

Consulta la buena práctica



CENTRO INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (CENIE)

SOLiEDAD: La Acción Comunitaria

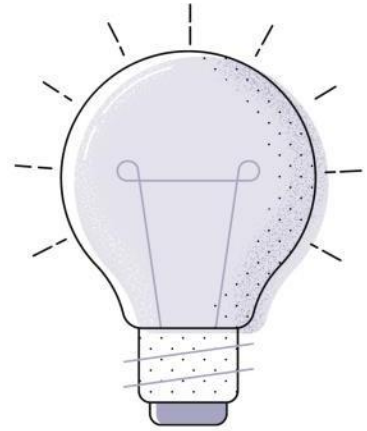


ÍNDICE

4. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA	3
5. ÁMBITO DE ACTUACIÓN.....	4
6. PERSONAS BENEFICIARIAS	5
7. TIPO DE ACTIVIDAD	5
8. ÁMBITO TERRITORIAL.....	6
9. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA	6
10. JUSTIFICACIÓN.....	10
11. OBJETIVOS	11
12. PALABRAS CLAVES	12
13. TEMPORALIZACIÓN	13
14. HITOS	13
15. RECURSOS	14
16. FINANCIACIÓN	14
17. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)	15
18. COHERENCIA CON LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP).....	16
19. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS	18

1. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA

SOLiEDAD es una investigación aplicada e intervención piloto desarrollada en Zamora para prevenir y abordar la soledad no deseada y el aislamiento de las personas mayores desde la acción comunitaria. Articula diagnóstico territorial, sensibilización, detección de situaciones de riesgo, acompañamiento, grupos ENCUENTROS y evaluación, con el liderazgo de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora y participación de voluntariado senior y junior. Esta práctica fortalece vínculos personales, pertenencia a una comunidad, autonomía y capacidad comunitaria, y ofrece un modelo transferible a otros municipios.



2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Personalización, integralidad y coordinación: experiencias aplicadas de atención o de intervención que favorezcan la autonomía personal, la independencia funcional, el bienestar y la participación de las personas que tienen necesidad de apoyos.	X
Productos de apoyo y TIC: diseño y/o implementación de tecnologías, productos de apoyo y TIC para favorecer la autonomía, la independencia, el bienestar y la seguridad, tanto de las personas que tienen necesidad de apoyos como de las personas que les atienden o cuidan.	
Entorno físico y comunitario: experiencias que desarrollen el diseño arquitectónico, mejoras relacionadas con el entorno residencial de la persona, actuaciones ambientales dirigidas a favorecer la accesibilidad, etc.	X
Desarrollo organizativo y profesional: Innovaciones organizativas, metodológicas o normativas que medien o favorezcan la aplicación del modelo, a través de cambios normativos, instrumentos de evaluación, adaptaciones en los sistemas de organización y gestión de los centros y recursos, coordinación sociosanitaria, metodologías e instrumentos de atención personalizada, adaptación de perfiles profesionales y formas de actuación.	
Acciones de comunicación: aquellas experiencias relacionadas con medios de comunicación dirigidas a romper los estereotipos e imágenes erróneas sobre la vejez, discapacidad, enfermedad, etc., que propongan una visión que ponga en valor a las personas.	X
Generación de conocimiento: iniciativas dirigidas a la investigación, evaluación, publicaciones, entornos académicos que favorezcan la generación de conocimiento y visibilicen los avances en nuevos modelos de atención y/o cuidados.	X
COVID-19: se refiere a aquellas iniciativas que hayan nacido o se hayan tenido que ajustar específicamente en el marco de la pandemia del virus de la COVID-19.	



3. PERSONAS BENEFICIARIAS

Personas mayores	X
Personas con discapacidad	
Personas en situación de dependencia	X
Familias	X
Profesionales	X
Sociedad en general	X
Otro/s	X
Describa las características principales de las personas beneficiarias de la experiencia: La intervención se dirige principalmente a personas de 60 o más años residentes en Zamora que experimentan o presentan riesgo de soledad no deseada y aislamiento. También beneficia a sus redes familiares y vecinales, al voluntariado senior y junior, al alumnado y profesionales de enfermería, a los recursos comunitarios y al conjunto de agentes locales implicados en la detección, acompañamiento y construcción de entornos relacionales protectores.	

4. TIPO DE ACTIVIDAD

Centro residencial	
Comunidades, viviendas, domicilios	X
Centros ocupacionales	
Centros de día	
TAD, SAD	
Escuelas, universidades y otros centros educativos	X
Lugares y centros de trabajo	
Políticas públicas	X
Transporte	
Ocio	
Cultura	
Deporte	
Otro/s	
Describa el tipo de actividad de la entidad que lleva a cabo la buena práctica: CENIE desarrolla investigación aplicada, generación y transferencia de conocimiento sobre longevidad. En SOLIEDAD esta actividad se concreta en un proceso de acción comunitaria e intervención grupal, impulsado desde una institución universitaria y conectado con atención primaria, servicios sociales, asociaciones, recursos de proximidad, voluntariado y ciudadanía. La práctica incluye diagnóstico, sensibilización, formación, detección, acompañamiento a la participación y sistematización de aprendizajes para las políticas públicas.	

5. ÁMBITO TERRITORIAL

Local (Especificar municipio): Zamora	X
Provincial (Especificar provincia):	
Autonómico y regional (Especificar comunidad autónoma y/o región):	
Estatul	
Unión Europea	
Internacional	
Indique el lugar/es en los que se desarrolla la buena práctica: Ciudad de Zamora	

6. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA

SOLiEDAD: La Acción Comunitaria es una investigación empírica y una intervención piloto desarrollada en la ciudad de Zamora para abordar la soledad no deseada y el aislamiento de las personas mayores desde una perspectiva preventiva, comunitaria y de políticas públicas. La iniciativa fue promovida y dirigida por la Fundación General de la Universidad de Salamanca, a través del Centro Internacional sobre el Envejecimiento (CENIE), bajo la dirección técnica y coordinación de Elisa Sala Mozos. Regina Martínez Pascual diseñó la metodología de intervención grupal ENCUENTROS y la Escuela Universitaria de Enfermería del Campus Viriato de Zamora ejerció el liderazgo local y comunitario.

Punto de partida y enfoque

La práctica parte de que la soledad y el aislamiento social son fenómenos relacionados, pero diferentes. El aislamiento describe de manera objetiva la limitación de la red social, mientras que la soledad es una experiencia subjetiva y personal. La soledad durante la vejez no es universal ni inevitable y puede estar influida por la trayectoria vital, las pérdidas, la salud, la movilidad, las relaciones familiares y de amistad, la participación social, el género, las condiciones socioeconómicas, la configuración de los barrios y los valores culturales. Por ello, no existen respuestas uniformes ni dos vivencias iguales.

SOLiEDAD integra dos planos complementarios. El plano personal busca comprender la vivencia concreta, las relaciones, necesidades, expectativas e intereses de cada participante. El plano comunitario atiende a los factores sociales, culturales y estructurales, activa recursos locales y promueve capital social y relacional. El propósito es trascender una lógica exclusivamente paliativa y avanzar hacia la prevención, sin dejar de ofrecer apoyos a quienes ya sienten soledad.

Metodología de Investigación Acción Participativa

El proceso se fundamenta en la Investigación Acción Participativa (IAP). La

investigación se orienta a desarrollar un modelo evaluable y pautas concretas para abordar la soledad desde la comunidad; la acción busca consolidar procesos comunitarios capaces de generar relaciones y apoyos; y la participación implica directamente a personas mayores, voluntariado, estudiantes, servicios de atención primaria, servicios sociales, asociaciones, equipamientos y otros agentes del territorio. La metodología establece relaciones horizontales basadas en la reciprocidad. El equipo investigador actúa como facilitador y habilita espacios de deliberación y toma de decisiones compartidas. El diagnóstico funciona como una hoja de ruta viva: se mantiene la orientación a objetivos, pero las acciones se revisan y adaptan a las circunstancias, aprendizajes y aportaciones que surgen durante el proceso.

Gobernanza y red comunitaria

El proyecto identificó como factor clave un liderazgo comunitario claro, conocido y reconocido. Esta función recayó en la Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora, cuya relación de confianza con las personas mayores y con el sistema sanitario facilitó la participación. El CENIE orientó las decisiones estratégicas; el equipo docente y el voluntariado sénior participaron en espacios de deliberación y asumieron decisiones tácticas y operativas; y el voluntariado júnior contó con autonomía en su ámbito de actividad.

La estructura comunitaria reunió cinco niveles de implicación: la Escuela Universitaria de Enfermería; un grupo de voluntariado sénior formado por seis profesionales de enfermería jubilados, cuatro mujeres y dos hombres; un grupo de voluntariado júnior integrado por doce estudiantes; agentes comunitarios como CEAS, Colegio de Enfermería, centros de salud, asociaciones, parroquias, farmacias, ortopedias, comercios, museos y otros equipamientos; y la ciudadanía de Zamora. Esta red se orientó a sensibilizar, detectar situaciones de riesgo, facilitar la participación y generar corresponsabilidad.

Fases de implementación

La documentación presenta el proceso operativo en siete fases y dos bloques complementarios: las fases 1 a 3 corresponden al proceso con la comunidad; las fases 5 a 7, al proceso con las personas; y la fase 4 conecta ambos bloques mediante la detección. El informe completo analiza además la evaluación del impacto de la intervención grupal como una octava fase específica, mientras que el resumen ejecutivo y la nota de prensa la integran en la fase final.

1. Bases para el proceso comunitario.

Se realizaron reuniones y entrevistas con agentes locales, se consolidó el liderazgo de la Escuela Universitaria de Enfermería y se establecieron relaciones de confianza. El objetivo fue intensificar la presencia de actores públicos y privados vinculados al abordaje de la soledad y crear condiciones para el trabajo compartido.

2. Diagnóstico comunitario.

Se llevó a cabo un análisis poblacional, un mapa de actores y un estudio de los activos comunitarios, las zonas de actuación, las actividades y la participación social. El diagnóstico permitió situar la intervención en la realidad de Zamora y se revisó durante

el proceso como un documento vivo y dinámico.

3. Voluntariado, sensibilización y activación del tejido comunitario.

Se creó una asociación de voluntariado sénior conforme a la normativa, se constituyeron los grupos sénior y júnior y se desarrollaron acciones de capacitación y acompañamiento. Paralelamente se lanzó una campaña para normalizar la expresión de la soledad y se activaron asociaciones, farmacias, parroquias, centros de salud, CEAS y otros recursos. El voluntariado se concibió también como una vía preventiva, de generatividad, aprendizaje y aumento del capital social de las propias personas voluntarias.

4. Detección de situaciones de riesgo.

La detección combinó la campaña de sensibilización, la activación comunitaria y la instalación de puntos informativos en centros de salud. Tras una primera respuesta limitada, la colaboración con atención primaria y la presencia durante un momento de elevada afluencia facilitaron el acercamiento. Se detectaron sesenta situaciones de riesgo o con interés en participar, frente a una previsión inicial de veinticuatro.

5. Comprensión de la vivencia.

Se aplicó un cuestionario de entrada que incluía la escala de Lubben para valorar la red social y la escala De Jong Gierveld para medir la soledad, además de información sociodemográfica, salud, movilidad, actividades, apoyos y satisfacción. La información se completó con entrevistas en profundidad, que permitieron conocer la historia de vida, la situación emocional, las expectativas y las preferencias, y comenzar a construir un vínculo de confianza.

6. Identificación del apoyo adecuado.

A partir de los cuestionarios y las entrevistas se diseñaron dos modalidades: VOCES, basada en acompañamiento telefónico individual y posterior vinculación comunitaria, y ENCUENTROS, presencial y grupal. Las personas mayores participantes y las voluntarias mostraron su preferencia por el modelo presencial y grupal, por lo que se implementó ENCUENTROS.

7. Intervención grupal ENCUENTROS.

Se organizaron cuatro grupos de una media aproximada de diez personas. El primer ciclo contó con cuarenta participantes y, ante la demanda, se desarrolló posteriormente un segundo ciclo con las veinte personas restantes. En el primer ciclo, el 67,86 % eran mujeres; las edades oscilaron entre 60 y 93 años, con una media de 76,85; el 57 % eran personas viudas y el 64 % vivían solas.

Desarrollo de ENCUENTROS

ENCUENTROS se diseñó para promover relaciones sociales, apoyo mutuo y participación. Cada grupo mantuvo, en la medida de lo posible, la misma composición. La metodología contemplaba un mínimo de diez sesiones semanales de entre 90 y 120 minutos aproximadamente; algunos grupos realizaron hasta catorce encuentros debido a la motivación y a la ampliación de actividades. La mayoría de las sesiones se celebró en la Escuela de Enfermería y otras en equipamientos de la ciudad para favorecer la vinculación comunitaria.

Cada grupo fue dinamizado por dos personas voluntarias sénior, con funciones

diferenciadas de dinamización y observación, y acompañado por supervisoras del equipo técnico de la Escuela. El voluntariado júnior apoyó la movilidad de quienes presentaban dificultades, colaboró en las actividades y generó relaciones intergeneracionales de reciprocidad, aprendizaje y amistad.

El itinerario se estructuró en tres fases. La primera, Soledad e intereses, abordó la soledad de forma abierta, combatió el estigma, reconoció la diversidad del envejecimiento y exploró intereses y actividades gratificantes.

La segunda, Participación y barrio, dio a conocer recursos comunitarios y promovió decisiones conjuntas sobre actividades de proximidad, aficiones y experiencias. La tercera, Sentido vital, trabajó el autoconocimiento, los valores personales, la planificación vital, la evaluación de la experiencia y la decisión sobre el futuro del grupo.

Las sesiones estaban prediseñadas, pero su aplicación era flexible. Las facilitadoras podían adaptar las dinámicas y los grupos podían proponer contenidos, actividades o salidas. Se produjeron encuentros intergrupales, conexiones entre personas con afinidades y actividades que excedieron lo inicialmente programado. La finalidad no era proporcionar compañía de manera asistencial, sino favorecer relaciones de reciprocidad, capacidad de decisión y autonomía grupal.

Formación, seguimiento y evaluación

El acompañamiento de los equipos se articuló mediante cinco sesiones formativas — dos previas y tres durante la intervención—, un dossier de apoyo, el Diario de los ENCUENTROS cumplimentado después de cada sesión, reuniones semanales entre facilitadoras, supervisoras y el equipo investigador, y un canal de consulta abierto. Estos mecanismos permitieron documentar aspectos procedimentales, relacionales, reflexivos y organizativos y adaptar la intervención.

La evaluación combinó el cuestionario de entrada y las entrevistas con el seguimiento cualitativo de las sesiones, los diarios, las reuniones y la valoración conjunta realizada en la última fase. Los materiales publicados ofrecen resultados de proceso y evidencia cualitativa, pero no presentan una comparación cuantitativa pre-post ni una evaluación económica o de coste-efectividad. Por ello, los efectos deben interpretarse como aprendizajes y hallazgos de una experiencia piloto.

Resultados, aprendizajes y transferencia

La demanda superó ampliamente la previsión inicial. Los diarios recogen un aumento de la confianza y la cohesión, intercambios de teléfonos, signos de amistad, relaciones fuera de las sesiones y una voluntad reiterada de continuar. En la presentación pública de marzo de 2024, el voluntariado señaló que la experiencia había permitido hacer amistades, y la dirección del estudio informó de la finalización del segundo ciclo con veinte personas y de la creación de espacios intergeneracionales en los que mayores y jóvenes decidían conjuntamente actividades y proyectos.

La evaluación cualitativa también identificó límites y mejoras: dedicar más tiempo a la consolidación de alianzas comunitarias; prolongar la intervención al menos seis meses;

formar grupos atendiendo a intereses compartidos; fomentar la autogestión desde el inicio o la mitad del proceso; e invertir el orden de las dos últimas fases para terminar con la apertura a la comunidad. Estas conclusiones refuerzan la transferibilidad, pero muestran que la sostenibilidad requiere acompañamiento, tiempo y recursos ajustados a cada territorio.

La experiencia se ha sistematizado en el informe completo, el resumen ejecutivo y el documento Abordar la soledad desde la comunidad. Un decálogo para la acción. Sus diez fundamentos destacan la comunidad como activo, la reciprocidad frente al asistencialismo, el valor transformador del proceso, la flexibilidad, la infraestructura social, el liderazgo reconocido, la prevención, una mirada abierta a la soledad, la sensibilización sin estigma y la necesidad de intervenciones más duraderas y redes más densas. SOLIEDAD aporta así un modelo adaptable para conectar investigación aplicada, participación social y políticas públicas.

7. JUSTIFICACIÓN

La iniciativa surge ante la necesidad de prevenir y abordar la soledad no deseada de las personas mayores como un fenómeno social complejo, frecuentemente invisible y estigmatizado. Las respuestas exclusivamente asistenciales o episódicas no bastan cuando faltan vínculos significativos, oportunidades de participación y redes de apoyo. Zamora ofrecía un contexto idóneo para ensayar una respuesta territorial que conectase investigación, atención primaria, universidad, voluntariado y recursos comunitarios, situando a las personas afectadas como participantes y no como receptoras pasivas.

8. OBJETIVOS

Objetivo General: Desarrollar y poner a prueba en Zamora un modelo comunitario, participativo y evaluable para prevenir y abordar la soledad no deseada y el aislamiento de las personas mayores, integrando la dimensión personal y comunitaria y generando pautas útiles para las políticas públicas.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar a ciudadanía, profesionales y agentes sociales sobre la soledad no deseada y contribuir a su desestigmatización.
- Realizar un diagnóstico comunitario que identifique activos, necesidades, zonas de actuación y oportunidades de participación.
- Detectar situaciones de riesgo mediante la colaboración con atención primaria y otros recursos de proximidad.
- Comprender la vivencia, preferencias, capacidades y redes de apoyo de cada persona para orientar el acompañamiento.
- Crear espacios grupales de apoyo entre iguales, participación y conexión con el entorno comunitario.
- Impulsar voluntariado sénior y júnior y reforzar la dimensión intergeneracional y formativa de la experiencia.
- Evaluar la intervención, sistematizar aprendizajes y generar un modelo adaptable a otros municipios.



9. PALABRAS CLAVES

Palabra clave 1: Acción comunitaria

Porque la prevención se construye activando relaciones, recursos y responsabilidades compartidas en el territorio, no únicamente mediante respuestas individuales.

Palabra clave 2: Participación

Porque las personas mayores y los agentes locales intervienen en la identificación de necesidades, en la toma de decisiones y en el desarrollo de la propia práctica.

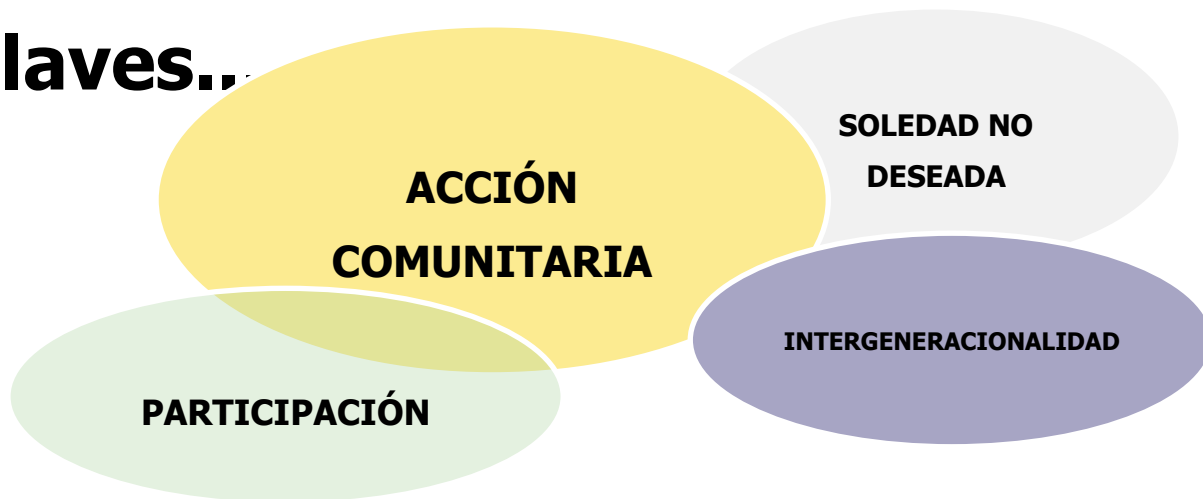
Palabra clave 3: Soledad no deseada

Porque es el problema social y de bienestar que la experiencia busca detectar, comprender y prevenir sin estigmatizar a quienes lo viven.

Palabra clave 4: Intergeneracionalidad

Porque el trabajo conjunto de voluntariado sénior, alumnado y comunidad favorece aprendizaje mutuo, capital social y vínculos entre generaciones.

Claves...



10. TEMPORALIZACIÓN

Año de inicio: 2018
Mes de inicio: enero

11. HITOS

- Diseño e implementación en Zamora de un modelo comunitario que integra el proceso con la comunidad y el proceso con las personas, mediante siete fases operativas y una evaluación específica del impacto grupal.
- La acogida superó la previsión inicial: frente a 24 plazas previstas, se inscribieron 60 personas; se organizó un primer ciclo con 40 participantes y un segundo ciclo para 20.
- Participación de personas de entre 60 y 93 años, con una edad media de 76,85 años; el 67,86% fueron mujeres y el 64% vivía solo.
- Presentación pública de resultados en Zamora el 23 de noviembre de 2023 y en Casa de América, Madrid, el 21 de marzo de 2024 con la participación del ministro Pablo Bustinduy.
- Elaboración y difusión del informe, el resumen ejecutivo, el vídeo del proyecto y el decálogo «Abordar la soledad desde la comunidad».
- Sistematización de recomendaciones para la réplica de la experiencia en otros municipios.
- A día de hoy se ha consolidado una excelente relación entre muchos de los que participaron en la iniciativa, que dos años después aún siguen quedando y realizando actividades juntos.

12. RECURSOS

- Personal necesario para llevar a cabo la experiencia:

- Dirección científica e investigación: Elisa Sala Mozos, con la colaboración investigadora de Regina Martínez Pascual.
- Equipo docente, técnico y de coordinación de la Escuela Universitaria de Enfermería del Campus Virato de Zamora.
- Voluntariado sénior, incluido personal de enfermería jubilado, y voluntariado júnior vinculado a la Escuela de Enfermería.
- Profesionales de atención primaria y agentes de recursos sociales, vecinales y comunitarios para detección, derivación y acompañamiento.
- Apoyo de comunicación, gestión, sistematización y evaluación.

- Recursos materiales necesarios para llevar a cabo la experiencia:

- Espacios accesibles y próximos para reuniones, formación y grupos ENCuentros, como la propia Escuela de Enfermería.
- Materiales de sensibilización, información y captación en centros de salud y recursos comunitarios.
- Cuestionarios, guiones de entrevista y escalas validadas para valorar soledad y redes sociales.
- Medios de contacto telefónico y acompañamiento, equipamiento informático y herramientas de registro seguro.

13. FINANCIACIÓN

Recursos propios	
Cuota de personas usuarias	
Ingresos derivados de la prestación de servicios/productos	
Subvenciones	X
Otros	
Especificar otras fuentes de financiación diferentes:	
Fondo FEDER, Programa Interreg V-A España-Portugal (POCTEP) 2014-2020.	

14. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Acabar con la pobreza	
Hambre cero	
Salud y bienestar	X
Educación de calidad	
Igualdad de género	
Agua limpia y saneamiento	
Energía asequible y no contaminante	
Trabajo decente y crecimiento económico	
Industria, innovación e infraestructura	
Reducción de las desigualdades	
Ciudades y comunidades sostenibles	X
Producción y consumo responsables	
Acción por el clima	
Vida submarina	
Vida de ecosistemas terrestres	
Paz, justicia e instituciones solidarias	
Alianzas para lograr los objetivos	X
No procede / No aplica	

15. COHERENCIA CON LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP)



Principio de Autonomía

Se promueve la capacidad de autogobierno de las personas y su derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su plan de vida, así como a que sus preferencias sean atendidas, también cuando presentan situaciones de gran dependencia, pudiendo hacer elecciones entre diferentes alternativas.

La práctica reconoce a las personas mayores como sujetos capaces de decidir y aportar. La metodología participativa y los grupos ENCUENTROS incorporan sus preferencias, intereses, ritmos y elecciones sobre actividades, apoyos y vínculos, evitando respuestas impuestas o infantilizadoras.

Principio de Individualidad

Se reconoce que cada persona es única y diferente del resto, por tanto, las actuaciones responden a criterios de personalización y flexibilidad.

La soledad se entiende como una experiencia subjetiva y diversa. El cuestionario de entrada y la entrevista en profundidad permiten conocer la historia de vida, la red social, la situación emocional, las actividades, los apoyos y las expectativas de cada persona. La intervención grupal se combina así con una comprensión individual, sin tratar a la población mayor como un colectivo homogéneo.

Principio de Independencia

Se reconoce que todas las personas poseen capacidades que deben ser identificadas, reconocidas y estimuladas con el fin de que, apoyándonos en ellas, se puedan prevenir o minimizar las situaciones de discapacidad o de dependencia.

SOLIEDAD identifica capacidades, intereses, valores y recursos personales y busca reforzar la participación y la capacidad de autogestión. El voluntariado júnior facilitó que personas con limitaciones de movilidad pudieran participar en igualdad de condiciones. El informe reconoce, no obstante, que la autogestión debía haberse trabajado antes y la incorpora como recomendación de mejora.

Principio de Integralidad

Se contempla a la persona como un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales entendidos como una globalidad a la hora de actuar con las personas. Para garantizar la actuación óptima en todos estos ámbitos, el conjunto de recursos sociosanitarios y de otros sectores deben planificarse, diseñarse y organizarse, no con el eje puesto en los servicios, sino girando alrededor de las personas para que la atención y los apoyos lleguen de manera integrada a quienes los precisan.

La soledad se aborda como una realidad multidimensional que integra aspectos emocionales, sociales, comunitarios y de salud. La coordinación entre universidad, atención primaria, voluntariado y recursos de proximidad permite construir respuestas más completas que una intervención aislada.

Principio de Participación

Se reconoce que las personas tienen derecho a participar en la elaboración de sus planes de atención y de apoyo a su proyecto de vida. Y también a disfrutar en su comunidad, de interacciones sociales suficientes y gratificantes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social plena y libremente elegida.

La participación es un eje de la IAP y del modelo comunitario. El voluntariado intervino en espacios de deliberación y toma de decisiones; las personas participantes contribuyeron a los contenidos, eligieron actividades de proximidad, compartieron conocimientos y aficiones y valoraron conjuntamente el proceso y el futuro de sus grupos.

Principio de Inclusión social

Se reconoce que las personas deben tener la posibilidad de permanecer y participar en su entorno, disfrutar de interacciones positivas y variadas y tener acceso y posibilidad de acceder y gozar de los bienes sociales y culturales.

La intervención facilita que las personas permanezcan vinculadas a su barrio y comunidad, accedan a recursos y actividades cercanas y amplíen interacciones positivas. La sensibilización combate el estigma asociado a expresar soledad y favorece entornos más acogedores.

Principio de Continuidad de atención

Se reconoce que las personas deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada, coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso.

La intervención ofreció una secuencia semanal de diez sesiones, ampliada en algunos grupos hasta catorce, seguimiento continuado de los equipos y un segundo ciclo para atender a las veinte personas restantes. La continuidad a largo plazo no quedó plenamente garantizada: el informe recomienda intervenciones de al menos seis meses, mayor consolidación de alianzas y trabajo temprano de la autogestión. La coherencia con este principio es, por tanto, intencional pero mejorable.

16. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS

Criterio de Innovación

Desde la experiencia se plantean cambios con respecto a los modelos tradicionales de atención o se cuestionan los enfoques clásicos relacionados con la imagen de las personas o con el modo de desarrollar intervenciones o actuaciones.

La innovación reside en integrar, en un único modelo, la dimensión personal y comunitaria, la prevención y la atención directa, la IAP, el diagnóstico territorial, la detección desde espacios de confianza, el voluntariado sénior y júnior y una intervención grupal orientada a relaciones, participación y sentido vital. La práctica cuestiona las respuestas puntuales y asistenciales y sitúa a las personas como agentes de transformación.

Criterio de Transferibilidad

La experiencia contiene elementos y características que facilitan su generalización, replicabilidad o adaptación.

El proceso está sistematizado en el informe completo, el resumen ejecutivo y el decálogo. Se describen las fases, herramientas, roles, sesiones, aprendizajes, límites y recomendaciones de rediseño. La réplica requiere adaptar el liderazgo, el diagnóstico, los tiempos, los intereses de los grupos y la infraestructura social a cada territorio, no copiar mecánicamente las actividades.

Criterio de Trabajo en Red

Para el desarrollo de la experiencia se han establecido relaciones y acciones conjuntas con distintas entidades y agentes de la comunidad.

La práctica articula al CENIE, Escuela Universitaria de Enfermería, personas mayores, voluntariado sénior y júnior, atención primaria y recursos comunitarios. El trabajo compartido facilita detección, confianza, acompañamiento, formación y activación del tejido local.

Criterio de Perspectiva de Género

La iniciativa considera de forma transversal y sistemática las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, incorpora objetivos y actuaciones específicas de género o contempla su impacto por género (personas destinatarias y profesionales).

La experiencia recoge y analiza la composición por sexo de la participación: el 67,86% fueron mujeres. La documentación relaciona esta presencia con el mayor riesgo de soledad asociado a la combinación de edad, viudedad y condiciones de vida, y reconoce la necesidad de atender desigualdades de género sin homogeneizar las trayectorias.

Criterio de Evaluación y Resultados

La experiencia cuenta con un sistema de evaluación y medición de resultados sobre:

- 1) Efectividad y cumplimiento de objetivos
- 2) Impacto social
- 3) Sostenibilidad y viabilidad técnica y económica

La evaluación está integrada en la IAP y en el seguimiento de todo el proceso. Para valorar la efectividad se documentaron el desarrollo de las fases, la participación, la adaptación de la metodología y la consecución cualitativa de los objetivos de ENCuentros. El impacto social se analizó mediante la movilización alcanzada, la evolución de las relaciones y las valoraciones de participantes y equipos. La sostenibilidad se examinó a través del liderazgo, la red comunitaria, la capacitación, el voluntariado y la posibilidad de continuidad y réplica. Los documentos no incluyen una evaluación económica específica ni un análisis de coste-efectividad, por lo que la viabilidad económica solo puede vincularse a la financiación FEDER y a los recursos movilizados durante el proyecto.

La experiencia utilizó un cuestionario de entrada con las escalas de Lubben y De Jong Gierveld, entrevistas en profundidad, control de asistencia, observación de las

Criterio de Evaluación y Resultados

interacciones, el Diario de los ENCUENTROS cumplimentado tras cada sesión, reuniones semanales de seguimiento, un canal permanente de consulta y una valoración cualitativa conjunta en la última fase. Los extractos de los diarios se relacionaron con los objetivos de cada fase. El informe completo presenta la evaluación del impacto grupal como una fase específica, pero no publica resultados cuantitativos pre-post de las escalas ni una comparación con grupo de control.

La demanda superó las previsiones, ya que se detectaron 60 situaciones de riesgo o con interés en participar frente a las 24 previstas; se desarrolló un primer ciclo con 40 personas y, según la nota de prensa de marzo de 2024, un segundo ciclo con los 20 restantes. Algunos grupos ampliaron las diez sesiones previstas hasta catorce. Los registros cualitativos muestran mayor confianza y cohesión, intercambio de teléfonos, signos de amistad, relaciones fuera de las sesiones y voluntad de continuar; el voluntariado confirmó públicamente la creación de amistades. El segundo ciclo generó espacios intergeneracionales de decisión conjunta. Al mismo tiempo, la evaluación identificó límites: duración insuficiente, necesidad de agrupar por intereses, trabajar antes la autogestión y consolidar mejor las alianzas. Son resultados de proceso y hallazgos cualitativos de una experiencia piloto, no una demostración causal de reducción de la soledad.

Ambiente facilitador y otros criterios

En cuanto al entorno, aspectos socio-espaciales, comunitarios, ergonómicos y de otra tipología.

El entorno es un componente sustantivo del modelo. Los centros de salud actuaron como espacios de confianza para la detección; la Escuela de Enfermería ofreció un lugar estable y reconocido; y los equipamientos de la ciudad permitieron abrir los grupos a la comunidad. La práctica aplica el concepto de infraestructura social y utiliza acompañamientos para que las dificultades de movilidad no impidan la participación. El informe recomienda reforzar la accesibilidad, la diversidad de interacciones y la duración de los procesos.