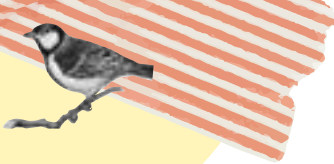




Horizontes Compartidos

Protocolo para a detección
de la soledad no deseada

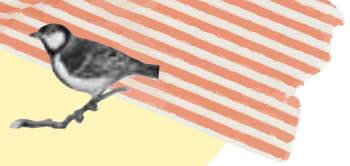


Contenido

Introducción	5
Objetivos del protocolo.....	6
Marco conceptual	7
Modelos teóricos y paradigmas sobre los que se sustenta el protocolo.....	7
Modelo de atención integral centrada en la persona	7
Modelo de calidad de vida	8
Fundamentos de la ética	8
Paradigma del envejecimiento saludable.....	8
Aislamiento social y soledad no deseada: una definición	10
Sensibilización y prevención	12
Identificación	13
Identificación de indicadores de riesgo	13
Indicadores de riesgo de aislamiento social.....	14
Indicadores de riesgo de la soledad no deseada	16
Primer acercamiento con la persona.....	18
Estimación del nivel de severidad de la soledad no deseada.....	20
Escala de Jong Gierveld	20
Gestión de apoyos y acompañamiento	22
Acciones post-detección en casos de “no soledad” o “soledad moderada”	22
Información personalizada	23
Acompañamiento inicial	23
Activar recursos locales	23
Seguimiento coordinado	23
Plan de acción individualizado en casos de soledad severa o persistente.....	24
Valoración inicial y planificación conjunta	24
Medidas y apoyos a incluir	24
Coordinación en entornos rurales	25
Finalidad y horizonte del plan	25
Seguimiento individualizado.....	26



Aspectos éticos y de confidencialidad	27
Consentimiento informado	27
Protección de datos personales.....	28
Adaptabilidad y flexibilidad del protocolo	29
ANEXO I: Indicadores de riesgo que facilitan la detección de posibles situaciones de aislamiento social y/o soledad.....	30
Anexo II: Consentimiento informado.....	36
Anexo III: Escala de Jong Gierveld.....	39
Anexo IV: Tabla de seguimiento individualizado	41
Referencias bibliográficas	42

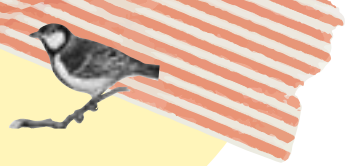


Introducción

Este protocolo, diseñado para identificar la soledad no deseada dentro del proyecto Horizontes Compartidos, agrupa una serie de acciones orientadas a brindar apoyo a las personas que necesiten enfrentar y superar esta problemática, ofreciendo alternativas adaptadas a sus proyectos personales. Con un enfoque comunitario y basado en los principios de atención centrada en la persona, se aborda la soledad y el aislamiento social como situaciones que, derivadas de factores personales, interpersonales o contextuales, pueden generar la necesidad de recibir apoyo y orientación desde los servicios comunitarios, sociales o el sistema público de salud, según las circunstancias específicas de cada individuo.

El protocolo se sustenta en varias **premisas clave**:

- Promover la sensibilización ciudadana para fortalecer la interdependencia y el cuidado mutuo.
- Intervenir tanto a nivel comunitario, fomentando el compromiso social con la problemática de la soledad, como a nivel individual, ofreciendo soluciones personalizadas.
- Crear espacios que permitan a las personas empoderarse y aprender a gestionar sus relaciones y su soledad, confiando en sus propias capacidades, mediante acciones colaborativas y coordinadas.
- Buscar respuestas que se ajusten a las características particulares de cada territorio, implementando soluciones acordadas entre los individuos, la comunidad, la ciudadanía y los profesionales, siempre con un enfoque centrado en la persona.



Objetivos del protocolo

El objetivo de este protocolo es ofrecer directrices y criterios claros para facilitar la identificación, valoración de la situación, acompañamiento, gestión de apoyos y seguimiento de las personas que puedan estar enfrentando soledad no deseada o aislamiento social. Además, proporciona orientación para apoyar la toma de decisiones, tanto para los profesionales implicados como para aquellos que decidan participar de manera voluntaria a través de sus respectivas entidades.

A continuación, se presenta una lista de los objetivos específicos del protocolo:

- **Sensibilizar** a profesionales, entidades y la comunidad sobre la problemática de la soledad no deseada y el aislamiento social.
- **Facilitar la identificación temprana** de situaciones de soledad no deseada, mediante la observación de indicadores objetivos y subjetivos en el entorno rural.
- **Estimar la severidad de la soledad no deseada** para determinar cuándo es necesario proceder a una valoración detallada.
- **Aplicar herramientas de medición** estandarizadas, como la Escala de Jong Gierveld, para evaluar la severidad de la soledad experimentada.
- **Ofrecer orientación y apoyo personalizado** a las personas identificadas, con vistas a promover su reconexión social y bienestar emocional.
- **Derivar y coordinar la atención** con recursos sociosanitarios y comunitarios que faciliten la participación y la integración social.
- **Establecer un seguimiento individualizado** que permita valorar la evolución de las intervenciones y ajustar la estrategia en función de las necesidades emergentes.
- **Fomentar la colaboración intersectorial** y el intercambio de experiencias para mejorar continuamente las acciones de prevención y apoyo en el ámbito rural.



Marco conceptual

La soledad no deseada se ha convertido en una problemática que afecta a personas de todas las edades, géneros y entornos, tanto en áreas urbanas como rurales, y se espera que esta tendencia continúe en los próximos años. Esta creciente preocupación ha motivado a organismos e instituciones, tanto a nivel nacional como internacional, a profundizar en el conocimiento de sus causas, consecuencias e incidencia, así como a identificar las intervenciones más efectivas para combatirla.

El marco conceptual que sustenta este protocolo está en consonancia con las directrices establecidas en el [Plan de Acción contra la Soledad No Deseada y el Aislamiento Social](#) de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León (2024), y se fundamenta en un enfoque basado en los derechos. Este marco proporciona el contexto adecuado para trabajar promoviendo y respetando:

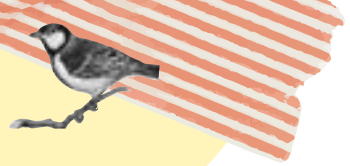
- La igualdad de oportunidades y derechos para todas las personas, independientemente de su entorno, género, edad, discapacidad, creencias o cualquier otra característica.
- La autodeterminación, respetando la capacidad de cada individuo para decidir sobre su propia vida, priorizando su criterio por encima del profesional.
- La proactividad, dado que la soledad no deseada, en muchos casos, no conlleva una solicitud activa de ayuda por parte de quien la experimenta.
- La inclusión y cohesión social, garantizando que las personas continúen siendo parte activa de la sociedad, tal como lo han sido en otras etapas de su vida.

Modelos teóricos y paradigmas sobre los que se sustenta el protocolo

Modelo de atención integral centrada en la persona

El modelo de atención integral centrada en la persona (ACP) se basa en tratar a cada individuo según sus necesidades, valores y circunstancias, enfocándose en sus deseos y en lo que da sentido a su vida, más allá de los aspectos clínicos. La evaluación y toma de decisiones busca promover la autonomía y participación activa de la persona en su propio proceso de atención (Draper et al., 2020).

Este enfoque holístico considera no solo los aspectos físicos, sino también emocionales, psicológicos, sociales y espirituales, adaptando la atención a la historia personal y contexto de cada individuo, empoderándolo para tomar decisiones informadas y acceder a recursos que mejoren su calidad de vida.



La atención personalizada se basa en la necesidad de adaptar los servicios a las características individuales, lo que convierte la toma de decisiones en un proceso colaborativo entre el paciente y los profesionales (; Yates & O’Leary, 2018).

Además, se subraya la importancia del contexto social y comunitario, donde las relaciones interpersonales y el apoyo familiar y comunitario son fundamentales para el bienestar y la integración social, especialmente en situaciones de soledad no deseada o aislamiento (Smith et al., 2022).

Modelo de calidad de vida

Según Verdugo et al. (2024), la calidad de vida se entiende a través de ocho dimensiones interconectadas: relaciones interpersonales, bienestar emocional, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Estas dimensiones no solo son clave para evaluar el bienestar general, sino que también tienen un impacto directo en los sentimientos de soledad, especialmente en las personas mayores.

Las dimensiones pueden actuar como causas o consecuencias de la soledad, así como factores que la agravan o facilitan. La interacción entre ellas puede influir en la capacidad de las personas para conectarse socialmente y mantener relaciones significativas, lo que es fundamental para mitigar la soledad y mejorar la calidad de vida en la vejez (Verdugo et al., 2024).

Fundamentos de la ética

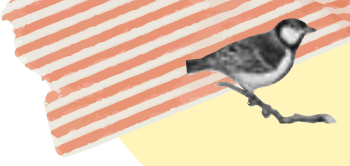
El apoyo a las personas basado en sus propios valores y deseos puede generar situaciones éticas complejas para los profesionales, ya que a menudo deben tomar decisiones que podrían entrar en conflicto con sus criterios técnicos o valores personales.

En estos casos, los principios éticos fundamentales —no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia— ofrecen una guía para tomar decisiones equilibradas y respetuosas. La no maleficencia exige evitar causar daño a la persona, la justicia promueve la equidad en el acceso y trato, la autonomía respeta el derecho de la persona a tomar decisiones sobre su vida, y la beneficencia fomenta el bienestar del individuo (Beauchamp & Childress, 2019; Gillon, 2003).

Estos principios son esenciales para garantizar que las decisiones tomadas en el contexto de la atención sean éticamente correctas, respetando tanto los derechos de las personas como el papel de los profesionales.

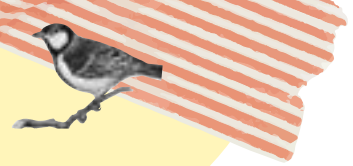
Paradigma del envejecimiento saludable

El envejecimiento saludable, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un proceso continuo que se centra en optimizar y preservar la capacidad funcional de las personas, lo que les permite disfrutar de una vida plena y activa durante la vejez. Este paradigma no solo enfatiza la ausencia de enfermedades, sino también la promoción de la salud física, mental y social, favoreciendo el bienestar general de los individuos mayores.



La clave está en fomentar entornos y políticas que favorezcan la autonomía, la participación social y la inclusión, aspectos que son fundamentales para asegurar que las personas mayores mantengan su dignidad y calidad de vida (World Health Organization, 2015). La promoción de un envejecimiento saludable implica también el acceso a servicios de salud adecuados y el desarrollo de una red de apoyo social que facilite la integración activa de los mayores en la comunidad.

El protocolo se basa en diversas corrientes teóricas que aseguran un abordaje integral y centrado en la persona. En conjunto, estos enfoques ofrecen una base sólida y adaptable para diseñar intervenciones efectivas que reduzcan la soledad no deseada y mejoren la calidad de vida.



Aislamiento social y soledad no deseada: una definición

El aislamiento social y la soledad no deseada, aunque frecuentemente confundidos, son conceptos distintos pero interrelacionados, especialmente en el contexto de las personas mayores. Ambos fenómenos impactan el bienestar social y la salud, y su comprensión adecuada es fundamental para diseñar intervenciones efectivas.

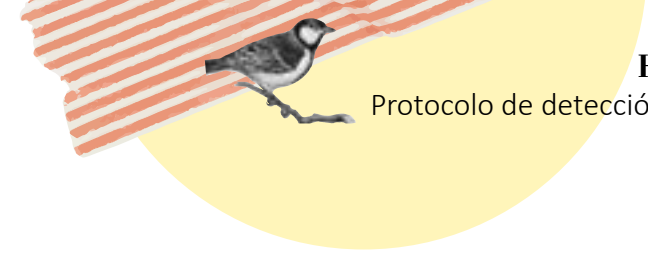
El aislamiento social se refiere a la falta objetiva de vínculos sociales, medido a través de indicadores como el número de interacciones y el tamaño de la red social (Palmer, 2019). Este enfoque es cuantificable, pero la inclusión de factores funcionales, como la percepción subjetiva de la vida social, también es relevante, ya que puede influir en la experiencia de soledad. Una persona puede estar rodeada de gente, pero aún sentir que las relaciones no satisfacen sus necesidades emocionales, lo que lleva a la soledad.

Por su parte, la soledad es una vivencia subjetiva, que ocurre cuando una persona percibe que tiene menos relaciones sociales o que estas son de menor calidad de lo que desearía (Vicente y Sánchez, 2020). Aunque no depende de la cantidad de relaciones sociales, su impacto se refiere más a la calidad de estas interacciones y la valoración emocional que la persona les otorga. Incluso aquellos con una red social amplia pueden experimentar soledad si las relaciones no cumplen sus expectativas emocionales.

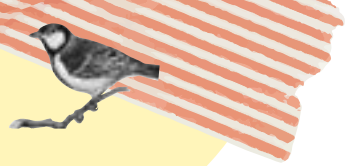
El análisis conjunto de ambos fenómenos revela distintos escenarios: personas aisladas que no se sienten solas, personas solas que no están aisladas, y aquellos que experimentan ambos fenómenos simultáneamente (Palmer, 2019). Esta variabilidad resalta que el aislamiento social y la soledad no están siempre correlacionados de manera lineal y pueden presentarse de forma diferente en cada individuo.

Aunque algunos estudios han encontrado una débil correlación entre estos conceptos, existe consenso en que ambos pueden influirse mutuamente. El aislamiento puede generar soledad, y viceversa, la soledad puede intensificar el aislamiento, lo que afecta negativamente la salud mental y física de los individuos, especialmente en la vejez (Vicente y Sánchez, 2020). Sin embargo, la relación exacta entre ambos fenómenos sigue siendo un tema de debate, ya que la conexión puede depender de factores contextuales y personales.

En conclusión, aunque el aislamiento social y la soledad son conceptos distintos, su interacción requiere un enfoque integrado en su análisis y tratamiento. Abordar uno sin considerar el otro puede resultar en intervenciones incompletas. Muchos expertos sugieren que tratar ambos fenómenos simultáneamente es clave para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, ofreciendo soluciones más adaptadas a sus realidades (Vicente y Sánchez, 2020).



El aislamiento social y la soledad no deseada son fenómenos distintos pero interrelacionados que afectan especialmente a las personas mayores. El aislamiento se refiere a la falta objetiva de relaciones sociales, mientras que la soledad es una experiencia subjetiva que surge cuando estas relaciones no cumplen las expectativas emocionales de la persona. Ambos pueden presentarse juntos o por separado y, aunque no siempre están directamente correlacionados, pueden influirse mutuamente. Su análisis conjunto es esencial para diseñar intervenciones eficaces que mejoren la calidad de vida y el bienestar de quienes los padecen.



Sensibilización y prevención

A diferencia de otros problemas como los económicos o de salud, donde las personas suelen reconocer con claridad que atraviesan una dificultad que requiere apoyo, en el caso de la soledad no deseada o el aislamiento social, esto no ocurre del mismo modo. Muchas veces, quienes lo experimentan no identifican su situación como algo que pueda cambiarse con ayuda externa, lo que dificulta su visibilidad y el acceso a recursos de apoyo. Por esta razón, cuando se pretende actuar frente a esta problemática, la concienciación social y la prevención se vuelven herramientas fundamentales.

El propósito de esta fase es dar a conocer la magnitud del problema, sensibilizar a la sociedad sobre su impacto y romper el silencio que lo rodea. La soledad no deseada sigue siendo un tema del que cuesta hablar, tanto por su carga emocional como por el estigma que a menudo conlleva. Hacerlo visible contribuye a reducir el sentimiento de vergüenza o culpa de quienes lo sufren y promueve una actitud colectiva más comprensiva y activa. Las acciones de difusión y sensibilización irán dirigidas a la sociedad en general, en aras a lograr conocimiento y sensibilidad hacia este tipo de situaciones que precisan de apoyo y acompañamiento social y avanzar hacia comunidades comprometidas con todos sus ciudadanos.

Detectar señales de alerta desde una etapa temprana permite anticiparse y poner en marcha acciones que ayuden a prevenir consecuencias más graves. En este sentido, es clave prestar especial atención a personas cuya autonomía se ve progresivamente limitada por causas de salud física o mental, ya que estas circunstancias suelen aumentar el riesgo de aislamiento.

Trabajar en la identificación precoz de estas situaciones es clave para intervenir a tiempo. El objetivo es generar entornos sociales más atentos, solidarios y accesibles, capaces de ofrecer apoyo cuando alguien empieza a sentirse solo, y también de fomentar que las propias personas afectadas se sientan con la confianza suficiente para pedir ayuda.

Es fundamental reconocer que la soledad no deseada y el aislamiento social requieren un enfoque especial, ya que quienes los sufren raramente reconocen su situación y solicitan ayuda. Esto subraya la importancia de la concienciación y la prevención mediante acciones de difusión que rompan el silencio y el estigma, facilitando una detección temprana. Al identificar las señales de alerta—especialmente en personas cuya autonomía se ve afectada por problemas de salud—se pueden implementar intervenciones oportunas que contribuyan a generar entornos sociales más solidarios y accesibles, impulsando comunidades comprometidas en las que cada ciudadano se sienta respaldado y motivado a buscar apoyo.



Identificación

Detectar situaciones de soledad no deseada o aislamiento social no siempre es una tarea sencilla, ya que quienes las experimentan, en muchos casos, no las visibilizan ni las expresan explícitamente como motivo de búsqueda de ayuda. Las personas afectadas pueden no ser conscientes de su situación o sentir que no pueden pedir apoyo, lo que dificulta la identificación de estos problemas. Por ello, es esencial que los profesionales mantengan una actitud alerta y se apoyen en señales o indicadores que puedan sugerir la presencia de estos fenómenos.

Cuando una persona es capaz de reconocer por sí misma su situación de soledad o aislamiento y solicita ayuda, el proceso de identificación se facilita considerablemente. En estos casos, el papel del profesional se limita a confirmar la información a través de la observación y el diálogo directo (Lubben & Gironda, 2004). Sin embargo, en la mayoría de los casos, el reconocimiento no es inmediato, y es necesario que el profesional esté atento a ciertos comportamientos o circunstancias que puedan reflejar la existencia de soledad no deseada, tales como cambios en la actividad social, la falta de interacción con otros o la queja constante sobre la calidad de las relaciones interpersonales.

Es fundamental que el proceso de detección se lleve a cabo con sensibilidad, respetando siempre la privacidad y el ritmo de la persona. La información recopilada debe ser tratada con confidencialidad, y no debe compartirse hasta que se haya establecido un vínculo de confianza que permita obtener el consentimiento explícito de la persona. Este enfoque asegura el respeto por los derechos de la persona y fomenta una relación de confianza, esencial para que la persona se sienta cómoda al hablar sobre su situación.

El proceso de identificación comienza con la detección de señales de riesgo, que pueden incluir la ausencia de redes sociales, la falta de participación en actividades comunitarias o signos de angustia emocional relacionados con la falta de apoyo social (Choi et al., 2015). Una vez detectadas estas señales, se inicia una aproximación personal para confirmar o descartar la sospecha inicial, donde el profesional debe fomentar un ambiente seguro y empático para que la persona pueda expresar sus vivencias.

Si la sospecha se confirma, el siguiente paso será el uso de herramientas como cuestionarios estandarizados para evaluar el grado de soledad no deseada y orientar la intervención de manera adecuada, ajustando el apoyo a las necesidades específicas de la persona.

Identificación de indicadores de riesgo

Es fundamental tener en cuenta que la presencia de ciertos indicadores de riesgo relacionados con la soledad no deseada o el aislamiento social no implica necesariamente que la persona esté atravesando por esta situación. Además, cuando una persona sí experimenta soledad, esta vivencia no es uniforme: su

impacto varía considerablemente entre individuos. La intensidad de la soledad depende de diversos factores, y su influencia está determinada, en gran medida, por la existencia de factores protectores.

Estos factores protectores pueden estar vinculados a varios ámbitos, como el personal, donde la autonomía, las habilidades sociales y emocionales juegan un papel crucial (Cornwell et al., 2021). Las personas con habilidades para gestionar sus emociones o con un alto nivel de autonomía pueden percibir la soledad de manera menos perjudicial. Asimismo, la red social de la persona puede ser un factor protector significativo: contar con relaciones significativas o con apoyos informales puede mitigar los efectos negativos del aislamiento (Lubben & Gironde, 2004). Finalmente, el entorno también juega un rol importante, ya que la disponibilidad de recursos y oportunidades comunitarias puede ofrecer herramientas y apoyo para afrontar o reducir la experiencia de la soledad.

El [Anexo I](#), correspondiente a la ficha de identificación de indicadores de riesgo, se presenta como una herramienta de apoyo útil en esta etapa del proceso. Su finalidad es recoger de forma clara y estructurada los indicadores mencionados a continuación, facilitando su detección. A través de este formato visual y esquemático, se ofrece un recurso práctico para identificar de manera rápida y eficaz los distintos elementos que podrían estar presentes en la situación de una persona.

Indicadores de riesgo de aislamiento social

El aislamiento social se refiere a una condición objetiva en la que una persona mantiene escasos o nulos vínculos sociales. Esta situación puede implicar riesgos importantes para diferentes aspectos de la vida, especialmente en lo que respecta a la salud física y emocional, así como a la seguridad personal. Además, el aislamiento puede convertirse en un factor que contribuya al desarrollo de sentimientos de soledad no deseada (Pantell et al., 2013).

Existen ciertos factores o señales que permiten detectar con mayor facilidad la presencia de aislamiento social en una persona, tales como la falta de contacto social frecuente, la escasa participación en actividades comunitarias o el distanciamiento de redes de apoyo importantes (ca & Wagner, 2018). Estos factores pueden ayudar a identificar a individuos que corren el riesgo de experimentar soledad, y a su vez, guiar la intervención para mitigar estos efectos perjudiciales.

Algunos de los más relevantes son:

Relacionados con los contactos sociales	Relacionados con la salud	Relacionados con la vivienda y el entorno
– Ausencia de contactos sociales con personas significativas o, si existen, son muy esporádicos y no tiene control para que ocurran. – No hay disponibilidad de medios tecnológicos que faciliten el mantenimiento de contactos sociales o la persona cuenta con esos medios, pero carece de competencia para manejarlos.	– Problema de salud que impide mantener relaciones sociales a iniciativa propia y no tiene una respuesta social por parte de su entorno. – Riesgo de afecciones de salud mental, malestar emocional o diagnóstico de depresión o ansiedad. – Limitaciones en la capacidad de autonomía que reducen las posibilidades de mantener contacto social aun teniendo la posibilidad de hacerlo. – Sobreprotección por parte de familiares o cuidadores que limitan sus relaciones sociales o la participación en actividades de su interés.	– Vivienda en un entorno deshabitado o con pocas personas con las que mantener vínculos o solicitar o recibir apoyos. – Vivienda o entorno cercano con barreras que impiden o dificultan la entrada y salida, lo que genera una limitación de las salidas y, por lo tanto, de los contactos sociales, aun teniendo la posibilidad de hacerlo. – Dificultades de acceso al transporte que facilite el contacto social. – Entorno con escasas o nulas oportunidades de participación en actividades significativas.

La identificación de estos indicadores de aislamiento social permite anticipar situaciones de riesgo que, si no se abordan a tiempo, pueden derivar en una soledad no deseada con importantes consecuencias para la salud y la calidad de vida. Reconocer estas señales desde una mirada integral —que tenga en cuenta los contactos sociales, la salud y el entorno— resulta clave para diseñar intervenciones preventivas, personalizadas y adaptadas al contexto, especialmente en zonas rurales donde estos factores suelen estar más acentuados.

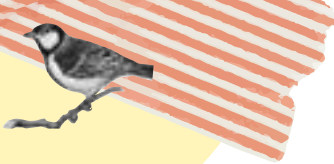
Indicadores de riesgo de la soledad no deseada

La soledad no deseada suele estar asociada a una serie de factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que una persona experimente este sentimiento. No es un hecho aislado, sino que se entrelaza con múltiples aspectos de la vida de la persona, pudiendo actuar tanto como causa como consecuencia de diversas situaciones que afectan su bienestar emocional y social. Identificar estos factores permite poner el foco en personas o colectivos que presentan varios de ellos al mismo tiempo, o incluso uno solo si este resulta especialmente significativo (Courtin & Knapp, 2017).

Es importante distinguir entre los indicadores que se basan en datos objetivos y medibles, y aquellos que dependen de interpretaciones más personales, tanto por parte de quien los detecta como de quien vive la experiencia de soledad (Perissinotto et al., 2012). Además, estos indicadores se pueden agrupar en tres grandes bloques: los vinculados directamente a la persona (como su estado de salud o autonomía), los relacionados con su red de relaciones y apoyo social, y los que tienen que ver con el entorno o contexto en el que vive (Hawkley et al., 2002). Comprender cómo se interrelacionan estos factores es clave para abordar adecuadamente la soledad no deseada.

En el marco del protocolo de Horizontes Compartidos, hemos establecido un umbral orientativo: cuando se identifican **cinco o más** señales relevantes que indican un alto nivel de aislamiento social, se procede a evaluar detalladamente los indicadores de riesgo de soledad no deseada. Comprender la interrelación de estos factores es fundamental para diseñar intervenciones adecuadas y personalizadas para abordar este complejo fenómeno.

Ámbitos	Indicadores objetivables	Indicadores de percepción
Personales	– Estado de convivencia: viviendo solo. – Limitada capacidad económica. – Bajo nivel educativo. – Escaso o nulo manejo de TIC’s. – Escasas habilidades relacionales. – Limitaciones funcionales para las actividades diarias. – Diagnóstico de trastorno depresivo o de ansiedad. – Estigmatización por enfermedad u otras situaciones personales. – Demencia o limitación en la capacidad cognitiva. – Acontecimientos vitales: viudedad, jubilación, separación, cambio de domicilio...	– Mala salud auto percibida. – Baja autoestima y sentimientos de culpa o inutilidad. – Escasa capacidad de adaptación a los cambios. – Cambios significativos en el estilo de vida (compras, rutinas habituales, participación en actividades, cuidado de la imagen, alimentación, patrones de sueño...). – Malestar emocional y cambios en el estado de ánimo (tristeza, desesperanza, ansiedad, pensamientos de muerte...).
Interpersonales	– Cambios en la estructura familiar. – Escasa relación con los hijos u otros familiares. – Falta de conexiones sociales o escasa relación con otras personas, tanto de forma presencial como telefónica u otros medios telemáticos. – Dedicación al cuidado de otra persona. – Limitada red de apoyo.	– Insatisfacción con el tamaño de su red social. – Insatisfacción con la calidad de sus relaciones sociales. – Insatisfacción con la vida derivada del rol de cuidador/a.



Contextuales o
del entorno

- Dificultades de accesibilidad en el domicilio.
 - Dificultades de accesibilidad en el entorno.
 - Dificultades de accesibilidad a servicios básicos de proximidad.
 - Escasez de medios de transporte.
 - Problemas y limitaciones de cobertura telefónica y de acceso a internet.
 - Pocas alternativas de participación comunitaria.
 - Estigma asociado a cualquier tipo de discriminación (problemas de salud mental...).
- Inadecuación entre los deseos de la persona y lo que ofrece el contexto.

La soledad no deseada es un fenómeno complejo, influido por múltiples factores personales, sociales y contextuales que pueden actuar como causa, consecuencia o agravante. Identificar estos factores —tanto objetivos como percibidos— es clave para detectar situaciones de riesgo y diseñar intervenciones ajustadas. Comprender esta interacción permite actuar de forma preventiva y más eficaz, especialmente en aquellos casos donde la soledad no es visible pero sí profundamente sentida.

Primer acercamiento con la persona

El objetivo principal de este primer contacto es establecer un diálogo que permita, de forma consensuada, decidir si conviene avanzar en la evaluación del posible riesgo que enfrenta la persona. Este acercamiento se lleva a cabo cuando se detecta una presencia significativa de indicadores de riesgo, especialmente aquellos vinculados al entorno interpersonal o basados en la percepción subjetiva, y muy especialmente si se acumulan varios de ellos.

La conversación debe centrarse en confirmar si dichos indicadores afectan de forma relevante a la vida de la persona. Es importante recordar que la sola existencia de estos indicadores no implica necesaria-



mente que exista una situación de soledad no deseada.

En esta fase, lo esencial es comprobar con la persona si realmente se siente sola o si la situación observada puede derivar en soledad o aislamiento. Según su respuesta, pueden tomarse distintas decisiones: dar por finalizado el proceso, mantener una alerta activa con su consentimiento para un posible seguimiento posterior, o iniciar una estimación más detallada del grado de soledad no deseada.

Independientemente de su decisión, se le ofrecerá información sobre oportunidades de participación en actividades cercanas a su entorno, que puedan resultar de su interés y contribuir a su bienestar.

Este primer contacto no solo permite valorar la conveniencia de avanzar en el proceso, sino que también representa una oportunidad para establecer una relación de confianza con la persona, visibilizar su situación y facilitar el acceso a recursos comunitarios. Incluso en los casos en los que no se continúe con la evaluación, el simple hecho de ser escuchada y orientada puede tener un impacto positivo en su percepción de apoyo y pertenencia social.

Estimación del nivel de severidad de la soledad no deseada

En esta etapa, el objetivo es facilitar la toma de decisiones sobre los apoyos más adecuados para la persona, evaluando el grado de gravedad de su situación. Si tras identificar un conjunto de indicadores de riesgo y haberlos contrastado en un primer contacto, se percibe la posible existencia de una necesidad de apoyo derivada de una vivencia de soledad no deseada, será preciso pasar alguna de las escalas o cuestionarios indicados para medir la soledad no deseada. Estos serán esenciales para definir el tipo de orientación más conveniente y encaminar los pasos a seguir en la siguiente fase del proceso de intervención.

Dentro del marco del protocolo de Horizontes Compartidos, se considera que los indicadores de riesgo son suficientes para proceder a una evaluación detallada del nivel de soledad no deseada cuando se detecta la acumulación de, al menos, cinco o más señales relevantes —tanto objetivas como basadas en la percepción subjetiva de la persona— que impactan significativamente su bienestar. Este umbral, establecido a modo de referencia, es orientativo y permite a cada entidad determinar, en función de sus recursos y contexto, el punto a partir del cual se justifica la aplicación de cuestionarios como la Escala de Jong Gierveld para medir la severidad de la soledad y, en consecuencia, diseñar una intervención personalizada.

Los cuestionarios serán aplicados por la entidad que haya realizado la identificación de los factores de riesgo, siempre y cuando disponga de un profesional técnico relacionado con el ámbito de los servicios sociosanitarios. Si la entidad no contase con este perfil entre sus integrantes, se orientará a la persona a una entidad que sí cuente con ello.

Escala de Jong Gierveld

En este protocolo, se ha escogido la Escala de Soledad de De Jong Gierveld (Anexo II), ya que se trata de una herramienta con una alta fiabilidad y validez en diferentes poblaciones y contextos culturales y ha sido ampliamente utilizada para evaluar el nivel de soledad en la vida cotidiana de una persona. Desarrollada en la década de los 80 por investigadores holandeses, su versión más reciente consta de seis ítems que abordan tanto la soledad emocional —relacionada con la falta de vínculos íntimos— como la soledad social —asociada a la ausencia de una red de apoyo más amplia—. Entre sus principales fortalezas, permite identificar las causas subyacentes de la soledad y evita respuestas automáticas, al combinar afirmaciones positivas y negativas. Inicialmente se diseñó para personas mayores, pero también ha demostrado ser eficaz en adultos a partir de los 18 años.

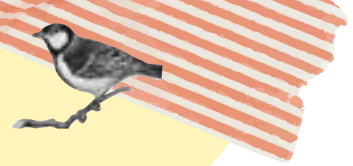
Esta escala se administra mediante una serie de preguntas estandarizadas. Está compuesta por 11 ítems con tres opciones de respuesta: SÍ, NO o A VECES/MÁS O MENOS. El resultado de la escala proporciona, inicialmente, una interpretación o matiz, al analizar de manera diferenciada los distintos grupos de ítems.

La Escala de Jong Gierveld es una herramienta breve y validada que permite medir el grado de soledad percibida por una persona. Evalúa tanto la **soledad emocional** (falta de vínculos afectivos cercanos) como la **soledad social** (ausencia de una red de relaciones amplias), a través de una serie de afirmaciones que la persona valora según su experiencia.

Resultado	Apoyos y actuaciones
No soledad en aquellos cuestionarios en los que la puntuación total sea 2 o inferior a dos .	Se ofrecerá información sobre las alternativas de participación comunitaria existentes, a fin de trabajar en la prevención.
Soledad moderada en aquellos cuestionarios en los que la puntuación sea entre 3 o superior e inferior o igual a 8 .	Se apoyará a la persona y se la orientará hacia recursos de carácter participativo, ofreciendo una orientación y asesoramiento no profesionalizado, siempre partiendo de sus deseos y preferencias.
Soledad severa en aquellos cuestionarios en los que la puntuación ascienda a 9 o 10 .	Además de realizar una actuación igual a la descrita anteriormente, se informará a la persona de las posibilidades de recibir un apoyo y asesoramiento técnico, ofreciendo toda la información al respecto, y se realizará un plan de acción individualizado.
Soledad muy severa en aquellos cuestionarios con una puntuación superior a 11.	Al igual que en la soledad severa, se realizará un plan de acción individualizado ajustado a las necesidades detectadas, y se realizarán derivaciones a servicios sociosanitarios y comunitarios del entorno.

De forma aislada o en combinación con una soledad no deseada, es posible identificar situaciones de aislamiento social, las cuales son condiciones objetivas que dificultan a las personas mantener relaciones sociales mínimas y limitan sus opciones de participar en actividades.

Cuando se detecten indicadores de riesgo relacionados con el aislamiento social, se implementarán acciones para eliminar los impedimentos que afectan su capacidad de interactuar y desarrollar autonomía social, proporcionando recursos, servicios y apoyos que faciliten su reincorporación a la vida social y comunitaria.



Gestión de apoyos y acompañamiento

Las investigaciones sobre intervenciones destinadas a reducir la soledad no deseada y el aislamiento social en personas mayores que incluyan evaluaciones robustas de su eficacia siguen siendo limitadas. Muchos estudios disponibles se apoyan en muestras reducidas y presentan deficiencias metodológicas, como la falta de grupos de comparación o control (Gardiner et al., 2018; Cattán et al., 2005).

Aun así, la literatura especializada ha identificado cuatro tipos de estrategias que cuentan con mayor respaldo empírico, según la revisión de Masi et al. (2010):

1. El entrenamiento en habilidades sociales
2. El refuerzo del apoyo social
3. El aumento de oportunidades para la interacción social
4. Las intervenciones orientadas al entrenamiento sociocognitivo, como la reestructuración de pensamientos negativos sobre las relaciones personales.

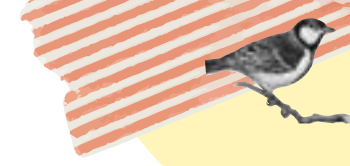
Respecto al formato, varias revisiones sistemáticas coinciden en que las intervenciones grupales, especialmente aquellas de carácter educativo o social, dirigidas a grupos específicos, resultan efectivas para aliviar tanto la soledad como el aislamiento social (Dickens et al., 2011; Cattán et al., 2005).

Cualquiera de estas líneas de actuación —ya sea el desarrollo de habilidades, el fortalecimiento del apoyo social, la creación de espacios de encuentro o el trabajo sobre la dimensión cognitiva de la soledad— constituye una **base clave para abordar esta problemática de manera efectiva y adaptada a cada persona**.

A continuación, se presentan **diferentes recomendaciones según el nivel de gravedad de la soledad no deseada**, con el fin de orientar la intervención de forma más precisa y ajustada al grado de impacto que esta situación tiene en la vida de la persona.

Acciones post-detección en casos de “no soledad” o “soledad moderada”

Cuando se identifica una situación de soledad no deseada leve o moderada en una persona del entorno rural, las entidades deben prestar una respuesta ágil, cercana y centrada en la prevención del agravamiento. En estos casos, los apoyos no requieren una intervención intensiva, pero sí deben ser concretos, personalizados y sostenidos en el tiempo, con el objetivo de favorecer la reconexión social antes de que la situación derive en un mayor aislamiento o afecte al bienestar emocional de forma más severa.



Ante situaciones de soledad no deseada leve o moderada, el apoyo debe ser proporcional, flexible y centrado en el empoderamiento de la persona. Más que suplir una carencia, se trata de activar recursos, conectar redes y fortalecer el papel activo de la persona en su comunidad, generando así entornos más conectados, accesibles y solidarios.

Información personalizada

El primer paso tras la detección consiste en informar de forma clara y adaptada sobre las actividades y recursos disponibles en el entorno, asegurando que la persona conozca las oportunidades de participación que tiene a su alcance. Estas pueden incluir talleres culturales, actividades vecinales, encuentros intergeneracionales, grupos de lectura, paseos organizados o acciones de voluntariado local. Lo fundamental es que estas actividades estén conectadas con los intereses y motivaciones personales, para que resulten atractivas y relevantes.

Acompañamiento inicial

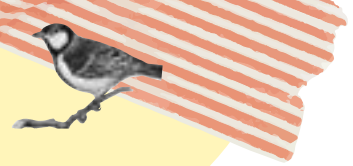
En muchos casos, será suficiente con una orientación individualizada y un pequeño impulso inicial. En otros, las entidades pueden ofrecer un acompañamiento breve, como una llamada de seguimiento, una primera asistencia a la actividad o una mediación con los organizadores para facilitar el acceso. Este tipo de apoyo puntual es especialmente útil en situaciones de soledad moderada donde la persona aún mantiene cierto grado de autonomía y conexión social, pero necesita recuperar la confianza en sí misma o reforzar su participación comunitaria.

Activar recursos locales

Es importante también movilizar recursos locales, como asociaciones vecinales, centros socioculturales, bibliotecas, espacios de salud comunitaria o programas de dinamización rural, integrando a la persona en redes de proximidad ya existentes. La colaboración entre entidades del territorio resulta clave para coordinar los apoyos, evitar duplicidades y facilitar una atención más fluida y eficiente.

Seguimiento coordinado

Además, debe establecerse un seguimiento básico, que puede consistir en un contacto periódico para valorar cómo se siente la persona, si ha participado en alguna actividad o si han surgido nuevas barreras. Este seguimiento tiene un valor preventivo, ya que permite detectar a tiempo cambios en la situación o en el estado de ánimo, y reajustar la intervención en caso necesario.



Plan de acción individualizado en casos de soledad severa o persistente

Cuando una persona es identificada en una situación de **soledad no deseada de carácter severo o persistente**, no basta con una intervención puntual o generalista. Es necesario **establecer un plan de acción individualizado**, centrado en sus necesidades concretas, su historia de vida, su entorno y sus capacidades. Este tipo de intervención busca generar **una respuesta ajustada y significativa**, que le permita recuperar el control sobre su vida social y emocional, reconstruir vínculos y avanzar hacia una mayor integración comunitaria.

Estos planes deben ser elaborados y desarrollados por **profesionales de referencia**, tanto del ámbito social como sanitario, o por entidades comunitarias del entorno que tengan una relación directa con la persona. La implicación activa de la propia persona es esencial: el plan no se impone, se **co-construye** desde el respeto a su autonomía y a sus tiempos. El objetivo no es solo aliviar el sentimiento de soledad, sino **acompañar su proceso de recuperación social y emocional**, fortaleciendo su autoestima, sus capacidades relacionales y su red de apoyos.

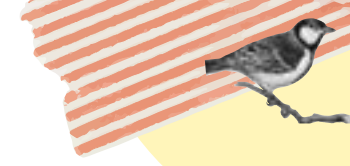
Valoración inicial y planificación conjunta

Todo plan individualizado debe comenzar con una evaluación detallada, que tenga en cuenta:

- El estado de salud físico y mental.
- El grado de autonomía.
- La red social existente (si la hay) y su calidad.
- Intereses, motivaciones y experiencias previas.
- Obstáculos y barreras personales o contextuales para la participación (movilidad, recursos económicos, acceso a transporte, brecha digital, etc.).
- Factores protectores que puedan servir de palanca (relaciones familiares, habilidades, vínculos con el entorno).

A partir de esta información, se **establecen objetivos claros y compartidos**. Estos deben ser realistas, medibles y ajustados al momento vital de la persona. No siempre el objetivo será la participación inmediata en actividades comunitarias; a veces, el primer paso puede ser **recuperar la motivación, mejorar el estado de ánimo, o simplemente abrirse al acompañamiento**.

Medidas y apoyos a incluir



Entre las acciones concretas que pueden formar parte del plan, se encuentran:

- **Participación progresiva en actividades comunitarias** significativas y adaptadas, que respondan a los intereses de la persona.
- **Acompañamiento personalizado** en los primeros pasos: visitas conjuntas, llamadas previas, apoyo emocional para afrontar el miedo o la inseguridad social.
- **Intervención psicológica o emocional**, si se detectan síntomas de ansiedad, depresión o trauma vinculados al aislamiento.
- **Apoyo práctico** en aspectos cotidianos que dificultan la integración: transporte, acceso a tecnología, gestiones básicas.
- **Derivación a otros recursos sociosanitarios** que puedan complementar la intervención: centros de salud, programas de voluntariado, servicios domiciliarios, etc.
- **Seguimiento periódico y revisión del plan**, para evaluar los avances, incorporar nuevos objetivos o reajustar las estrategias si fuera necesario.

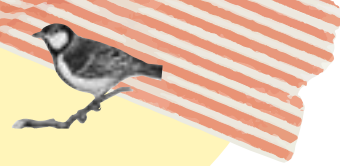
Coordinación en entornos rurales

En las zonas rurales, donde los recursos suelen estar más dispersos, la **coordinación entre agentes del territorio** es clave. El plan debe diseñarse desde una **mirada comunitaria e integradora**, que movilice todos los activos disponibles: ayuntamientos, servicios de proximidad, farmacias, asociaciones vecinales, centros educativos, parroquias, etc. Aprovechar estas redes locales permite **multiplicar el impacto**, adaptarse al contexto y garantizar una intervención más sostenible y cercana.

Asimismo, conviene tener presente la importancia de **minimizar la burocracia**, flexibilizar procedimientos y dar respuesta con agilidad, ya que la soledad severa no suele esperar. En este tipo de intervenciones, el **vínculo personal** entre profesional y persona es un elemento terapéutico en sí mismo.

Finalidad y horizonte del plan

El plan individualizado no debe entenderse solo como una estrategia de intervención puntual, sino como **una herramienta de acompañamiento a medio y largo plazo**. Su finalidad es **empoderar a la persona para que pueda construir —o reconstruir— su red social**, recuperar su autonomía, y sentirse parte activa de su comunidad. Incluso en situaciones complejas o crónicas, la personalización de los apoyos y el trabajo desde una lógica de cuidado y proximidad puede marcar una diferencia sustancial en la calidad de vida.



Este enfoque contribuye no solo a reducir el sufrimiento asociado a la soledad no deseada, sino también a **transformar la forma en que las comunidades rurales cuidan y sostienen a quienes están en riesgo de quedar al margen.**

Seguimiento individualizado

El propósito de esta etapa es analizar los resultados de las intervenciones, verificando si se ha reducido la situación de soledad no deseada o el aislamiento social y sus consecuencias negativas para la persona. Además, el seguimiento establece un mecanismo para reincorporar al proceso a quienes lo requieran, al mismo tiempo que organiza las actividades realizadas, lo que genera un conocimiento práctico. Esto también facilita la identificación de posibles mejoras durante la evaluación, en caso de ser necesario.

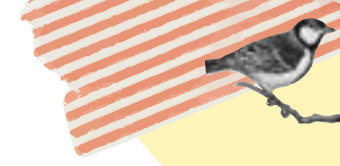
El seguimiento se lleva a cabo en torno a los seis meses después de finalizar el proceso con la persona. Las entidades involucradas en la identificación de situaciones de soledad y en la orientación de la persona hacia soluciones que le permitan afrontarlas son quienes deberán verificar los resultados de los apoyos y acompañamientos brindados.

Primero, la participación en esta fase será opcional para las personas, por lo que será necesario obtener su consentimiento previo antes de realizar cualquier contacto posterior.

Por ello, es necesario informar a la persona sobre el uso de sus datos y obtener su consentimiento para contactarla, ya que se utilizarán datos personales protegidos. Se completará un [consentimiento informado \(Anexo II\)](#), que incluirá los datos de contacto de la persona, su consentimiento y la información sobre la protección de datos, todo explicado de manera clara y comprensible.

Para el seguimiento, se utilizará la [tabla de seguimiento individualizado \(Anexo IV\)](#), que permitirá registrar información relevante sobre la persona y analizar la atención brindada, así como evaluar su evolución. Esta herramienta proporciona una base mínima, que cada entidad podrá ajustar según sus necesidades.

El seguimiento individualizado permite valorar el impacto de las intervenciones, mantener el contacto con quienes lo necesiten y generar aprendizajes para mejorar futuras actuaciones, siempre garantizando el respeto a la privacidad y el consentimiento informado de las personas.



Aspectos éticos y de confidencialidad

En el marco del proyecto **Horizontes Compartidos**, toda actuación con personas en situación de soledad no deseada debe regirse por principios éticos fundamentales, que garanticen el respeto a los derechos, la dignidad y la autonomía de las personas participantes. La intervención debe realizarse desde una postura de cuidado, escucha activa y acompañamiento respetuoso, evitando cualquier tipo de juicio, presión o intromisión que vulnere la voluntad de la persona.

Consentimiento informado

Cualquier actuación posterior a la fase de detección, especialmente aquellas que impliquen el desarrollo de un plan individualizado, la recogida de información personal o la derivación a otros recursos, debe contar con el **consentimiento informado** de la persona. Este consentimiento debe ser libre, voluntario, específico y explícito, y debe otorgarse una vez que la persona ha sido informada de forma clara y comprensible sobre:

- El objetivo del acompañamiento.
- Las acciones que se llevarán a cabo.
- Los profesionales o entidades implicadas.
- Los posibles beneficios y límites del proceso.
- Su derecho a desistir en cualquier momento, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia negativa.

Se debe garantizar que la persona comprenda plenamente la información facilitada, adaptando el lenguaje si es necesario (por ejemplo, en caso de dificultades cognitivas o barreras idiomáticas). El consentimiento se formalizará mediante un documento firmado ([Anexo II del protocolo](#)), o a través de medios alternativos si la situación lo requiere, dejando constancia de su aceptación.

Protección de datos personales

La confidencialidad de la información recogida durante el proceso es un principio irrenunciable. Todos los datos personales, emocionales, sociales o sanitarios obtenidos durante las distintas fases del procedimiento deben tratarse conforme a la **legislación vigente en materia de protección de datos**, particularmente el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Esto implica:

- Recoger únicamente los datos necesarios para el desarrollo del acompañamiento.
- Informar a la persona sobre el uso y el tratamiento que se dará a sus datos.
- Garantizar el almacenamiento seguro de la información.
- Limitar el acceso a dicha información únicamente a las personas directamente implicadas en el proceso de apoyo.
- No compartir datos con terceros sin el consentimiento expreso de la persona, salvo en situaciones excepcionales contempladas por la ley (riesgo grave, emergencias, etc.).

Los documentos que contengan datos sensibles (fichas de seguimiento, cuestionarios, notas de valoración, etc.) deben custodiarse adecuadamente, evitando su exposición o uso indebido.

El respeto a estos aspectos éticos no solo protege los derechos de las personas atendidas, sino que **fortalece el vínculo de confianza**, base imprescindible para una intervención efectiva, humana y transformadora. En el contexto de la soledad no deseada, donde muchas personas pueden sentirse vulnerables, incomprendidas o invisibles, actuar con delicadeza y responsabilidad ética es más que una obligación: es una forma de dignificar el acompañamiento.

Adaptabilidad y flexibilidad del protocolo

El protocolo de detección y abordaje de la soledad no deseada en el marco del proyecto *Horizontes Compartidos* se concibe como un documento flexible, abierto a ajustes y mejoras en función de la experiencia acumulada durante su aplicación en los distintos territorios.

Se trata de una herramienta en constante evolución, que podrá adaptarse a nuevas realidades, contextos y aprendizajes, incorporando modificaciones que respondan a las necesidades detectadas por parte de los profesionales, entidades y personas implicadas en el proceso.

La experiencia en su uso podrá dar lugar a la **incorporación de nuevas propuestas, ajustes metodológicos o mejoras en la coordinación entre agentes**, según las necesidades que se identifiquen en la práctica cotidiana. Estos cambios no responden a un sistema formal de evaluación, sino a la observación y aprendizaje colectivo de quienes lo ponen en marcha.

Además, el diseño del protocolo permite su **escalabilidad**. Aunque ha sido desarrollado específicamente para su aplicación en entornos rurales de la zona transfronteriza entre España y Portugal, su estructura modular, su enfoque centrado en la persona y su conexión con recursos comunitarios hacen posible su adaptación a otros contextos geográficos y sociales con características similares. Esta posibilidad de expansión refuerza su valor como herramienta útil para combatir la soledad no deseada desde una perspectiva comunitaria, flexible y sostenible.

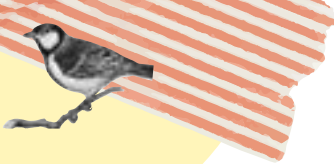
Este enfoque flexible garantiza que el protocolo siga siendo útil y aplicable en diferentes contextos rurales, respetando siempre las particularidades de cada entorno y permitiendo su adecuación progresiva a lo largo del tiempo.

ANEXO I: Indicadores de riesgo que facilitan la detección de posibles situaciones de aislamiento social y/o soledad

Un indicador de riesgo por sí solo no demuestra la existencia de una situación de soledad, pero la presencia de combinaciones de estos, van incrementando la posibilidad de que la persona se encuentre en situación de soledad / aislamiento social.

ADORES DE RIESGO QUE IDENTIFICAN POSIBLES SITUACIONES DE AISLAMIENTO SOCIAL

Relacionados con los contactos sociales	☐ Ausencia de contactos sociales con personas significativas o, si existen, son muy esporádicos y no tiene control para que ocurran ☐ No hay disponibilidad de medios tecnológicos que faciliten el mantenimiento de contactos sociales o la persona cuenta con esos medios, pero carece de competencia para manejarlos ☐ Otros: _____
Relacionados con la salud	☐ Problema de salud que impide mantener relaciones sociales a iniciativa propia y no tiene una respuesta social por parte de su entorno ☐ Situaciones de riesgo de mala salud mental, malestar emocional o diagnóstico de depresión o ansiedad ☐ Limitaciones en la capacidad de autonomía que reducen las posibilidades de mantener contacto social aun teniendo la posibilidad de hacerlo ☐ Exceso de sobreprotección por parte de familiares o cuidadores que limitan sus relaciones sociales o la participación en actividades de su interés ☐ Otros: _____



Relacionados con la vivienda y el entorno

- ☐ Vivienda en un entorno deshabitado o con pocas personas con las que mantener vínculos o solicitar o recibir apoyos.
- ☐ Vivienda o entorno cercano con barreras que impiden o dificultan la entrada y salida, lo que genera una limitación de las salidas y, por lo tanto, de los contactos sociales, aun teniendo la posibilidad de hacerlo
- ☐ Dificultades de acceso al transporte que facilite el contacto social
- ☐ Entorno con escasas o nulas oportunidades de participación en actividades sociales significativas
- ☐ Otros: _____

32

Indicadores de riesgo que identifican posibles situaciones de soledad no deseada

ÁMBITO	Indicadores objetivables	Indicadores de percepción
--------	--------------------------	---------------------------



Personales

- Estado de convivencia:

☐ Vive solo

Capacidad económica:

☐ Limitada

Nivel educativo:

☐ Bajo

Manejo de las TIC's:

☐ Escaso ☐ Nulo

Habilidades relacionales:

☐ No dispone

Nivel físico:

☐ Limitaciones funcionales para las actividades diarias

Nivel mental:

☐ Demencia o limitación en la capacidad cognitiva

☐ Diagnóstico de ansiedad, depresión...

Acontecimientos vitales:

☐ Viudedad

☐ Jubilación

☐ Cambio de domicilio
- ☐ Mala salud auto percibida

☐ Baja autoestima, sentimiento de culpa, inutilidad...

☐ Escasa capacidad de adaptación a los cambios

Cambios significativos en el estilo de vida:

☐ Compras

☐ Rutinas habituales

☐ Participación en actividades

☐ Cuidado de la imagen

☐ Alimentación

☐ Patrones del sueño

☐ Otros...

Malestar emocional:

☐ Tristeza

☐ Ansiedad

☐ Pensamientos de muerte

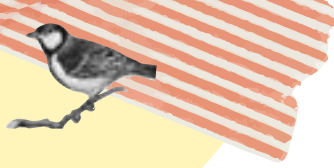
☐ Desánimo

☐ Otros:

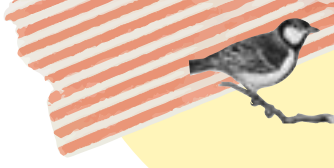
☐ Insatisfacción con el tamaño de su red social

☐ Insatisfacción con la calidad de sus relaciones sociales

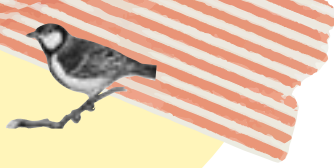
33



Personales	☐ Separación ☐ Otros Estigmatización por: ☐ Enfermedad ☐ Otras situaciones personales ☐ Cambios en la estructura familiar ☐ Escasa relación con los hijos u otros familiares ☐ Falta de conexiones sociales o escasa relación con otras personas tanto de forma presencial como telefónica u otros medios telemáticos ☐ Escasos contactos sociales ☐ Limitada red de apoyo ☐ Dedicación al cuidado de otra persona	
	☐ Cambios en la estructura familiar ☐ Escasa relación con los hijos u otros familiares ☐ Falta de conexiones sociales o escasa relación con otras personas tanto de forma presencial como telefónica u otros medios telemáticos ☐ Escasos contactos sociales ☐ Limitada red de apoyo ☐ Dedicación al cuidado de otra persona	☐ Insatisfacción con el tamaño de su red social ☐ Insatisfacción con la calidad de sus relaciones sociales ☐ Insatisfacción con la vida derivada del rol de cuidador/a



Contextuales o del entorno	☐ Dificultades de accesibilidad en el domicilio ☐ Dificultades de accesibilidad en el entorno ☐ Dificultades de accesibilidad a servicios básicos de proximidad ☐ Escasez de medios de transporte ☐ Problemas y limitaciones de cobertura telefónica y de acceso a internet ☐ Pocas alternativas de participación comunitaria ☐ Estigma asociado a cualquier tipo de discriminación (problemas de salud mental...)	☐ Inadecuación entre los deseos de la persona y lo que ofrece el contexto
----------------------------	---	--

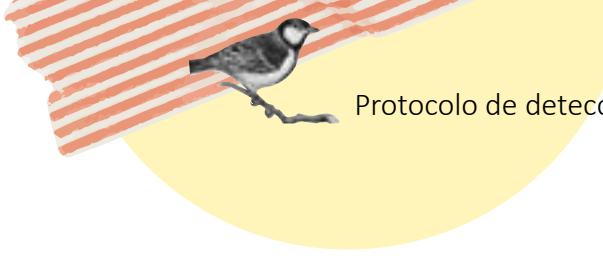


Anexo II: Consentimiento informado

Fecha:

DATOS DE LA PERSONA:

Nombre:	
Apellidos:	
DNI:	
Dirección:	
Datos de contacto:	



AUTORIZACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales, así como en el Reglamento General de Protección de Datos de la UE (Reglamento UE 2016/679, de 27 de abril) relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, expongo:

☐ Que he sido adecuadamente informado/a de los objetivos fundamentales por los que se recaban mis datos, de las condiciones y uso que se les va a dar, siempre con el único objetivo de ofrecerme apoyo, prevención y seguimiento ante mi situación de soledad no deseada/aislamiento social.

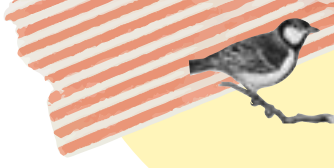
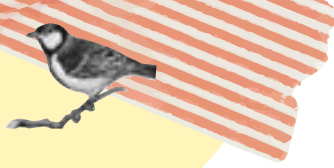
☐ Que autorizo a la entidad _____ para el uso de mis datos con el fin de prestarme atención y apoyo en los aspectos relacionados mi situación de soledad no deseada/aislamiento social.

☐ Que autorizo a la entidad _____ para la cesión de mis datos de carácter personal a los profesionales que sea preciso, exclusivamente para los fines anteriormente señalados.

La autorización sobre cesión de datos manifestada en el presente documento podrán ser revocadas en cualquier momento, a través de los medios establecidos en Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales, así como en el Reglamento General de Protección de Datos de la UE (Reglamento UE 2016/679, de 27 de abril) relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Firma del interesado o del representante legal

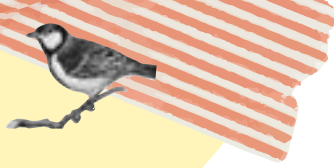
(En caso de imposibilidad física de firma por parte del interesado, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos testigos identificados con: nombre, apellidos y DNI)



Anexo III: Escala de Jong Gierveld

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	
SOLEDAD NO DESEADA Y AISLAMIENTO SOCIAL	
(En cumplimiento del Reglamento UE 2016/679 de Protección de Datos)	
Responsable del tratamiento	– Datos de la entidad: – Dirección: – Teléfono: – Email:
Finalidades	Finalidad principal: Apoyo y seguimiento relacionado con la situación de soledad no deseada o aislamiento social.
Legitimación y conservación	La base jurídica del tratamiento es el consentimiento.
	En caso de no facilitar los datos necesarios no se podrán alcanzar las finalidades indicadas.
Destinatarios de cesiones	
Derechos de los interesados	Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, portabilidad y la limitación u oposición a su tratamiento, dirigiéndose por escrito a la (entidad) _____, dirección _____, C.P. _____ Municipio/Localidad _____.
	Tiene derecho a retirar el consentimiento prestado.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la página web http://www.aept.es
Procedencia de los datos	Aportados por la persona interesada

Marca solo una respuesta para cada enunciado atendiendo a la situación en la que la persona se siente en el momento actual y suma la puntuación total en los 11 ítems	Sí	Algunas veces / más o menos	No
1. Siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios (-)			
2. Echa de menos tener un buen amigo de verdad (+)			
3. Siente una sensación de vacío a su alrededor (+)			
4. Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad (-)			
5. Echa de menos la compañía de otras personas (+)			
6. Piensa que su círculo de amistades (amigos y conocidos) es demasiado limitado (+)			
7. Tiene mucha gente en la que confiar plenamente (-)			
8. Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha (-)			
9. Echa de menos tener gente a su alrededor (+)			
10. Se siente abandonado / rechazado a menudo (+)			
11. Puede contar con sus amigos siempre que lo necesita (-)			

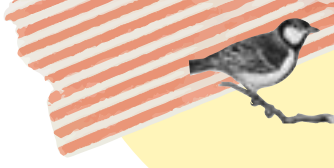


TOTAL (soledad emocional + soledad social):
Soledad emocional (suma de ítems puntuables: 2, 3, 5, 6, 9, 10)
Soledad social (suma de ítems puntuables: 1, 4, 7, 8, 11)

La clasificación según el resultado es la siguiente:

No soledad	Puntuación 0, 1 o 2
Soledad moderada	Puntuación de 3 a 8
Soledad severa	Puntuación 9 o 10
Soledad muy severa	Puntuación 11

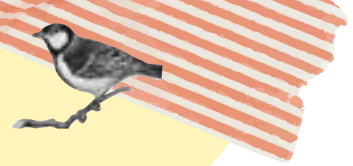
La calificación se realiza contando las respuestas neutrales y positivas (“más o menos” o “sí”) en los ítems 2, 3, 5, 6, 9, 10, que hace referencia a la puntuación de soledad emocional. Cuente las respuestas neutrales y negativas (“no” o “más o menos”) en los ítems 1, 4, 7, 8, 11 que pertenecen a la puntuación de soledad social. Para la puntuación total se suman ambas puntuaciones (Gierveld & Tilburg, 1999).



Anexo IV: Tabla de seguimiento individualizado

Entidad:

Datos personales				
Nombre				
Apellidos				
Rango de edad	☐ ≤50	☐ 51-65	☐ 66-79	☐ ≥80
Sexo	☐ Masculino	☐ Femenino	☐ Otro:	
Municipio				
Teléfono de contacto				
Identificación				
Indicadores detectados	Aislamiento social:			
	Soledad no deseada:			
Resultados de la escala de Jong Gierveld	No soledad ☐	Soledad moderada ☐	Soledad severa ☐	Soledad muy severa ☐
Gestión del apoyo y acompañamiento				
Actuaciones llevadas a cabo				
Impacto de las actuaciones				



Referencias bibliográficas

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Beller, J., & Wagner, A. (2018). Social isolation and loneliness in the elderly: The importance of a whole-person perspective. *Journal of Aging and Social Policy*, 30(2), 121-133

Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25(1), 41-67

Cornwell, E. Y., Laumann, E. O., & Schumm, L. P. (2021). The social connectedness of older adults: A systematic review. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(4), 580-598

Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799-812

Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 647

Draper, D., MacMahon, J., & Finley, L. (2020). Person-centered care: A holistic model for care integration and quality. *Health Care Review*, 58(3), 304-319

Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 147-157

Gillon, R. (2003). Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect the autonomy should be “first among equals” principles. *Journal of Medical Ethics*, 29(5), 307-12

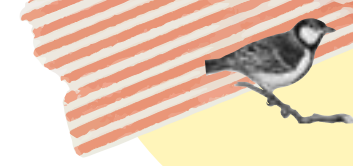
Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C. & Crawford, L. E. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 407-417

Lubben, J. E. & Gironde, M. W. (2004). Measuring social networks and assessing their benefits. *Social networks and social exclusion: Sociological and policy perspectives*, 20(4), 14-20

Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). A meta-analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266

Palmer, C. (2019). Aislamiento social y soledad en las personas mayores: Nuevas perspectivas y desafíos. *Journal of Social Aging*, 45(2), 150-160

Pantell, M. S., Rehkopf, D. H., Jutte, D., Syme, S. L., & Adler, N. E. (2013). Social isolation: A predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *American Journal of Public Health*, 103(11), 2056-52



Perissinotto, C. M., Stijacic Cenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older adults: a predictor of functional decline and death. *Archive of Internal Medicine*, 172(14), 178-183

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., & Gómez, L. E. (2024). The Quality of Life Supports Model as a major component in applying the quality of life paradigm. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 21(1), Article e12468.

Smith, T., Lee, A., & Phillips, R. (2022). The role of community support in combating social isolation: A focus on mental health. *Journal of Social Health*, 47(1), 55-63

Choi, H., Irwin, M. R. & Jin Cho, H. (2015). Impact of social isolation on behavioural health in elderly: Systematic review. *World Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(4), 432-438

Vicente, C., & Sánchez, P. (2020). Aislamiento social y soledad no deseada: Diferencias conceptuales y abordaje conjunto en la población mayor. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(4), 253-262

World Health Organization. (2015, September 29). *World report on ageing and health*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

Yates, J., & O’Leary, C. (2018). Improving decision-making in person-centered care models. *Nursing Practice Today*, 22(1), 39-48



Horizontes Partilhados

Protocolo para a deteção
da solidão indesejada

Horizontes Partilhados
Protocolo para a deteção da solidão indesejada

Contenido

Introdução.....	47
Objetivos do protocolo.....	48
Quadro conceptual.....	49
Modelos teóricos e paradigmas nos quais se baseia o protocolo.....	49
Modelo de cuidado integral centrado na pessoa.....	49
Modelo de qualidade de vida.....	50
Fundamentos da ética	50
Paradigma do envelhecimento saudável	50
Isolamento social e solidão indesejada: uma definição	52
Sensibilização e prevenção	54
Identificação	55
Identificação de indicadores de risco.....	55
Indicadores de risco de isolamento social.....	56
Indicadores de risco da solidão indesejada.....	58
Primeira abordagem com a pessoa	61
Estimativa do nível de gravidade da solidão indesejada.....	62
Escala de Jong Gierveld	62
Gestão do apoio e acompanhamento	64
Ações pós-deteção em casos de “não solidão” ou “solidão moderada”	64
Informação personalizada	65
Acompanhamento inicial.....	65
Ativar recursos locais	65
Monitorização coordenada	65
Plano de ação individualizado em casos de solidão grave ou persistente	66
Avaliação inicial e planificação conjunta.....	66
Medidas e apoios a incluir	67
Coordenação em ambientes rurais	67
Objetivo e horizonte do plano	67
Monitorização individualizada	68

Introdução

Este protocolo, planeado para identificar a solidão indesejada dentro do projeto Horizontes Partilhados, reúne uma série de ações que visam dar suporte a pessoas que necessitam enfrentar e superar este problema, oferecendo alternativas adaptadas aos seus projetos pessoais. Com uma abordagem comunitária e baseada nos princípios do cuidado centrado na pessoa, a solidão e o isolamento social são abordados como situações que, derivadas de fatores pessoais, interpessoais ou contextuais, podem gerar a necessidade de apoio e orientação por parte dos serviços comunitários, sociais ou de saúde pública, dependendo das circunstâncias específicas de cada indivíduo.

O protocolo é baseado em várias **premissas principais**:

- Promover a consciencialização dos cidadãos para fortalecer a interdependência e o cuidado mútuo.
- Intervir tanto a nível comunitário, encorajando o compromisso social com a problemática da solidão, como a nível individual, oferecendo soluções personalizadas.
- Criar espaços que permitam às pessoas empoderar-se e aprender a gerir as suas relações e a sua solidão, confiando nas suas próprias capacidades, mediante ações colaborativas e coordenadas.
- Encontrar respostas que se ajustem às características particulares de cada território, implementando soluções acordadas entre indivíduos, comunidade, cidadãos e profissionais, sempre com uma abordagem centrada na pessoa.

Objetivos do protocolo

O objetivo deste protocolo é oferecer diretrizes e critérios claros para facilitar a identificação, avaliação da situação, acompanhamento, gestão de apoio e acompanhamento de pessoas que possam estar a enfrentar contextos de solidão indesejada ou de isolamento social. Além disso, fornece orientações para a tomada de decisões, tanto para os profissionais envolvidos quanto para aqueles que decidem participar voluntariamente por meio de entidades.

Enumeram-se os objetivos específicos do protocolo:

- **Sensibilizar** os profissionais, entidades e a comunidade sobre o problema da solidão indesejada e do isolamento social.
- **Facilitar a identificação precoce** de situações de solidão indesejada, mediante a observação de indicadores objetivos e subjetivos no ambiente rural.
- **Estimar a gravidade da solidão indesejada** para determinar quando uma avaliação detalhada é necessária.
- **Aplicar ferramentas de medição** padronizadas, como a Escala de Jong Gierveld, para avaliar a gravidade da solidão vivenciada.
- **Oferecer orientação e apoio personalizado** às pessoas identificadas, com o objetivo de promover a sua reconexão social e o bem-estar emocional.
- **Encaminhar e coordenar o atendimento** com recursos sociais e comunitários que facilitem a participação e a integração social.
- **Estabelecer uma monitorização individualizada** que permita avaliar o progresso das intervenções e ajustar a estratégia com base nas necessidades emergentes.
- **Promover a colaboração intersectorial** e a troca de experiências para melhorar continuamente as ações de prevenção e apoio nas zonas rurais.

Quadro conceptual

A solidão indesejada tornou-se um problema que afeta pessoas de todas as idades, géneros e origens, tanto em áreas urbanas quanto rurais, e espera-se que essa tendência continue nos próximos anos. Esta crescente preocupação tem motivado organizações e instituições, tanto nacionais quanto internacionais, a aprofundar o conhecimento sobre as suas causas, consequências e incidência, bem como a identificar as intervenções mais eficazes para combatê-la.

O quadro conceptual que sustenta este protocolo está em consonância com as orientações estabelecidas no [Plan de Acción contra la Soledad No Deseada y el Aislamiento Social](#) da Direção de Serviços Sociais de Castela e Leão (2024), e assenta numa abordagem de direitos. Esta estrutura fornece o contexto adequado para trabalhar de forma a promover e a respeitar:

- A igualdade de oportunidades e direitos para todas as pessoas, independentemente do seu ambiente, género, idade, deficiência, crenças ou qualquer outra característica.
- A autodeterminação, respeitando a capacidade de cada indivíduo de decidir sobre a sua própria vida, priorizando a sua própria avaliação independentemente da avaliação profissional.
- A proatividade, já que a solidão indesejada, em muitos casos, não implica um pedido ativo de ajuda por parte da pessoa que a vivencia.
- A inclusão e coesão social, garantindo que as pessoas continuem a ser uma parte ativa da sociedade, assim como foram em outras fases de suas vidas.

Modelos teóricos e paradigmas nos quais se baseia o protocolo

Modelo de cuidado integral centrado na pessoa

O modelo de atenção integral centrada na pessoa (AIC) baseia-se no tratamento de cada indivíduo de acordo com suas necessidades, valores e circunstâncias, com foco nos seus desejos e no que dá sentido à sua vida, além dos aspetos clínicos. A avaliação e a tomada de decisão procuram promover a autonomia e a participação ativa da pessoa no seu próprio processo de cuidado (Draper et al., 2020).

Esta abordagem holística considera não apenas aspetos físicos, mas também emocionais, psicológicos, sociais e espirituais, adaptando o cuidado à história pessoal e ao contexto de cada indivíduo, capacitando-o a tomar decisões informadas e a ter acesso a recursos que melhorem a sua qualidade de vida. O

atendimento personalizado baseia-se na necessidade de adaptar os serviços às características individuais, o que torna a tomada de decisão um processo colaborativo entre o paciente e os profissionais. (; Yates & O’Leary, 2018).

Além disso, é destacada a importância do contexto social e comunitário, onde as relações interpessoais e o apoio familiar e comunitário são fundamentais para o bem-estar e a integração social, especialmente em situações de solidão ou isolamento indesejados (Smith et al., 2022).

Modelo de qualidade de vida

De acordo com Verdugo et al. (2024), a qualidade de vida é entendida através de oito dimensões interligadas: relacionamentos interpessoais, bem-estar emocional, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e direitos. Estas dimensões não são apenas essenciais para avaliar o bem-estar geral, mas também têm um impacto direto nos sentimentos de solidão, especialmente em pessoas mais velhas.

As dimensões podem atuar como causas ou consequências da solidão, bem como fatores que a agravam ou facilitam. A interação entre eles pode influenciar a capacidade das pessoas de conectarem-se socialmente e manter relacionamentos significativos, o que é essencial para mitigar a solidão e melhorar a qualidade de vida na velhice (Verdugo et al., 2024).

Fundamentos da ética

Apoiar as pessoas com base nos seus próprios valores e desejos pode criar situações éticas complexas para os profissionais, pois muitas vezes precisam tomar decisões que podem entrar em conflito com os seus critérios técnicos ou valores pessoais.

Nesses casos, os princípios éticos fundamentais — não maleficência, justiça, autonomia e beneficência — oferecem orientações para tomar decisões equilibradas e respeitosas. A não maleficência impõe evitar causar danos à pessoa, a justiça promove a equidade no acesso e tratamento, a autonomia respeita o direito da pessoa de tomar decisões sobre a sua vida e a beneficência promove o bem-estar do indivíduo (Beauchamp & Childress, 2019; Gillon, 2003).

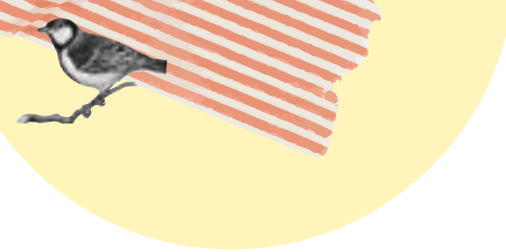
Estes princípios são essenciais para garantir que as decisões tomadas no contexto do cuidado sejam eticamente corretas, respeitando tanto os direitos dos indivíduos quanto o papel dos profissionais.

Paradigma do envelhecimento saudável

O envelhecimento saudável, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um processo contínuo que se concentra em otimizar e preservar a capacidade funcional das pessoas, permitindo que elas desfrutem de uma vida plena e ativa na velhice. Este paradigma não só enfatiza a ausência de doenças, mas também a promoção da saúde física, mental e social, favorecendo o bem-estar geral dos indivíduos idosos.

A solução é promover ambientes e políticas que promovam autonomia, participação social e inclusão, aspetos essenciais para garantir que os idosos mantenham a sua dignidade e qualidade de vida (World Health Organization, 2015). Promover o envelhecimento saudável também envolve o acesso a serviços de saúde adequados e o desenvolvimento de uma rede de apoio social que facilite a integração ativa dos idosos na comunidade.

O protocolo é baseado em diversas correntes teóricas que garantem uma abordagem integral e centrada na pessoa. Juntas, essas abordagens oferecem uma base sólida e adaptável para projetar intervenções eficazes que reduzam a solidão indesejada e melhorem a qualidade de vida.



Isolamento social e solidão indesejada: uma definição

O isolamento social e a solidão indesejada, embora muitas vezes confundidos, são conceitos distintos, mas inter-relacionados, especialmente no contexto de adultos mais velhos. Ambos os fenómenos impactam o bem-estar social e a saúde, e a sua compreensão adequada é essencial para o planeamento de intervenções eficazes.

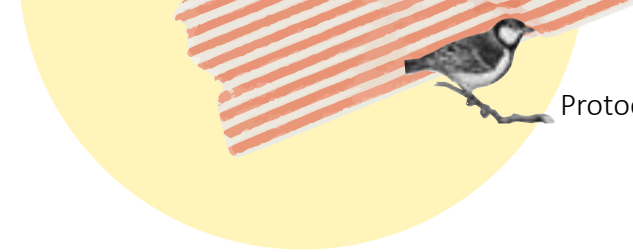
O isolamento social refere-se à falta objetiva de laços sociais, medida por meio de indicadores como o número de interações e o tamanho da rede social (Palmer, 2019). Essa abordagem é quantificável, mas a inclusão de fatores funcionais, como a perceção subjetiva da vida social, também é relevante, pois pode influenciar a experiência de solidão. Uma pessoa pode estar rodeada de pessoas, mas ainda sentir que os relacionamentos não estão a considerar as suas necessidades emocionais, levando à solidão.

Por sua vez, a solidão é uma experiência subjetiva que ocorre quando a pessoa percebe que tem menos relações sociais ou que estas são de menor qualidade do que gostaria (Vicente y Sánchez, 2020). Embora não dependa da quantidade de relações sociais, o seu impacto está mais relacionado à qualidade dessas interações e ao valor emocional que a pessoa atribui às mesmas. Mesmo aqueles com uma ampla rede social podem sentir solidão se os relacionamentos não corresponderem às suas expectativas emocionais.

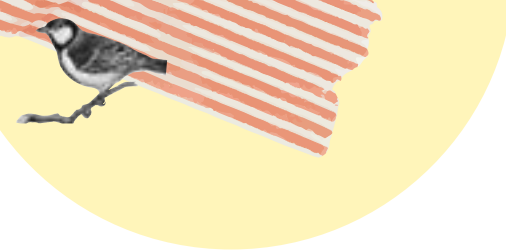
A análise conjunta dos dois fenómenos revela cenários diferentes: pessoas isoladas que não se sentem solitárias, pessoas solitárias que não estão isoladas e aquelas que vivenciam ambos os fenómenos simultaneamente (Palmer, 2019). Essa variabilidade destaca que o isolamento social e a solidão nem sempre são linearmente correlacionados e podem apresentar-se de forma diferente em cada indivíduo.

Embora alguns estudos tenham encontrado uma frágil correlação entre esses conceitos, há consenso de que ambos podem influenciar-se um ao outro. O isolamento pode levar à solidão e vice-versa, a solidão pode intensificar o isolamento, o que afeta negativamente a saúde mental e física dos indivíduos, especialmente na velhice (Vicente y Sánchez, 2020). No entanto, a relação exata entre os dois fenómenos continua a ser uma questão de debate, pois pode depender de fatores contextuais e pessoais.

Concluindo, embora o isolamento social e a solidão sejam conceitos distintos, a sua interação requer uma abordagem integrada para a sua análise e tratamento. Abordar um sem considerar o outro pode resultar em intervenções incompletas. Muitos especialistas sugerem que tratar os dois fenómenos simultaneamente é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos afetados, oferecendo soluções mais adaptadas às suas realidades (Vicente y Sánchez, 2020).



O isolamento social e a solidão indesejada são fenómenos distintos, mas inter-relacionados, que afetam particularmente os adultos mais velhos. Isolamento refere-se à ausência objetiva de relacionamentos sociais, enquanto a solidão é uma experiência subjetiva que surge quando esses relacionamentos não correspondem às expectativas emocionais de uma pessoa. Ambos podem ocorrer juntos ou separadamente e, embora nem sempre estejam diretamente correlacionados, podem influenciar-se um ao outro. A análise conjunta é essencial para planear intervenções eficazes que melhorem a qualidade de vida e o bem-estar daqueles que sofrem com elas.



Sensibilização e prevenção

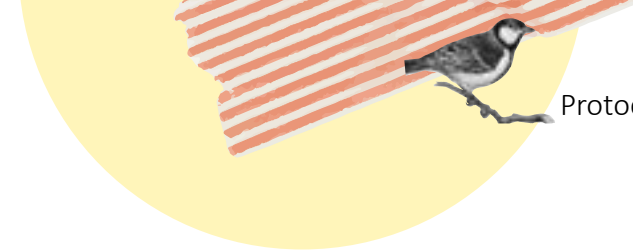
Ao contrário de outros problemas, como questões financeiras ou de saúde, em que as pessoas muitas vezes reconhecem claramente que estão a enfrentar uma dificuldade que requer apoio, este não é o caso da solidão indesejada ou do isolamento social. Muitas vezes, quem passa por isso não identifica a sua situação como algo que pode ser alterado com ajuda externa, o que dificulta a visualização e o acesso a recursos de apoio. Por isso, na hora de agir contra este problema, a conscientização social e a prevenção tornam-se ferramentas fundamentais.

O objetivo desta fase é aumentar a consciencialização sobre a magnitude do problema, aumentar a consciencialização sobre o seu impacto e quebrar o silêncio que o cerca. A solidão indesejada continua a ser um assunto difícil de abordar, tanto pelo seu impacto emocional quanto pelo estigma que muitas vezes carrega. Torná-la visível ajuda a reduzir o sentimento de vergonha ou culpa de quem sofre com isso e promove uma atitude coletiva mais compreensiva e ativa. As ações de divulgação e sensibilização serão dirigidas à sociedade em geral, com o objetivo de alcançar conhecimento e sensibilidade para este tipo de situações que requerem apoio e acompanhamento social e avançar para comunidades comprometidas com todos os seus cidadãos.

Detetar sinais de alerta precocemente permite antecipar e implementar ações que ajudem a prevenir consequências mais sérias. Nesse sentido, é fundamental dar especial atenção às pessoas cuja autonomia é progressivamente limitada por motivos de saúde física ou mental, pois essas circunstâncias costumam aumentar o risco de isolamento.

Trabalhar na identificação precoce destas situações é fundamental para uma intervenção oportuna. O objetivo é criar ambientes sociais mais atentos, solidários e acessíveis, capazes de oferecer apoio quando alguém começa a se sentir solitário e também de encorajar os afetados a se sentirem confiantes o suficiente para pedir ajuda.

É essencial reconhecer que a solidão indesejada e o isolamento social exigem uma abordagem especial, pois aqueles que sofrem com eles raramente reconhecem a sua situação e procuram ajuda. Isto sublinha a importância da sensibilização e da prevenção através de ações de divulgação que quebrem o silêncio e o estigma, facilitando uma deteção precoce. Ao identificar sinais de alerta — especialmente em pessoas cuja autonomia é afetada por problemas de saúde — é possível implementar intervenções oportunas que contribuam para gerar ambientes sociais mais favoráveis e acessíveis, promovendo comunidades comprometidas nas quais cada cidadão se sinta apoiado e motivado a buscar apoio.



Identificação

Detetar situações de solidão indesejada ou isolamento social nem sempre é uma tarefa fácil, pois quem as vivencia muitas vezes não as torna visíveis ou as expressa explicitamente como motivo para buscar ajuda. Os afetados podem não ter a consciência da sua situação ou sentirem-se incapazes de pedir apoio, o que dificulta a identificação desses problemas. Portanto, é fundamental que os profissionais permaneçam atentos e apoiem-se em sinais ou indicadores que possam sugerir a presença destes fenómenos.

Quando uma pessoa é capaz de reconhecer a sua solidão ou isolamento e procurar ajuda, o processo de identificação é muito facilitado. Nestes casos, o papel do profissional limita-se a confirmar as informações por meio da observação e do diálogo direto (Lubben & Gironde, 2004). Entretanto, na maioria dos casos, o reconhecimento não é imediato, sendo necessário que o profissional esteja atento a determinados comportamentos ou circunstâncias que podem refletir a existência de uma solidão indesejada, como alterações na atividade social, falta de interação com outras pessoas ou queixas constantes sobre a qualidade dos relacionamentos interpessoais.

É essencial que o processo de triagem seja realizado com sensibilidade, respeitando sempre a privacidade e o ritmo do indivíduo. As informações recolhidas devem ser tratadas de forma confidencial e não devem ser partilhadas até que seja estabelecido um vínculo de confiança que permita obter o consentimento explícito do indivíduo. Esta abordagem garante o respeito dos direitos da pessoa e promove uma relação de confiança, essencial para que a pessoa se sinta confortável para falar sobre a sua situação.

O processo de identificação começa com a deteção de sinais de risco, que podem incluir a ausência de redes sociais, a falta de participação em atividades comunitárias ou sinais de sofrimento emocional relacionados à falta de apoio social (Choi et al., 2015). Uma vez detetados estes sinais, inicia-se uma abordagem pessoal para confirmar ou descartar a suspeita inicial, onde o profissional deve promover um ambiente seguro e empático para que a pessoa possa expressar as suas vivências.

Caso a suspeita seja confirmada, o próximo passo será a utilização de instrumentos como questionários padronizados para avaliar o grau de solidão indesejada e orientar a intervenção de forma adequada, ajustando o apoio às necessidades específicas da pessoa.

Identificação de indicadores de risco

É importante ter em mente que a presença de certos indicadores de risco relacionados à solidão indesejada ou ao isolamento social não significa necessariamente que uma pessoa esteja a passar por essa condição. Além disso, quando uma pessoa sente solidão, essa experiência não é uniforme: o seu impacto varia consideravelmente entre os indivíduos. A intensidade da solidão depende de vários fatores, e a sua

influência é em grande parte determinada pela existência de fatores de proteção.

Esses fatores de proteção podem estar ligados a diversas áreas, como a pessoal, onde a autonomia, as habilidades sociais e emocionais desempenham um papel crucial (Cornwell et al., 2021). Pessoas com competências de gestão emocional ou um alto nível de autonomia podem perceber a solidão como menos prejudicial. Da mesma forma, a rede social de uma pessoa pode ser um fator de proteção significativo: ter relacionamentos significativos ou apoio informal pode atenuar os efeitos negativos do isolamento (Lubben & Gironde, 2004). Por fim, o ambiente também desempenha um papel importante, pois a disponibilidade de recursos e oportunidades na comunidade pode oferecer ferramentas e apoio para lidar ou reduzir a experiência de solidão.

O [Anexo I](#), correspondente ao formulário de identificação dos indicadores de risco, apresenta-se como uma ferramenta de apoio útil nesta etapa do processo. A sua finalidade é estruturar e explicitar os indicadores abaixo mencionados, facilitando a sua deteção. Trata-se de um recurso prático para identificar de forma rápida e eficaz os diferentes elementos que podem estar presentes na situação de uma pessoa.

56 **Indicadores de risco de isolamento social**

O isolamento social refere-se a uma condição objetiva na qual uma pessoa mantém poucos ou nenhuns vínculos sociais. Esta situação pode representar riscos significativos em vários aspetos da vida, especialmente no que diz respeito à saúde física e emocional, bem como à segurança pessoal. Além disso, o isolamento pode tornar-se um fator que contribui para o desenvolvimento de sentimentos de solidão indesejada (Pantell et al., 2013).

Existem certos fatores ou sinais que facilitam a deteção da presença de isolamento social numa pessoa, como falta de contacto social frequente, participação limitada em atividades comunitárias ou distanciamento de redes de apoio importantes (ca & Wagner, 2018). Estes fatores podem ajudar a identificar indivíduos em risco de sentir solidão e, por sua vez, orientar intervenções para mitigar esses efeitos prejudiciais. Alguns dos mais relevantes são:

Relacionados com os contactos sociais	Relacionados com a saúde	Relacionados com a habitação e meio envolvente
– Ausência de contactos sociais com pessoas significativas ou, se existem, são muito esporádicos e não há controlo sobre a sua ocorrência. – Não há disponibilidade de meios tecnológicos que facilitem a manutenção de contactos sociais ou a pessoa dispõe desses meios, mas não tem competência para administrá-los.	– Problema de saúde que impede a pessoa de manter relacionamentos sociais por iniciativa própria e não tem uma resposta social do seu ambiente. – Risco de problemas de saúde mental, sofrimento emocional ou diagnóstico de depressão ou ansiedade. – Limitações na capacidade de autonomia que reduzem as possibilidades de manter o contacto social mesmo tendo a possibilidade de o fazer. – Superproteção por parte de familiares ou cuidadores que limitam os seus relacionamentos sociais ou a participação em atividades do seu interesse.	– Viver em ambiente desabitado ou com poucas pessoas com quem manter vínculos ou solicitar ou receber apoio. – Habitação ou ambiente com barreiras que impeçam ou dificultem a entrada e saída, o que gera uma limitação nas saídas e, portanto, nos contactos sociais, mesmo quando é possível fazê-lo. – Dificuldades de acesso a transportes que facilitem o contacto social. – Ambiente com poucas ou nenhuma oportunidades de participação em atividades significativas.

Identificar esses indicadores de isolamento social permite-nos antecipar situações de risco que, se não forem enfrentadas a tempo, podem levar a uma solidão indesejada com consequências significativas para a saúde e a qualidade de vida. Reconhecer estes sinais numa perspetiva abrangente — que leve em consideração os contactos sociais, a saúde e o meio ambiente — é essencial para planear intervenções preventivas, personalizadas e adaptadas ao contexto, especialmente em áreas rurais, onde esses fatores tendem a ser mais pronunciados.

Indicadores de risco da solidão indesejada

A solidão indesejada geralmente está associada a uma série de fatores de risco que aumentam a probabilidade de uma pessoa vivenciar esse sentimento. Não é um evento isolado, mas está interligado a múltiplos aspetos da vida de uma pessoa e pode atuar tanto como causa quanto como consequência de várias situações que afetam o seu bem-estar emocional e social. Identificar estes fatores permite-nos focar em pessoas ou grupos que apresentam vários deles ao mesmo tempo, ou mesmo apenas um, se for especialmente significativo (Courtin & Knapp, 2017).

É importante distinguir entre indicadores que se baseiam em dados objetivos e mensuráveis e aqueles que dependem de interpretações mais pessoais, tanto por parte de quem os deteta como por parte da pessoa que vivencia a solidão (Perissinotto et al., 2012). Além disso, esses indicadores podem ser agrupados em três grandes grupos: aqueles diretamente ligados à pessoa (como o seu estado de saúde ou autonomia), aqueles relacionados à sua rede de relacionamentos e apoio social, e aqueles que têm a ver com o ambiente ou contexto em que vive (Hawkley et al., 2002). Entender como esses fatores se inter-relacionam é fundamental para lidar adequadamente com a solidão indesejada.

No âmbito do protocolo Horizontes Partilhados, estabelecemos um princípio orientador: quando são identificados **cinco** ou mais sinais relevantes que indicam um alto nível de isolamento social, é realizada uma avaliação detalhada dos indicadores de risco para a solidão indesejada. Entender a inter-relação desses fatores é essencial para planejar intervenções adequadas e personalizadas para abordar este fenómeno complexo.

ÁREAS	Indicadores objetivos	Indicadores de perceção
Pessoal	– Situação de coabitação: mora sozinho. – Capacidade económica limitada. – Baixo nível educacional. – Pouco ou nenhum conhecimento de TICs. – Competências relacionais deficitárias. – Limitações funcionais para atividades diárias. – Diagnóstico de transtorno depressivo ou de ansiedade. – Estigmatização devido a doenças ou outras situações pessoais. – Demência ou limitação na capacidade cognitiva. – Eventos da vida: viuvez, reforma, separação, mudança de morada, etc.	– Má perceção do seu estado de saúde. – Baixa autoestima e sentimentos de culpa ou inutilidade. – Pouca capacidade de adaptação às mudanças. – Mudanças significativas no estilo de vida (compras, rotinas, participação em atividades, autocuidado, dieta, padrões de sono, etc.). – Desconforto emocional e alterações de humor (tristeza, desesperança, ansiedade, pensamentos de morte, etc.).
Interpessoal	– Mudanças na estrutura familiar. – Mau relacionamento com os filhos ou outros membros da família. – Falta de relações sociais ou relacionamentos desvantajosos com outras pessoas, seja pessoalmente, por telefone ou outros meios (internet). – Dedicção ao cuidado de outra pessoa. – Rede de suporte limitada.	– Insatisfação com o tamanho da sua rede social. – Insatisfação com a qualidade dos seus relacionamentos sociais. – Insatisfação com a vida decorrente do papel de cuidador/a.



Contextual ou ambiental

- Dificuldades de acessibilidade em casa.
- Dificuldades de acessibilidade no ambiente.
- Dificuldades no acesso a serviços locais básicos.
- Escassez de meios de transporte.
- Problemas e limitações com cobertura telefónica e acesso à internet.
- Poucas alternativas para participação comunitária.
- Estigma associado a qualquer tipo de discriminação (problemas de saúde mental, etc.).

– Inadequação entre os desejos da pessoa e o que o contexto oferece.

A solidão indesejada é um fenómeno complexo, influenciado por múltiplos fatores pessoais, sociais e contextuais que podem atuar como causa, consequência ou fator agravante. Identificar esses fatores — tanto objetivos quanto percebidos — é fundamental para detetar situações de risco e planejar intervenções apropriadas. Entender essa interação permite ações preventivas mais eficazes, especialmente em casos em que a solidão não é visível, mas é profundamente sentida.



Primeira abordagem com a pessoa

O principal objetivo deste contacto inicial é estabelecer um diálogo que permita, por consenso, uma decisão para prosseguir com a avaliação do risco potencial que o indivíduo enfrenta. Esta abordagem é realizada quando se deteta uma presença significativa de indicadores de risco, especialmente os relacionados ao ambiente interpessoal ou baseados na perceção subjetiva e, principalmente, se vários deles se acumulam.

A conversa deve concentrar-se em confirmar se esses indicadores afetam significativamente a vida da pessoa. É importante lembrar que a mera existência desses indicadores não implica necessariamente que haja uma situação de solidão indesejada.

Nesta fase, é essencial verificar com a pessoa se realmente se sente sozinha ou se a situação que está a vivenciar pode levar à solidão ou ao isolamento. Dependendo da sua resposta, diferentes decisões podem ser tomadas: encerrar o processo, manter um alerta ativo com o seu consentimento para possível monitorização posterior ou iniciar uma avaliação mais detalhada do grau de solidão indesejada.

Independentemente da sua decisão, será informada acerca de oportunidades para participar em atividades próximas do seu ambiente que podem ser do seu interesse e contribuir para o seu bem-estar.

Este primer contacto no solo permite valorar la conveniencia de avanzar en el proceso, sino que también representa una oportunidad para establecer una relación de confianza con la persona, visibilizar su situación y facilitar el acceso a recursos comunitarios. Incluso en los casos en los que no se continúe con la evaluación, el simple hecho de ser escuchada y orientada puede tener un impacto positivo en su percepción de apoyo y pertenencia social.

Estimativa do nível de gravidade da solidão indesejada

Nesta fase, o objetivo é facilitar a tomada de decisão sobre o suporte mais adequado para o indivíduo, avaliando a gravidade da sua situação. Se, após a identificação de um conjunto de indicadores de risco e a comparação dos mesmos num contacto inicial, for percebida uma possível necessidade de apoio decorrente de uma vivência de solidão indesejada, será necessário aplicar uma das escalas ou questionários indicados para medir a solidão indesejada. Serão essenciais para definir o tipo de orientação mais adequado e direcionar os passos a seguir na próxima fase do processo de intervenção.

No âmbito do protocolo Horizontes Partilhados, os indicadores de risco são considerados suficientes para proceder a uma avaliação detalhada do nível de solidão indesejada quando é detetado o somatório de pelo menos cinco ou mais sinais relevantes — tanto objetivos como baseados na perceção subjetiva do indivíduo — que impactam significativamente o seu bem-estar. Este limiar, estabelecido como referência, é indicativo e permite a cada entidade determinar, com base nos seus recursos e contexto, o ponto a partir do qual se justifica a aplicação de questionários como a Escala de Jong Gierveld para medir a gravidade da solidão e, consequentemente, desenhar uma intervenção personalizada.

Os questionários serão aplicados pela entidade que identificou os fatores de risco, desde que esta disponha de técnicos especializados dos serviços sociais e de saúde. Caso a entidade não disponha desses técnicos entre os seus colaboradores, a pessoa será direcionada para uma entidade que os tenha.

Escala de Jong Gierveld

Neste protocolo selecionou-se a Escala de Solidão De Jong Gierveld (Anexo II), por ser um instrumento com alta confiabilidade e validade em diferentes populações e contextos culturais, tem sido amplamente utilizado para avaliar o nível de solidão no quotidiano de uma pessoa. Desenvolvida na década de 1980 por pesquisadores holandeses, a sua versão mais recente consiste em seis itens que abordam tanto a solidão emocional — relacionada à falta de laços próximos — quanto a solidão social — associada à ausência de uma rede de apoio mais ampla. Entre os seus principais pontos fortes está a capacidade de identificar as causas subjacentes da solidão e evitar respostas automáticas, combinando afirmações positivas e negativas. Inicialmente foi desenvolvida para pessoas mais velhas, mas também demonstrou ser eficaz em adultos com ou mais de 18 anos.

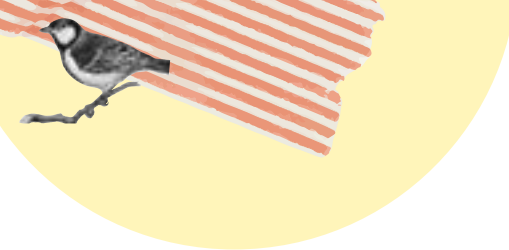
Esta escala é administrada por meio de uma série de perguntas padronizadas. É composta por 11 itens com três opções de resposta: SIM, NÃO ou ÀS VEZES/MAIS OU MENOS. O resultado da escala fornece inicialmente uma interpretação ou matriz, ao analisar os diferentes grupos de itens de forma diferenciada.

Resultado	Apoio e ações
Não solidão nos questionários em que a pontuação total é 2 ou menos.	Serão fornecidas informações sobre alternativas de participação comunitária existentes, para trabalhar a prevenção.
Solidão moderada nos questionários em que a pontuação está entre 3 ou mais e menor ou igual a 8.	A pessoa receberá apoio e será direcionada para recursos de carácter participativo, com orientação e aconselhamento não profissional, baseados nos seus desejos e preferências.
Solidão grave nos questionários onde a pontuação é 9 ou 10.	Além de realizar as mesmas ações descritas acima, a pessoa será informada sobre as possibilidades de receber suporte técnico e consultoria, receberá todas as informações relevantes e será desenvolvido um plano de ação individualizado.
Solidão muito grave nos questionários com pontuação superior a 11.	Assim como no caso de solidão grave, será implementado um plano de ação individualizado e adaptado às necessidades identificadas, e serão feitos encaminhamentos para serviços sociais e comunitários locais.

No isolamento ou em combinação com a solidão indesejada, é possível identificar situações de isolamento social, que são condições objetivas que dificultam que as pessoas mantenham relacionamentos sociais mínimos e limitam as suas opções de participação em atividades.

Quando forem detetados indicadores de risco relacionados ao isolamento social, serão implementadas ações para eliminar os impedimentos que afetam a sua capacidade de interagir e desenvolver autonomia social, disponibilizando recursos, serviços e apoio que facilitem a sua reinserção na vida social e comunitária.

A Escala Jong Gierveld é uma ferramenta breve e validada que mede o grau de solidão percebido por uma pessoa. Avalia tanto a solidão emocional (falta de laços afetivos próximos) quanto a solidão social (ausência de uma ampla rede de relacionamentos) por meio de uma série de afirmações que a pessoa avalia de acordo com sua experiência.



Gestão do apoio e acompanhamento

As pesquisas sobre as intervenções destinadas a reduzir a solidão indesejada e o isolamento social em idosos, que incluam avaliações robustas da sua eficácia, ainda são limitadas. Muitos estudos disponíveis dependem de amostras pequenas e apresentam deficiências metodológicas, como a falta de grupos de comparação ou controle (Gardiner et al., 2018; Cattán et al., 2005).

Ainda assim, a literatura especializada identificou quatro tipos de estratégias que possuem maior suporte empírico, segundo a revisão de Masi et al. (2010):

1. O treino de competências sociais
2. O reforço do apoio social
3. O aumento das oportunidades para a interação social
4. As intervenções centradas no treino sociocognitivo, como a reestruturação de pensamentos negativos sobre relacionamentos pessoais.

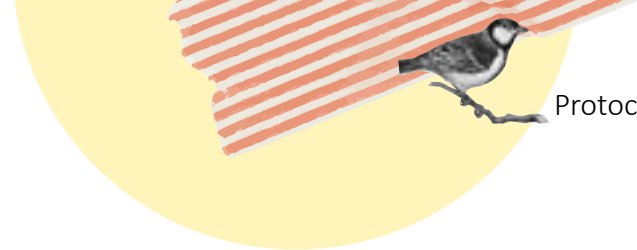
Em relação ao formato, diversas revisões sistemáticas concordam que as intervenções em grupo, especialmente aquelas de natureza educacional ou social, direcionadas a grupos específicos, são eficazes para aliviar tanto a solidão quanto o isolamento social (Dickens et al., 2011; Cattán et al., 2005).

Qualquer uma dessas linhas de ação — seja desenvolvendo competências, fortalecendo o apoio social, criando espaços de encontro ou abordando a dimensão cognitiva da solidão — constitui uma base fundamental para abordar essa questão de forma eficaz e personalizada para cada indivíduo.

Abaixo estão enumeradas diferentes recomendações de acordo com o nível de gravidade da solidão indesejada, para orientar a intervenção de forma mais precisa e ajustada ao grau de impacto que essa situação tem na vida da pessoa.

Ações pós-deteção em casos de “não solidão” ou “solidão moderada”

Quando uma pessoa num ambiente rural experimenta solidão indesejada leve ou moderada, as organizações devem fornecer uma resposta rápida e focada em prevenir uma maior deterioração. Nestes casos, o apoio não requer uma intervenção intensiva, mas deve ser específico, personalizado e sustentado ao longo do tempo, com o objetivo de promover a reconexão social antes que a situação leve a um maior isolamento ou afete mais gravemente o bem-estar emocional.



Em situações de solidão indesejada leve ou moderada, o apoio deve ser proporcional, flexível e focado em empoderar o indivíduo. Em vez de atender a uma necessidade, trata-se de ativar recursos, conectar redes e fortalecer o papel ativo do indivíduo na sua comunidade, criando assim ambientes mais conectados, acessíveis e favoráveis.

Informação personalizada

O primeiro passo após a triagem é fornecer informações claras e personalizadas sobre as atividades e os recursos disponíveis no ambiente, garantindo que o indivíduo esteja ciente das oportunidades disponíveis para participação. Isso pode incluir oficinas culturais, atividades de bairro, encontros intergeracionais, grupos de leitura, passeios organizados ou atividades voluntárias locais. O fundamental é que essas atividades estejam conectadas a interesses e motivações pessoais, para que sejam atraentes e relevantes.

Acompanhamento inicial

Em muitos casos, a orientação individualizada e um pequeno incentivo inicial serão suficientes. Em outros, as organizações podem oferecer suporte breve, como uma ligação de acompanhamento, comparência inicial ao evento ou mediação com os organizadores para facilitar o acesso. Este tipo de apoio pontual é especialmente útil em situações de solidão moderada, onde a pessoa ainda mantém um certo grau de autonomia e conexão social, mas precisa recuperar a autoconfiança ou fortalecer sua participação comunitária.

Ativar recursos locais

Também é importante mobilizar recursos locais, como associações de bairro, centros socioculturais, bibliotecas, centros de saúde comunitários e programas de revitalização rural, integrando o indivíduo às redes comunitárias existentes. A colaboração entre entidades do território é fundamental para coordenar o apoio, evitar duplicações e facilitar um atendimento mais fluido e eficiente.

Monitorização coordenada

Além disso, deve ser estabelecido um acompanhamento básico, que pode consistir num contacto periódico para avaliar como a pessoa se está a sentir, se participou nalguma atividade ou se surgiram novas barreiras. Esta monitorização tem valor preventivo, pois permite detetar precocemente mudanças na situação ou no humor e reajustar a intervenção, se necessário.

Plano de ação individualizado em casos de solidão grave ou persistente

Quando uma pessoa é identificada como portadora de solidão indesejada, grave ou persistente, uma intervenção única ou geral não é suficiente. É necessário estabelecer um plano de ação individualizado, focado nas suas necessidades específicas, histórico de vida, ambiente e capacidades. Este tipo de intervenção procura gerar uma resposta ajustada e significativa, que permita retomar o controle da sua vida social e emocional, reconstruir laços e caminhar para uma maior integração comunitária.

Esses planos devem ser desenvolvidos e implementados por técnicos especializados, dos serviços sociais e de saúde e de entidades comunitárias locais, que tenham um relacionamento direto com o indivíduo. O envolvimento ativo do indivíduo é essencial: o plano não é imposto; é co construído com respeito à autonomia e ao tempo do indivíduo. O objetivo não é apenas aliviar o sentimento de solidão, mas acompanhar o seu processo de recuperação social e emocional, fortalecendo a sua autoestima, as suas competências relacionais e a sua rede de apoio.

Avaliação inicial e planificação conjunta

O plano individualizado deve começar com uma avaliação detalhada, que leve em consideração:

- O estado de saúde física e mental.
- O grau de autonomia.
- A rede social existente (se a há) e a sua qualidade.
- Interesses, motivações e experiências prévias.
- Obstáculos e barreiras pessoais ou contextuais à participação (mobilidade, recursos económicos, acesso ao transporte, exclusão digital, etc.
- Fatores de proteção que podem servir de estímulo (relações familiares, aptidões e competências, vínculos com o meio).

Com base nessas informações, são estabelecidos objetivos claros e partilhados. Devem ser realistas, mensuráveis e ajustados à fase de vida da pessoa. O objetivo nem sempre será a participação imediata em atividades comunitárias; às vezes, o primeiro passo pode ser recuperar a motivação, melhorar o humor ou simplesmente permitir-se a receber apoio.

Medidas e apoios a incluir

Entre as ações específicas que podem fazer parte do plano estão:

- **Participação progressiva em atividades comunitárias** significativas e adaptadas que respondam aos interesses da pessoa.
- **Apoio personalizado** para os primeiros passos: visitas conjuntas, chamadas prévias, apoio emocional para lidar com o medo ou a insegurança social.
- **Intervenção psicológica ou emocional**, caso sejam detetados sintomas de ansiedade, depressão ou traumas ligados ao isolamento.
- **Apoio prático** em aspetos do quotidiano que dificultam a integração: transporte, acesso à tecnologia, gestão básica.
- **Encaminhamento para outros recursos sociais e de saúde** que possam complementar a intervenção: centros de saúde, programas de voluntariado, serviços de apoio ao domicílio, etc.
- **Monitorização e revisão periódica do plano**, para avaliar o progresso, incorporar novos objetivos, ou reajustar estratégias, se necessário.

Coordenação em ambientes rurais

Em áreas rurais, onde os recursos geralmente são mais dispersos, a coordenação entre as partes interessadas locais é fundamental. O plano deve ser concebido a partir de uma perspetiva comunitária e inclusiva, mobilizando todos os recursos disponíveis: câmaras municipais, serviços comunitários, farmácias, associações de bairro, escolas, paróquias, etc. Aproveitar estas redes locais permite multiplicar o impacto, adaptar-se ao contexto e garantir uma intervenção mais sustentável e local.

Da mesma forma, é importante ter em mente a importância de minimizar a burocracia, agilizar procedimentos e responder rapidamente, já que a solidão grave normalmente não espera para se instalar. Neste tipo de intervenção, o vínculo pessoal entre profissional e pessoa é um elemento terapêutico em si.

Objetivo e horizonte do plano

O plano individualizado não deve ser entendido apenas como uma estratégia de intervenção pontual, mas como uma ferramenta de apoio a médio e longo prazo. O seu objetivo é capacitar indivíduos a construir — ou reconstruir — a sua rede social, recuperar a sua autonomia e se sentir parte ativa da sua comunidade. Mesmo em situações complexas ou crónicas, personalizar o apoio e trabalhar numa lógica de cuidado e proximidade pode fazer uma diferença substancial na qualidade de vida.

Essa abordagem contribui não apenas para reduzir o sofrimento associado à solidão indesejada, mas também para transformar a maneira como as comunidades rurais cuidam e apoiam aqueles que correm o risco de ficar para trás.

Monitorização individualizada

O objetivo desta etapa é analisar os resultados das intervenções, verificando se a solidão indesejada ou o isolamento social e as suas consequências negativas para o indivíduo foram reduzidos. Além disso, a monitorização estabelece um mecanismo para reinserir no processo aqueles que necessitam, ao mesmo tempo em que organiza as atividades realizadas, o que gera conhecimento prático. Isso também facilita a identificação de possíveis melhorias durante a avaliação, se necessário.

A monitorização é realizada aproximadamente seis meses após o término do processo com o indivíduo. As entidades envolvidas na identificação de situações de solidão e no encaminhamento da pessoa para soluções que lhe permitam enfrentá-las, são aquelas que devem verificar os resultados do apoio e acompanhamento prestados.

A participação nesta fase será opcional para os indivíduos, por isso será necessário obter o seu consentimento prévio antes de fazer qualquer contacto subsequente.

Portanto, é necessário informar a pessoa sobre o uso dos seus dados e obter o seu consentimento para contactá-la, pois serão utilizados dados pessoais protegidos. Será preenchido um formulário de consentimento informado (Anexo III), que incluirá os dados de contacto da pessoa, o seu consentimento e informações sobre a proteção de dados, tudo explicado de forma clara e compreensível.

Para a monitorização será utilizada a tabela de monitorização individualizada (Anexo IV), que permitirá o registo de informações relevantes sobre a pessoa e a análise do atendimento prestado, bem como a avaliação da sua evolução. Esta ferramenta fornece uma base mínima, que cada entidade pode ajustar de acordo com suas necessidades.

A monitorização individualizada permite avaliar o impacto das intervenções, manter o contacto com quem precisa e criar aprendizagem para aperfeiçoar as ações futuras, garantindo sempre o respeito à privacidade e ao consentimento informado dos indivíduos.

Aspetos éticos e de confidencialidade

No âmbito do projeto Horizontes Partilhados, todas as ações que envolvam pessoas que vivenciam uma solidão indesejada devem ser regidas por princípios éticos fundamentais que garantam o respeito aos direitos, à dignidade e à autonomia dos participantes. A intervenção deve ser realizada a partir de uma atitude de cuidado, escuta ativa e acompanhamento cuidadoso, evitando qualquer tipo de julgamento, pressão ou interferência que viole a vontade da pessoa.

Consentimento informado

Qualquer ação tomada após a fase de triagem, especialmente aquelas que envolvem o desenvolvimento de um plano individualizado, a recolha de informações pessoais ou o encaminhamento para outros recursos, deve ter o consentimento informado do indivíduo. Este consentimento deve ser livre, voluntário, específico e explícito, e deve ser dado depois de a pessoa ter sido informada de forma clara e compreensível sobre:

- O objetivo do acompanhamento.
- As ações a serem realizadas.
- Os profissionais ou entidades envolvidas.
- Os potenciais benefícios e limites do processo.
- O seu direito de rescisão, a qualquer momento, sem consequências negativas.

É importante garantir que a pessoa compreenda completamente as informações fornecidas, adaptando a linguagem se necessário (por exemplo, no caso de dificuldades cognitivas ou barreiras linguísticas). O consentimento será formalizado por meio de documento assinado ([Anexo II do protocolo](#)), ou por meios alternativos se a situação o exigir, deixando registo de aceitação.

Proteção de dados pessoais

A confidencialidade das informações recolhidas durante o processo é um princípio essencial. Todos os dados pessoais, emocionais, sociais ou de saúde obtidos durante as diferentes etapas do procedimento deverão ser tratados de acordo com a legislação vigente em matéria de proteção de dados, nomeadamente o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e a Lei Orgânica 3/2018 de Proteção de Dados Pessoais e Garantia dos Direitos Digitais. **Esto implica:**

- Recolher apenas os dados necessários para o desenvolvimento do acompanhamento.
- Informar a pessoa sobre o uso e o tratamento que se dará aos seus dados.
- Garantir o armazenamento seguro das informações.
- Limitar o acesso a essas informações apenas aos diretamente envolvidos no processo de suporte.
- Não partilhar dados com terceiros sem o consentimento expresso do titular, exceto em situações excecionais, previstas na lei (risco grave, emergências, etc.).

Os documentos que incluam dados sensíveis (formulários de monitorização, questionários, notas de avaliação, etc.) devem ser devidamente salvaguardados, evitando a sua exposição ou uso indevido.

O respeito a esses aspetos éticos não apenas protege os direitos dos atendidos, mas também fortalece o vínculo de confiança, base essencial para uma intervenção eficaz, humana e transformadora. No contexto de solidão indesejada, onde muitas pessoas podem sentir-se vulneráveis, incompreendidas ou invisíveis, agir com delicadeza e responsabilidade ética é mais do que uma obrigação: é uma forma de dignificar o acompanhamento.

Adaptabilidade e flexibilidade do protocolo

O protocolo para a deteção e o combate da solidão indesejada no âmbito do projeto Horizontes Partilhados é concebido como um documento flexível, aberto a ajustes e melhorias com base na experiência acumulada durante a sua aplicação em diferentes territórios.

É uma ferramenta em constante evolução que pode ser adaptada a novas realidades, contextos e aprendizagens, incorporando modificações que respondam às necessidades identificadas pelos profissionais, entidades e pessoas envolvidas no processo.

A experiência na sua utilização pode levar à incorporação de novas propostas, ajustes metodológicos ou melhorias na coordenação entre os agentes, dependendo das necessidades identificadas na prática diária. Essas mudanças não respondem a um sistema formal de avaliação, mas à observação e à aprendizagem coletiva daqueles que as implementam.

Além disso, a organização do protocolo permite a adaptabilidade. Embora tenha sido desenvolvido especificamente para uso em ambientes rurais na região fronteira entre Espanha e Portugal, a sua estrutura modular, abordagem centrada na pessoa e conexão com os recursos da comunidade permitem adaptá-lo a outros contextos geográficos e sociais com características semelhantes. Essa possibilidade de expansão reforça o seu valor como uma ferramenta útil para combater a solidão indesejada a partir de uma perspetiva comunitária, flexível e sustentável.

Essa abordagem flexível garante que o protocolo permaneça útil e aplicável em diferentes contextos rurais, sempre respeitando as particularidades de cada ambiente e permitindo a sua adaptação progressiva ao longo do tempo.

ANEXO I: Indicadores de risco que facilitam a deteção de possíveis situações de isolamento social e/ou solidão

Um indicador de risco por si só não revela a existência de uma situação de solidão, mas a presença de combinações destes aumenta a possibilidade de a pessoa estar em situação de solidão/isolamento social.

INDICADORES DE RISCO QUE IDENTIFICAM POSSÍVEIS SITUAÇÕES DE ISOLAMENTO SOCIAL

Relacionado com os contactos sociais	☐ Ausência de contactos sociais com pessoas significativas ou, se existem, são muito esporádicos e não há controle sobre a sua ocorrência. ☐ Não há disponibilidade de meios tecnológicos que facilitem a manutenção de contactos sociais ou a pessoa tem esses meios, mas não tem competência para usá-los. ☐ Outros: _____
Relacionado com a saúde	☐ Problema de saúde que impede de manter relacionamentos sociais por iniciativa própria e não tem uma resposta social do seu ambiente. ☐ Situações que representam um risco de problemas de saúde mental, sofrimento emocional ou diagnóstico de depressão ou ansiedade. ☐ Limitações na capacidade de autonomia que reduzem as possibilidades de manter o contacto social mesmo tendo a possibilidade de o fazer. ☐ Superproteção excessiva por parte de familiares ou cuidadores que limita os seus relacionamentos sociais ou a participação em atividades de seu interesse. ☐ Outros: _____
Relacionado à habitação e ao meio ambiente	☐ Habitação em ambiente desabitado ou com poucas pessoas com quem manter vínculos ou solicitar ou receber apoio. ☐ Habitação ou ambiente com barreiras que impeçam ou dificultem a entrada e saída, o que gera uma limitação nas saídas e, portanto, nos contactos sociais, mesmo quando é possível fazê-lo. ☐ Dificuldades de acesso a transportes que facilitem o contacto social. ☐ Ambiente com poucas ou nenhuma oportunidades de participar em atividades sociais significativas. ☐ Outros: _____

INDICADORES DE RISCO QUE IDENTIFICAM POSSÍVEIS SITUAÇÕES DE SOLIDÃO INDESEJADA

ÁREA	Indicadores objetivos	Indicadores de percepção
PESSOAL	<u>Estado de coexistência:</u> ☐ Vive sozinho	☐ Má autoperceção de saúde ☐ Baixa autoestima, sentimento de culpa, inutilidade...
	<u>Capacidade económica:</u> ☐ Limitada	☐ Pouca capacidade de adaptação às mudanças
	<u>Nível educativo:</u> ☐ Baixo	<u>Mudanças significativas no estilo de vida:</u> ☐ Compras ☐ Rotinas habituais ☐ Participação em atividades ☐ Cuidados com a imagem ☐ Alimentação ☐ Padrões de sono ☐ Outros...
	<u>Domínio das TIC's:</u> ☐ Escasso ☐ Nulo	
	<u>Competências relacionais:</u> ☐ Não dispõe	<u>Perturbação emocional:</u> ☐ Tristeza ☐ Ansiedade ☐ Pensamentos de morte ☐ Desânimo ☐ Outros: ☐ Insatisfação com o tamanho da sua rede social ☐ Insatisfação com a qualidade das suas relações sociais
	<u>Nível físico:</u> ☐ Limitações funcionais para as atividades diárias	
	<u>Nível mental:</u> ☐ Demência ou limitação na capacidade cognitiva ☐ Diagnóstico de ansiedade, depressão...	
	<u>Eventos de vida:</u> ☐ Viuvez ☐ Reformado(a) ☐ Mudança de morada ☐ Separação	

PESSOAL	<u>Estigmatização por:</u> ☐ Doença ☐ Outras situações pessoais ☐ Mudanças na estrutura familiar ☐ Mau relacionamento com os filhos e outros familiares ☐ Ausência de conexões sociais ou mau relacionamento com outras pessoas, seja pessoalmente, por telefone ou outros meios eletrónicos ☐ Poucos contactos sociais ☐ Rede de suporte limitada ☐ Dedicção ao cuidado de outra pessoa	☐ Insatisfação com a vida decorrente do papel de cuidador/a
	☐ Mudanças na estrutura familiar ☐ Má relação com filhos ou outros membros da família ☐ Ausência de conexões sociais ou relacionamentos maus com outras pessoas, seja pessoalmente, por telefone ou outros meios online ☐ Poucos contactos sociais ☐ Rede de suporte limitada ☐ Dedicção ao cuidado de outra pessoa	☐ Insatisfação com o tamanho da sua rede social ☐ Insatisfação com a qualidade das suas relações sociais ☐ Insatisfação com a vida decorrente do papel de cuidador/a

CONTEXTO OU AMBIENTAL	☐ Dificuldades de acessibilidade em casa	☐ Inadequação entre os desejos de uma pessoa e o que o contexto oferece
	☐ Dificuldades de acessibilidade no ambiente	
	☐ Dificuldades de acessibilidade aos serviços locais básicos	
	☐ Escassez de meios de transporte	
	☐ Problemas e limitações de cobertura telefónica e de acesso à internet	
	☐ Poucas alternativas para a participação comunitária	
☐ Estigma associado a qualquer tipo de discriminação (problemas de saúde mental...)		

Anexo II: Consentimiento informado

Data:

DADOS DA PESSOA:

Nome:	
Apelidos:	
Cartão de Cidadão:	
Morada:	
Dados de contacto:	

Em conformidade com o disposto na Lei Orgânica 3/2018, de 5 de dezembro, de Proteção de Dados e Garantia dos Direitos Digitais, bem como no Regulamento Geral de Proteção de Dados da UE (Regulamento UE 2016/679, de 27 de abril) relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, declaro:

☐ Fui adequadamente informado sobre as finalidades fundamentais para as quais meus dados são coletados, as condições e o uso a que serão dados, sempre com o único objetivo de me oferecer apoio, prevenção e acompanhamento diante da minha situação de solidão/isolamento social indesejado.

☐ Autorizo a entidade _____ a utilizar os meus dados para me prestar cuidados e apoio em aspetos relacionados com a minha situação de solidão indesejada/isolamento social.

☐ Autorizo a entidade _____ a ceder os meus dados pessoais aos profissionais necessários, exclusivamente para as finalidades acima indicadas.

A autorização para o tratamento de dados expressa neste documento poderá ser revogada a qualquer momento, através dos meios estabelecidos na Lei Orgânica 3/2018, de 5 de dezembro, de Proteção de Dados e Garantia dos Direitos Digitais, bem como no Regulamento Geral de Proteção de Dados da UE (Regulamento UE 2016/679, de 27 de abril) relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação destes dados.

Assinatura do interessado ou representante legal

(No caso de o interessado não poder assinar fisicamente, será aceite a assinatura por impressão digital, na presença de duas testemunhas identificadas pelo nome, apelido e número do documento de identidade)

INFORMAÇÃO BÁSICA SOBRE PROTEÇÃO DE DADOS DE CARÁCTER PESSOAL	
SOLIDÃO INDESEJADA E ISOLAMENTO SOCIAL	
(Em conformidade com o Regulamento da UE 2016/679 sobre Proteção de Dados)	
Responsável pelo tratamento	– Dados da entidade: – Endereço: – Contacto telefónico: – Email:
Objetivos	Objetivo principal: Apoio e monitorização relacionados com a solidão indesejada ou o isolamento social.
Legitimação e conservação	A base legal para o tratamento é o consentimento.
	A indisponibilidade dos dados necessários impede o alcance dos objetivos.
Destinatários de tarefas	
Direitos das partes interessadas	Pode exercer os seus direitos de acesso, retificação, cancelamento, portabilidade e limitação ou oposição ao seu processamento escrevendo para (entidade) _____, endereço _____, C.P. _____ Município/Localidade _____.
	Tem o direito de retirar o consentimento dado.
	Tiene derecho a retirar el consentimiento prestado.
Informações adicionais	Pode consultar informações adicionais e detalhadas sobre Proteção de Dados no site http://www.aept.es
Origem dos dados	Fornecidos pela pessoa interessada

Anexo III: Escala de Jong Gierveld

<i>Marque apenas uma resposta para cada afirmação, levando em consideração a situação em que a pessoa se sente no momento atual, e some a pontuação total dos 11 itens.</i>	Sí	Algumas vezes / más o menos	No
1. Sempre há alguém com quem pode conversar sobre os seus problemas diários. (-)			
2. Sente falta de ter um amigo realmente bom. (+)			
3. Sente uma sensação de vazio ao seu redor. (+)			
4. Há pessoas suficientes a quem pode recorrer em caso de necessidade. (-)			
5. Sente falta da companhia de outras pessoas. (+)			
6. Pensa que o seu círculo de amigos (amigos e conhecidos) é muito limitado. (+)			
7. Tem muitas pessoas em quem pode confiar plenamente. (-)			
8. Há pessoas suficientes com quem tem uma amizade muito próxima. (-)			
9. Sente falta de ter pessoas ao seu redor. (+)			
10. Sente-se abandonado/rejeitado com frequência. (+)			
11. Pode contar com os seus amigos sempre que precisar deles. (-)			

TOTAL (solidão emocional + solidão social):

Solidão emocional (soma de itens pontuáveis: 2, 3, 5, 6, 9, 10)

Solidão social (soma de itens pontuáveis: 1, 4, 7, 8, 11)

A classificação de acordo com o resultado é a seguinte:

Não solidão (pontuação 0, 1 o 2)	Solidão moderada (pontuação de 3 a 8)
Solidão grave (pontuação 9 o 10)	Solidão muito grave (puntuación 11)

A pontuação é calculada pela contagem das respostas neutras e positivas (“mais ou menos” ou “sim”) nos itens 2, 3, 5, 6, 9, 10, que se referem à pontuação de solidão emocional. Conte as respostas neutras e negativas (“não” ou “mais ou menos”) nos itens 1, 4, 7, 8, 11 que pertencem à pontuação de solidão social. Para obter a pontuação total, ambas as pontuações são somadas (Gierveld & Tilburg, 1999).

Anexo IV: Tabela de monitorização individualizada

Entidade:

Dados pessoais				
Nome				
Apelido				
Faixa etária	☐ ≤50	☐ 51-65	☐ 66-79	☐ ≥80
Sexo	☐ Masculino	☐ Femenino	☐ Outro:	
Município				
Contacto telefónico				
Identificação				
Indicadores detectados	Isolamento social:			
	Solidão indesejada:			
Resultados da escala de Jong Gierveld	Não solidão ☐	Solidão moderada ☐	Solidão grave ☐	Soledad muito grave ☐
Gestão de apoio e acompanhamento				
Ações realizadas				
Impacto das ações				

82

Referências bibliográficas

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Beller, J., & Wagner, A. (2018). Social isolation and loneliness in the elderly: The importance of a whole-person perspective. *Journal of Aging and Social Policy*, 30(2), 121-133

Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25(1), 41–67

Cornwell, E. Y., Laumann, E. O., & Schumm, L. P. (2021). The social connectedness of older adults: A systematic review. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(4), 580-598

Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799-812

Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 647

Draper, D., MacMahon, J., & Finley, L. (2020). Person-centered care: A holistic model for care integration and quality. *Health Care Review*, 58(3), 304-319

Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 147–157

Gillon, R. (2003). Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect the autonomy should be “first among equals” principles. *Journal of Medical Ethics*, 29(5), 307-12

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C. & Crawford, L. E. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 407-417

Lubben, J. E. & Gironde, M. W. (2004). Measuring social networks and assesing their benefits. *Social networks and social exclusion: Sociological and policy perspectives*, 20(4), 14-20

Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). A meta-analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266

Palmer, C. (2019). Aislamiento social y soledad en las personas mayores: Nuevas perspectivas y desafíos. *Journal of Social Aging*, 45(2), 150-160

83

Pantell, M. S., Rehkopf, D. H., Jutte, D., Syme, S. L., & Adler, N. E. (2013). Social isolation: A predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *American Journal of Public Health*, 103(11), 2056-52

Perissinotto, C. M., Stijacic Cenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older adults: a predictor of functional decline and death. *Archive of Internal Medicine*, 172(14), 178-183

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., & Gómez, L. E. (2024). The Quality of Life Supports Model as a major component in applying the quality of life paradigm. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 21(1), Article e12468.

Smith, T., Lee, A., & Phillips, R. (2022). The role of community support in combating social isolation: A focus on mental health. *Journal of Social Health*, 47(1), 55-63

Choi, H., Irwin, M. R. & Jin Cho, H. (2015). Impact of social isolation on behavioural health in elderly: Systematic review. *World Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(4), 432-438

Vicente, C., & Sánchez, P. (2020). Aislamiento social y soledad no deseada: Diferencias conceptuales y abordaje conjunto en la población mayor. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(4), 253-262

World Health Organization. (2015, September 29). *World report on ageing and health*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

Yates, J., & O’Leary, C. (2018). Improving decision-making in person-centered care models. *Nursing Practice Today*, 22(1), 39-48



Horizontes Compartidos

Protocolo para la detección de la soledad no deseada

Horizontes Partilhados

Protocolo para a deteção da solidão indesejada

