

INFORME DE SITUACIÓN: SOLEDAD NO DESEADA EN LA MANCOMUNIDAD DE LA SERRANÍA

PROYECTO: “VIDAS CON ECO”:
LUCHA CONTRA LA SOLEDAD NO
DESEADA

ÍNDICE

1. Resumen ejecutivo
2. Introducción
3. Contexto territorial
 - 3.2 Contexto geográfico
 - 3.3 Contexto socioeconómico
 - 3.4 Contexto político
4. Metodología
 - 4.1 Enfoque
 - 4.2 Herramientas
5. Resultados del diagnóstico
 - 5.1 Perfil de las personas participantes
 - 5.2 Frecuencia, intensidad y contextos de la soledad no deseada
 - 5.3 Factores de riesgo y percepción comunitaria
 - 5.4 Grupos vulnerables priorizados
 - 5.5 Barreras y motivaciones para la participación social
 - 5.6 Perfil profesional y ámbito de actuación
 - 5.7 Magnitud percibida de la soledad en mayores de 65
 - 5.8 Factores explicativos y desencadenantes
 - 5.9 Grupos en mayor riesgo (lectura con enfoque de género)
 - 5.10 Efectos percibidos y presión sobre servicios
 - 5.11 Barreras de implementación y recursos existentes
 - 5.12 Disposición a coordinación
6. Conclusión: lectura integrada de los resultado
7. Propuestas de intervención específicas.
8. Agradecimientos

1.RESUMEN EJECUTIVO

Este informe presenta el diagnóstico participativo sobre soledad no deseada en los municipios de la Mancomunidad de la Serranía. Se analizan 202 encuestas a población residente y una encuesta complementaria a perfiles profesionales (muestra exploratoria), con el objetivo de orientar respuestas comunitarias y políticas locales basadas en evidencia, con enfoque de género e intergeneracional.

- El 78.2% de las personas encuestadas refiere algún grado de soledad (rara vez, a veces, a menudo o siempre).
- La franja de edad con mayor presencia en la muestra es 61-79 años (n=114) y 80+ (n=28), lo que refuerza el foco en envejecimiento y cuidados.
- La frecuencia más habitual es 'a veces' (n=106) y la intensidad más frecuente es 'moderada' (n=98).
- Las tardes y las noches destacan como momentos con mayor sensación de soledad, junto con fines de semana (mención múltiple).
- Las barreras más mencionadas para participar en actividades son movilidad/traslado, falta de tiempo y vergüenza o timidez.
- Los perfiles profesionales señalan como ejes causales principales movilidad/salud, aislamiento territorial/transporte y cambios familiares (viudedad, migración), y describen efectos como depresión/ansiedad y aumento de presión sobre servicios (SAD y atención social).

Base empírica: 185 encuestas a población del municipio, 6 respuestas a la encuesta de perfiles profesionales (SAD, trabajo social, educación social y concejalía de servicios sociales) y 5 entrevistas semiestructuradas a perfiles vinculados a la atención social y comunitaria.

2.INTRODUCCIÓN

La soledad no deseada es un fenómeno social complejo, multicausal y a menudo invisible, que impacta en la salud, el bienestar y la participación comunitaria de las personas. En el medio rural, sus efectos se intensifican por la dispersión geográfica, la pérdida progresiva de población, el envejecimiento, las barreras de movilidad y la limitada disponibilidad de recursos y servicios de acompañamiento. En este contexto, la soledad no deseada no afecta únicamente a las personas mayores, sino que puede atravesar distintas realidades vitales, con especial incidencia en **mujeres** —en particular, mujeres mayores y mujeres cuidadoras—, además de alcanzar a personas jóvenes, población migrante y otros perfiles en situación de vulnerabilidad. Este informe recoge los resultados del **primer diagnóstico participativo** realizado en los **14 municipios** de la Mancomunidad de la Serranía (Valencia) en el marco del proyecto comunitario **VIDAS CON ECO**, financiado por la Generalitat Valenciana en el marco de la línea de subvención de envejecimiento activo y lucha contra la soledad no deseada en 2025.

La motivación principal del proyecto nace de una carencia estructural: **la ausencia de datos sistemáticos, situados y comparables** que permitan dimensionar la soledad no deseada en la comarca con criterios rigurosos, identificando **dónde, cómo y en quiénes** se manifiesta, y qué factores territoriales, relacionales, económicos y de género la agravan. Sin este conocimiento de base, resulta especialmente difícil diseñar respuestas eficaces, evaluar necesidades reales y orientar la acción pública y comunitaria hacia medidas que se ajusten a la realidad cotidiana de cada municipio.

El objetivo del proyecto, por tanto, es **visibilizar y medir** la soledad no deseada desde una mirada comunitaria y de derechos, generando evidencia local útil para la toma de decisiones y para la construcción de soluciones sostenibles. Para ello, se desarrolla un diagnóstico con enfoque participativo que combina **encuestas dirigidas a la población general** con la recogida de información específica a través de **encuestas a personal profesional** vinculado al bienestar social y a la atención comunitaria, tales como personal del **SAD, trabajadoras sociales, educadoras sociales, concejalías** (especialmente de **servicios sociales**), profesionales de **psicología y agentes de igualdad**, entre otros perfiles relevantes. Esta doble mirada —ciudadanía y ámbito profesional— permite contrastar percepciones, detectar señales de riesgo, identificar recursos existentes y señalar carencias de atención y coordinación en el territorio.

Este enfoque integra de forma transversal la perspectiva de género (atendiendo las desigualdades que afectan de manera específica a las mujeres en el entorno rural),

la intergeneracionalidad (favoreciendo vínculos, redes y apoyos entre edades) y la territorialidad (adaptando la lectura del problema a las condiciones de cada municipio). El informe aspira a convertirse en una herramienta de referencia para impulsar protocolos de detección y actuación, orientar políticas sociales y fortalecer el tejido comunitario, contribuyendo al arraigo y a la mejora de la calidad de vida en la Serranía.

3.CONTEXTO TERRITORIAL

3.1 GEOGRÁFICO

La Mancomunidad de la Serranía está ubicada en el interior de la provincia de Valencia, está compuesta por 14 municipios: Alpuente, Andilla, Alcublas, Bugarra, Calles, Casinos, Chulilla, Gestalgar, Higuieruelas, La Yesa, Losa del Obispo, Pedralba, Sot de Chera y Villar del Arzobispo; y están situados en la comarca de Los Serranos. Esta zona se caracteriza por un relieve montañoso y una baja densidad poblacional siendo una zona rural declarada con una media de menos de 10 habitantes/km² en algunos municipios.

- Núcleos urbanos con mayor censo:
 - Villar del Arzobispo: 3.775 habitantes.
 - Pedralba: 3.124 habitantes.
 - Casinos: 3.113 habitantes.
 - Bugarra: 781 habitantes.
- Núcleos con muy baja densidad y población censada:
 - Losa del Obispo: 450 habitantes.
 - Sot de Chera: 432 habitantes.
 - Andilla: 324 habitantes.

Esta distribución refleja una alta dispersión poblacional, con núcleos urbanos pequeños y aislados, declarándose dentro del marco de las políticas de ordenación territorial y demográfica, especialmente en España, como zona no urbana. Este término surge para identificar áreas con características rurales marcadas y desafíos específicos derivados de su baja densidad poblacional y aislamiento geográfico, que dificulta el acceso a servicios básicos y fomenta el aislamiento social.

3.2 SOCIOECONÓMICO

- Envejecimiento poblacional: Más del 30% de la población supera los 65 años, con una pirámide demográfica invertida.
- Precariedad laboral: Alta temporalidad en sectores como la agricultura y el turismo, con salarios bajos y falta de oportunidades para jóvenes.
- Falta de infraestructuras: Escasez de transporte público, centros de salud especializados y espacios de ocio, lo que limita la movilidad y la participación social.

Despoblación: Pérdida de población joven debido a la falta de empleo y servicios, lo que aumenta el aislamiento de las personas mayores.

3.3 POLÍTICO

La oferta de recursos en la Mancomunidad de la Serranía presenta una fragmentación significativa entre municipios. Aunque existen iniciativas locales, como programas de envejecimiento activo, la coordinación entre ellas es limitada. Esto se traduce en:

- Desigualdad en el acceso a servicios: Algunos municipios cuentan con más recursos y programas sociales, mientras que otros carecen de infraestructuras básicas.
- Falta de coordinación intermunicipal: Aunque la Mancomunidad intenta unificar criterios, cada ayuntamiento gestiona sus recursos de manera independiente, lo que genera duplicidades en algunos casos y carencias en otros.
- Dependencia de subvenciones: Los ayuntamientos dependen en gran medida de fondos europeos y autonómicos para mantener servicios sociales básicos, lo que limita su capacidad de acción y planificación a largo plazo.

Además, se añaden a la ecuación retos adicionales como:

- Adjudicación y ejecución de ayudas: Aunque en los últimos años ha crecido notablemente el número de subvenciones y ayudas dirigidas a zonas rurales, su adjudicación y ejecución siguen siendo insuficientes y poco efectivas. Los plazos burocráticos, la falta de personal técnico en los ayuntamientos pequeños y la rigidez de los criterios de concesión dificultan que los fondos lleguen a cubrir las necesidades reales de la población. Esto se agrava en municipios con menos capacidad administrativa, donde los proyectos suelen quedarse en fase de diseño o se ejecutan de forma parcial.

- Falta de servicios para la población adulta (35-65 años): Las políticas sociales y las actividades comunitarias suelen centrarse en colectivos extremos (infancia y personas mayores), dejando desatendido al grupo de edad intermedia (35-65 años), que enfrenta desafíos como la precariedad laboral, la conciliación familiar o el aislamiento social incipiente. Este vacío contribuye a la desvinculación de este sector poblacional de la vida comunitaria, especialmente en un contexto rural donde las oportunidades de ocio, formación o participación son escasas.

La combinación de estos factores perpetúa un ciclo de desigualdad territorial y limita la capacidad de la Mancomunidad para responder de manera integral a problemas como la soledad no deseada, la despoblación o la falta de cohesión social. Urge, por tanto, mejorar la gestión coordinada de los recursos, agilizar los procesos de adjudicación de ayudas y diseñar programas específicos que incluyan a todos los rangos de edad, con especial atención a las necesidades de la población adulta en edad laboral.

4. METODOLOGÍA

4.1 ENFOQUE

- **Participativo:** Involucración de la ciudadanía a través de encuestas anónimas y sesiones de sensibilización.
- **Intergeneracional y de género:** Análisis diferenciado por edad y género para identificar desigualdades.
- **Trabajo en red:** Colaboración con ayuntamientos, servicios sociales y entidades locales.

4.2 HERRAMIENTAS

- **Encuestas:** Se utiliza un cuestionario estructurado y anónimo, diseñado por la Asociación ALEGRÍA y el área de juventud de la Mancomunidad de la Serranía, adaptado a un lenguaje accesible para población mayor de 65 años. Las encuestas se recogen mediante urnas situadas en los ayuntamientos y espacios públicos de cada municipio participante, además de sesiones en los proyectos de “Aula Respiro” y a pie de calle. Aplicados a personas de distintas edades, con especial atención a mayores de 60 años.
- **Encuestas a personal profesional:** Cuestionarios al personal profesional vinculado al bienestar social y a la atención comunitaria (Trabajo Social, personal SAD, psicología, personal técnico de juventud, educación social...).
- **Análisis de datos:** Uso de hojas de cálculo para cruzar variables (edad, género, municipio, frecuencia de soledad) y detectar patrones.

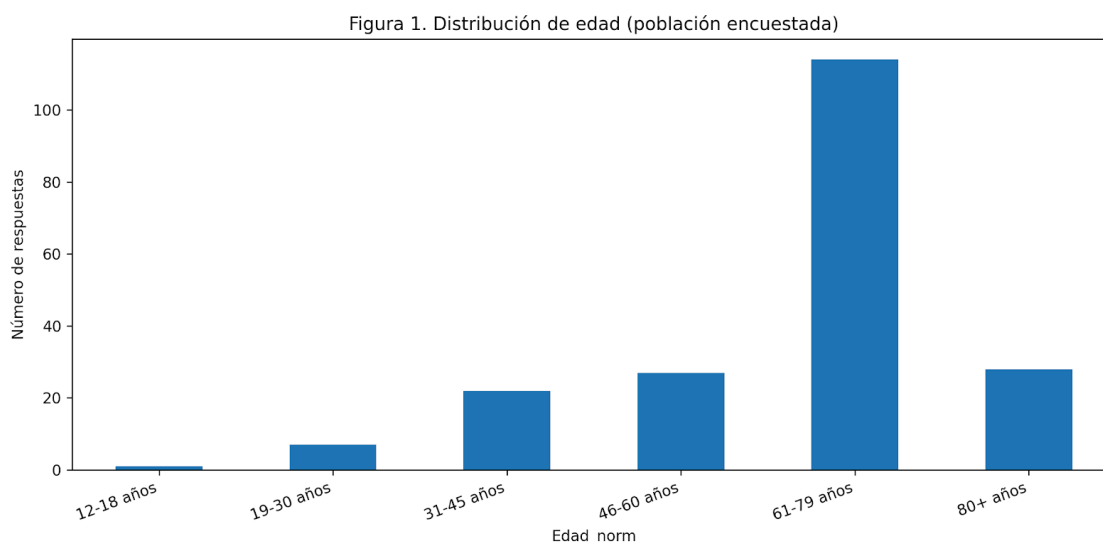
Ficha metodológica adjunta en Anexo II

5. RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO (SÍNTESIS INTERPRETATIVA-DESCRIPTIVA)

5.1 PERFIL DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

La muestra se compone mayoritariamente de personas mayores de 60 años (60%), con un peso relevante de personas de 80 o más (15%), lo que sitúa el diagnóstico en un marco especialmente sensible a procesos de envejecimiento y vulnerabilidad asociada. En términos de género, participan principalmente mujeres (65%), frente a hombres (30%), con un 5% que se identifica en otra categoría o prefiere no indicarlo, lo que sugiere una mayor presencia de mujeres en los espacios de participación o una mayor disposición a verbalizar esta realidad. Primer Informe de Situación.

Por procedencia, destacan Sot de Chera (30%) y Pedralba (25%), seguidos de Bugarra (15%) y Villar del Arzobispo (15%), quedando el resto de municipios agrupado (15%). En situación laboral, predomina la jubilación o inactividad (70%), con un 20% en empleo precario, lo que apunta a condicionantes materiales que pueden limitar la vida social y la autonomía.



La categoría “Mayores de 80 años” está solapada con “mayores de 60 años”, ya que una se encuentra dentro de la otra.

Figura 2. Distribución de género (población encuestada)

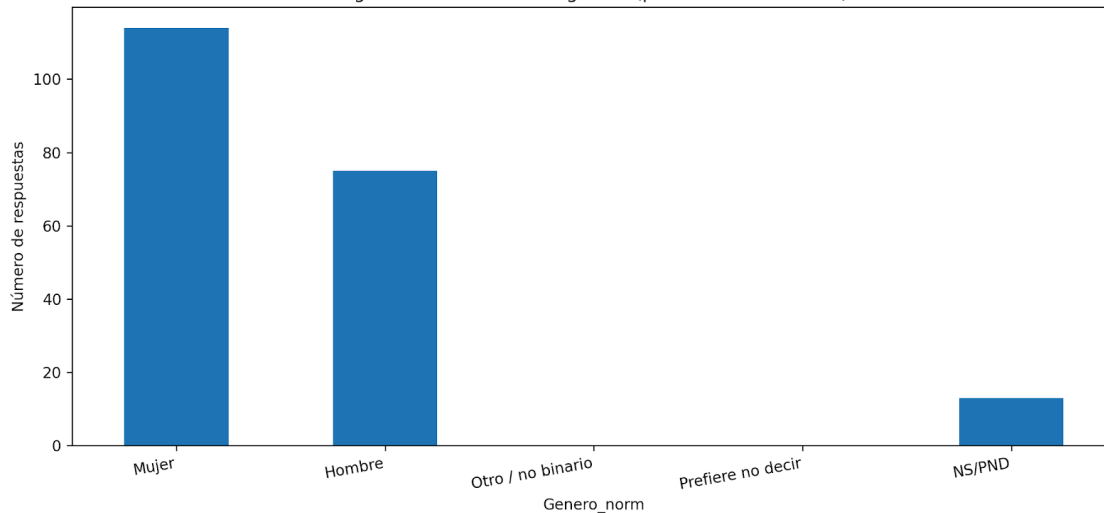
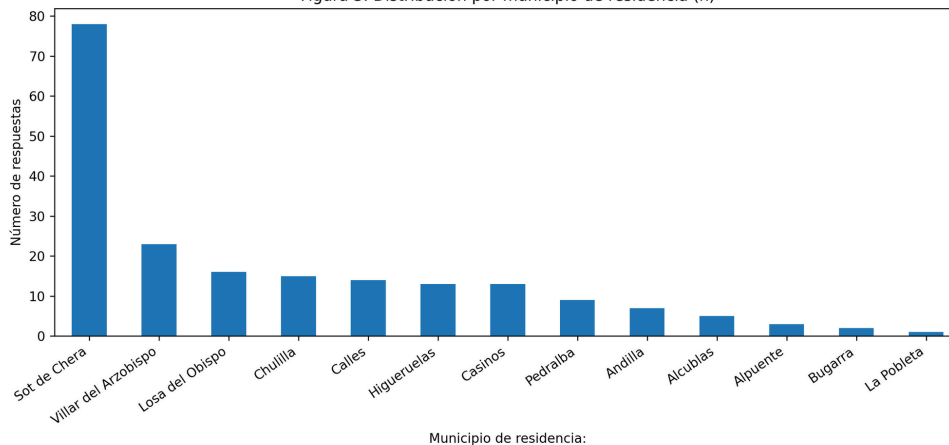


Figura 3. Distribución por municipio de residencia (n)



5.2 FRECUENCIA, INTENSIDAD Y CONTEXTOS DE LA SOLEDAD NO DESEADA

La soledad no deseada aparece como una experiencia extendida y recurrente: el 50% la refiere “a veces” y el 20% “con frecuencia/siempre” (frente a un 25% “rara vez”). En intensidad, se describe sobre todo como moderada (45%), aunque existe un 20% que la vive como alta o muy alta, un grupo de especial prioridad preventiva y de apoyo. Primer Informe de Situación.

Temporalmente, se concentra sobre todo en tardes/noches (60%) y, en menor medida, en fines de semana o periodos vacacionales (25%), coherente con momentos de menor actividad comunitaria y mayor percepción de aislamiento. En cuanto a situaciones, la soledad se experimenta principalmente en el hogar (70%), pero también se constata un fenómeno clave: un 20% refiere sentirla incluso acompañada, cuando no existe conexión emocional, lo que orienta las respuestas hacia la calidad del vínculo, no solo hacia “estar con gente”.

Figura 4. Frecuencia de soledad no deseada

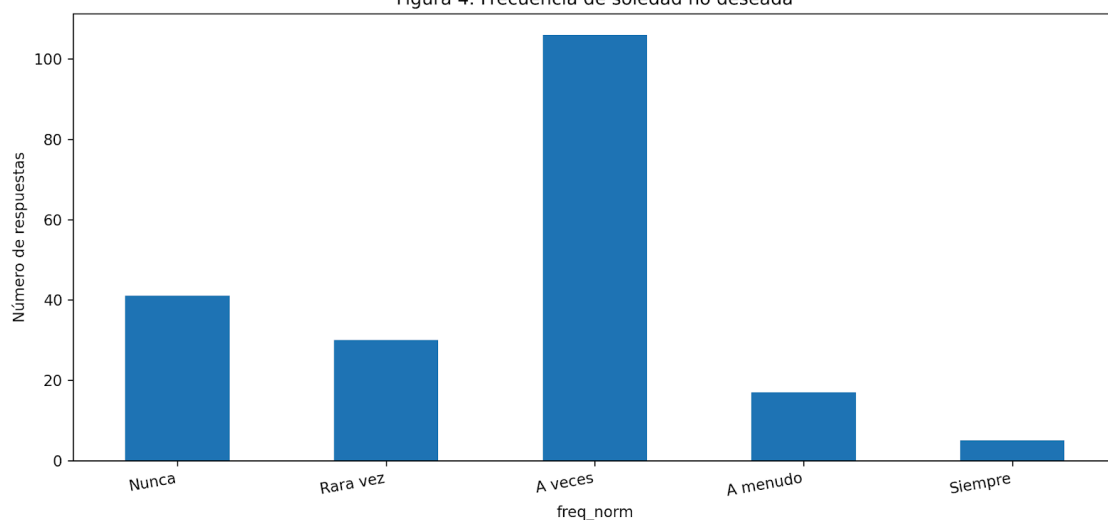


Figura 6. Momentos con mayor sensación de soledad (mención múltiple)

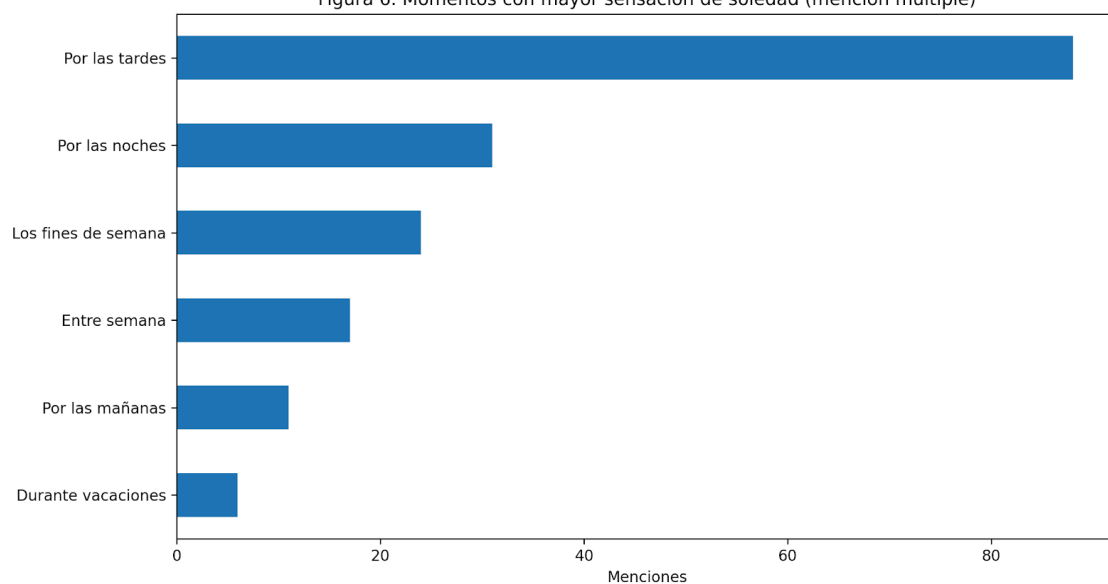
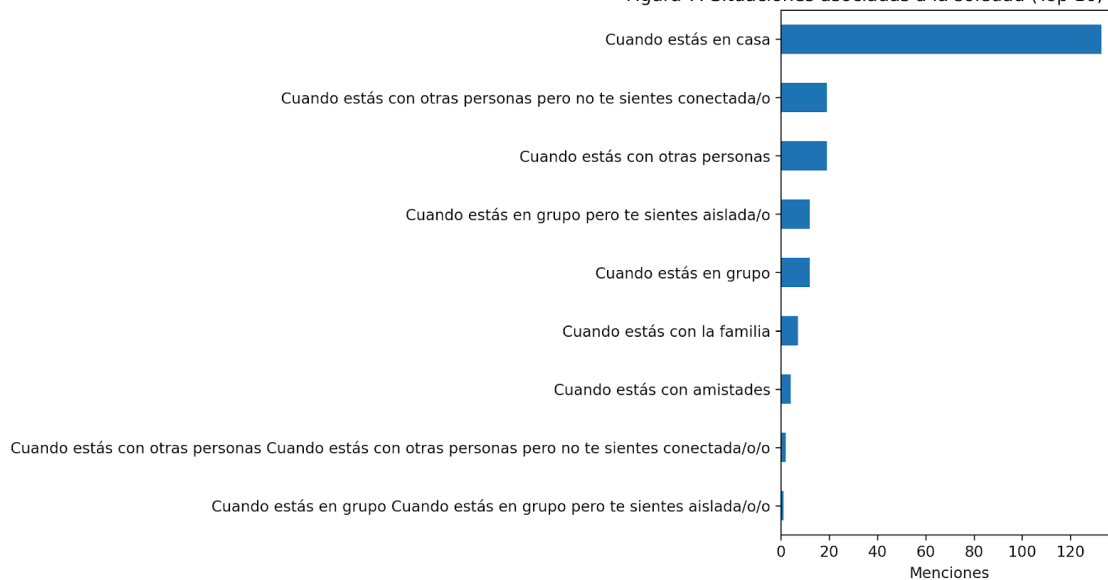
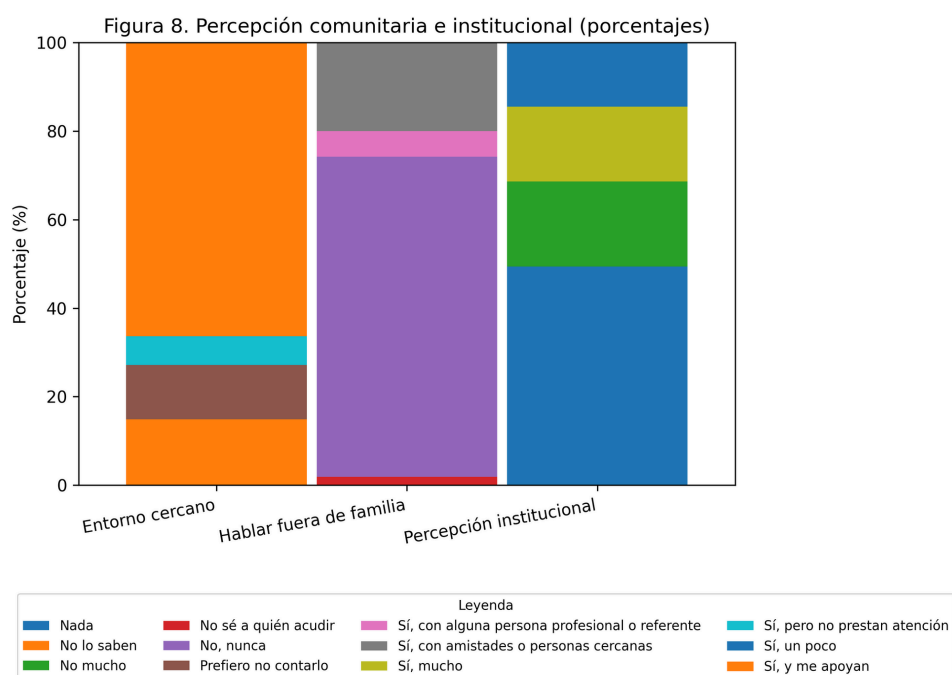


Figura 7. Situaciones asociadas a la soledad (Top 10, me



5.3 FACTORES DE RIESGO Y PERCEPCIÓN COMUNITARIA

Los resultados señalan factores individuales (edad avanzada, duelo, problemas de movilidad), sociales (estigma, limitaciones económicas) y territoriales (aislamiento geográfico, carencia de transporte/servicios en municipios pequeños). En conjunto, se perfila un riesgo acumulativo: cuando confluyen edad, movilidad reducida y baja accesibilidad, aumenta la exposición a soledad no deseada.



Más de la mitad (55%) declara sentir apoyo del entorno, pero un bloque relevante expresa incertidumbre o reserva (25%) y existe un 20% que no lo percibe. Además, el 60% identifica soledad en otras personas, lo que indica conciencia comunitaria, aunque no universal. La valoración institucional aparece dividida: 50% considera que su entorno institucional (ayuntamiento/mancomunidad) tiene en cuenta la soledad, y el otro 50% no lo percibe así.

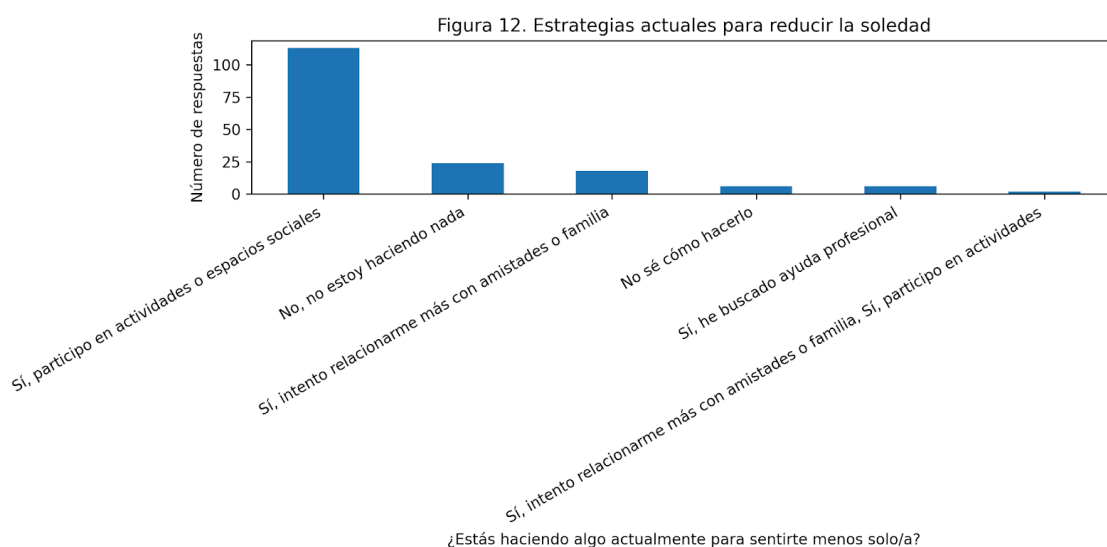
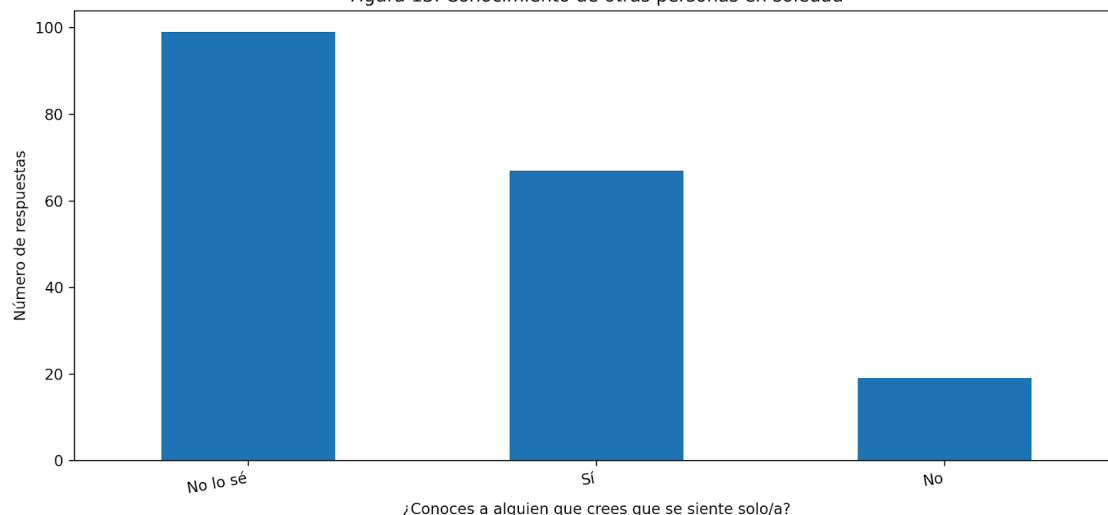


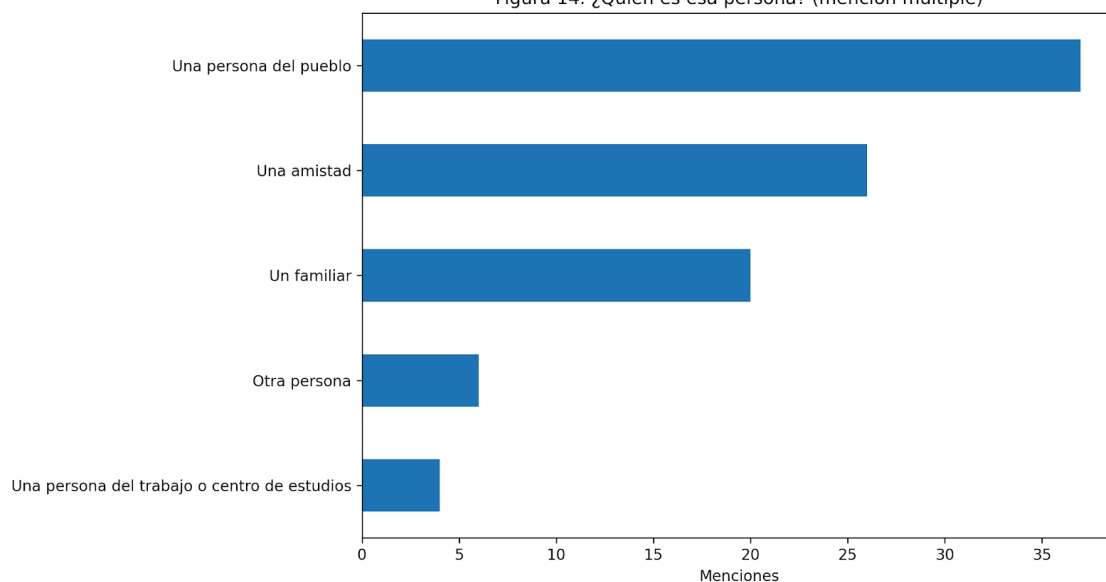
Figura 13. Conocimiento de otras personas en soledad



5.4 GRUPOS VULNERABLES PRIORIZADOS

Se identifican como colectivos de mayor vulnerabilidad: mujeres mayores de 80 años que viven solas y con movilidad reducida (prioridad por la combinación de edad, aislamiento y dependencia), hombres viudos en municipios pequeños con redes limitadas, personas con discapacidad o dependencia, y personas en pobreza que no pueden sostener participación social.

Figura 14. ¿Quién es esa persona? (mención múltiple)



5.5 BARRERAS Y MOTIVACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

Las principales barreras son la falta de transporte (40%), la falta de tiempo (30%) y la vergüenza/timidez (15%), mostrando que los obstáculos son tanto estructurales (movilidad) como psicosociales (autoexclusión, estigma). Aun así, se observa una base de oportunidad clara: el 70% expresa deseo de participar en actividades, con interés adicional por propuestas intergeneracionales (20%) y por apoyo emocional (10%).

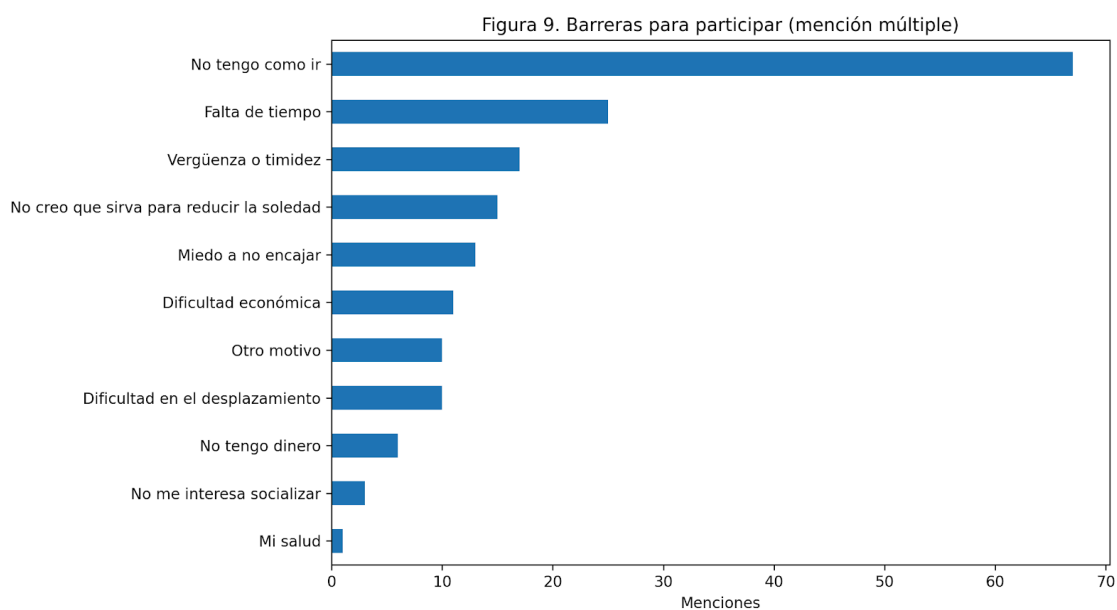
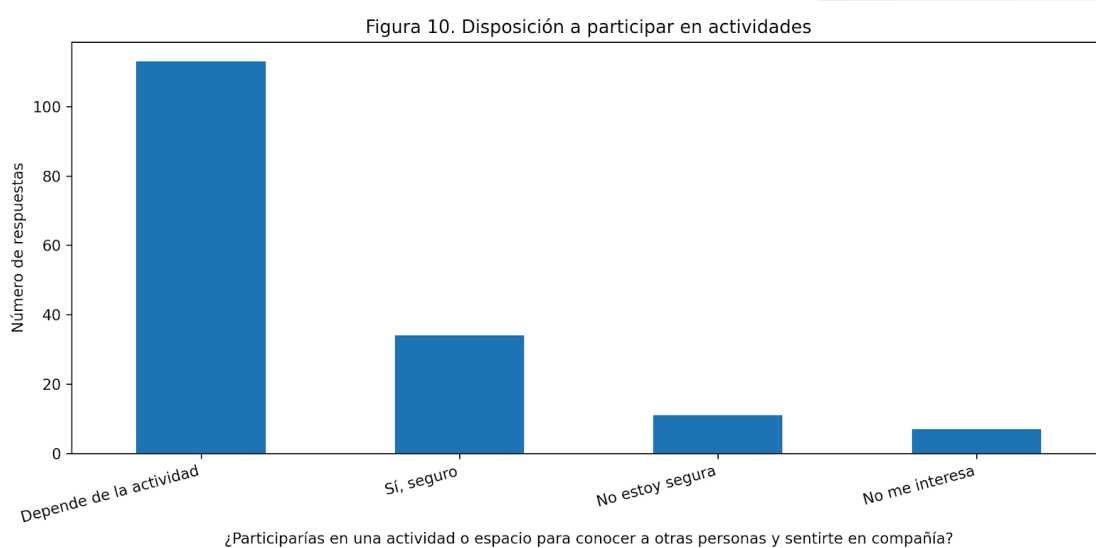
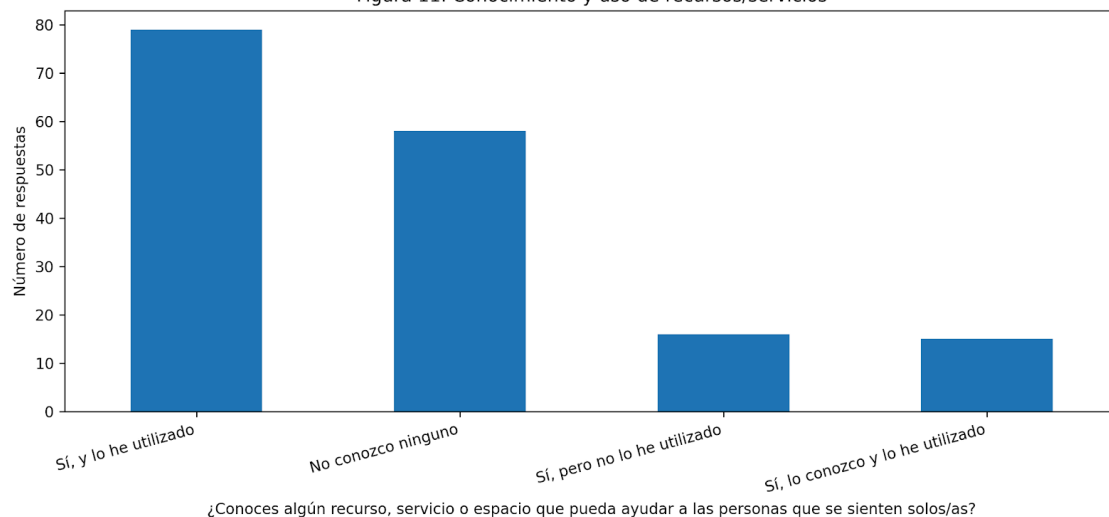


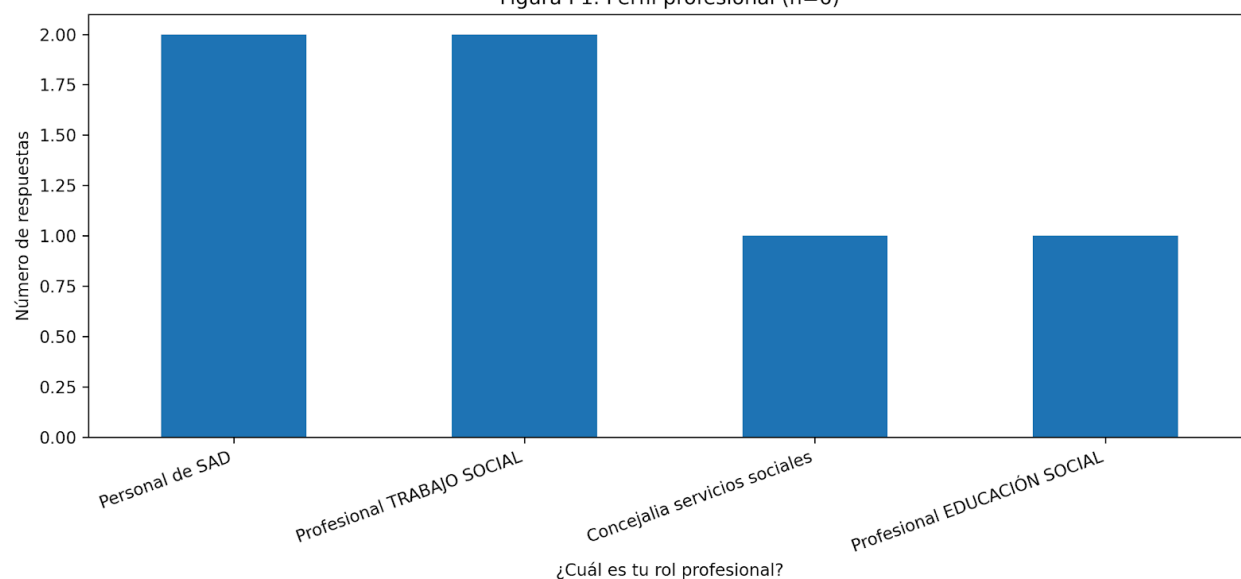
Figura 11. Conocimiento y uso de recursos/servicios



La participación profesional se concentra en perfiles con contacto directo con población mayor y situaciones de vulnerabilidad (SAD y trabajo social), junto con educación social y representación municipal de servicios sociales.

5.6 PERFIL PROFESIONAL Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN

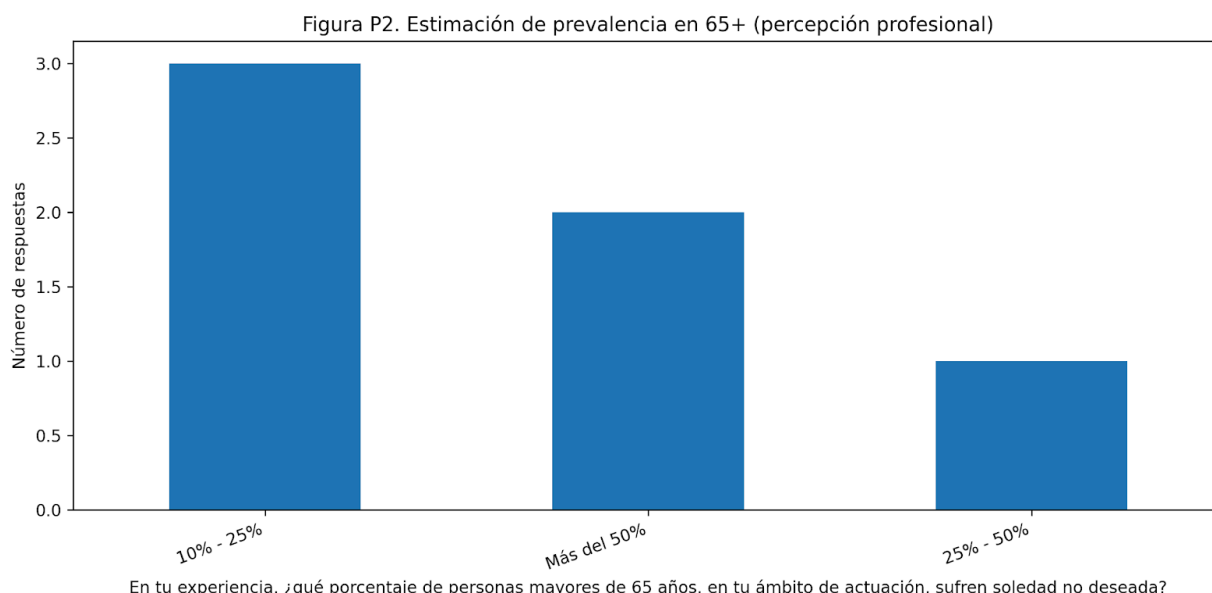
Figura P1. Perfil profesional (n=6)



En cuanto al ámbito territorial de referencia, se mencionan varios municipios del área, lo que sugiere una visión comparada desde la práctica profesional.

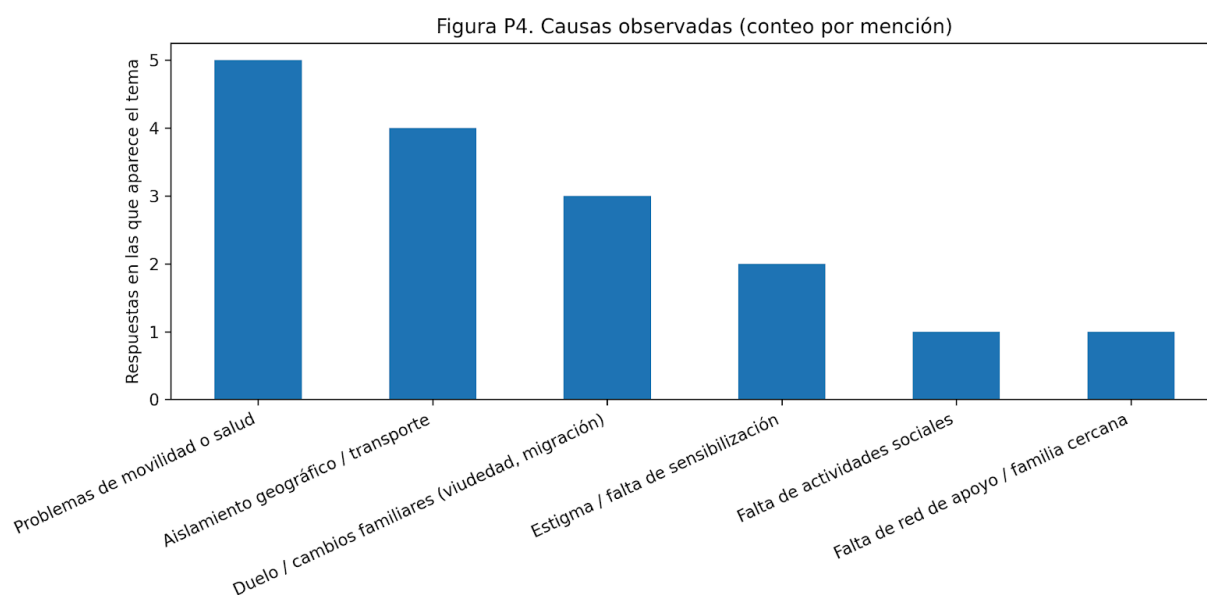
5.7 MAGNITUD PERCIBIDA DE LA SOLEDAD EN 65+

La encuesta a perfiles profesionales aporta una estimación subjetiva de magnitud en población 65+, con concentración de respuestas en rangos intermedios (10%-25%) y presencia de percepciones de mayor prevalencia en contextos concretos. Estos datos sirven para priorizar detección y derivación, y para dimensionar la respuesta de servicios.



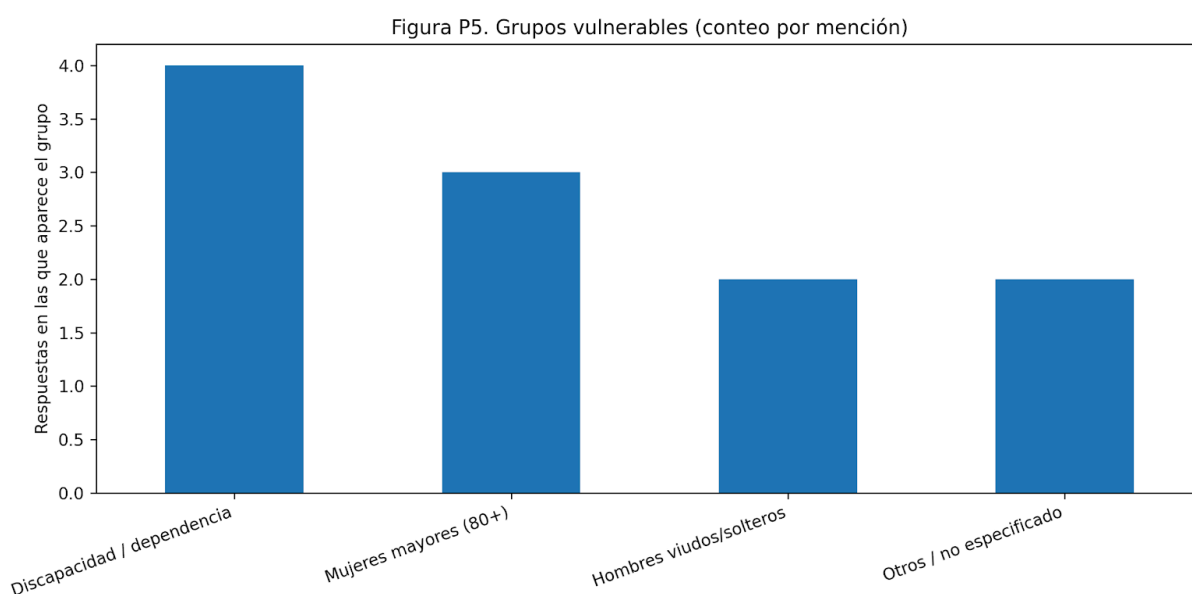
5.8 FACTORES EXPLICATIVOS Y DESENCADENANTES

La codificación temática de respuestas abiertas sitúa como principales desencadenantes percibidos: (1) problemas de movilidad o salud, (2) aislamiento geográfico y transporte, y (3) duelos y cambios familiares. En segundo plano aparecen el estigma o falta de sensibilización y, de forma más puntual, la falta de actividades sociales y la ausencia de red familiar cercana.



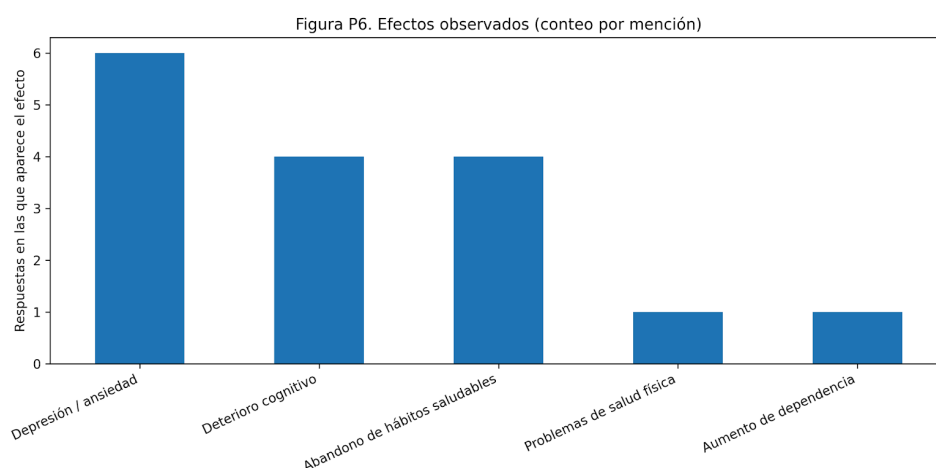
5.9 GRUPOS EN MAYOR RIESGO (LECTURA CON ENFOQUE DE GÉNERO)

La lectura profesional coincide con el diagnóstico ciudadano en señalar una vulnerabilidad elevada asociada a dependencia/discapacidad y a la vejez. Se destaca de manera específica la situación de mujeres mayores (especialmente 80+) y, en paralelo, hombres viudos o solteros. Esta diferenciación es relevante: en mujeres, se asocia con frecuencia a trayectorias de cuidados, vida en solitario y dependencia funcional; en hombres, a redes relacionales más estrechas y menor participación comunitaria.



5.10 EFECTOS PERCIBIDOS Y PRESIÓN SOBRE SERVICIOS

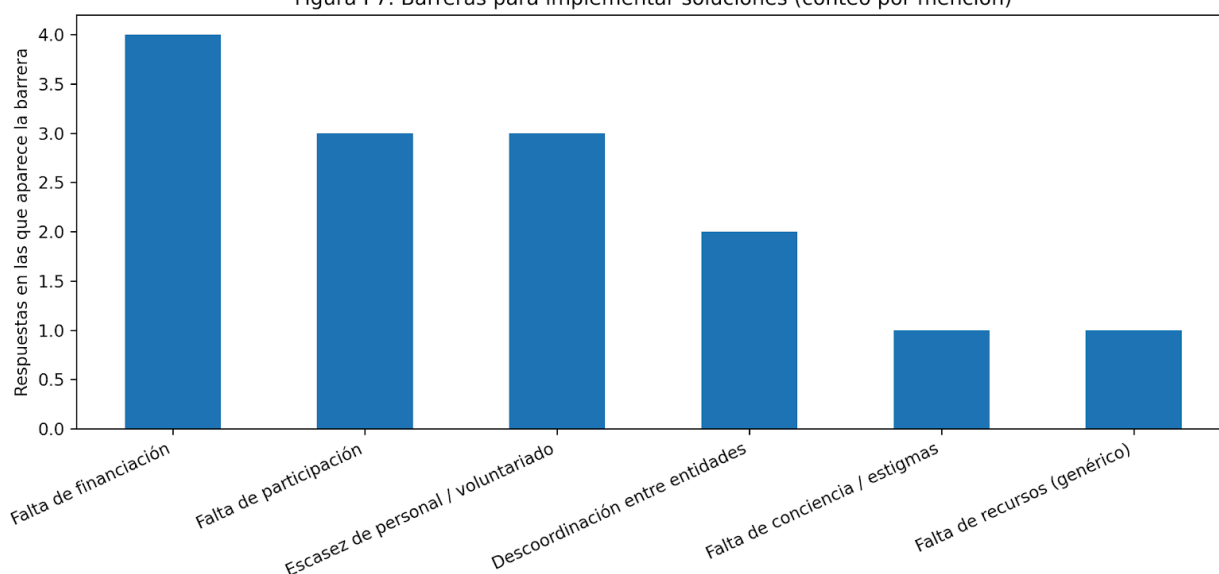
El impacto descrito se concentra en la salud mental: la ansiedad/depresión aparece en todas las respuestas como consecuencia observada. También se mencionan con frecuencia el deterioro cognitivo y el abandono de hábitos saludables. En la práctica, esto se traduce en mayor necesidad de acompañamientos, incremento de dependencia y aumento de la carga para SAD y servicios sociales (más seguimiento y, en algunos casos, tramitaciones urgentes).



5.11 BARRERAS DE IMPLEMENTACIÓN Y RECURSOS EXISTENTES

En la implementación de soluciones, se señalan barreras recurrentes: falta de financiación, escasez de personal/voluntariado, y dificultades para activar participación sostenida. Los recursos más citados incluyen talleres/actividades grupales y acompañamiento (voluntariado/SAD), además de espacios comunitarios como aulas de respiro.

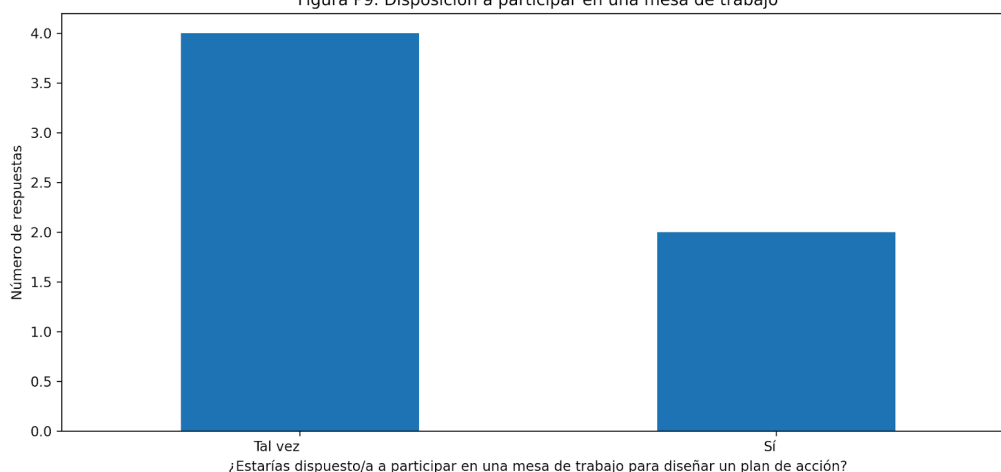
Figura P7. Barreras para implementar soluciones (conteo por mención)



5.12 DISPOSICIÓN A COORDINACIÓN

La coordinación se identifica como condición de éxito: reuniones periódicas, mesas o comisiones formales, e intercambio de información para detección y derivación. La disposición a participar en una mesa de trabajo es mayoritariamente favorable o condicionada a disponibilidad y claridad de objetivos.

Figura P9. Disposición a participar en una mesa de trabajo



6. DISCUSIÓN: LECTURA INTEGRADA DE LOS HALLAZGOS

La lectura integrada de resultados confirma que la soledad no deseada en la Mancomunidad de la Serranía constituye un fenómeno real, multicausal y territorialmente condicionado, cuya comprensión exige ir más allá de interpretaciones individuales. En coherencia con el objetivo general del proyecto — contar con evidencia local y participada que permita visibilizar el fenómeno y orientar respuestas comunitarias y públicas—, este diagnóstico aporta una base empírica inicial que combina la voz de la ciudadanía con la mirada de perfiles profesionales vinculados al bienestar social. El resultado principal es que la soledad no deseada se expresa como una experiencia frecuente e intermitente, que se concentra en momentos de menor estructura social (especialmente tardes/noches y fines de semana) y se asocia de forma preferente al hogar, lo que pone de relieve la necesidad de intervenciones que actúen sobre accesibilidad, continuidad y calidad relacional.

Desde un enfoque explicativo, los datos de la población general y el relato profesional convergen en tres grandes planos de determinación. En primer lugar, un plano estructural-territorial, marcado por la dispersión poblacional, las dificultades de movilidad y la distancia a servicios y espacios de socialización. Este componente no solo limita la participación, sino que también reduce la detección temprana y la continuidad de las relaciones significativas, especialmente en edades avanzadas o cuando existen limitaciones funcionales. En segundo lugar, un plano relacional y biográfico, donde aparecen con fuerza transiciones vitales como la viudedad, los duelos, la marcha de familiares y el debilitamiento progresivo de redes cercanas. En tercer lugar, un plano psicosocial y cultural, en el que se identifican barreras como la vergüenza, la timidez, el temor a no encajar y el estigma asociado a reconocer la soledad; barreras que explican por qué “ofrecer actividades” no siempre se traduce en participación, y por qué la intervención debe incluir acompañamiento inicial y entornos seguros.

Un hallazgo especialmente relevante para la interpretación es la presencia de soledad no deseada incluso en contextos de compañía cuando no existe conexión emocional. Esto evidencia que el fenómeno no puede abordarse únicamente aumentando oportunidades de contacto social, sino fortaleciendo la pertenencia y la calidad del vínculo. En términos de política pública y acción comunitaria, esta distinción es crucial: las estrategias de mayor impacto son aquellas que facilitan relaciones sostenidas (grupos pequeños, continuidad semanal o quincenal, roles de acogida, espacios de confianza), frente a la lógica de actividades aisladas o masivas que no generan estabilidad relacional.

La lectura integrada adquiere mayor profundidad al aplicar el enfoque de género, que es central en el diseño del proyecto. Los patrones observados sugieren una vulnerabilidad diferencial en mujeres, especialmente en edades avanzadas, donde confluyen mayor probabilidad de viudedad, trayectorias de vida con alta carga de cuidados y, en ocasiones, menor acceso a redes propias fuera del ámbito familiar. A esto se suma que las mujeres suelen sostener redes comunitarias y cuidados informales, lo que puede invisibilizar su propia necesidad de apoyo y limitar el tiempo disponible para el autocuidado y la participación. Por ello, el diagnóstico no solo identifica grupos vulnerables, sino que orienta un criterio de priorización: mujeres mayores que viven solas, mujeres con movilidad reducida o dependencia, y mujeres cuidadoras con sobrecarga.

La triangulación con perfiles profesionales refuerza la dimensión operativa del diagnóstico: se describen efectos coherentes con deterioro del bienestar emocional (p. ej., ansiedad/depresión), pérdida de hábitos saludables y aumento de dependencia, y se vincula la soledad no deseada con un incremento de demanda sobre recursos de proximidad (especialmente SAD y servicios sociales). En consecuencia, la soledad no deseada no es solo un fenómeno subjetivo: tiene implicaciones organizativas para el sistema local de cuidados y evidencia la necesidad de coordinación y prevención para evitar cronificación y situaciones de mayor gravedad.

En este marco, la lectura integrada permite proponer una hipótesis práctica de intervención coherente con los objetivos específicos del proyecto:

- Mejorar la detección y derivación (identificación temprana, prescripción social y circuitos claros),
- Reducir barreras de acceso (movilidad, información y acompañamiento de entrada),
- Asegurar continuidad relacional (programación estable y grupos de vínculo), y
- Fortalecer la gobernanza comunitaria (coordinación entre ayuntamientos, Mancomunidad, recursos profesionales y tejido asociativo).

Esta lógica responde directamente a la motivación inicial del proyecto: la ausencia de datos locales sistematizados dificultaba dimensionar el problema y priorizar respuestas. Con este diagnóstico se establece una línea base que ya permite orientar un plan de acción comarcal, y al mismo tiempo señala la conveniencia de ampliar y sostener la recogida de datos (por ejemplo, con periodicidad anual) para evaluar impacto y ajustar estrategias.

Finalmente, el diagnóstico confirma que la respuesta más efectiva en la Serranía debe entenderse como una combinación de política pública de proximidad y acción comunitaria organizada. No basta con “ofrecer actividades”: es necesario garantizar accesibilidad, acompañamiento y continuidad, incorporando de forma explícita la perspectiva de género y la intergeneracionalidad como herramientas para reconstruir redes, reforzar el sentido de pertenencia y reducir la presión sobre servicios en el medio plazo. En este sentido, el proyecto VIDAS CON ECO no solo visibiliza una realidad; aporta un marco operativo para actuar con rigor, enfoque territorial y sostenibilidad comunitaria.

7. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICAS

A partir de la evidencia recogida en el diagnóstico a población general y la triangulación con perfiles profesionales, se proponen cuatro líneas de intervención complementarias. Todas ellas se fundamentan en un enfoque preventivo, comunitario e interseccional, incorporando de forma explícita la perspectiva de género y la participación intergeneracional, y priorizando medidas que aumenten la accesibilidad, la continuidad del vínculo y la coordinación territorial.

MEJORAR LA DETECCIÓN Y DERIVACIÓN

Identificación temprana, prescripción social y circuitos claros

- **Criterios compartidos de alerta y detección:** acordar señales de riesgo observables (p. ej., duelo reciente, reducción brusca de salidas, deterioro funcional, abandono de actividades, aislamiento sobrevenido, malestar emocional persistente, demanda reiterada de apoyo no clínico). Estos criterios deben ser compartidos por agentes de proximidad (SAD, SS.SS., asociaciones, ayuntamientos, y, cuando sea posible, agentes sanitarios y comunitarios como farmacia o comercio local).
- **Circuito formal de derivación con roles definidos:** establecer un flujo simple y estandarizado: detección → consentimiento informado → contacto inicial → asignación a recurso/actividad → seguimiento. Debe especificar responsabilidades (quién registra, quién contacta, quién acompaña la entrada, quién realiza seguimiento) y un protocolo mínimo de confidencialidad.
- **Prescripción social como herramienta estructural:** habilitar que SS.SS. y SAD (y otros agentes definidos en el circuito) puedan “prescribir” participación en recursos concretos (grupos, talleres, acompañamiento), reduciendo la carga de iniciativa individual y facilitando el acceso real a la vida comunitaria.
- **Figura de referencia (municipal o comarcal):** crear un punto de coordinación (“puerta única”) para recibir derivaciones, orientar recursos y asegurar seguimiento, evitando pérdidas de casos por falta de continuidad en la gestión.
- **Enfoque de género en la detección:** incorporar criterios específicos para identificar riesgo en mujeres mayores (viudedad, vida en solitario, limitaciones de movilidad, debilitamiento de redes) y en mujeres cuidadoras con sobrecarga, facilitando derivación temprana a recursos de apoyo y respiro.

REDUCIR BARRERAS DE ACCESO

Movilidad, información y acompañamiento de entrada

- **Accesibilidad y movilidad adaptadas al medio rural:** activar soluciones realistas (transporte a demanda, bonos/taxis concertados, rutas vecinales coordinadas con cobertura organizativa, itinerarios de recogida en días de actividad), priorizando personas mayores con movilidad reducida y núcleos diseminados.
- **Canal único de información multicanal y de proximidad:** asegurar que la agenda de actividades y recursos llegue por vías complementarias (WhatsApp/bandos, cartelería, ayuntamientos, centros de salud, farmacias, comercios y asociaciones). La información debe ser clara: qué es, para quién, cuándo, dónde, cómo llegar y con quién contactar.
- **Acompañamiento de entrada (“primer día”):** implementar un protocolo de acogida que reduzca barreras psicosociales (vergüenza, timidez, miedo a no encajar): persona anfitriona, presentación cuidada, actividades de baja exposición y posibilidad de acudir con acompañamiento inicial.
- **Diseño de actividades de “bajo umbral”:** priorizar propuestas accesibles sin habilidades previas ni exposición pública (paseos, café conversado, lectura, juegos, manualidades sencillas, cinefórum), compatibles con diferentes niveles de autonomía.
- **Ajustes con perspectiva de género:** adaptar horarios y formatos considerando cargas de cuidados y disponibilidad, especialmente en mujeres cuidadoras; reforzar espacios seguros y dinámicas que favorezcan la participación sostenida de mujeres mayores.

ASEGURAR CONTINUIDAD RELACIONAL

Programación estable y grupos de vínculo

- **De “eventos” a “itinerarios”:** consolidar programaciones regulares (semanales o quincenales) con suficiente duración (ciclos de 8–12 semanas o continuidad anual) para construir vínculo, confianza y pertenencia.
- **Grupos pequeños y estables como unidad básica de intervención:** favorecer formatos con continuidad y referentes constantes, que faciliten reciprocidad, seguimiento y detección temprana de desconexión.

- **Intervenir en franjas de mayor vulnerabilidad:** priorizar actividades en tardes/noches y fines de semana, donde el diagnóstico sitúa mayor riesgo, evitando concentrar la oferta únicamente en horarios de mañana.
- **Seguimiento de adherencia y contacto proactivo:** establecer un registro sencillo de asistencia y “alertas blandas” (p. ej., cuando una persona deja de acudir), activando contacto preventivo para evitar cronificación del aislamiento.
- **Intergeneracionalidad como estrategia continuada:** integrar propuestas intergeneracionales periódicas (alfabetización digital acompañada, intercambio de saberes y memoria local, acompañamientos culturales), como herramienta para ampliar redes y reforzar el sentido de comunidad.

Participación intergeneracional:

Programa “Acompañamiento entre generaciones”

Se propone un programa estructurado en el que personas jóvenes (16–25) acompañan a personas mayores en paseos, salidas culturales y participación en actividades comunitarias, con continuidad (semanal o quincenal) y coordinación municipal.

- **Acceso y derivación:** incorporarlo al circuito de prescripción social (detección → consentimiento → emparejamiento → primera salida acompañada → seguimiento), priorizando personas mayores que viven solas, con movilidad limitada o duelos recientes, con especial atención a mujeres mayores.
- **Seguridad y calidad:** selección y formación breve de juventud (escucha, límites, confidencialidad, señales de alerta, perspectiva de género), acompañamientos en espacios públicos y coordinación por una figura referente.
- **Reconocimiento municipal:** activar un sistema de incentivos y reconocimiento (créditos/bonos para actividades municipales, banco de tiempo, certificación de participación), para sostener la implicación juvenil y legitimar el programa como acción comunitaria.
- **Indicadores:** nº de parejas/grupos activos, nº de salidas, continuidad, satisfacción, mejora de bienestar percibido (ítems breves) y derivaciones efectivas a actividades comunitarias tras el acompañamiento.

ASEGURAR CONTINUIDAD RELACIONAL

Coordinación entre ayuntamientos, Mancomunidad, recursos profesionales y tejido asociativo

- **Estructura estable de coordinación:** activar una mesa comarcal (o red de mesas locales conectadas) con periodicidad definida, objetivos operativos y participación de ayuntamientos, Mancomunidad, SS.SS., SAD, entidades sociales, asociaciones y agentes comunitarios.
- **Acuerdos de funcionamiento y protocolos comunes:** formalizar procedimientos compartidos (detección, derivación, prescripción social, acogida, seguimiento), con un calendario coordinado de recursos y actividades que evite duplicidades y garantice cobertura territorial.
- **Mapa comarcal de recursos y vacíos:** identificar oferta existente, capacidad y carencias críticas (movilidad, acompañamiento, espacios, personal, financiación), para orientar inversión y priorización de medidas.
- **Marco de evaluación común:** acordar indicadores mínimos para seguimiento trimestral/semestral: altas, continuidad, derivaciones, satisfacción, percepción de apoyo, acceso efectivo a recursos y señales de reducción del aislamiento percibido.
- **Sostenibilidad y corresponsabilidad:** equilibrar recursos profesionales (SAD/SS.SS.) con voluntariado y acción comunitaria formados y con límites claros, evitando sustitución de funciones profesionales y garantizando continuidad, seguridad y calidad.

8. AGRADECIMIENTOS

Este informe se enmarca en el proyecto VIDAS CON ECO, financiado por la Generalitat Valenciana, y ejecutado por la Asociación ALEGRIA. Expresamos nuestro agradecimiento a la Mancomunidad de la Serranía por su acompañamiento institucional y su apoyo en la coordinación territorial, así como a Serranía Joven y a la Asociación de Jubiladas, Jubilados y Pensionistas de Villar del Arzobispo, cuya colaboración ha sido clave para facilitar la participación y el trabajo de campo.

Agradecemos, asimismo, la implicación de los ayuntamientos de los municipios participantes y de los distintos estamentos públicos que han contribuido a la difusión, logística y desarrollo de las actuaciones, con especial mención a las Aulas Respiro como espacios de proximidad que fortalecen el tejido comunitario y favorecen el acceso a la participación.

De manera muy especial, reconocemos el compromiso de las personas voluntarias, por su disponibilidad, sensibilidad y acompañamiento, y agradecemos a todas las personas participantes —tanto población general como perfiles profesionales— que han aportado su tiempo, su experiencia y su mirada. Su contribución ha permitido construir una base de evidencia local imprescindible para visibilizar la soledad no deseada en la Serranía y orientar respuestas comunitarias y públicas, con perspectiva de género e intergeneracional, que mejoren el bienestar y la calidad de vida en el territorio.