

CAPÍTULO 5.

LA DEPENDENCIA DESDE EL MARCO SOCIOEXISTENCIAL

Josefa Ros Velasco*

5.1. Repensar la dependencia más allá del cuerpo

Dependencia. Una palabra de la que no queremos ni oír hablar. Dependencia. Si nos paramos a pensar en su significado más cotidiano, la sensación que predomina es eminentemente negativa. ¿Me tocará a mí o a algunos de mis seres queridos? ¿Acabaré mis días demandando —parcial o totalmente— el cuidado de los demás para sobrevivir? ¿Dejaré de valerme por mí mismo/a? ¿Cómo lograré mantener el sentido de la vida cuando necesite del resto para desenvolverme en el día a día? ¿Cómo va a desarrollarse ese *día a día*? Seguramente conocemos a personas que saben bien lo que implica vivir con algún grado de dependencia. A lo mejor, incluso, les estamos brindando apoyo en estos momentos o lo hemos hecho antes. También puede que seamos una de estas personas, conscientes o no de nuestra condición. Esta reacción inicial —marcada por el desasosiego, la anticipación del deterioro y la pérdida de control— revela hasta qué punto la dependencia ha sido construida socialmente como una amenaza a la identidad, la dignidad y la orientación vital.

En realidad, *todos somos dependientes*, pero la forma en la que hemos concebido la dependencia tradicionalmente nos conduce no solo a temerla, sino a ignorarla en los otros hasta que nos toca de cerca. Nos hemos acostumbrado a asociarla casi exclusivamente con limitaciones físico-cognitivas, dirigiendo la investigación, las políticas públicas y los recursos disponibles hacia la promoción de modelos de cuidado de corte predominantemente biomédico. Como señalan mis colegas de La Alternativa Edén, una organización estadounidense sin ánimo de lucro dedicada a fomentar la calidad de vida de las personas mayores y de sus *compañeros de cuidado* —término acuñado por su fundador, el Dr. Bill Thomas—, hemos logrado importantes avances en el *cuidado del cuerpo*. Aun así, seguimos desatendiendo las *dolencias del alma*, como si sus efectos no fuesen tan nocivos —o más— que los derivados de las afecciones físicas.

5.1.1. La hegemonía del enfoque biomédico

El enfoque del cuidado tradicional biomédico, partiendo de una comprensión de la dependencia conectada con las limitaciones físico-cognitivas, persigue mejorar la funcionalidad de quienes la padecen a través de las intervenciones sanitarias, la rehabilitación, la prevención del deterioro gradual y la gestión de las enfermedades crónicas. Esta aproximación, aun siendo imprescindible, deja en gran medida fuera otras formas de vulnerabilidad menos visibles, pero potencialmente significativas: aque-

* Universidad Complutense de Madrid.

llas vinculadas a las dimensiones sociales, emocionales y existenciales que generan sufrimiento y que, en muchos casos, terminan somatizándose. La buena noticia es que esta visión obsoleta de la dependencia, de su intervención y de su prevención comienza a quedar progresivamente atrás.

5.1.2. Marco normativo y ampliación conceptual de la dependencia

La definición de la dependencia con la que operamos los ciudadanos de a pie no difiere sustancialmente de la que recoge el ordenamiento jurídico español, que la presenta como un “estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia [SAAD], 2006, p. 9).

La referencia normativa española para reconocer la dependencia y acceder a las prestaciones del sistema de servicios sociales español se alinea con la descripción del fenómeno formulada por el Consejo de Europa en la Recomendación n.º (98) 9 del Comité de Ministros de 1998. En dicho documento se define la dependencia como “un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica e intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”. También integra —aunque con un protagonismo claramente secundario— uno de los matices introducidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud* (CIF, 2001). Según este enfoque, además de los *déficits en el funcionamiento* o las *limitaciones en la actividad*, conviene valorar, asimismo, como abecés esenciales de la dependencia, los factores ambientales que condicionan dicho funcionamiento o restringen la participación en la sociedad. Estos factores incluyen, entre otros, la inaccesibilidad a ciertos entornos físicos, la ausencia de servicios y de políticas adecuadas, la falta de tecnologías asistenciales o la persistencia de las actitudes sociales negativas hacia la discapacidad.

Como se constata en el *Libro Blanco* del IMSERSO (2004), el marco de análisis de la dependencia se ha ido ampliando para incorporar, junto a las limitaciones físico-cognitivas, aquellos factores exógenos que *incrementan* el sufrimiento de las personas dependientes. Por ejemplo, la dificultad para acceder a la compañía necesaria, la insuficiencia de espacios de encuentro comunitarios, la escasez de ocupaciones significativas y la falta de oportunidades para establecer relaciones de solidaridad mutua obstaculizan la autonomía y erosionan la *agencia individual*.

5.1.3. De los efectos a las causas: el giro socioexistencial

El conjunto de experiencias psicosociales y existenciales al que se ha referido en el párrafo anterior implica vivencias subjetivas dolorosas derivadas no únicamente de

condiciones físico-cognitivas, sino también de factores *socioestructurales* que configuran la dependencia. No obstante, dichas vivencias suelen ser interpretadas como *agravantes* de la dependencia, pero no como posibles factores *desencadenantes*. Según el *Libro Blanco* del IMSERSO, la dependencia sería “el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un *déficit* en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente [...] que comporta una *limitación en la actividad*” (2004, p. 22). Sin embargo, sostengo que aquello que habitualmente se ha conceptualizado como resultado psicosocial o existencial de la dependencia puede constituir, en ausencia de apoyos adecuados, uno de sus principales *detonantes*. Este desplazamiento analítico exige, por tanto, dotarse de un marco conceptual que permita nombrar, describir y analizar estas experiencias no como efectos secundarios, sino como configuraciones específicas de dependencia.

5.2. La dependencia socioexistencial: concepto, límites y alcance

La soledad no deseada, el aburrimiento disfuncional o el sentimiento de inutilidad generan formas de dependencia que no se explican exclusivamente por el deterioro físico o por la biología, pero que pueden llegar a vaciar la vida de significado. Estas *dolencias*, además de acompañar a la dependencia tradicionalmente entendida, en determinadas circunstancias, la preceden, la intensifican o incluso la *producen*. Reconocer estos factores implica ampliar nuestra comprensión tanto de dicha realidad como de otra que discurre en paralelo: la del envejecimiento. El porcentaje de personas dependientes aumenta de forma significativa en la cohorte de adultos mayores, intensificándose a partir de los 80 como consecuencia de enfermedades crónicas —como el Alzheimer, la osteoporosis o la artritis— o, *sencillamente*, como resultado de la “pérdida general en las funciones fisiológicas, atribuible al proceso global de senescencia” (IMSERSO, 2004, p. 23). De igual modo, son las personas mayores quienes presentan un mayor riesgo de padecer alguna de estas dolencias que denominamos *socioexistenciales*. Aunque suelen ser concebidas como daños colaterales de la dependencia, en numerosas ocasiones constituyen su antesala o adoptan un papel causal en la configuración de las trayectorias de vulnerabilidad.

5.2.1. De las dolencias del alma a una forma específica de dependencia

Las tres experiencias mencionadas contienen tanto el abono como la semilla de la dependencia físico-cognitiva en la ancianidad. Pero también pueden constituir, por sí mismas, una representación particularmente restrictiva de dependencia; una dependencia que coincidimos en denominar *dependencia socioexistencial*, en la que el foco no se sitúa tanto en la necesidad de los otros derivada de una limitación físico-cognitiva, sino en el empobrecimiento de la agencia. Esto es, en la erosión de la capacidad de decidir, actuar y ejercer control sobre la propia vida. Dicha pérdida puede obedecer tanto a razones endógenas como exógenas, que no se reducen a déficits orgánicos, sino que se encuentran profundamente imbricadas en contextos sociales, relacionales e institucionales.

5.2.2. Definición operativa de la dependencia socioexistencial

Lo que denominamos *dependencia socioexistencial* puede definirse como una situación de vulnerabilidad caracterizada por el debilitamiento de la autonomía individual que no deriva primordialmente de limitaciones físico-cognitivas, sino de la merma de la capacidad de autodeterminación, de la degradación de los vínculos sociales significativos y de la imposibilidad de ejercer un control efectivo sobre la propia vida. Se manifiesta en la soledad no deseada, el aburrimiento disfuncional o el sentimiento de inutilidad, entre otros, y es el resultado de la interacción entre procesos inherentes al envejecimiento y factores de tipo social, cultural e institucional que restringen la capacidad de las personas —especialmente las mayores— para decidir cómo desean vivir, participar y ser reconocidas en nuestra sociedad. Esta imbricación se traduce en vivencias persistentes de impotencia y desposesión del control en los contextos sociales, institucionales o relacionales. A diferencia de otras modalidades de dependencia, la socioexistencial es, en gran medida, prevenible, evaluable y, sobre todo, socialmente producida. Ello implica una responsabilidad colectiva no solo en su génesis, sino, de manera prioritaria, en su reconocimiento y mitigación.

5.2.3. Las tres aproximaciones analíticas a la dependencia

Recapitulando el planteamiento de esta introducción, en lo que resta del capítulo me propongo analizar la soledad no deseada, el aburrimiento crónico y el sentimiento de inutilidad en relación con la dependencia que padecen las personas mayores desde tres aproximaciones complementarias. En primer lugar, como *factores que agravan la dependencia físico-cognitiva*, intensificando sus efectos sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida. En segundo lugar, como *posibles generadores de dependencia físico-cognitiva*, en tanto que estos malestares socioexistenciales pueden llegar a impulsar procesos de deterioro funcional, cognitivo o emocional, anticipando situaciones de dependencia reconocida. Finalmente, como *formas de dependencia en sí mismas*, es decir, como expresiones de una dependencia socioexistencial que no se explica solo por déficits orgánicos, sino por el quebranto de la agencia, la desactivación de los vínculos significativos y la imposibilidad de ejercer un control real sobre la propia vida. Estas tres maneras de entender la relación entre las dolencias existenciales y la dependencia —como agravante, como detonante y como elemento constitutivo— estructurarán el análisis posterior.

El concepto de dependencia se encuentra en permanente reajuste para dar cabida a los cambios que se producen en nuestras sociedades respecto a las situaciones en las que deberíamos poder reclamar el derecho a recibir cuidados por los otros, incluidas las instituciones, sin que ello implique *inevitablemente* una limitación biosanitaria. Desde esta triple aproximación, mi objetivo es defender la necesidad de seguir ampliando la definición de la dependencia más allá de sus formulaciones tradicionales, con el fin de estar en condiciones de identificar, de comprender y de afrontar esas vulnerabilidades que continúan siendo producidas y reproducidas social e institucionalmente. Buena parte de esta modalidad de dependencia socioexistencial es evitable cuando se deja de cuestionar la capacidad de las personas mayores para ejercer su voluntad, cuando se promueve su presencia efectiva en las comunidades y cuando se

sustituyen las prácticas institucionales paternalistas por *modelos de atención centrados en la persona* (ACP) y *dirigidos por la persona* (ADP). Todo ello requiere de marcos culturales que se apoyen en la *ética y la filosofía del cuidado*, orientados a garantizar una vejez más digna, plena y autónoma.

5.3. Las plagas de la institucionalización de la dependencia

Para comprender cómo estas trayectorias de dependencia socioexistencial han sido identificadas y abordadas en la práctica, me parece ilustrativo analizar su genealogía en el ámbito de la institucionalización del cuidado, particularmente en el contexto estadounidense. En un informe publicado por el United States Senate Special Committee on Aging en 1974, titulado *Nursing Home Care in the United States: Failure in Public Policy*, se señalaba que aproximadamente la mitad de las personas mayores institucionalizadas experimentaban un deterioro de su bienestar tras el ingreso en centros, fundamentalmente porque pasaban gran parte del día sin hacer nada, en sus habitaciones, solas. Después, con la aprobación del *Nursing Home Reform Act* (NHRA), integrado en el *Omnibus Reconciliation Act* (OBRA) de 1987, se planteó la necesidad de introducir transformaciones profundas en unas estructuras residenciales que hasta entonces habían funcionado como espacios cuasi hospitalarios. Estas instituciones se organizaban en torno a organigramas jerárquicos y protocolos estandarizados, diseñados para cumplir con criterios de eficiencia, control y reducción de costes, priorizando la cobertura de necesidades biomédicas por encima de otras dimensiones de la vida. El objetivo del NHRA era reorientar el modelo de atención hacia el respeto a los valores individuales y la escucha activa de las personas mayores, otorgándoles más protagonismo en las decisiones que afectaban a su vida cotidiana.

5.3.1. Del cuidado institucional al cambio cultural del cuidado

El rápido envejecimiento de la población, acompañado de un aumento sostenido en el tiempo de la demanda de cuidados de larga duración (CLD) y de ingresos en residencias, ha convertido lo que inicialmente fue una reforma del gasto público federal estadounidense en una hoja de ruta para la transformación de la cultura del cuidado en muchos países desarrollados. Ya no resulta suficiente garantizar lugares seguros y clínicamente controlados capaces de prolongar la vida; se exige, además, que dicha vida merezca la pena ser vivida. Con todo, pese a los esfuerzos realizados y a los discursos reformistas, en España los cuidados de larga duración continúan prestándose, en muchos casos, desde una lógica predominantemente biomédica. Las personas mayores son concebidas como piezas de un colectivo homogéneo con necesidades sanitarias específicas, lo que dificulta el reconocimiento de sus trayectorias vitales, preferencias y capacidades singulares. *Seguimos cuidando del cuerpo, pero apenas del alma*. Esta carencia se transcribe en una experiencia de institucionalización que, lejos de mitigar la situación de dependencia, puede llegar incluso a intensificarla y hasta a provocarla. Muestra de ello es que el 61 % de las personas mayores dependientes que reciben cuidados en residencias españolas manifiesta que preferiría no pasar sus últimos años en ellas, y solo un 2 % afirma haber ingresado por voluntad

propia (Ros Velasco, 2021–2024)¹. La Alternativa Edén atribuye dicho malestar estructural al mantenimiento de un modelo de atención centrado en la patología y no en la vida vivida.

5.3.2. Las tres plagas de la institucionalización

The Eden Alternative fue creada en Estados Unidos en el año 1991 por el geriatra Bill Thomas y su esposa con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores dependientes, combatiendo lo que denominó como las *tres plagas* de la institucionalización: la soledad no deseada, el aburrimiento crónico y el sentimiento de inutilidad. Thomas las identificó como las principales fuentes de dolor en los contextos de cuidado de larga duración dominados por el modelo biomédico. En los términos aquí propuestos, estas constituyen manifestaciones paradigmáticas de la dependencia socioexistencial, en tanto erosionan la capacidad de iniciativa de las personas dependientes. The Eden Alternative no es un programa asistencial, sino una propuesta de cambio cultural que desplaza el foco desde el cuidado de tipo biomédico hacia aquellos factores cotidianos que generan propósito, vínculos significativos y preservación de la agencia.

5.3.3. Filosofía del cuidado y modelos dirigidos por la persona

Desde los principios de la filosofía del cuidado de The Eden Alternative se sostiene que la vida humana necesita compañía, sentido e implicación para prosperar; que los

¹ Estos datos, así como otros que se presentarán en el capítulo —indicándose en cada caso su procedencia específica— proceden del trabajo de campo realizado por la autora entre 2021 y 2024 en residencias españolas, en el marco del proyecto de investigación *PRE-BORED, Well-being and prevention of boredom in Spanish nursing homes*. Dicho proyecto fue financiado por el programa Horizonte 2020 de la Unión Europea para la investigación y la innovación, mediante una ayuda Marie Skłodowska-Curie (contrato n.º 847635, UNA4CAREER). El estudio adoptó una metodología mixta que combinó el uso de escalas estandarizadas y análisis estadístico con entrevistas en profundidad y análisis narrativo. En él participaron un total de 405 personas mayores residentes (sin deterioro cognitivo), 304 profesionales y 20 miembros de equipos directivos. Las 405 personas mayores residentes sin deterioro cognitivo fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia. Esta decisión metodológica responde a limitaciones estructurales y éticas propias del ámbito residencial: por un lado, no existe un marco muestral accesible y homogéneo que permita identificar previamente, a escala nacional, a las personas residentes sin deterioro cognitivo; por otro, la participación directa en la encuesta exigía preservar la validez del consentimiento informado y la fiabilidad de las respuestas. En consecuencia, no fue posible aplicar un muestreo probabilístico, y los datos obtenidos no pueden considerarse representativos del conjunto de personas mayores que viven en residencias en España, sino únicamente del colectivo específico de residentes sin deterioro cognitivo incluido en el estudio, que constituye además una minoría dentro del total de la población residencial según la evidencia disponible. Por este motivo, los resultados se presentan en términos descriptivos, refiriéndose siempre a la muestra entrevistada, y los porcentajes deben interpretarse como indicadores orientativos y no como estimaciones extrapolables al conjunto del universo residencial. El objetivo principal fue analizar el nivel de satisfacción de las personas mayores con respecto a las oportunidades disponibles para ocupar su tiempo de manera significativa en el contexto residencial, así como identificar las variables asociadas a dichos niveles de satisfacción. De forma complementaria, se exploraron otros factores relacionados con la percepción del bienestar y del entorno institucional que pudieran estar contribuyendo a una merma de la calidad de vida. El propósito último de la investigación fue contribuir a la mejora de dicha calidad de vida a partir de las demandas y valoraciones expresadas por las propias personas implicadas. Una parte de los resultados derivados de este trabajo se presenta en este capítulo por primera vez.

mayores dependientes deben disponer de oportunidades reales en la toma de decisiones, contribuir a los demás y desempeñar roles con significado para ellos; y que el cuidado auténtico ha de organizarse en torno a relaciones, y no únicamente a tareas o protocolos. De la misma manera, el entorno físico, social y organizativo debe facilitar la autonomía y la interdependencia, evitando promover las actitudes pasivas, paternalistas o de infantilización.

La Alternativa Edén, que opera a nivel internacional —incluida España— ofreciendo formación y servicios de consultoría a organizaciones de cuidado, ha influido de manera decisiva en el desarrollo de modelos afines como el de la atención centrada en la persona. Este modelo reconoce la singularidad, la dignidad y la autonomía de cada individuo a la hora de proponer intervenciones, dando prioridad a sus valores, preferencias y capacidades, e impulsando su participación activa en la toma de decisiones que afectan a su vida y a sus cuidados (Brooker y Latham, 2016). Pero el enfoque de The Eden Alternative va más allá porque propone un modelo de atención dirigida por la persona, en el que quien demanda los cuidados define los objetivos, las decisiones y los ritmos de las intervenciones que le van a afectar directamente. En este modelo, la persona ejerce un papel activo y de liderazgo sobre su proceso vital de cuidado, con apoyos flexibles que respetan su autonomía y su proyecto de vida.

Ambos modelos de atención (ACP y ADP), ampliamente extendidos, reconocen las tres plagas como factores que generan o agravan distintos tipos de dependencia al mermar la agencia de las personas dependientes. Sin embargo, solo The Eden Alternative las ha situado —como haremos en este capítulo— en el centro del debate sobre la calidad de la atención a las personas dependientes, mientras que otros enfoques afines han tendido a concentrarse prioritariamente en la que consideran la más perjudicial: la soledad no deseada. Esto plantea una cuestión fundamental: ¿cómo llegó Thomas a la conclusión de que la soledad, el aburrimiento y el sentimiento de inutilidad constituían el núcleo del problema?

5.3.4. Genealogía empírica y evidencia del modelo

La respuesta a esta cuestión no surgió de un marco teórico previo, sino de años de observación clínica, de escucha directa y de contraste empírico con la práctica institucional. Thomas observó que muchas personas dependientes en residencias estaban profundamente desmotivadas, aun cuando no padecían una enfermedad grave ni una limitación extrema. El deterioro funcional, emocional e incluso físico se aceleraba tras el ingreso institucional, incluso cuando la atención sanitaria era adecuada. Los problemas más frecuentes reportados por los usuarios no aparecían en los historiales médicos, sino en la cotidianeidad: apatía, retraimiento, desinterés y tristeza persistente. Este conjunto de observaciones llevó a Thomas a intuir que el padecimiento principal no era clínico, sino vital. En consecuencia, Thomas dio un paso atípico dentro del modelo biomédico dominante y preguntó directamente a las personas mayores qué les dolía. En estas conversaciones emergían de forma reiterada tres lamentos compartidos: “me siento solo”, “no tengo nada que hacer” y “ya no sirvo para nada”. No se trataba de elementos susceptibles de diagnóstico clínico, sino de relatos vivenciales, reiterados y transversales a distintas patologías, grados de dependencia y niveles de

deterioro cognitivo. Las personas nombraban su malestar en términos existenciales, no sanitarios.

Cuando Thomas comparó la experiencia de personas que vivían en instituciones rígidamente organizadas con la de quienes residían en espacios con mayor libertad de decisión y relaciones comunitarias, observó que, en lo referente a la salud, unos y otros presentaban patrones similares. Sin embargo, la calidad de vida, el estado de ánimo y la voluntad de participación en la realidad diaria de los centros diferían de manera sustancial. De ello concluyó que el entorno social y organizativo tiene la capacidad de reproducir o mitigar la dependencia, con independencia del estado físico o cognitivo. Tras introducir cambios organizativos, Thomas observó mejoras consistentes en el bienestar subjetivo, la toma de partido en la vida residencial, el estado de ánimo e incluso en indicadores biomédicos y de mortalidad. Estudios sistemáticos realizados posteriormente en centros que aplicaban los principios de The Eden Alternative, como los desarrollados por el Texas Long-Term Care Institute, evidenciaron un 60 % menos de incidentes conductuales entre residentes, un 63 % menos de agresiones a empleados, un 25 % menos de encamamientos, un 57 % menos de úlceras y una reducción total de las horas de enfermería a cero (Wyllie, 2001).

5.3.5. Articulación con marcos internacionales y justificación del enfoque

La formulación de Bill Thomas sobre la soledad, el aburrimiento y el sentimiento de inutilidad como fuentes primarias de angustia en la vejez institucionalizada no se sitúa al margen de los marcos analíticos lanzados por organismos internacionales. Por el contrario, dialoga de manera directa con ellos, aunque desde una vía más empírica y experiencial. En particular, resulta plenamente compatible con la CIF de la OMS, que subraya que la discapacidad y la dependencia no pueden explicarse únicamente a partir de déficits corporales o limitaciones en la actividad, sino de la interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales, incluidos los entornos sociales. Del mismo modo, el énfasis del Dr. Thomas en la pérdida de roles significativos, relaciones y capacidad de decisión conecta con la ampliación del marco de análisis de la dependencia recogida en el *Libro Blanco* del IMSERSO. En este documento se reconoce que variables exógenas como el aislamiento social, la ausencia de participación, la carencia de ocupaciones valiosas o la escasez de oportunidades para ejercer la autonomía incrementan el malestar y agravan la dependencia. Desde la óptica de Thomas, la dependencia, más allá de padecerse, puede producirse socialmente cuando las instituciones de cuidado ignoran estas plagas o las consideran efectos secundarios inevitables. Desde el planteamiento de Thomas, la soledad no deseada, el aburrimiento disfuncional y el sentimiento de inutilidad actúan simultáneamente como impulsores de la dependencia físico-cognitiva, como detonantes de diversos procesos de deterioro y como formas de dependencia socioexistencial propiamente dichas. Este marco permite entender por qué las llamadas dolencias del alma no son solo consecuencias del deterioro, sino variables estructurales del cuidado.

Estas plagas no surgieron como conceptos clínicos destinados al diagnóstico, sino como categorías heurísticas orientadas hacia la identificación de distintas fuentes estructurales de sufrimiento y a tender puentes entre la experiencia subjetiva de las

personas dependientes y la organización del cuidado de calidad. En este capítulo no se abordarán de manera separada, sino de forma integrada. La soledad se toma como eje analítico central, en tanto que constituye el fenómeno mejor estudiado en la actualidad, mientras que el aburrimiento crónico se adopta como eje secundario debido a la disponibilidad de datos hasta ahora inéditos que nos permiten avanzar en su comprensión. Inmediatamente, se examinará la vinculación de estas con las tres aproximaciones a la dependencia expuestas con anterioridad —agravante, detonante y elemento constitutivo—, tomando la soledad y el aburrimiento como variables explicativas y centrándonos en la experiencia de las personas mayores institucionalizadas. Para ello, resulta necesario descender al análisis empírico de estas experiencias, comenzando por la más estudiada y visible de ellas: la soledad no deseada.

5.4. Soledad no deseada y aburrimiento crónico: evidencia empírica en residencias

Las intuiciones formuladas por Bill Thomas encuentran hoy un respaldo empírico creciente en la investigación sobre la soledad no deseada y el aburrimiento crónico en la vejez, particularmente en contextos institucionales.

5.4.1. Definición y naturaleza de la soledad no deseada

La soledad no deseada se reconoce actualmente como un factor de riesgo de primer orden para el bienestar físico y mental de los que la padecen de forma persistente. Se trata de un fenómeno que compromete seriamente la salud, generando elevados costes sanitarios y económicos y que exige respuestas coordinadas por parte de la ciudadanía, de los agentes sociales y de las administraciones públicas. La soledad no deseada puede definirse como un estado de aislamiento no elegido en el que las personas se encuentran solas o sin acceso a la compañía que consideran necesaria para su bienestar tanto emocional como social. Este estado no deriva de la decisión voluntaria, sino que viene impuesto por las transformaciones sociales, las pérdidas relacionales, los problemas de salud física o mental, los trastornos neurológicos, los rasgos del carácter o las condiciones laborales, entre muchos otros factores (Perlman y Peplau, 1981; Ros Velasco, 2024).

Aunque la soledad puede valorarse positivamente cuando es buscada, se convierte en fuente de dolor cuando existe una disonancia entre el nivel de interacción social disponible y el que se desea. Se trata de una experiencia subjetiva, dado que cada persona posee un *umbral óptimo de interacción social*, que es variable en función de factores como son la edad, el género o la clase social. Entonces, la observación objetiva de la situación relacional no siempre coincide con la vivencia subjetiva de la soledad: vivir solo no implica necesariamente sentirse solo, ni vivir acompañado garantiza la ausencia de soledad. Necesitamos disponer de momentos de soledad buscada para ejercitar la introspección, la reconfiguración de nuestra identidad y el crecimiento personal, como ha subrayado tradicionalmente la filosofía existencial. Sin embargo, la soledad no deseada se asocia de forma sistemática con tristeza, incomprensión y sufrimiento perseverante (SoledadES, 2022).

5.4.2. Tipologías y temporalidad de la soledad no deseada

Desde el denominado enfoque interaccionista-cognitivista, la soledad no deseada se experimenta como soledad emocional —sujeta a la ausencia o la carencia de vínculos íntimos— y como soledad social o aislamiento social —relacionada con la ausencia de un entramado relacional significativo— (Perlman y Peplau, 1981; San Martín Baquedano y Jiménez Martín, 2021). Atendiendo a su duración, la soledad no deseada puede ser transitoria, cuando se asocia a eventos vitales puntuales, o crónica, cuando se mantiene en el tiempo como resultado de rasgos personales, problemas psicológicos o circunstancias estructurales (San Martín Baquedano y Jiménez Martín, 2021). Esta última constituye la vivencia más preocupante por su constancia y por los efectos acumulativos que genera a nivel emocional, relacional y comunitario.

5.4.3. Prevalencia y grupos de riesgo en España

A pesar de la creciente visibilidad pública del fenómeno, los datos oficiales sobre la prevalencia de la soledad no deseada en España siguen siendo limitados. Según el Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada de la Fundación ONCE, en 2023 el 13,4 % de la población española experimentó soledad no deseada, con mayor incidencia en mujeres (14,8 %) que en hombres (12,1 %) (SoledadES, 2023a). Las personas afectadas refieren convivir con esta situación durante una media de seis años, lo que permite hablar en términos de cronicidad. Además, casi una cuarta parte manifiesta sentirse sola durante todo el día, lo que revela la intensidad del problema. Los grupos etarios más afectados son los jóvenes y adolescentes (21,9 %), por un lado, y los mayores (12,2 %), por otro (SoledadES, 2023a). Asimismo, presentan mayor vulnerabilidad las personas con algún grado de discapacidad, las cuidadoras —formales e informales (Ros Velasco, 2021a, 2021b)—, los migrantes y otros colectivos expuestos a situaciones de exclusión (SoledadES, 2023a).

5.4.4. Causas percibidas, factores de riesgo y perfiles en personas mayores

La soledad no deseada responde a una mezcla de factores endógenos y exógenos. Una minoría de la población (19,1 %) atribuye su soledad a causas individuales, como son las dificultades relacionales o los problemas de salud, mientras que la mayoría (79,1 %) identifica factores estructurales y contextuales como desencadenantes principales (SoledadES, 2023a). Entre estos destacan la ausencia de apoyo familiar o social, la distancia geográfica respecto a la familia, la ruptura de las convivencias previas, la incompreensión percibida por parte de los otros, el aislamiento territorial, las condiciones laborales y la dedicación total al cuidado de terceros (SoledadES, 2023a). En el informe de SoledadES (2023a) también se identifican como factores de riesgo el vivir solo, la defunción de seres queridos, la discapacidad, la mala salud y los bajos niveles de ingresos. Estos factores convergen con especial intensidad en los mayores, ya que en su cohorte suelen acumularse pérdidas normativas, problemas de salud y reducción de redes sociales.

De acuerdo con las investigaciones realizadas por Cruz Roja Navarra (San Martín Baquedano y Jiménez Martín, 2021), la soledad involuntaria afecta especialmente a

mayores que viven solos en hogares unipersonales (64 %). El perfil de mayor riesgo coincide con hombres² mayores de 85 años, residentes en zonas urbanas de las que no son autóctonos, con bajo nivel de ingresos y estudios, escasa participación social, acceso limitado a la tecnología y una autopercepción negativa de su salud. A ello se suma, con frecuencia, la reluctancia a demandar apoyo familiar por miedo a convertirse en una carga (San Martín Baquedano y Jiménez Martín, 2021).

5.4.5. Soledad no deseada en contextos residenciales

El lugar de residencia y su ubicación representan variables clave en la experiencia de la soledad. Aunque existen pocas investigaciones comparativas entre adultos mayores que viven solos y quienes residen acompañados o institucionalizados, la evidencia disponible sugiere que sufrir soledad en compañía resulta especialmente doloroso (Rueda, 2020). En las residencias de mayores se combinan con frecuencia la soledad emocional —derivada de la disolución de vínculos previos— y el aislamiento social —asociado a dinámicas de exclusión por razón del deterioro cognitivo, la clase social, la ideología política, la higiene o la etnia— (Rueda, 2020). Paradójicamente, quienes más solos se sienten en estos espacios de cuidado son también quienes más se quejan del elevado nivel de ocupación del centro. Para quienes padecen soledad no deseada, la alta concentración de residentes incrementa la sensación de aislamiento, quizá porque la interacción se vuelve más impersonal y menos satisfactoria. Pese a que cerca de un 10 % de las personas accede a una residencia para aliviar la soledad, algo más de un tercio de los residentes declara sentirse solo constantemente (Ros Velasco, 2021–2024).

5.4.6. Resultados inéditos del proyecto PRE-BORED

Los datos que se exponen a continuación proceden del proyecto *PRE-BORED. Well-being and prevention of boredom in Spanish nursing homes* (Ros Velasco, 2021–2024; véase la nota al pie 1) y constituyen una aportación empírica inédita sobre la relación entre la soledad no deseada, el aburrimiento crónico, el sentimiento de inutilidad y el bienestar en instituciones residenciales. Estos resultados permiten analizar, de manera integrada, aunque exploratoria —dadas las limitaciones metodológicas expuestas en la nota al pie 1—, cómo las dolencias del alma operan como factores explicativos del malestar y como manifestaciones de dependencia socioexistencial.

Bienestar ocupacional: rutina, repetición y falta de sentido

Los resultados de PRE-BORED muestran que la soledad no deseada se relaciona de manera significativa con múltiples dimensiones del bienestar ocupacional. En este

² Si bien es cierto que en España la mayoría de las personas mayores que viven solas son mujeres (28,8 % frente al 14,7 % de los hombres; Rueda, 2020), no todas presentan el mismo riesgo de padecer soledad no deseada. En particular, las mujeres menores de 80 años residentes en entornos urbanos mantienen una participación social activa, muestran interés por el ocio y valoran positivamente su salud y su vida relacional, por lo que se encuentran más protegidas frente a esta experiencia (San Martín Baquedano y Jiménez Martín, 2021). En estos casos, la vida en solitario puede incluso ser vivida de forma positiva, como un espacio de intimidad, autonomía y reencuentro consigo mismas.

ámbito, el 74 % de las personas mayores entrevistadas como parte de este proyecto percibe la vida en la residencia como repetitiva y rutinaria; más de la mitad afirma que el tiempo pasa lentamente y que los días se hacen eternos; un 41 % manifiesta dificultades para encontrar ocupaciones significativas; y un 60 % considera que el centro no ofrece suficientes actividades, ni suficientemente variadas. De entre quienes participan en las actividades, solo cerca del 40 % las percibe como realmente valiosas o provechosas (Ros Velasco, 2021–2024). Estos datos revelan una ruptura entre las necesidades ocupacionales de los residentes y las oportunidades reales de implicación significativa ofrecidas desde el entorno institucional.

A raíz de esta disonancia, la mitad de los residentes entrevistados refiere padecer aburrimiento constante, lo que permite hablar de un aburrimiento crónico o disfuncional (Ros Velasco, 2021–2024). El aburrimiento puede definirse como un estado de malestar que emerge cuando existe una ruptura entre la necesidad de estimulación de la persona y lo que percibe que el contexto le ofrece, generándose la sensación de estar perdiendo el tiempo al no poder emplearlo en ocupaciones que considere valiosas. Cuando se prolonga en el tiempo, ya sea por razones endógenas —como la dificultad para identificar ocupaciones significativas— o exógenas —como la ausencia de oportunidades para llevarlas a cabo—, la persona percibe el tiempo como vacío y experimenta bloqueo cognitivo y emocional, con un impacto negativo en su bienestar mental y en su rutina diaria (Ros Velasco, 2022, 2026). Los datos de PRE-BORED muestran que el aburrimiento crónico se encuentra estrechamente vinculado a la soledad no deseada en la residencia. Más de la mitad de las personas que afirman aburrirse y sentirse inactivas declaran sentirse también solas, frente a solo un 16 % entre quienes no experimentan aburrimiento (Ros Velasco, 2021–2024). Esta asociación implica que la carencia de actividades y de estímulos significativos puede incrementar el aburrimiento crónico, al tiempo que favorece simultáneamente el aislamiento social y la ausencia de vínculos genuinos.

Estas percepciones se intensifican notablemente entre quienes se sienten solos o aislados. En concreto, estas personas mayores describen la vida en la residencia como significativamente más rutinaria y monótona y se quejan en mayor medida de que el tiempo pasa lentamente. La diferencia todavía es más acusada entre quienes afirman aburrirse de manera constante (Ros Velasco, 2021–2024). La sensación de repetición indeleble en quienes sufren soledad no deseada y tedio crónico contribuye a un sentimiento persistente de vacío, de falta de estímulo, así como a una menor contribución a la vida cotidiana de la residencia.

Casi el 75 % de las personas que se sienten solas considera que la institución no ofrece suficiente variedad ni cantidad de actividades, frente al 55 % entre quienes no experimentan soledad. Nuevamente, estos contrastes se incrementan en aquellos quienes sufren aburrimiento crónico. Cerca del 73 % de las personas entrevistadas que padece soledad percibe que las actividades ofertadas no son ni valiosas ni capaces de desarrollar habilidades o conferir significado a la ocupación del tiempo, frente a un 54 % entre quienes no se sienten solos. Este patrón se replica en quienes padecen aburrimiento (Ros Velasco, 2021–2024). Las diferencias insinúan que la ausencia de actividades atractivas, diversificadas y significativas favorece el aislamiento social y el aburrimiento crónico. En consecuencia, parece preciso implementar programas

ocupacionales capaces de ofrecer oportunidades valiosas de contribución, con el fin de mantener comprometidos a los residentes, fortalecer los vínculos sociales y promover el bienestar. Desde este planteamiento, la rutina institucional no constituye un mero inconveniente organizativo, sino un mecanismo estructural que deteriora la capacidad de decisión y el significado en la vida, contribuyendo a la emergencia de formas específicas de dependencia socioexistencial.

Bienestar emocional: tristeza, vacío existencial y malestar psicológico

La soledad no deseada y el aburrimiento disfuncional se asocian asimismo con un deterioro notable de los estados emocionales de los residentes. Aproximadamente un tercio de las personas mayores participantes presenta síntomas de tristeza y depresión. Esta proporción se eleva de manera significativa, a cerca de la mitad, entre quienes se sienten solos y entre quienes experimentan aburrimiento constante. Más de un tercio manifiesta inquietud y nerviosismo, una vivencia que se intensifica entre quienes padecen soledad o aburrimiento disfuncional. La soledad no deseada se vincula también con sentimientos persistentes de enfado, presentes en casi la mitad de los residentes entrevistados. Más de la mitad de las personas que se sienten solas afirma experimentar enfado de forma constante, frente a algo más de un tercio entre quienes no reportan soledad. Para quienes se aburren, la comparativa es en este caso menos pronunciada (Ros Velasco, 2021–2024).

El sentimiento de vacío y la pérdida de sentido vital resultan igualmente relevantes: casi la mitad de los residentes dice sentirse vacío, una experiencia que se amplifica de forma marcada entre quienes padecen soledad no deseada y aburrimiento disfuncional. En casos extremos, algo menos de un tercio ha expresado deseos de que su vida acabe pronto y un porcentaje mínimo reconoce haber tenido pensamientos sobre suicidio. Tanto la soledad como el aburrimiento incrementan significativamente estas vivencias (Ros Velasco, 2021–2024), lo que pone de relieve la gravedad del problema asociado a ambas experiencias.

Bienestar cognitivo: atención, concentración y estimulación

Las dificultades cognitivas, como son los problemas de concentración o la facilidad para distraerse, afectan a alrededor de un tercio de los residentes que participaron en PRE-BORED. Estas son más frecuentes en quienes experimentan soledad no deseada y aburrimiento constante (Ros Velasco, 2021–2024). Aunque las diferencias son menos pronunciadas que en el ámbito emocional, esta asociación explica que la falta de estímulo relacional y ocupacional puede afectar de manera sostenida a la capacidad de atención y al compromiso cognitivo.

Calidad relacional, trato recibido y percepción de maltrato de parte del personal

La calidad de las relaciones con el personal emerge como un factor central en la experiencia de la soledad no deseada. En términos generales, un 62 % considera que el personal es atento, respeta sus preferencias y satisface sus necesidades. Esta per-

cepción positiva desciende notablemente entre quienes se sienten solos y aburridos. Existe asimismo una relación significativa entre sentirse solo o aburrido y percibir que falta personal. Quienes experimentan soledad no deseada denuncian con mayor frecuencia la falta de formación y profesionalidad del equipo y perciben más a menudo un trato paternalista por su parte, asociado a la disminución de la autonomía y del reconocimiento de sus capacidades. En los casos más extremos, quienes se sienten solos también refieren haber sufrido con mayor frecuencia maltrato físico o psíquico, lo que indica que determinadas prácticas asistenciales intensifican la vivencia de aislamiento y vulnerabilidad (Ros Velasco, 2021–2024).

Relaciones entre residentes, agencia y satisfacción vital

La soledad percibida se corresponde significativamente con la apreciación de una comunicación deficitaria entre los usuarios. Entre quienes sufren soledad, casi un tercio considera que la comunicación entre residentes no fluye. Además, la mitad de las personas que se sienten solas considera necesario separar la convivencia de personas con deterioro cognitivo, frente a solo un tercio entre quienes no padecen soledad no deseada (Ros Velasco, 2021–2024). Esta percepción esboza que la convivencia indiferenciada puede generar incomodidad relacional o reforzar la vivencia de aislamiento en ciertos residentes, posiblemente al dificultar la interacción social satisfactoria, crear barreras para la comunicación y limitar la participación plena en la vida comunitaria. No se trata de atribuir la soledad a la presencia de personas con deterioro cognitivo, pero sí de señalar que la organización de la convivencia, la falta de apoyos relacionales y la ausencia de mediaciones adecuadas pueden convertir la diversidad funcional en un factor que empeore el aislamiento social. La soledad no deseada se ve reforzada cuando los dispositivos residenciales no contemplan espacios, dinámicas y apoyos diferenciados que proporcionen interacciones significativas y respetuosas con las capacidades comunicativas y relacionales de cada persona.

Estas dificultades relacionales se articulan, además, con una percepción reducida del control sobre la propia vida en la residencia, que es más intensa entre quienes sufren soledad y aburrimiento. Algo menos de una tercera parte expresa que es menos libre desde que vive en el centro y más de la mitad percibe que su voz no es tenida en cuenta. Estas cifras se incrementan de manera notable entre quienes se sienten solos y aburridos, lo que apunta a una merma significativa de la posibilidad de elegir (Ros Velasco, 2021–2024).

Finalmente, algo más de un tercio de los residentes entrevistados se declara realmente feliz viviendo en la residencia. Entre quienes padecen soledad, apenas un 13 % dice disfrutar de la vida residencial, frente a un 52 % entre quienes no están solos. Un patrón similar, aunque algo menos acusado, se observa entre quienes sufren aburrimiento crónico. Las personas que se sienten solas o aburridas tienden, además, a expresar un mayor número de quejas sobre la vida en la institución, lo que refleja una mayor insatisfacción global con el centro (Ros Velasco, 2021–2024). Estas evidencias permiten comprender la centralidad de estas experiencias en la organización del cuidado residencial.

Perfil de la soledad y el aburrimiento en contextos residenciales

Más allá de su asociación con diversas dimensiones del bienestar, los datos de PRE-BORED permiten identificar un perfil preciso de los mayores que experimentan soledad no deseada y aburrimiento crónico en contextos residenciales.

Quienes se sienten solos y/o aislados presentan con mayor frecuencia movilidad reducida grave, ingresos medio-bajos y trayectorias laborales vinculadas a sectores profesionales relacionados con el cuidado en el ámbito doméstico. Estas personas tienden a mantener un contacto poco frecuente con familiares y/o amistades, y a no realizar salidas acompañadas fuera de la residencia, lo que limita la posibilidad de sostener vínculos más allá del entorno institucional. Por el contrario, variables habitualmente consideradas explicativas, como el sexo, la edad, el estado civil, el hecho de tener hijos o el tiempo transcurrido desde el ingreso en la residencia, no muestran una relación significativa con la soledad (Ros Velasco, 2021–2024). Este perfil sugiere que la soledad no deseada en la residencia no responde tanto a factores demográficos como a la confluencia de limitaciones funcionales, vulnerabilidad socioeconómica y empobrecimiento de las redes de apoyo, reforzando su carácter relacional y estructural.

Por su parte, quienes refieren aburrirse de manera constante tienden a presentar ingresos bajos o medio-bajos, movilidad limitada y a llevar poco tiempo viviendo en los centros (Ros Velasco, 2021–2024). Este último elemento resulta especialmente relevante, pues ilumina el hecho de que los primeros momentos del proceso de institucionalización constituyen una etapa de especial vulnerabilidad al tedio y a la desafección ocupacional. Variables como la edad, el sexo, el hecho de tener hijos, recibir visitas o salir acompañado o solo de la residencia, no muestran una relación significativa con la experiencia de aburrimiento crónico. Estos resultados refuerzan la idea de que el aburrimiento crónico tampoco depende tanto de características demográficas aisladas como sí de la interacción entre condiciones funcionales, recursos disponibles y oportunidades reales de interacción. Se observa, por lo demás, una ligera tendencia a experimentar más aburrimiento entre las personas separadas, que constituyen un grupo minoritario dentro de la muestra (8,4 %), si bien este dato debe interpretarse con cautela dada su limitada representación (Ros Velasco, 2021–2024). En conjunto, este perfil sugiere que el aburrimiento crónico emerge con mayor probabilidad en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica, limitación funcional y desajuste temporal con la residencia, reforzando de nuevo su consideración como una experiencia relacional y contextual, en lugar de como un rasgo individual.

En definitiva, la soledad y el aburrimiento pueden entenderse como condicionantes de la vulnerabilidad que emergen cuando la circunstancia institucional y relacional dificulta el acceso a vínculos valiosos, obstaculiza la sensación de pertenencia y limita la capacidad de las personas para dotar de alcance a su tiempo, ejercer su autodeterminación y vincularse de manera significativa con su ambiente inmediato. Los hallazgos empíricos que han sido expuestos permiten reinterpretar la relación entre dolencias existenciales y dependencia desde una perspectiva analítica más amplia.

5.5. Las dolencias existenciales y la dependencia: tres aproximaciones analíticas

Los cambios socioculturales y económicos asociados al aumento de la longevidad —en España, el grupo de población mayor de 67 años representaba en 2025 el 18 % del total, según la Estadística Continua de Población del INE— auguran un incremento de la prevalencia de la soledad, el aburrimiento y el sentimiento de inutilidad entre los mayores que viven solos o en contextos institucionales. Este escenario hace necesario desplazar el análisis desde la mera descripción de los efectos hacia la identificación de los mecanismos causales y experienciales que relacionan estos malestares con las distintas expresiones de la dependencia. Los resultados presentados muestran que la soledad y el aburrimiento se asocian con múltiples dimensiones del bienestar en contextos geroasistenciales, pero también que atraviesan de forma estructural las trayectorias de dependencia en la vejez. Para comprender cómo operan en relación con la dependencia, será necesario articular un marco analítico que nos permita distinguir sus distintos modos de acción.

Como se expuso en la segunda sección, este trabajo adopta tres aproximaciones complementarias para analizar la relación entre estas experiencias —soledad no deseada, aburrimiento crónico y sentimiento de inutilidad, ocupando la primera un lugar central por su prevalencia y efectos documentados, lo que permite utilizarla como eje comparativo para el análisis del aburrimiento crónico y el sentimiento de inutilidad— y la dependencia: (a) como factores que agravan limitaciones físico-cognitivas preexistentes; (b) como causas que producen directamente procesos de dependencia; y (c) como formas de dependencia socioexistencial. Estas no son excluyentes, sino que pueden coexistir y reforzarse en una misma trayectoria vital. A continuación, se examina cada una de ellas a la luz de la evidencia disponible.

5.5.1. Dolencias existenciales como agravantes de la dependencia

En una primera lectura analítica, la soledad —y, por extensión, el aburrimiento y el sentimiento de inutilidad— actúa como un factor que intensifica y acelera procesos de deterioro físico y mental ya existentes, incrementando el riesgo de dependencia.

La soledad no deseada como agravante de la dependencia

Tener vínculos significativos es un elemento central para mantener un estilo de vida saludable. La soledad se asocia con un empeoramiento de múltiples condiciones de salud, entre ellas la progresión de enfermedades como el virus de Epstein-Barr, los virus del herpes humano o el VIH (Hawkley y Cacioppo, 2010). Además, agrava trastornos incluidos en el espectro del deterioro cognitivo (Luchetti et al., 2024), así como la esquizofrenia, los problemas de distorsión temporal, de aprendizaje y de memoria y los trastornos del sueño (Amezcuza y Abad González, 2020; SoledadES, 2023a). En este sentido, la soledad no deseada no constituye el origen exclusivo de la dependencia, pero sí precipita su curso y adelanta la necesidad de apoyos.

El aburrimiento crónico como agravante de la dependencia

Aunque la evidencia empírica es todavía más limitada, el aburrimiento disfuncional parece actuar de manera similar a la soledad no buscada como factor agravante de la dependencia. Los mayores que sufren un aburrimiento intenso muestran menor implicación en actividades cognitivamente estimulantes y mayor sedentarismo, lo que puede acelerar el menoscabo de la fuerza, la movilidad y la flexibilidad. Se sabe todavía poco sobre cómo afecta el aburrimiento persistente a los mayores que viven con demencia, pero algunos estudios han demostrado que este se asocia con el incremento de los conflictos entre residentes y de las escenas de agitación y de violencia (Buettnner, 1998; Cohen-Mansfield et al., 1992, 2015; Cohen-Mansfield y Jensen, 2018). También está relacionado con la recurrencia de los delirios paranoides, acompañados de episodios de mucho nerviosismo (Cohen-Mansfield et al., 2011; Cohen-Mansfield y Golander, 2012), al tiempo que aumenta la sensación de aislamiento y la disminución del afecto (Cohen-Mansfield y Jensen, 2018). En general, su implicación con diversas patologías psiquiátricas, entre ellas la psicosis, la esquizofrenia, la paranoia, el alzhéimer o el trastorno bipolar, ha sido ampliamente analizada (Ros Velasco, 2022, 2026).

El sentimiento de inutilidad como agravante de la dependencia

El sentimiento de inutilidad, entendido como una evaluación negativa de la propia contribución social y personal, se relaciona firmemente con un empeoramiento de la trayectoria funcional en la vejez. Desde una perspectiva clínica y epidemiológica, la percepción de “no servir para nada” o haber perdido el valor personal se vincula con una menor implicación en actividades básicas e instrumentales del día a día, lo que incrementa el riesgo de deterioro funcional progresivo incluso en ausencia de limitaciones físicas severas (Donovan et al., 2016). Estudios longitudinales han demostrado que las personas mayores que expresan sentimientos de inutilidad presentan peores procesos de recuperación tras eventos adversos de salud y mayores tasas de declive funcional, con independencia de su estado físico inicial (Perissinotto et al., 2012). Así las cosas, sentirse inútil actúa como agravante que incrementa la dependencia ya existente al reducir la motivación para mantener la actividad, la autonomía y la participación en la vida cotidiana.

5.5.2. Dolencias existenciales como generadoras de dependencia

Una segunda aproximación permite analizar estas tres aflicciones como factores capaces de generar directamente procesos de dependencia, incluso en ausencia inicial de limitaciones graves.

La soledad no deseada como generadora directa de dependencia

La literatura científica contemporánea sostiene que la soledad no deseada en personas mayores no es un mero síntoma emocional, sino un determinante relevante de los procesos de dependencia en la última etapa de la vida que causa problemas de salud física y mental. La soledad no deseada se asocia con un mayor riesgo de declive funcional que disminuye la autonomía personal para realizar actividades cotidianas (Perissinotto et al., 2012). Estudios longitudinales vinculan la soledad con mayor mor-

bilidad cardiovascular y cerebrovascular y con mayor mortalidad prematura (Hawkey y Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad et al., 2015), así como con la aparición de la hipertensión y la diabetes (Amezcu y Abad González, 2020; SoledadES, 2023a), los niveles elevados de colesterol en sangre, la obesidad y los problemas digestivos y la disminución de la inmunidad (Hawkey y Cacioppo, 2010), además de con un peor rendimiento memorístico, atencional y de las funciones ejecutivas (Donovan et al., 2016; Lee et al., 2025).

Entre los principales efectos directos en salud mental se encuentran los trastornos del estado anímico, como la ansiedad (prevalencia del 37,8 %), la depresión (39,3 %), la introversión patológica, la fatiga, la baja autoestima o la mala autopercepción de la salud (SoledadES, 2023a) y los conductuales relacionados con la violencia, el alcoholismo o las ideaciones suicidas (Estroff, 2003). Existen mecanismos tanto conductuales como biológicos plausibles que explican este proceso. La falta de interacción social reduce la estimulación cognitiva y favorece patrones de vida sedentarios, factores de riesgo reconocidos para la fragilidad, la sarcopenia y el deterioro funcional. A nivel neuroendocrino, la soledad prolongada se asocia con respuestas crónicas de estrés que impactan sobre el sistema nervioso a través de alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (Uchino et al., 2025), además de incrementar la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad (Cacioppo et al., 2006).

Como coste intangible, la soledad involuntaria causa la pérdida anual de aproximadamente un millón de años de vida ajustados por calidad (AVAC) en el conjunto de la población española —el 2,8 % del total—, atribuible principalmente a la reducción de la calidad de vida de las personas afectadas (SoledadES, 2023a)³. Asimismo, la soledad no deseada se asocia a un aumento del riesgo de mortalidad de entre un 26 % y un 32 %, comparable al del tabaquismo, la mala dieta o la inactividad física (Amezcu y Abad González, 2020; Holt-Lunstad et al., 2015; SoledadES, 2023a). En este contexto, en 2019 se estimaron 848 muertes prematuras asociadas a la soledad no deseada, que en 2021 se tradujeron en una pérdida adicional de 17,9 mil AVAC achacables específicamente a mortalidad prematura, de los cuales el 62 % correspondían a hombres (SoledadES, 2023a).

El aburrimiento crónico como generador directo de dependencia

Bajo esta lógica, el aburrimiento crónico no solo agrava condiciones preexistentes, sino que, asimismo, produce alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales que conducen a la dependencia funcional. En lo tocante al aspecto cognitivo, el aburrimiento puede causar dificultades en el mantenimiento de la atención, menor concentración y un rendimiento reducido en funciones ejecutivas y en el empleo de la

³ Los años de vida ajustados por calidad (AVAC) son una medida sintética utilizada en economía de la salud para cuantificar la pérdida de bienestar asociada a un determinado estado o condición. Un AVAC equivale a un año vivido en plena salud; los años vividos con una calidad de vida reducida se ponderan mediante coeficientes de utilidad comprendidos entre 0 (equivalente a la muerte) y 1 (salud perfecta). En el informe citado, la pérdida de AVAC atribuible a la soledad no deseada se estima combinando (a) la reducción media de la calidad de vida relacionada con la salud observada en las personas que experimentan soledad no deseada —medida mediante instrumentos estandarizados— y (b) el número de personas afectadas en la población, así como los años de vida perdidos por mortalidad prematura atribuible a dicha condición. La agregación de estas pérdidas permite estimar el volumen anual total de AVAC perdidos en la población.

memoria de trabajo (Bench y Lench, 2019; Eastwood et al., 2012). El estudio longitudinal de Britton y Shipley (2010) sugiere que los efectos del aburrimiento crónico no se limitan a la aceleración del deterioro funcional, sino que pueden traducirse en consecuencias vitales, como sería una mayor mortalidad asociada a estilos de vida poco saludables entre los que se aburren frecuentemente.

En el plano de la salud mental, el aburrimiento crónico se ha relacionado con toda una constelación de trastornos del estado anímico, como la rabia, la ira o el enfado, el desafecto, la apatía, la depresión, la ansiedad, el estrés o la alexitimia —incapacidad de expresar sentimientos con palabras—, así como con trastornos de la conducta como el suicidio, la impulsividad, la agresividad o las adicciones y con alteraciones de la personalidad y de la autoimagen (Ros Velasco, 2022, 2026). En los mayores, estos efectos suelen intensificarse y expresarse en forma de cambios de humor extremos, estados persistentes de irritación, agitación y frustración, conductas agresivas o autolesivas, desinterés por la vida residencial, retraimiento, soledad no deseada, depresión, ideación suicida⁴, trastornos del sueño, adicciones, desadherencia a la toma de medicamentos y alteraciones alimentarias (Ros Velasco, 2021c).

El sentimiento de inutilidad como generador directo de dependencia

Más allá de su papel agravante, el sentimiento de inutilidad puede operar como un generador directo de nuevas trayectorias de dependencia. En el plano psicológico-cognitivo, esta experiencia se encuentra estrechamente vinculada con procesos de desmotivación, apatía y desesperanza que afectan negativamente al rendimiento cognitivo y la preservación de las funciones ejecutivas. La autoimagen de inutilidad reduce la disposición a iniciar tareas, tomar decisiones y enfrentarse a desafíos cognitivos, generando un patrón de inhibición conductual sostenida (Robertson et al., 2016). Este puede llegar a confundirse con deterioro cognitivo primario, puesto que se manifiesta en forma de pasividad, enlentecimiento, falta de iniciativa y dificultades atencionales. Sentirse inútil, así, acompaña a la dependencia, pero también puede producirla al consolidar trayectorias de dependencia cognitiva y funcional que no derivan directamente tanto de déficits orgánicos previos como de la erosión progresiva de la motivación, la autoeficacia y la iniciativa personal.

5.5.3. Dolencias del alma como dependencia socioexistencial

La soledad, el aburrimiento y el sentimiento de inutilidad pueden entenderse como signos de dependencia socioexistencial, con independencia de su impacto sobre la salud física o cognitiva.

La soledad no deseada como dependencia socioexistencial

Los datos de PRE-BORED demuestran que los adultos mayores que experimentan soledad en residencias perciben el día a día como monótono, el tiempo como lento

⁴ La literatura ha constatado que el aburrimiento crónico ha sido el detonante de varios casos de intento de suicidio por parte de personas mayores en residencias (Minayo, 2016) y en el propio domicilio (Bargdill, 2000).

y presentan mayores dificultades atencionales, menor percepción de significado en las actividades, menor grado de autonomía, menor control sobre la vida cotidiana y menor satisfacción vital, en general. Esto refleja una vulnerabilidad que trasciende las limitaciones objetivas de salud y se manifiesta como una restricción profunda de la participación social, del sentido de pertenencia y del control sobre la propia vida.

El aburrimiento crónico como dependencia socioexistencial

De manera análoga, el aburrimiento crónico configura una dependencia hacia el entorno y hacia quienes gestionan el cuidado, en tanto que el bienestar depende de la oferta de actividades, la atención recibida y la posibilidad de ejercer autonomía en la gestión del tiempo cotidiano (Pinquart y Sörensen, 2000). Quienes se aburren siempre presentan mayores sentimientos de vacío existencial y menor satisfacción vital.

El sentimiento de inutilidad como dependencia socioexistencial

El sentimiento de inutilidad representa una expresión particularmente intensa de este tipo de dependencia. No se trata únicamente de necesitar ayuda para realizar actividades o relacionarse, sino de percibirse como alguien que ya no cuenta, que no aporta y que ha dejado de ser necesario. Esta vivencia se asocia con la falta de roles sociales significativos, la internalización del edadismo y del capacitismo y la percepción de no ser valorado por la familia, la comunidad o las instituciones de cuidado (Butler, 1969; Levy, 2009; Levy et al., 2002; Shakespeare, 2014).

Los resultados de PRE-BORED muestran que este sentimiento se relaciona con una vivencia intensa de pérdida de iniciativa, de sentido vital y con una baja sensación de ser escuchado o tenido en cuenta. En este marco, la dependencia adopta una forma profundamente relacional: la persona mayor pasa no solo a depender de apoyos materiales o cuidados profesionales para sentirse plena, sino también del reconocimiento externo que legitime su existencia como valiosa y significativa.

Asimismo, el sentimiento de inutilidad aparece vinculado al deseo de que la vida termine pronto y a la ideación suicida, lo que subraya su papel como indicador extremo de vulnerabilidad. Diversos estudios han indicado que la percepción de ser una carga o de carecer de utilidad social constituye uno de los predictores más consistentes de los pensamientos sobre la muerte en la vejez, incluso por encima de variables como la soledad objetiva o el estado de salud (Van Orden et al., 2012). Todo ello sugiere que la inutilidad es una expresión penetrante de la merma de la autonomía moral y del sentido de pertenencia, a menudo reforzada por dinámicas de paternalismo institucional (Beauchamp y Childress, 2019).

Por todo lo anterior, el sentimiento de inutilidad debe incorporarse explícitamente en los modelos explicativos de la dependencia en la última etapa de la vida, como un factor que intensifica o precipita limitaciones físico-cognitivas y como una forma definida de dependencia que se caracteriza por la pasividad, la invisibilización y la ausencia de reconocimiento.

Entender estos males como agravantes, detonantes y formas de dependencia en sí mismos no es un ejercicio meramente descriptivo, sino una condición necesaria para repensar el sentido, los objetivos y las prácticas del cuidado en la vejez.

5.6. Cuidar sin desposeer: hacia un cambio cultural del cuidado

A la luz del análisis precedente, resulta posible extraer una serie de conclusiones con implicaciones éticas, políticas y prácticas para el cuidado en la vejez.

5.6.1. La dependencia socioexistencial como conclusión central

La evidencia presentada en este capítulo muestra que comprender la dependencia en las personas mayores requiere integrar la soledad no deseada, el aburrimiento crónico y el sentimiento de inutilidad —entre otras dolencias existenciales—, como expresiones centrales del malestar en la ancianidad. Estas no deben entenderse únicamente como exacerbantes o detonantes de las limitaciones físico-cognitivas, sino como formas de dependencia *sensu stricto* de carácter socioexistencial, con implicaciones sustantivas para el diseño de intervenciones, políticas públicas y prácticas de atención orientadas a promover la interacción social, la participación, las relaciones de apoyo y la inclusión plena en la vida comunitaria (Cornwell y Waite, 2009). Asumir la existencia de una dependencia socioexistencial obliga a reconocer que buena parte de la vulnerabilidad en la última etapa de la vida no es consecuencia inevitable del deterioro asociado a la senectud, sino el resultado de decisiones sociales, institucionales y políticas concretas.

5.6.2. Implicaciones éticas y políticas: de la asistencia a la habitabilidad de la vida

Debemos empezar a reconocer esta forma de dependencia con vistas a repensar el cuidado desde una ética que asuma que la autonomía y el bienestar en la vejez no son bienes individuales aislados, sino valores sociales que requieren preservación colectiva en términos estructurales. Ello implica también revisar cómo se diseñan los servicios, se generan oportunidades para la interacción social y la ocupación significativa del tiempo, se configuran los barrios y las ciudades y, sobre todo, se valora socialmente la contribución de las personas mayores a la vida comunitaria. Adoptar modelos de atención centrada en la persona y dirigida por la persona, y estrategias sociales y políticas públicas sensibles a la diversidad de trayectorias vitales en la vejez, resulta fundamental para prevenir o mitigar la dependencia. La promoción de la dignidad, la autonomía y la participación social no solo mejora la calidad de vida de las personas mayores, sino que fortalece el tejido social en su conjunto, contribuyendo a sociedades más inclusivas y resilientes.

5.6.3. Intervenciones integrales: más allá de la soledad

En España existen numerosas iniciativas públicas y privadas orientadas a mitigar la soledad involuntaria en las personas mayores (Ros Velasco, 2024), que de manera

indirecta también contribuyen a paliar el aburrimiento y el sentimiento de inutilidad. La evidencia insinúa que el impacto negativo de estas dolencias existenciales sobre el agravamiento y la generación de dependencia físico-cognitiva y socioexistencial solo puede abordarse eficazmente mediante propuestas holistas que las afronten de manera conjunta. Ello implica diseñar oportunidades de ocupación del tiempo que promuevan relaciones significativas y permitan a todos sentirse generadores de valor (Peters et al., 2021), así como garantizar su cooperación en los procesos de creación, ejecución y evaluación de estas iniciativas. A pesar de los avances, persiste un amplio margen de mejora tanto en la acción como en la sensibilización y detección temprana de las dependencias socioexistenciales.

5.6.4. Investigación, detección y tecnología: retos pendientes

Nos queda, como sociedad, un largo recorrido en la transferencia del conocimiento sobre la dependencia socioexistencial y sus múltiples manifestaciones con vistas a aumentar la concienciación social, evitando las visiones estigmatizantes. En una etapa previa, resulta imprescindible invertir de manera decidida en la investigación, dado que siguen siendo escasos los estudios cuantitativos que emplean escalas validadas para medir la soledad, como la UCLA Loneliness Scale (Russell, 1996), la escala de De Jong Gierveld y Van Tilburg (2006) o la SESLA (Di Tomasso y Spinner, 1993; SoledadES, 2023b). El proyecto PRE-BORED ha constituido un hito al ser el primero en aprovechar escalas específicas de medición del aburrimiento —como la *Boredom Proneness Scale* (Farmer y Sundberg, 1986) o la *Multidimensional State Boredom Scale* (Fahlman et al., 2013)— en la población mayor dependiente. En contraste, la medición del sentimiento de inutilidad continúa siendo marginal al no existir aún herramientas de cuantificación concretas, lo que nos obliga a recurrir a otros indicadores indirectos, como serían el propósito vital o la autoeficacia (Ryff, 1989; Steger et al., 2006).

Al margen de la investigación y la transferencia, resulta necesario formar tanto a la ciudadanía como a los profesionales en la detección de estas plagas existenciales, así como habilitar canales efectivos de comunicación con asociaciones, entidades y administraciones que dispongan de planes de intervención ante las mismas. En este contexto, el refuerzo de los servicios de atención a la salud mental para las personas que sufren dependencia socioexistencial es de una prioridad ineludible (Marsillas y del Barrio, 2022).

En último término, la tecnología está emergiendo como una aliada clave en la lucha contra estas formas de dependencia (Quan-Haase et al., 2018), siempre que vaya acompañada de programas de alfabetización y capacitación digital. Por ejemplo, las plataformas para realizar videollamadas, las redes sociales o las aplicaciones de participación comunitaria amplían las oportunidades de interacción y estimulan la implicación social, reduciendo las barreras relacionales siempre que se integren adecuadamente en los espacios de cuidado.

5.6.5. La dependencia socioexistencial como categoría propia

La realidad demuestra que la dependencia socioexistencial no es un epifenómeno menor ni una consecuencia inevitable de la senectud o de la dependencia físico-cogni-

tiva, sino una forma específica de vulnerabilidad producida, intensificada y, a menudo, normalizada por los entornos sociales e institucionales de cuidado. La soledad no deseada, el aburrimiento crónico y el sentimiento de inutilidad, además de agravar limitaciones funcionales o anticipar procesos de deterioro, configuran experiencias persistentes de pérdida de agencia, de significado y de control sobre la propia vida que justifican plenamente hablar de una forma de dependencia en sí misma. Examinarlas como tales implica desplazar el foco desde el cuerpo hacia la vida vivida, desde la eficiencia hacia la dignidad y desde la mera asistencia hacia un cuidado ético que no desposea, sino que sostenga definitivamente la autonomía moral, relacional y existencial de los mayores. Solo desde este ensanchamiento conceptual será posible diseñar políticas, instituciones y prácticas de cuidado que no se limiten a prolongar la vida, sino que la hagan verdaderamente habitable⁵.

Bibliografía

AMEZCUA, M., y ABAD GONZÁLEZ, A. (2020). La soledad de los mayores durante la pandemia por COVID-19 como manifestación de la discriminación por edad. *Ética de los Cuidados*, 13, e33001i. <http://ciberindex.com/c/et/e33001i>

BARGDILL, R. W. (2000). *The study of life boredom. Journal of Phenomenological Psychology*, 31(2), 188–219. <https://doi.org/10.1163/15691620051090979>

BEAUCHAMP, T. L., y CHILDRESS, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.

BENCH, S. W., y LENCH, H. C. (2019). On the function of boredom. *Behavioral Sciences*, 9(4), 45. <https://doi.org/10.3390/bs3030459>

BRITTON, A., y SHIPLEY, M. J. (2010). Bored to death? *International Journal of Epidemiology*, 39(2), 370–371. <https://doi.org/10.1093/ije/dyp404>

BROOKER, D., y LATHAM, I. (2016). *Person-centred dementia care: Making services better with the VIPS framework*. Jessica Kingsley Publishers.

BUETTNER, L. L. (1998). The effect of therapeutic recreation on agitation and behavior in persons with dementia. *Activities, Adaptation & Aging*, 22(3), 39–52. https://doi.org/10.1300/J016v22n03_03

BUTLER, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243

CACIOPPO, J. T., HUGHES, M. E., WAITE, L. J., HAWKLEY, L. C., y THISTED, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>

⁵ Este trabajo ha sido elaborado en el marco del contrato Ramón y Cajal RYC2024-048855-I del Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España para el desarrollo del proyecto “PRE-BORED II: Well-being and intervention of boredom, loneliness and helplessness in Spanish nursing homes”.

COHEN-MANSFIELD, J., DAKHEEL-ALI, M., MARX, M. S., THEIN, K., y REGIER, N. G. (2015). Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? *Psychiatry Research*, 228(1), 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.043>

COHEN-MANSFIELD, J., y GOLANDER, H. (2012). Analysis of caregiver perceptions of “hallucinations” in people with dementia in institutional settings. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 27(4), 243–249. <https://doi.org/10.1177/1533317512446475>

COHEN-MANSFIELD, J., GOLANDER, H., BEN-ISRAEL, J., y GARFINKEL, D. (2011). The meanings of delusions in dementia: A preliminary study. *Psychiatry Research*, 189(1), 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.022>

COHEN-MANSFIELD, J., y JENSEN, B. (2018). Attendance in recreational groups for persons with dementia: The impact of stimulus and environmental factors. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(7), 471–478. <https://doi.org/10.1177/1533317518788158>

COHEN-MANSFIELD, J., MARX, M. S., y WERNER, P. (1992). Observational data on time use and behavior problems in the nursing home. *Journal of Applied Gerontology*, 11(1), 111–121. <https://doi.org/10.1177/073346489201100109>

CONSEJO DE EUROPA. (1998). Recomendación R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680595212>

CORNWELL, E. Y., y WAITE, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31–48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>

DE JONG GIERVELD, J., y VAN TILBURG, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28(5), 582–598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>

DI TOMASSO, E., y SPINNER, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127–134. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90182-3](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90182-3)

DONOVAN, N. J., WU, Q., RENTZ, D. M., SPERLING, R. A., MARSHALL, G. A., GLYMOUR, M. M., y GRODSTEIN, F. (2016). Loneliness, depression, and cognitive function in older U.S. adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 564–573. <https://doi.org/10.1002/gps.4495>

EASTWOOD, J. D., FRISCHEN, A., FENSKE, M. J., y SMILEK, D. (2012). The unengaged mind: Defining boredom in terms of attention. *Perspectives on Psychological Science*, 7(5), 482–495. <https://doi.org/10.1177/1745691612456044>

ESPAÑA. (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, 44142–44169. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>

ESTROFF, H. (2003, 1 Julio). The dangers of loneliness. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/articles/200307/the-dangers-loneliness>

FAHLMAN, S. A., MERCER-LYNN, K. B., FLORA, D. B., y EASTWOOD, J. D. (2013). Development and validation of the Multidimensional State Boredom Scale. *Assessment*, 20(1), 68–85. <https://doi.org/10.1177/1073191111421303>

FARMER, R., y SUNDBERG, N. D. (1986). Boredom proneness: The development and correlates of a new scale. *Journal of Personality Assessment*, 50(1), 4–17. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5001_2

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

HOLT-LUNSTAD, J., SMITH, T. B., BAKER, M., HARRIS, T., y STEPHENSON, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO). (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO.

LEE, J. H., SUTIN, A. R., HAJEK, A., KARAKOSE, S., ASCHWANDEN, D., O'SÚILLEABHÁIN, P. S., STEPHAN, Y., TERRACCIAO, A., y LUCHETTI, M. (2025). Loneliness and cognition in older adults: A meta-analysis of harmonized studies from multiple countries. *Psychological Medicine*, 55, e58. <https://doi.org/10.1017/S003329172500011X>

LEVY, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>

LEVY, B. R., HAUSDORFF, J. M., HENCKE, R., y WEI, J. Y. (2002). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *The Journals of Gerontology: Series B*, 57(4), 205–213. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.4.P205>

LUCHETTI, M., ASCHWANDEN, D., SESKER, A. A., ZHU, X., O'SÚILLEABHÁIN, P. S., STEPHAN, Y., TERRACCIAO, A., y SUTIN, A. R. (2024). A meta-analysis of loneliness and risk of dementia using longitudinal data from >600,000 individuals. *Nature Mental Health*, 2(11), 1350–1361. <https://doi.org/10.1038/s44220-024-00328-9>

MARSILLAS, S., y DEL BARRIO, E. (2022). *Soledad: Guía para la acción*. Matia Instituto: Matia Fundazioa.

MINAYO, M. C. S., TEIXEIRA, S. M. O., y MARTINS, J. C. O. (2016). Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(1), 36–45. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160005>

OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT OF 1987, PUB. L. No. 100-203, § 4306, 42 U.S.C. § 1395i-3 & § 1396r (1987).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud* (CIF). Grafo.

PERISSINOTTO, C. M., STIJACIC CENZER, I., y COVINSKY, K. E. (2012). Loneliness in older persons: A predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine*, 172(14), 1078–1083. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1993>

PERLMAN, D., y PEPLAU, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In S. Duck y R. GILMOUR (Eds.), *Personal relationships 3: Personal relationships in disorder* (pp. 31–56). Academic Press.

PETERS, R., EE, N., WARD, S. A., KENNING, G., RADFORD, K., GOLDWATER, M., DODGE, H. H., LEWIS, E., XU, Y., KUDRNA, G., HAMILTON, M., y LAUTENSCHLAGER, N. T. (2021). Intergenerational programmes bringing together community dwelling non-familial older adults and children: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 94, 104356. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104356>

PINQUART, M., y SÖRENSEN, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187–224. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>

QUAN-HAASE, A., WILLIAMS, C., KICEVSKI, M., ELUEZE, I., y WELLMAN, B. (2018). Dividing the Grey Divide: Deconstructing myths about older adults' online activities, skills, and attitudes. *American Behavioral Scientist*, 62(9), 1207–1228. <https://doi.org/10.1177/0002764218777572>

ROBERTSON, D. A., KING-KALLIMANIS, B. L., y KENNY, R. A. (2016). Negative perceptions of aging predict longitudinal decline in cognitive function. *Psychology and Aging*, 31(1), 71–81. <https://doi.org/10.1037/pag0000061>

ROS VELASCO, J. (2021a). Aburrimiento en cuidadoras de mayores certificadas e irregulares. *Revista Internacional Bonus Iuris*, 2, 108–122.

ROS VELASCO, J. (2021b). Boredom in informal and certified caregivers. *Journal of Geriatric Care and Research*, 8(2), 50–55.

ROS VELASCO, J. (2021c). The experience of boredom in older adults: A systematic review. *Health, Aging y End of Life*, 6(1), 11–43.

ROS VELASCO, J. (2021–2024). Resultados inéditos del proyecto PRE-BORED: Well-being and prevention of boredom in Spanish nursing homes (datos no publicados). <https://josefarosvelasco.com>

ROS VELASCO, J. (2024). *La soledad no deseada en adultos mayores*. Instituto Santalucía.

ROS VELASCO, J. (2026). *The disease of boredom*. Princeton University Press.

RUEDA, J. D. (2020). *La soledad en las personas mayores en España: Una realidad invisible*. Fundación Caser.

RUSSELL, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2

RYFF, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

SAN MARTÍN BAQUEDANO, J., y JIMÉNEZ MARTÍN, E. (2021). *La soledad en las personas mayores que viven solas*. Cruz Roja Española.

SHAKESPEARE, T. (2014). *Disability rights and wrongs revisited*. Routledge.

SOLEDADES. (2022). *Estudio sobre la percepción de la soledad no deseada*. <https://www.soledades.es/estudios/informe-de-percepcion-social-de-la-soledad-no-deseada>

SOLEDADES. (2023a). *El coste de la soledad no deseada en España*. <https://www.soledades.es/estudios/el-coste-de-la-soledad-no-deseada-en-espana>

SOLEDADES. (2023b). *Cómo medir la soledad no deseada*. <https://www.soledades.es/actualidad/como-medir-la-soledad-no-deseada-te-presentamos-las-tres-escalas-mas-utilizadas>

STEGER, M. F., FRAZIER, P., OISHI, S., y KALER, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>

UCHINO, B. N., REDDY, R., TACANA, T., y SMOOT, S. (2025). Biological pathways linking loneliness to physical health. En L. C. HAWKLEY y D. T. C. LAI (eds.). *The handbook of loneliness* (pp. 247–263). Springer.

UNITED STATES SENATE, SPECIAL COMMITTEE ON AGING. (1974). *Nursing home care in the United States: Failure in public policy* (Senate Report No. 93-1420). U.S. Government Printing Office.

VAN ORDEN, K. A., SIMNING, A., CONWELL, Y., HELLER, K., y LYNESS, J. M. (2012). Social connectedness and psychosis risk in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(8), 641–651.

WYLLIE, R. (2001). *Impact of the Eden Alternative on Texas nursing home residents' quality of life: A psychological perspective* (Research Report No. 01–2). Texas Long Term Care Institute.