir una mejor aproximación a la direccionalidad y estabilidad temporal de la relación entre la soledad percibida y la sintomatología depresiva en personas mayores. No obstante, también fueron considerados algunos estudios transversales para poder complementar la identificación de variables moderadoras y mediadoras asociadas.

### 5.1. Estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó mediante el uso de tres bases de datos elegidas por su relevancia en la literatura psicológica y neurocientífica: PsycINFO por concentrar estudios clínicos y sanitarios; y Scopus y WoS por garantizar el acceso a investigaciones internacionales de alto impacto. Los términos de búsqueda se construyeron a partir de la pregunta de investigación en formato PECO, empleando sinónimos, truncamientos y términos controlados con el objetivo de garantizar una estrategia de búsqueda amplia y reproducible.

La búsqueda se realizó el 1 de mayo de 2026. Inicialmente, se aplicaron los siguientes filtros: los idiomas se limitaron al inglés y español; el rango temporal abarcó desde enero de 2021 hasta mayo de 2026, con la finalidad de recoger la evidencia científica más reciente; en cuanto al tipo de estudio se seleccionaron exclusivamente artículos originales, estudios

empíricos cuantitativos y ensayos clínicos; asimismo solo se consideraron publicaciones que hubieran superado el proceso de revisión por pares.

Para garantizar la reproducibilidad de la búsqueda, se documentaron todas las ecuaciones de búsqueda empleadas (Tabla 1). Los términos se combinaron mediante operadores booleanos (AND y OR).

**Tabla 1**

*Ecuación de búsqueda según la Base de Datos utilizada*

| Base de datos        | Ecuación de búsqueda                                                                                       |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PsycINFO (APA)       | ("loneliness" OR "perceived loneliness") AND ("depress*") AND ("older adults" OR "elderly" OR "late life") |
| Scopus               | ("loneliness" OR "perceived loneliness") AND ("depress*") AND ("older adults" OR "elderly" OR "late life") |
| Web of Science (WoS) | ("loneliness" OR "perceived loneliness") AND ("depress*") AND ("older adults" OR "elderly" OR "late life") |

## 5.2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión empleados en la presente revisión sistemática fueron los siguientes:

### **Criterios de inclusión:**

- Estudios empíricos cuantitativos con diseño longitudinal o transversal, priorizando los estudios longitudinales dada su mayor capacidad para inferir direccionalidad entre las variables.
- Investigaciones cuyos participantes tuvieran una edad igual o superior a 60 años o pertenecieran a cohortes de envejecimiento poblacional (ejemplo: SHARE, CHARLS, ELSA).

- Trabajos que evalúen de forma explícita la soledad percibida mediante instrumentos validados.
- Estudios que evalúen la sintomatología depresiva mediante escalas estandarizadas.
- Investigaciones que realicen un análisis estadístico de la relación entre soledad percibida y los síntomas depresivos.
- Publicaciones en inglés o español.

**Criterios de exclusión:**

- Estudios cualitativos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y literatura gris.
- Estudios publicados con anterioridad a enero de 2021.
- Investigaciones centradas exclusivamente en el aislamiento social objetivo sin la evaluación de la soledad percibida.
- Estudios cuya muestra estuviera conformada por personas con deterioro cognitivo moderado o severo, demencia o trastornos neurodegenerativos que pudieran interferir en la fiabilidad de las respuestas autoinformadas.
- Trabajos que no reporten análisis estadísticos de la relación entre las variables de interés.
- Estudios centrados principalmente en intervenciones, tratamientos o programas terapéuticos.

### 5.3. Proceso de cribado y selección de estudios

La revisión sistemática se desarrolló conforme a las directrices PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Page et al., 2021), siguiendo las cuatro fases establecidas por este modelo: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión.

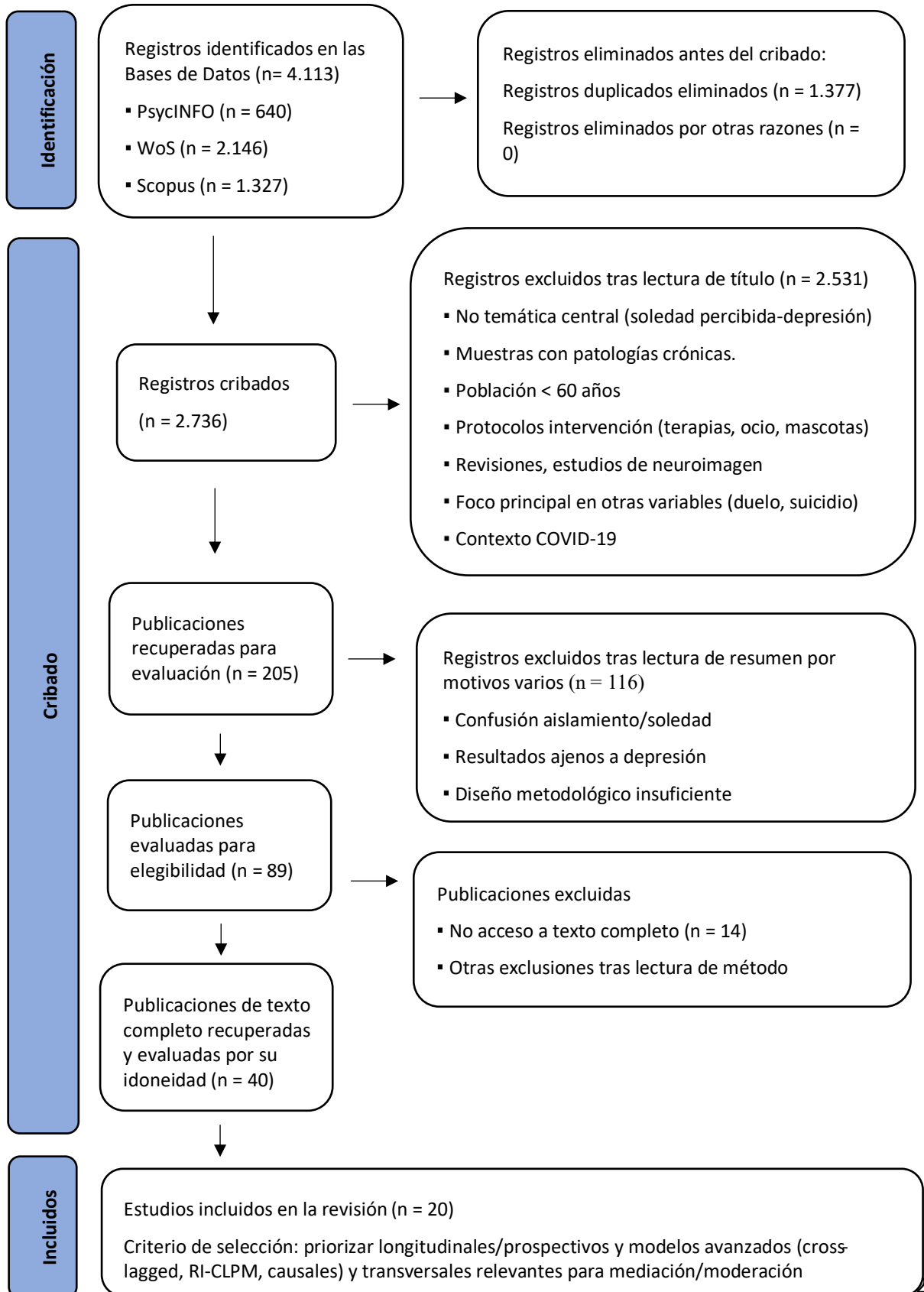
El proceso de selección de los estudios se realizó de forma progresiva, evaluando en cada una de las fases el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos:

1. Identificación: la búsqueda bibliográfica se realizó en las tres bases de datos seleccionadas, obteniendo un total de 4113 registros (2146 de Web of Science, 1327 en Scopus y 640 en PsycINFO). Tras exportar los resultados de la búsqueda a Zotero y eliminar 1377 duplicados, se obtuvieron un total de 2736 registros únicos.
2. Cribado de títulos y resúmenes: a fin de seleccionar únicamente aquellos estudios que se ajustaran a la pregunta de investigación y a los criterios de inclusión establecidos, inicialmente se revisaron los títulos, excluyendo 2531 registros por diferentes motivos como: no abordar la temática central del trabajo (relación entre soledad percibida y sintomatología depresiva); centrarse en muestras con patologías crónicas específicas como diabetes, sarcopenia, osteoporosis, problemas auditivos o dentales; centrarse en población con deterioro cognitivo o demencias; usar muestras con población menor de 60 años; o presentar objetivos que se alejaban de la pregunta de investigación de la presente revisión. Asimismo, se excluyeron investigaciones sobre protocolos de intervención (incluyendo terapias psicológicas, intervenciones digitales, uso de tecnologías, actividades de ocio, música, danza, mascotas o programas remotos), dado que el objetivo de la presente revisión no era evaluar tratamientos, sino la relación entre las variables soledad percibida y sintomatología depresiva. A su vez, se descartaron trabajos de revisión, estudios de neuroimagen e investigaciones cuyo foco principal se situaba en variables distintas a la sintomatología depresiva, como: calidad de vida, hábitos de vida, satisfacción vital, ideación suicida, suicidio, duelo y rendimiento cognitivo. De igual manera, se excluyeron las investigaciones que se centraban específicamente en el contexto de la pandemia por COVID-19, al tratarse de un fenómeno excepcional y poco representativo del fenómeno objetivo en esta revisión (la soledad percibida como constructo estable en condiciones no extraordinarias). Posteriormente, se procedió a la evaluación de los 205 registros restantes por medio de la lectura de resúmenes, tras la cual se eliminaron 116 estudios por las siguientes razones: no analizar la relación entre soledad percibida y sintomatología depresiva en personas mayores, centrarse en aislamiento social objetivo o presentar objetivos que se alejaban de la pregunta de investigación. Como resultado, 89 artículos fueron considerados como potencialmente elegibles para una revisión más detallada.

3. Evaluación de elegibilidad: tras el cribado de títulos y resúmenes, se procedió a un análisis pormenorizado de los 89 artículos a través de la revisión del apartado metodológico, con el objetivo de analizar la forma en que evaluaban la soledad percibida y la sintomatología depresiva. Tras esta evaluación fueron eliminados un total de 49 investigaciones, siendo 14 de ellas excluidas por no tener acceso al texto completo. Posteriormente, se realizó la lectura a texto completo de los 40 estudios restantes para valorar su idoneidad. Tras su revisión y dada la elevada heterogeneidad encontrada entre las diferentes investigaciones (especialmente con relación a las variables analizadas, los instrumentos empleados y los objetivos específicos de la investigación) se realizó una selección definitiva basada en criterios de consistencia metodológica y relevancia para la pregunta de investigación. Se priorizaron los estudios longitudinales y prospectivos, así como aquellos que empleaban modelos analíticos más avanzados (cross-lagged, RI-CLPM y modelos causales), dada su mayor capacidad para inferir direccionalidad entre las variables de estudio. A su vez, se conservaron algunos estudios transversales considerados especialmente relevantes para complementar el análisis de las variables mediadoras y moderadoras. Tras este proceso, 20 estudios empíricos cuantitativos fueron incluidos en la presente revisión sistemática. Por último, se elaboró un diagrama de flujo detallado para resumir todas las etapas del proceso de selección (Figura 1).

**Figura 1**

*Diagrama de Flujo según el Modelo PRISMA para la Revisión Sistemática*



## 6. Resultados

### 6.1. Síntesis descriptiva de estudios

En la Tabla 2 se presentan las características de los 20 estudios seleccionados para la presente revisión sistemática. Para la elaboración de dicha tabla se tuvieron en cuenta las siguientes categorías: tipo de diseño (longitudinal o transversal), características de la muestra (país, rango de edad y media de edad), variables analizadas (mediadoras o moderadoras) e instrumentos de medición de las variables soledad percibida y sintomatología depresiva. Esta estructura permite comparar de forma sistemática las características de las diferentes investigaciones, facilitando la comprensión global del diseño empleado en los diferentes estudios de manera previa al análisis los resultados.

Los 20 estudios seleccionados se corresponden con diseños empíricos cuantitativos, predominando los estudios longitudinales, sumando un total de 15 estudios. Estos, comprenden períodos temporales muy diversos, desde evaluaciones a corto plazo de dos años de duración hasta seguimientos extensos de 12, 15 y 21 años; y reflejan el creciente interés por averiguar la estabilidad temporal de los síntomas, así como la posible bidireccionalidad de la relación entre soledad percibida y sintomatología depresiva en las personas mayores. Las 5 investigaciones restantes se corresponden con diseños de tipo transversal los cuales pretenden analizar la presencia de variables mediadoras o moderadoras en la relación soledad percibida-depresión.

A su vez, cabe destacar que las muestras analizadas presentan una notable robustez estadística y amplia representación geográfica. En cuanto al volumen de participantes, este oscila de manera significativa desde estudios focalizados en muestras de 887 participantes hasta investigaciones masivas que superan los 45.000 sujetos. Geográficamente, la revisión abarca diversos contextos internacionales: desde estudios nacionales en España, EE.UU., Reino Unido y China, hasta análisis transnacionales que aúnan datos de múltiples países occidentales y europeos por medio del uso de cohortes como es el caso de SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) y CHARLS (China Health and Retirement Longitudinal Study).

En lo relativo al perfil en función de la edad, todas las investigaciones se centran en personas mayores, encontrándose una media de edad situada por encima de los 60-70 años a pesar de incluir en algunos casos participantes con edades de 45 o 50 años en adelante; lo que permite observar la interacción de las variables psicológicas (soledad percibida y depresión) con factores propios de la edad avanzada como: el deterioro físico, el dolor crónico y la fragilidad.

Respecto a la evaluación psicométrica, existe cohesión en el uso de instrumentos ampliamente validados, tanto para la evaluación de la soledad percibida a través de pruebas como la escala UCLA (University of California Los Angeles Loneliness Scale) y la escala DJLS (De Jong Gierveld Loneliness Scale), como para la evaluación de la sintomatología depresiva por medio de instrumentos como la escala CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale); EURO-D (European Depression Scale); CIDI (Composite International Diagnostic Interview); GDS (Geriatric Depression Scale) y PHQ-9 (Patient Health Questionnaire).

Finalmente, el análisis de las variables intervinientes pone de manifiesto que la relación entre la soledad percibida y los síntomas depresivos se encuentra influida por diversos factores individuales y contextuales, ya que los estudios revisados no se limitan a constatar la asociación entre ambas variables, sino que exploran mecanismo de mediación y moderación que incluyen factores como: la resiliencia psicológica, el sentido de vida (Meaning in Life; MIL), el apoyo familiar o el impacto de la exclusión digital. Todo ello permite una comprensión global y profunda de cómo estas variables se entrelazan en la vida cotidiana de las personas mayores.

**Tabla 2**

*Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática*

| Referencia                       | Tipo de diseño empírico cuantitativo | Muestra (País; Rango de edad; Media de edad)                      | Variables moderadoras/mediadoras y análisis principales                                                  | Instrumento Soledad | Instrumento Depresión |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Bloomberg et al. (2025)          | Longitudinal de panel                | <i>N</i> = 7.336 (Reino Unido; ≥ 50; <i>M</i> : 60,9)             | <i>Moderación</i> : Dolor crónico                                                                        | UCLA-3              | CES-D-8               |
| Dolz-del-Castellar et al. (2025) | Longitudinal (12 años)               | <i>N</i> = 4.539 (España; ≥ 50; <i>M</i> : 59,0)                  | <i>Moderación</i> : Estado civil, ideación suicida y quejas cognitivas                                   | UCLA-3              | CIDI 3.0              |
| Domènech-Abella et al. (2021)    | Longitudinal (11 años)               | <i>N</i> = 895 (Países Bajos; ≥ 70)                               | <i>Mediación</i> : La soledad percibida media la relación entre red social, deterioro físico y depresión | DJLS-11             | CES-D                 |
| Domènech-Abella et al. (2024)    | Longitudinal (2 años)                | <i>N</i> = 45.490 (14 países occidentales; ≥ 70; <i>M</i> : 76,2) | <i>Moderación</i> : Cronicidad de la soledad (transitoria vs. crónica)                                   | UCLA-3              | EURO-D                |
| Li et al. (2024)                 | Longitudinal (8 años)                | <i>N</i> = 3.681 (EE.UU.; ≥ 60; <i>M</i> : 70,2)                  | <i>Moderación</i> : La resiliencia psicológica como factor amortiguador                                  | UCLA-11             | CES-D-8               |

|                            |                                    |                                                                    |                                                                                                                   |         |          |
|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| Luo (2023)                 | Longitudinal RI-CLPM (12 años)     | $N = 5.339$ (EE.UU.; 51-96; $M: 61,4$ )                            | <i>Bidireccionalidad</i> : Reciprocidad temporal y estabilidad de rasgos                                          | UCLA-3  | CES-D-8  |
| Mallett et al. (2022)      | Longitudinal (4 años)              | $N = 3.947$ (Irlanda; $\geq 50$ ; $M: 61,9$ )                      | <i>Trayectorias longitudinales</i> : La soledad emocional predice clases de síntomas depresivos moderados y altos | UCLA-5  | CES-D-8  |
| Martín-María et al. (2021) | Longitudinal (7 años)              | $N = 1.190$ (España; $\geq 50$ ; $M: 63,7$ )                       | <i>Trayectorias longitudinales</i> : Evolución conjunta de soledad y depresión                                    | UCLA-3  | CIDI 3.0 |
| Mayerl et al. (2022)       | Longitudinal (15 años)             | $N = 8.472$ (Reino Unido; $\geq 50$ ; $M: 65,5$ )                  | <i>Moderación</i> : Situación de convivencia y satisfacción vital                                                 | UCLA-3  | CES-D-8  |
| Mehrabi et al. (2024)      | Longitudinal (21 años)             | $N = 2.302$ (Países Bajos; 55-89; $M: 72,6$ )                      | Relación recíproca entre fragilidad física, aislamiento social y soledad                                          | DJLS-11 | CES-D    |
| Melo et al. (2025)         | Transversal                        | $N = 45.601$ (27 países europeos e Israel; $\geq 65$ ; $M: 74,9$ ) | <i>Asociación</i> : La soledad se relaciona con mayor riesgo de síntomas depresivos                               | UCLA-3  | EURO-D   |
| Nascimento et al. (2024a)  | Longitudinal cross-lagged (2 años) | $N = 7.456$ (12 países europeos; $\geq 50$ ; $M: 70,8$ )           | <i>Bidireccionalidad</i> : Interacción recíproca entre soledad y depresión                                        | UCLA-3  | EURO-D   |

|                              |                                    |                                                                           |                                                                                                                              |                 |          |
|------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|
| Nascimento et al. (2024b)    | Transversal                        | <i>N</i> = 43.151 (26 países europeos; $\geq 50$ ; <i>M</i> : 70,7)       | <i>Mediación</i> : El sentido de la vida como variable explicativa                                                           | UCLA-3          | EURO-D   |
| Sánchez-Moreno et al. (2024) | Transversal                        | <i>N</i> = 887 (España; $\geq 64$ ; <i>M</i> : 78,5)                      | <i>Análisis de asociación</i> : La soledad emocional contribuye a explicar las desigualdades socioeconómicas en la depresión | DJLS-6          | GDS-5    |
| Segel-Karpas et al. (2022)   | Longitudinal (8 años)              | <i>N</i> = 6.641 (EE.UU.; $\geq 50$ ; <i>M</i> : 69,4)                    | <i>Mediación</i> : La soledad media la relación entre las autopercepciones del envejecimiento y los síntomas depresivos      | UCLA-3          | CES-D-7  |
| Sirigu et al. (2025)         | Longitudinal Cross-lagged (2 años) | <i>N</i> = 1.954 (España; $\geq 50$ ; Cohorte SHARE)                      | <i>Bidireccionalidad</i> : Estabilidad temporal y sincronía de los síntomas                                                  | UCLA-3          | EURO-D   |
| Smit et al. (2025)           | Longitudinal ETE                   | <i>N</i> = 6.808 (28 países europeos e Israel; $\geq 65$ ; Cohorte SHARE) | <i>Análisis causal</i> : Impacto del aislamiento social objetivo sobre la depresión                                          | UCLA-3          | EURO-D   |
| Son et al. (2022)            | Transversal                        | <i>N</i> = 1.532 (EE.UU.; $\geq 65$ )                                     | <i>Moderación</i> : El apoyo del cónyuge y la familia como amortiguador                                                      | UCLA-3          | CES-D-11 |
| Su et al. (2026)             | Longitudinal RI-CLPM               | <i>N</i> = 13.719 (China; $\geq 45$ ; Cohorte CHARLS)                     | <i>Moderación</i> : Nivel de exclusión digital y relación soledad-depresión                                                  | Ítem 9 CES-D-10 | CES-D-10 |

|                   |                                      |                                      |                                                     |        |       |
|-------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------|-------|
| Tam et al. (2025) | Longitudinal cross-lagged (3,1 años) | N = 1.077 (Hong Kong; ≥ 60; M: 70,0) | Mediación: Sentido de la vida como factor protector | DJLS-6 | PHQ-9 |
|-------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------|-------|

Nota: SHARE: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*; CHARLS: *China Health and Retirement Longitudinal Study*; RI-CLPM: *Random Intercept Cross-Lagged Panel Model*; ETE: *Endogenous Treatment Effect Model*. UCLA: *University of California Los Angeles Loneliness Scale* (versiones de 3, 5 y 11 ítems); DJLS: *De Jong Gierveld Loneliness Scale* (versiones de 6 y 11 ítems); CES-D: *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (versión de 10 ítems); EURO-D: *European Depression Scale*; CIDI: *Composite International Diagnostic Interview*; GDS: *Geriatric Depression Scale*; PHQ-9: *Patient Health Questionnaire*.

## 6.2. Síntesis de resultados

La evidencia analizada a través de los 20 estudios seleccionados para la presente revisión sistemática confirma que la relación entre la soledad percibida y la sintomatología depresiva en personas mayores no es solo una correlación estadística, sino un fenómeno de carácter dinámico y multifactorial, que en la mayoría de los casos suele ser crónico. Además, cabe destacar que los resultados encontrados permiten desglosar esta relación en cinco ejes fundamentales: la bidireccionalidad de los síntomas, el impacto de la cronicidad frente a la transitoriedad, los mecanismos de mediación psicológica, la interacción con el estado salud y la influencia de los determinantes estructurales y tecnológicos.

### 6.2.1. Bidireccionalidad y dinámicas temporales

Uno de los hallazgos más relevantes de la presente revisión sistemática es la naturaleza recíproca de la relación entre soledad percibida y sintomatología depresiva, la cual se ve especialmente respaldada por los estudios longitudinales. En su conjunto, las investigaciones coinciden en que la soledad percibida se asocia temporalmente con los síntomas depresivos y que la sintomatología depresiva también se relaciona con niveles posteriores de soledad percibida.

Por una parte, estudios como los de Luo (2023) y Sirigu et al. (2025) ponen de manifiesto que las variaciones intraindividuales en la sintomatología depresiva predicen los niveles posteriores de soledad y viceversa. No obstante, la intensidad de dicha relación parece variar en función de las dimensiones específicas de la depresión, observándose asociaciones especialmente consistentes con la apatía y la falta de motivación.

Por otra parte, Smit et al. (2025) señalan que, aunque la asociación entre la soledad subjetiva y los síntomas depresivos es sólida, la evidencia de efectos directos a corto plazo resulta más limitada, indicando que parte de dicha relación podría estar asociada a condiciones sociales y de salud subyacentes.

### 6.2.2. Cronicidad versus transitoriedad

La persistencia de la soledad a lo largo del tiempo emerge como uno de los factores con mayor relevancia clínica para la salud mental de las personas mayores. Los estudios revisados coinciden en señalar que la soledad crónica se asocia con mayores niveles de sintomatología depresiva en comparación con experiencias episódicas o transitorias de soledad.

En este sentido, Domènech-Abella et al. (2024) observaron que la relación entre la soledad y la depresión se intensificaba cuando el sentimiento de soledad permanecía estable a lo largo del tiempo. De manera complementaria, Bloomberg et al. (2025) identificaron trayectorias paralelas de incremento tanto de la soledad como de los síntomas depresivos incluso antes de la aparición de problemas físicos relevantes, como es el caso del dolor crónico.

### 6.2.3. Mecanismos protectores y mediadores

Los estudios incluidos en la presente revisión también ponen de manifiesto la existencia de diferentes factores psicológicos y sociales relacionados con la asociación entre la soledad y la salud mental. Entre ellos, destaca el sentido de vida (Meaning in Life; MIL) como uno de los mecanismos mediadores más consistentes, tal y como observaron Nascimento et al. (2024b) en una amplia muestra europea donde el sentido de vida mediaba parcialmente la relación entre la soledad percibida y la depresión. De manera similar, Tam et al. (2025) observaron que niveles elevados de sentido de la vida se asociaban con menores niveles futuros de soledad percibida y sintomatología depresiva, mientras que la presencia previa de sintomatología depresiva se asociaba con una disminución posterior del sentido de vida.

A su vez, Li et al. (2024) identificaron la resiliencia psicológica como una variable moderadora de la relación entre aislamiento social y síntomas depresivos. En esta misma línea, Segel-Karpas et al. (2022) señalaron que la soledad mediaba la relación entre las autopercepciones negativas del envejecimiento y el aumento posterior de los síntomas depresivos.

#### 6.2.4. Interacción con la salud física y la fragilidad

La interacción entre la soledad, la depresión y la salud física aparece de forma recurrente en numerosos estudios de la presente revisión sistemática. En general, la evidencia muestra asociaciones bidireccionales entre el deterioro físico, la soledad y la sintomatología depresiva.

En este contexto, Mehrabi et al. (2024) observaron que la fragilidad física predecía mayores niveles posteriores de soledad, mientras que la soledad se asociaba con niveles posteriores de fragilidad física. Del mismo modo, diferentes estudios como los de Bloomberg et al. (2025), Domènech-Abella et al (2021) y Mallett et al. (2022) señalan asociaciones entre variables como el dolor crónico, las limitaciones funcionales, la pérdida de autonomía, la soledad percibida y la sintomatología depresiva.

#### 6.2.5. Determinantes sociales, familiares y tecnológicos

Finalmente, los resultados muestran que el contexto social y las condiciones de vida desempeñan un papel relevante en la relación entre soledad percibida y sintomatología depresiva. En este sentido, Son et al. (2022) observaron que el apoyo familiar y conyugal ejercía un efecto moderador significativo, especialmente en las personas de edad más avanzada. De forma complementaria, Melo et al. (2025) encontraron que la participación social frecuente junto con determinadas actividades familiares (como el cuidado de nietos) se asociaban a menores niveles de síntomas depresivos.

Paralelamente, Su et al. (2026) señalaron que la exclusión digital se asociaba con una mayor vulnerabilidad psicológica en las personas mayores, mientras que el acceso a recursos tecnológicos por sí solo no mostraba asociación con una mejora del bienestar emocional sin la coexistencia de un uso funcional y significativo de dichas herramientas. Por último, hay que destacar que Sánchez-Moreno et al. (2024) evidenciaron que las desigualdades socioeconómicas se relacionaban con peores indicadores de salud mental, siendo la soledad emocional una variable mediadora en dicha asociación.

Los hallazgos más significativos de la totalidad de los estudios seleccionados para la presente revisión se detallan de forma pormenorizada en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Síntesis de los principales resultados*

| Referencia                    | Tipo de relación encontrada           | Evidencia de direccionalidad | Variables moderadoras / mediadoras                  | Principales hallazgos                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bloomberg et al. (2025)       | Asociación longitudinal bidireccional | Sí                           | -                                                   | La soledad y los síntomas depresivos mostraron incrementos progresivos en los años previos al inicio del dolor crónico y se mantuvieron elevados tras su aparición.              |
| Dolz-del-Castellar (2025)     | Asociación longitudinal bidireccional | Sí (sugerida)                | Apoyo social, confianza social y satisfacción vital | El 12% de los adultos presentó una trayectoria de soledad elevada y fluctuante, asociada con mayores niveles de síntomas depresivos e ideación suicida.                          |
| Domènech-Abella et al. (2021) | Relación longitudinal recíproca       | Sí                           | Soledad (mediadora)                                 | La soledad predijo aumento de los síntomas depresivos y reducción de la red social. Asimismo, actuó como variable mediadora en la relación entre aislamiento social y depresión. |
| Domènech-Abella et al. (2024) | Asociación positiva significativa     | Parcial                      | -                                                   | La soledad crónica presentó una asociación más elevada con la depresión que la soledad transitoria, tanto en los análisis transversales como longitudinales.                     |
| Li et al. (2024)              | Asociación positiva significativa     | No                           | Resiliencia                                         | El aislamiento social se asoció con mayores niveles iniciales de soledad y síntomas depresivos. La resiliencia moderó la relación entre aislamiento social y depresión.          |

|                            |                                         |    |                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|-----------------------------------------|----|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Luo (2023)                 | Relación bidireccional significativa    | Sí | -                                                      | La soledad y los síntomas depresivos mostraron una relación bidireccional significativa, con tamaños de efecto similares en ambas direcciones.                                                           |
| Mallett et al. (2022)      | Asociación positiva significativa       | No | -                                                      | La soledad emocional y el estrés percibido se asociaron con una mayor probabilidad de pertenecer a grupos con trayectorias estables de síntomas depresivos moderados o elevados.                         |
| Martín-María et al. (2021) | Asociación longitudinal positiva        | Sí | -                                                      | Tanto la soledad transitoria como la crónica se asociaron con un mayor riesgo de depresión mayor, siendo este más elevado en las personas con soledad crónica.                                           |
| Mayerl et al. (2022)       | Asociación por vulnerabilidades comunes | No | Sexo, educación y satisfacción vital (moderadores)     | No se observaron efectos prospectivos intraindividuales entre soledad y depresión. Los autores plantean que la asociación observada podría estar relacionada con factores de vulnerabilidad compartidos. |
| Mehrabi et al. (2024)      | Asociación recíproca y contemporánea    | Sí | -                                                      | La fragilidad física predijo niveles posteriores de soledad y, a su vez, la soledad se asoció con niveles posteriores de fragilidad física.                                                              |
| Melo et al. (2025)         | Asociación positiva significativa       | No | Cuidado de nietos y participación social (protectores) | La depresión se asoció con mayores niveles de soledad y peor salud física. El cuidado de los nietos y la participación social se relacionaron con menores niveles de estos problemas.                    |

|                              |                                               |                           |                                                                          |                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nascimento et al. (2024a)    | Asociación longitudinal mixta                 | Parcial (solo en hombres) | Sexo (moderador)                                                         | En los hombres se observó una relación bidireccional entre soledad y depresión. En las mujeres, la depresión predijo la soledad posterior, mientras que no se observó el efecto inverso.   |
| Nascimento et al. (2024b)    | Asociación positiva mediada                   | Sí                        | Sentido de la vida (MIL)                                                 | El sentido de la vida (MIL) medió parcialmente la relación entre la soledad y la depresión en hombres y mujeres.                                                                           |
| Sánchez-Moreno et al. (2024) | Asociación positiva (estatus socioeconómico ) | No                        | Soledad emocional (mediadora)                                            | La soledad emocional medió la relación entre el nivel socioeconómico y los síntomas depresivos en adultos mayores.                                                                         |
| Segel-Karpas et al. (2022)   | Asociación positiva mediada                   | Sí                        | Soledad (mediadora)                                                      | La soledad actuó como variable mediadora entre las autopercepciones negativas del envejecimiento y el aumento de los síntomas depresivos durante el seguimiento.                           |
| Sirigu et al. (2025)         | Relación bidireccional recíproca              | Sí                        | Sufrimiento afectivo y falta de motivación (dimensiones de la depresión) | La soledad y la depresión mostraron una relación bidireccional estable a lo largo del tiempo. La asociación fue más intensa entre la soledad y la dimensión de falta de motivación.        |
| Smit et al. (2025)           | Asociación positiva longitudinal              | No (a corto plazo)        | -                                                                        | Se observó una asociación longitudinal entre soledad y síntomas depresivos, sin evidenciarse un efecto directo de la soledad sobre dichos síntomas en el período de seguimiento analizado. |

|                   |                                      |                          |                                          |                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Son et al. (2022) | Asociación positiva significativa    | No (estudio transversal) | Apoyo social del cónyuge y de la familia | La soledad se asoció con la depresión en todos los grupos estudiados. El apoyo social del cónyuge y de la familia ejerció un efecto moderador significativo únicamente en los participantes de 75 años o más. |
| Su et al. (2026)  | Asociación positiva robusta          | No                       | Exclusión digital                        | La soledad predijo significativamente los síntomas depresivos. La exclusión digital modificó esta relación en función del uso y la motivación asociados a las tecnologías digitales.                          |
| Tam et al. (2025) | Relación bidireccional significativa | Sí                       | Sentido de la vida (MIL)                 | Un mayor sentido de la vida (MIL) predijo niveles inferiores de soledad y depresión. Asimismo, la soledad y la depresión se asociaron con una reducción posterior del sentido de vida.                        |

## 7. Discusión y conclusiones

### 7.1. Síntesis e interpretación de los principales hallazgos

La presente revisión sistemática tuvo como finalidad el análisis de la relación entre la soledad percibida y la sintomatología depresiva en personas mayores de 60 años a partir de la evidencia empírica reciente, concretamente, de los 20 estudios incluidos en esta. Los resultados encontrados sugieren de forma consistente que la soledad subjetiva constituye uno de los factores psicosociales más estrechamente asociados al deterioro de la salud mental en las personas mayores, relacionándose tanto con el incremento de síntomas depresivos como con una mayor vulnerabilidad emocional y funcional durante el proceso de envejecimiento.

Cabe destacar que la evidencia revisada pone de manifiesto que la relación entre soledad percibida y sintomatología depresiva no se trata de una simple coexistencia transversal entre variables, sino que es producto de dinámicas complejas y acumulativas en las que intervienen diferentes factores emocionales, cognitivos, sociales y físicos. Esto se ve reflejado de forma muy clara en estudios longitudinales como los de Bloomberg et al., 2025; Domènech-Abella et al., 2024; y Luo, 2023, los cuales permiten observar la estabilidad temporal de la relación y la interacción progresiva entre ambas variables. En este sentido, la percepción de desconexión social no puede explicarse únicamente como consecuencia natural del proceso de envejecimiento en sí, ni por la mera reducción objetiva de contactos interpersonales (Domènech-Abella et al., 2021). Más bien, respondería a una experiencia subjetiva estrechamente relacionada con el bienestar psicológico, los recursos de afrontamiento y el funcionamiento emocional en general; asociándose todo ello con trayectorias de deterioro afectivo persistentes (Mallett et al., 2022).

Asimismo, los hallazgos encontrados muestran que la soledad percibida mantiene una estrecha relación con otros procesos relevantes en la vejez. Entre ellos destacan la fragilidad física (Mehrabi et al., 2024), el dolor crónico (Bloomberg et al., 2025), las quejas cognitivas subjetivas (Dolz-del-Castellar et al., 2025), la exclusión digital (Su et al., 2026) y las desigualdades socioeconómicas estructurales (Sánchez-Moreno et al., 2024). Todo ello, refuerza la necesidad de comprender la soledad desde una perspectiva multidimensional y biopsicosocial, especialmente en los ámbitos de la Psicología General Sanitaria y de la

intervención preventiva en la población mayor; ya que pone de manifiesto que gran parte del sufrimiento emocional de las personas mayores se encuentra estrechamente relacionado con sus condiciones de vida, su estado de salud y la disponibilidad de recursos sociales significativos.

## 7.2. Bidireccionalidad y estabilidad temporal de la relación

Uno de los hallazgos más relevantes identificados en esta revisión hace referencia al carácter dinámico y recíproco de la relación entre la soledad percibida y los síntomas depresivos. Así, la mayoría de los estudios longitudinales incluidos, especialmente aquellos que utilizan modelos cross-lagged y RI-CLPM, coinciden en señalar que ambas variables muestran asociaciones recíprocas a lo largo del tiempo, alejándose de simples interpretaciones unidireccionales.

En este sentido, investigaciones recientes como las desarrolladas por Bloomberg et al. (2025), Sirigu et al. (2025) y Domènech-Abella et al. (2021) muestran que la soledad subjetiva predice incrementos posteriores de la sintomatología depresiva, mientras que la presencia de síntomas depresivos también se asocia con mayores niveles posteriores de aislamiento social percibido. Estos resultados respaldan la existencia de un proceso de retroalimentación psicológica en el que el malestar emocional se relaciona con mayores dificultades en la interacción social, menor motivación para mantener relaciones interpersonales y una mayor presencia de sesgos cognitivos negativos que intensifican en consecuencia la percepción subjetiva de soledad.

En esta misma línea, Nascimento et al. (2024a) observaron relaciones cruzadas entre depresión, soledad y calidad de vida en población mayor europea, confirmando que tanto el deterioro emocional como la desconexión social evolucionan de manera paralela y acumulativa. De manera complementaria, Luo (2023) identificó que el aislamiento social se asociaba con un mayor riesgo de inicio de sintomatología depresiva en población mayor china, especialmente en perfiles caracterizados por presentar mayor vulnerabilidad social, menor nivel educativo, viudedad y limitaciones funcionales asociadas al envejecimiento.

No obstante, algunos estudios introducen matices relevantes que obligan a interpretar con prudencia esta aparente relación bidireccional. Muestra de ello serían trabajos como el de Mayerl et al. (2022), donde no se encontraron efectos prospectivos intraindividuales especialmente robustos, sugiriendo que parte de la asociación longitudinal observada podría explicarse por vulnerabilidades compartidas previas como: problemas de salud, rasgos de personalidad o condiciones sociales adversas. Asimismo, Smit et al. (2025) señalan que los efectos observados entre soledad percibida y sintomatología depresiva pueden verse condicionados por factores contextuales y sanitarios, especialmente en las evaluaciones realizadas a corto plazo.

En conjunto, los resultados encontrados permiten interpretar que la relación entre la soledad percibida y los síntomas depresivos responde a una dinámica compleja en la que los factores emocionales, sociales y contextuales interactúan de manera continua durante el proceso de envejecimiento, asociándose con trayectorias de vulnerabilidad psicológica difíciles de revertir cuando no se produce una intervención temprana.

### 7.3. El impacto crítico de la cronicidad frente a la transitoriedad

Otro de los ejes centrales de la evidencia revisada gira en torno al papel de la persistencia temporal de la soledad. Los estudios analizados coinciden en diferenciar claramente entre las experiencias de soledad episódicas y las situaciones de soledad mantenidas o crónicas, observándose un impacto psicológico significativamente mayor en las personas que se encuentran en esta última circunstancia.

En esta línea, Domènech-Abella et al. (2024) comprobaron que las trayectorias persistentes de soledad presentaban asociaciones considerablemente más intensas con la sintomatología depresiva que aquellas caracterizadas por fluctuaciones transitorias. Este hallazgo, sugiere que no es únicamente la presencia de soledad la que se asocia con una mayor vulnerabilidad emocional, sino especialmente su mantenimiento a largo plazo.

En consonancia con ello, Martín-María et al. (2021) observaron que las personas mayores expuestas a situaciones de soledad crónica presentaban mayor riesgo de desarrollar episodios depresivos mayores en comparación con aquellas que únicamente experimentaban

soledad de manera puntual. Estos resultados refuerzan la idea de que la persistencia de la desconexión emocional podría asociarse con menores recursos psicológicos de afrontamiento y dificultar la recuperación espontánea del bienestar psicológico.

A su vez, Mallett et al. (2022) complementan esta interpretación al identificar determinadas trayectorias depresivas especialmente estables en participantes que mantenían niveles elevados de soledad emocional a lo largo del tiempo. Según estos autores, la cronificación de la soledad podría asociarse con la consolidación de patrones cognitivos negativos, sentimientos de inutilidad persistentes y una reducción progresiva de la participación social.

Todo lo anterior, desde una perspectiva clínica, adquiere especial relevancia al permitir diferenciar perfiles de riesgo dentro de la totalidad de la población mayor. Mientras que determinadas experiencias de aislamiento pueden formar parte de transiciones vitales temporales asociadas al proceso de envejecimiento, la soledad crónica parece constituir un factor asociado a una mayor presencia de sintomatología depresiva clínicamente significativa.

#### 7.4. Mecanismos mediadores y moderadores

La evidencia revisada pone de manifiesto que la relación entre la soledad percibida y la sintomatología depresiva no actúa de forma independiente, sino que se encuentra modulada por múltiples variables psicológicas, sociales y relacionales; ya sean mediadores o factores protectores.

Por una parte, diferentes estudios destacan que la percepción subjetiva de aislamiento constituye un elemento mediador clave entre la desconexión social objetiva y el deterioro emocional. Así, Domènech-Abella et al. (2021) y Santini et al. (2020) señalan que no es exclusivamente la cantidad de relaciones sociales lo que determina el bienestar psicológico en las personas mayores, sino la valoración subjetiva que estas realizan respecto a la calidad y suficiencia de dichas relaciones. De manera similar, Segel-Karpas et al. (2022) identifican la soledad como el mecanismo psicológico mediante el cual las autopercepciones negativas del envejecimiento se relacionan con el estado emocional de la persona. Esto sugiere que las percepciones desfavorables sobre la propia vejez podrían asociarse con sentimientos de

desconexión, inutilidad y pérdida de pertenencia social; asociándose a su vez con una mayor probabilidad de presentar posteriormente sintomatología depresiva.

Frente a estas trayectorias de vulnerabilidad, también surgen factores protectores relevantes. Li et al. (2024) observaron que la resiliencia psicológica moderaba la asociación entre el aislamiento social y los síntomas depresivos, observándose menores niveles de depresión en aquellas personas con mayores recursos de afrontamiento aún encontrándose en contextos de elevada desconexión social. A su vez, Tam et al. (2025) y Nascimento et al. (2024b) destacan el papel protector del sentido de vida (Meaning in Life), identificándolo como un recurso psicológico asociado con menores niveles de malestar emocional relacionado con la soledad percibida. Estos resultados sugieren que mantener objetivos vitales, roles significativos y sensación de utilidad podría asociarse con una mejor adaptación emocional durante el envejecimiento.

Por último, cabe destacar que, en el plano relacional, Son et al. (2022) observaron que el apoyo social actuaba como elemento moderador entre soledad y la sintomatología depresiva, aunque con diferencias según los grupos etarios dentro de la población mayor. De forma complementaria, Melo et al. (2025) destacan que la participación social y los vínculos familiares activos se asocian significativamente con el bienestar psicológico, reforzando el sentido de pertenencia y disminuyendo el riesgo de deterioro afectivo.

## 7.5. La interacción entre salud física, fragilidad y determinantes sociales

Los resultados revisados muestran que la relación entre la soledad percibida y la sintomatología depresiva se encuentra estrechamente vinculada con el estado de salud física en general y las condiciones sociales de vida de las personas mayores. Y a su vez, sugieren que el malestar emocional y el deterioro físico no actúan como procesos independientes, sino que mantienen relaciones recíprocas y acumulativas durante el proceso de envejecimiento.

Por una parte, Bloomberg et al. (2025) identificaron trayectorias paralelas entre el incremento de la soledad, los síntomas depresivos y la posterior aparición de dolor crónico, observando que ambas variables emocionales tendían a intensificarse antes y después del desarrollo de problemas físicos de carácter persistente. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de

que las alteraciones emocionales y el deterioro físico comparten mecanismos de vulnerabilidad comunes, observándose conjuntamente a lo largo del tiempo.

En una línea similar, Mehrabi et al. (2024) encontraron relaciones recíprocas entre la fragilidad física, el aislamiento social y la soledad a lo largo de más de veinte años de seguimiento longitudinal. Así, sus resultados apuntan que la pérdida progresiva de autonomía funcional puede asociarse con mayores niveles de aislamiento subjetivo, mientras que la soledad podría actuar como marcador de vulnerabilidad psicológica. No obstante, dado el carácter observacional de gran parte de la evidencia disponible y analizada, estas asociaciones deben interpretarse con cautela desde una perspectiva causal.

Asimismo, Dolz-del-Castellar et al. (2025) identificaron perfiles de personas mayores caracterizados por elevados niveles de soledad fluctuantes asociados no solo a los síntomas depresivos, sino también a mayores quejas cognitivas subjetivas e ideación suicida. Estos resultados reflejan la amplitud del impacto psicológico asociado a trayectorias persistentes de desconexión emocional y sugieren que la soledad podría actuar como marcador de vulnerabilidad psicológica más amplio durante la vejez.

Por otra parte, diferentes estudios ponen de relieve la importancia de los determinantes sociales y estructurales. Sánchez-Moreno et al. (2024) observaron que las personas mayores con un nivel socioeconómico menor presentaban mayores niveles de soledad y sintomatología depresiva, evidenciando el peso de las desigualdades sociales sobre la salud mental. A su vez, y de forma complementaria, Su et al. (2026) identificaron la exclusión digital como un factor emergente de vulnerabilidad en la vejez. Sus resultados sugieren que la falta de acceso funcional y significativo a herramientas tecnológicas puede asociarse con menores oportunidades de interacción social y con mayores niveles de percepción de aislamiento en sociedades que cada vez se encuentran más digitalizadas.

En conjunto, la evidencia revisada pone de manifiesto que la soledad en personas mayores no puede entenderse únicamente desde una perspectiva individual o emocional, sino como un fenómeno que se encuentra condicionado por factores físicos, sociales, económicos y tecnológicos que interactúan entre sí de forma complementaria. Por ello, desde esta perspectiva, los resultados refuerzan la necesidad de desarrollar modelos de intervención

integrales que contemplen de manera simultánea la salud física, el contexto relacional y las condiciones estructurales de vida de la población mayor.

## 7.6. Comparación con metaanálisis y literatura previa

Los resultados encontrados en la presente revisión sistemática muestran una elevada coherencia con la evidencia internacional acumulada en revisiones sistemáticas y metaanálisis previos. En este sentido, el metaanálisis desarrollado por Chawla et al. (2021), centrado en población mayor residente en países de altos ingresos, concluyó que la prevalencia de soledad percibida se aproxima al 28%, asociándose de forma consistente con peores indicadores de salud mental y bienestar psicológico.

De manera similar, el metaanálisis de Byeon (2026) refuerza la consideración del aislamiento social y la exclusión digital como factores asociados al deterioro psicológico y funcional de las personas mayores. Así, sus conclusiones respaldan especialmente los resultados observados por Su et al. (2026) respecto al impacto de la brecha digital sobre la vulnerabilidad emocional en la vejez.

Asimismo, los resultados de la presente revisión coinciden con el metaanálisis desarrollado por Erzen y Çikrikci (2018), quienes ya habían identificado una asociación significativa entre la soledad percibida y la sintomatología depresiva en diferentes grupos poblacionales. Sin embargo, la evidencia longitudinal más reciente incluida en este trabajo amplía dicha comprensión al mostrar que esta relación parece mantenerse de forma estable y dinámica específicamente durante el proceso de envejecimiento.

En conjunto, la convergencia entre los estudios revisados y la literatura internacional previa refuerza la solidez de los hallazgos obtenidos y consolida la relevancia clínica de la soledad como un factor estrechamente asociado a la salud mental en la población mayor.

## 7.7. Limitaciones de la revisión sistemática

A pesar de la consistencia general de los resultados encontrados, la presente revisión cuenta con diversas limitaciones que deben ser consideradas.

Una de las principales limitaciones es la notable heterogeneidad metodológica existente entre los diferentes estudios incluidos. Aunque la mayoría evalúa las variables centrales mediante instrumentos validados, se observa una amplia variabilidad en las versiones de las escalas utilizadas (combinando formatos extensos y reducidos de la escala de soledad UCLA o el cuestionario De Jong Gierveld), así como en los períodos de seguimiento y características muestrales. De este modo, la variabilidad dificulta la comparación directa de los resultados a la par que limita la posibilidad de establecer estimaciones cuantitativas homogéneas.

Asimismo, es necesario señalar el evidente sesgo geográfico y sociocultural en la procedencia de la evidencia, ya que la mayoría de las investigaciones revisadas proceden de grandes cohortes de países occidentales de altos ingresos o de registros masivos de población asiática, lo que reduce la capacidad de generalización de los resultados a otros contextos socioculturales como países de ingresos medios-bajos o comunidades rurales aisladas donde las estructuras de apoyo familiar y el significado cultural del proceso de envejecimiento pueden amortiguar o incrementar el impacto de la desconexión social de diferente manera.

En el plano de la evaluación clínica, otra limitación de especial relevancia reside en el predominio casi exclusivo de medidas basadas en el autoinforme. Al depender de la percepción y la declaración del propio sujeto, tanto la intensidad de la soledad percibida como la gravedad de la sintomatología depresiva quedan expuestas a sesgos de deseabilidad social, al estigma asociado a la salud mental en la vejez o a las dificultades de introspección de la persona, lo que podría llevar a una infravaloración de los síntomas en los registros.

A su vez, conviene recordar que, aunque gran parte de los estudios incluidos presentan la ventaja de contar con diseños longitudinales, la mayoría continúan siendo observacionales. Por ello, las inferencias de causalidad deben ser interpretadas con cautela, dado que variables no controladas podrían influir simultáneamente en la evolución de ambas variables.

Por último, los estudios longitudinales de mayor recorrido temporal presentan pérdidas muestrales durante el seguimiento, debido a la propia naturaleza del grupo de edad estudiado. Así, los participantes con mayor fragilidad física, peor soporte social y sintomatología depresiva más severa presentan una mayor tasa de abandono o fallecimiento prematuro; introduciendo un potencial sesgo de supervivencia en los resultados finales,

mostrando una realidad de la vejez ligeramente más optimista o saludable que la verdadera realidad epidemiológica global.

## 7.8. Prospectiva y líneas futuras de investigación

La evidencia analizada en la presente revisión no solo consolida lo que ya se sabe en la actualidad, sino que abre la puerta a nuevas preguntas que la investigación psicogerontológica dentro del ámbito de la Psicología General Sanitaria debería abordar a corto y medio plazo por medio de enfoques muchos más integradores y aplicados.

Por una parte, respecto a la metodología de seguimiento, se hace evidente el hecho de que los estudios longitudinales tradicionales con cuestionarios anuales se quedan cortos para captar las fluctuaciones del día a día. Por ello, una línea futura prioritaria debería ser la incorporación de diseños de Evaluación Ecológica Momentánea (EMA), que consistiría en utilizar aplicaciones móviles muy sencillas o registros diarios breves para evaluar en tiempo real, y en el entorno natural de la persona, sus variaciones cotidianas en la percepción de soledad y su estado de ánimo. A pesar de que este enfoque es metodológicamente exigente, ya se está empezando a abrir camino con éxito en la investigación psicogerontológica actual. Un ejemplo es el reciente trabajo de Zou et al. (2026), quienes combinaron encuestas a través de smartphone con geolocalización por GPS para evaluar de forma ecológica-ambulatoria cómo los contactos sociales momentáneos se relacionan con el estado de ánimo diario de las personas mayores. Así, la adopción sistemática de este tipo de metodologías en el futuro permitiría estudiar las trayectorias dentro del mismo individuo con una precisión sin precedentes, aislando por ejemplo si un día o un contexto espacial en particular se asocia con un incremento de la sintomatología depresiva en las horas posteriores.

Por otra parte, es crucial profundizar en los mecanismos conductuales y fisiológicos que conectan la soledad con el declive afectivo. Así, en lugar de entender la relación como un simple vínculo directo o abstracto, las investigaciones futuras deben priorizar el estudio de variables mediadoras del día a día. Un ejemplo de esta línea es el estudio de Liu et al. (2025), quienes demostraron empíricamente cómo la calidad del sueño actúa como variable mediadora entre la soledad y la aparición de sintomatología depresiva en personas mayores.

Siguiendo este hallazgo, sería sumamente enriquecedor que los próximos trabajos extendieran el impacto de la desconexión social sobre las rutinas de actividad física diaria, los hábitos alimentarios o la adherencia a los tratamientos médicos. Esto permitiría conocer con exactitud cómo la soledad se relaciona con cambios en el autocuidado físico y mental asociados a un empeoramiento de la sintomatología depresiva.

Otra línea futura de investigación se centraría en el rápido avance de la digitalización, el cual obliga a ir un paso más allá de la simple “brecha digital” de saber si las personas mayores cuentan o no con internet. Las investigaciones futuras deben evaluar la calidad cualitativa de la interacción tecnológica y analizar qué modalidades específicas (por ejemplo, el uso de videollamadas con familiares frente a la navegación pasiva en redes sociales o el uso de asistentes de voz inteligentes) se asocian de forma más consistentes con menores niveles de soledad emocional y cuáles solo alivian la soledad social o incluso aumentan la frustración de la persona mayor si no sabe cómo manejarlas.

Finalmente, el objetivo último de cualquier revisión clínica debe ser el de intervención. Por ello, el futuro de este campo pasa por diseñar y evaluar ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECA) que pongan a prueba programas mixtos. Estas intervenciones deberían combinar la terapia cognitivo-conductual (dirigida a desmontar los sesgos de hipervigilancia social, el miedo al rechazo y los pensamientos de inutilidad) con protocolos formales de prescripción social que no deben entenderse como una mera recomendación informal de actividades, sino como un mecanismo sistemático de derivación clínica en el cual un sistema organizado de profesionales de la salud y agentes locales colaboran para acompañar a la persona mayor y conectarla, de forma pautada y segura, con recursos reales de su propio entorno cercano (como huertos urbanos, voluntariados, talleres culturales o redes de apoyo vecinal). Por todo ello, el verdadero desafío de las investigaciones futuras será medir cómo este puente entre la consulta y el entorno cotidiano favorece una mayor participación de la persona; siendo el fin último demostrar científicamente cómo el pasar del aislamiento a sentirse útil en su entorno se asocia con un mayor sentido de vida, un rol valioso en la sociedad y una red de afecto real que actúe como el mejor escudo contra la sintomatología depresiva.

## 7.9. Conclusiones finales

En conjunto, la evidencia analizada en la presente revisión sistemática permite considerar la soledad percibida como uno de los determinantes psicosociales más críticos de la salud mental en las personas mayores. Así, lejos de constituir una consecuencia inevitable o natural del proceso de envejecimiento, la soledad emerge como un fenómeno complejo y multifactorial estrechamente vinculado a la presencia y persistencia de la sintomatología depresiva, especialmente cuando esta se cronifica y coexiste con situaciones de fragilidad física, vulnerabilidad social o desconexión relacional.

Los resultados encontrados en los diferentes estudios analizados muestran que la relación entre la soledad percibida y la sintomatología depresiva no es lineal, sino que responde a dinámicas bidireccionales y acumulativas en las que intervienen variables cotidianas, conductuales y fisiológicas. Así mismo, la identificación de factores protectores esenciales como la resiliencia, el apoyo social percibido y el sentido de vida pone de relieve la importancia de desarrollar estrategias de intervención que vayan más allá de la simple reducción del aislamiento social orientándose de forma prioritaria en el fortalecimiento de los recursos psicológicos del individuo y el abordaje de los sesgos cognitivos relacionados con el envejecimiento.

Por último, desde el ámbito de la Psicología General Sanitaria, estos resultados respaldan la necesidad urgente de incorporar la evaluación sistemática de la soledad dentro de programas de detección temprana, prevención y atención integral dirigido a la población mayor. Esto implicaría transcender los límites de la consulta clínica tradicional para validar puentes terapéuticos innovadores y coordinados con el entorno comunitario, como por ejemplo los protocolos de prescripción social. En última instancia, esta revisión consolida la premisa de que el bienestar emocional en la vejez no depende únicamente de la ausencia de enfermedad o deterioro físico, sino de la posibilidad real de mantener: vínculos afectivos significativos, participación social activa y sensación de pertenencia y utilidad comunitaria hasta el final del ciclo vital.

## Referencias bibliográficas

- Bergua, V., Blanchard, C. y Amieva, H. (2023). Depression in older adults: Do current DSM diagnostic criteria really fit? *Clinical Gerontologist*, 49(2), 224–261. <https://doi.org/10.1080/07317115.2023.2274053>
- Bloomberg, M., Bu, F., Fancourt, D., y Steptoe, A. (2025). Trajectories of loneliness, social isolation, and depressive symptoms before and after onset of pain in middle-aged and older adults. *eClinicalMedicine*, 84, Artículo 103209. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103209>
- Byeon, H. (2026). The impact of social isolation and digital exclusion on mental and physical health in older adults: A meta-analysis. *Medicine*, 105(4), e46010. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000046010>
- Chawla, K., Kunonga, T. P., Stow, D., Barker, R., Craig, D., y Hanratty, B. (2021). Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(7), e0255088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255088>
- Cosco, T. D., Howse, K., y Brayne, C. (2018). Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(6), 579–583. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000324>
- Dolz-del-Castellar, B., de la Torre-Luque, A., Castelletti, C., Francia, L., Rodriguez-Prada, C., Miret, M., Domènech-Abella, J., Gabarrell-Pascuet, A., Olaya, B., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., y Lara, E. (2025). Loneliness trajectories and predictors in Spain: Results from the Spanish longitudinal study on aging and health (Edad con Salud). *Journal of Affective Disorders*, 378, 100-108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.084>
- Domènech-Abella, J., Mundó, J., Switsers, L., van Tilburg, T., Fernández, D., y Aznar-Lou, I. (2021). Social network size, loneliness, physical functioning and depressive symptoms among older adults: Examining reciprocal associations in four waves of the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(10), 1541–1549. <https://doi.org/10.1002/gps.5560>

- Domènech-Abella, J., Gabarrell-Pascuet, A., Mundó, J., Haro, J. M., y Varga, T. V. (2024). Chronic and transient loneliness in Western countries: Risk factors and association with depression. A 2-year follow-up study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(4), 412-423. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.11.001>
- Erzen, E., y Çikrikci, Ö. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(5), 427–435. <https://doi.org/10.1177/0020764018776349>
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., y Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(1), Artículo 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- Hu, T., Zhao, X., Wu, M., Li, Z., Luo, L., Yang, C., y Yang, F. (2022). Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 311, Artículo 114511. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114511>
- Li, K., Tang, F., Albert, S. M., Rauktis, M. E., y Ohmer, M. L. (2024). Social isolation, loneliness, and depressive symptoms among older adults: The moderating effect of resilience. *The Gerontologist*, 64(7), Artículo gnae056. <https://doi.org/10.1093/geront/gnae056>
- Liu, Y., Zhang, D., Sui, L., Li, D., Wang, M., Wang, W., Xue, M., Hao, J., Zhang, L., y Wu, M. (2025). The mediating effects of sleep quality in the relationship between loneliness and depression among middle-aged and older adults. *Scientific Reports*, 15, Artículo 10040. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-93681-3>
- Luo, M. (2023). Social Isolation, Loneliness, and Depressive Symptoms: A Twelve-Year Population Study of Temporal Dynamics. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 78(2), 280–290. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac174>
- Mallett, J., Redican, E., Doherty, A. S., Shevlin, M., y Adamson, G. (2022). Depression trajectories among older community dwelling adults: Results from the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 298(Part A), 345-354. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.114>

- Martín-María, N., Miret, M., Caballero, F. F., Rico-Urbe, L. A., Steptoe, A., Chatterji, S., y Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The impact of subjective well-being on mortality: A meta-analysis of longitudinal studies in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 79(5), 565–575. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000444>
- Martín-María, N., Caballero, F. F., Miret, M., Olaya, B., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., y Chatterji, S. (2021). Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: A longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(1), 76-85. <https://doi.org/10.1002/gps.5397>
- Mayerl, H., Stolz, E., y Freidl, W. (2022). Lonely and depressed in older age: prospective associations and common vulnerabilities. *Aging & Mental Health*, 27(3), 640-645. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2056138>
- Mehrabi, F., Béland, F., Ahmadi, A., Zunzunegui, M. V., Guralnik, J. M., y Wolfson, C. (2024). The temporal sequence and reciprocal relationships of frailty, social isolation and loneliness in older adults across 21 years. *Age and Ageing*, 53(10), Artículo afae215. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae215>
- Melo, D., Midão, L., Mimoso, I., Alcântara, L., Figueiredo, T., Carrilho, J., y Costa, E. (2025). Prevalence and determinants of depressive symptoms in older adults across Europe: Evidence from SHARE Wave 9. *Journal of Clinical Medicine*, 14(15), Artículo 5340. <https://doi.org/10.3390/jcm14155340>
- Nascimento, M. de M., Lampraki, C., Marques, A., Gouveia, É. R., y Peralta, M. (2024a). Longitudinal cross-lagged analysis of depression, loneliness, and quality of life in 12 European countries. *BMC Public Health*, 24, Artículo 1986. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19463-0>
- Nascimento, M. de M., Marques, A., Gouveia, É. R., Green, G., Lampraki, C., y Ihle, A. (2024b). The role of meaning in life in the association between loneliness and depression: A mediation study among older adults from 26 European countries. *Psychiatric Quarterly*, 95, 599-617. <https://doi.org/10.1007/s11126-024-10091-w>
- National Institute on Aging. (2025). *Las personas mayores y la depresión*. <https://www.nia.nih.gov/espanol/depresion/personas-mayores-depresion>

- Sánchez-Moreno, E., Gallardo-Peralta, L., Barrón López de Roda, A., y Rivera Álvarez, J. M. (2024). Socioeconomic status, loneliness, and depression among older adults: A cross-sectional study in Spain. *BMC Geriatrics*, 24, Artículo 361. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04978-3>
- Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., y Koushede, V. (2020). *Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis*. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62–e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Segel-Karpas, D., Cohn-Schwartz, E., y Ayalon, L. (2022). *Self-perceptions of aging and depressive symptoms: The mediating role of loneliness*. *Aging & Mental Health*, 26(7), 1495-1501. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1991275>
- Sirigu, S., Tomas, J. M., Enrique, S., Georgieva, S., y Sancho, P. (2025). Un modelo de panel de las relaciones entre soledad y depresión en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 60, Artículo 101572. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2024.101572>
- Smit, D. H., Rehnberg, J., y Fors, S. (2025). The effect of loneliness on depressive symptoms in the 65+ European population: A longitudinal observational study using SHARE data. *European Journal of Ageing*, 22, Artículo 9. <https://doi.org/10.1007/s10433-025-00846-0>
- Son, H., Cho, H. J., Cho, S., Ryu, J., y 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(5), Artículo 2547. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042322>
- Su, L., Zhang, F., Jin, Y., y Yuan, J. (2026). A symptom network and latent profile analysis of depression in Chinese older adults: Examining the roles of loneliness and digital exclusion. *Journal of Affective Disorders*, 394, Artículo 120531. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120531>

- Tam, K. W., Zhang, D., Li, Y., Xu, Z., Li, Q., Zhao, Y., Niu, L., y Wong, S. Y. (2025). Meaning in life: Bidirectional relationship with depression, anxiety, and loneliness in a longitudinal cohort of older primary care patients with multimorbidity. *BMC Geriatrics*, 25, Artículo 195. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05762-7>
- World Health Organization. (2020). *Década de envejecimiento saludable 2020–2030*. <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
- World Health Organization. (2021). *Social isolation and loneliness among older people: Advocacy brief*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>
- World Health Organization. (2025). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Zou, D., Fancello, G., Montanari, A., Zhou, S., y Chaix, B. (2026). Momentary associations between time-varying social contacts and depressive symptomatology in older adults: A GPS-based mobility survey study. *Social Science & Medicine*, 389, Artículo 118834. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118834>