

Recibir cuidados y cuidar: los vínculos que nos protegen de la soledad.
Hacia un modelo de corresponsabilidad social del cuidado frente a las soledades

La elaboración de este contenido se enmarca en la Alianza para el Conocimiento del Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, una red de investigadores y expertos que impulsa la reflexión académica sobre este fenómeno y la transferencia de conocimiento.

Sus autores participan del ecosistema del Observatorio a través del Comité Consultivo y el Grupo de Trabajo de políticas Públicas, contribuyendo al intercambio de conocimiento y experiencias en torno a la prevención y el abordaje de la soledad no deseada.

Este artículo cuenta con el apoyo de la Fundación Pilares para promover la reflexión conjunta y la difusión de conocimiento en ámbitos de interés compartido.

Principales ideas que aborda este artículo

- Los cuidados son una práctica relacional presente a lo largo de toda la vida y resultan fundamentales para el bienestar, la autonomía y el mantenimiento de vínculos significativos.
- Cuidar y recibir cuidados puede proteger frente a la soledad, pero también generar aislamiento cuando existe sobrecarga, desigualdad, falta de reconocimiento o ausencia de apoyos.
- La concentración de los cuidados en una única persona y su distribución desigual entre mujeres y hombres aumentan especialmente el riesgo de soledad de las mujeres cuidadoras.
- La calidad de los cuidados no depende solo de cubrir necesidades básicas, sino también de preservar la autonomía, la participación social, el proyecto de vida y las relaciones significativas.
- Las redes comunitarias, los apoyos públicos de proximidad, el respiro familiar y la corresponsabilidad son factores esenciales para prevenir la sobrecarga y el aislamiento.
- Prevenir la soledad exige avanzar hacia un modelo de cuidados corresponsable, comunitario, accesible y centrado en las personas, que reconozca el cuidado como un derecho, un bien común y una responsabilidad compartida.

Resumen

El ámbito de los cuidados de larga duración y el de la soledad constituyen algunos de los principales desafíos para las políticas de bienestar en sociedades cada vez más envejecidas y con redes familiares y comunitarias en transformación que apenas han sido tratados y estudiados de manera conjunta. Este artículo analiza el cuidado desde una perspectiva amplia, entendido como una práctica relacional que atraviesa todo el ciclo vital y que puede actuar tanto como factor protector frente a la soledad como convertirse en un determinante de aislamiento cuando se ejerce en condiciones de sobrecarga, desigualdad o falta de apoyos.

A partir de una revisión de la literatura científica y de documentos estratégicos recientes, se examinan las distintas modalidades de cuidado (familiar, profesional, comunitario y tecnológico), la evidencia sobre la soledad de las personas cuidadoras y de las que reciben cuidados, la influencia de las desigualdades de género, el valor económico y social del cuidado no profesional provisto en el seno familiar, las aportaciones del modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona, del enfoque de derechos, del Marco Estratégico Estatal de las Soledades y de la Estrategia Estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad.

La evidencia revisada muestra que la prevención de la soledad no depende únicamente de la disponibilidad de cuidados sino de las condiciones en que estos se organizan y distribuyen. Los cuidados familiares intensivos, especialmente cuando recaen de forma prolongada sobre una única persona, se asocian a mayores niveles de sobrecarga y soledad, mientras que las redes comunitarias, la corresponsabilidad, los apoyos públicos de proximidad y las relaciones significativas constituyen factores protectores frente al aislamiento. Asimismo, la feminización de los cuidados continúa generando desigualdades estructurales que incrementan el riesgo de soledad de las mujeres cuidadoras y requieren respuestas específicas desde una perspectiva de género.

Se concluye que prevenir la soledad, cuando coexiste con una necesidad de cuidados en el entorno familiar, exige avanzar hacia un modelo de cuidados corresponsable, comunitario, accesible y centrado en las personas, que reconozca el cuidado como un derecho, un bien común y una responsabilidad compartida entre distintos sectores de las administraciones públicas, familias, proveedores de servicios, comunidad, tercer sector y ciudadanía. Incorporar la prevención de la soledad, como componente de situaciones de fragilidad (social) o dependencia y como criterio de calidad de los sistemas de cuidados, constituye una condición necesaria para promover el bienestar, la autonomía y la participación social a lo largo de todo el ciclo vital.

Una llamada de teléfono a media tarde. Una vecina que se acerca a preguntar si hace falta algo. Una hija que acompaña a su padre al médico y, de paso, le cuenta cómo le va la semana. Cuidar no siempre tiene nombre propio: a veces es solo estar ahí.

Estos gestos cotidianos rara vez se identifican como cuidados y, sin embargo, forman parte del entramado de relaciones que sostiene la vida diaria. Cuidar no siempre implica realizar tareas complejas ni atender una situación de dependencia. Con frecuencia consiste en estar presente, ofrecer apoyo, reconocer a la otra persona y mantener vínculos significativos.

¿Qué ocurre cuando ese “estar ahí” desaparece, se debilita o recae durante mucho tiempo sobre una única persona? Esta pregunta sitúa el cuidado en el centro del debate sobre la soledad. La literatura científica ha presentado tradicionalmente el cuidado como un recurso protector frente al aislamiento, porque favorece el apoyo social, el sentimiento de pertenencia y la continuidad de las relaciones. La evidencia reciente muestra, no obstante, que también puede convertirse en un factor de riesgo cuando se desarrolla en condiciones de sobrecarga, desigualdad, falta de reconocimiento o ausencia de apoyos. La relación entre cuidados y soledad es, por tanto, bidireccional y depende de la forma en que los cuidados se organizan socialmente.

1. Los cuidados en la vida cotidiana: un tejido relacional continuo

Los cuidados no son un acontecimiento excepcional asociado solo a la enfermedad, la discapacidad o la vejez con necesidad de apoyos; es una práctica relacional que acompaña a las personas durante todo el ciclo vital y se expresa en la crianza, la convivencia, la amistad, la vecindad, la vida laboral, la migración, el duelo y las múltiples transiciones que atraviesan una biografía. Además de responder a necesidades funcionales, los cuidados aportan seguridad, apoyo emocional, reconocimiento y continuidad en las relaciones.

1.1. Más allá de la dependencia: reciprocidad y autocuidado

Todas las personas reciben cuidados, cuidan o cuidarán y necesitan apoyos con distintas intensidades y en diferentes contextos. La reciprocidad no siempre es inmediata ni simétrica, pero convierte el cuidado en una experiencia de interdependencia que puede fortalecer el capital social y el sentido de pertenencia. Cuidar y ser cuidado no consiste únicamente en intercambiar ayuda material, sino también en construir confianza y reconocimiento mutuo.

El autocuidado es una condición para sostener esta relación. La literatura científica demuestra que la falta de descanso, la conciliación y el apoyo emocional aumenta la sobrecarga, deteriora la salud y aumenta el aislamiento de las personas cuidadoras. Promover el autocuidado no significa trasladar individualmente toda la responsabilidad a las personas sino garantizar recursos, servicios de respiro y condiciones sociales que permitan cuidar sin comprometer la salud ni las relaciones personales.

1.2. La AICP como marco de referencia

La Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) sitúa la dignidad, los derechos, la historia de vida, las preferencias, las capacidades y la participación en el centro de las decisiones y requiere tanto la personalización como la reorganización de los servicios (Rodríguez, 2010; Rodríguez, 2013; OMS, 2015; Rodríguez et al., 2023). Cuidar exige responder de forma coordinada a necesidades físicas, funcionales, psicológicas y sociales, pero también preservar vínculos, favorecer la autonomía y apoyar proyectos de vida con sentido. La prevención de la soledad deja así de reducirse al aumento de contactos sociales y pasa a orientarse hacia relaciones significativas, participación comunitaria y capacidad de decisión. La tecnología puede contribuir a este propósito cuando se adapta a cada persona y fortalece la comunicación y la autonomía, pero no cuando sustituye la presencia o impone respuestas estandarizadas.

2. La relación empírica entre cuidado y soledad

La soledad es una experiencia individual y subjetiva que puede aparecer en cualquier etapa de la vida. No es lo mismo vivir solo que estar solo, ni toda soledad es aislamiento. El aislamiento social describe una escasez objetiva de relaciones, mientras que la soledad expresa la distancia entre las relaciones que una persona desea y las que realmente experimenta (Pinazo-Hernandis y Donio-Bellegarde, 2018; Pinazo-Hernandis, 2024a). Esta distinción es esencial: hay personas que viven solas y se sienten acompañadas, y personas que viven con otras, pero a la vez experimentan una profunda soledad.

Aunque la soledad puede afectar a cualquier persona, determinados grupos afrontan un riesgo mayor, entre ellos personas con discapacidad, problemas de movilidad, enfermedad crónica o problemas de salud mental, personas migrantes, jóvenes y personas mayores. Las trayectorias de viudedad, la pérdida de autonomía, la reducción de redes y la acumulación de desigualdades sociales y de género pueden incrementar la vulnerabilidad relacional.

2.1. La soledad de quien cuida

La provisión prolongada de cuidados puede reducir de manera progresiva el tiempo, la energía y las oportunidades de relación de quien cuida. Un ejemplo: en el programa IDEAL, con 1.283 personas cuidadoras familiares de personas con demencia en Gran Bretaña, el 43,7% presentó niveles moderados de soledad y el 17,7% niveles severos; el aislamiento social y el estrés asociado al cuidado fueron los principales predictores (Victor et al., 2021). Esta evidencia refleja una paradoja del cuidado intensivo: cuidar más puede significar disponer de menos oportunidades para recibir apoyo y mantener la propia vida social

El riesgo no depende solo del número de horas. También influyen la duración, la disponibilidad de relevo (persona cuidadora única frente a un cuidado compartido), la convivencia diaria con la persona cuidada, la calidad previa de la relación, el reconocimiento social de los cuidados, la culpa y la posibilidad de conservar espacios personales (Fundación Pilares, 2024). Por ello, las respuestas públicas deben valorar la experiencia subjetiva de cada persona cuidadora y no limitarse a medir la intensidad objetiva de las tareas (número de horas, por ejemplo).

2.2. Género, desigualdad y trayectorias vitales

La distribución de los cuidados conserva aún hoy un marcado sesgo de género. En España, distintas investigaciones sitúan entre el 65% y el 87% la proporción de mujeres entre las personas cuidadoras informales, que habitualmente son las hijas, esposas o madres (Peña et al., 2018; Fundación Pilares, 2024). La feminización de los cuidados no es solo un reparto desigual de tareas domésticas sino un determinante estructural que condiciona la salud, el empleo, los ingresos, las cotizaciones, el ocio, la participación comunitaria y las redes sociales de las mujeres.

Lo relevante de todo esto es que estas consecuencias se acumulan a lo largo del curso de vida y pueden intensificar el riesgo de pobreza y soledad cuando la edad avanza. Incorporar la perspectiva de género requiere analizar quién cuida, en qué condiciones, con qué apoyos y con qué efectos, promover la corresponsabilidad entre mujeres y hombres y desarrollar apoyos específicos para quienes realizan cuidados intensivos o prolongados.

2.3. La soledad de quien recibe cuidados

Recibir ayuda instrumental no garantiza sentirse acompañado. Una persona puede tener cubiertos los cuidados “básicos”: dispensación de la medicación, alimentación, higiene y, al mismo tiempo, experimentar aislamiento si la atención no incorpora aspectos fundamentales como la escucha, el respeto, la participación y el vínculo. Desde la AICP, la calidad no debe evaluarse solo con resultados biomédicos o funcionales sino también por la capacidad de preservar relaciones significativas, participación comunitaria, autonomía y proyecto de vida. Prevenir la soledad es, por tanto, un criterio de calidad del propio cuidado.

2.4. Cuidados en final de vida, duelo y post-cuidado

En los cuidados al final de vida, la falta de apoyo durante la enfermedad y tras el fallecimiento puede aumentar la soledad de las personas cuidadoras, especialmente cuando desaparece de forma abrupta la red organizada alrededor de los cuidados (Cole et al., 2025). Los dispositivos sanitarios, sociales y comunitarios deberían mantener

protocolos de seguimiento durante el duelo para detectar aislamiento y ofrecer apoyo especializado.

3. La diversidad de los cuidados: modalidades y agentes

No existe una única forma de vivir la soledad ni un único escenario de cuidado. Los apoyos se desarrollan en contextos familiares, profesionales, comunitarios y tecnológicos y son prestados por diversos agentes con capacidades y límites distintos. El reto consiste en articularlos sin trasladar a las familias responsabilidades que corresponden a los sistemas públicos, y sin reducir la aportación comunitaria a un recurso sustitutivo de servicios insuficientes.

3.1. Cuidados familiares: fortalezas, límites y perfiles

Las familias siguen siendo el principal espacio de provisión de cuidados de larga duración. La cercanía afectiva y el conocimiento de la historia de vida pueden favorecer continuidad y personalización. Sin embargo, cuando la responsabilidad de los cuidados se concentra en una sola persona, sin apoyo, relevo ni reconocimiento, el hogar también puede convertirse en un espacio de sobrecarga y aislamiento.

Una reciente investigación con 234 personas cuidadoras familiares de personas con Alzheimer, otras demencias y enfermedades neurodegenerativas, en su mayoría mujeres y con una edad media de 59,8 años, identificó cuatro perfiles al relacionar soledad, culpa, horas de cuidado y satisfacción y propósito vital (Arregi-Amas, 2025). El cuidado planificado, que representaba a personas con dedicación moderada a los cuidados y acceso a apoyos y recursos, presentaba menor soledad y culpa y mayor satisfacción vital. El cuidado saturado, con personas que dedicaban al cuidado jornadas de 12 a 18 horas, mostraba en éstas una mayor vulnerabilidad psicológica (más soledad, más culpa). El cuidado culpabilizante mostraba que el malestar puede existir incluso cuando se dedican pocas horas al cuidado, pero la persona siente que debería hacer más. El cuidado exigente, con personas que dedicaban al cuidado todo el día, mostraba elevados niveles de soledad, baja satisfacción e incluso puntuaciones muy bajas en propósito vital.

Estos perfiles permiten equilibrar el análisis del cuidado familiar: no toda experiencia familiar conduce a sobrecarga, pero las condiciones de intensidad, duración, apoyos y reconocimiento son decisivas. Por esta razón las intervenciones que se realicen deberían ajustar el acompañamiento psicológico, el respiro y el relevo en los cuidados (profesional) al perfil de riesgo de las personas cuidadoras, y evitar soluciones uniformes. El denominado síndrome de la persona cuidadora quemada no debe interpretarse como una fragilidad individual sino como una consecuencia previsible del estrés crónico resultado de un sistema que no garantiza los apoyos suficientes (Pinazo-Hernandis y Arregi-Amas, 2024).

3.2. Valor económico y laboral dentro del ecosistema familiar

El “coste de los cuidados” no se limita a las horas dedicadas. Afecta a la salud, la continuidad laboral, los ingresos, las cotizaciones a la Seguridad Social y las pensiones futuras, especialmente de las mujeres. Las cadenas globales de cuidado añaden otra dimensión: muchas trabajadoras migrantes prestan cuidados remunerados mientras el cuidado de sus propios hogares se redistribuye entre otras mujeres en los países de origen. Reconocer el valor económico y social exige cotizaciones, permisos, prestaciones, formación, respiro y condiciones laborales dignas, tanto para familiares como para quienes trabajan profesionalmente en los hogares y servicios (Comas d’Argemir, 2017, 2019; Durán, 2018; Fundación Pilares, 2024, 2025).

3.3. Amistad, vecindad y cuidados comunitarios

Las relaciones de amistad, vecindad y apoyo mutuo proporcionan acompañamiento, ayuda práctica y pertenencia, especialmente ante jubilación, viudedad, fragilidad, dependencia o vida en solitario. También permiten detectar de forma temprana cambios en rutinas, pérdida de participación o interrupción de contactos cotidianos. Con frecuencia, estas señales son observadas antes por el entorno cercano que por los servicios formales.

Las comunidades cuidadoras amplían este potencial mediante redes vecinales, vivienda colaborativa, proyectos intergeneracionales, grupos de ayuda mutua, voluntariado e iniciativas rurales y urbanas. Y así, su contribución es doble: crean posibilidades de relación y acompañan transiciones que debilitan vínculos previos. No sustituyen la responsabilidad pública sino que deben coordinarse con los sistemas sociales y sanitarios para formar “ecosistemas locales de apoyo”. Envejecer en casa requiere precisamente de una red articulada de recursos formales e informales en el territorio (Pinazo-Hernandis, 2023b).

3.4. Cuidados profesionales, coordinación y proximidad

Los apoyos profesionales aportan conocimientos, continuidad y capacidad de intervención especializada pero su calidad depende de la coordinación y de la relación que establecen con la persona, su familia y la comunidad. La fragmentación entre servicios sanitarios y sociales crea itinerarios difíciles de comprender y puede dejar sin respuesta necesidades relacionales. La gestión de casos y la intervención comunitaria facilitan la escucha activa, la elaboración compartida de planes de atención y la utilización eficiente de recursos públicos, privados y comunitarios (Rodríguez, 2024).

La profesionalización exige formación en ética, derechos, comunicación, buen trato y AICP, además de unas condiciones laborales justas. La precariedad, la rotación y la falta de tiempo para realizar las tareas deterioran tanto el bienestar de los profesionales

como la continuidad de las relaciones de cuidado. La calidad técnica y la calidad relacional no son dimensiones separadas: ambas determinan la seguridad, la confianza y la experiencia cotidiana de quienes necesitan apoyos.

3.5. Discapacidad: accesibilidad y participación

Las personas con discapacidad participan en las redes de cuidado en una doble dirección: reciben apoyos cuando los necesitan y también cuidan, acompañan y sostienen a otras personas. Considerarlas exclusivamente receptoras invisibiliza su contribución y restringe su participación social. La accesibilidad universal, la eliminación de barreras físicas, comunicativas, cognitivas y tecnológicas, y los apoyos personalizados permiten ejercer en igualdad el derecho a recibir cuidados, cuidar y contribuir a la comunidad. Este enfoque coincide con la AICP y con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

3.6. Tecnologías como apoyo transversal

Las tecnologías atraviesan todas las modalidades de cuidado. La teleasistencia, los sensores, la detección de caídas, las consultas a distancia y las herramientas de coordinación pueden mejorar seguridad y anticipación. Las videollamadas y la mensajería ayudan a mantener el contacto cuando la presencia no es posible (Pinazo-Hernandis, 2024b, 2024c). Sin embargo, su utilidad depende de la accesibilidad, las competencias, las preferencias y las oportunidades de aprendizaje. La brecha digital puede convertirse en una nueva forma de exclusión, por lo que la innovación debe utilizarse como un medio para reforzar la autonomía, la comunicación y la coordinación, nunca como un sustituto automático de las relaciones humanas. La evaluación del funcionamiento e impacto de cada producto tecnológico, debe comprobar no solo su eficiencia sino también sus efectos en el bienestar, la participación y la calidad de vida.

4. Retos para transformar el sistema y construir una nueva cultura de los cuidados

Prevenir la soledad exige transformar el modo en que los cuidados se reconocen, distribuyen, financian y evalúan. La relación entre cuidados y soledad no depende únicamente de características personales sino de la organización social y sanitaria, la distribución de responsabilidades y la capacidad institucional para sostener las relaciones cotidianas. Por ello, el cambio requiere integrar medidas organizativas en el sistema, con una nueva cultura de los cuidados basada en derechos, ética, corresponsabilidad y comunidad.

4.1. Hacer visibles los cuidados y su valor

Acompañar, escuchar, organizar, supervisar, anticipar necesidades o mantener relaciones de apoyo son actividades esenciales que permanecen parcialmente fuera de los sistemas de información y del reconocimiento institucional. Esta invisibilidad dificulta conocer la dimensión real del cuidado y diseñar políticas ajustadas. Hacer visible el cuidado implica medirlo, reconocer su contribución económica y social y transformar una narrativa que todavía lo identifica como una obligación privada, femenina y vinculada únicamente a la dependencia.

4.2. Corresponsabilidad y perspectiva de género

La corresponsabilidad no se limita a redistribuir tareas entre mujeres y hombres. Exige redefinir el papel del Estado, los servicios públicos, el mercado, el tercer sector, las familias y la comunidad. Las personas cuidadoras deben poder compatibilizar el cuidado con el empleo, el descanso y la participación social. La perspectiva de género ha de incorporarse en el diseño, la financiación y la evaluación mediante datos desagregados, análisis de impacto y medidas específicas para mujeres con cuidados intensivos, redes reducidas o residencia en entornos rurales.

4.3. Sistemas integrados, accesibles y de proximidad

Los sistemas públicos deben acompañar a las personas cuidadoras y cuidadas durante todo el ciclo vital y prestar especial atención a las transiciones y crisis vitales: enfermedad, discapacidad, pérdida de autonomía, cambios residenciales, jubilación, duelo y transformación de las redes. Y aquí, cuatro características resultan fundamentales: proximidad territorial, personalización, accesibilidad universal y coordinación entre ámbitos sanitario, social y comunitario.

La soledad no debe tratarse como una intervención añadida sino como una dimensión inherente a la calidad. Los servicios contribuyen a prevenirla cuando preservan relaciones significativas, facilitan la participación, conectan a las personas con su comunidad y ofrecen continuidad. Esto requiere evaluación compartida, gestión de casos, equipos interdisciplinares y mecanismos de coordinación que eviten duplicidades, vacíos y itinerarios fragmentados, tal como se propone desde el modelo AICP.

4.4. El cuidado como bien común y como derecho

El cuidado es una experiencia universal: todas las personas cuidan, reciben cuidados o los necesitarán en algún momento de sus vidas. Concebirlo como bien común permite fortalecer el tejido social y situar a familias, administraciones, entidades sociales, empresas, vecindario y ciudadanía dentro de una responsabilidad compartida. Las

comunidades cuidadoras complementan, pero no sustituyen, al Estado y generan capital social, confianza y capacidad de detección temprana.

El derecho a recibir cuidados, el derecho a cuidar en condiciones dignas y el derecho a decidir sobre los apoyos forman un mismo marco. Entender los cuidados como derecho humano desplaza el foco desde una respuesta asistencial hacia la autonomía, la dignidad y el proyecto de vida (Flores et al., 2021). También obliga a evitar que cuidar produzca pobreza, precariedad o soledad.

4.5. Políticas públicas como motor del cambio

La Estrategia Estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad y el Marco Estratégico Estatal de las Soledades reconocen el carácter multidimensional del fenómeno y proponen reforzar redes comunitarias, reducir desigualdades, mejorar la coordinación y asegurar la participación de las personas en el diseño y la evaluación. Su aplicación requiere liderazgo público, financiación estable, sistemas de información e indicadores que evalúen adecuadamente bienestar, autonomía, relaciones, participación, sobrecarga y soledad.

5. Orientaciones para la implementación

La transformación de los cuidados debe traducirse en decisiones operativas. Un sistema corresponsable no se construye mediante una única prestación ni con programas aislados sino alineando prevención, apoyos domiciliarios, atención sanitaria y social, comunidad, vivienda, protección laboral, accesibilidad, innovación y evaluación.

A continuación, se presentan algunas orientaciones para sintetizar los elementos que conectan la evidencia científica revisada con la práctica institucional.

5.1. Evaluar lo que importa

Los sistemas de evaluación deben incorporar indicadores de soledad en personas cuidadoras y cuidadas, junto con medidas de sobrecarga, culpa, bienestar, autonomía, propósito vital y calidad de vida. También deben valorar la continuidad de las relaciones, la participación comunitaria y el respeto al proyecto de vida. Sin esta información, la cobertura de “tareas básicas de cuidado” puede ocultar experiencias de aislamiento o apoyos poco personalizados.

5.2. Personalizar los apoyos y anticiparse a las crisis

La intervención que se realice debe diferenciar los distintos perfiles de cuidado y combinar información objetiva (como horas y duración), con la experiencia subjetiva de culpa, satisfacción, propósito vital y apoyo percibido. El respiro, el relevo profesional, el acompañamiento psicológico y la formación han de activarse antes del agotamiento.

Los momentos de transición requieren protocolos específicos, especialmente después del fallecimiento de la persona cuidada.

5.3. Proteger las trayectorias laborales y económicas

La corresponsabilidad necesita permisos remunerados, cotizaciones, prestaciones, servicios suficientes y fórmulas que compensen el impacto del cuidado sobre empleo e ingresos. En paralelo, la calidad de los cuidados requiere profesionalización, formación continua y condiciones dignas para las personas trabajadoras del sector, tanto en los centros asistenciales como en el hogar. La financiación pública suficiente y sostenida es una condición estructural, no un elemento accesorio.

5.4. Fortalecer territorios y comunidades cuidadoras

Las políticas locales pueden conectar atención primaria, servicios sociales, farmacias comunitarias, centros educativos, asociaciones, comercios, vivienda, cultura y redes vecinales. Todos estos actores pueden ayudar a detectar situaciones de fragilidad social, facilitar participación y mantener apoyos de proximidad. La comunidad debe contar con recursos y coordinación, evitando descargar en el voluntariado tareas que exigen capacitación profesional y responsabilidad pública.

5.5. Incorporar tecnología con criterios de derechos

Cada solución tecnológica debe evaluarse según accesibilidad, consentimiento, privacidad, capacidad de elección, impacto en las relaciones, facilidad de uso y utilidad real para la persona. Las herramientas digitales deben ampliar alternativas y mejorar la coordinación pero nunca desplazar o sustituir al contacto humano. La alfabetización digital y los apoyos son tan importantes como el dispositivo en sí mismo.

5.6. Promover una cultura social de corresponsabilidad

La educación, la comunicación pública y la formación profesional deben presentar los cuidados como una dimensión central de la ciudadanía y una responsabilidad compartida. Reconocer el derecho a cuidar y ser cuidado exige combatir el edadismo, el capacitismo, la desigualdad de género y la idea de que pedir apoyo constituye un fracaso individual.

En conjunto, estas orientaciones conducen a un modelo comunitario, accesible y centrado en las personas. Los cuidados protegen frente a la soledad siempre y cuando generen reconocimiento, reciprocidad, autonomía y pertenencia; pero en cambio, pueden producir aislamiento cuando se concentran, se invisibilizan o se prestan sin los apoyos suficientes. La prevención de las soledades debe formar parte de la planificación, la financiación y la evaluación ordinaria de los cuidados, no quedar relegada a actuaciones puntuales.

En definitiva, prevenir la soledad exige entender los cuidados como una infraestructura social esencial para el bienestar colectivo. Cuando las políticas públicas reconocen el valor de las relaciones, redistribuyen las responsabilidades de cuidado y fortalecen las comunidades, no solo mejoran la atención a las personas que necesitan apoyos, sino que contribuyen también a construir sociedades más cohesionadas, inclusivas y resilientes (Pinazo-Hernandis, 2023a).

6. Conclusiones y recomendaciones

La revisión de publicaciones científicas realizada en este trabajo y las reflexiones derivadas ponen de manifiesto que los cuidados constituyen mucho más que un conjunto de actividades destinadas a responder a situaciones de dependencia. Son un proceso relacional continuo y complejo que acompaña a las personas a lo largo de todo el ciclo vital y que sostiene el bienestar individual, la cohesión comunitaria y el funcionamiento del conjunto de la sociedad. Desde esta perspectiva, la relación entre cuidados y soledad no puede entenderse como un fenómeno marginal sino como una dimensión estructural del propio sistema de cuidados.

La evidencia revisada aquí muestra que los cuidados desempeñan una doble función respecto a la soledad. Cuando se desarrollan en condiciones de corresponsabilidad, con apoyos adecuados a las redes familiares, comunitarias e institucionales sólidas, actúan como uno de los principales factores protectores no solo respecto a situaciones de fragilidad y dependencia sino también frente al aislamiento y la soledad y favorecen la participación, la pertenencia y el mantenimiento de vínculos significativos. Sin embargo, cuando recaen de forma intensiva sobre la familia y, en especial, sobre una única persona, se ejercen sin reconocimiento social ni apoyo institucional o permanecen condicionados por las desigualdades de género, pueden convertirse en un importante factor de riesgo de soledad tanto para quienes cuidan como para quienes reciben cuidados.

A lo largo de este trabajo se ha constatado que la feminización de los cuidados continúa siendo uno de los principales determinantes de esta realidad. La sobrecarga que experimentan muchas mujeres cuidadoras no solo tiene consecuencias sobre su salud física y mental o sobre su participación laboral sino también sobre sus relaciones sociales, su participación comunitaria y su riesgo de aislamiento. Incorporar la perspectiva de género en las políticas de cuidados y en las estrategias de prevención de la soledad no es una medida complementaria sino un requisito imprescindible para avanzar hacia sistemas de cuidados más equitativos y sostenibles.

Del mismo modo, la revisión realizada pone de relieve que la calidad de los cuidados no puede evaluarse exclusivamente mediante indicadores funcionales o asistenciales. La integralidad y coordinación de los apoyos, la preservación de las relaciones significativas, la participación social, la autonomía, el respeto al proyecto de vida y la

prevención de la soledad deben incorporarse como dimensiones esenciales de la calidad del cuidado, en coherencia con los principios de la AICP y con el enfoque de derechos que inspira las políticas públicas más recientes.

En este contexto, la prevención de la soledad exige avanzar hacia un modelo de cuidados corresponsable, comunitario, accesible y centrado en las personas, capaz de integrar a las familias, los servicios públicos y privados, las organizaciones sociales, la comunidad y la ciudadanía en un mismo ecosistema de apoyos. La evidencia disponible muestra que fortalecer las redes comunitarias, reconocer el valor económico y social del cuidado, garantizar apoyos suficientes a las personas que los requieren y a sus cuidadoras e incorporar tecnologías orientadas a fortalecer, y nunca sustituir, las relaciones humanas, constituye una inversión en bienestar colectivo y en cohesión social. En definitiva, cuidar y ser cuidado forman parte de la condición humana. Reconocer los cuidados como un derecho, como una responsabilidad compartida y como un bien común permite situarlos en el lugar que les corresponde dentro del Estado del bienestar. Desde esta perspectiva, prevenir la soledad no supone añadir una nueva función a los sistemas de cuidados, sino recuperar una de sus finalidades esenciales: hacer posible que todas las personas puedan desarrollar su proyecto de vida acompañadas, participando en su comunidad y manteniendo relaciones significativas a lo largo de todo el ciclo vital.

6.1. Recomendaciones para las políticas públicas

A partir de la evidencia analizada, se proponen las siguientes líneas de actuación para fortalecer los sistemas de cuidados y reducir el riesgo de soledad:

- 1. Incorporar indicadores de soledad** tanto en las personas cuidadoras como en las personas cuidadas en los sistemas de evaluación de los servicios de atención a la dependencia, junto con los indicadores habituales de calidad, sobrecarga y bienestar.
- 2. Adaptar la intervención a los distintos perfiles de cuidado**, diferenciando los apoyos según el nivel de dedicación, la intensidad de la sobrecarga y el riesgo de soledad, e incorporando programas específicos de apoyo psicológico, acompañamiento y respiro para los perfiles de mayor vulnerabilidad.
- 3. Garantizar mecanismos universales de apoyos** (psicológico, social) y respiro familiar y relevo profesional, que permitan prevenir el agotamiento, favorecer la conciliación y reducir el aislamiento social de las personas cuidadoras.
- 4. Reconocer el valor económico y social de los cuidados no profesionales** mediante medidas de protección social, incluyendo cotizaciones a la Seguridad Social, permisos remunerados, prestaciones económicas y otras fórmulas que compensen el impacto del cuidado sobre las trayectorias laborales y económicas.

5. Integrar de forma transversal la perspectiva de género en todas las políticas de cuidados y de prevención de la soledad, incorporando indicadores desagregados, evaluaciones de impacto y medidas específicas dirigidas a corregir la desigual distribución de las responsabilidades de cuidado.

6. Desarrollar programas específicos dirigidos a mujeres cuidadoras, especialmente cuando realizan cuidados intensivos o prolongados, residen en entornos rurales, presentan escasas redes de apoyo o han reducido o abandonado su actividad laboral como consecuencia del cuidado.

7. Establecer protocolos de atención en el post-cuidado (seguimiento a las personas cuidadoras tras el fallecimiento de la persona cuidada), integrados en los dispositivos de cuidados paliativos, atención primaria y salud mental comunitaria, con el fin de detectar (y atender adecuadamente con profesionales especializados en intervención psicológica) situaciones de duelo complicado, aislamiento y soledad sobrevenida.

8. Fortalecer las comunidades cuidadoras y las redes de apoyo mutuo, promoviendo iniciativas de proximidad, programas intergeneracionales, voluntariado, espacios comunitarios y estrategias de prevención y detección precoz de la soledad y la dependencia desde los recursos locales.

9. Integrar de manera complementaria la tecnología asistencial y la tecnología relacional, garantizando que ambas contribuyan a reforzar la autonomía, la coordinación de los cuidados y las relaciones sociales, sin sustituir el contacto humano ni la participación comunitaria.

10. Impulsar políticas de sensibilización y educación para la corresponsabilidad, promoviendo una cultura del cuidado basada en la igualdad de género, el reconocimiento social del cuidado y la participación compartida de administraciones públicas, familias, comunidad, empresas y tercer sector.

11. Dotar de financiación suficiente y sostenible en el tiempo al nuevo modelo de cuidados, como cuestión indispensable para hacerlo posible en su integridad.

7. Referencias

Arregi-Amas, A. (2025). Soledad en personas cuidadoras familiares de personas con Alzheimer, otro tipo de demencias y enfermedades neurodegenerativas [Dirs. Sacramento Pinazo-Hernandis e Irene Checa. Tesis doctoral, Universitat de València]. <https://aplicaciones.ciencia.gob.es/teseo-rest/api/documento/download/public/66489>

Cole, L., Collins, T., Speyer, R., Ellis, C., Cordier, R. (2025). Exploring the lived experience of loneliness and social isolation in informal palliative caregivers: A systematic review. *Palliative Care and Social Practice*. <https://doi.org/10.1177/26323524251397000>

Comas d'Argemir, D. (2017). El don y la reciprocidad tienen género: Las bases morales de los cuidados. *Quaderns-e*, 22(2), 17-32.

Comas d'Argemir, D. (2019). Cuidados y derechos: El avance hacia la democratización de los cuidados. *Revista Internacional de Sociología*, 77(2), e128.

Durán, M. A. (2018). La riqueza invisible del cuidado. Universitat de València.

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

Flores, F., Ariño, A., Cordero, V., Dalli, M., Faus, A., Fernández-Carro, C., Meco, F., Pinazo-Hernandis, S. (2021). El derecho a los cuidados de las personas mayores. *HelpAge España e Instituto de Derechos Humanos de la Universitat de València*.

Fundación Pilares (2024). Evolución de los cuidados familiares a las personas mayores en España. Núm. 8 de la Colección Estudios de la Fundación.

Fundación Pilares (2025). El trabajo remunerado de cuidados a personas mayores en el hogar. Transformaciones, barreras y necesidades. Núm. 9 de la Colección Estudios de la Fundación.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2021). Base estatal de datos de personas cuidadoras y cuidados de larga duración.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD).

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2026). Marco Estratégico Estatal de las Soledades (2026-2030). Secretaría General Técnica del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Peña, A., Machado, A., Mur, T., Saiz, M. (2018). Las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de pacientes dependientes [Carta al editor]. *Atención Primaria*, 50(1), 66–67. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.014>

Pinazo-Hernandis, S. (2024a). Lo que sabemos y lo que nos falta por investigar sobre la soledad. *The Conversation*, 4 julio 2024. <https://theconversation.com/lo-que-sabemos-y-lo-que-nos-falta-por-investigar-sobre-la-soledad-228962>

Pinazo-Hernandis, S. (2024b). Las personas mayores, las tecnologías y los cuidados. Avances retos.SCIO: Revistade Filosofía, 26.https://doi.org/10.46583/scio_2024.26.1152

Pinazo-Hernandis, S. (2024c). Soledad, IA y mayores. Lo que la ciencia dice y lo que aún no sabe. The Conversation, 23 julio 2026. <https://theconversation.com/soledad-ia-y-mayores-lo-que-la-ciencia-dice-y-lo-que-aun-no-sabe-282301>

Pinazo-Hernandis, S (2023a). Intervenciones con personas en situación de soledad. En

P. Rodríguez, A. Vilà, C. Ramos (coord.) (2023). La Atención Integral y Centrada en la Persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyo y cuidados. Editorial Tecnos.

Pinazo-Hernandis, S. (2023b). Envejecer en casa sí, pero con los recursos adecuados y en el territorio. Estudio de caso de La Vall dels Alcalans (Ribera Alta, Valencia). (2023). Cuadernos De Geografía De La Universitat De València, 110, 101-128. <https://doi.org/10.7203/CGUV.110.24436>

Pinazo-Hernandis, S., Donio-Bellegarde, M. (2018), La soledad de las personas mayores: Conceptualización, valoración e intervención. Núm. 5 de la Colección Estudios de la Fundación Pilares.

Pinazo-Hernandis, S., Arregi-Amas, A. (2024). Solas ante el cuidado: Las vivencias de las mujeres que cuidan de un familiar con demencia y la soledad que las acompaña. Zerbitzuan (83), 39-51. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.83.03>

Rodríguez, P. (2010). Atención Integral y Centrada en la Persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Número 106 de los Informes Portal Mayores. IMSERSO/CSIC.

Rodriguez, P. (2013). La atención integral y centrada en la persona. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Rodríguez, P (2024): Caminos para avanzar en la personalización de los apoyos y cuidados de larga duración. Revista Actas de Coordinación Sociosanitaria, 34, 118-136.

Rodríguez, P., Vilà, A., Ramos, C. (coords.) (2023). La Atención Integral y Centrada en la Persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyo y cuidados. Editorial Tecnos.

Victor, C. R., Rippon, I., Quinn, C., Nelis, S. M., Martyr, A., Hart, N., et al. (2021). The prevalence and predictors of loneliness in caregivers of people with dementia: Findings from the IDEAL programme. Aging & Mental Health, 25(7), 1232-1238. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1753014>

8. Sobre quienes firman este artículo

Pilar Rodríguez Rodríguez. Gerontóloga y experta en servicios sociales. Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación. Cursó estudios de doctorado en Sociología. Corredactora del Plan Gerontológico de 1990. Dirigió Programas y el Servicio de Estudios del IMSERSO. Impulsó estudios pioneros sobre dependencia y soledad, apoyo informal, atención domiciliaria y residencias. Fue vicepresidenta de la Sociedad Española de Geriátrica. Ocupó altos cargos sociales en el Principado de Asturias. Entre 2008 y 2010 fue directora general del IMSERSO.

Cofundó y preside Fundación Pilares desde 2010, desde donde se investiga y promueve el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Es autora de más de 120 publicaciones y dirige diversos cursos de postgrado y formación en España y Latinoamérica.

Dra. Sacramento Pinazo Hernandis es patrona de Fundación Pilares y preside la Comisión de Soledad de la Plataforma de Mayores y Pensionistas. Es profesora titular de Psicología Social en la Universitat de València, donde dirige el grupo de investigación BestAGING. Con más de 25 años de trayectoria investigadora, su trabajo se ha centrado en el envejecimiento, la participación social, la tecnología, los cuidados y la soledad. Ha dirigido numerosos proyectos de I+D+i y colaboraciones nacionales e internacionales, así como 17 tesis doctorales. Preside la Sociedad Valenciana de Geriátrica y Gerontología y fue vicepresidenta de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Desde 2024 forma parte del Comité de Expertos contra la Soledad No Deseada de la Comunidad de Madrid. Ha recibido diversos reconocimientos por su labor investigadora, entre ellos el Premio Senda Senior y los premios Sandalio Miguel-María Aparicio y Margarida Borràs. Asimismo, ha desempeñado una destacada labor docente y de formación especializada en el ámbito del envejecimiento y los cuidados.