

Artículos / Articles

# La soledad no deseada en residencias de personas mayores: una lectura emocional desde el modelo institucional

## *Loneliness in nursing homes: an emotional interpretation based on the institutional model*

María Camacho-García\* 

Universidad de Cádiz, Jerez de la Frontera, Cádiz, España.  
[maria.camacho@gm.uca.es](mailto:maria.camacho@gm.uca.es)

Juan Manuel García-González 

Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España.  
[jmgargon@upo.es](mailto:jmgargon@upo.es)

Recibido / Received: 25/11/2025

Acceptado / Accepted: 16/01/2026



### RESUMEN

La soledad no deseada constituye un problema social y de salud pública creciente, especialmente entre las personas mayores. Desde un enfoque cualitativo, este estudio analiza la influencia de la vida institucional en el sentimiento de soledad de las personas mayores residentes en centros públicos de Sevilla. Para ello, se realizaron 34 entrevistas en profundidad orientadas a explorar dimensiones como redes afectivas, trayectoria vital, identidad, salud y entorno institucional. Los resultados muestran que el modelo residencial condiciona la experiencia emocional de las personas residentes, relacionándose la soledad con la pérdida de vínculos significativos, el deterioro funcional, la desvinculación del entorno y la dificultad de construir un sentido de pertenencia en la residencia. Se concluye que la institucionalización impacta directamente en el bienestar emocional, lo que evidencia la necesidad de avanzar hacia modelos de atención centrados en la persona que promuevan la autonomía, la participación y la personalización del cuidado emocional.

**Palabras clave:** soledad, personas mayores, residencias, bienestar emocional, institucionalización.

### ABSTRACT

Loneliness is a growing social and public health problem, especially among older people. From a qualitative perspective, this study analyzes the influence of institutional life on the feelings of loneliness among older people living in public nursing homes in Seville. To this end, 34 in-depth interviews were conducted to explore dimensions such as emotional networks, life trajectory, identity, health, and institutional environment. The results show that the model of long-term care centers conditions the emotional experience of residents, with loneliness being related to the loss of meaningful connections, functional deterioration, disconnection from the environment, and difficulty in building a sense of belonging in the residence. It is concluded that institutionalization has a direct impact on emotional well-being, highlighting the need to

\*Autor para correspondencia / Corresponding author: María Camacho-García, [maria.camacho@gm.uca.es](mailto:maria.camacho@gm.uca.es)

Sugerencia de cita / Suggested citation: Camacho-García, M., y García-González, J. M. (2026). La soledad no deseada en residencias de personas mayores: una lectura emocional desde el modelo institucional. *Revista Española de Sociología*, 35(2), a300. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2026.300>

move towards person-centered care models that promote autonomy, participation, and the personalization of emotional care.

**Keywords:** loneliness, elderly people, nursing homes, emotional well-being, institutionalization.

## INTRODUCCIÓN

En la última década, uno de los principales retos sociales en España ha sido la transformación sociodemográfica derivada del progresivo envejecimiento de la población, resultado de una fecundidad ultrabaja mantenida desde la década de 1990 y del aumento sostenido de la esperanza de vida (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2025). La interacción de estos tres fenómenos ha provocado cambios en los modelos familiares y de hogar, caracterizados por una reducción de su tamaño y una mayor diversificación (Miret, 2016). Este envejecimiento demográfico ha transformado asimismo las necesidades de cuidado en la vejez, aumentando la demanda de recursos residenciales y modificando las trayectorias vitales de quienes envejecen sin apoyos familiares sólidos y de quienes, en último término, tienen que buscar cuidados formales y especializados en una residencia de personas mayores, que desempeña un papel crucial (Miralles Rojano y Rey Reñones, 2015).

En paralelo a estos cambios sociodemográficos y de necesidad de cuidados, la soledad no deseada en la vejez ha emergido como una problemática de creciente relevancia social en España (véase, por ejemplo, Fernández-Roses et al., 2025; López Doblas y Díaz Conde, 2018a, 2018b; Yanguas, 2021, entre otros trabajos), mientras que a nivel internacional tiene una amplia trayectoria, especialmente desde la psicología y la enfermería comunitaria (desde Weiss, 1973; Peplau y Perlman, 1982; a Larsson et al., 2024, entre muchos otros).

Aunque las estimaciones varían según la fuente y el enfoque metodológico, se ha documentado que en España una proporción importante de este grupo de edad declara sentirse sola de manera habitual, con prevalencias diversas que se sitúan entre el 20 y el 65% (García-González et al., 2021; Observatorio SoledadES, 2024; Yanguas, 2021). Esta situación se intensifica en los contextos residenciales: estudios recientes en España sitúan la prevalencia de soledad en torno al 70% (Lara et al., 2025; Molas-Tuneu et al., 2023). Si bien el acceso a una residencia puede mejorar aspectos relacionados con la atención y la seguridad, con frecuencia se percibe como una solución de último recurso, motivada por factores como la pérdida de autonomía, la viudez o la ruptura con el entorno habitual (Hajek et al., 2015; Luppa et al., 2010).

Partiendo de este contexto, el presente estudio tiene como objetivo analizar cómo la vida en residencia se relaciona con la experiencia de soledad no deseada de las personas mayores, en tanto que esta constituye un componente clave del bienestar emocional. A través de una aproximación cualitativa, se exploran dimensiones como la salud, las redes afectivas, la institucionalización o la identidad, con el fin de comprender de manera integral las condiciones que configuran la experiencia emocional de quienes envejecen en contextos residenciales.

## MARCO TEÓRICO

### Soledad no deseada: conceptualización y dimensiones

La soledad no deseada (en adelante, también denominada soledad o sentimiento de soledad) puede definirse como una experiencia subjetiva, acompañada de emociones negativas como la tristeza o la vergüenza, que surge cuando existe una discrepancia entre las relaciones sociales que una persona desea y las que realmente mantiene (Peplau y Perlman, 1982). Esta vivencia se vincula con la ausencia de vínculos significativos (ya sean íntimos o comunitarios), y tiende a desarrollarse de forma gradual, especialmente en las etapas más avanzadas del ciclo vital, como resultado de procesos de desvinculación personal, relacional y comunitaria (Yanguas, 2023). El sentimiento de soledad no se atribuye simplemente a estar solo, sino a la carencia de relaciones que cada individuo considera esenciales para su bienestar (Weiss, 1973). Se concibe como la percepción individual de aislamiento o falta de comunicación, una vivencia desagradable e inadmisible en términos de calidad de las relaciones (de Jong Gierveld, 1998). La soledad no deseada y el aislamiento se encuentran relacionados, ya que el aislamiento hace referencia a las características objetivas que se presentan cuando existe falta de relaciones sociales (Havens et al., 2004; Wenger et al., 1996); por ello, este puede dar como consecuencia el sentimiento de soledad en algunos casos, ya que no siempre es direccional (Cloutier-Fisher et al., 2011). El sentimiento de soledad depende de los deseos y expectativas de la persona sobre sus relaciones sociales, es decir, a diferencia del aislamiento, es una experiencia subjetiva (Pinazo-Hernandis y Donio-Bellegarde, 2018; Yanguas et al., 2018). Además, el modo en que se experimenta la soledad depende en gran medida de factores estructurales (por ejemplo, entorno y comunidad, o políticas públicas), relacionales (principalmente, apoyo familiar y de amistades) e individuales (por ejemplo, edad, género, estado de salud o actitudes) (Fernández-Roses et al., 2025). Weiss (1973) distingue dos dimensiones fundamentales: la soledad social, derivada de la falta de integración en una red de pertenencia, y la soledad emocional, asociada a la ausencia de vínculos de apego significativos. En el contexto residencial también aparece la soledad existencial como un sentimiento subjetivo que surge del propio individuo, y se asocia a la propia vivencia humana y a la pérdida del vínculo con el mundo que nos rodea y del sentido de la vida, así como a la desconexión con la realidad o a la alienación, entre otras circunstancias (Bolmsjö et al., 2019).

### La soledad en la vejez

Si bien el sentimiento de soledad puede aparecer a cualquier edad, es más frecuente en etapas tempranas de la vida y en la vejez (Pinquart y Sörensen, 2001; Yang y Victor, 2011). En la última parte del ciclo vital, la reducción de redes sociales, la jubilación o la pérdida de seres queridos intensifican la vulnerabilidad y el aislamiento, lo que puede propiciar la aparición de la soledad (Fernández-Roses et al., 2025; López Doblas y Díaz Conde, 2018a; Pinazo Hernandis, 2005). Este sentimiento se asocia además con deterioro cognitivo, pérdidas de memoria y menor vitalidad (Donovan et al., 2017; Carrasco et al., 2022) y con un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y multimorbilidad (Gerst-Emerson y Jayawardhana, 2015; Longman et al., 2013).

Los efectos de la soledad se modulan por el contexto social e institucional. Prieto-Flores et al. (2011) evidencian que la depresión constituye el principal factor de riesgo de soledad tanto en personas mayores institucionalizadas como en aquellas que viven en la comunidad, mientras que la salud física y la funcionalidad muestran un peso mucho menor. En el ámbito institucional se ha constatado que la percepción de mala salud predice mayores niveles de soledad en residencias, mientras que la disponibilidad de apoyo social en actividades

de ocio actúa como un factor protector, si bien la edad limita la capacidad de beneficiarse de actividades significativas (Chang et al., 2021). Shpakou et al. (2021) evidenciaron que en residencias la soledad deriva principalmente del aislamiento estructural, mientras que en el hogar se asocia con experiencias de edadismo y actitudes de evitación.

En conjunto, estos hallazgos muestran que el envejecimiento incrementa el riesgo de soledad a través de mecanismos distintos según el entorno: pérdida de apoyos y deterioro de la salud mental en la comunidad, reducción de competencias y desvinculación en instituciones, y exposición a estereotipos negativos en el hogar. En esta línea, la literatura subraya que la soledad en la vejez se vincula no solo a la cantidad o calidad de las relaciones sociales, sino también al bienestar emocional y a dimensiones existenciales propias de las etapas finales del ciclo vital. En particular, la conciencia de finitud y el miedo a la muerte influyen en la forma en que las personas mayores valoran su calidad de vida y experimentan sentimientos de soledad, poniendo de relieve la relevancia del contexto en el que se envejece (Durán-Badillo et al., 2020).

Estos procesos pueden interpretarse a la luz de la teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961), que vincula la reducción de relaciones sociales al deterioro de la salud, y de la teoría del convoy social (Antonucci y Akiyama, 1987; Kahn y Antonucci, 1980), que concibe las redes de apoyo como dinámicas y cambiantes a lo largo de la vida, intensificándose su pérdida en las etapas finales y en los procesos de adaptación a la institucionalización.

## La soledad en los centros residenciales

El tránsito a la institucionalización supone una ruptura biográfica profunda y un gran cambio en la vida de la persona institucionalizada (Gutiérrez Báez et al., 2019). Huang et al. (2022) identificaron en sus entrevistas cuatro manifestaciones en el tránsito a la vida en una residencia de mayores: la desconexión de relaciones previas, las lágrimas de aflicción, el aislamiento de los más mayores y la pérdida de pertenencia e identidad. La residencia se convierte así en un espacio donde la soledad se intensifica por la dificultad de sustituir las redes previas.

El marco de la “institución total” (Goffman, 2001[1961]) entiende estos espacios como un lugar de residencia donde un gran número de personas aisladas comparten una rutina diaria controlada formalmente. Desde esta visión, en espacios como los centros residenciales de personas mayores la estandarización de rutinas puede diluir la individualidad y restringir la autodeterminación, generando un sentimiento de desvinculación (Heinzelmann, 2004). Frente a ello, elementos como la personalización del espacio o la posibilidad de mantener la intimidad se revelan esenciales para preservar la identidad y el bienestar (Chamberlain et al., 2017; Sixsmith, 1986; van Hoof et al., 2016).

Vivir en centros residenciales de personas mayores se asocia de manera consistente con una elevada prevalencia de condiciones de salud física y mental desfavorables, así como con un mayor grado de fragilidad (Fernández-Mayoralas et al., 2015; Rico-Uribe et al., 2016). Asimismo, en esta población es frecuente la presencia de demencia, deterioro cognitivo y discapacidades sensoriales (Lara et al., 2019). Esta forma de vida, además, implica una carga emocional considerable (Kitzmüller et al., 2017). Además, diversos estudios han mostrado prevalencias muy elevadas de soledad total, social y emocional en residencias, acompañadas de síntomas de ansiedad y depresión (Hernández Vergel et al., 2019; Molas-Tuneu et al., 2023). Otros trabajos han evidenciado que, en comparación con las personas mayores que permanecen en su propio domicilio, quienes residen en instituciones presentan una probabilidad significativamente mayor de experimentar sentimientos de soledad — particularmente en su expresión más severa— y de aislamiento social (Chang et al., 2021; Simard y Volicer, 2020; Smith et al., 2023).

Los enfoques clásicos de soledad en la vejez, junto a la evidencia empírica reciente en contextos residenciales, permiten interpretar la soledad en las residencias de mayores como una experiencia emocional producida en la intersección entre trayectorias vitales, redes de apoyo y estructuras institucionales. La noción de institución total (Goffman, 2001[1961]) resulta especialmente útil para comprender cómo la estandarización de la vida cotidiana afecta a la identidad y al sentido de pertenencia, mientras que la teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961) y la teoría del convoy social (Antonucci y Akiyama, 1987; Kahn y Antonucci, 1980) ofrecen claves para analizar la reconfiguración –y en muchos casos la fragilización– de los vínculos significativos en la vejez institucionalizada.

La principal novedad de este trabajo reside en su aproximación sociológica cualitativa a las experiencias de soledad de las personas que viven en residencias de mayores, un área de investigación reciente en el contexto internacional (por ejemplo, Huang et al., 2022; Larsson et al., 2024; Misiak et al., 2024, entre otros) y ciertamente escaso en el ámbito español (Carmena del Viso et al., 2025), con trabajos que principalmente han analizado la soledad con entrevistas, si bien en personas mayores que viven en sus hogares (Fernández- Roses et al., 2025; López Doblas y Díaz Conde, 2018a, 2018b).

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño y protocolo ético

Se adoptó un diseño cualitativo de tipo transversal basado en 34 entrevistas semiestructuradas en profundidad a personas que vivían en residencias de mayores. Este diseño permitió comprender la experiencia subjetiva de la soledad no deseada tal como es vivida y narrada por las personas residentes en un momento concreto de su trayectoria institucional.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Pablo de Olavide (código 23/8-1). Todas las personas participantes fueron informadas de los objetivos del estudio y firmaron previamente un consentimiento informado. El trabajo de campo contó con el respaldo institucional y la autorización para el acceso a los centros residenciales por parte de la Dirección General de Personas Mayores, Participación Activa y Soledad no deseada, dependiente de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía.

### Muestra y participantes

Se seleccionaron, en primer lugar, mediante muestreo por conveniencia los tres centros residenciales de personas mayores de titularidad y gestión públicas de la Junta de Andalucía existentes en la provincia de Sevilla, una muestra procedente del trabajo de campo del proyecto de investigación en el que se fundamenta este artículo. En segundo lugar, se realizó un muestreo propositivo para la selección de las 34 personas que conformaron la muestra final. La diversidad de la muestra en términos de edad, género, nivel educativo, trayectoria residencial y estado de salud permitió recoger experiencias heterogéneas de la vida institucional y de la soledad no deseada. Esta variabilidad favorece la transferibilidad de los hallazgos a contextos residenciales públicos similares, más allá de los centros concretos estudiados. El perfil de las personas participantes puede verse en la [tabla 1](#).

**Tabla 1.** Perfil de las personas participantes

Bloque	Variable	Categoría	n	% / media
<b>Demografía</b>	Edad media (años)	–	34	77.4
		60–69	7	20%
		70–79	15	44%
		80–89	8	24%
		90+	4	12%
	Género	Hombre	14	41%
		Mujer	20	59%
<b>Situación social</b>	Estado civil	Soltera/o	12	35%
		Divorciada/o	8	24%
		Viuda/o	14	41%
	Tiempo en viudedad/ divorcio (media, años)	–	34	18.8
<b>Educación y cognición</b>	Nivel de estudios	Sin estudios	12	36%
		Primarios	11	32%
		Secundarios o superiores	11	32%
		Mini-Mental State Examination (media, puntos/30)	–	34
<b>Residencias</b>	Residencia actual	Heliópolis	17	50%
		Huerta Palacios	10	29%
		Marchena	7	21%
	Residencia previa	Sí	21	62%
		No	13	38%
	Tiempo en este centro (media, años)	–	34	6.1
Tiempo total en centros (media, años)	–	34	7.9	
<b>Motivo de ingreso</b>	Motivo principal	Salud	16	47%
		Soledad	5	15%
		Vulnerabilidad	9	26%
		Otro	4	12%

## Criterios de inclusión

Se siguieron estos criterios de inclusión: acceder a participar en el estudio, tener cumplidos 60 años o más, llevar al menos tres meses viviendo en la residencia y obtener  $\geq 21$  sobre un máximo de 30 puntos en el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975). Este instrumento se utilizó con fines de cribado para evaluar de manera rápida el funcionamiento

cognitivo de las personas candidatas a participar en el estudio, con el objetivo de garantizar su capacidad para comprender las preguntas y participar adecuadamente en la investigación.

## Procedimiento

El trabajo de campo se desarrolló entre diciembre de 2023 y junio de 2024 por un equipo de investigación con experiencia en estudios cualitativos con personas mayores. El proceso de acceso a los centros residenciales y la selección de las personas participantes se inició con el contacto a las direcciones de las residencias, a quienes se presentó el proyecto y se acordó una primera visita. Posteriormente, a efectos de selección previa, se solicitó a personal especializado de cada centro una lista actualizada de residentes con capacidad cognitiva suficiente para participar en el estudio, conformándose una muestra inicial de 44 personas. Durante la segunda visita, el equipo investigador administró a cada potencial participante un breve cuestionario sociodemográfico y el MMSE para valorar la elegibilidad, culminando con un informe para determinar la muestra final de 34 personas residentes.

Las entrevistas se llevaron a cabo entre febrero y mayo de 2024 a lo largo de varias visitas a cada residencia. Con el fin de minimizar la influencia institucional en las respuestas, las entrevistas se realizaron sin la presencia de personal del centro y en espacios previamente acordados que garantizaban privacidad y ausencia de interrupciones. Asimismo, se cuidó especialmente la comodidad emocional de las personas participantes, adaptando el ritmo de la entrevista a sus necesidades, ofreciendo pausas cuando fue necesario y respetando en todo momento su voluntad de no responder a determinadas cuestiones dada la sensibilidad del tema tratado. Se empleó un guion semiestructurado, compuesto por siete bloques temáticos: trayectoria vital hasta la entrada en la residencia; motivo de entrada y proceso de adaptación; relaciones familiares; redes relacionales dentro y fuera de la residencia; identidad y pensamientos existenciales; salud y autonomía; y la residencia como institución total. Las entrevistas, de entre 60 y 70 minutos de duración, se centraron en el bienestar emocional y en el sentimiento de soledad no deseada como experiencia subjetiva vinculada a la pérdida de vínculos significativos, la falta de sentido vital o la desconexión del entorno (Díaz et al., 2013).

Se optó por un sistema de doble entrevistadora: una principal, centrada en el diálogo, y una secundaria, encargada de tomar notas, seguir el guion temático y aportar cuando era necesario. Ambas investigadoras compartían el mismo marco teórico y el guion de entrevista, y realizaron sesiones previas de coordinación para asegurar la consistencia en el enfoque y en el desarrollo de las entrevistas. La entrevistadora secundaria intervino de forma puntual y no directiva, con el objetivo de apoyar el flujo de la conversación sin interferir en el discurso de las personas entrevistadas. Este modelo permitió una atención más plena a la conversación y a los matices verbales y no verbales del contexto, además de facilitar una distribución del esfuerzo emocional que exige este tipo de diálogo en profundidad.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas literalmente. Las transcripciones fueron posteriormente revisadas por las propias investigadoras responsables de cada entrevista, garantizando así la calidad y fidelidad de los datos recogidos. Se garantizó la confidencialidad de la información mediante la anonimización de los datos y asegurando en el consentimiento informado el uso exclusivo de los testimonios con fines de investigación.

## Análisis

Se realizó un análisis temático para identificar y analizar dimensiones a partir de los temas del propio guion (Braun y Clarke, 2022). Inicialmente, se aplicó una codificación abierta que permitió una lectura inductiva de los datos recogidos. Posteriormente, los códigos se agruparon

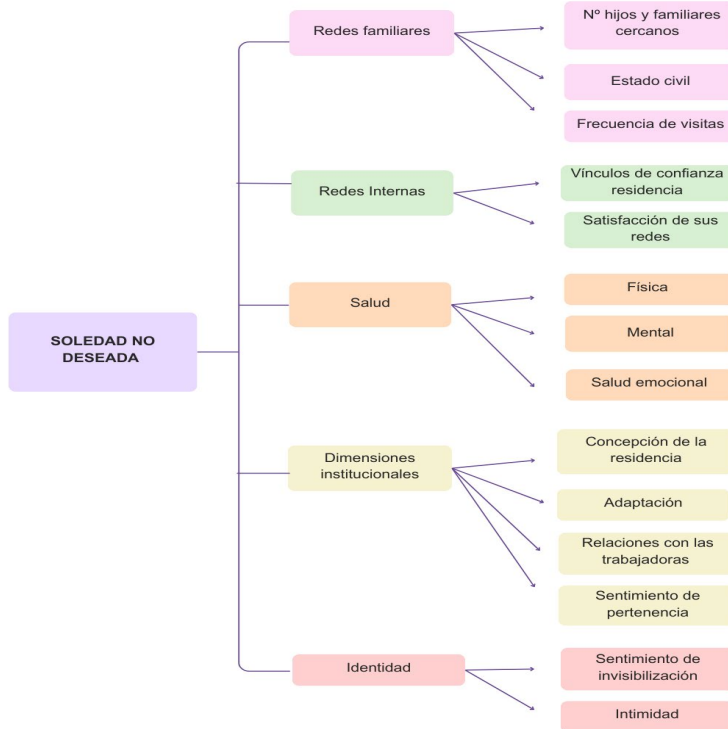
en categorías más amplias que reflejaban aspectos influyentes sobre la soledad. Finalmente, estas categorías fueron refinadas a través de un proceso iterativo de revisión y discusión junto con el investigador principal del grupo, asegurando así la rigurosidad del análisis realizado. Todo ello se llevó a cabo mediante el software de análisis cualitativo ATLAS.ti.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A partir del análisis temático de las entrevistas, emergieron cinco dimensiones clave que configuran la vivencia de la soledad en contextos residenciales: redes familiares, redes internas, salud, entorno institucional e identidad (Figura 1).

Estas dimensiones no actúan de forma aislada, sino que interactúan entre sí, generando un entramado complejo donde la soledad se construye como una experiencia emocional prolongada. Cada dimensión refleja un ámbito de pérdida o fragilidad vincular: desde la desconexión con la familia, la dificultad para construir nuevas relaciones significativas, el deterioro de la salud, la estandarización del entorno institucional o la dilución de la identidad personal. En conjunto, permiten entender cómo la soledad combina ausencia de compañía junto a una vivencia de desvinculación afectiva, simbólica y estructural en la vejez institucionalizada. Asimismo, las dimensiones que emergen del análisis pueden interpretarse a la luz de los marcos teóricos previamente expuestos en la medida en que reflejan procesos de desvinculación relacional, reconfiguración de redes y pérdida de control sobre la vida cotidiana.

**Figura 1.** Dimensiones de la soledad no deseada en residencias



**Fuente:** elaboración propia.

## El papel clave de las redes familiares

Las relaciones familiares constituyen un factor clave en la experiencia de la soledad: situaciones de viudez, separación o pérdida de familiares que formaban parte del hogar actúan como factores desencadenantes del ingreso en la residencia, donde la falta de compañía y el temor a la dependencia emocional refuerzan la percepción de soledad (Hernández Vergel et al., 2019; Robertson et al., 2023). Además, el envejecimiento sin pareja puede intensificar el sentimiento de aislamiento en contextos domiciliarios (Fernández-Roses et al., 2025; López Doblas y Díaz Conde, 2018b). Esta investigación respalda estos testimonios, evidenciando el sentimiento de soledad tras enviudar o separarse, lo que lleva a una sensación de indefensión en la vivienda habitual:

“[...] Pero mi hermana murió, me quedé sola. No me gusta y me daba miedo por la noche de estar sola, y mi sobrino me trajo aquí.” (Mujer, 94 años)

*“[Entrevistadora, en cursiva, de aquí en adelante] ¿Y me podría decir por qué entró en la residencia? Porque me quedé viudo.”* (Hombre, 78 años)

A pesar de contar con familiares cercanos, los residentes manifiestan preocupación por no ser una carga, donde la autopercepción de inutilidad y dependencia emocional limita la petición de ayuda (Rodríguez-Blázquez et al., 2012):

“Y llegó la hora de estar yo mal con los nervios... Me decidí de entrar a la residencia porque mi hija no podía conmigo y con el hijo [enfermo].” (Mujer, 76 años)

Este temor a convertirse en una carga aparece atravesado por trayectorias de género, en las que las mujeres, socializadas históricamente en roles de cuidado, expresan con mayor intensidad la renuncia a pedir apoyo, mientras que en los hombres emerge con mayor frecuencia ligada a la pérdida de autonomía y al rol proveedor.

“Sí, me quedé viuda. Y yo pues... ya no podía quedarme allí sola, porque al levantarme... ya eso no podía [tenía problemas de caídas y equilibrio].” (Mujer, 77 años)

Las visitas familiares representan un recurso emocional clave, al romper la rutina institucional y reactivar el vínculo afectivo. Así, son fundamentales y les generan gran felicidad, rompiendo la monotonía de la vida en la residencia (Wenger y Burholt, 2004).

“Ayer me llamó una de las hijas. Y me dice “mamá, que vamos a ir por ti esta tarde.” Digo, “Ah, bueno. ¿Para qué?” Dice, “para ver no sé qué”. Ayer me llevaron. Estuvimos paseando. [...] Estuvimos por ahí muy bien.” (Mujer, 76 años)

El deseo de estar con sus familiares más cercanos y la añoranza de su vida anterior a la residencia los lleva a sentimientos negativos.

*“¿Y hay días que echas de menos a sus hijas? Sí, eso sí, me gustaría estar con mis niñas. Claro. Y cuando las echas de menos, ¿en qué piensas? De poder estar así con ellas, lo que yo quiero, lo que me gustaría. Con las cosas que yo le pinto a mi niña. Y entonces, cuando las echas de menos, ¿qué haces? ¿Te entretienes? ¿Te pones triste o qué...? Triste o una cosa así es lo que me pongo a lo mejor.” (Mujer, 77 años)*

Estos hallazgos permiten matizar la teoría del convoy social al mostrar que, en el contexto de la institucionalización, esa carga no solo se reduce cuantitativamente, sino que se reconfigura bajo una lógica moral marcada por el temor a ser una carga, lo que limita la activación de apoyos familiares incluso cuando estos existen.

## Los apoyos cotidianos internos

La institucionalización implica, casi inevitablemente, una alteración profunda de las redes sociales habituales de las personas mayores. El paso del entorno comunitario o doméstico a la residencia conlleva una pérdida de vínculos cotidianos, como vecindad, amistades y relaciones de barrio que no siempre logran ser sustituidos por nuevas conexiones en el contexto institucional (Gutiérrez Báez et al., 2019). Esta desconexión refuerza el sentimiento de aislamiento social, particularmente entre aquellos que ingresan sin acompañamiento o con escasas habilidades relacionales.

*“Pero todo se acaba, hija; se acaba la familia, no se me van a acabar antiguas amistades...” (Hombre, 73 años)*

Estas experiencias muestran que, a pesar de las barreras impuestas por la edad, el deterioro cognitivo o la falta de afinidades, algunas personas mayores logran reconstruir relaciones significativas, dotadas de afectividad y cotidianeidad. Este tipo de vínculos pueden ser protectores frente al aislamiento emocional y deben ser visibilizados y promovidos desde la organización institucional (Jacelon, 1995). Este hallazgo conecta con la teoría del convoy social (Antonucci y Akiyama, 1987; Kahn y Antonucci, 1980), que entiende las redes de apoyo como un entramado dinámico que acompaña a la persona a lo largo de su vida. En el caso de la institucionalización, la ruptura con las redes comunitarias y vecinales supone una pérdida importante de ese convoy vital, difícilmente reemplazable. Sin embargo, los intentos de generar nuevas amistades o vínculos afectivos dentro de la residencia ilustran la capacidad de reconstrucción parcial de ese convoy, aunque limitado por las condiciones institucionales y la falta de continuidad biográfica. Desde esta perspectiva, la residencia se convierte en un espacio donde el convoy social no desaparece, sino que se reconfigura de manera frágil.

En este mismo sentido, algunos residentes consiguen crear una suerte de “comunidad emocional” (Pavarini et al., 2017), que ofrece protección frente al aislamiento y demuestra que, incluso en contextos de fuerte desvinculación, la dimensión afectiva puede reemerger. La coexistencia de fragilidad y resiliencia en estas redes internas explica la ambivalencia entre soledad y nuevas oportunidades de vinculación observada en los testimonios.

*“Se refiere a su compañera, ¿no? Que es su pareja. Sí ¿Y se conocieron aquí en la residencia? Aquí, aquí, aquí.” (Hombre, 79 años)*

Ahora bien, el establecimiento de relaciones en entornos institucionales no siempre logra suplir la pérdida de vínculos anteriores. En numerosos casos, los residentes expresan que las interacciones que mantienen son funcionales o superficiales, lo que no compensa la ausencia de relaciones íntimas o prolongadas:

*“¿Y, por ejemplo, tienes amigos aquí en la residencia? Poquito. ¿Por qué? ¿No hay algún grupillo con el que te sientas más cercano? No, no se hace mucho grupo aquí. No... Son más individuales, ¿no? Sí.” (Hombre, 64 años)*

A su vez se dan escenarios donde las nuevas relaciones no suplen el rol afectivo de las anteriores. [Townsend \(1981\)](#) ya apuntaba que las relaciones forzadas en entornos institucionales rara vez satisfacen las mismas necesidades de pertenencia que las redes previas.

Portanto, la dimensión de redes internas pone en evidencia la ambivalencia de la vida relacional en residencias. Frente a los riesgos de aislamiento, surgen oportunidades de vinculación que deben ser cuidadosamente facilitadas por los equipos profesionales ([Blanco-Ameneiros y García-González, 2024](#)). Fomentar espacios de interacción, promover actividades grupales significativas y acompañar procesos relacionales son estrategias esenciales para fortalecer el entramado afectivo entre residentes y mejorar su bienestar emocional ([Misiak et al., 2024](#)).

## **Deterioro de la salud y aceptación de las limitaciones**

La salud, tanto física como emocional, se manifiesta como una dimensión transversal que condiciona de forma directa la experiencia de vida en la residencia y la percepción de soledad. En muchos casos, el ingreso en el centro está motivado por un deterioro físico significativo, como accidentes cerebrovasculares o enfermedades crónicas, que impiden la autonomía en el hogar, conocido como modelo de “institucionalización por necesidad” ([Fernández-Mayoralas et al., 2015](#)).

*“¿El motivo por el que entra a la residencia cuál fue? Porque estaba mala [un ictus] y se vinieron mis padres y también me vine yo.” (Mujer, 63 años)*

*“Y yo sin mis hijas... no me pueden tener porque yo no podía estar, porque yo me caigo mucho y se me iba mucho el cuerpo. Y por eso me trajeron aquí” (Mujer, 77 años)*

La pérdida de capacidad funcional tiene un doble impacto: limita las posibilidades de interacción social al restringir la movilidad o la comunicación, y genera un sentimiento de dependencia que mina la autoestima ([Fernández-Roses et al., 2025](#); [Johansson-Pajala et al., 2022](#)). Este deterioro físico suele ir acompañado de un estado emocional caracterizado por la apatía, la tristeza o la falta de motivación ([Wang et al., 2022](#)), expresado por muchos residentes. Estos hallazgos ilustran de manera clara la bidireccionalidad entre salud y soledad descrita en la literatura ([Donovan et al., 2017](#)): por un lado, la enfermedad y el deterioro funcional motivan

el ingreso residencial, al hacer inviable la vida autónoma en el hogar; por otro, una vez en la institución, la percepción de fragilidad y dependencia intensifica la soledad, al limitar las oportunidades de interacción y reforzar sentimientos de inutilidad. Desde esta perspectiva, la salud no puede entenderse solo como condición previa al ingreso, sino como un proceso que retroalimenta de forma continua la experiencia de soledad en la residencia. En este sentido, los resultados amplían la literatura existente al mostrar que, en contextos residenciales, esta bidireccionalidad se ve intensificada por la lógica institucional, que tiende a reforzar la percepción de dependencia y a limitar las oportunidades de agencia personal.

Además, conviene subrayar un matiz de género señalado en la literatura: las mujeres tienden a vincular el deterioro de la salud con experiencias de soledad emocional, asociadas a la pérdida de vínculos de apego, mientras que en los hombres se relaciona más con la soledad total, que combina aislamiento social y emocional (Lozano Benito y Gallardo Peralta, 2022). Aunque en este estudio no se realizó un análisis diferenciado entre varones y mujeres, los testimonios recogidos sugieren la presencia de estos patrones, lo que apunta a la relevancia de incorporar una perspectiva de género de forma sistemática en futuras investigaciones sobre la relación entre salud y soledad en contextos residenciales.

A nivel emocional, la salud también se ve afectada por el horizonte de finitud vital, que toma una presencia cotidiana en el entorno residencial, como se mencionaba en el marco teórico cuando hacíamos referencia a la soledad existencial. Esta conciencia de la muerte no tiene por qué implicar una sensación o incluso una patología de ansiedad, pero sí transforma la forma en que las personas mayores valoran su calidad de vida (Durán-Badillo et al., 2020). En este sentido, los recuerdos y el pasado cobran valor simbólico como refugio emocional ante un presente rutinario y un futuro incierto (Österlind et al., 2017).

*“¿Qué espera usted del futuro? ¿Qué espero? Nada. Estar aquí y ya está, hasta que me vaya; no espero nada.” (Mujer, 94 años)*

La salud en el contexto residencial no puede entenderse exclusivamente desde la ausencia de enfermedad, sino como un constructo integral que abarca el estado funcional, el bienestar emocional y la percepción de sentido vital (Valenzuela Contreras, 2016). Es urgente, por tanto, promover estrategias que favorezcan el bienestar psicológico, la estimulación cognitiva y la recuperación de la agencia personal para contrarrestar los efectos de esta “invisibilidad emocional”.

## La residencia como institución total

El entorno institucional actúa como un determinante clave de la soledad de los residentes. En particular, la lógica organizativa de las residencias estudiadas tiende a priorizar aspectos logísticos y asistenciales por encima de elementos psicosociales o relacionales. Esta estructura institucional es clave para que los residentes construyan su experiencia diaria, así como su sentimiento de pertenencia (Gummà Serra y Castilla Mora, 2019).

El proceso de ingreso suele vivirse como abrupto y marcado por un desarraigo, ya que dejan su hogar habitual. La residencia se percibe en muchos casos como un espacio ajeno, al que se llega por obligación más que por elección, lo que genera sentimientos de pérdida de control y discontinuidad biográfica. Así, la desconexión espacio-temporal es un factor clave en la vivencia de soledad institucionalizada (Jansson et al., 2021).

“Pero no, yo [preferiría vivir] en mi casa; mi casa es mi casa y esto es esto.” (Mujer, 91 años)

“¿Cómo fue ese cambio de vivir en tu casa, digamos, en una casa? Hombre, un impacto grande. Porque no tienes... La intimidad tuya no hay quien te la quite, tienes tu raíz y te agarras, que es lo importante, ¿no? Y todavía no es lo mismo.” (Hombre, 75 años)

Aunque algunos residentes logran adaptarse y reconocen el centro como un espacio seguro, otros nunca llegan a considerarlo un hogar. Esta dificultad para reconstruir un sentido de pertenencia se ve acentuada por la distancia geográfica respecto al lugar de origen o la ausencia de redes sociales significativas. En este sentido, la institucionalización aparece como un factor de vulnerabilidad física, simbólica y emocional.

La vida cotidiana dentro de la residencia está fuertemente estructurada. Las rutinas fijas, la escasa flexibilidad horaria y la limitación de actividades con sentido afectan a la motivación de los residentes y refuerzan una sensación de monotonía. Esta estandarización de la vida diaria remite al concepto de “institución total” (Goffman, 2001[1961]) donde la lógica colectiva desplaza a la individualidad y reduce el espacio para la autodeterminación (Heinzelmann, 2004). Así, las relaciones con el personal cuidador se convierten en un elemento esencial. La mayoría de los residentes valoran positivamente el trato recibido, lo que contrasta con la frialdad que a menudo caracteriza a las instituciones. Más allá de esta dimensión micro social, resulta necesario aterrizar en el plano estructural. Tal y como se expresa en los relatos, las condiciones institucionales específicas de las residencias, como su tamaño, la estandarización de rutinas o la limitación de recursos para actividades significativas emergen de forma recurrente como factores que condicionan la experiencia cotidiana y el sentimiento de pertenencia de las personas residentes. Las condiciones del sistema no son neutras: se traducen en experiencias subjetivas de desarraigo y monotonía, al generar centros sobredimensionados, orientados a la eficiencia asistencial más que a la personalización de la vida cotidiana. En este sentido, la organización institucional configura rutinas y espacios, además de reproducir desigualdades estructurales que impactan directamente en el bienestar emocional de los residentes.

“Y con las trabajadoras, ¿qué tal? ¿Cómo se lleva con ellas? Bien, bien, son muy buenas, muy buena gente.” (Mujer, 94 años)

Por tanto, las dimensiones institucionales deben considerarse como factores contextuales y, sobre todo, como configuradores activos de la experiencia de soledad o bienestar. Superar esta lógica requiere avanzar hacia modelos de atención centrados en la persona, donde el entorno se adapte a las trayectorias y preferencias individuales, y no al revés. Solo así se podrá transformar la residencia en un verdadero lugar para vivir (Tirado Yusta, 2018).

## Pérdida de la identidad previa

La residencia puede actuar como un espacio que diluye la identidad individual en favor de una lógica colectiva, lo que restringe la capacidad de autodeterminación, predominando una normatividad que homogeneiza prácticas y espacios, y que dificultan la expresión de la subjetividad y de las emociones (Gamliel y Hazan, 2006).

Este hallazgo conecta con la literatura que destaca la personalización del espacio como mecanismo fundamental para preservar la identidad y la biografía. Sixsmith (1986) ya mostró que el “hogar” se construye simbólicamente a través de objetos, recuerdos y configuraciones materiales que remiten a la trayectoria personal, mientras que Chamberlain et al. (2017) y van Hoof et al. (2016) evidencian que la posibilidad de decorar y adaptar el espacio privado en las residencias contribuye a sostener la sensación de pertenencia y dignidad. La imposibilidad de colgar un cuadro significativo o de disponer de una habitación individual, como expresaron varios participantes, revela cómo la organización institucional limita estos procesos de construcción identitaria. A diferencia de lo observado en contextos domiciliarios, donde la pérdida del convoy suele vincularse a la viudedad o al deterioro de la salud, en el entorno residencial la reconfiguración del convoy se ve condicionada por dinámicas institucionales que dificultan la continuidad biográfica de los vínculos.

*“¿Podría usted pensar algo que le gustaría cambiar para estar un poquito más a gusto? Lo único que podría cambiar [...] yo tengo un [Jesús del] Gran Poder muy hermoso, un cuadro del Gran Poder me gustaría tenerlo así donde yo duermo [...] Pero me dijeron que no, que no se podía, que no agujeros, que no se podía poner ninguno.” (Mujer, 83 años)*

Estas experiencias deben interpretarse también a la luz de las particularidades culturales del contexto español, donde la dimensión simbólica del hogar, la religiosidad popular y la continuidad biográfica ocupan un lugar central en la construcción de la identidad en la vejez.

En el mismo sentido, la pérdida de intimidad tiene efectos en la salud emocional, afectando el sentimiento de dignidad y control. La posibilidad de elegir, de tener privacidad y de organizar la vida diaria son elementos fundamentales para el bienestar y la autoestima (van Hoof et al., 2016). El paso de vivir solos a convivir en un espacio colectivo tiene un impacto significativo en su bienestar. Así, la falta de un espacio privado y la imposibilidad de mantener su independencia e intimidad son temas recurrentes.

*“¿Te gustaría tener una habitación para ti sola? Sí, porque yo siempre he sido muy independiente. Yo siempre he vivido sola muchos años, pero muchos.” (Mujer, 91 años)*

Muchos residentes mencionan el impacto negativo que esto tiene en su bienestar emocional, ya que sienten que su identidad y privacidad se ven comprometidas. En definitiva, la posibilidad de contar con un espacio privado y personal es vista como crucial para el bienestar de los residentes. La falta de intimidad sigue siendo una preocupación importante, lo que sugiere la necesidad de mejorar las condiciones de vida en las residencias para promover así una mayor autonomía e identidad personal.

## CONCLUSIONES

Este estudio ha permitido comprender cómo las personas mayores que viven en centros residenciales viven la soledad no deseada como una experiencia compleja tejida por factores personales, relacionales e institucionales. El ingreso en la residencia suele percibirse como una ruptura biográfica y, aunque se valora el cuidado recibido, persiste una sensación de desarraigo ligada a la pérdida de intimidad, autonomía e identidad.

Las dimensiones analizadas, como la salud, las redes familiares e internas, el entorno institucional y la identidad, revelan que la soledad no deseada debe abordarse tanto como un déficit de compañía como una vivencia emocional profundamente vinculada al entorno y a la calidad de los vínculos. Elementos como las visitas familiares, la posibilidad de personalizar los espacios o la construcción de relaciones significativas dentro del centro emergen como protectores del bienestar emocional.

En este sentido, se hace urgente avanzar hacia modelos de atención centrados en la persona que reconozcan la dimensión relacional y simbólica del cuidado. Las políticas públicas deben incorporar la soledad como un eje transversal en los cuidados de larga duración y promover entornos que favorezcan la pertenencia, la autonomía y la expresión de la identidad.

Desde una perspectiva de género, los resultados sugieren que la experiencia de la soledad en contextos residenciales no es neutra, sino que se ve atravesada por trayectorias vitales diferenciadas, roles de cuidado y expectativas sociales acumuladas a lo largo del ciclo de vida. Aunque este estudio no aborda de manera específica un análisis comparativo por sexo, los hallazgos apuntan a la necesidad de incorporar esta perspectiva para comprender mejor cómo se construyen las experiencias de soledad, dependencia y pérdida de identidad en la vejez institucionalizada.

Desde el punto de vista teórico, el estudio contribuye a una comprensión más compleja de la soledad en la vejez institucionalizada, al mostrar cómo los procesos de desvinculación, reconfiguración relacional e institucionalización interactúan en la construcción del bienestar emocional.

Este estudio presenta cuatro limitaciones. En primer lugar, se basa en una muestra intencionada de las tres residencias públicas de la Junta de Andalucía en Sevilla, por lo que se presenta una minoría del parque residencial andaluz o español, al igual que no considera modelos residenciales de otra titularidad o gestión. En segundo lugar, al ser unos criterios de inclusión exigentes, la muestra se reduce y hace que pueda existir sesgo de selección. En tercer lugar, al ser la soledad un tema tan complejo, subjetivo y sujeto a deseabilidad social, el guion de las entrevistas no la consideraba de manera explícita como tema, sino que fue una dimensión implícita y transversal en el desarrollo de las conversaciones. En cuarto lugar, aunque la soledad se suele expresar de diferentes formas por hombres y mujeres, en este artículo no se ha adoptado específicamente una perspectiva de género, ya que este análisis requeriría un abordaje específico que excede los objetivos del presente artículo. No obstante, estas limitaciones permiten identificar líneas claras para investigaciones futuras –especialmente en relación con la incorporación explícita de la soledad como dimensión analítica, el uso de muestras más amplias y diversas y la adopción de una perspectiva de género–, así como aportan elementos relevantes para la reflexión y transformación de los modelos de atención institucional hacia enfoques más centrados en la persona.

## **DECLARACIÓN DE USO DE LA IA**

Cuando el manuscrito estaba en su última versión, se usó ChatGPT como apoyo para verificar el formato de las referencias según las normas de la revista y para realizar una revisión ortotipográfica.

## FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido financiado por el proyecto “Soledad en las residencias de personas mayores de Andalucía (Proyecto SOLAS2)” (Ref. PRY097/22). Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces. Junta de Andalucía.

## AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen la colaboración de las personas mayores y del personal de los centros residenciales participantes, cuya generosidad y disposición hicieron posible este estudio. Gracias a las compañeras del equipo de investigación que colaboraron en el proyecto: Emilse Degoy, Celia Espada, Ignacio González Salgado, Cristina Granados, Ana Lara, Carolina Olid, Lucía R. Hernes, Miriam Ríos y Lola Silva.

## REFERENCIAS

- Antonucci, T. C., y Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42(5), 519-527. <https://doi.org/10.1093/geronj/42.5.519>
- Blanco-Ameneiros, C., y García-González, J. M. (2024). ‘Como hormiguitas’: las cuidadoras emocionales en las residencias de mayores. En I García Rodríguez, y L. Biedma Velázquez (Eds.), *La salud y las mujeres. Investigaciones en torno a la dimensión social y de género* (pp. 157-168). Catarata.
- Bolmsjö, I., Tengland, P. A., y Rämngård, M. (2019). Existential loneliness: an attempt at an analysis of the concept and the phenomenon. *Nursing Ethics*, 26(5), 1310–1325. <https://doi.org/10.1177/0969733017748480>
- Braun, V., y Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage.
- Carmena del Viso, M., Mazas, A., Navarrete-Villanueva, D., Navas-Ferrer, C., y Iguacel, I. (2025). Social Support Networks and Mental Health Among Older Adults Residing in a Nursing Home: A Qualitative Study. *Journal of Gerontological Nursing*, 1-8. <https://doi.org/10.3928/00989134-20251111-02>
- Carrasco, P. M., Crespo, D. P., Rubio, C. M., y Montenegro-Peña, M. (2022). Loneliness in the Elderly: Association with Health Variables, Pain, and Cognitive Performance. A Population-based Study. *Clínica y Salud*, 33(2), 51-58. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a14>
- Chamberlain, S. A., Weeks, L. E., y Keefe, J. (2017). Factors influencing family-member perception of “homelikeness” in long-term care homes. *Journal of Housing for the Elderly*, 31(4), 394-409. <https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1335672>
- Chang, L. C., Dattilo, J., Hsieh, P. C., y Huang, F. H. (2021). Relationships of leisure social support and flow with loneliness among nursing home residents during the COVID-19 pandemic: An age-based moderating model. *Geriatric Nursing*, 42(6), 1454–1460. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.08.014>

- Cloutier-Fisher, D., Kobayashi, K., y Smith, A. (2011). The subjective dimension of social isolation: A qualitative investigation of older adults' experiences in small social support networks. *Journal of Aging Studies*, 25(4), 407-414. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.03.012>
- Cumming, E., y Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Basic Books.
- de Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1), 73-80. <https://doi.org/10.1017/S0959259898008090>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación*, 2(7), 162-167. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&nrm=is](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&nrm=is)
- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., y Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older US adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 564-573. <https://doi.org/10.1002/gps.4495>
- Durán-Badillo, T., Maldonado Vidales, M. A., Martínez Aguilar, M. de la L., Gutiérrez Sánchez, G., Ávila Alpírez, H., y López Guevara, S. J. (2020). Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores. *Enfermería Global*, 19(2), 287-304. <https://doi.org/10.6018/eglobal.364291>
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M. E., Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., Rojo-Abuín, J.-M., y Forjaz, M.-J. (2015). Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Ageing & Mental Health*, 19(11), 1031-1041. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.996734>
- Fernández-Roses, D., García-Aguña, S., Gallardo-Peralta, L. P., y Sánchez-Moreno, E. (2025). La soledad en personas mayores: un estudio cualitativo sobre experiencias subjetivas, factores influyentes y estrategias de afrontamiento. *Revista Española de Sociología*, 34(2), 8-23. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2025.263>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., y McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gamliel, T., y Hazan, H. (2006). The meaning of stigma: Identity construction in two old-age institutions. *Ageing and Society*, 26(3), 355-371. <https://doi.org/10.1017/S0144686X0500454X>
- García-González, J. M., Montero, I., Puga, D., y Grande, R. (2021). *Soledad durante el confinamiento: una epidemia dentro de la pandemia de la covid-19*. Observatorio Social la Caixa. <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/es/-/soledad-durante-el-confinamiento-una-epidemia-dentro-de-la-pandemia-de-la-covid-19>
- Gerst-Emerson, K., y Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American Journal of Public Health*, 105(5), 1013-1019. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302427>
- Goffman, E. (2001[1961]). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (7ª ed.). Amorrortu.
- Gummà Serra, E., y Castilla Mora, M.R. (2019). El bienestar emocional como predictor de calidad de vida en los seniors co-housing. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32(2), 365-379. <https://doi.org/10.5209/cuts.59461>

- Gutiérrez Báez, P., Acosta Cano, R., Angulo Silva, M. A., Álvarez Domínguez, P., Casado de Paula, M., Coca Casado, D., Oliver Ledesma, C., Sánchez Lucas, M., Meimije, M. del S., y Seco Jiménez, L. (2019). Institucionalización: ¿abandono o la mejor opción? *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(2), 183–194. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n2.v2.1910>
- Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., ... y AgeCoDe Study Group. (2015). Longitudinal predictors of institutionalization in old age. *PLOS One*, 10(12), e0144203. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144203>
- Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., y Jivan, T. (2004). Social isolation and loneliness: differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillessement*, 23(2), 129–140. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0022>
- Heinzelmann, M. (2004). *Das Altenheim – immer noch eine „Totale Institution“? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime* [Tesis doctoral]. Universität Göttingen. <https://d-nb.info/977056384/34>
- Hernández Vergel, V. K., Solano Pinto, N., y Fernández César, R. (2019). Entorno social y sentimientos de soledad en adultos mayores institucionalizados. *Cuidado y Ocupación Humana*, 8(2), 6-15. <https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/coh/article/view/885/853>
- Huang, P. H., Wang, S. Y., Hu, S. H., y Chuang, Y. H. (2022). Older residents' perceptions of loneliness in long-term care facilities: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), 601-610. <https://doi.org/10.1111/inm.12979>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2025). *Encuesta de población activa. Datos últimos publicados*. <https://www.ine.es>
- Jacelon, C. S. (1995). The effect of living in a nursing home on socialization in elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 539-546. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22030539.x>
- Jansson, A. H., Karisto, A., y Pitkälä, K. H. (2021). Time-and place-dependent experiences of loneliness in assisted living facilities. *Ageing & Society*, 41(3), 628-644. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001211>
- Johansson-Pajala, R. M., Alam, M., Gusdal, A., Heideken Wågert, P. V., Löwenmark, A., Boström, A. M., y Hammar, L. M. (2022). Anxiety and loneliness among older people living in residential care facilities or receiving home care services in Sweden during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 22(1), 927. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03544-z>
- Kahn, R.L. y Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. En P. Baltes y O. Brim (Eds.), *Life Span Development and Behavior*. (pp. 253-286). Academic Press.
- Kitzmüller, G., Clancy, A., Vaismoradi, M., Wegener, C. y Bondas, T. (2017). 'Trapped in an empty waiting room' – the existential human core of loneliness in old age: a meta-synthesis. *Qualitative Health Research*, 28(2), 213-230. <https://doi.org/10.1177/1049732317735079>
- Lara, A., Ramírez, E., González, I., García-González, J.M. (2025). "Aquí es como si no existieras": las soledades en centros de atención residencial de personas mayores. En García-González, J.M. et al. (eds.), *Soledades. Diversidad y desigualdad*. Catarata.

- Lara, E., Martín-María, N., De la Torre-Luque, A., Koyanagi, A., Vancampfort, D., Izquierdo, A., y Miret, M. (2019). Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Ageing Research Reviews*, 52, 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.03.002>
- Larsson, H., Saarelainen, S.M., Sjöberg, M., Dezutter, J., y Haugan, G. (2024). Existential loneliness and meaning-in-life in the lived experience of nursing home residents. *International Journal of Care and Caring*, 10(1), 1-19. <https://doi.org/10.1332/23978821Y2024D000000047>
- Longman, J., Passey, M., Singer, J., y Morgan, G. (2013). The role of social isolation in frequent and/or avoidable hospitalisation: rural community-based service providers' perspectives. *Australian Health Review*, 37(2), 223-231. <https://doi.org/10.1071/AH12152>
- López Doblas, J., y Díaz Conde, M. P. (2018a). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>
- López Doblas, J., y Díaz Conde, M. P. (2018b). Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53(3), 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>
- Lozano Benito, A., y Gallardo Peralta, L.P. (2022). Soledad y bienestar emocional en mujeres mayores. Diversas experiencias durante el confinamiento en Bilbao. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 29(2), 208-235. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.20221>
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., y Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39(1), 31-38. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp202>
- Mirallas Rojano, Á., y Rey Reñones, C. (2015). Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta de centro de mayores. *Gerokomos*, 26(4), 132-136. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2015000400004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000400004)
- Miret, P. (2016). Cambios en los hogares y en la familia: España en el siglo XXI en el contexto europeo. *Panorama social*, (23), 91-107. [https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS\\_PS/023art07.pdf](https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/023art07.pdf)
- Misiak, M. M., Bethell, J., Chapman, H., y Sommerlad, A. (2024). How can care home activities facilitate social connection in residents? A qualitative study. *Ageing & Mental Health*, 29(1), 25-35. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2345130>
- Molas-Tuneu, M., Jerez-Roig, J., Minobes-Molina, E., Coll-Planas, L., Escribà-Salvans, A., Farrés-Godayol, P., ... y Naudó-Molist, J. (2023). Soledad social y emocional en personas mayores que viven en residencias geriátricas de España: un estudio transversal. *Anales de Psicología*, 39(3), 465-477. <https://doi.org/10.6018/analesps.530641>
- Observatorio SoledadES. (2024). *Barómetro de la soledad no deseada en España 2024*. Fundación ONCE. <https://www.soledades.es/estudios/barometro-soledad-no-deseada-espana-2024>
- Österlind, J., Ternstedt, B. M., Hansebo, G., y Hellström, I. (2017). Feeling lonely in an unfamiliar place: older people's experiences of life close to death in a nursing home. *International Journal of Older People Nursing*, 12(1), e12129. <https://doi.org/10.1111/opn.12129>

- Pavarini, S. C. I., Neri, A. L., y Filizola, C. L. A. (2017). *Social support and the subjective well-being of elderly caregivers*. *Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología*, 20(5), 634–643. <https://doi.org/10.1590/191-22562017020.170051>
- Peplau, L. A., y Perlman, D. (1982). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. John Wiley & Sons.
- Pinazo Hernandis, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En Pinazo Hernandis, S. y Sánchez Martínez, M. (Dir.) *Gerontología: actualización, innovación y propuestas* (pp. 221-256). Pearson.
- Pinazo-Hernandis, S., y Donio-Bellegarde Nunes, M. (2018). *La soledad de las personas mayores: Conceptualización, valoración e intervención*. Estudios de la Fundación Pílares para la Autonomía Personal.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. <https://doi.org/10.1207/153248301753225702>
- Prieto-Flores, M.-E., Forjaz, M. J., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., y Martínez-Martin, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 177–194. <https://doi.org/10.1177/0898264310382658>
- Rico-Urbe, L. A., Caballero, F. F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Haro, J. M., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J. L., y Miret, M. (2016). Loneliness, social networks, and health: a cross-sectional study in three countries. *PLOS One*, 11(1), e0145264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>
- Robertson, M. A., Petersen, E. E., Ross-White, A., y Egan, R. (2023). Experience of loneliness and depression due to spousal separation in long-term care residents and their spouses: a qualitative systematic review protocol. *JB I Evidence Synthesis*, 21(8), 1672-1678. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00270>
- Rodríguez-Blázquez, C., Forjaz, M. J., Prieto-Flores, M. E., Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., y Martínez-Martin, P. (2012). Health status and well-being of older adults living in the community and in residential care settings: Are differences influenced by age? *Aging & Mental Health*, 16(7), 884–891. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.684664>
- Shpakou, A., Klimatckaia, L., Furliaeva, T., Piatrou, S., y Zaitseva, O. (2021). Ageism and loneliness in the subjective perceptions of elderly people from nursing homes and households. *Family Medicine & Primary Care Review*, 23(4), 475-480. <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2021.110366>
- Simard, J., y Volicer, L. (2020). Loneliness and isolation in long-term care and the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 966-967. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.006>
- Sixsmith, J. (1986). The meaning of home: An exploratory study of environmental experience. *Journal of Environmental Psychology*, 6(4), 281-298. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(86\)80002-0](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(86)80002-0)
- Smith, C. B., Wong, K. L. Y., To-Miles, F., Dunn, S., Gregorio, M., Wong, L., Tam, S., Huynh, P., y Hung, L. (2023). Exploring experiences of loneliness among Canadian long term care residents during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Older People Nursing*, 18(1), e12509. <https://doi.org/10.1111/opn.12509>

- Tirado Yusta, R. (2018). Implantación de un modelo de atención centrada en la persona en el ámbito de la gerontología. *Trabajo social hoy*, (84), 45-62. <https://doi.org/10.12960/TSH.2018.0009>
- Townsend, P. (1981). The structured dependency of the elderly: A creation of social policy in the twentieth century. *Ageing & Society*, 1(1), 5-28. <https://doi.org/10.1017/S0144686X81000020>
- Valenzuela Contreras, L. M. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*. 9(9), 50-59.
- van Hoof, J., Verbeek, H., Janssen, B. M., y Wouters, E. J. M. (2016). A three-perspective study of the sense of home of nursing home residents: The views of residents, care professionals and relatives. *BMC Geriatrics*, 16(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0344-9>
- Wang, Q., Zan, C., Jiang, F., Shimpuku, Y., y Chen, S. (2022). Association between loneliness and its components and cognitive function among older Chinese adults living in nursing homes: A mediation of depressive symptoms, anxiety symptoms, and sleep disturbances. *BMC Geriatrics*, 22(1), 959. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03661-9>
- Weiss, R. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- Wenger, G. C., Davies, R., Shahtahmasebi, S., y Scott, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement. *Ageing & Society*, 16(3), 333-358. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003457>
- Wenger, G. C., y Burholt, V. (2004). Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: A twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillessement*, 23(2), 115-127. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0028>
- Yang, K., y Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31(8), 1368-1388. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>
- Yanguas Lezaun, J., Cilveti Sarasola, A., Hernández Chamorro, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig i Canals, S., y Segura Talavera, C. (2018). *El reto de la soledad en la vejez*. Zerbitzuan, 66, 61-75. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.05>
- Yanguas, J. (2021). La soledad no deseada en las personas mayores. *Observatorio Social Fundación La Caixa*. <https://observatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/la-soledad-no-deseada-en-las-personas-mayores>
- Yanguas, J. (2023). *Ageing and Loneliness – Soledad y personas mayores*. Universidad Internacional de Valencia.