



ORIGINAL

Viudedad, soledad y salud en la vejez

Juan López Doblás^{a,*} y María del Pilar Díaz Conde^b

^a Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada, Granada, España

^b Departamento de Psicología Social, Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Granada, Granada, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de abril de 2017

Aceptado el 5 de septiembre de 2017

On-line el 14 de febrero de 2018

Palabras clave:

Sentimiento de soledad

Vejez

Viudedad

Salud

Método cualitativo

R E S U M E N

Introducción: Las personas mayores constituyen uno de los grupos de población más vulnerables al sentimiento de soledad, particularmente aquellas que viven en solitario. El presente trabajo tiene por objetivo analizar su incidencia entre ellas, considerando la pérdida de la pareja como principal factor desencadenante.

Material y métodos: Mostramos los resultados de una investigación cualitativa realizada en España que utiliza el grupo de discusión como técnica de recogida de información (8 grupos de discusión, diferenciando por sexo y lugar de residencia) y la *teoría fundamentada* como técnica de análisis.

Resultados: Las personas mayores describen cómo experimentan el sentimiento de soledad tras enviudar. La muerte de la pareja genera un vacío emocional imposible de rellenar y que notan especialmente de noche. Dejando atrás matrimonios duraderos, se encuentran con la soledad tanto residencial como interna, originándose en muchos casos trastornos depresivos. Con respecto a la salud también hemos constatado una sensación de indefensión, pues temen sufrir un accidente o una enfermedad repentina estando solas en casa, así como otra de incertidumbre hacia el futuro, cuando piensan en quién podrá ocuparse de ellas si necesitan ser cuidadas. Ambas contribuyen a activar el sentimiento interno de soledad.

Conclusiones: Nuestros resultados profundizan en la estrecha relación existente entre el sentimiento de soledad, la viudedad y la salud en la vejez, aportando un conocimiento de naturaleza cualitativa que viene a complementar lo que sabíamos de ella mediante encuestas u otras herramientas cuantitativas de investigación social.

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Widowhood, loneliness, and health in old age

A B S T R A C T

Introduction: Elderly people are one of the most vulnerable groups in the population as regards loneliness, especially among those living alone. This paper aims to assess the impact of the feeling of loneliness on the elderly, taking into account that the loss of a spouse is the main reason that triggers this feeling.

Material and methods: Findings are presented from a qualitative study conducted in Spain. Data were gathered using a focus group approach (8 focus groups, differentiated by gender and place of residence). The data were analysed from a *Grounded Theory* perspective.

Results: Elderly people describe how they experience the feeling of loneliness after becoming widowed. The loss of the spouse brings an emotional vacuum that is impossible to be filled, especially at night. After long-lasting marriages, these older people are confronted with loneliness, both in the home and internally, which very often triggers depressive disorders. As regards health, 2 types of feelings were observed. On the one hand, there is helplessness for fear of accidents or unexpected illnesses when alone at home. On the other hand, they feel uncertainty about the future, as they wonder who will look after them in case of need. Both feelings contribute to activate loneliness.

Keywords:

Loneliness

Old age

Widowhood

Health

Qualitative method

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jdoblas@ugr.es (J. López Doblás).

Conclusions: Our findings add to the available knowledge about the close relationship between loneliness, widowhood, and health in old age, and provide qualitative knowledge to supplement what we already know about that relationship through surveys and other quantitative techniques used in social research.

© 2017 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Siguiendo a Perlman y Peplau¹, el sentimiento de soledad es una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de las personas es deficiente en algún aspecto importante, cuantitativa o cualitativamente. Según De Jong Gierveld², los individuos sufren la soledad al percibir déficits en determinadas relaciones, por ejemplo, cuando su número resulta más escaso del que consideran como deseable o cuando no aportan la intimidad que necesitan. Ambas definiciones, aunque clásicas, continúan siendo aceptadas y frecuentemente empleadas por la literatura internacional. Conviene recalcar el carácter subjetivo y negativo de este sentimiento, resultado de una evaluación cognitiva que hacen las personas con discrepancias entre las relaciones sociales que quisieran tener y las que realmente poseen³.

El sentimiento de soledad, aunque puede afectar a las personas en cualquier etapa de su curso vital, tiene una incidencia especialmente elevada entre las menores de 25 años y las mayores de 65^{4,5}. En el caso de estas últimas, existe una abundante bibliografía internacional sobre las causas que lo determinan. Sus hallazgos señalan 2 factores de riesgo fundamentales: la defunción de la pareja y el deterioro de la salud. Las personas de edad avanzada se encuentran particularmente expuestas a ambos eventos, que suelen acarrear una enorme transformación en sus relaciones sociales, haciéndolas más vulnerables a la soledad.

Todas las investigaciones que han vinculado el sentimiento de soledad con el estado civil de las personas mayores concluyen que su alcance se da principalmente entre aquellas que no están casadas. Se ha constatado el efecto protector del matrimonio contra la soledad, sobre todo cuando existe una elevada calidad relacional^{6,7}. Dicho sentimiento suele tocar a las personas más profundamente en el tránsito de la vida matrimonial a la viudedad, como han demostrado varios estudios longitudinales^{8–10}. No obstante, su prevalencia tiende a disminuir conforme la persona logra adaptarse a la viudedad^{11,12}.

Otro factor que ha sido ligado a menudo con el sentimiento de soledad es el hecho de residir en un hogar unipersonal: las personas mayores que viven solas registran niveles de soledad superiores que las que poseen otras formas de convivencia^{4,13,14}. Ello ha sido apreciado, sobre todo, en los varones^{15,16}. Que vivir en solitario causa una mayor incidencia del sentimiento de soledad ha sido constatado, asimismo, en diversos estudios realizados en España^{17–19}.

La soledad también ha solido asociarse con la salud: las discapacidades físicas y las enfermedades mentales son desencadenantes del sentimiento entre las personas mayores^{14,20,21}, sobre todo si viven solas²². Salud y soledad están negativamente asociadas, pero hay investigaciones que conciben la relación en sentido inverso: la soledad como factor de riesgo para que la salud empeore^{18,23}. Diversos trabajos han abordado la influencia específica de la depresión, identificándola como predictora del sentimiento de soledad^{24,25}. Dicha relación se ha constatado, asimismo, en la otra dirección: mayores niveles de soledad generan más síntomas depresivos entre las personas mayores²⁶. Cacioppo et al.²⁷ hallan un efecto sinérgico entre ambos.

La literatura internacional ofrece otra conclusión muy interesante: el sentimiento de soledad es más elevado en los países mediterráneos que en los nórdicos. Según Sundström et al.²², afirman padecerlo más las personas mayores de Grecia, Italia o España que las de Suecia, Dinamarca o Alemania, aunque estos últimos

países registren tasas superiores de habitantes en hogares unipersonales. Décadas antes, Jylhä y Jokela²⁸ habían revelado que el sentimiento de soledad era más frecuente en regiones donde vivir en solitario constituía un fenómeno raro y existían fuertes lazos comunitarios que en otras donde la cultura del individualismo estaba más extendida. Creer lo contrario supone uno de los mitos que persisten acerca del sentimiento de soledad²⁹. Lo cierto es que su prevalencia es mayor en España que en Holanda¹⁷, Suecia¹⁹ y otros muchos países del centro y el norte de Europa³⁰.

La revisión teórica efectuada pone de relieve 4 aspectos clave en el análisis del sentimiento de soledad: primero, que guarda una relación bastante estrecha con la viudedad; segundo, su incidencia especialmente alta en el caso de que las personas mayores vivan en solitario; tercero, su vinculación con la salud; y por último, que en España tiene una prevalencia elevada. Todos estos hallazgos han sido obtenidos fundamentalmente por estudios que han empleado una metodología cuantitativa, en concreto escalas o encuestas orientadas a medir la frecuencia del sentimiento de soledad. Sin embargo, disponemos de un conocimiento muy limitado acerca de cómo es descrito, subjetivamente, por parte de aquellas personas mayores que la sufren.

Material y métodos

Nuestro trabajo pretende rellenar tal vacío de información, mostrando los resultados de una investigación cualitativa* hecha en España con personas mayores que viven solas, en su gran mayoría, viudas. Su objetivo es indagar sobre el modo en que dichos actores sociales llegan a experimentar el sentimiento de soledad. En el plano metodológico, utilizamos el grupo de discusión como técnica de recogida de información y la *teoría fundamentada* como técnica de análisis:¹

- a) El grupo de discusión es una herramienta muy apropiada para conocer el sentido que las personas otorgan a sus circunstancias vitales en general o a problemáticas que pudieran afectarles, como por ejemplo, la soledad. La aplicamos dentro de una investigación diseñada en abierto³¹, otorgando a los participantes el protagonismo para producir discursos sociales de manera libre y espontánea. Hicimos un muestreo estructural, con varios criterios de inclusión en los grupos: el sexo, diferenciando las experiencias de varones y mujeres; el hábitat, distinguiendo entre habitantes de contextos rurales y urbanos; y el hecho de que residieran en 2 regiones diferentes. El resultado fueron 8 grupos de discusión (tabla 1), con participación de personas mayores seleccionadas por profesionales de clubs de jubilados.
- b) En el análisis utilizamos la *teoría fundamentada*³², una estrategia inductiva que consiste en la formulación de propuestas teóricas a partir de los datos recogidos en el trabajo de campo y que es particularmente adecuada al investigar con grupos de discusión³³. Cuando dispusimos de las transcripciones, efectuamos una *codificación abierta*: revisamos los textos para vincular aquellos fragmentos de contenido similar y descubrir categorías relevantes. Posteriormente, los agrupamos según la temática que trataban. De la abundante información obtenida sobre el

¹ Investigación financiada en 2009 por el IMSERSO.

Tabla 1
Descripción de los grupos de discusión

	Varones		Mujeres	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano
Asturias	GR1 (Moreda) 9 participantes (7 viudos) Edad: 74-92 años Duración: 78 min	GR2 (Gijón) 8 participantes (6 viudos) Edad: 70-95 años Duración: 111 min	GR3 (Coaña) 6 participantes (todas viudas) Edad: 70-85 años Duración: 108 min	GR4 (Oviedo) 10 participantes (todas viudas) Edad: 66-83 años Duración: 101 min
Andalucía	GR5 (Nerva) 8 participantes (6 viudos) Edad: 66-83 años Duración: 105 min	GR6 (Almería) 6 participantes (4 viudos) Edad: 69-84 años Duración: 78 min	GR7 (Ronda) 11 participantes (10 viudas) Edad: 63-83 años Duración: 126 min	GR8 (Sevilla) 10 participantes (6 viudas) Edad: 68-81 años Duración: 95 min

sentimiento de soledad, seleccionamos aquella que más relación guardaba con 2 factores frecuentemente asociados con él: la viudedad y la salud. Maduramos el análisis durante meses, precisando el sentido de las categorías y relacionándolas entre sí hasta lograr la necesaria saturación teórica³⁴. La categoría central del análisis ofrece una interpretación del sentimiento de soledad como una experiencia intensa al enviudar en la vejez, y bastante vinculada con la salud.

En la presentación de resultados, iremos acompañando nuestra interpretación de los discursos con algunos testimonios de los participantes en los grupos que resultan especialmente significativos sobre cómo sienten y describen la soledad.

Resultados

Enviudar en la vejez, tras un período de relación matrimonial que por regla general abarca varias décadas, genera a las personas grandes consecuencias en todos los órdenes de la vida. Junto al dolor que provoca la muerte del cónyuge, tienen que afrontar cambios sustanciales en las esferas básicas de su existencia. Algunos van sucediendo poco a poco y, para asimilarlos, cuentan con la ayuda de familiares, amigos o vecinos; pero otros sobreviven de inmediato y exigen a las personas mayores una tremenda fortaleza interior. El reto más importante es enfrentarse a la soledad, probablemente por primera vez en sus vidas:

¿Qué es lo peor que tiene vivir solo?

Lo peor que tiene es que has perdido a tu mujer. Es lo peor.

Lo peor es la soledad, exactamente.

Lo peor de vivir solo.

¡La soledad, la soledad! Una persona que piensa, pues... tú estás en tu casa y dices: «bueno, pero por qué no tengo yo una persona enfrente de mí, para poderle hablar, o aconsejarme» (GR5: 36-37).

Dado el retroceso que está registrando la convivencia intergeneracional en España, cada vez hay más personas mayores que pasan de vivir exclusivamente con la pareja a hacerlo en solitario, ocupando ya como viudas la misma vivienda que tenían de casadas. Se mantienen en el hogar donde constituyeron su familia y criaron a sus hijos, en efecto, aunque teniendo que adaptar a unas circunstancias muy duras. En el transcurso de dicho proceso, aseguran los actores sociales, resulta complicado asimilar la falta del cónyuge:

Yo entro a mi casa, abro la puerta y lo primero que hago es... miro su sitio. Si subo... en el curso de subir las escaleras pienso muchas veces, inconscientemente: «ya viene mi marido».

Claro.

Claro.

...

Yo he estado asomándome a la ventana cuando él venía del trabajo todas las tardes asomándome, a ver si lo veía asomar en el coche... ¿Después de...?

Después, después, después, después.

... Después. Y poco tiempo no: muchísimo tiempo estuve. Y venga fijarme.

¡Y yo! Y cuando abren la puerta de la calle, que digo: «ay, esa es la forma que mi marido tiene de abrir la puerta». O sea, que a mí eso no se me quita nunca ya en la vida (GR7: 24-25).

De su etapa de casadas las personas mayores suelen guardar un grato recuerdo. Muchas incluso idealizan la figura del cónyuge, recalando sus virtudes e ignorando sus defectos, posiblemente porque fue con quien establecieron la única relación de convivencia que han tenido en la vida. Matrimonios de «uña y carne», como llegan a calificarse, que no parecen haberse quebrado del todo con la viudez. La pérdida del cónyuge deja un hueco que les resulta imposible de rellenar, un «vacío que siempre está»:

Además, según los matrimonios. Los nuestros, y yo hablo por todas, éramos uña y carne, señor. Íbamos juntos al mercado, íbamos juntos a los recados, íbamos a... Entonces, falta aquello y... ese vacío siempre está.

Yo la verdad es que... eso de que ellos se salen todas las noche al bar y... pero ya nunca te encontrarás con él por la noche, nunca jamás.

¿Y los hijos, los hermanos, la familia, no llenan ese hueco?

No.

No, que va, ese hueco no lo llena nadie.

No, no, no.

No.

Esa caricia... Que la hija venga y te acaricie y todo eso, no (GR3: 24-25).

Muy ligada a ese vacío conyugal, la soledad es descrita como un sentimiento cuya aparición resulta prácticamente inevitable en determinados momentos: sobre todo durante la noche, desde que regresan a casa sin que exista nadie en su interior. Es entonces, aseguran los actores sociales, cuando más añoran la compañía y el apoyo que proporcionaba la pareja, cuando más les invade la tristeza y los pensamientos negativos. La madrugada también suele ser un momento en que se tiende a experimentar el sentimiento de soledad, máxime si se padecen trastornos del sueño:

Y eso de la soledad, ¿cómo la explicarían ustedes?

Si es que no tiene... Si es que la palabra lo dice, soledad. Si es que no tiene explicación, yo no le encuentro explicación, nada más que sentimiento, recuerdos, quieres dormirte, no puedes.

¿Tiene usted problemas para dormir?

Sí, sí. Yo me levanto tarde porque suelo quedarme durmiendo a las 4 o a las 5 de la mañana. Y venga dar vueltas y fumar, y fumar y fumar. Y fumar, que de noche fumo más que de día, porque estoy a cada momento despierto. Y ya a lo mejor a las 4 o a las 5 de la mañana me quedo vencido (GR6: 12).

Por otro lado, hemos hallado evidencia de que la viudez puede desencadenar serios problemas de salud mental, particularmente la depresión. En nuestra investigación, algunas personas mayores confiesan haberla sufrido cuando falleció su cónyuge, en el marco de la soledad emocional y el aislamiento social resultantes, pero

haberse recuperado ya. Otras, en cambio, no consiguen superarla con el paso del tiempo, ni siquiera recibiendo tratamiento médico: en estos casos soledad y depresión parecen retroalimentarse, generando un efecto sinérgico entre ambas que resulta muy difícil de combatir:

Es que a mí me extraña, que yo fui una persona que nunca me vine abajo ante nada. Y yo me enfado conmigo mismo, porque no soy capaz de salir del hoyo. Y digo: «hoy salgo eufórico, de casa, y digo se terminó». . . Y a la media hora te vuelves. . . ¿a dónde vas?

Claro.

Es depresión, yo tuve depresión.

No, yo la tuve y la tengo también. . .

Yo la tengo también.

. . . A mí me pasó lo que a él.

Y no soy capaz, no soy capaz. El psicólogo me dice: «mira, no tengo nada que hacer contigo». Me estuve medicando y peor; me atontaba, porque dije yo: «oiga, méqueme usted y deme una cosa para que no me atonte y no pierda lucidez», porque, oye, si te atontan entonces ya no eres tú. Entonces dejamos la medicación. Pero no hay manera, no soy capaz. Yo me enfado conmigo mismo y eso es lo que. . .

Eso no le beneficia.

Pero bueno. . . Sí, pero. . . si yo no me. . . pero no lo puedo remediar (GR2: 17).

Los discursos también ponen de manifiesto que vivir en solitario refuerza el vínculo existente entre salud y sentimiento de soledad. Como plantean las viudas rurales andaluzas, estando enfermas quizás no haya un modo de vida más desagradable que el suyo, ni que active tanto el sentimiento de soledad. Por enfermas se refieren tanto a sufrir un problema que limite su desenvolvimiento autónomo como a los pequeños contratiempos que suelen aparecer en la vida cotidiana, como un resfriado o una mala digestión. O cuando la salud subjetiva decae, o tienen un estado de ánimo bajo por cualquier razón:

¿Se sienten solas?

Cuando se pone una mala.

Yo sí me siento sola de vez en cuando.

Yo no, yo no me he sentido nunca sola.

Yo sí. Sí, muchas veces.

¿Y cuándo se sienten solas?

Pues cuando estoy en mi casa, por ejemplo un día. . . Yo tengo artrosis degenerativa, yo tengo la columna muy mal y no puedo yo coger la fregona ni la aspiradora ni nada. Pues yo he sido muy trabajadora, pues me da mucha pena, me encuentro sola, ese día no salgo. A lo mejor mis hermanas ese día creen que yo estoy bien, no me han llamado por ejemplo, y ese día no abro ni la puerta del piso. Entonces llega la noche, me acuerdo mucho de mi marido, de. . . pienso en todas las cosas, y me hartó de llorar y me siento muy sola (GR7: 70-71).

Tales circunstancias motivan que las personas mayores tomen conciencia de que no cuentan con nadie en casa para ayudarlas materialmente y apoyarlas en el ánimo. En su día a día suele predominar el autocuidado en la salud, y no porque se vean desatendidas por los familiares, sino porque son ellas mismas quienes prefieren no molestarlos en lo posible. Es decir, no demandan la ayuda familiar cuando los males son aparentemente leves: a los parientes recurrirían si sufrieran problemas de salud de una gravedad manifiesta, pero evitan hacerlo mientras puedan cuidarse por sí mismas. Pero el autocuidado como norma puede activar el sentimiento de soledad:

¿Y a mí quién me cuida?, porque a mí no me cuida nadie. Yo voy a las urgencias. . . yo me pongo mala por la noche y voy a las urgencias sola. . .

Y yo también.

. . . Porque mis hijos uno vive en Mairena del Alcor, otro vive. . . está en Chiclana, el otro vive en Marchena. Y yo, a mí me sube la tensión y eso es cosa de urgente, no es cosa de llamar a un hijo para que venga a llevarme. Entonces yo voy sola. . .

Yo voy también sola.

. . . Y eso infinidad de veces.

Y después que dice una, que tienen que ir para allá de noche y la carretera les pasa algo y han venido para. . .

. . . Algunas veces al enfermero de urgencias le digo: «por favor, me asoma usted ahí un poquito. . .», y el mismo enfermero me acompaña hasta la esquina (GR8: 24).

Vivir en solitario conlleva otro importante hándicap relacionado con la salud: el riesgo de padecer un accidente doméstico o enfermedad repentina sin que haya nadie en la vivienda para socorrerles rápidamente. ¿Qué pasaría entonces, si no estuvieran en condiciones de llegar al teléfono para poder avisar a alguien?, se preguntan los actores sociales. Saberse expuestos a ello genera una sensación de inseguridad y una actitud de resignación, sobre todo de noche, que nutren el sentimiento de soledad. Un temor planea como trasfondo: que la muerte les sorprenda en la soledad más absoluta. Lo encontramos tanto en el discurso masculino:

Tengo un hijo, aquí, que vive aquí, y la nuera. Luego tengo una hija, la hija que tengo está en Luxemburgo, trabajando en el Mercado Común Europeo.

Si se pone malo tendrá que venir el hijo a ayudarlo.

Je, je, bueno. ¿Qué sé yo? Si puedo llamar por teléfono llamo, y si no, «¡ya murió!».

Ah, bueno. Eso es lo malo, que si estás solo y. . .

Hay vecinos por allí cerca, pero bueno, si no a los 4 o 5 días de morir, «confirmase el muerto».

Je, je, je.

Si está todo cerrado (GR1: 20).

... como en el femenino. En síntesis, las personas mayores viudas tienden a sentirse solas al añorar la protección conyugal que tuvieron y contrastarla con su situación actual de vida en solitario, autocuidado y relativa indefensión respecto a la salud. Pero también pueden notar la soledad si piensan en el futuro con la incertidumbre de no saber quién podrá ocuparse de ellas si enferman y necesitan cuidados. Siendo conscientes de los profundos cambios que está registrando la sociedad española (inserción laboral de la mujer, mayor movilidad residencial, nuevos estilos de vida, etc.), muchas creen poco probable que la familia esté disponible para suministrarles la ayuda que quizás precisen algún día. Dicha incertidumbre activa el sentimiento de soledad:

Yo lo peor son las noches que. . .

Lo peor será cuando no te valgas.

¡Eso es!

Sí, sí.

. . . Que te despiertas pensando. . . tonterías, pero bueno. Cosas que pasaron, cosas que podrán pasar y. . .

Yo la noche que pienso me tomo un Lexatin y a dormir, y no me preocupa nada, no debo nada a nadie y vivo con lo que tengo.

¿Pero pensar qué?

Bueno, pues pienso mucho en qué será de mí de ahora en adelante, el día en que me encuentre enferma, si me llevarán a una residencia, si me cuidarán en casa, si me dará un infarto y me moriré allí y no se enterarán hasta después de 8 días. . . (GR4: 13-14).

Discusión

Este estudio realiza 2 contribuciones principales en el análisis del sentimiento de soledad en la vejez. Por un lado, abunda en lo que muchos trabajos internacionales han encontrado: que la viudez tiende a desencadenarlo⁸⁻¹⁰ y que lo experimentan sobre todo quienes habitan en hogares unipersonales¹³⁻¹⁵. Sin embargo, lo hace utilizando una metodología cualitativa, lo cual representa una aportación novedosa porque hasta ahora la inmensa mayoría de las investigaciones realizadas han sido cuantitativas. Hemos recogido información sobre cómo describen la incidencia del sentimiento de soledad las personas mayores viudas que viven solas. Y lo vinculan con el vacío conyugal que admiten notar a menudo, especialmente dentro de casa: como detallan los actores sociales, en tales circunstancias llegan a sufrir la soledad de manera casi inevitable, máxime en la noche, pues es cuando más echan en falta a la pareja. La soledad afecta sobremanera a quienes enviudan tras varias décadas de matrimonio, pasando de una situación familiar de *nido vacío* a vivir en solitario prácticamente de inmediato y sin haberlo hecho nunca antes, ocupando además la misma vivienda que de casadas.

Por otro lado, nuestros resultados ayudan a comprender mejor la relación existente entre la salud y el sentimiento de soledad, recogida también en muchos estudios cuantitativos^{14,18,20}. Añadimos a su conocimiento testimonios personales, libremente expresados, que, por ejemplo, incluyen la depresión como un problema de aparición común en un contexto de viudez reciente: en algunos casos puede darse un efecto sinérgico entre la depresión y la soledad, como plantean otros autores²⁷. Pero en la relación entre salud y soledad, más que el estado civil, lo determinante es el modo de vida de las personas mayores. El hecho de que ocupen hogares unipersonales, residiendo por separado de la familia, motiva el autocuidado cuando surgen o se padecen problemas de salud de escasa gravedad: tal práctica como norma cotidiana genera en muchas el sentimiento de soledad.

También llegan a experimentarlo ligado a la resignación que declaran ante una situación muy temida: enfermar repentinamente o padecer un accidente estando solas en casa, sin quedar en condiciones de poder avisar a nadie de su estado. Hemos constatado, asimismo, que vivir en solitario hace que muchas personas mayores miren al futuro con enorme preocupación, pues no tienen claro quién podrá suministrarles los cuidados que quizás precisen: si no poseen hijos, si aun teniéndolos todos viven lejos, si están trabajando... Diversos factores ponen en entredicho que la familia pueda atenderles como ellas querrían, de modo que surge una incertidumbre capaz de activar el sentimiento de soledad. Hemos descubierto estos riesgos para su aparición interpretando el discurso de los actores sociales, atendiendo a cómo describen su incidencia. Representa otra importante contribución de nuestro estudio dado que, hasta ahora, apenas han sido tratados por la literatura internacional.

Nuestro trabajo, en suma, añade al conocimiento que ya existe sobre el sentimiento de soledad en la vejez el punto de vista de quienes lo experimentan. El análisis de esa información también nos permite entender mejor por qué registra una incidencia superior en España que en los países del centro y el norte de Europa, como reiteran los estudios cuantitativos^{17,22,30}: los cambios sociales, aunque tardíos en su inicio, están desarrollándose aquí muy rápidamente, en particular la disminución de la convivencia intergeneracional y el auge de la inserción laboral de las mujeres, con la consiguiente dificultad que encuentran para ejercer el rol de cuidadoras en la medida en que solían hacerlo tradicionalmente. Todo ello genera una inquietud entre las personas mayores, especialmente si están viudas y viven en solitario, que quizás no sufran tanto las que habitan en países con otra situación socioeconómica y unos valores culturales diferentes. Sería conveniente realizar estudios cualitativos en esos países para corroborarlo, y también en

España, donde participaran personas mayores con distinto estado civil y forma de convivencia que las analizadas en nuestro trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. En: Duck S, Gilmour R, editores. *Personal relationships in disorder*. London: Academic Press; 1981. p. 31-56.
2. De Jong Gierveld J. Developing and testing a model of loneliness. *J Pers Soc Psychol*. 1987;53:119-28.
3. De Jong Gierveld J, Keating N, Fast JE. Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Can J Aging*. 2015;34:125-36.
4. Victor C, Yang K. The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *J Psychol*. 2012;146:85-104.
5. Nicolaisen M, Thorsen K. Who are lonely? Loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness. *Int J Aging Hum Dev*. 2014;78:229-57.
6. De Jong Gierveld J, Broese van Groenou MI, Hoogendoorn AW, Smit JH. Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64:497-506.
7. Stevens N, Westerhof GJ. Marriage, social integration, and loneliness in the second half of life. A comparison of Dutch and German men and women. *Res Aging*. 2006;28:713-29.
8. Victor C, Bowling A. A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *J Psychol*. 2012;146:313-31.
9. Aartsen M, Jylhä M. Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *Eur J Ageing*. 2011;8:31-8.
10. Dykstra PA, van Tilburg TG, de Jong Gierveld J. Changes in older adult loneliness. *Res Aging*. 2005;27:725-47.
11. Van Baarsen B. Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social isolation loneliness following a partner's death in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002;57:33-42.
12. Utz RL, Swenson KL, Caserta M, Lund D, de Vries B. Feeling lonely versus being alone: Loneliness and social support among recently bereaved persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69:85-94.
13. De Jong Gierveld J, Dykstra PA, Schenk N. Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Western Europe. *Demogr Res*. 2012;27:167-200.
14. Savikko N, Routasalo PE, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in and aged population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005;41:223-33.
15. Greenfield EA, Russell D. Identifying living arrangements that heighten risk for loneliness in later life: Evidence from the U. S. National Social Life, Health, and Aging Project. *J Appl Gerontol*. 2011;30:524-34.
16. Scharf T, de Jong Gierveld J. Loneliness in urban neighbourhoods: An Anglo-Dutch comparison. *Eur J Ageing*. 2008;5:103-15.
17. Sánchez Rodríguez M, de Jong Gierveld J, Buz J. Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. *Ageing Soc*. 2014;34:330-54.
18. Losada A, Márquez-González M, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Fernández-Fernández V, Rodríguez-Sánchez E. Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *J Psychol*. 2012;146:277-92.
19. Del Barrio E, Castejón P, Sancho Castiello M, Tortosa MA, Sundstöm G, Malmberg B. La soledad de las personas mayores en España y en Suecia: contexto y cultura. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:189-95.
20. Burholt V, Scharf T. Poor health and loneliness in later life: The role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69:311-24.
21. Warner DF, Kelley-Moore J. The social context of disablement among older adults: Does marital quality matter for loneliness? *J Health Soc Behav*. 2012;53:50-66.
22. Sundström G, Fransson E, Malmberg B, Davey A. Loneliness among older Europeans. *Eur J Ageing*. 2009;6:267-75.
23. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23:1213-21.
24. Prieto-Flores M, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Martínez-Martín P. Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *J Aging Health*. 2011;23:177-94.
25. Routasalo PE, Savikko N, Tilvis R, Strandberg TE, Pitkälä KH. Social contacts and their relationship to loneliness among aged people. A population-based study. *Gerontology*. 2006;52:181-7.
26. Cacioppo JT, Hawkey LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging*. 2010;25:453-63.

27. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite L, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*. 2006;21:140-51.
28. Jylhä M, Jokela J. Individual experiences as cultural – A cross-cultural study on loneliness among the elderly. *Ageing Soc*. 1990;10:295-315.
29. Dykstra PA. Older adult loneliness: Myths and realities. *Eur J Ageing*. 2009;6:91-100.
30. Fokkema T, de Jong Gierveld J, Dykstra PA. Cross-national differences in older adults loneliness. *J Psychol*. 2012;146:201-28.
31. Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI; 2003.
32. Glaser A, Strauss B. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New York: Aldine; 1967.
33. López Doblas J. Herramientas para el trabajo sociológico. En: Iglesias J, Trinidad A, Soriano RM, editores. La sociedad desde la Sociología. Una introducción a la Sociología general. Madrid: Tecnos; 2016. p. 93-121.
34. Charmaz K. Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative research. London: Sage; 2006.