SOLEDAD SOCIAL

1.1.1.1. Estrategia MAS Compañía, MAS Bienestar.

La soledad social en las personas mayores se entiende como una experiencia subjetiva y multifactorial, que no necesariamente depende de vivir solo, sino de la discrepancia entre las relaciones sociales que la persona tiene y las que desearía tener. Esta condición se convierte en un fenómeno de especial interés para las políticas de bienestar, pues tiene implicaciones directas en la salud física, mental y social de las personas mayores (Valdelamar Jiménez, 2024).

Existen diferentes tipologías de soledad que permiten precisar el abordaje desde la gestión del bienestar: la soledad emocional, vinculada a la ausencia de vínculos íntimos y de confianza; la soledad relacional, derivada de la carencia de una red social significativa de amistades y vecinos; y la soledad colectiva, que se manifiesta en la falta de integración o reconocimiento social. Cada una de estas dimensiones exige acciones diferenciadas, pero articuladas en un mismo plan de intervención.

Los estudios muestran que la soledad social no es una enfermedad en sí misma, pero sí constituye un factor de riesgo para la salud pública. Su presencia está asociada a mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, alteraciones del sistema inmune, deterioro cognitivo y síntomas depresivos. Además, predice un incremento en el riesgo de mortalidad con un impacto comparable al de factores de riesgo tradicionales como la obesidad o el tabaquismo (OMS, 2021; Valdelamar Jiménez, 2024).

En términos de bienestar, la soledad social afecta la calidad de vida percibida de las personas mayores. Limita la participación social, incrementa la dependencia de servicios de salud y eleva la probabilidad de institucionalización. Por tanto, atender la soledad desde la gestión del bienestar no es solo una respuesta asistencial, sino una inversión en sostenibilidad social y sanitaria.

La evidencia reciente plantea que la soledad no deseada debe comprenderse como un determinante social de la salud, en la medida en que interactúa con factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales que condicionan el bienestar de las personas. Circunstancias como la pérdida de vínculos significativos, las barreras de acceso a servicios, las condiciones de vulnerabilidad social, la disminución de la participación comunitaria y las limitaciones para ejercer una vida autónoma incrementan la probabilidad de experimentar soledad y potencian sus efectos sobre la salud física, mental y funcional. En consecuencia, su abordaje requiere acciones preventivas que trasciendan la atención clínica y fortalezcan las redes de apoyo, la participación social y la articulación territorial (Valdelamar Jiménez, 2024).

Desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud y de la Gestión Integral del Riesgo, la identificación e intervención temprana de la soledad social constituye una acción preventiva de alto impacto. La detección oportuna de personas mayores con mayor vulnerabilidad permite actuar antes de que se presenten procesos de deterioro funcional, fragilidad, pérdida de autonomía o dependencia, condiciones que incrementan la utilización de los servicios de salud y afectan significativamente la calidad de vida. En este contexto, la estrategia MAS Compañía orienta sus acciones hacia la promoción del envejecimiento saludable, fortaleciendo las capacidades individuales, las redes de apoyo y la participación

comunitaria como factores protectores frente a la soledad y el aislamiento social (OMS, 2021).

Este enfoque es consistente con la Década del Envejecimiento Saludable 2021–2030, impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas, la cual reconoce la soledad y el aislamiento social como determinantes sociales de la salud y una prioridad para los sistemas de salud y protección social. La OMS plantea que promover conexiones sociales significativas, fortalecer comunidades amigables con las personas mayores y desarrollar modelos de atención integrados y centrados en la persona son acciones esenciales para preservar la capacidad funcional, favorecer la autonomía y garantizar un envejecimiento saludable. En coherencia con estos lineamientos, la estrategia MAS Compañía promueve intervenciones preventivas, personalizadas y comunitarias que fortalecen las capacidades de las personas mayores, favorecen su participación activa y potencian los recursos familiares, comunitarios e institucionales para afrontar la soledad social (OMS, 2021).

La conceptualización de la acción de bienestar implica reconocer que la soledad es una experiencia dinámica, que se puede intensificar o atenuar según los cambios vitales: la jubilación, la pérdida de seres queridos, las limitaciones físicas o la reducción de redes sociales. Esto obliga a que las intervenciones no sean estáticas, sino flexibles y adaptativas a las trayectorias de vida de cada persona mayor.

Desde esta perspectiva, la intervención frente a la soledad social debe entenderse como un proceso continuo de fortalecimiento de capacidades y no únicamente como una respuesta frente a un problema ya instalado. Ello implica identificar de manera temprana los factores protectores y de riesgo presentes en la persona, su familia y su comunidad, promoviendo acciones orientadas al restablecimiento de vínculos significativos, al desarrollo de proyectos de vida, al incremento de la participación social y al acceso oportuno a los recursos institucionales y comunitarios disponibles. Este enfoque reconoce que el bienestar se construye mediante la interacción permanente entre las condiciones individuales y el entorno social, por lo que las respuestas deben ser interdisciplinarias, intersectoriales y centradas en la persona (Valdelamar Jiménez, 2024; OMS, 2021).

Un elemento central de la acción de bienestar es el reconocimiento del papel activo de la persona mayor. Las estrategias de acompañamiento no deben basarse únicamente en suplir carencias, sino en fortalecer capacidades, motivaciones y recursos personales para enfrentar la soledad. Esto se logra a través de metodologías participativas, donde la persona mayor define sus propias metas de bienestar junto con el equipo profesional.

La evidencia científica muestra que las intervenciones más efectivas frente a la soledad son aquellas que combinan el acompañamiento individual con la participación grupal y comunitaria. Las visitas domiciliarias, llamadas de acompañamiento y apoyo psicosocial resultan útiles para los casos de mayor vulnerabilidad, mientras que los talleres de habilidades sociales, actividades culturales, físicas o de reminiscencia permiten reconstruir vínculos y generar nuevos espacios de pertenencia.

Otro componente fundamental en la gestión de esta problemática es la articulación con los recursos comunitarios. La soledad social no puede resolverse de manera aislada por los servicios sociales o sanitarios, sino que requiere integrar asociaciones vecinales, centros de día, programas de voluntariado, redes de apoyo intergeneracional y servicios públicos

de proximidad. Esta integración refuerza la sostenibilidad y permanencia de las acciones en el tiempo.

La estrategia frente a la soledad debe también contemplar una perspectiva de género, dado que hombres y mujeres mayores experimentan la soledad de manera diferenciada. Las mujeres presentan mayor riesgo de soledad relacional por la viudez y la pérdida de amistades, mientras que los hombres suelen ser más vulnerables a la soledad colectiva por la falta de integración social tras la jubilación. Este enfoque permite diseñar intervenciones más precisas y efectivas.

La dimensión territorial es igualmente relevante. Los estudios demuestran que las personas mayores que viven en zonas urbanas densamente pobladas no necesariamente cuentan con mayores redes sociales, y que, por el contrario, pueden experimentar niveles más altos de soledad que quienes viven en contextos rurales. Por ello, la acción de bienestar debe adaptarse a las características del entorno, considerando accesibilidad, movilidad y oferta de actividades comunitarias.

En términos operativos, la estrategia se centra en tres pilares: identificación temprana del riesgo, concertación de planes personalizados e implementación de actividades integrales. Estos tres momentos permiten que la intervención no se limite a la detección del problema, sino que avance hacia la construcción de soluciones colectivas y sostenibles, orientadas a disminuir la percepción de soledad, fortalecer la autonomía, mantener la capacidad funcional y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, evaluando periódicamente los resultados alcanzados.

Desarrollo de la estrategia

Trabajador Social

Momento 1. Inicio del abordaje, identificación integral de necesidades integral y formulación del Plan de Bienestar

El profesional de Trabajo Social recibe los casos priorizados mediante el proceso de aleatorización realizado por la Secretaría Distrital de Salud y asignados por los coordinadores y líderes operativos de cada Subred. Posteriormente realiza la contactabilidad, telefónica o presencial, con la persona mayor para concertar el inicio de la estrategia. Este proceso supone que, durante la aplicación inicial de la Escala UCLA, el Gestor de MAS Bienestar haya informado a la persona que, en caso de ser seleccionada, podría ser contactada para participar en el programa.

Como insumo para la valoración utiliza los resultados de la Escala UCLA aplicada previamente por el Gestor de MAS Bienestar, instrumento que permite identificar el nivel de riesgo asociado a la soledad social. **La escala no es aplicada nuevamente por el Trabajador Social en este momento**, sino que se complementa con una valoración social integral orientada a identificar las condiciones familiares, comunitarias, emocionales y sociales de la persona mayor, las características de su red de apoyo, factores protectores, necesidades en salud y posibles barreras para su bienestar.

Una vez confirmada la inclusión en la estrategia, el profesional de Trabajo Social lidera la construcción conjunta del **Plan de Bienestar** con la persona mayor y, cuando sea posible, con su entorno familiar. Este plan recoge las necesidades, intereses y expectativas de la persona, definiendo metas y actividades orientadas al fortalecimiento de las redes sociales, el bienestar emocional y la participación comunitaria. Asimismo, se identifican y gestionan recursos sectoriales, intersectoriales y comunitarios disponibles en el territorio, garantizando la participación de la persona mayor en la toma de decisiones.

El Plan de Bienestar tendrá una duración máxima de tres (3) meses. El profesional de Trabajo Social realizará tres sesiones en personas con riesgo alto y moderadamente alto, y dos sesiones cuando el riesgo corresponda a nivel bajo y moderado. En las personas clasificadas con riesgo alto se incorporará adicionalmente el acompañamiento del Auxiliar de Cuidado hasta por cuatro sesiones, de acuerdo con las necesidades identificadas durante la valoración integral.

Criterios de inclusión

Dimensión	Criterio de Inclusión	Descripción Operativa	Momento de Verificación
Edad	Persona mayor entre 65 y 75 años	Persona identificada dentro del rango de edad definido para la estrategia.	Identificación inicial
Condición de exposición	Permanecer más de 8 horas sola o vivir sola	Condición identificada por el Gestor de MAS Bienestar durante el abordaje inicial.	Identificación inicial
Identificación inicial	Contar con Escala UCLA aplicada por el Gestor de MAS Bienestar	La Escala UCLA constituye el insumo para la valoración del riesgo y la selección posterior mediante aleatorización.	Identificación inicial
Selección	Haber sido priorizado mediante el proceso de aleatorización	Caso asignado al profesional de Trabajo Social por el coordinador operativo.	Antes del inicio del abordaje
Voluntariedad	Consentimiento informado	Aceptación expresa para participar en la estrategia.	Sesión inicial
Disposición al plan	Concertación del Plan de Bienestar	Participación activa en la definición de metas y actividades.	Sesión inicial

Nota: La Escala UCLA constituye una herramienta inicial para la identificación del riesgo de soledad social; sin embargo, no representa por sí sola un criterio de inclusión o exclusión, por lo que siempre deberá complementarse con la valoración profesional integral.

A continuación, se presentan elementos a tener en cuenta en el marco de la concertación del plan de Bienestar y que pueden orientar el desarrollo del acompañamiento de manera más situada y asociada a la necesidad identificada.

COHORTE/PROCESO	CATEGORÍA	COMPROMISO CONCERTADO
Soledad Social	Capacidades para el acceso y la adherencia a la atención en salud.	Gestionar el acceso a los servicios de salud o apoyo social identificados durante el acompañamiento.
	Capacidades para la gestión emocional.	Implementar una estrategia para fortalecer el bienestar emocional y disminuir el aislamiento.
	Cuidado cotidiano y prácticas saludables.	Incorporar una actividad significativa dentro de la rutina semanal.
	Cuidado cotidiano y prácticas saludables.	Mantener una rutina que favorezca el autocuidado y el envejecimiento activo.
	Relaciones y formas de convivencia social.	Participar en un espacio comunitario, recreativo o cultural de manera periódica.
	Relaciones y formas de convivencia social.	Fortalecer el contacto frecuente con familiares, vecinos o personas de confianza.
	Condiciones del entorno, vivienda y territorialidades.	Identificar y utilizar recursos comunitarios cercanos que favorezcan la participación social.
	Acción colectiva y acción intersectorial.	Vincularse a una red comunitaria o programa institucional de acompañamiento.

Momento 2. Seguimiento del Plan de Bienestar

El profesional de Trabajo Social desarrolla una sesión de seguimiento durante el proceso de intervención, preferiblemente entre la segunda y tercera sesión del Auxiliar de Cuidado cuando este perfil participe en el caso.

En esta fase no se reaplica la Escala UCLA. El seguimiento se orienta a valorar la adherencia al Plan de Bienestar, la motivación para participar en las actividades concertadas, el fortalecimiento de las redes familiares, comunitarias e institucionales, la participación social y la identificación de nuevas barreras o factores de riesgo que puedan requerir ajustes al proceso de intervención. Cuando sea necesario, se realizan modificaciones al Plan de Bienestar y se fortalecen las articulaciones con otros servicios o estrategias institucionales.

Momento 3. Cierre y evaluación final

Al finalizar el proceso, en la sesión 3, el profesional de Trabajo Social realiza una valoración integral de los resultados alcanzados, considerando el fortalecimiento de las redes de apoyo, la participación comunitaria, la percepción de bienestar y los cambios observados en la interacción social de la persona. Como parte de esta valoración, aplica nuevamente la escala de medición del riesgo y complementa el análisis con la información aportada por el Auxiliar de Cuidado sobre las acciones desarrolladas durante el acompañamiento.

Con base en esta evaluación, se establecen recomendaciones, se determina el cierre del Plan de Bienestar y, cuando se identifica la necesidad, se realizan articulaciones o remisiones a otras estrategias de los Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar, con el fin de garantizar la continuidad y sostenibilidad del proceso de atención.

Nota: En las personas clasificadas con riesgo bajo o moderado, el profesional de Trabajo Social desarrollará las sesiones establecidas con el propósito de mantener o disminuir el nivel de riesgo identificado, promoviendo el fortalecimiento de los factores protectores y la prevención de situaciones de mayor vulnerabilidad.

Intensidad de la intervención según el nivel de riesgo de soledad social

Una vez formulado el Plan de Bienestar y realizada la valoración integral por parte del profesional de Trabajo Social, la intensidad de la intervención se definirá de acuerdo con el nivel de riesgo de soledad social identificado. Esta clasificación orienta el perfil responsable, el tiempo de intervención y el alcance de las acciones a desarrollar, garantizando una respuesta proporcional a las necesidades de cada persona mayor.

Nivel de Riesgo Identificado	Descripción del Nivel	Perfil que Interviene	Tiempo de Intervención	Tipo de Intervención
Muy Alto	Soledad severa en las dimensiones emocional, relacional y colectiva.	**Profesional de Trabajo Social Auxiliar de Cuidado.**	Proceso de intervención de hasta **3 meses**, con intervalos entre sesiones **no mayores a 15 días ni menores a 1 semana**.	Intervención integral, implementación del Plan de Bienestar, acompañamiento continuo, articulación intersectorial y seguimiento permanente durante el proceso.
Alto	Frecuentes sentimientos de soledad y redes de apoyo débiles o insuficientes.	**Profesional de Trabajo Social Auxiliar de Cuidado.**	Proceso de intervención de hasta **3 meses**, con intervalos entre sesiones **no mayores a 15 días ni menores a 1 semana**.	Intervención estructurada mediante Plan de Bienestar y cuatro (4) sesiones de acompañamiento orientadas al fortalecimiento de habilidades sociales, la ampliación de redes de apoyo y la vinculación comunitaria.
Moderado	Limitaciones moderadas en los vínculos emocionales, relacionales o colectivos.	**Profesional de Trabajo Social (lidera) y Auxiliar de Cuidado**, según criterios definidos en la nota técnica.	Proceso de intervención de hasta **3 meses**, con intervalos entre sesiones **no mayores a 15 días ni menores a 1 semana**.	Concertación e implementación del Plan de Bienestar enfocado en el fortalecimiento de redes de apoyo y la participación social. Se desarrollará acompañamiento por el Auxiliar de Cuidado cuando se identifique la necesidad.

Bajo	Percibe compañía, apoyo social suficiente y presenta factores protectores consolidados.	**Profesional de Trabajo Social (lidera) y Auxiliar de Cuidado**, según criterios definidos en la nota técnica.	**Tres (3) sesiones**, sin superar **3 meses**, con intervalos **no mayores a un mes**.	Orientación breve, fortalecimiento de factores protectores, acciones preventivas y socialización de la oferta comunitaria e institucional para favorecer el mantenimiento del bienestar.

Nota: Durante el proceso de la estrategia se priorizará la intervención de las personas clasificadas con riesgo **Muy Alto** y **Alto**. Cuando la capacidad operativa del equipo lo permita, se continuará con la atención de personas clasificadas con riesgo **Moderado**, considerando la disponibilidad del Auxiliar de Cuidado y las necesidades identificadas durante la valoración integral. Esta priorización busca optimizar los recursos disponibles y garantizar la atención de quienes presentan mayor vulnerabilidad frente a la soledad social.

Auxiliar de Cuidado

Posterior al ingreso del Trabajador Social, el Auxiliar de Cuidado desarrolla cuatro sesiones de cuatro horas cada una, orientadas a fortalecer habilidades sociales, promover actividades recreativas, culturales y físicas, estimular funciones cognitivas y fortalecer la autoestima. Asimismo, se realiza acompañamiento a la oferta social y sanitaria cuando se requiera, garantizando avance en la adherencia a tratamiento médico según el caso; a través de la gestión de citas médicas, en articulación con el gestor en línea, facilitando la vinculación efectiva a redes comunitarias y servicios institucionales. Durante este proceso, el profesional de Trabajo Social mantiene seguimiento técnico, gestiona articulaciones intersectoriales y resuelve barreras de acceso que puedan presentarse.

Será responsabilidad del Auxiliar Cuidador:

- Ayudar con las necesidades básicas de la persona, como autocuidado, actividades de ocio y tiempo libre, cuidado de la salud y Educación en salud)
- Ayudar con el traslado y la movilidad;); facilitando el acceso a la oferta social.
- Realizar la toma de signos vitales al inicio y al finalizar el relevo; en caso de identificarse alteraciones en la toma de signos que pongan en riesgo la vida de la persona, deberá activarse la ruta de emergencias e informar al líder de la localidad.
- Agenciar las citas médicas en articulación con el gestor en línea cuando sea necesario.

Nota: A partir del periodo de implementación se identifica que la población con los criterios de priorización, se encuentra en el rango de Riesgo Alto y Muy Alto, se deberá priorizar esta población y continuar en orden con el riesgo medio en caso de que las auxiliares de cuidado Excedan la demanda de acompañamientos; presentando los datos obtenidos.

Tabla 1. Acciones por Dimensión y eje

Dimensión fortalecida	Eje de intervención	Acciones del auxiliar de cuidado
Emocional (sentido de compañía y cercanía afectiva)	Habilidades sociales y autoestima	• Conversar con escucha activa. • Promover expresión oral, escrita o artística (canto, escritura, pintura). • Reforzar frases de valoración y reconocimiento personal.
Relacional (vínculos cercanos y apoyo)	Acompañamiento social y sanitario	• Acompañar a citas médicas, terapias o trámites. • Facilitar contacto con la oferta institucional (centros de día, bibliotecas, JAC). • Apoyar llamadas o videollamadas con familiares y servicios de apoyo.
colectiva (interacciones significativas y pertenencia comunitaria)	Actividades recreativas, culturales y físicas	• Organizar juegos de mesa, caminatas suaves o ejercicios básicos. • Motivar la participación en talleres, celebraciones culturales. • Invitar a actividades comunitarias que rescaten identidad y cultura.
Colectiva (integración social y pertenencia a redes amplias)	Redes de apoyo comunitarias	• Promover la vinculación a grupos comunitarios o colectivos. • Incentivar la participación en voluntariados. • Facilitar roles comunitarios significativos (cuidar plantas, enseñar un oficio, transmitir saberes).
Transversal (aplica a todas las dimensiones)	Evaluación y seguimiento	• Registrar observaciones sobre estado de ánimo y participación y registro de signos vitales • Detectar señales de aislamiento o depresión y reportar. • Ajustar actividades según impacto en la percepción de soledad y la calidad de vida. • Acceso a servicios de salud, gestión y agencia de citas medicas

La información recolectada será registrada en el aplicativo GTAPS.

Nota 1: Cuando el riesgo identificado corresponda a los definidos para usuarios tipo 4, el perfil profesional responsable de la intervención deberá gestionar el agendamiento de la cita a través de los canales oficiales dispuestos por cada EPS (virtuales o telefónicos). En el caso de EPS con contratos vigentes con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, la gestión se realizará mediante articulación con el gestor en línea, quien efectuará el agendamiento en una de las SER. Para aquellas EPS sin posibilidad de agendamiento

desde la subred y en las que los canales habituales no resulten efectivos, la cita será tramitada por el profesional de enlace con EPS, previa notificación del caso por parte del gestor, utilizando los contactos institucionales definidos para gestión directa. El perfil profesional deberá registrar en el aplicativo en línea la cita gestionada y la fecha programada, garantizando la trazabilidad del proceso. ***(Ver referencia en apartado 1.7.4 Actividad 4. Implementación y Seguimiento del Plan de bienestar.)*** de este documento.

Nota 2: En el marco de la implementación del Plan o de Bienestar concertado con el núcleo familiar, se deberá realizar en el primer contacto la verificación del esquema de vacunación de todos los integrantes del grupo familiar, conforme a la edad, condición individual y población objeto, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En los casos en que se identifiquen esquemas incompletos, atrasados o pendientes, se deberá efectuar la respectiva orientación y derivación al servicio de vacunación correspondiente (bina vacunadora), garantizando la articulación con las rutas institucionales definidas.

Nota: Aplicación de la escala Final; será responsabilidad del Gestor de Bienestar, posterior a la finalización del proceso.