ISSN: 2951-6641 (papel) 2951-8156 (en línea)
https://doi.org/10.54790/rccs.139

ARTÍCULO/ARTICLE

Soledad existencial en residencias de personas mayores: una mirada cualitativa a las experiencias vitales

Existential Loneliness in Nursing Homes: a Qualitative Approach to Life Experiences

Juan Manuel García-González
Universidad Pablo de Olavide, España
jmgargon@upo.es

Lucía R. Hernes
Universidad Pablo de Olavide, España
lromher@upo.es

Ignacio de Loyola González Salgado
Universidad Pablo de Olavide, España
ilgonsal@upo.es

Cristina Granados Martínez
Universidad Pablo de Olavide, España
cgramar@upo.es

Recibido/Received: 16-4-2025
Aceptado/Accepted: 8-1-2026

RESUMEN

Este trabajo busca comprender la soledad existencial de personas que viven en residencias de personas mayores por medio de sus experiencias vitales. A través de un planteamiento deductivo –con un guion con temas *a priori*– y mediante una aproximación temática reflexiva, se analizaron 34 entrevistas semiestructuradas a personas que vivían en residencias públicas de Sevilla para así explorar en profundidad sus narrativas biográficas. La soledad existencial emergió como parte de su cotidianeidad, y se enlazó con aspectos como la consciencia ante la cercanía de la muerte, la normalización del final de la vida, la falta de proyecto vital, la vivencia de una felicidad vicaria a través de la familia y el vacío existencial que dejan las pérdidas de personas del círculo cercano. Para mejorar el bienestar emocional y existencial de las personas que viven en residencias de mayores es necesario facilitar relaciones y experiencias significativas dentro y fuera de la residencia.

PALABRAS CLAVE: soledad existencial; salud emocional; residencias; personas mayores; trayectorias vitales; final de la vida; entrevistas.

CÓMO CITAR: García-González, J. M., González Salgado, I. de L., Hernes, L. R. y Granados Martínez, C. (2026). Soledad existencial en residencias de personas mayores: una mirada cualitativa a las experiencias vitales. *Revista Centra de Ciencias Sociales*, 5(2), 35-58. https://doi.org/10.54790/rccs.139

English version can be read on https://doi.org/10.54790/rccs.139

ABSTRACT

This study explores the existential loneliness experienced by individuals residing in nursing homes, focusing on their life experiences. Adopting a deductive approach —guided by a script containing predefined themes— and employing a reflective thematic analysis, 34 semi-structured interviews with nursing home residents in Seville were analyzed to gain an in-depth understanding of their biographical narratives. Existential loneliness was found to be a pervasive aspect of daily life, closely associated with factors such as awareness of the imminent proximity of death, the normalization of the end of life, the absence of a life project, the experience of vicarious happiness through family, and the existential void created by the loss of close companions. To enhance the emotional and existential well-being of nursing home residents, fostering meaningful relationships and experiences within and outside the nursing home setting is essential.

KEYWORDS: existential loneliness; emotional health; nursing homes; elderly people; life trajectories; end of life; interviews.

1. Introducción

En un contexto de progresivo envejecimiento y creciente longevidad, las residencias desempeñan un papel crucial en la atención a la salud de las personas mayores, especialmente en aquellos casos que requieren cuidados especializados (Miralles y Rey, 2015). Estos centros también se enfrentan a desafíos relacionados con situaciones de adaptación, aislamiento, soledad y depresión entre las personas residentes (Zhao *et al.*, 2018), problemáticas que se han acentuado y visibilizado a partir de la pandemia de COVID-19 (Ho *et al.*, 2021; Simard y Volicer, 2020) y que se relacionan con el propio funcionamiento de las residencias como instituciones totales (Goffman, 1961/2001). Vivir en una residencia suele acompañarse de una alta prevalencia de mala salud física y mental, fragilidad (Rico-Uribe *et al.*, 2016), demencia, deterioro cognitivo y discapacidad sensorial (Lara *et al.*, 2019), a lo que se une una situación emocionalmente demandante (Kitzmüller *et al.*, 2017). Además, se ha evidenciado que, en comparación con aquellas personas que viven en sus hogares, las que residen en estos centros presentan una mayor probabilidad de experimentar soledad —especialmente la severa— y aislamiento social (Simard y Volicer, 2020; Smith *et al.*, 2023). De hecho, el sentimiento de soledad se encuentra muy presente en las residencias de personas mayores en España, con cifras de prevalencia que rondan el 70% (Molas-Tuneu *et al.*, 2023).

En la literatura encontramos un variado corpus teórico y metodológico sobre la conceptualización de la soledad y su carácter poliédrico (de Jong Gierveld, 1998). En el marco de este crisol y de las diversas formas de experimentar la soledad, conviene clarificar su definición y dimensiones. La soledad se define como un sentimiento subjetivo de insatisfacción derivado de una asimetría entre los niveles real y deseado de relaciones sociales (Lapane *et al.*, 2022; Peplau y Perlman, 1982). Se experimenta de manera multifacética, distinguiéndose generalmente dos dimensiones: la soledad

 https://doi.org/10.54790/rccs.139

social, referida a la cantidad de relaciones sociales y relacionada con la exclusión y el aislamiento social; y la soledad emocional, referida a la calidad y estrechez de las relaciones significativas, y relacionada con el desamparo y el vacío (de Jong Gierveld *et al.*, 2018). En las edades avanzadas aparece una tercera dimensión, la soledad existencial, que presenta un carácter ontológico relacionado con el final de la vida y que conlleva una reflexión acerca del sentido de la vida y de los recorridos vitales (Bolmsjö *et al.*, 2019).

2. La soledad existencial en las residencias de personas mayores

Si bien existe una vasta variedad de operacionalizaciones y definiciones de la soledad existencial (Gil Álvarez *et al.*, 2023), la conceptualización más usada en el marco de las personas mayores y las residencias se refiere a la sensación de estar separadas, independientemente de la red social que se tenga, del mundo, de la gente, de un antiguo yo y, esencialmente, de la vida humana (Bolmsjö *et al.*, 2019; Yalom, 1980). Se genera así una brecha entre una misma y el resto de personas que puede llegar a considerarse insalvable e incomprensible para el mundo (Larsson *et al.*, 2024).

En el proceso de mudanza del hogar a la residencia —que mayormente se produce por motivos de salud, vulnerabilidad o viudedad, que suelen interseccionar entre sí (Hajek *et al.*, 2015)— pueden desencadenarse preguntas existenciales ante las que las personas residentes no encuentran respuestas ni ellas mismas ni con su círculo más cercano —ya sea la familia, las personas cuidadoras o su nueva red en la residencia—. En la etapa de la vejez aparecen pensamientos existenciales sobre el pasado, el presente y el futuro (Sjöberg *et al.*, 2018), evocaciones que están mediadas por una situación de dependencia y de necesidad de cuidados, así como por la propia circunstancia de residir en un entorno estandarizado y pensado específicamente para la provisión de cuidados profesionales. Por lo tanto, las personas residentes lidian con problemas existenciales, como son el vacío, la soledad, la pérdida de identidad y la cercanía de la muerte (Sjöberg *et al.*, 2018; Sundström *et al.*, 2018), que pueden hacerse estructurales y afectar a su cotidianeidad y al resto de dimensiones de la salud.

La soledad existencial está asociada a la propia vivencia humana, al sentido de la vida, a tener un proyecto vital, a compartir el día a día, a tener ilusiones, a poder contar problemas y alegrías, al aislamiento, a la desconexión con la realidad o a la alienación, entre otras circunstancias (e. g., Bolmsjö *et al.*, 2019; Ettema *et al.*, 2010; Larsson *et al.*, 2017). Se puede presentar un estado de conciencia de estar separadas de otras personas, expresado desde una perspectiva entretejida entre lo social, lo emocional y lo existencial. Ocurre además en un entorno en el que necesariamente se comparte la vida con otras residentes y con las trabajadoras, en el que se tiene, si es el caso, el apoyo social externo y las visitas puntuales de familiares y amistades, y que se rige por unas características de institución total (Goffman, 1961/2001). Por lo tanto, la soledad existencial hace referencia a un estado propio de la condición

humana, pero que en gran medida depende de factores estructurales —demográficos, sociales, políticos, etc.— e individuales —edad, género, estado de salud, familia, entre otros—.

Para poder comprender las diferentes capas de las experiencias de soledad de las personas mayores que viven en residencias hay que preguntarles a ellas mismas dentro del entorno en el que residen. La literatura revisada muestra que los temas que emergen en torno a la vivencia de la soledad existencial suelen mostrar una dicotomía entre sentimientos negativos y positivos. Así, se tiene esperanza en el futuro en un contexto de aceptación de la cercanía de la muerte (Carr y Fang, 2023; Larsson *et al.*, 2024); hay una fuerte sensación de abandono y aislamiento a la par que se vive a través de otras personas y la familia (Larsson *et al.*, 2023, 2024); se vive en un duelo constante por las pérdidas de seres queridos, que se aceptan como parte de la vida (Paque *et al.*, 2018); y, en general, en las experiencias de estas personas conviven la resignación de vivir apartadas del mundo y la satisfacción de sentirse en paz con el futuro y con una vida bien vivida y que llega a su fin (Barbosa-Neves *et al.*, 2019; Larsson *et al.*, 2024).

Dado que la mayoría de estudios han calculado prevalencias de soledad y analizado los factores asociados, las experiencias de soledad de las personas que viven en residencias de mayores son un campo de investigación relativamente reciente (e. g., Barbosa-Neves *et al.*, 2019; Jansson *et al.*, 2021; Paque *et al.*, 2018; Prieto-Flores *et al.*, 2011; Victor, 2012). Especialmente escasos son los estudios sobre soledad existencial desde una perspectiva cualitativa (e. g., Carr y Fang, 2023; Jansson *et al.*, 2023; Larsson *et al.*, 2023, 2024; Misiak *et al.*, 2024). La principal novedad de este estudio es que no existen antecedentes en España que hayan explorado la soledad existencial en residencias de personas mayores, a lo que se le suma un innovador protocolo metodológico con diseño cualitativo desde la perspectiva de las ciencias sociales.

3. Objetivo y metodología

3.1. Objetivo

El objetivo de este trabajo es explorar y comprender las experiencias de soledad existencial de las personas que viven en centros residenciales de mayores.

3.2. Diseño de investigación y ética

Se aplicó un diseño cualitativo transversal a través de entrevistas semiestructuradas. El protocolo de investigación tuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación de la Universidad Pablo de Olavide (código 23/8-1). Las personas participantes firmaron un consentimiento informado previo. Se contó con el apoyo institucional y la autorización para la visita a las residencias de la Dirección General de Personas Mayores, Participación Activa y Soledad no deseada de la Junta de Andalucía.

 https://doi.org/10.54790/rccs.139

3.3. Muestreo y participantes

Se realizó un muestreo en dos fases. En la primera fase se seleccionaron por muestreo de conveniencia (Saumure y Given, 2008) los tres centros residenciales de personas mayores de titularidad y gestión públicas de la Junta de Andalucía que hay en la provincia de Sevilla, una muestra que formaba parte del trabajo de campo del proyecto de investigación en el que se enmarca este artículo. En la segunda fase se seleccionaron en cada residencia a las personas residentes que conformaron la muestra final a través de un muestreo propositivo (Schreier, 2018) inserto en un protocolo de contacto y muestreo que tuvo tres etapas. Primero, se contactó por correo electrónico y teléfono con la dirección de cada centro para describirles el proyecto y solicitar una reunión presencial en la que, segundo, se contó con personal del centro para establecer una lista de potenciales personas a entrevistar que pudieran cumplir los criterios de inclusión. Tercero, se realizó una preentrevista con cada potencial residente a entrevistar para comprobar que cumplía rigurosamente los criterios de inclusión, para lo cual se administró un breve cuestionario y se consultó de nuevo con las profesionales de cada centro.

Los criterios de inclusión de las personas participantes fueron acceder a participar en el estudio, tener 60 años o más, llevar al menos tres meses viviendo en la residencia y obtener una valoración subjetiva positiva de las capacidades sensoriales y una valoración objetiva positiva de las capacidades cognitivas (puntuación en el Mini Mental State Examination ≥24/30 puntos para personas con estudios primarios o superiores, y ≥21/30 puntos para personas sin estudios [Folstein *et al.*, 1975; Escribano-Aparicio *et al.*, 1999]). Además, una vez realizada la valoración por parte del equipo de investigación, se hizo una valoración individual de cada persona residente que reunía estos criterios junto al personal especializado de cada centro (psicólogo/a, trabajador/a social) para evitar errores de cribado. El criterio de exclusión fue no cumplir cualquiera de las condiciones anteriores.

Se seleccionaron todas las personas residentes que cumplieron los criterios de inclusión, de modo que quedó conformada una muestra potencial de 44 personas, de las que finalmente se entrevistaron 34. En Heliópolis, municipio de Sevilla, se entrevistó a 17 personas. Esta residencia contaba con 168 plazas y acogía en un 90% a personas en riesgo de vulnerabilidad o exclusión social, la mayoría por problemas de sinhogarismo o falta de vivienda. En Huerta Palacios, municipio de Dos Hermanas, y con 134 plazas, se entrevistó a 10 personas. En Marchena, que contaba con 56 plazas, y acogía principalmente a personas en situación de dependencia, se entrevistó a 7 personas. La tabla 1 recoge una descripción general de la muestra.

Tabla 1
Perfil de la muestra

Variable	Categoría	n	% / media
Residencia	Heliópolis	17	50
	Huerta Palacios	10	29
	Marchena	7	21
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
Estado civil	Soltera/o	12	35
	Divorciada/o	8	24
	Viuda/o	14	41
Tiempo en viudedad o divorcio	*Media (años)*	24	*18,8*
Estudios	Sin estudios	12	36
	Primarios	11	32
	Secundarios o superiores	11	32
Mini-Mental State Examination	*Media (puntos sobre 30)*	34	*24,6*
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*
Motivo principal de entrada	Salud	16	47
	Soledad	5	15
	Vulnerabilidad	9	26
	Otro	4	12

Fuente: elaboración propia.

3.4. Recolección de información

El contacto y el trabajo de campo se realizaron entre diciembre de 2023 y junio de 2024 por un equipo de investigación con experiencia en investigación cualitativa con personas mayores.

Basada en la experiencia previa en entrevistas a personas mayores (García-González y del Rey, 2021), en las entrevistas se siguió una filosofía de ciencia amable o ciencia que cuida que presentaba dos características. Por un lado, dada la densidad emocional de los encuentros con las personas residentes, el trabajo de campo se calendarizó para que cada persona del equipo realizara un máximo de una entrevista por semana. Por otro lado, se usó un sistema de doble entrevistadora con una entrevistadora prin-

 https://doi.org/10.54790/rccs.139

cipal o activa y una entrevistadora secundaria que tomaba notas, comprobaba qué temas del guion surgían, y participaba en la conversación cuando era necesario. Esta estrategia permitió conseguir que la entrevistadora principal pudiera centrarse exclusivamente en la conversación, y que la entrevistadora secundaria pudiera captar matices tanto de la conversación como de la comunicación no verbal y del entorno. Esta organización posibilitó un reparto del esfuerzo que suponía un diálogo en profundidad sobre temas emocionalmente exigentes.

Las entrevistas se hicieron presencialmente en espacios privados de las residencias, de modo que se garantizó tanto la confidencialidad del proceso como que las personas entrevistadas pudieran hablar libremente de sus vivencias. Las entrevistas duraron alrededor de 60-70 minutos y se articularon en torno a un guion temático semiestructurado compuesto por siete temas sobre las soledades y la salud emocional: trayectoria vital hasta la entrada en la residencia, motivo de entrada y proceso de adaptación a la residencia, relaciones y vínculos familiares, redes relacionales fuera y dentro de la residencia, identidad y pensamientos existenciales, salud y autonomía, y el centro residencial como institución total. Todas las entrevistas se grabaron en audio y fueron transcritas literalmente por personal del equipo investigador del proyecto con experiencia en transcripciones de entrevistas a personas mayores. Para garantizar la calidad de los datos y la concordancia con el audio, las transcripciones fueron revisadas por las mismas personas que realizaron las entrevistas.

3.5. Análisis de las entrevistas

Se realizó un análisis temático reflexivo (Braun y Clarke, 2006, 2021, 2022). Dada la escasa investigación existente sobre la soledad existencial, la complejidad del concepto, la dificultad de acceder a la población estudiada y el carácter altamente subjetivo, estigmatizado y socialmente sensible del tema —que hacía que en las conversaciones rara vez se hablara de soledad de forma explícita, sino que esta emergiera de múltiples maneras y apareciera sobre todo como una categoría latente—, se optó por un enfoque deductivo en el análisis de los datos (Green y Thorogood, 2018). Esta aproximación permite apoyarse en marcos teóricos previamente desarrollados en la literatura, facilitando así la comprensión de fenómenos complejos y sensibles como la soledad existencial. Desde esta perspectiva se identificaron las categorías de análisis basadas en los temas incluidos en el guion, las teorías y la conceptualización sobre las soledades, y en la experiencia previa.

Los procesos de entrevista y análisis temático estuvieron entrelazados con base en las experiencias existenciales, emocionales y familiares percibidas por las personas residentes que podían tener una relación con su salud emocional y su cotidianeidad en el centro residencial. A pesar de tener los temas identificados *a priori*, también hubo una aproximación a las vivencias existenciales a través de una codificación abierta que permitiera descubrir nuevos temas (Thornberg y Charmaz, 2014). Siguiendo la corriente de análisis temático reflexivo (Braun y Clarke, 2021), se utilizó un enfoque flexible y adaptativo a marcos teóricos diversos y propio del estudio de experiencias subjetivas. De este modo, se adaptó el proceso analítico de Braun y Clarke (2006),

pasando de seis a cuatro pasos: 1) lectura, 2) codificación manual inicial de las transcripciones, 3) dotación de contenido y significado a los temas y categorías, y 4) redacción e interpretación de resultados. Si bien contábamos con diferentes perfiles de personas residentes (tabla 1), se realizó un análisis conjunto de las 34 entrevistas. Las autoras de este artículo realizaron un análisis inicial simultáneo que posteriormente se puso en común para desarrollar, analizar y explicar las categorías de análisis junto a la selección de verbatims. Tras el análisis, la saturación se alcanzó tanto en términos teóricos como muestrales.

4. Resultados

Este trabajo se ha centrado en la comprensión de la soledad existencial entre personas que viven en residencias de mayores. La soledad existencial emerge en los discursos de las personas residentes como una experiencia transversal y compleja vinculada al sentido del yo, la identidad, la relación con el tiempo, la consciencia de la cercanía de la muerte y la desconexión simbólica con el entorno y las personas que les rodean. Más allá de una ausencia de compañía en cantidad o calidad, se trata de una dislocación subjetiva en la que el mundo ya no interesa al sujeto como antes, y donde la continuidad narrativa de la vida parece interrumpida. La soledad existencial no se expresa de forma directa: se cuela en los silencios, en la resignación aprendida, en los recuerdos que se mencionan sin elaborarse y en las rutinas. Se han identificado cuatro temas que configuran este fenómeno: la consciencia de finitud de la vida y de la muerte, la falta de proyecto vital, el papel de la familia y la generación de ilusiones vicarias, y las pérdidas significativas no resueltas.

4.1. Consciencia de la muerte y de la finitud de la vida

La consciencia de la muerte se presenta como una presencia constante, normalizada y asumida que se vive en gerundio: morir no es un hecho específico del futuro, sino un proceso. La muerte no les da miedo, pero sí les genera una reflexión que expresan en buena medida con humor, resignación, espiritualidad o silencios.

Estos verbatims revelan el modo en que las personas hacen una consciencia vicaria a través de la muerte de su madre y proyectan su propia relación con el morir desde una perspectiva con humor, pero resignada, con una familiaridad doméstica que naturaliza algo inevitable. A la par, aparece con fuerza una combinación entre la resistencia al morir y una aceptación cómica, lo que puede que sea precisamente su estrategia existencial: desdramatizar para poder vivir en paz con una misma.

> Residente [R]: Yo le decía a mi madre: «mamá, qué vieja eres, hija, ya pronto te vas a morir ¿no te da miedo?». Me decía ella, «coño, yo que sé, ¿cómo voy a saber si me da miedo o no la muerte? A mí me da igual».
>
> Entrevistadora [E]: ¿A usted diría que le da miedo la muerte?

R: Es que no sé dónde voy a ir. [...]

E: Usted no se quiere morir.

R: Yo morir no me quiero morir, pero bueno, no sentiré nada, como todo el mundo. Yo que sé, ¿quién quiere la muerte? Yo digo: «mira, una vez que estoy muerta, haced lo que queráis». Me preguntan si quiero que me incineren o que me entierren, y yo digo: «con *tó* lo *quemá* que estoy ahora, ¿más *quemá* me voy a ir?». [Mujer, 78 años].

R: El futuro, morir [ríe]. [*E: No...*] [Sigue riendo] Morir con las botas puestas. El futuro lo veo oscuro, muy oscuro.

E: ¿Tiene usted pensamientos negativos acerca de lo que viene?

R: No, negativos no. Positivos. [Hombre, 83 años].

Además, no se dramatiza porque se ha incorporado a la vida y a su día a día. Hay certezas que subyacen en los discursos: las compañías no bastan, cuando la vida se va aparece la muerte deseada y en paz como una transición tranquila. El sentido existencial de la muerte va más allá del cómo se quiere morir: se habla de cómo se quiere vivir hasta el final y en ese final: sin sufrimiento, sin violencia, con sentido, digna y acompañada.

E: ¿Le preocupa la muerte?

R: ¿La muerte? A mí no me asusta. No, no me preocupa para nada. Si estoy muy mala ya tienen escrito lo que tienen que hacer conmigo: no alargarme la vida, no hacer por que me ponga mejor. Como a mi madre, mi madre tuvo una muerte muy buena. [...] Eso le pido yo a Dios, que me muera así, como mi madre. Feliz. [Mujer, 95 años].

E: ¿Cómo ves tu futuro?

R: Que me estoy *pa'morir* ya mismo. [...] Y eso pienso, que me voy a morir muy pronto. Y ya está. Mi gente siempre se enfada conmigo cuando digo esto. [Mujer, 91 años].

En estos testimonios se despliega una forma de estar ante la vida que integra la muerte sin convertirla en tragedia, normalizándola y haciéndola parte del repertorio cotidiano de la existencia. La muerte, como final inevitable, produce una soledad radical, pero también genera una ética del presente. Saber que todo se acaba —y expresar querer morirse, pero no desearlo en realidad— puede llevar a la desesperanza o a un tipo de lucidez afectiva donde el humor, la ironía o la fe funcionan como dispositivos de resistencia. En esa ambigüedad habita la potencia de estos discursos como afirmaciones vitales en las que se inscribe de manera latente la soledad existencial.

4.2. Falta de proyecto vital

La rutina y la cotidianeidad en la residencia generan que el proyecto personal se diluya, se viva y disfrute de manera vicaria a través, principalmente, de la familia. La falta de proyecto vital se traduce en la vivencia de que cada día es igual al anterior: apenas hay eventos significativos, cambios o decisiones personales que estructuren el tiempo. Esa forma de habitar el presente, sin dirección ni deseo, genera una desactivación del impulso vital: no se construye, se está. Así, la falta de proyecto vital se manifiesta a través de frases cotidianas y resignadas.

> E: ¿Hace usted algo en esos momentos [cuando se siente triste] para encontrarse mejor, más animosa?
>
> R: Estoy siempre igual. No tengo... momentos más buenos ni menos buenos. Igual. [Mujer, 76 años].
>
> E: ¿Hay algo que le haga volver a tener ganas de vivir?
>
> R: No. Ya uno piensa en la edad que tiene y lo que está haciendo... se entiende que algo tiene que pasar.
>
> E: ¿Qué espera usted del futuro?
>
> R: ¿Qué voy a esperar? La muerte ya. Aquí en la residencia qué voy a esperar ya. Se pierde la ilusión de todo. [Hombre, 79 años].

El futuro no contiene, en general, ni ilusión ni proyectos personales ni transformaciones. No hay trauma visible, solo una desconexión que se relaciona con la falta de ganas de hacer cosas y, en último término, con la ausencia de ganas de vivir.

> E: ¿Qué espera usted de la vida?
>
> R: Morirme ya.
>
> E: ¿Tiene ganas de morirse?
>
> R: Muchas. Muchas. Esto es una cosa que, si hubiera que firmarlo, lo firmo ahora mismo. Tengo muchas ganas de irme... ¡y mira que estoy a gusto! Pero tengo muchas ganas de irme.
>
> E: ¿Ha pensado en por qué?
>
> R: Pues no sé por qué. Que yo no me encuentro a gusto interiormente [...] Y cuando lleguéis a una edad, si se acordáis de mí [*sic*], que se acordaréis [*sic*], verá como dicen ustedes «cuánta razón llevaba [nombre]». Se te quitan las ganas de salir, de entrar, de reírte, de *tó*. [Mujer, 82 años].

 https://doi.org/10.54790/rccs.139

La soledad existencial se traduce, en muchos casos, en la desaparición de las ilusiones a largo plazo, lo que puede resultar en una concentración de las pequeñas alegrías en el corto plazo, aquellas que surgen de las actividades más sencillas y cotidianas de la vida en la residencia. Las pequeñas fuentes de satisfacción, como la televisión o las visitas esporádicas de familiares, adquieren un papel central en su experiencia diaria. Para hacer frente a esa soledad, se da una adaptación casi impuesta a una realidad donde las expectativas se reducen.

> E: ¿Hay cosas que a usted a día de hoy le hagan ilusión?
>
> R: La tele. Me gusta, sí.
>
> E: ¿Y qué cosas le dan alegría?
>
> R: Pues que venga mi sobrino. Eso es la alegría. [Mujer, 94 años].

> R: ¿Ilusión? La televisión. Si están echando algo bueno, me gusta.
>
> E: Pero... en la vida, algo que le emocione, que le haga ilusión.
>
> R: No, así le digo. [Hombre, 83 años].

4.3. Familia y generación de ilusiones vicarias

Se produce una felicidad y una ilusión vicarias a través de la familia muy relacionadas con las visitas que las personas residentes reciben, a las que otorgan un sentido positivo (cuando las tienen) y negativo (cuando no las tienen o no las consideran suficientes). Así, ante la falta de un proyecto vital claro o de perspectivas futuras, las personas residentes se aferran a lo que les ha proporcionado tanto a lo largo de su vida como ahora un sentido de continuidad en su existencia: la familia. En muchos casos, las residentes expresan que la presencia de sus hijos/as y nietos/as es una de las principales fuentes de ilusión y esperanza, un fenómeno que se manifiesta como un intento de anclar el sentido del yo en las relaciones interpersonales más cercanas. La interacción con la familia (aunque sea breve y de baja frecuencia) es una de las pocas fuentes de felicidad genuina que persisten en su experiencia diaria, lo que se hace más significativo en el marco de la vida en la residencia.

> E: ¿Qué cosas le hacen a usted ilusión?
>
> R: Estar con mis hijas y mis nietos. Cuando estás aquí, pues eso es lo que quieres. [Mujer, 76 años].

> R: ¿Qué cosas me hacen a mí ilusión? Ay, la vida. ¡La vida, la vida! Que Dios me dé fuerza para como estoy y vea a mis hijos, y vea a mis nietos [...] Son muchachos, son jóvenes, alguna vez se vienen y otra no, pero bueno, hay que perdonarlos y ya está. [Mujer, 83 años].

Cuando se menciona que estar con sus hijas y nietas es «lo que quiero», se destaca la necesidad de este vínculo afectivo para mantener su sentido de pertenencia y valor dentro del contexto residencial que, de otro modo, podría percibirse como alienante. Este tipo de ilusión, que se basa en los afectos y en las relaciones familiares, se convierte en una forma de sostén emocional frente a la creciente sensación de soledad existencial. Hay por lo tanto una reafirmación de la identidad a través de los lazos familiares.

La familia tiene así un doble papel: por un lado, se basa en relaciones instrumentales y, en ocasiones, frágiles; y, por otro, tiene un papel muy positivo dentro de su cada vez más reducida presencia en el día a día de la persona residente. Se consolidan discursos que combinan la resignación —distancia física, visitas discontinuadas, familiares que «desaparecen» una vez se entra a la residencia— y la aceptación —no querer ser una carga, la familia tiene «su» vida, «mi» vida ahora está aquí en la residencia, «no lloro más»—.

> E: Cuando usted entró aquí en la residencia, ¿se esperaba que vinieran más a verle?
>
> R: Yo esperaba que viniera mi hija, la mayor. Sería la ilusión más grande del mundo. [...] He llorado mucho, pero ya he terminado por decir «no lloro más». Esto es lo que hay, esto es lo que tengo que aceptar, porque es lo que hay. [Mujer, 68 años].

La aceptación de lo que se tiene, en lugar de lo que se espera, indica una resignación emocional frente a la realidad del envejecimiento y la vida en la residencia, lo que refuerza la idea de que la familia, aunque ausente en términos de presencia física constante, sigue siendo una fuente crucial de apoyo emocional y continuidad, especialmente si las conversaciones son de confianza y, de alguna manera, empoderantes. Estos relatos evidencian cómo la familia, como eje de identidad y pertenencia, continúa siendo una fuente de significado y consuelo para las residentes a pesar de los límites impuestos por la residencia como institución total y la proximidad de la muerte.

> R: ¿Ilusión? Pues la verdad que ahora mismo... que vengan mis hijos, charlar un poquito. Está uno un poquito entregado también ya a que la vida se va acabando [se ríe]. [Hombre, 64 años].
>
> E: ¿Cada cuánto tiempo viene a visitarla [su sobrino]?
>
> R: Pues viene todas las semanas. Vamos y tomamos un cafecito y está un rato grande conmigo hablando. Con él sí hablo.
>
> E: Le gusta a usted más conversar con quien tiene confianza.
>
> R: Claro, fuera parte de él no hablo mucho yo. [Mujer, 94 años].

Se aprecia una necesidad de conservar el vínculo emocional incluso aunque esté debilitado y, además, se hace en ese marco de separación que supone la misma puerta

 https://doi.org/10.54790/rccs.139

de la residencia o sus normas, o no tener una forma directa de contactar con la familia. Se adoptan discursos resignados y comprensivos con la vida «de fuera» —casi con lo que podrían llamar «la vida real»—. Se justifican así tanto la distancia territorial como la afectiva a la par que algo se rompe en esas relaciones que mientras se vivía en el hogar eran significativas.

> E: ¿Y vienen aquí de visita sus hijos y sus nietos?
>
> R: Sí, sí vienen. Cada quince días. O al mes. Bueno, cuando pueden venir. Porque no pueden: «abuela, es que nosotros estamos...». Y es verdad que están trabajando. [Mujer, 87 años].

> R: [No viene el hijo] Porque tiene que trabajar y estar con su familia. Estar en la casa y eso.
>
> E: ¿Cómo le hacen sentir a usted esos ratitos [cuando vienen a verla]?
>
> R: Fenomenal. Y ellas se dan cuenta. Ellas lo saben. Que yo me encuentro bien cuando estoy con ellas. [Mujer, 88 años].

El sentimiento de carga se entremezcla con esa sensación de sobrar, pero al mismo tiempo se tiene cierto resentimiento por nunca disponer de tiempo para la visita o para el contacto telefónico. Aflora un sentimiento de culpa por no poder mantener los vínculos afectivos que se tenían antes que conlleva una desconexión existencial de una familia en la que, en tiempos pasados, fue el nodo central y articuladora de la vida diaria.

> R: [...] Y mi hija tiene sus cosas. Y no puede venir. Entonces, eso... me pongo muy triste yo.
>
> E: Echa de menos...
>
> R: La familia se echa de menos. Una llamadita, porque mi hija es que no me llama siquiera. No es una persona que dice, «pues voy a llamar a mi madre a ver cómo está». Pero una llamada, no saben lo que significa que te llamen. Una llamada te abre, yo qué sé, ese día lo recibes tú mejor. Pero vamos, se va una conformando, qué le vamos a hacer. Ellos son jóvenes. Tienen su vida y yo tengo que tener aquí la mía. [Mujer, 76 años].

> E: ¿Tiene usted teléfono móvil?
>
> R: No, yo no. [...] Que yo tenía mi móvil antes de entrar a la residencia. Pero cuando entré, me dijo mi hija que para qué lo necesitaba... [Mujer, 76 años].

4.4. Pérdidas significativas no resueltas

Las personas entrevistadas relatan la pérdida de hijos, hijas o seres cercanos como una fractura biográfica permanente. Lo que se dice explícitamente (el hecho de la muerte) se complementa con lo que no se dice pero se deja entrever: la dificultad para aceptarla, la imposibilidad de olvido y un efecto duradero en un vacío existencial.

> E: ¿Y usted está contento con la vida?
>
> R: Pues a ver... Algunas veces las muertes familiares se vienen... Pensando en ellos, los que han sido, de qué manera se fueron... Eso es así, las cosas de las muertes familiares.
>
> E: Y cuando se pone así, tristón, a recordar las muertes familiares... ¿lo habla con alguien?
>
> R: No, no, no. Luego se me va... vienen y se me va. [Suspira]
>
> E: Se los queda para usted, ¿no? Esos sentimientos.
>
> R: [Silencio] [Hombre, 73 años].

En la voz de las personas entrevistadas resuena un duelo que no ha terminado de acontecer. Las pérdidas son hechos pasados, pero también acontecimientos emocionales que siguen vibrando en el presente. Estas muertes no han sido del todo integradas y aún configuran el modo en que se vive el presente.

> E: Tenía cuatro hijos, pero se murieron dos. Se murió una niña hace diez años, con cuarenta años. Me dejó dos nietos, un niño y una niña. [...] Y los niños los he criado yo. [...] A los cinco años de mi niña murió mi marido. [...] Y mi niño, que va a hacer tres años. [...] Cuando mi niño murió lo pasé muy malamente, lloré mucho. [Mujer, 87 años].

Más allá del dolor, lo que subyace en estas narrativas es una forma de desestructuración del relato personal. Las personas fallecidas eran parte de su identidad, de modo que ahondan en una pérdida de un yo que ya de por sí la vida en residencia ha debilitado. Esta situación se amplifica en procesos que no se consideran naturales en el ciclo vital, como es la pérdida de familiares más jóvenes, especialmente duro en el caso de las hijas e hijos. El amor que se dio y la compañía que se ofreció siguen presentes, aunque las otras personas ya no estén. Y es ahí donde la soledad existencial se acentúa: en el duelo, cuando la otra persona sigue ocupando el corazón pero no el espacio puede aparecer la vacuidad.

> R: Mi hija hace dos años... Y desde entonces yo... se acabó para ti la vida. Que se te vaya un hijo... Porque se te va una madre, un padre, una hermana, un marido. Eso es normal. Pero una muerte de un hijo no es normal. Una madre no está preparada para recibir eso. Y yo, desde que mi hija se murió, no soy la misma. ¿Y qué voy a hacer? Si me lo mandó Dios. [...] Eso es muy grande. Hay que pasar por ahí para poderlo saber. Qué le vamos a hacer. Si él quiso mandarme eso, sus motivos tendría. Yo me conformo mucho. Me conformo mucho. [Mujer, 82 años].

Las pérdidas afectivas que generan las enfermedades degenerativas como la demencia o la enfermedad de Alzheimer también dejan un reguero de soledad existencial. Si bien se da una aceptación de la muerte, más compleja es la relación que se establece con hacerse invisible y desconocido en vida, que te borren la mente, no poder «recordar cómo eran».

> E: ¿Y hay alguien que eche usted de menos en el día a día?
>
> R: Hombre, yo echo de menos a mis hijos y a mis nietos. Y a mis bisnietos. Y a mis cuñadas también las echo de menos. Tengo un cuñado y una cuñada que tienen Alzheimer. El otro día fui a verlos, pero yo ya no voy más. Mis niños me dicen: «mamá, te llevo a ver a la tita». Yo no quiero verla así, yo quiero recordar cómo era.
>
> E: ¿Cómo se siente usted al echar de menos a estas personas?
>
> R: Me siento... agobiadita. Un poquito sentimental, como yo digo. Porque las echo de menos. Y a mi madre, y a mis niños. [se le rompe la voz] Todos los días rezo por ellos. Eso es lo que me queda. [Mujer, 87 años].

5. Discusión

El objetivo de este trabajo ha sido explorar cómo la soledad existencial se conecta con el ciclo vital, la cotidianeidad y la vida «institucionalizada» de las personas que viven en residencias de personas mayores. La soledad existencial que se deriva de las experiencias de las personas residentes se relaciona con cuatro aspectos: 1) la consciencia de la muerte y de la finitud de la vida, 2) la falta de proyecto vital, 3) el papel de la familia y la generación de ilusiones vicarias, y 4) las pérdidas significativas no resueltas.

Los resultados se alinean con otros estudios recientes (especialmente pospandemia de COVID-19) que han abordado la soledad existencial en centros residenciales con un diseño cualitativo (e. g., Carr y Fang, 2023, en Reino Unido y Australia; Jansson *et al.*, 2023, en Finlandia; Larsson *et al.*, 2017, 2023, 2024, y Sjöberg *et al.*, 2018, 2019, en Suecia). En general, las personas mayores nos hablaban de ser conscientes de estar o querer estar cerca de la muy mala salud y de la muerte, del miedo a sentirse abandonadas por su familia, del temor a quedar olvidadas por los seres queridos o incluso por ellas mismas, de la resignación por haber perdido la vida que tenían hasta entrar en la residencia, de la aceptación de su nueva situación vital (Barbosa-Neves *et al.*, 2019). Una suma de experiencias que nos ayudan a comprender los procesos por los que aparece en la vida en las residencias esa desconexión del mundo que es la soledad existencial.

La transición de vivir en su propio hogar a la residencia supone, en primer lugar, un cambio cognitivo y una limitación de las fuentes de significado que han usado las personas a lo largo de su vida adulta, especialmente como parte nuclear de su familia (Larsson *et al.*, 2024). En segundo lugar, la entrada a la residencia a menudo resulta

en una modificación significativa en la autopercepción y la identidad personal de los individuos (Goffman, 1961/2001, como parte de la teoría de instituciones totales). Así, en la vida en residencia se pierde buena parte de las actividades y decisiones que les empoderaban, y en ese marco de institución total tienen pocas o ninguna oportunidad de tener un control en las decisiones que direccionan su vida actual.

En esta «mudanza» residencial y vital hay también una transformación de la cantidad y la calidad de las relaciones familiares: en general, se debilitan, se instrumentalizan y se banalizan, especialmente desde la perspectiva de las personas que visitan o que contactan a las personas mayores que están viviendo en las residencias (Larsson *et al*., 2023). Mientras algunas residentes mantuvieron relaciones estrechas con sus hijos y familiares, otras experimentaron sentimientos de abandono o desapego debido a la falta de visitas o la imposibilidad de mantener relaciones regulares. Este fenómeno está ampliamente documentado en la literatura sobre el cuidado de personas mayores, que señala que las expectativas de las residentes respecto a la atención familiar pueden influir significativamente en su bienestar emocional (Sörensen *et al.*, 2002; Larsson *et al*., 2023). Las familias cumplen un papel básico como generadoras de cuidados emocionales que puedan minimizar el impacto en la soledad existencial de las personas residentes (Saarelainen *et al.*, 2020; Sjöberg *et al.*, 2019).

La experiencia de sentirse ignorada, rechazada o percibida como una carga porque las residentes sientan que sus familias están obligadas a la visita es dolorosa, lo que conduce a una soledad existencial profunda (Sjöberg *et al.*, 2018). En contraposición, la sensación de ser vista, valorada y apreciada contribuye a la creación de experiencias existenciales significativas. De hecho, cada vivencia en la que el individuo experimenta ser cuidado, empoderado y respaldado por su círculo cercano —ya sea familia, amigos, compañeros o personal de la residencia— puede actuar como un amortiguador contra la soledad existencial y en la generación de esperanzas para continuar con su día a día. Entra en juego la teoría del apego (Bowlby, 1982), que parte de que la presencia continuada de nuestros contactos más cercanos (en general, la familia) es un mecanismo protector central del vacío y la soledad existencial y, en contraste, su pérdida o debilitamiento amplía la desconexión vital. Los discursos de las personas residentes muestran que cualquier contacto funciona muy bien para aliviar el hastío de las rutinas y las normas, si bien son las visitas personales más o menos continuadas y que permiten abandonar la residencia un tiempo las que tienen un efecto más beneficioso sobre las residentes (Saarelainen *et al.*, 2020). Esta idea va en línea con las teorías del contacto de comodidad (Playfair, 2010), que apuntan que verse presencialmente y salir a la calle con otras personas puede crear un reenlace a sentir que se forma parte del mundo y así evitar una muerte social (Borgstrom, 2016), una teoría que se relaciona con pensar que ya no se pertenece a la realidad y que la vida ya está completa y, por lo tanto, no vale la pena vivirla (van Wijngaarden *et al.*, 2015). Este tipo de relaciones de futuro a corto plazo en la vejez en el contexto residencial va unido a un propósito en la vida, a experimentar la vida con cierto sentido y a seguir conservando un yo, una identidad (Mansfield *et al.*, 2021) y evita convertirnos en *nadie* (Yalom, 1980). Las personas entrevistadas muestran así un dolor biográfico (Carr y Fang, 2023; Johnson, 2013) que se refleja en una parte final de la vida en la cual se

dispone de mucho tiempo para reflexionar sobre sus traumas y fracasos, recuerdos dolorosos, sus duelos, sus promesas no cumplidas, etc., sobre los que ya en la vejez no hay nada que hacer y que ahondan en la soledad existencial.

En el transcurso de la vida en la residencia, probablemente derivado de duelos y pérdidas previas experimentadas en su círculo íntimo, así como de tránsitos hacia la mala salud, el final de la vida y la muerte pasan a un primer plano en su vida cotidiana (Paque *et al.*, 2018). Es probable que las emociones asociadas a esos duelos (tristeza, soledad, negación, dolor), especialmente los de familiares más jóvenes, se relacionen con los deseos de morir de las personas residentes. También, en algunos casos, la fatiga emocional, la sensación de no tener más motivos para seguir viviendo o el aburrimiento son elementos importantes para concebir la muerte como algo cercano y casi deseado (Wijesiri *et al.*, 2019). Se concibe así una sensación de espera en soledad (Jansson *et al.*, 2021, 2023) o incluso de estar sola en una sala de espera a la muerte (o al cielo, Forbes, 2001; Kitzmüller *et al.*, 2017). Hay, por lo tanto, una vulnerabilidad más o menos explícita como sensación o conciencia de la mortalidad y fragilidad de uno mismo, asociada a la idea de percibir que se tiene un bajo apoyo social por parte del círculo social más cercano (Sanchini *et al.*, 2022).

6. Limitaciones metodológicas

Este estudio presenta cuatro limitaciones. Primero, se aporta un diseño ecológico que se ha realizado en tres residencias públicas de una provincia concreta en Andalucía que representa a una minoría del parque residencial andaluz o español, teniendo una de ellas un alto porcentaje de personas en exclusión social. Segundo, los rigurosos criterios de inclusión implican que la muestra se reduzca y presente cierto sesgo de selección. Tercero, debido a su complejo abordaje, el guion de las entrevistas no consideraba de manera explícita la soledad existencial, si bien era una dimensión implícita en el desarrollo de las conversaciones. Cuarto, a pesar de que la soledad existencial se suele expresar de manera distinta por hombres y mujeres, no se ha adoptado específicamente una perspectiva de género. El análisis detallado de esas diferencias, así como de otras características de la persona como la edad, el nivel educativo, la clase social o el motivo de entrada a la residencia, requeriría otras investigaciones.

7. Conclusión

La principal aportación de este trabajo es que cubre parcialmente una de las áreas vacías de investigación sobre soledades en residencias de personas mayores en España desde la metodología cualitativa. A través del análisis de 34 entrevistas en profundidad, nuestro estudio ofrece evidencias de que la soledad existencial, que se expresa implícitamente, puede estar conviviendo con la cotidianeidad de las personas mayores que viven en residencias. Esta soledad se expresa implícitamente y, a través de la entrevista biográfica, inferimos que se arraiga tanto en las experiencias vitales de su vida anterior como en el día a día en la residencia. Lo hace, además, en un amplio

rango de edades, lo que refuerza el carácter procesual de la conformación del sentimiento de soledad existencial. Así, esta se articula, en primer lugar, en su trayectoria vital; segundo, en los cambios de hábitos y familiares que supuso el paso de la vida en el hogar a la vida en residencia; y tercero, en la cotidianeidad y las restricciones que supone la vida en un tipo de institución total como es la residencia. En conjunto, estos tres aspectos se resumen en cómo las personas, en ese transitar hacia y en la residencia, acrecientan su vulnerabilidad entendida como un estado humano expuesto en el que puede surgir la soledad existencial.

8. Financiación

Proyecto PRY097/22 «Soledad en las residencias de personas mayores de Andalucía. SOLAS2». Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces (ROR: https://ror.org/05v01tw04 y Crossref Funder ID 100019858).

9. Agradecimientos

Gracias a las personas entrevistadas, que nos relataron abiertamente sus vidas y sus sentimientos, y gracias a las direcciones y personal trabajador de las residencias, que nos abrieron sus puertas. Gracias a las compañeras del equipo de investigación que colaboraron en el proyecto: María Camacho, Emilse Degoy, Celia Espada, Ana Lara, Carolina Olid, Miriam Ríos y Lola Silva.

10. Referencias bibliográficas

Barbosa Neves, B., Sanders, A. y Kokanović, R. (2019). «It's the worst bloody feeling in the world»: Experiences of loneliness and social isolation among older people living in care homes. *Journal of Aging Studies*, *49*, 74-84. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100785

Bolmsjö, I., Tengland, P. A. y Rämgård, 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

Borgstrom, E. (2016). Social death. *QJM: An International Journal of Medicine*, *110*(1), 5-7. https://doi.org/10.1093/qjmed/hcw183

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, *52*(4), 664-678. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x

Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V. y Clarke, V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, *21*(1), 37-47. https://doi.org/10.1002/capr.12360

Braun, V. y Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage.

Carr, S. y Fang, C. (2023). A gradual separation from the world: a qualitative exploration of existential loneliness in old age. *Ageing & Society*, *43*(6), 1436-1456. https://doi.org/10.1017/S0144686X21001252

de Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, *8*(1), 73-80.

de Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T. G. y Dykstra, P. A. (2018). New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation. En A. L. Vangelisti y D. Perlman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (pp. 391-404). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781316417867.031

Ettema, E. J., Derksen, L. D. y Leeuwen, E. V. (2010). Existential loneliness and end-of-life care: a systematic review. *Theoretical Medicine and Bioethics*, *31*(2), 141-169. https://doi.org/10.1007/s11017-010-9141-1

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

Forbes, S. (2001). This is heaven's waiting room. *Journal of Gerontological Nursing*, *27*(11), 37-45. https://doi.org/10.3928/0098-9134-20011101-10

García-González, J. M. y del Rey, A. (2021). Research on individuals aged one hundred and over: Protocol from the Sevilla and Castilla y León centenarian studies. *International Journal of Qualitative Methods*, *20*. https://doi.org/10.1177/16094069211031125

Gil Álvarez, M., Haugan, G., Larsson, H., Saarelainen, S.-M., Duppen, D. y Dezutter, J. (2023). Mapping Existential Loneliness: A Scoping Review on Existential Loneliness/Isolation Conceptualizations and Operationalizations. *Journal of Humanistic Psychology*. https://doi.org/10.1177/00221678231193780

Goffman, E. (1961/2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (7ª ed.). Amorrortu.

Green, J. y Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4ª ed.). Sage.

Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., ... AgeCoDe Study Group (2015). Longitudinal predictors of institutionalization in old age. *PLOS One*, *10*(12), e0144203.

Ho, K. H., Mak, A. K., Chung, R. W., Leung, D. Y., Chiang, V. C. y Cheung, D. S. (2021). Implications of COVID-19 on the loneliness of older adults in residential care homes. *Qualitative Health Research*, *32*(2), 279-290. https://doi.org/10.1177/10497323211050910

Jansson, A., Karisto, A. y Pitkälä, K. (2021). Loneliness in assisted living facilities: an exploration of the group process. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *28*(5), 354-365. https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1690043

Jansson, A. H., Karisto, A. y Pitkälä, K. H. (2023). Listening to the voice of older people: Dimensions of loneliness in long-term care facilities. *Ageing & Society*, *43*(12), 2894-2911. https://doi.org/10.1017/S0144686X21001975

Johnson, M. (2013). Biography and generation: spirituality and biographical pain at the end of life in old age. En R. G. M. Silverstein (Ed.), *Kinship and Cohort in an Aging Society: From Generation to Generation* (pp. 176-190). Johns Hopkins University 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.

Lapane, K. L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y. y Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *102*, 104728. https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728

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., Beck, I. y Blomqvist, K. (2023). Perspectives on existential loneliness. Narrations by older people in different care contexts. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *18*(1), 2184032. https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2184032

Larsson, H., Rämgård, M. y Bolmsjö, I. (2017). Older persons' existential loneliness as interpreted by their significant others – an interview study. *BMC Geriatrics*, *17*, 138. https://doi.org/10.1186/s12877-017-0533-1

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*, 1-19. https://doi.org/10.1332/23978821Y2024D000000047

Mansfield, L., Victor, C., Meads, C., Daykin, N., Tomlinson, A., Lane, J., Gray, K. y Golding, A. (2021). A conceptual review of loneliness in adults: Qualitative evidence synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 11522. https://doi.org/10.3390/ijerph182111522

Miralles Rojano, Á. y Rey Reñones, C. (2015). Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta de centro de mayores. *Gerokomos*, *26*(4), 132-136.

Misiak, M. M., Bethell, J., Chapman, H. y Sommerlad, A. (2025). How can care home activities facilitate social connection in residents? A qualitative study. *Aging & 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., … 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

Paque, K., Bastiaens, H., Van Bogaert, P. y Dilles, T. (2018). Living in a nursing home: A phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *32*(4), 1477-1484. https://doi.org/10.1111/scs.12599

Playfair, C. (2010). Human relationships: an exploration of loneliness and touch. *British Journal of Nursing*, *19*(2), 122-126. https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.2.46301

Prieto-Flores, M. E., Forjaz, M. J., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, 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-Uribe, L. A., Caballero, F. F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., … 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

Saarelainen, S., Mäki-Petäjä-Leinonen, A. y Pöyhiä, R. (2020). Relational aspects of meaning-in-life among older people – a group-interview gerontechnology study. *Ageing & Society*, *42*(5), 1035-1053. https://doi.org/10.1017/S0144686X20001300

Sanchini, V., Sala, R. y Gastmans, C. (2022). The concept of vulnerability in aged care: a systematic review of argument-based ethics literature. *BMC Medical Ethics*, *23*, 84. https://doi.org/10.1186/s12910-022-00819-3

Saumure, K. y Given, L. M. (2008). Convenience sample. En L. M. Given (Ed.), *The SAGE encyclopedia of qualitative methods* (vol. 1, pp. 124-125). Sage.

Schreier, M. (2018). Sampling and generalization. En U. Flick (Ed.), *The SAGE handbook of qualitative data collection* (pp. 84-98). Sage. https://doi.org/10.4135/9781526416070.n6

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

Sjöberg, M., Beck, I., Rasmussen, B. H. y Edberg, A. K. (2018). Being disconnected from life: meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. *Aging & Mental Health*, *22*(10), 1357-1364. https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348481

Sjöberg, M., Edberg, A. K., Rasmussen, B. y Beck, I. (2019). Being acknowledged by others and bracketing negative thoughts and feelings: frail older people's narrations of how existential loneliness is eased. *International Journal of Older People Nursing*, *14*(1), e12213. https://doi.org/10.1111/opn.12213

Smith, C. B., Wong, K. L. Y., To-Miles, F., Dunn, S., Gregorio, M., Wong, L., ... 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

Sundström, M., Edberg, A. K., Rämgård, M. y Blomqvist, K. (2018). Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *13*(1), 1474673. https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1474673

Thornberg, R. y Charmaz, K. (2014). Grounded theory and theoretical coding. En U. Flick (Ed.), *The SAGE handbook of qualitative data analysis* (pp. 153-169). Sage. https://doi.org/10.4135/9781446282243.n11

van Wijngaarden, E., Leget, C. y Goossensen, A. (2015). Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Social Science & Medicine*, *138*, 257-264. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.015

Victor, C. R. (2012). Loneliness in care homes: A neglected area of research? *Aging Health*, *8*(6), 637-646. https://doi.org/10.2217/ahe.12.65

Wijesiri, H. S. M. S. K., Samarasinghe, K. y Edberg, A. K. (2019). Loneliness among older people living in care homes in Sri Lanka. *International Journal of Older People Nursing*, *14*(4), e12253. https://doi.org/10.1111/opn.12253

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Li, Y., ... Su, Y. (2018). Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry Research*, *268*, 143-151. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.011

 https://doi.org/10.54790/rccs.139

Juan Manuel García González

Catedrático de Sociología en la Universidad Pablo de Olavide. Su investigación se centra en el envejecimiento, las personas centenarias, la salud pública y las soledades. Es coordinador del grupo de investigación Demografía e investigación social en salud y director de la Cátedra Cruz Roja Sevilla en estudios sobre soledad no deseada.

Lucía R. Hernes

Graduada en Sociología y máster en Género e Igualdad por la Universidad Pablo de Olavide. Actualmente es investigadora predoctoral FPU en el Departamento de Sociología de la misma universidad, donde desarrolla una tesis doctoral sobre las desigualdades sociales en la experiencia de la enfermedad crónica articular. Sus principales áreas de interés e investigación son la salud, el envejecimiento, las soledades y el análisis de las desigualdades, siempre desde una perspectiva de género.

Ignacio de Loyola González Salgado

Profesor ayudante doctor en el Departamento de Sociología de la Universidad Pablo de Olavide. Graduado en Sociología por la Universidad de Salamanca, máster en Estudios Territoriales y de la Población por la Universitat Autònoma de Barcelona, y doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Salamanca. Su investigación se centra en el estudio de las desigualdades sociales en salud, la metodología cualitativa, la sociología urbana y la sociología de la salud. Ha participado en varios proyectos de investigación como investigador principal y como parte del equipo investigador.

Cristina Granados Martínez

Graduada en Ciencias Políticas y Sociología y máster en Metodologías Aplicada a las Políticas Públicas por la Universidad Pablo de Olavide. En la actualidad trabaja como técnica en un proyecto de Generación del Conocimiento del Ministerio de Educación sobre entornos y viviendas amables para personas con discapacidad intelectual. Lo compagina realizando su tesis doctoral sobre discapacidad intelectual y soledad no deseada. Ha sido coordinadora y docente del título propio sobre formación y vida autónoma e independiente para personas con discapacidad intelectual. Sus principales líneas de investigación se centran en la soledad, educación inclusiva y la discapacidad intelectual.