

**Experiencia de soledad y de apoyo social de personas con prescripción social e
intervención comunitaria en salud**

Yolisa Marisol Cabrera Ordoñez

Natalia Castellanos Luque

Angie Nataly Gil Camelo

Paula Andrea Velásquez Maldonado

Fundación Universitaria Sanitas

Facultad de Psicología, Ciencias Sociales y de la Educación

Docente asesor: John Alexander Castro Muñoz

Bogotá, Colombia

07 de noviembre de 2025

Tabla de contenido

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Justificación	7
Planteamiento del problema	8
Marco teórico	9
Soledad	10
Apoyo social	17
Envejecimiento	19
Estrategias de afrontamiento	24
Aislamiento social	25
Participación Comunitaria	28
Bienestar	30
Objetivo general	32
Objetivos específicos	32
Método	33
Diseño	34
Participantes	34
Técnica de recolección de información	35
Consideraciones éticas	36
Procedimiento	37
Plan de análisis	38
Resultados	39
Primera categoría preestablecida de análisis: soledad	44
Segunda categoría preestablecida de análisis: Apoyo social	47
Tercera categoría preestablecida de análisis: Afrontamiento	49
Cuarta categoría preestablecida de análisis: Bienestar	51
Quinta categoría preestablecida de análisis: Participación comunitaria	53
Sexta categoría preestablecida de análisis: Adaptación al envejecimiento	56
Séptima categoría preestablecida de análisis: Aislamiento social	57

Discusión	59
Vacíos y limitaciones	66
Referencias	68

Índice de tablas

Tabla 1 Preguntas de instrumento de recolección de información.	37
Tabla 2. Categoría de Investigación.	42

Resumen

La soledad es un reto de salud pública que acentúa los problemas de salud física y mental, afectando alrededor del 25% de las personas mayores en el mundo y en Colombia, el 30% aproximadamente. En contraste, las intervenciones comunitarias que disminuyen la percepción de soledad y aumentan el apoyo social, contribuyen a atenuar estos riesgos. Este trabajo tiene como objetivo comprender el sentido de la experiencia de los participantes del programa de la intervención comunitaria en salud denominado “prescripción social”, que está enfocado en la reducción del sentimiento de soledad y el aumento de la percepción de apoyo social. Es un estudio cualitativo ubicado dentro del paradigma hermenéutico-interpretativo basado en la fenomenología de Husserl. Los datos se recolectaron por medio de una entrevista semiestructurada con perspectiva ETIC y EMIC, en personas mayores que han participado en la intervención comunitaria de centros médicos Colsanitas. Los resultados obtenidos demostraron que la prescripción social favorece la disminución de la percepción de soledad y potencia apoyo social percibido en personas mayores. Finalmente, se encontró que la prescripción social se identifica como una estrategia comunitaria que promueve la salud de manera integral.

Palabras clave: Soledad, personas mayores, prescripción social, apoyo social, intervención comunitaria y fenomenología.

Abstract

Loneliness is a public health challenge that exacerbates physical and mental health problems, affecting approximately 25% of older adults worldwide and roughly 30% in Colombia. In contrast, community interventions that reduce the perception of loneliness and increase social support help mitigate these risks. This study aims to understand the experience of participants in the community health intervention program called "social prescribing," which focuses on reducing feelings of loneliness and increasing the perception of social support. It is a qualitative study situated within the hermeneutic-interpretive paradigm based on Husserl's phenomenology. The data were collected through a semi-structured interview with an ETIC and EMIC perspective, in older people who have participated in the community intervention of Colsanitas medical centers. The results showed that social prescribing helps reduce feelings of loneliness and enhances perceived social support in older adults. Finally, social prescribing was identified as a community-based strategy that promotes holistic health.

Keywords: Loneliness, elderly people, social prescription, social support, community intervention and phenomenology.

Introducción

El envejecimiento constituye una etapa del ciclo vital caracterizada por múltiples transformaciones físicas, emocionales y sociales que pueden impactar de manera significativa el bienestar psicológico. En este proceso, las redes de apoyo, las oportunidades de participación social y la percepción de conexión con los demás se convierten en factores esenciales para mantener una buena salud mental, satisfacción y calidad de vida. Sin embargo, diversos estudios han mostrado que la soledad y el aislamiento social se han incrementado entre las personas mayores, configurándose como un problema de salud pública que afecta las condiciones de vida y aumenta la vulnerabilidad frente a diferentes trastornos psicológicos y físicos.

Siguiendo con lo anterior, se pretende comprender el sentido de la experiencia de los participantes del programa de intervención comunitaria en salud denominado “prescripción social” que está enfocado en la reducción del sentimiento de soledad y el aumento de la percepción de apoyo social.

Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud - OMS (2023), en el curso de vida el bienestar psicológico está influenciado por el ambiente físico, las relaciones sociales y las vivencias. En cambio, la desconexión social y la percepción de soledad representan factores que aumentan la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental en el envejecimiento y afectan a cerca del 25% de las personas mayores. De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2020), en Colombia aproximadamente el 30% de la población encuestada de más de 55 años en hogares unipersonales, refirió sentirse solo y con factores estresores.

La soledad es un desafío en la edad adulta, ya que puede llevar a tener un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y demencia, y menor seguimiento de los tratamientos médicos (Holt *et al.*, 2015, como se cita en Urbina, 2023). Adicionalmente el aislamiento social se ha relacionado con mayor incidencia de suicidio (Palma y Escarabajal, 2021).

Tal como señala Gracia (2011, como se citó en Martínez, *et al.*, 2021), el apoyo social abarca las diversas formas de ayuda, de tipo emocional, práctico e informacional, que alguien percibe recibir de parte de sus redes. Al respecto la OMS (2023) reporta que cuando un adulto mayor se involucra en actividades sociales provechosas, puede tener mejoras en su salud mental, satisfacción y calidad de vida, e incluso en reducir síntomas depresivos, por lo tanto, algunas organizaciones han creado estrategias como grupos de apoyo y fortalecimiento de habilidades sociales, enfocadas en personas que se encuentren en esta etapa de vida.

Una de estas estrategias ha sido la prescripción social que es un proceso en el que se indican a los pacientes intervenciones comunitarias, las cuales tienen una gran complejidad por la diversidad de actores que participan, los distintos modelos de implementación y el contexto socioeconómico y político en el que se desarrollan, que en ocasiones tiene intereses que se contraponen (Calderón-Larrañaga y Braddick, 2021). La prescripción social trae beneficios asociados a la salud y bienestar de sus participantes, no obstante, se señala la necesidad de realizar más estudios para confirmar su efectividad y llenar vacíos en la investigación (Drinkwater, *et al.*, 2019 y Chatterjee, *et al.*, 2018, como se citaron en Bonal, 2019).

Por lo anterior, en Colombia, las instituciones de salud deben seguir implementando intervenciones comunitarias dirigidas a personas adultas medias y mayores, para mitigar su percepción de soledad y fortalecer el apoyo social, y a su vez, investigar sobre su eficacia.

Desde la psicología clínica y de la salud, comprender la experiencia de personas mayores que han participado en dichas prescripciones sociales, que abordan la problemática de la soledad en el curso de vida, facilita información sobre el sentido que estas tienen en su vida como actividades significativas que pueden mejorar su bienestar psicosocial y promover un envejecimiento más saludable (Brett, *et al.*, 2019).

Planteamiento del problema

La soledad se asocia a una percepción desagradable en la que las relaciones sociales son insuficientes en calidad y en cantidad respecto a las que una persona desearía tener (Perlman y Peplau, 1981). Hoy en día, la soledad se considera un reto de salud pública (Cacioppo y Cacioppo, 2018), es común en muchos países, pero existe una notoria escasez de datos, particularmente en los de ingresos bajos y medios (Surkalim, *et al.*, 2022). Según estimaciones, en los países industrializados la tercera parte de la población experimenta soledad, y para una de cada doce personas, esta soledad llega a ser un problema considerable. Por esto, los gobiernos necesitan crear políticas e iniciativas a nivel social y en salud (Cacioppo y Cacioppo, 2018).

Al respecto, Gallardo-Peralta *et al.*, (2023) realizaron una revisión sistemática de 42 artículos científicos y en la mayoría de estos estudios se dedican a entender la conexión entre la soledad y las repercusiones negativas que puede tener a la salud, incluyendo problemas en la salud mental y afectación en la calidad de vida. Se resalta también que las personas mayores participen en actividades sociales y comunitarias para su integración social. No obstante, dada la falta de investigación cualitativa, se desconoce cómo es la experiencia de las personas mayores que participan de intervenciones comunitarias en salud en Colombia.

A partir de lo anterior, este trabajo estuvo orientado a responder la siguiente pregunta ¿Cuál es la comprensión del sentido de la experiencia de los participantes del programa de

intervención comunitaria en salud denominado “prescripción social” que está enfocado en la reducción del sentimiento de soledad y el aumento de la percepción de apoyo social?

En función de resolver esta pregunta, se consideró pertinente plantear esta investigación desde un estudio cualitativo, bajo un paradigma hermenéutico cuya base epistemológica es la fenomenología a través de entrevistas semiestructuradas con una perspectiva EPIC y EMIC en personas mayores que hacen parte de centros médicos Colsanitas.

Marco teórico

El análisis de personas adultas medias y mayores ha llevado a identificar que en esta etapa de curso de vida se incrementa la percepción de soledad y se reduce la percepción de apoyo social debido al aislamiento que reciben de otros grupos etarios (Portillo, *et al.*, 2023), lo cual se podría favorecer con intervenciones comunitarias. A partir de ello, el presente trabajo se enfocó en abordar a profundidad, desde una perspectiva cualitativa, la categoría de soledad y de apoyo social.

En primer lugar, se expone la definición de prescripción social y luego se desarrollan los conceptos que permiten comprender qué es la soledad y cómo ésta ha evolucionado a lo largo del tiempo. Posteriormente, para comprender las diferentes formas en que se presenta esta categoría, se explican sus diferentes subtipos identificados en la literatura. A continuación, se expone la evidencia empírica que facilita su comprensión y a su vez su relación con la salud mental y física. Finalmente, se analizan las subcategorías que componen la soledad, con el objetivo de comprender mejor cómo profundizar en su exploración a través de esta aproximación cualitativa y así mejorar la experiencia, en este caso de las personas adultas media y mayores.

Prescripción social

La prescripción social es un mecanismo sistemático, en el que los especialistas de la salud orientan activamente a usuarios a que se involucren en actividades comunitarias, para que adopten mejores hábitos de vida y fortalezcan sus vínculos sociales (Friedli et al., 2007, como se citó en Capella, *et al.*, 2016).

Siguiendo con los autores anteriores, este procedimiento amplía los recursos de asistencia disponibles en la Atención Primaria, con eficacia especialmente en personas con vulnerabilidad psicosocial, como se ha constatado en investigaciones donde la prescripción social ha potenciado el estado de ánimo y calidad de vida de población con condiciones de salud persistentes o crónicas, y ha atenuado indicadores de pacientes con depresión o ansiedad en grados leves o moderados. Asimismo, han logrado un incremento en la autovaloración y autoeficacia.

La prescripción social no es una sugerencia informal, sino que requiere un método estructurado que brinda a los pacientes además de medicamentos, elementos disponibles en su comunidad que contribuyan a su bienestar físico, psicológico y social. Estos recursos comunitarios se conocen como activos en salud y cubren diversas necesidades como oportunidades para la actividad física, aprendizaje y voluntariado, actividades recreativas y artísticas, orientación emocional, espiritual y soporte específico como por ejemplo en temas legales (Bonal, 2019).

En el anterior estudio se describe que la prescripción social debe ser detallada, dando a conocer al paciente las instituciones exactas, datos de contacto, el tipo de ayuda que recibirán, entre otras características, y su implementación además de los beneficios individuales descritos arriba, también tiene un impacto en los determinantes sociales de la

salud y favorece la carga asistencial de los médicos de familia (While, 2016 y Torjesen, 2016, como se citaron en Bonal, 2019).

Soledad

El estudio de la soledad ha sido objeto de interés en diversas disciplinas, especialmente en el campo de la psicología clínica. Una de las primeras teóricas en abordar la soledad como un fenómeno complejo y clínicamente relevante fue Frieda Fromm-Reichmann (1959). Esta autora propone desde su perspectiva que la soledad puede manifestarse como un dolor psíquico profundo de naturaleza incomunicable y amenazante, que puede llegar a ser desintegrador, ya que dificulta la organización emocional de la persona, obstaculizando su capacidad para pensar, sentir y relacionarse de manera coherente con los demás.

A través de la historia, la soledad también se explicó desde el aislamiento físico; autores como Harlow (1965, como se cita en Danzig, *et al.*, 2024) validan esta afirmación. En su caso llegó a esta conclusión a través de sus investigaciones. Específicamente este autor realizó una investigación con monos separando a la madre de la cría evaluando los efectos en ella, de la falta de interacción social prolongada. Los resultados mostraron que dicho aislamiento tuvo un impacto profundo y perjudicial en el bienestar físico de los monos, generando aturdimiento, un deterioro general y afectación en las necesidades esenciales como la pérdida del apetito. Estos hallazgos permitieron evidenciar que las interacciones sociales son necesarias para la supervivencia y que por el contrario la reducción afecta negativamente la salud.

Por otra parte, Peplau y Perlman (1982, como se cita en Ríos y Londoño, 2012) evidenciaron que la soledad se puede entender como un estado subjetivo, que está relacionado con el aislamiento social, esta no se limita a la ausencia física de personas, sino que se vincula principalmente con una experiencia psicológica interna caracterizada por la

percepción de falta de intimidad y profundidad en sus relaciones, sean estas robustas o no. De la misma manera, aclaran que la soledad puede ser comprendida como una condición negativa (fenómeno mental desagradable y angustiante) para las personas que se encuentran solas, excluidas o aisladas de su red de apoyo y red social.

Las formulaciones de los autores citados hasta este punto coinciden en concluir que la generación de la percepción de soledad representa una disonancia entre el contacto social esperado a partir del número de contactos sociales que una persona considera necesario para sentirse satisfecha y los contactos reales que se mantienen, los cuales son evaluados en función de cuán significativos y recíprocos resultan. Es importante aclarar que, esta afirmación no da un estimativo sobre la cantidad específica de personas que se tienen en relación con las personas que se esperan tener debido a que esta corresponde a una valoración plenamente subjetiva. (Araya & Iriarte, 2023)

Posteriormente Weiss (1983, como se citó en Pinazo & Bellegarde, 2018), conceptualizó la soledad como un fenómeno inherente a la experiencia humana. Según sus planteamientos, se trata de un sentimiento natural que puede manifestarse en distintos momentos del curso de vida. Según Dykstra, (1995), en las personas mayores, la soledad puede intensificarse ante la ausencia de pareja o de una red de apoyo sólida y se puede ver incrementada ante factores individuales como el deterioro físico, el cual puede limitar las interacciones sociales, junto con características personales como baja autoestima o timidez, las cuales pueden dificultar el establecimiento de nuevos vínculos al generar la sensación de falta de control en las relaciones. Sin embargo, destaca que la carencia de pareja no necesariamente conduce a la soledad, pues las relaciones de amistad estrechas pueden proveer un valioso recurso de apoyo.

Años más tarde Jong Gierveld (1987, como se citó en Kořar y Kořar, 2023) propuso que la soledad se entiende como una condición en la que el individuo percibe una carencia desagradable o inaceptable en la cantidad o calidad de ciertas relaciones interpersonales, específicamente aquellas que considera significativas o fundamentales para su bienestar emocional, y cuya presencia o calidad es evaluada en función de sus expectativas personales. Esta definición es desglosada en tres aspectos principales. Primero, que la soledad es una experiencia subjetiva, la cual no depende del número de vínculos sociales, como en el aislamiento social, sino de una vivencia emocional del individuo. Segundo, se asocia con sentimientos negativos como tristeza, frustración o desesperanza. Tercero, surge cuando las relaciones sociales existentes ya sean familiares, de pareja, amistades o vínculos con personas con quienes se interactúa regularmente, no alcanzan la calidad deseada o no proporcionan la satisfacción relacional que la persona espera.

Más adelante, otros autores como Cacioppo (2014, como se cita en Delgado y González, 2021) propuso que la soledad puede entenderse como una vivencia subjetiva que surge cuando una persona percibe una falta de afecto y cercanía en su vida íntima (*soledad emocional*), siente escasa conexión con familiares y amigos (*soledad relacional*), o experimenta una baja valoración dentro de su entorno social más amplio (*soledad colectiva*).

Finalmente, autores más recientes como Holt-Lunstad (2021) define la soledad como un problema de salud pública, debido a que concibe esta categoría como una “desconexión percibida” que incrementa los riesgos de enfermedades cardiovasculares, de salud mental y salud cognitiva. Esta desconexión hace referencia a la estructura, a la función y a la calidad de las relaciones sociales de las personas. En un estudio realizado por Yang, *et al.*, (2016), tuvieron en cuenta cuatro muestras representativas a nivel nacional en población estadounidense, las cuales evaluaron los aspectos relacionados a la “desconexión percibida” (estructura, función y calidad de las relaciones sociales), mostrando un efecto de dosis-

respuesta: a mayor nivel de conexión social, mejor regulación fisiológica -reflejada en indicadores como la presión arterial, el índice de masa corporal y los niveles de inflamación- y menor presencia de problemas de salud. La desregulación fisiológica, cuando se origina por una escasa conexión social y se mantiene de forma crónica, puede favorecer el desarrollo de enfermedades crónicas y aumentar la probabilidad de una muerte prematura.

Tipos de soledad

Con el propósito de profundizar en la conceptualización de la soledad y así comprenderla mejor en los adultos medios, y para el cumplimiento del objetivo principal de este estudio, en este apartado se presenta la tipología de esta categoría. Cacioppo (2014, como se cita en Delgado y González, 2021), afirma que la soledad está compuesta por tres subtipos. El primero de ellos lo denomina *la soledad emocional*, esta consiste en la percepción de ausencia de personas íntimas (de 1 a 5) con las que se pueda contar para recibir apoyo emocional en momentos difíciles. Esta forma de soledad, comúnmente asociada con la viudez, impacta tanto a hombres como a mujeres. El segundo tipo de soledad se denomina *soledad relacional*, esta ocurre cuando la persona pierde el contacto con un círculo más amplio (entre 15 y 50 personas) con quienes se mantiene una relación de simpatía o cercanía. Esta falta de interacción suele afectar en mayor medida a las mujeres. El tercer tipo corresponde a la *soledad colectiva* se manifiesta cuando una persona se percibe poco reconocida o valorada dentro de una red social más amplia, compuesta por entre 150 y 1.500 personas, como las que se conocen en asociaciones, actividades grupales o entornos comunitarios. Este tipo de soledad afecta especialmente a los hombres, lo cual podría estar relacionado con normas sociales que limitan la expresión emocional y la búsqueda de ayuda (Barreto, *et al.*, 2021).

Al igual que las definiciones conceptuales previamente expuestas, resulta fundamental revisar la evidencia empírica que exponen los hallazgos que a continuación se muestran. Se incluyen evidencias específicas que abordan los cambios y dinámicas desde la adultez media hasta la vejez, permitiendo una comprensión más amplia de los procesos de desarrollo, transición y deterioro característicos de esta etapa del curso de vida.

Para empezar este abordaje, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (s.f) considera a las personas mayores, sujetos de derecho y protección especial, mantienen un rol activo en la sociedad y tienen responsabilidades hacia sí mismas, su entorno y futuras generaciones. El envejecimiento es un proceso de desarrollo y deterioro influenciado por experiencias de vida, y usualmente se reconoce a partir de los 60 años.

Además de lo anterior, la vejez es una construcción social y biográfica que abarca las últimas décadas de vida y está influida por el género, las experiencias y transiciones vividas. Implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales asociados al envejecimiento y la pérdida gradual de capacidades, cuya intensidad depende de las decisiones tomadas a lo largo de la vida. (Ministerio de protección social, s.f)

Para comprender mejor estas transformaciones, es necesario considerar las evidencias empíricas disponibles. En este sentido, con Holt *et al.*, (2015, como se cita en Urbina, 2023), se encontró que la soledad tuvo un impacto negativo en la salud, asociándola con hábitos poco saludables, trastornos del sueño y un mayor riesgo de enfermedades como: hipertensión, obesidad, ansiedad, depresión, deterioro cognitivo y un aumento en la probabilidad de desarrollar Alzheimer o presentar conductas suicidas. También se observó que las personas que experimentan soledad tienden a tener menor adherencia a tratamientos médicos.

Continuando con la relación entre la soledad y el impacto en la salud, Cacioppo, *et al.* (2007, como se cita en Suárez, 2012), encontraron que, en personas solitarias, se observó una

mayor actividad en genes que fomentan la inflamación, junto con una menor actividad en los genes que normalmente la detienen, además, estas personas mostraron una reducción en la función de los genes que ayudan al cuerpo a defenderse de virus. Otros autores como Pourriyahi, *et al.*, (2021), también propusieron que la soledad puede generar alteraciones inmunológicas debido a la vinculación de comportamientos perjudiciales (disminución de autocuidado -sueño, actividad física y alimentación balanceada-, mayor probabilidad de distanciamiento de redes de apoyo y consumo de cigarrillo), mayor sensibilidad al estrés y a una capacidad reducida del cuerpo para repararse.

De la misma manera, la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto en la salud que trajo consigo un aislamiento forzado que visibilizó aún más el aislamiento social. Stein y Riedel (2023) señalaron que algunas personas mayores vieron intensificados sus sentimientos de soledad durante este periodo, lo cual generó la necesidad de implementar intervenciones efectivas que protegieran su salud y bienestar.

Estos autores también mencionan que, en este periodo el aislamiento social y la soledad se convirtieron en riesgos reales para la salud pública. Las personas mayores, por su propia condición, muchas veces dependen del apoyo de su entorno ya sea familiar, comunitario o institucional para desenvolverse en el día a día. Esta dependencia puede aumentar con la edad, sobre todo cuando aparece lo que la Organización Mundial de la Salud denomina “dependencia funcional”, es decir, la dificultad o incapacidad para realizar actividades que antes se hacían sin problema (Jaimes, *et al.*, 2019, como se cita en Sotomayor, *et al.*, 2022).

Otros autores abordaron el impacto de la soledad en la post pandemia, identificando que, las principales dificultades a nivel emocional en población adulta estaban asociadas a condiciones de aislamiento que conlleva a sentimientos de tristeza, soledad, depresión y

ansiedad (Broche-Pérez, *et al.*, 2020). Adicionalmente en México, se encontró que la percepción de soledad en la persona mayor incrementó a partir de la pandemia, caracterizando un porcentaje de 24.31% (Pérez-Aranda, *et al.*, 2021).

En ese sentido, Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta (2021) señalan que ante esta perspectiva de soledad las personas mayores tienden a descuidar su alimentación, su salud física y psicológica, lo que facilita la aparición de enfermedades crónicas y contribuye a una mayor percepción de insatisfacción con la vida.

Estos mismos autores también describen la soledad como una experiencia negativa marcada por la percepción de ausencia emocional, frecuentemente relacionada con una disminución en la red de apoyo social. Esta percepción es especialmente prevalente entre personas mayores, lo cual resalta la importancia de comprender en qué medida la soledad afecta su salud mental y cómo esta puede contribuir a un deterioro emocional significativo.

Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (2023) estima que uno de cada siete adultos mayores sufre algún trastorno mental. La salud mental en esta etapa se ve influenciada por múltiples factores: el entorno físico y social, las experiencias de vida, y situaciones específicas como la pérdida de capacidades físicas o de empleo. Aun así, los problemas emocionales en la vejez siguen siendo subestimados, muchas veces invisibilizados, lo que impide que se les brinde atención.

Apoyo social

En esta misma línea, al profundizar en el concepto de apoyo social, se identificaron diversas definiciones, entre ellas la de Tardy (1985, citado en Matrángolo *et al.*, 2022), quien propuso cinco dimensiones para su comprensión. La primera es la dirección, que hace referencia a recibir o dar apoyo social. Por otro lado, la disposición hace alusión a la disponibilidad del apoyo, diferenciando entre el acceso a este y los recursos que puede

brindar el mismo. En cuanto a la tercera dimensión denominada descripción/evaluación, el autor menciona que, por una parte, se describe qué tipo de apoyo recibe una persona y cómo lo percibe, mientras que, por otra, se evalúa la satisfacción que siente el individuo con respecto a un apoyo específico. La cuarta dimensión hace referencia al contenido, en el cual Tardy identifica las diferentes formas de apoyo: emocional (expresiones de afecto y empatía), instrumental (comportamientos de ayuda), informativa (suministro de consejos, información o guía) y evaluativa (retroalimentación sobre desempeño). Por último, la quinta dimensión son las redes (conjunto de relaciones entre los miembros de una red social que proporcionan apoyo, tales como familia, amigos, compañeros y comunidad).

De este modo, las redes conforman una dimensión fundamental del apoyo social, al ser la estructura relacional que lo posibilita. Sin embargo, es útil distinguir entre estos dos componentes; mientras el apoyo social se refiere al contenido funcional de las interacciones, es decir, los recursos emocionales, instrumentales, informativos o evaluativos que una persona obtiene, las redes sociales hacen referencia a la configuración estructural de las relaciones que permiten que dicho apoyo fluya. Según Gamper (2009, citado en Cai et al., 2025), estas redes actúan como un puente entre el nivel individual (microsocial) y las instituciones (nivel macrosocial), ya que las interacciones entre los actores construyen estructuras sociales más amplias. En este mismo artículo, se menciona a Wellman (1988), quien las clasifica, según el enfoque de análisis, en egocéntricas (centradas en un individuo y sus conexiones directas) o integrales (que abarcan a todos los actores dentro de un contexto determinado). Asimismo, según el tipo de relación o función, pueden dividirse en redes formales e informales, familiares o laborales, fuertes o débiles, o en redes que ofrecen apoyo emocional o instrumental.

Continuando con el apoyo social, Sluzki (1996 como se citó en Lombardo y Soliveréz, 2019) menciona que se basa en tres aspectos fundamentales: su estructura, sus

funciones y las características de los vínculos que la conforman. La perspectiva estructural se centra en las relaciones que mantiene un individuo, las cuales pueden ser identificadas y medidas. Por otro lado, la perspectiva funcional se enfoca en el papel que desempeña esta red, los tipos de apoyo que brinda y su impacto en el bienestar de la persona. Por último, los vínculos dentro de la red se analizan a través de factores como: la función predominante, la multiplicidad de interacciones, la reciprocidad, la cercanía emocional, la frecuencia de contacto y la trayectoria compartida. La identificación y el análisis de estas redes resultan fundamentales para entender los recursos de apoyo disponibles para los adultos mayores y diseñar estrategias de intervención acordes a sus necesidades.

Además de esto, Sluzki refiere que el apoyo social experimenta diversas modificaciones a lo largo de las diferentes etapas de la vida, lo que implica variaciones en la cantidad y el tipo de apoyo disponible. Señala que estas redes tienden a expandirse durante la infancia y la adolescencia, se estabilizan en la adultez y se reducen en la vejez.

Por otro lado, Baltes y Freund (2007) como se citó en Arias, *et.al.*, (2020) proponen que, ante la pérdida de ciertos vínculos, las personas mayores desarrollan estrategias de selección, optimización y compensación que les permiten adaptarse a los cambios y mantener su bienestar. Esto sugiere que la red de apoyo no solo varía en tamaño, sino también en su composición y en las características de los lazos que la conforman.

Adicionalmente, el apoyo social contribuye a las necesidades básicas de una persona a través de interacciones sociales que facilitan la afiliación, afecto, sentido de pertenencia, identidad y seguridad (Clemente, 2003, como se cita en Pérez-Aranda, *et al.*, 2021). Es por esto que se han realizado estudios para identificar los beneficios de estos intercambios sociales, como el de Pérez-Aranda, *et al.*, (2021), que tuvo la finalidad de entender cómo las redes de apoyo social influyen en la forma de ver la muerte, en 400 personas mayores entre

60 y 75 años. Los hallazgos indicaron que los participantes que contaban con redes de apoyo social más sólidas mostraron actitudes más positivas hacia la muerte y cómo enfrentarla, debido a que percibieron más apoyo emocional y práctico, lo cual a su vez mejora el afrontamiento al estrés y a los cambios que se presentan en el ciclo de vida.

A partir de la revisión mencionada anteriormente, se toman en consideración las siguientes subcategorías, las cuales se asocian a la percepción de soledad y apoyo social en este estudio:

Envejecimiento

El envejecimiento de acuerdo con Lazarus y Lazarus (2006) es un proceso que forma parte de la vida humana, durante el cual se presentan cambios a nivel biológico, psicológico y social desde el nacimiento hasta la muerte. La etapa de adultez avanzada puede incluir diversas pérdidas como el retiro de las actividades laborales, variaciones en sus redes sociales y problemas de salud, que pueden desencadenar una menor autonomía (Pochintesta, 2021). No obstante, también se presentan ganancias que pueden ser: mayor sabiduría, meditación sobre las experiencias internas y sociales (Etxeberria, 2021), resiliencia, adaptabilidad (Amezcuca y García, 2022) y desarrollo personal (Maya-Pérez, *et al.*, 2022).

Busse (1969, como se citó en Anstey, *et al.*, 1993) describió dos tipos de envejecimiento a nivel físico: el primario o programado, que se refiere a los procesos de maduración en el organismo y abarca los procesos intrínsecos del envejecer, medidos a través de indicadores biológicos comunes como la fuerza muscular, la agudeza visual y el equilibrio corporal; y el envejecimiento secundario o estocástico que incluye la interacción entre la herencia y el ambiente, es decir las enfermedades y las consecuencias del entorno y se amplió para no solo considerar la salud, sino también los factores relacionados con la edad que son externos al individuo, como el nivel educativo, la actividad física y el estilo de vida.

En cambio, la teoría de los radicales libres señala al envejecimiento como el resultado de la acumulación de daño oxidativo en las células y los tejidos del cuerpo, afectándolos poco a poco. Algunos aspectos que respaldan esta teoría son que los animales que viven más tiempo suelen tener menos radicales libres y mejores defensas; a medida que la edad avanza se encuentran más radicales libres dañinos; y también puede explicar muchos de los cambios cuando se envejece, como la aparición de manchas en la piel y el menor funcionamiento de células (Wickens, 2001). En otras palabras, el cuerpo envejece lentamente porque va acumulando radicales libres.

Por otro lado, Baltes y Baltes (1990), describen en el envejecimiento aspectos del funcionamiento biológico, como la duración de la vida y la salud física; y del psicológico, como la salud mental y características como eficacia cognitiva, competencia social y satisfacción con la vida. Estos autores conciben el envejecimiento como un proceso cambiante donde ocurren mejoras y declives y proponen un modelo de envejecimiento exitoso que se basa en la interacción de tres elementos y procesos: La selección en la cual se identifican metas en las áreas de la vida donde el adulto mayor pueda adaptarse. La optimización se refiere a las acciones que emprenden para fortalecer sus recursos y mejorar la calidad de su trayectoria. Y finalmente la compensación se da cuando se pierden ciertas capacidades, recurriendo a otras estrategias para tener funcionamiento.

El anterior modelo sugiere un proceso de adaptación al envejecimiento, donde la persona elige y se enfoca en algunas áreas, dependiendo las exigencias y cambios de su entorno con sus propias habilidades y capacidades biológicas. Aun así, de acuerdo con Rodríguez (2018) existen diversas formas de ver al envejecimiento, una de ellas se basa en la edad cronológica, que reconoce la importancia del paso del tiempo en el ser humano. Otra perspectiva se centra en la vejez funcional, que considera el surgimiento de limitaciones que

afectan el proceso de independencia de la persona. Finalmente, se puede entender la vejez como una etapa más del curso de vida, con sus propias características diferenciales.

Partiendo de lo anterior, durante el proceso de envejecer las personas experimentan cambios significativos, incluyendo la disminución de capacidades que naturalmente ocurre con la edad avanzada y que conlleva una mayor necesidad de apoyo de otras personas, lo cual refleja que puede afectar tanto la cognición y habilidad para tomar decisiones, como para llevar a cabo acciones solos, junto a una menor fuerza en todo el cuerpo, dificultad para el agarre, menor velocidad al caminar, pérdida de masa muscular, bajo índice de masa corporal, fatiga y en algunos casos afectación en la economía, lo que incide en la independencia (Miri, *et al.*, 2024).

Sin embargo, para Etxeberria, (2021) la independencia absoluta no se da durante el curso de vida, sino que la autonomía se manifiesta como relaciones de interdependencia. Aun así, reconoce que las limitaciones físicas propias de la edad pueden impedir llevar a cabo ciertas acciones como disfrutar de un lugar al que no puede ir sin ayuda, y la posibilidad de cumplir esa actividad puede depender de que la asistencia que se recibe de otros sea apropiada y suficiente. Desde el enfoque del curso de vida, se entiende que las diferencias individuales en las personas se intensifican a medida que envejecen, y la diversidad de situaciones que experimentan en cuanto a relaciones sociales y apoyo varían, así que no se puede tomar sólo la edad como un punto de referencia (Pochintesta, 2021).

Como se mencionó anteriormente, la edad por sí sola no determina el impacto psicológico de una persona o su percepción de soledad, sino que son las representaciones negativas sobre el envejecimiento, junto con la falta de recursos personales y familiares adecuados, las que dificultan la capacidad de afrontar los desafíos propios de la vida. La relación que existe entre los estigmas del envejecimiento y el bienestar ha sido significativa a

lo largo de los años, ya que la autopercepción negativa de envejecer aumenta el riesgo de ansiedad, depresión y soledad en personas de diversas edades (Losada-Baltar, *et al.*, 2020).

La forma en que las personas mayores perciben su propio envejecimiento se ve influenciada por la solidez de sus ámbitos sociales, familiares y personales. Por esto, se han propuesto estrategias que contribuyen a fortalecer su autopercepción de envejecer, como la participación regular en entornos de interacción social entre pares (Puello *et al.*, 2017, como se citó en Maya-Pérez, *et al.*, 2022), así como considerar los aspectos favorables de sus experiencias y sus vínculos interpersonales, esta visión positiva se asocia con la vivencia de la felicidad ligada al bienestar, autocuidado y salud, a las circunstancias que enfrentan, a su dimensión espiritual y a una mejor adaptación a los cambios por su edad. Asimismo, es funcional el reconocimiento de emociones desagradables y la conciencia de que estas no definen su vida ni su cotidianidad (Maya-Pérez, *et al.*, 2022).

Adicionalmente, Amezcua y García, (2022), consideran la seneficiencia como una visión inclusiva y amplia del envejecimiento que busca un buen vivir a nivel individual y social, facilitando la integración de personas que no se consideran a sí mismas como mayores, lo cual es pertinente para desafiar los estereotipos tradicionales, los prejuicios y la discriminación; construir una imagen social más precisa de la vejez; y diseñar estrategias efectivas para una participación activa de esta población.

Boss, *et al.*, (2015) realizaron una revisión sistemática sobre la soledad y la función cognitiva en el envejecimiento, en donde identificaron que, la soledad en personas mayores puede estar asociada con la enfermedad de Alzheimer, y además con el deterioro en la cognición global en funciones como la memoria inmediata y diferida y la velocidad de procesamiento. Asimismo, Salinas, *et al.*, (2022), realizaron un estudio de cohorte de diez años, en el cual también observaron que la soledad estuvo relacionada con mayor riesgo de

tener demencia. A pesar de esas relaciones que se han encontrado, no se puede desconocer que otros factores distintos a la soledad pueden contribuir a que el envejecimiento se acelere o no, como la herencia y las condiciones de vida.

La investigación de Camargo-Rojas y Chavarro-Carvajal (2020) mostró cómo la percepción de soledad en personas mayores involucra el desarrollo de enfermedades crónicas, menos dedicación al cuidado personal y dificultades para cumplir los tratamientos médicos. Entre los factores que se asocian a esta percepción se encuentran la edad avanzada, el género femenino, la falta de pareja y un nivel educativo bajo. También enfatizaron la necesidad de evaluar la soledad en los adultos mayores empleando herramientas que garanticen confiabilidad, por ejemplo, en Colombia, validaron la escala ESTE para identificar esta condición y concluyeron que su uso debería ser una práctica habitual en la atención de las personas mayores, para así diseñar intervenciones dirigidas a mitigar este problema.

El estudio de González (2021), se centró en describir el apoyo social y el envejecimiento activo a partir de una revisión de la psicología positiva. Se determinó que existe una relación significativa entre estas variables, es decir, para que las personas mayores envejeczan saludablemente, es valioso que cuenten con apoyo social, este permite que la persona mayor perciba que está teniendo ayuda de otras personas para las cuales es importante, y le puede brindar recursos emocionales, sociales e instrumentales para abordar los retos que vienen con el paso de los años, lo cual adicionalmente se refleja en una participación social activa, resiliencia y bienestar psicológico.

Lo anterior es determinante para mantener la salud, de manera especial en las personas mayores incide en la plenitud con la vida y el sentimiento de realización. González (2021) también menciona que, al recibir un apoyo mayor, la persona tiene menos probabilidad de presentar depresión o sentimientos asociados a la soledad, que si bien se

pueden generar cuando la persona mayor cuenta con escasas redes o está en aislamiento, lo cual repercute en la calidad de vida. Por lo anterior, es pertinente sensibilizar a la sociedad para reconocer la relevancia de formar redes de apoyo.

Estrategias de afrontamiento

Una de las variables relevantes en torno a la experiencia de la soledad es el uso de estrategias de afrontamiento. En este sentido, Lazarus y Folkman (1984) sostienen que el afrontamiento puede orientarse tanto al problema como a la emoción. El afrontamiento centrado en el problema implica la búsqueda activa de soluciones frente a la situación estresante; mientras que el afrontamiento centrado en la emoción se orienta a la regulación de las respuestas emocionales, y puede incluir estrategias como la evitación, la negación o la resignación.

Más adelante, Frydenberg y Lewis (1997, como se citó en Veloso-Besio *et al.*, 2010) proponen un tercer tipo de afrontamiento: el afrontamiento por evitación, el cual se caracteriza por la evasión del problema mediante la realización de otras actividades o conductas sustitutivas.

Además, es importante considerar que el afrontamiento implica el uso de recursos tanto internos como externos. Los recursos internos comprenden conocimientos, valores y creencias personales, mientras que los recursos externos incluyen el apoyo social y el entorno relacional (Cardona, *et al.*, 2011).

En este marco, el afrontamiento cumple funciones fundamentales en la vida adulta, como mantener el equilibrio emocional, construir una imagen positiva de sí mismo, desarrollar un sentido de competencia personal, sostener vínculos sociales y prepararse para futuras situaciones complejas. Sin embargo, Clemente (2009) advierte que las personas mayores en situación de institucionalización suelen presentar dificultad en afrontamiento,

caracterizado por una reducción del sentido de control y autonomía, lo cual las conduce a adoptar actitudes más pasivas en la toma de decisiones.

Con el fin de enfrentar la soledad, la enfermedad, la viudez, la muerte y la preocupación, las personas mayores pueden utilizar estrategias como: la aceptación, la religión, la reinterpretación positiva, la autodistracción y el afrontamiento activo. Éstas hacen parte de las categorías afrontamiento cognitivo (que pretenden encontrar un significado a la experiencia); afrontamiento conductual (dirigido a confrontar la realidad, siendo consecuentes y trayendo a colación las emociones; y afrontamiento emocional (centrado en regular las emociones) (Cardona, *et al.*, 2011). Por su parte, las formas pasivas o evitativas corresponden a conductas de evasión y negación, consideradas disfuncionales, ya que no abordan directamente la situación estresante ni facilitan una adaptación activa al contexto.

Aislamiento social

En cuanto al aislamiento social, es la carencia objetiva de relaciones, vínculos o encuentros con otros individuos. El sentimiento de aislamiento social perjudica la salud física de seres humanos y animales, como se ha especificado en algunos estudios (Xia y Li, 2018). De igual manera, Kim, *et al.*, (2025), definen al aislamiento social como la limitación en cuanto a pocos o nulos lazos sociales y emocionales, y lo diferencian del retraimiento, ya que este último lo asocian a la acción de apartarse voluntariamente de las interacciones con otros. El retraimiento puede causar aislamiento, pero no todas las personas aisladas se retraen, de forma que alguien puede optar por no interactuar socialmente sin estar necesariamente en una situación de aislamiento.

Quedar aislado cuando se es una persona mayor está vinculado a diversos factores de riesgo, como dificultades en la salud y para movilizarse, estar distanciado de los hijos, la ausencia de ellos y la escasez de recursos económicos. Durante el envejecimiento, las redes

de apoyo social pueden reducirse en tamaño, sin embargo, la calidad del apoyo no siempre depende de la cantidad de contactos, debido a que puede que, en la vejez, se prioricen los vínculos afectivos de calidez, especialmente los familiares, lo que favorece una mejor gestión de las emociones. Los cambios en las relaciones sociales y el aislamiento dependen de la interacción entre factores personales y situacionales, los cuales afectan la calidad de los lazos sociales que tengan las personas mayores en esta etapa de la vida (Pochintesta, 2021).

Siguiendo con la autora anterior, es fundamental distinguir entre el aislamiento social objetivo y la sensación subjetiva de soledad, debido a que el aislamiento se define por la escasez de interacciones sociales y la soledad es más bien una experiencia emocional personal que la misma persona atribuye.

Por otra parte, desde la psicología del desarrollo, a partir de la adultez media las personas se interesan más en mantener relaciones significativas que en aumentar la cantidad de personas en su red, así como lo explica la teoría de la selectividad socioemocional de Carstensen, et al., (1999) quienes plantean que, a medida que las personas envejecen, restringen voluntariamente sus redes sociales tomando un papel activo en la forma de relacionarse, eligiendo con quién desean mantener lazos más estrechos, de esta manera la red social puede reducirse en número, pero esta selección intencional puede reflejar mayor calidad de los vínculos restantes, reforzando el apoyo emocional y la intimidad en las relaciones más cercanas.

El estudio de Hernández, *et al.*, (2021), tuvo la finalidad de determinar la cantidad de adultos mayores de 65 años en Ourense España que experimentaron soledad y aislamiento social, y qué factores estuvieron relacionados con estas experiencias. Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, usaron el cuestionario OARS-MFAQ y se encontró que un 32,7% de los participantes se sentían solos, un 17% vivían solos, un 18,9% no tenían

contacto social semanal y un 1,4% experimentaban aislamiento social. Algunos aspectos relacionados con la percepción de soledad, incluyeron ser mujer, jubilada, con bajo nivel educativo, depresión, deterioro cognitivo, problemas de visión, dependencia para actividades de la vida cotidiana, uso de psicofármacos y necesidad de mejoras en su vivienda. En cambio, la realización de actividad física frecuente se asoció con una menor percepción de soledad. Lo anterior deja ver la importancia de identificar estos factores por parte de profesionales de la salud mental para abordar estas dificultades en las personas mayores.

En Colombia, se han realizado estudios en personas mayores en calle, quienes cuentan con condiciones específicas en la manera de relacionarse con sus redes disponibles. La investigación de García-García, *et al.*, (2024), empleó metodología cuantitativa y cualitativa con esta población en la ciudad de Bogotá, reportando que los conflictos familiares, maltrato, abuso infantil y dificultades socioeconómicas, pueden ser causantes de la vida y el envejecimiento en calle, que a su vez provocan aislamiento social. También abordó las redes de apoyo informales, e identificaron que la red familiar es la más afectada, dando relevancia a las relaciones con sus iguales y con la sociedad, no obstante, estas pueden basarse en el miedo y rechazo, por ende, recurren más a las redes de apoyo formales como programas de la alcaldía. Concluyen que lo anterior muestra la necesidad de crear e implementar políticas públicas para educar a nivel emocional, afrontamiento, resiliencia y en cómo podemos apoyarnos como comunidad mitigando el aislamiento de esta población.

Participación Comunitaria

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la participación comunitaria comprende el conjunto de acciones llevadas a cabo por personas, familias y comunidades orientadas a promover el bienestar, prevenir afecciones y controlar su avance. (como se citó en Hernández, R., *et al*, 2019).

Según la revisión narrativa de Sepúlveda-Loyola, *et al.*, (2020), la participación social se entiende como el grado de involucramiento de una persona en actividades comunitarias, ya sea en grupos formales o informales, a través de los cuales se generan vínculos e interacciones sociales. Esta participación es considerada un factor protector clave para la salud y funcionalidad del adulto mayor. Mientras algunos autores la asocian con redes de apoyo familiar y comunitarias, otros la vinculan con la pertenencia a organizaciones específicas. Actualmente, el concepto incluye variables como el tipo y la frecuencia de participación, así como el rol que se desempeña dentro del grupo.

En esta revisión también se encontró que la participación social ofrece beneficios para la salud física y mental. A nivel psicológico, favorece la cognición, la autoestima, el sentido de pertenencia y reduce síntomas depresivos, especialmente cuando se participa en organizaciones religiosas o espirituales. En lo físico, estimula la movilidad, mejora la funcionalidad diaria, fortalece la salud pulmonar, reduce la inflamación sistémica y disminuye las comorbilidades, lo que puede traducirse en una menor mortalidad.

No obstante, concluye que estos beneficios pueden variar según si son actividades obligatorias las cuales pueden causar un efecto negativo, así como también, influyen factores como el contexto, el tipo de actividad, el entorno (urbano o rural), el género o la edad, observándose una mayor participación y efecto positivo en mujeres y en personas mayores que viven en zonas rurales.

Por otro lado, de acuerdo con Aguilar (2022), la participación comunitaria en salud puede ser entendida como un derecho fundamental que permite a las personas y colectivos incidir activamente en las decisiones que afectan su bienestar. La autora identifica diversos factores que pueden favorecer una participación exitosa. En primer lugar, destaca la importancia del liderazgo comunitario, especialmente cuando este surge de líderes naturales

que pertenecen a la propia comunidad, cuya capacidad de movilización suele ser más efectiva que la de profesionales externos. Además, la existencia de redes de apoyo, como grupos de autoayuda o agentes de salud locales, no solo refuerza la autonomía comunitaria, sino que también mejora la comunicación con los servicios sanitarios. Asimismo, cuando la participación se traduce en beneficios tangibles ya sea en términos de autoestima, reconocimiento social o acceso a servicios, las personas encuentran mayor motivación para sostener su implicación en la comunidad.

Así mismo, en el marco de la pandemia por COVID-19, de acuerdo con Cubillo-Llanes, *et al.*, (2022) en el Informe SESPAS 2022 menciona que antes de la pandemia, ya existían experiencias participativas que habían demostrado eficacia en la mejora del bienestar social, aunque no eran suficientemente valoradas ni apoyadas por las instituciones. A pesar de la falta de reconocimiento formal, estas redes preexistentes sirvieron como base para las respuestas comunitarias durante la crisis sanitaria, al estar ya estructuradas en torno a la comunicación, la cooperación y el trabajo en red.

Estos mismos autores continúan indicando que durante la pandemia, la gestión institucional fue principalmente vertical y basada en un enfoque de déficit, centrado en los riesgos y en la comunicación unidireccional, dejando poco espacio para la participación de la comunidad. Sin embargo, las redes comunitarias tomaron un rol activo mediante iniciativas de cuidado, solidaridad y organización autónoma, lo que permitió abordar necesidades concretas y reforzar las medidas preventivas. La identificación de un objetivo común y el reconocimiento de la vulnerabilidad compartida impulsaron la acción colectiva. También surgieron nuevos espacios de participación, especialmente donde el acceso institucional era limitado, lo que obliga a repensar el papel profesional y los liderazgos en los procesos participativos. Aunque la pandemia incrementó las cargas de cuidado, especialmente para las

mujeres, ellas desempeñaron un rol central en la organización comunitaria, destacando el valor de los cuidados como eje de la acción colectiva.

Finalmente, en este mismo informe se resalta que tras la pandemia, persiste la necesidad de evaluar y aprender de las experiencias vividas para construir una respuesta comunitaria sólida ante futuras crisis. Concluyendo que la participación comunitaria no puede improvisarse dado que requiere planificación, recursos y compromiso político. Como también, consolidar alianzas, fortalecer capacidades cooperativas y legitimar procesos locales ya existentes para mejorar no solo la salud, sino también la equidad social en la gestión de emergencias.

Bienestar

Por último, en cuanto al bienestar, este es definido según la Organización Mundial de la Salud (2021), como un estado en el que la persona es consciente de sus capacidades, enfrenta las demandas cotidianas, se desempeña de manera productiva y aporta a su comunidad.

Sin embargo, autores como Diener (1984, como se citó en Orteaga, *et.al.*, 2020) desarrolló el término de bienestar subjetivo que se refiere al análisis de cómo y por qué las personas perciben su vida de manera positiva. Esto implica la evaluación personal que cada individuo hace sobre su existencia, integrando tanto aspectos cognitivos como reacciones emocionales. Este tipo de bienestar se basa en una perspectiva hedónica que puede analizarse a partir de cuatro dimensiones fundamentales: la satisfacción con la vida, la felicidad, la percepción subjetiva del estado de salud y la satisfacción con la situación económica del hogar. Orteaga, *et.al.*, 2020, proponen que: a) la satisfacción con la vida se vincula con emociones positivas como la alegría y el disfrute, y se ha observado que tiende a incrementarse con la edad; b) la felicidad es la evaluación general positiva que una persona

hace de su vida, y está estrechamente relacionada con la calidad de las relaciones sociales; c) la percepción de la salud cobra especial relevancia en la etapa vital de las personas mayores; y, d) la situación económica del hogar destaca los recursos disponibles que influyen en el tipo de actividades de ocio que las personas pueden realizar.

Más adelante, Ryff (1995, como se citó en Mesa-Fernández, *et.al.*, 2019) define el bienestar psicológico como el proceso de desarrollar al máximo el propio potencial, vinculado al sentido de propósito en la vida, en el que la existencia adquiere un significado personal a través del esfuerzo, la superación y la búsqueda de metas valiosas. Este tipo de bienestar se basa en una perspectiva eudaimónica, que entiende el bienestar como autorrealización, y para esto, la autora construye un modelo multidimensional centrado en el crecimiento personal.

Dicho modelo contempla seis dimensiones clave: a) autoaceptación, implica tener una visión positiva de uno mismo y del pasado, reconociendo y aceptando las distintas facetas personales; b) autonomía, capacidad de actuar y tomar decisiones de forma independiente, manteniéndose fiel a uno mismo frente a las presiones externas; c) dominio del entorno, habilidad para gestionar y modificar el ambiente de manera que se favorezca el cumplimiento de las propias necesidades y valores, sintiendo control e influencia sobre el contexto; d) relaciones positivas, capacidad de establecer vínculos afectivos sólidos, de confianza y enriquecedores con los demás; e) propósito de vida, relacionado con tener objetivos claros, una dirección vital y la habilidad para encontrar sentido a las experiencias pasadas y presentes; y, f) crecimiento personal, alude al desarrollo continuo del potencial individual, así como a la disposición de utilizar las propias capacidades para afrontar los retos y aprendizajes propios de cada etapa vital.

Por otro lado, Carmona (2009) señala que el bienestar en la vejez se construye a partir de múltiples elementos, no solo de índole biológica, sino también sociales y personales. Lo anterior, puede evidenciarse en un estudio realizado por esta autora en Monterrey con personas mayores, en el cual los hallazgos revelaron que factores como la interacción social, el nivel educativo, la autonomía y el estado de salud sí presentan una relación predictiva significativa con una percepción positiva del bienestar, manifestada en la satisfacción con la vida actual, un estado de ánimo positivo, entusiasta y alegre, así como en la percepción del paso del tiempo y la sensación de haber experimentado felicidad a lo largo de la vida. Además, se resalta el papel fundamental de la vida en comunidad como medio para preservar y disfrutar del bienestar en esta etapa.

Objetivo general

Comprender el sentido de la experiencia de los participantes del programa de la intervención comunitaria en salud denominado “prescripción social” que está enfocado en la reducción del sentimiento de soledad y el aumento de la percepción de apoyo social.

Objetivos específicos

- Comprender las experiencias del programa en torno a la subcategoría de envejecimiento, asociadas a la soledad y apoyo social.
- Comprender las experiencias del programa en torno a la subcategoría de estrategias de afrontamiento, asociadas a la soledad y apoyo social.
- Comprender las experiencias del programa en torno a la subcategoría de aislamiento social, asociadas a la soledad y apoyo social.
- Comprender las experiencias del programa en torno a la subcategoría de participación comunitaria, asociadas a la soledad y apoyo social.

- Comprender las experiencias del programa en torno a la subcategoría de bienestar, asociadas a la soledad y apoyo social.

Método

El presente estudio es cualitativo, por lo tanto, busca comprender a profundidad la experiencia y el comportamiento observable desde una visión más holística considerando a las personas y contextos como un todo y no como variables (Quecedo & Castaño, 2002). Dicha investigación metodológica está ubicada dentro del paradigma hermenéutico interpretativo y la epistemología que responde a la pregunta de investigación es la fenomenología trascendental de Edmund Husserl, pues está centrada en cómo las personas comprenden las experiencias vividas y su significado (Fuster, 2019).

Para esta investigación, resultó congruente tal metodología, ya que, buscó comprender la experiencia de la soledad y apoyo social en personas mayores con prescripción social en los centros médicos Colsanitas con el fin de disminuir la percepción de soledad y aumentar el apoyo social. Entendiendo la prescripción social (PrS) como el proceso por el cual se busca que las personas acudan a actividades, servicios y recursos que beneficien la salud y el bienestar (Rodríguez-Benito, *et al.*, 2023), tal como se está realizando mediante el Boletín Comunitario. Cabe mencionar que esta investigación hizo parte de un proyecto global mixto concurrente cuantitativo - cualitativo.

Diseño

Participantes

Los participantes fueron 6 usuarios, de los cuales 5 fueron mujeres y 1 hombre, mayores de 60 años residentes en distintas ciudades de Colombia.

Dentro de los criterios de inclusión, se tuvo en cuenta para esta investigación personas mayores de 50 años que hayan participado o que participan actualmente en el programa de prescripción social de los centros médicos Colsanitas, sin distinción de nivel educativo ni condición socioeconómica. Los participantes debían contar con la aplicación de la Escala de Redes Sociales de Lubben (LSNS-6) en dos momentos (pre y post).

En contraparte, dentro de los criterios de exclusión, personas que presentan diagnóstico clínico de demencia o condiciones asociadas a deterioro neurocognitivo, dado que dichas alteraciones podrían afectar su capacidad para comprender y responder a los instrumentos aplicados.

Cabe mencionar que el número de participantes fue establecido en función del alcance de la saturación, la cual se alcanzó en el momento en que las entrevistas semiestructuradas como instrumento de recolección, ya no evidenciaron diferencias en el contenido de las respuestas para las preguntas orientadoras formuladas en torno a las categorías preestablecidas (Moustakas, 1994, como se citó en Gordón, 2017). En otras palabras, estas se prolongaron hasta el punto donde las respuestas de los participantes suministraron información relacionada y consecuentemente, no aparecieron agrupaciones conceptuales siguientes, identificadas durante la fase de análisis (Glaser y Strauss, 1967, como se citó en Ortega-Bastidas, 2020).

Técnica de recolección de información

Se empleó una entrevista individual semiestructurada como técnica de recolección de datos, la cual incluyó preguntas abiertas orientadas a explorar flexiblemente y a profundidad las categorías y subcategorías de la presente investigación, indagando por las experiencias de los participantes a través de la interacción con estos y con sus respuestas (Lopezosa, 2020).

Para lo anterior, se tuvo en cuenta tanto la perspectiva EMIC, como la ETIC.

En cuanto a la perspectiva ETIC, corresponde a una mirada externa, donde el investigador analiza los datos utilizando categorías teóricas o conceptos que pueden ser ajenas del contexto cultural del grupo estudiado. Este enfoque contribuye a situar los hallazgos dentro de un marco analítico más amplio, facilitando la comparación con otros contextos o estudios. En contraste, la perspectiva EMIC hace referencia a la interpretación de las categorías desde el interior, es decir, desde la manera en que los participantes lo comprenden y le otorgan sentido. Esta aproximación permite acceder a las referencias simbólicas, culturales y emocionales que las personas utilizan para organizar su experiencia del mundo (Pike, 1991, como se citó en Schaffhauser, 2010). En este contexto, se realizó una caracterización ETIC basada en una entrevista inicialmente formulada desde una perspectiva EMIC. Dado que se trató de una investigación fenomenológica, se analizó la retórica presente en las respuestas, enfocándose en el sentido y la intencionalidad.

Con el fin de validar la claridad y adecuación de las preguntas, se llevaron a cabo dos entrevistas piloto. Los hallazgos de esta fase permitieron realizar ajustes en la redacción y estructura de las preguntas, obteniendo así la versión final del instrumento de recolección de información, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1

Preguntas de instrumento de recolección de información.

Categorías	Preguntas
Soledad	¿Qué actividades realizadas por los promotores o por la comunidad dentro de la prescripción social se relacionó con la soledad y de qué forma? Podría darme al menos un ejemplo
Envejecimiento	¿Cómo fue su experiencia relacionada con el envejecimiento en las actividades realizadas por los promotores o por la comunidad dentro de la prescripción social en este momento de su vida? Podría darme al menos un ejemplo.

Apojo social	¿Qué entiende por apoyo social? Cuénteme ¿cuáles fueron las actividades realizadas en la intervención comunitaria que se relacionaron con el apoyo social y cómo?
Afrontamiento	¿Qué entiende por afrontamiento? ¿Qué actividades realizadas dentro de la prescripción social se relacionaron con el afrontamiento y cómo son estas actividades? Podría darme al menos un ejemplo
Aislamiento social	Cuénteme ¿cómo fue (¿o cómo ha sido?) su experiencia relacionada con el aislamiento social en las actividades del boletín comunitario?
Participación comunitaria	¿Cuál fue (¿o cómo ha sido?) su vivencia o experiencia relacionada con la participación comunitaria en las actividades realizadas por los promotores o por la comunidad dentro la prescripción social en este momento de su vida?
Bienestar Psicológico	¿Qué actividades realizadas por los promotores o por la comunidad dentro de la prescripción social se relacionó con su bienestar y de qué forma? Podría darme al menos un ejemplo

Fuente: Creación propia.

Consideraciones éticas

Siguiendo con la Ley 1090 (2006) del ejercicio de la profesión de Psicología, la Ley 1616 (2013) y la Resolución No. 8430 (1993), las personas mayores aceptaron de manera voluntaria su participación en el presente estudio, manejando sus datos confidenciales y anónimos; así mismo de acuerdo con las mismas resoluciones, correspondió a una investigación de bajo riesgo. Esta fue aprobada por el comité de ética mediante resolución: CEIFUS 2909-24 en el acta No 033-24, para el proyecto bajo el que se circunscribe esta tesis en modalidad del programa de maestría en psicología clínica y de la salud en condición de homologación desde el programa de especialización en psicología clínica, y por lo tanto procedente del proyecto de investigación docente con folio número 081-24 UNV denominado “Promoción del bienestar y la salud de personas mayores a partir del abordaje desde la salud comunitaria, del sentimiento de soledad y sentido de pertenencia”(Anexo 1). Esto muestra la

razón por la cual no se utilizó el consentimiento informado que propone la universidad. La investigación en esta fase cualitativa y para este componente de soledad y apoyo social, utilizó un diseño y un procedimiento en el que no se realizó ninguna intervención a los participantes, sino la descripción de sus respuestas por cada categoría, mediante el principio del beneficio con un riesgo mínimo de sufrir algún daño ocasionado por el estudio.

Procedimiento

En la fase inicial se estableció el primer contacto con los participantes de la intervención comunitaria en salud que manifestaron interés en participar del presente estudio, la selección de estos participantes se hizo por conveniencia a partir de un pre y post test aplicado en el proyecto global mixto concurrente. Se explicó a cada participante el objetivo, la metodología del estudio y se resolvieron preguntas. Luego los participantes otorgaron de manera verbal su consentimiento para la grabación del material audiovisual a través de Microsoft Teams. Posteriormente se procedió a la recolección de información mediante entrevistas semiestructuradas individuales con preguntas abiertas, se reconoce que las transcripciones de las entrevistas al haber sido tomadas de aquellas que genera el medio por el cual se hicieron las entrevistas, que fue Microsoft Teams, son elaboradas mediante el uso de inteligencia artificial, por lo tanto, aquí se declara específicamente su uso, en este sentido, en seguida las transcripciones fueron revisadas una por una por el equipo de investigadores para corregir aquellos detalles surgidos por la forma en la que funciona la aplicación. Después de esto se continuó con el análisis de datos que se detalla a continuación y finalmente se presentaron los resultados de la investigación.

Plan de análisis

Antes de este plan se aclara dentro del marco del rigor metodológico y ético que las grabaciones y transcripciones posterior al desarrollo de la investigación se guardaron de

manera confidencial y anonimizada por un tiempo que permita posteriormente constatar la fuente completa de las interpretaciones. El proceso de triangulación tomó como referencia dos de las estrategias sugeridas por la literatura (Roberts e Ilardi, 2003). La primera de ellas a partir de la definición de las categorías desde la literatura, la segunda desde la participación de múltiples observadores, como en el caso de contar con múltiples investigadores quienes de manera independiente analizaron los mismos datos cualitativos para posteriormente contrastar los resultados obtenidos.

Para la organización de la información y su posterior análisis se implementó el software Atlas.ti versión 25 (Atlas.ti – GmbH, 2025). A través de este se crearon los códigos a partir del proceso de analizar y llegar a un acuerdo sobre las formas de la experiencia EMIC en las que se manifestó cada categoría.

Todo ello tomando como referencia el proceso de codificación axial (Álvarez-Gayou, 2009) a partir de la identificación en las respuestas de las categorías preestablecidas, proceso que une los datos que mantienen conexiones entre las citas (verbalizaciones de los participantes) y las categorías. Posteriormente se realizó el proceso de codificación abierta para identificar categorías emergentes, que surgen de la determinación de diversos aspectos entre un mismo participante y entre el grupo de participantes, considerando tanto desde el lenguaje verbal como no verbal, los acuerdos y disensos (Álvarez-Gayou, 2009).

Respecto al desarrollo de esta fase del método se aclara, que el programa Atlas.ti se usó para agrupar los datos, verlos en conjunto y el equipo investigador hizo el análisis de manera divergente para realizar el ejercicio de interpretación del sentido de las experiencias al hacer una lectura de la retórica en las verbalizaciones, es decir, el análisis fenomenológico. Seguido de esto, se realizó de nuevo un proceso de triangulación, con la finalidad de aumentar uniformar o acordar criterios para la selección de las citas a partir de la perspectiva

del equipo investigador, por medio de múltiples observadores en este caso de las autoras del proyecto, junto con la lectura posterior del asesor de tesis, quienes al analizar lo encontrado, interpretando al hacer inferencias desde la perspectiva de los participantes, las categorías resultantes (Roberts e Ilardi, 2003) y como se mencionó inicialmente desde las definiciones de la teoría (Álvarez-Gayou, 2009).

Durante este proceso, se acordó centrarse específicamente en las narraciones que se relacionan de manera explícita con el apoyo social y la soledad. Este acuerdo metodológico implicó priorizar las verbalizaciones directamente orientadas a la pregunta de investigación, si bien, la otra información puede ser enriquecedora para fortalecer la comprensión de la subjetividad, ésta no se enfoca en la lectura que se le quiere dar al sentido de la experiencia; razón por la cual, se obtuvo un número reducido de códigos dado que las respuestas concretas tienden a ser reiterativas. A partir de lo anterior, el equipo consideró que se alcanzó el punto de saturación al no emerger nuevas categorías.

Resultados

A continuación, se presenta la tabla 2 que consolida las categorías del presente estudio, las cuales resultaron de la revisión exhaustiva de la literatura, junto a su definición general y las preguntas correspondientes a cada una. Adicionalmente los códigos extraídos como se describió en el apartado anterior y su concepto.

Tabla 2

Categoría de Investigación.

Categorías	Definición general	Preguntas	Especificaciones de las características de las verbalizaciones para codificar
Soledad	Vivencia subjetiva que surge cuando una persona percibe una falta de afecto y cercanía en su vida íntima (soledad emocional), siente escasa conexión con familiares y amigos (soledad relacional), o experimenta una baja valoración dentro de su entorno social más amplio (soledad colectiva). (Cacioppo, 2014, como se cita en Delgado y González, 2021)	¿Qué actividades realizadas por los promotores o por la comunidad dentro de la prescripción social se relacionó con la soledad y de qué forma? Podría darme al menos un ejemplo	<p>-Soledad emocional: las personas expresan presencia de afecto y cercanía en su vida íntima.</p> <p>-Soledad relacional: cuando las personas expresan conexión con familiares y amigos.</p> <p>-Soledad colectiva: baja valoración dentro de su entorno social más amplio.</p> <p>-Soledad subjetiva: se expresa que se entiende y percibe como soledad.</p>
Envejecimiento	Proceso que forma parte de la vida humana, durante el cual se presentan cambios a nivel biológico, psicológico y social desde el nacimiento hasta la muerte (Lazarus y Lazarus, 2006)	¿Cómo fue su experiencia relacionada con el envejecimiento en las actividades realizadas por los promotores o por la comunidad dentro de la prescripción social en este momento de su vida? Podría darme al menos un ejemplo.	Adaptación al envejecimiento: Identificación de metas, acciones que emprenden para mejorar sus recursos y la compensación que se da, cuando se pierden ciertas capacidades, pero recurren a otras estrategias para su funcionamiento.

<p>Apoyo social</p>	<p>Según Sluzki (1996 como se citó en Lombardo y Soliverz, 2019) la perspectiva estructural se centra en las relaciones que mantiene un individuo, la funcional se enfoca en el papel que desempeña esta red, los tipos de apoyo que brinda y finalmente los vínculos dentro de la red se analizan a través de factores como: la función predominante, la multiplicidad de interacciones, la reciprocidad y la cercanía emocional.</p>	<p>¿Qué entiende por apoyo social? Cuénteme ¿cuáles fueron las actividades realizadas en la intervención comunitaria que se relacionaron con el apoyo social y cómo?</p>	<p>-Apoyo emocional: mencionan expresiones de afecto y empatía</p> <p>-Apoyo instrumental: cuando las personas expresan comportamientos de ayuda</p> <p>-Apoyo informacional: cuando hay suministro de consejos, información o guía</p>
<p>Afrontamiento</p>	<p>Lazarus y Folkman (1984) mencionan dos tipos de afrontamiento: 1. el afrontamiento centrado en el problema que implica la búsqueda activa de soluciones frente a la situación estresante; y 2. el afrontamiento centrado en la emoción que se orienta a la regulación de las respuestas emocionales, y puede incluir estrategias como la evitación, la negación o la resignación. Adicional, Frydenberg y Lewis (1997, como se citó en Veloso-Besio et al., 2010) proponen un tercer tipo de afrontamiento: el afrontamiento por evitación, el cual se caracteriza por la evasión del problema mediante la realización de otras actividades o conductas sustitutivas.</p>	<p>¿Qué entiende por afrontamiento? ¿Qué actividades realizadas dentro de la prescripción social se relacionaron con el afrontamiento y cómo son estas actividades? Podría darme al menos un ejemplo</p>	<p>-Afrontamiento centrado en la emoción: Es la expresión de regulación frente a las respuestas emocionales y puede incluir estrategias como la evitación, la negación o la resignación.</p> <p>- Afrontamiento centrado en el problema: búsqueda activa de soluciones frente a la situación estresante</p>
<p>Aislamiento social</p>	<p>La teoría de la selectividad socioemocional de Carstensen, et al., (1999) plantean que, a medida que las personas envejecen, restringen voluntariamente sus redes sociales tomando un papel activo en la forma de relacionarse, eligiendo con quién desean mantener lazos más estrechos, de esta manera la red social puede reducirse en número, pero esta selección intencional puede reflejar mayor calidad de los vínculos restantes, reforzando el apoyo emocional y la intimidad en las relaciones más cercanas.</p>	<p>Cuénteme ¿cómo fue (¿o cómo ha sido?) su experiencia relacionada con el aislamiento social en las actividades del boletín comunitario?</p>	<p>Aislamiento social objetivo: es cuando las personas expresan escasez de interacciones sociales.</p>

Participación comunitaria	Se entiende como el grado de involucramiento de una persona en actividades comunitarias, ya sea en grupos formales o informales, a través de los cuales se generan vínculos e interacciones sociales. Esta participación es considerada un factor protector clave para la salud y funcionalidad del adulto mayor (Sepúlveda-Loyola, et al., 2020)	¿Cuál fue (¿o cómo ha sido?) su vivencia o experiencia relacionada con la participación comunitaria en las actividades realizadas por los promotores o por la comunidad dentro la prescripción social en este momento de su vida?	-Beneficio tangible: lo que las personas reciben en la participación comunitaria. -Participación comunitaria: las expresiones de los participantes con la vinculación social con la pertenencia a organizaciones específicas.
Bienestar Psicológico	Proceso de desarrollar al máximo el propio potencial, vinculado al sentido de propósito en la vida, en el que la existencia adquiere un significado personal a través del esfuerzo, la superación y la búsqueda de metas valiosas (Ryff, 1995, como se citó en Mesa-Fernández, et.al., 2019)	¿Qué actividades realizadas por los promotores o por la comunidad dentro de la prescripción social se relacionó con su bienestar y de qué forma? Podría darme al menos un ejemplo	-Bienestar: Cuando las personas reconocen sus capacidades, habilidades y actitudes al contribuir con la comunidad. -Propósito de vida: Expresiones relacionadas de la habilidad para encontrar sentido a las experiencias pasadas y presentes. -Dominio del entorno: Cuando las personas pueden ser conscientes y decidir qué contexto favorece el cumplimiento de sus necesidades, gustos y valores. -Satisfacción con la vida: expresiones de emociones agradables.

Fuente: Creación propia.

En seguida, se presentan las interpretaciones de cada una de las categorías preestablecidas. Para cada una de ellas al inicio se recapitula la definición, posteriormente se incluyen las interpretaciones y se acompañan de las citas que las respaldan desde una lectura de orden fenomenológico. Cabe resaltar que, hay fragmentos que se encuentran en negrilla debido a que se consideraron dicentes.

Primera categoría preestablecida de análisis: soledad

La primera categoría para analizar es la soledad que se define como una vivencia subjetiva dentro de la cual se encuentra la soledad emocional y que hace referencia a cuando las personas expresan carencia de afecto y cercanía en su vida íntima. De acuerdo con las respuestas de los participantes, se encontraron expresiones con contenido emocional frente a la ausencia de soledad.

*“...nosotros hemos tenido diferentes actividades, diferentes espacios precisamente hablamos hace días sobre la soledad que a veces uno se siente como aburrido, como eso, pero pues hemos aprendido. O sea, he aprendido que la soledad también es buena para uno poder pensar y analizar muchas situaciones y **pues la verdad que a mí no me afecta la soledad.** En estos momentos **yo vivo con mi pareja,** tengo cuatro hijos, ellos ya viven aparte. Yo en este momento, **estoy solita en casa, pero me siento bien,** a veces me gusta estar como en silencio, otras veces sí pongo música” (P3)*

A partir de lo anterior, pareciera que las concepciones que las personas tienen de soledad bien pueden afianzarse o no, en función de su experiencia dentro de la prescripción social. En este caso las afianza y pueden corroborarse. Así mismo por la forma en que relata su experiencia privilegia su sentir personal respecto a la sensación de soledad resaltando la calidad de los vínculos que le permite afirmar.

Adicionalmente en cuanto a la soledad relacional, que como se mencionó en el apartado del marco teórico del presente estudio, consiste en la escasa conexión con familiares y amigos; según lo que los participantes manifestaron, se encontró ausencia de esta.

*“Por lo menos en mi caso, **ya gracias a Dios, pues ya no estoy sola**, vivo con mi hijo y con la hija de él. Entonces. Pues esa soledad como que se acabó, ¿no? porque a mí ya tengo con quien compartir con quien hablar. Esto entonces, pues para **mí ha sido muy gratificante**” (P5)*

En lo anterior se puede identificar que respecto a los que tienen una configuración de amigos y familiares y, a los que se encuentran en las actividades y con sus compañeros, tienen una valoración significativa y positiva dentro del entorno social más amplio, dándole paso a la ausencia de soledad colectiva. Adicionalmente, se percibe que la compañía con la que se cuenta resulta gratificante, pues representa un valor a nivel emocional el tener ese apoyo.

*“cuando estamos con lo de los tejidos, pues ahí uno empieza a tejer y todo eso, entonces eso le veo yo como a romper la soledad. Cuando van las charlas de los médicos también, ¿no? porque yo veo **que personas, por ejemplo, van tristes, que no les gusta estar, vivir como en como soledad**, ¿cierto? Pero entonces, les parece que es importante asistir a un grupo” (P5)*

En este sentido, sus descripciones no sólo revelan una percepción empática o interpretativa del otro, sino también una proyección de su propio modo de vivenciar la soledad. Así, al enfatizar que “a los otros les resulta importante” determinada vivencia, se hace visible que aquello que atribuyen a los demás puede, en realidad, constituir un reflejo de lo que les resulta significativo a sí mismos(as). Es así como la comprensión del otro se entrelaza con la propia vivencia subjetiva.

En contraste, una participante señala percepción de soledad subjetiva

“Pero para mí estaba, pues mi esposo, mi hermano adulto mayor, mi hija, su esposo y mi persona, pero a mí no me servía estar ahí, que ellos estén porque era lo mismo. Me sentía sola y aún me siento sola. ¿Por qué? Porque mi esposo en este momento, pues él está trabajando y él llega por ahí tipo 2, almuerza y él rápido tiene que salir. Yo convivo con mi hermano, pero la verdad eso es como si no hubiera nadie” (P6)

Esto indica que, pese a que reconoce la presencia de familiares, existe una percepción de soledad, debido a que, como se menciona en el marco teórico, en las personas mayores la percepción de soledad tiende a aumentar cuando existe una carencia de pareja o una red de apoyo social.

Finalmente, los participantes del presente estudio narraron en su experiencia la relación entre las actividades a las que asistieron y su salud.

“Todas las actividades...porque son temas totalmente diferentes que nos han servido como dije antes, para tener una mente sana y todos los que tenemos la mente sana. Tenemos cuerpo sano, así nos duela, pues para eso está el acetaminofén y venimos con esa alegría, con ese entusiasmo, porque yo me levanto los días que me toca venir, rapidito, tempranito, a adelantar un poquito en la casa para verme a, feliz, a reírme con las compañeras” (P1)

Lo anterior muestra como la prescripción social puede optimizar la salud y el bienestar de las personas que participan en esta, potenciando su autoestima y confianza, lo cual favorece la percepción que tienen de su salud.

En este sentido, se puede concluir que la participación en los programas de prescripción social cumple con el objetivo de disminuir la percepción de soledad, al propiciar espacios de vinculación, sentido de pertenencia y apoyo mutuo. Los testimonios de los participantes reflejan que estas intervenciones favorecen no solo la conexión social, sino también el bienestar emocional.

Segunda categoría preestablecida de análisis: Apoyo social

Desde el apoyo social de acuerdo con el contenido, aparece la percepción acerca de contar con recursos emocionales, instrumentales, informativos o evaluativos. Existen diversas formas de apoyo de acuerdo con lo que la persona recibe, por ejemplo, el apoyo emocional que hace referencia a cuando los participantes reportan que vivenciaron este a través de muestras de afecto y empatía.

“...un momento que todas las compañeras hablaban...te toca a ti, yo les decía no, no voy a hablar. No me siento, me cogió unos nervios horribles. Entonces ellas me dieron mucho apoyo. Tú puedes, habla, pude hablar y el poder soltar, hablar y soltar lo que uno siente, me dijo y pues la verdad, soy muy sensible, lloré bastante. Y pero sentí un alivio. Entonces eso ha sido muy, muy bueno, porque el apoyo de las compañeras, de los terapeutas, de las de las personas que están allí en el acompañamiento” (P3)

La experiencia de los participantes deja ver que el apoyo recibido se evalúa según de donde proviene, como por ejemplo, desde el equipo de la prescripción social y la comunidad, los roles que estos desempeñan y vínculos que se generan. La empatía surge al ver el estado emocional del otro como si fuera una realidad propia, sus compañeras perciben el miedo y vulnerabilidad de la participante como una vivencia similar a la que posiblemente también han experimentado y en respuesta a esta, le brindan apoyo, validación por medio de frases como "tu puedes", y acompañamiento, lo cual la hizo sentir en un espacio seguro para expresarse y después sentir bienestar.

Además resaltan la expresión del afecto a través del contacto físico y verbal y no necesariamente a través de apoyos económicos, es decir sin que sea relevante desde sus percepciones el apoyo instrumental.

“nosotras podemos, podemos ayudarnos con, no solo con dinero, con una palabra, con un abrazo, con un beso en la mejilla. Estos son apoyos ahora.” (P1)

Esto les lleva a mencionar que dentro de la prescripción social reciben otros tipos de apoyos como el informacional, por medio de orientaciones o guía, que se reflejan en sus respuestas.

“cuando me llegan invitaciones al yoga, asistir a esas actividades de yoga, actividades de ejercicio, de recetas saludables y la doctora nos ha enseñado y tengo presente las 7 joyas de la salud que son, la salud, la joya de la dieta, la joya de ambiente, la joya relaciones sociales, la la joya de movimiento. Como está uno con todo eso entonces me parece que eso es una ayuda importante” (P3)

Información que es útil y significativa en su proceso de salud-enfermedad, para tomar decisiones activas y responsables sobre su cuidado, las joyas son usadas dentro de la prescripción social como **pilares fundamentales** que se abordaron en comunidad. Finalmente expresaron dar apoyo instrumental a quienes lo necesitan, mediante comportamientos de ayuda a otros miembros de la comunidad.

“...donde yo vivo, yo soy una persona muy sociable, pero no para meterme en los apartamentos al chisme, sino que, como saben que yo vivo solita, entonces yo soy de las que llevo los enfermitos al médico, le saco la cita. Voy por las autorizaciones, voy a la farmacia, estoy pendiente” (P1)

Esto deriva en un aprendizaje, dado que ahora reconocen el valor de buscar apoyo social.

“entonces yo dije ya después que salí, entonces no pasaba carro, entonces pues cojo un bus y cogí el bus, ya cuando llego me dice la doctora, no, que esto es un infarto, que está infartada. Ay no bueno, entonces llamar a Bogotá que fueran por mí, que me trajeran y que fueran a allá. En cambio, si hubiera tenido una persona le digo, yo tengo que irme de, lléveme, tal cosa, pero no” (P5)

Lo anterior refleja entonces el incremento en la valoración del apoyo social, después de la prescripción social, ahora lo aprecian más y reconocen los beneficios que este puede traer a su vida.

Tercera categoría preestablecida de análisis: Afrontamiento

Por otro lado, el afrontamiento centrado en el problema, como se describió en el marco teórico, corresponde a la búsqueda activa de soluciones frente a las situaciones estresantes y que se asocia con la percepción de soledad y apoyo social, porque representan acciones concretas para vincularse con otros, acceder a recursos comunitarios y fortalecer su red de apoyo.

*“Es afrontar con sabiduría, con delicadeza **lo que me atormenta** y tratar de solucionarlo. Si no puedo, yo pido ayuda, para eso estamos todos, del apoyo de que estamos hablando” (P1)*

*“El estar tratando con otras personas y todo eso, conocer las experiencias de ellas, **porque no solo uno tiene problemas, toda la gente tiene problemas, independiente de todo,** pero el estar en sociedad con las otras personas en todos los talleres a que voy porque yo también voy a ejercicios 3 veces por semana allá, también nos hacen talleres, no están dando salud mental, entonces todo eso me ha ayudado a mí a **enfocarme más en un propósito de no quedarme encerrada, en no estar sola, en estar compartiendo con otras personas, de pronto hay veces como como uno ve una persona, así como replegada en sí misma**” (P2)*

En estas respuestas se observa que las participantes presentan claridad respecto al afrontamiento centrado en el problema, el cual relacionan con el apoyo instrumental, entendido como la disposición a brindar y recibir ayuda concreta por parte de otros. Esto indica que, ante situaciones desafiantes, las participantes recurren a la interacción y el acompañamiento de su entorno social, en este caso, a los espacios promovidos por la

prescripción social, como un recurso activo para afrontar las dificultades, las cuales también tienen un componente emocional.

A diferencia de esta estrategia, el afrontamiento centrado en la emoción se orienta a la regulación de las respuestas emocionales frente al estrés, e incluye estrategias como la evitación, la negación o la resignación.

*“Yo me acuerdo que, fueron como cuatro actividades distintas y a lo último claro, derramé mis lágrimas que no había podido **derramar porque mi madrecita murió**. Y yo no lloré, el día del entierro de mi madre, yo no lloré, lloré como al mes y cada que me acuerdo de ella me da tristeza, pero, pero de eso lo debo a la actividad que nos hizo el psicólogo, que lo pude sacar” (P1)*

La experiencia de la participante, hace referencia a cómo pudo cambiar su manera de afrontar la situación utilizando la expresión emocional luego de entrar en contacto con el psicólogo de la prescripción social. En general, los participantes mostraron un cambio en la manera de actuar frente a algunos acontecimientos después de los talleres y acompañamiento en la prescripción social.

“Afrontamiento, pues yo le cuento que había pasado por momentos muy críticos. Uno de los momentos críticos fue cuando yo tuve mi hija con síndrome de Down ya hace muchos años y siempre eso es algo doloroso, ya después fue, bueno, lo de la muerte de mi papá, la muerte de mi mamá, la separación con la persona que yo me había casado. Entonces, siempre eso, estos momentos como muy críticos...Y allá también he aprendido para poder manejar en estas situaciones, ¿no? Cuando habla alguien y le aconseja, entonces dice ahí vea esto, a mí me sirve, me sirve a mí.” (P5)

Lo anterior sugiere que las participantes han implementado estrategias de afrontamiento tanto emocionales como orientadas hacia el problema, posterior a la prescripción social, lo que ha favorecido el reconocimiento y la expresión de las emociones asociadas a las pérdidas y dificultades, asimismo, el fortalecimiento de redes de apoyo.

Cuarta categoría preestablecida de análisis: Bienestar

En relación con el bienestar y su vinculación con la soledad y el apoyo social, este se define como el reconocimiento propio de las capacidades, habilidades y actitudes al contribuir con la comunidad reduciendo la soledad desde el componente de relaciones sociales o los procesos de interacción; a partir de esto, de acuerdo con las respuestas de los participantes se encontró que algunos coinciden en afirmar que después de la prescripción social priorizan su bienestar.

“Claro, sí, algo es muy bonito y me ha ayudado mucho porque yo no no sabía sobre las joyas de la salud y la doctora nos ha enfatizado mucho y algo que trabajó mucho. Ha mostrado últimamente sobre la joya mente, sobre todo lo que pensamos, todo lo que hacemos, lo hace ser uno muy consciente de lo que hace. Siempre pensando en nuestro bienestar. Primeramente el de uno y que no solamente siempre, o sea muchas veces, y he escuchado experiencias y de pronto, en mi caso también era siempre primero los demás, primero el hogar, primero los hijos, primero, la pareja primero, los demás que estuvieran bien y se olvidaba de uno, entonces allí es tan importante, he aprendido mucho” (P3)

Lo anterior implica que el reconocimiento de pensar en el bienestar ha incrementado con la educación que se brinda en la prescripción social y la reflexión orientada por la promotora, considerando factores como la joya de la mente y el bienestar de manera generalizada como un “todo”. Adicionalmente, refieren lo relacionado con el dominio del entorno que es el reconocimiento y la decisión de la persona sobre lo que le beneficia más para el logro de sus necesidades y deseos.

“...que siempre ella dice que siempre nosotros debemos de tener siempre la prioridad de nosotros mismos, que primero debemos pensar en nosotros mismos y después en los demás, que a veces toca ser egoísta...También de estar pendiente de nuestra salud, de nuestros citas médicas, tomarnos nuestros alimentos a tiempo, a horas, también lo que es la cuestión de la medicación, no, no, que un día sí, un día no, no, que tenemos que ser muy responsable de nosotros mismos” (P6)

A partir de lo anterior, la participante señala un aprendizaje en su manera de priorizarse, el cual se refleja en acciones concretas relacionadas con la responsabilidad sobre su propia salud. Desde esta perspectiva, la prescripción social y los promotores contribuyeron a que los participantes se percibieran como protagonistas en la satisfacción de sus necesidades, lo cual fortalece su capacidad para promover su calidad de vida.

Además, mencionaron que la prescripción social estuvo favoreciendo su propósito de vida a través de la habilidad para encontrar sentido a las experiencias pasadas y presentes.

*“incluso la promotora nos hizo hacer una una cápsula de del tiempo, que eso lo vimos en el en el museo. Ese que estuvimos entonces con Angie, hicimos una cápsula al tiempo y cada una guardó objetos o cosas de que podía uno más tarde sacarlos y sí, después, como de 6 meses. Algo así se se puso una una fecha para sacar eso y pues nadie sabía qué era lo que se ha guardado en esa cápsula. Después de mucho tiempo se abrió esa cápsula y fuimos mirando cada persona que había guardado ahí y me voy con sorpresa que yo fui la que eché más cosas. Entonces, la promotora empezó ¿por qué esto? ¿por qué aquello? ¿por qué lo otro, sí? Cada cada cosita que yo guardé ahí me tenía un un recuerdo. **Entonces uno dice uno, todavía es capaz de de estar en sociedad**, de seguir aprendiendo y de pronto, dándole un ejemplo a la juventud y hoy en día que uno no tiene que por qué rendirse. Que uno tiene que seguir siempre adelante, cosechando lo que lo que se propuso algún día y sacarlo adelante” (P2)*

Es posible de esta forma observar que, en efecto, ocurre una valoración frente al proyecto de vida que requiere persistencia y esfuerzo, a partir de las actividades realizadas en el marco de la intervención comunitaria en salud. Además, la narrativa detallada de la participante refleja lo significativo de las actividades al haberlos movilizado emocionalmente.

Finalmente, para esta categoría, se encontró que para los participantes, hay satisfacción con su vida, mediante expresiones de emociones agradables asociadas a procesos vividos.

“Y seguirle agradeciendo pues, a toda la Comunidad y todos los profesionales que nos han nos han enseñado sus sus, sus cosas y todo esto seguir, es agradeciendo de por

*siempre, porque es que son cosas que uno pues tenía como por allá, yo no ni sabía que había esto que había, lo otro que sí, porque uno **yo por lo menos era enfocado aquí en mi hogar y ya, paré de contar.** Pero ya llevo 2 años en esto. En este enfoque comunitario Y he ido desfogando todo lo que tenía guardado y las experiencias que nos han dejado son muy buenas para la salud y para la mente” (P2)*

Lo anterior resalta la gratitud hacia los profesionales y la comunidad por parte de los participantes, lo que sugiere que la satisfacción con la vida también incluye valorar y reconocer el apoyo recibido y, es ahí donde la prescripción social, en sí misma se convierte en una forma de ampliación del círculo social.

Se puede concluir que la intervención no solo promueve el reconocimiento del bienestar psicológico como significativo, sino también como holístico.

Quinta categoría preestablecida de análisis: Participación comunitaria

La participación comunitaria, entendida de acuerdo con el marco teórico como las expresiones de vinculación social y de pertenencia a organizaciones específicas, se manifiesta en las narrativas de los participantes como un espacio de equidad y apoyo. En las entrevistas se destaca la vivencia de igualdad entre los miembros del grupo, donde no existen jerarquías ni distinciones sociales, lo que genera un ambiente de respeto y cohesión.

“es diferente a las otras comunidades a las que yo pertenezco porque en esta comunidad tenemos estratos, de todos los estratos y veo que el comportamiento de todas somos iguales, aquí veo la, entre nosotras no hay desigualdad, no hay eso de que usted, usted, usted, veo la equidad entre nosotras. Veo el apoyo y aquí todas somos iguales, aquí no es que la que fue a España tiene más o yo que fui maestra, que hay otra. También, es más, casi ni me gusta hablar de eso. No me gusta decir, pero veo aquí la equidad, son, todas somos iguales, eso me parece precioso” (P1)

Esta expresión evidencia el valor simbólico de sentirse parte de un colectivo donde prevalece la solidaridad sobre las diferencias. En el marco de la prescripción social, estas

prácticas adquieren un sentido terapéutico, pues las actividades comunitarias como las huertas, los clubes de lectura o los foros, se configuran como escenarios de bienestar emocional, intercambio y acompañamiento mutuo.

“Cuando hay algo y todos debemos como de participar, por decir algo, como ir a la huerta, como como decir vamos a leer el libro...” (P5)

“si hacen alguna actividad, de pronto poder participar y colaborar en algo que uno pueda allí, (...), pero a mí me gusta, por lo menos cuando hay actividades en la biblioteca. Y nosotros vamos cuando hay alguna actividad” (P3)

Lo anterior muestra al parecer la percepción que tienen de una disposición activa y cooperativa de los miembros para involucrarse en los espacios de encuentro, y de la intención para hacerlo. Asimismo, se evidencia que:

“Por ejemplo, en el club de la lectura uno asocia también con otras personas que están, por ejemplo, analizando el mismo libro y hay diferentes opiniones” (P4)

Como los espacios comunitarios fomentan la interacción y el intercambio de saberes entre los participantes. Asimismo, la participación comunitaria promueve la integración social y la amplitud del círculo social.

En cuanto a los beneficios tangibles, estos se expresan en los relatos como experiencias de satisfacción, aprendizaje y desarrollo personal dados por la prescripción social. Los participantes reconocen que al vincularse a los espacios comunitarios obtienen ganancias concretas en términos de bienestar y autovaloración, que también puede estar relacionado con apoyo instrumental.

*“Para mí ha sido una experiencia bastante satisfactoria porque me he podido realizar después de muchos años realizarme..., que hoy en día mis 73 años **todavía soy capaz** de hacer muchas cosas..., para mí eso me ha ayudado como a desarrollar más mi personalidad Y decirme yo misma que yo soy capaz de muchas cosas todavía” (P2)*

Lo anterior podría sugerir que la participación les permite resignificar sus capacidades y fortalecer la confianza en sí mismos e incrementar la autoeficacia. La participación comunitaria es significativa para las personas mayores como se observa en las descripciones detalladas de su experiencia en la misma:

“nos dieron una mariposa y el cual nosotros nos daban la oportunidad que cada una decidiera si la pintaba con vinilos o, si la vestíamos. Yo por lo menos elegí motricidad fina, o sea, coger puros pedacitos de papel, silueta. Todo eso y vestir la mariposa. Como como volver a ser niña, como cuando yo les enseñaba a mis hijos cuando les mandaban los talleres a ellos y tocaba que explicarles, decirles cómo a veces no tener uno a veces que hacer la tarea por ellos porque así le tocaba a uno rellenar, y entonces eso me pareció bonito y eso fue como volver a retroceder el tiempo” (P6)

Esto refleja que las personas mayores, a través de las actividades manuales generan, construyen y logran proyectarse hacia el futuro mientras reflexionan sobre el pasado. Al mismo tiempo, desarrollan la motricidad mostrando satisfacción personal.

De igual forma, se resalta la importancia del apoyo mutuo:

“tenemos que aprender a escuchar entonces de esa misma manera la podemos ver a la persona que nos necesita. Y poderle dar un consejo o un apoyo, una palabra bonita” (P1)

lo cual enfatiza el valor de los lazos solidarios como fuente de bienestar. Asimismo, la participación comunitaria desarrolla reciprocidad dentro de la comunidad.

*“el poder ayudarle a, pues a toda la sociedad, a las personas que uno pueda ayudarles, que estén en decadencia, que necesiten de pronto, que digo yo. **Que estén en una situación como apretadita de esto que no tengan para para comer, para solventarse en una alimentación el poder brindarles un plato de comida” (P2)***

Esto, al parecer evidencia que el beneficio tangible no se limita al desarrollo personal, sino que se expande hacia el compromiso social.

En conjunto, las categorías de participación comunitaria y beneficio tangible se articulan en una experiencia significativa que reafirma el potencial de la prescripción social como estrategia de promoción del bienestar. A través de la participación en grupos, los individuos no sólo encuentran un lugar donde sentirse parte, sino también un entorno que les devuelve confianza, propósito y autonomía. Los resultados sugieren que la interacción cotidiana, el aprendizaje mutuo y la cooperación entre pares se transforman en beneficios tangibles que fortalecen la salud integral y la cohesión social.

Sexta categoría preestablecida de análisis: Adaptación al envejecimiento

Esta categoría hace referencia a un proceso cambiante donde ocurren mejoras y declives. Por un lado, los participantes identificaron metas en las áreas de la vida donde pueden adaptarse.

“pues no crea que siempre para uno ya por lo menos yo tengo 73 años, ¿cierto? Y pues mira qué pues para mí no ha sido duro porque sabe uno que eso son etapas de la vida, que uno va quemando, ¿no? uno va quemando todas esas etapas y todo eso, pero con la ayuda de enfoque comunitario que es dirigido por la promotora, nos ha ayudado mucho, como a saber conllevar esa vejez, porque estamos ocupados y nos dan talleres de bordado. Incluso mira, ahoritica, estoy haciendo este bordado” (P2)

Por otro lado, refieren acciones que emprenden para fortalecer sus recursos y mejorar la calidad de su trayectoria.

*“la edad adulta es otra etapa **que tenemos que vivir, que tenemos que pasar eh Y que en la medida en que compartamos con otras personas, obviamente vamos a tener una mejor calidad” (P4)***

Asimismo, mencionan la pérdida de ciertas capacidades, recurriendo a otras estrategias para tener funcionamiento.

“...a mí me dolía la cadera, pero qué rico que fuimos todas caminamos, todas nos divertimos (...) Que el dolor de la cadera no me impidió para nada y tal vez sí me impidió que no terminé la la la caminata (...) no terminé la caminata, no porque soy vieja, es porque realmente ya la cadera no me daba y tampoco puedo atender contra mi salud y ellos ya tenían plan B. Porque los que nos quedamos aprendimos mucho de biología, de plantas de de toda esta naturaleza tan hermosa que vienes a ver” (P1)

Estas verbalizaciones reflejan que la prescripción social desde el enfoque comunitario ha facilitado procesos de adaptación al envejecimiento, al ofrecer espacios de participación, expresión y vínculo. Las actividades comunitarias, como los talleres de bordado y caminatas, funcionan como facilitadores de sentido de utilidad y conexión social, permitiendo a las personas mayores redefinir la vejez desde la autonomía y el bienestar colectivo. Así, la intervención comunitaria actúa como un mecanismo compensatorio frente al reconocimiento y aceptación de las pérdidas funcionales y sociales, promoviendo una experiencia de envejecimiento más saludable, activa y significativa.

Séptima categoría preestablecida de análisis: Aislamiento social

El aislamiento social hace referencia a la carencia objetiva de relaciones, vínculos o encuentros con otros individuos. De acuerdo con las respuestas de los participantes se encontraron expresiones de bienestar ante la presencia de interacciones sociales.

“y todo eso me ha ayudado a salir de ese aislamiento, de ese encierro que tenía que para mí no era nada saludable. No es saludable uno estar solo para ningún momento, independiente de todo lo que haya” (P2)

“El aislamiento, bueno, la verdad no, porque pues allí de eso se trata, de tener integración, de interactuar con otras personas, poder mostrar los puntos de vista. Y realmente eso lo ayuda a uno.” (P4)

Esta subcategoría muestra cómo la prescripción social contribuye directamente a reducir el aislamiento social objetivo. El acompañamiento grupal y las actividades ofrecidas posibilitan nuevas redes de interacción y apoyo, lo que sugiere percepción de bienestar. Desde el enfoque comunitario, esta intervención no solo actúa sobre la soledad, sino que reconstruye la pertenencia mediante la interacción continua entre el individuo y su entorno, en donde se amplía mediante la participación en espacios comunitarios y redes de apoyo que proporcionan acompañamiento y fortalecen la identidad social al sentirse parte de algo/alguien.

Dentro del análisis de las anteriores subcategorías, surge la **categoría emergente nostalgia**, la cual constituye un recurso valioso para las personas mayores, ya que pueden recurrir a ella en cualquier momento, incluso cuando sus oportunidades de interacción social son reducidas. En su proceso de envejecimiento, los adultos mayores suelen enfrentar retos tanto físicos como emocionales; sin embargo, muchos de ellos cuentan con recuerdos nostálgicos significativos que les brindan una sensación de estabilidad y bienestar. A través de la nostalgia, los adultos mayores logran proyectarse hacia el futuro mientras reflexionan sobre su pasado, encontrando apoyo emocional en elementos como la familiaridad, la coherencia y continuidad de su identidad, así como en los lazos afectivos y las relaciones cercanas (Hepper, *et al.*, 2021, como se citó en Fleury, *et al.*, 2022).

“No, muy buenas, muy buenas, porque pues a veces uno vuelve a ser niño. Hay actividades que nos toca volver a ser niños otra vez, retroceder el tiempo, digámoslo así...” (P6)

“...nos hace recordar cosas de cuando uno era infante cuando era un quinceañero, por decirlo así y a medida que va transcurriendo el tiempo y nos han hecho recordar esos tiempos que qué nos causaba la soledad, que qué hacíamos, que cómo era nuestra vida...” (P2)

Lo anterior, puede favorecer la salud de las personas mayores debido a que Wu y Chang (2017) estudiaron cómo recordar un evento nostálgico, en comparación con un recuerdo reciente neutro, influye en las respuestas emocionales de esta población. Los resultados mostraron que evocar recuerdos nostálgicos se asoció con una mayor activación del sistema parasimpático (encargado de promover la calma y la recuperación del organismo), indicando un patrón de inhibición autonómica (hace referencia a una disminución de la activación fisiológica). Lo cual se pudo evidenciar en la comunicación no verbal de las participantes en el momento de la entrevista.

Discusión

El objetivo de la investigación fue comprender el sentido de la experiencia de los participantes del programa de intervención comunitaria en salud denominado: “prescripción social”, que está enfocado en la reducción del sentimiento de soledad y el aumento de la percepción de apoyo social. A partir del análisis de los relatos de los participantes, fue posible evidenciar que en la primera categoría: **soledad**, la participación en los programas de prescripción social cumple con el objetivo de disminuir la percepción de soledad, al propiciar espacios de vinculación, sentido de pertenencia y apoyo mutuo, tal como lo mencionaron Gallardo-Peralta, *et al.*, (2023), quienes resaltaron la importancia de la participación social y las redes de apoyo social en la conexión entre la soledad y la afectación en la calidad de vida. Asimismo, los testimonios de los participantes reflejan desde la perspectiva que estas intervenciones favorecen no solo la conexión social, sino también el bienestar emocional. Esto coincide con lo planteado por Cubillo-Llanes, *et al.*, (2022) en el Informe SESPAS 2022, donde se señala que las experiencias participativas han demostrado eficacia en la mejora del bienestar social al estar estructuradas en torno a la comunicación, la cooperación y el trabajo en red.

Adicionalmente Sepúlveda-Loyola, *et al.*, (2020), reportaron que la participación social es benéfica también para la salud física. Los participantes del presente estudio narraron en su experiencia la relación entre las actividades a las que asistieron y su salud. Lo anterior ha sido documentado por la literatura, al presentarse un mejoramiento en las variables sociales de las personas. También hay una tendencia de mejora en su salud física y la percepción que tienen de esta, visto desde un enfoque biopsicosocial en promoción y prevención hacia personas, familias y comunidades, lo cual requiere una identificación participativa de los activos comunitarios y evaluar su relevancia para el bienestar de la población (Dandicourt, *et al.*, 2023).

En consecuencia, hay evidencia que sugiere que la prescripción social optimiza la salud y el bienestar de los asistentes, potencia su autoestima y confianza, favoreciendo un mejor estado de ánimo, además disminuye la sobrecarga laboral del personal de salud, reduce la demanda de servicios de atención especializada (Bonafant, 2019) y la optimización de los recursos económicos del sistema de salud y su rentabilidad (Scarpetti, *et al.*, 2024).

En la segunda categoría: **apoyo social**, los resultados del presente estudio indican que la prescripción social favoreció la manera en la que las personas mayores consideran el apoyo que sus redes les brindan, ampliándolas y contemplándolas útiles en su cotidianidad. Como lo descrito por Clemente, (2003, como se cita en Pérez-Aranda, *et al.*, 2021), quien hace hincapié en la relevancia del apoyo social en las necesidades básicas de las personas mayores, al ofrecer afecto, pertenencia, y seguridad. Frente a esto, los participantes destacan que el afecto se expresa más con el acercamiento físico y las palabras que con la provisión de recursos económicos, lo cual entra dentro de la perspectiva funcional, muestra el rol que ejerce esta red y las formas de apoyo que proporciona para el bienestar de la persona (Sluzki, 1996 como se citó en Lombardo y Soliverez, 2019).

Adicionalmente como lo menciona Dykstra, (1995) la percepción de soledad en los participantes pudo resignificarse por medio del apoyo social, que coincide con la postura de Gierveld (1987, como se citó en Kořar y Kořar, 2023) que explica la percepción de soledad desde la limitación de apoyo interpersonal.

Posteriormente, se presenta la categoría de **envejecimiento** en donde se encontró que las verbalizaciones reflejan que la prescripción social desde el enfoque comunitario ha facilitado procesos de adaptación al envejecimiento, al ofrecer espacios de participación, expresión y vínculo. Estos hallazgos se articulan con lo planteado por González (2021) quien señala que un mayor apoyo social disminuye la probabilidad de depresión y sentimientos de soledad en las personas mayores, mientras que la falta de redes o el aislamiento afectan negativamente su calidad de vida. Por ello, resalta la importancia de sensibilizar a la sociedad sobre la necesidad de fortalecer los vínculos y las redes de apoyo.

En esta misma línea, de acuerdo con autores como Mick et al., (2018) y Slade & Edwards (2015), como se citó por Kuang et al. (2024), quienes reconocen que el deterioro sensorial constituye un factor que puede limitar la participación social y dificultar la comunicación en la vejez. Este tipo de deterioro restringe la capacidad de interacción y comprensión, lo que puede obstaculizar la captación de palabras o significados, así como la interpretación del lenguaje corporal, las expresiones faciales o los movimientos labiales durante una conversación. Tales limitaciones generan con frecuencia fatiga, frustración, estrés o resentimiento en las relaciones cercanas. Además, en el mismo estudio, Carrijo, et al. (2023) señala que el deterioro sensorial puede reducir la calidad de vida y la participación social, provocar sentimientos de aislamiento o vergüenza y dificultar las relaciones familiares y sociales, incrementando el riesgo de depresión y deterioro cognitivo.

En este sentido las actividades comunitarias, como los talleres de bordado y caminatas, funcionan como facilitadores de sentido de utilidad y conexión social, permitiendo a las personas mayores redefinir la vejez desde la autonomía y el bienestar colectivo. Así, la intervención comunitaria actúa como un mecanismo compensatorio frente al reconocimiento y aceptación de las pérdidas funcionales y sociales, promoviendo una experiencia de envejecimiento más saludable, activa y significativa. Esto, se relaciona con lo que menciona González (2021), ya que, evidenció que el apoyo social se relaciona significativamente con el envejecimiento activo, ya que contar con redes de apoyo favorece la percepción de ayuda, brinda recursos emocionales y sociales, y promueve la resiliencia, la participación social y el bienestar psicológico en las personas mayores.

En relación con la cuarta categoría, **estrategias de afrontamiento**, a partir de las experiencias relatadas por los participantes, luego de la prescripción social, estos emplearon estrategias de afrontamiento centradas tanto en la emoción como en el problema, ante situaciones desafiantes como las pérdidas por fallecimientos, mediante la expresión de emociones y el reforzamiento del apoyo social.

Esto se alinea con la investigación de Pérez-Aranda, *et al.*, (2021), en la cual el apoyo percibido incidió en las estrategias de afrontamiento de los participantes, les permitió favorecer la visión de la muerte y la manera de hacer frente a esta, por los recursos externos facilitados por la red social en la intervención comunitaria (Cardona, *et al.*, 2011).

A diferencia de las estrategias centradas en el problema, las centradas en la emoción de acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), fomentan en las personas el manejo de las reacciones emocionales ante el estrés y adversidad, es por ello que, al interesarse en reducir la percepción de soledad, la prescripción social brindó herramientas y recursos para abordar

dificultades significativamente emocionales y profundas en los participantes, incidiendo en su experiencia de soledad.

Luego de comprender cómo los participantes experimentaron el afrontamiento, cabe resaltar la siguiente categoría de **aislamiento social**, la cual muestra cómo la prescripción social contribuye directamente a reducir el aislamiento social objetivo al promover acompañamiento grupal y actividades que generan nuevas redes de interacción y apoyo, favoreciendo la percepción de bienestar. Desde el enfoque comunitario, se fortalece la pertenencia e identidad social mediante la participación en espacios colectivos.

Asimismo, siguiendo a la OMS (2023), el involucramiento de un adulto mayor en interacciones sociales beneficiosas se asocia con mejoras en su bienestar emocional, satisfacción y calidad de vida, además de la disminución de síntomas depresivos como el aislamiento social. En este sentido, la prescripción social se constituye en una respuesta valiosa frente al aislamiento, al promover la creación de vínculos significativos en la participación comunitaria, el fortalecimiento del sentido de pertenencia y bienestar en las personas mayores.

En la sexta subcategoría, participación comunitaria, los resultados muestran que involucrarse en la comunidad y recibir beneficios concretos se vive como una experiencia positiva que resalta el valor de la prescripción social para promover el bienestar. Desde la perspectiva de los participantes, involucrarse en actividades colectivas no sólo responde a una necesidad de pertenencia, sino que también ofrece oportunidades concretas para reconstruir la confianza, el propósito y la autonomía personal. Estos hallazgos coinciden con lo propuesto por Aguilar (2022), quien plantea que los beneficios percibidos ya sean estos emocionales, sociales o materiales actúan, como un motor de continuidad y compromiso dentro de las iniciativas comunitarias, por lo cual el hecho de experimentar resultados tangibles refuerza el sentido de eficacia personal y social, potenciando la sostenibilidad de la participación.

Asimismo, de acuerdo con Lee y Mayor (2022), la posibilidad de involucrarse de manera significativa en acciones solidarias hacia otros no debe entenderse únicamente como una elección individual, sino como el resultado de dinámicas colectivas más amplias, donde la comunidad juega un papel fundamental. En este sentido, vivir en contextos en los que se promueve la prescripción social y se facilita la conexión entre las personas y las oportunidades de participación, favorece el florecimiento tanto individual como colectivo. Tal como señalan Fowler y Christakis (2008, como se cita en Lee & Mayor, 2022), el bienestar humano se nutre de la interacción entre el individuo la “flor” y el entorno social el “suelo”, pues las personas están inmersas en redes interdependientes en las que la salud y la felicidad de unos influyen directamente en la de otros. De esta manera, la felicidad no puede concebirse como una propiedad exclusiva del individuo ni como el simple resultado de sus elecciones personales, sino como un recurso que se fortalece y expande mediante el compromiso comunitario, en coherencia con la idea de que el bienestar florece en la relación con los demás.

Así mismo, los resultados sugieren que los espacios comunitarios se configuran en aprendizaje mutuo y la cooperación entre pares, donde el intercambio cotidiano promueve el fortalecimiento de vínculos y la generación de recursos colectivos, lo que coincide con lo expuesto por Cubillo-Llanes, *et al.*, (2022) en el Informe SESPAS 2022 al señalar que las redes comunitarias cuando se activan desde la solidaridad y la organización autónoma, permiten atender necesidades concretas y reforzar el tejido social.

En cuanto a la subcategoría **bienestar**, los resultados permiten dilucidar la presencia de gratitud hacia los profesionales y la comunidad, expresada por los participantes como una forma de reconocimiento del apoyo recibido. Esta gratitud parece vincularse con una satisfacción con la vida que no se limita a aspectos individuales, sino que se amplía hacia la valoración de los vínculos y la reciprocidad experimentada en el entorno. Lo anterior, es

explicado por Lyubomirsky (2008, como se citó en Gómez, 2012), debido a que la autora destaca la gratitud como una estrategia efectiva para aumentar el bienestar, ya que permite dirigir la atención hacia los aspectos positivos de la vida y prolongar las emociones agradables asociadas a ellos. Refiere que practicarla fortalece la autoestima y el apoyo social, al reconocer la influencia de otros en las experiencias propias.

En este sentido, la prescripción social puede entenderse como un medio que amplía el círculo social, permitiendo que la experiencia de bienestar emerja del intercambio y la interacción cotidiana. Desde esta perspectiva, el bienestar psicológico es percibido por los participantes como una construcción integral y relacional, donde el reconocimiento de otros y la posibilidad de sentirse útil dentro del grupo contribuyen a la percepción de equilibrio personal. Este hallazgo se relaciona con lo planteado por Carmona (2009), quien sostiene que el bienestar en la vejez se configura a partir de factores biopsicosociales que se entrelazan en la experiencia subjetiva, donde la participación comunitaria favorece sentimientos de satisfacción personal y continuidad vital.

Por último, la **nostalgia** emerge a partir de los relatos de los participantes en la subcategoría de participación comunitaria (p.51), en donde mencionaron cómo diversas actividades les permitieron “volver a ser niños” o recordar etapas significativas de su vida, lo cual sugiere que recordar experiencias positivas contribuye a reforzar el bienestar emocional. Estos hallazgos concuerdan con lo expuesto por Wu y Chang (2017), quienes evidenciaron que la evocación de recuerdos nostálgicos se asocia con una mayor activación del sistema parasimpático, promoviendo estados de calma y recuperación. Este sistema disminuye la frecuencia cardíaca, favorece la relajación muscular y facilita procesos de restauración fisiológica. En conclusión, su activación genera una sensación corporal de tranquilidad que acompaña la evocación de recuerdos, relacionándose con la salud debido a que la nostalgia se vive de forma reparadora.

Además de lo anterior, se generan otras interpretaciones de esta investigación e implicaciones prácticas, como considerar que la prescripción social reconoce -y los participantes dan cuenta- la importancia de las relaciones sociales en las personas mayores, justo en un periodo donde se evidencia una reducción en las interacciones en dicho grupo etario, tal como lo documenta la literatura y como lo señalan Portillo, *et al.*, (2023), cuya investigación exhibe en las personas mayores un aumento en la sensación de aislamiento y descenso en el soporte social recibido. En el presente estudio, se muestra que es la prescripción en sí misma una forma de ampliación de ese apoyo, la gratitud por parte de los participantes puede deberse a que por medio de la intervención comunitaria lograron dicho apoyo, que por fuera de esta no hubieran conseguido.

Otro aspecto relevante, el cual es explicado por Barreto, *et al.*, (2021), es la baja participación de los hombres en programas de prescripción social, ya que menciona que las reglas culturales de nuestra sociedad, limitan primordialmente en esta población, su capacidad de expresar emociones y dificultan el pedir ayuda. Esto, al parecer, podría estar relacionado en cómo las construcciones sociales (normas y expectativas de género), particularmente de la masculinidad, orientan comportamientos cotidianos que afectan la salud (Rojas y Vargas, 2010). Finalmente, la experiencia de los participantes muestra también el papel de los lazos solidarios como fuente de bienestar y salud física y mental, producto de las intervenciones comunitarias en salud (Aguilar, 2022).

Vacíos y limitaciones

Dentro de la investigación se presentan limitaciones del observador, por creencias y experiencias previas del equipo investigador y de los participantes, que ante la presencia de estos, pudieron sentirse observados, pudiendo influir en sus verbalizaciones. Aunque se hizo un ejercicio riguroso de entrevistas a profundidad, por las respuestas de los participantes y en

el proceso de interpretación, todavía quedan elementos para profundizar y cuestionamientos, por ejemplo, si se puede afirmar o no, que por medio de la prescripción social se fortalece la salud y la cohesión social, hasta qué punto se le puede atribuir sólo a la prescripción social y qué otros elementos pudieron hacer parte de su experiencia.

Para futuras investigaciones además de lo anterior, se sugiere considerar otras técnicas de recolección de información como grupos focales que en el actual estudio no se consideraron porque se tomó como una experiencia personal de las personas mayores al hablar de soledad y apoyo social. Se puede considerar también la observación participante, debido a que dentro de los procesos de intervención comunitaria, es un ejercicio de participación activa por parte de los actores sociales. Al hacer entrevistas en todo caso hay una distancia entre el investigador que observa y las personas observadas, pero en los ejercicios comunitarios el promotor y las personas son activos en salud ubicados en una relación horizontal y bidireccional, sin embargo, la presente investigación constituye un primer acercamiento.

Asimismo se podría emplear una mirada crítico social con investigación acción participativa, que permita proponer acciones desde la experiencia de los participantes, así, en próximos estudios se podría dar el siguiente paso y considerar otras estrategias de observación fuera de la fenomenológica, como por ejemplo usar diarios de campo, observación participante y explorar más a profundidad elementos culturales de las distintas ciudades de origen de los participantes, que se desconocen y están incluidos dentro de las respuestas, aún cuando se hizo un ejercicio de establecer acuerdos y llegar a un consenso de tomar verbalizaciones que mejor representaron las categorías.

Para finalizar, como aspectos por mejorar en las prescripciones sociales, se encuentra considerar la realización de actividades con enfoque de género para promover mayor asistencia por parte de los hombres y horarios más asequibles para personas que continúan

desempeñándose laboralmente. Por todo lo anterior, también se hace necesario un abordaje interdisciplinario con otros profesionales de ciencias humanas, sociales y de la salud, y también un enfoque clínico, no sólo desde la experiencia de los participantes con una mirada subjetiva, sino ahondando en otros elementos psicológicos, la presencia o no de las preexistencias de condiciones de enfermedad crónica o diagnósticos en salud mental, en los participantes de la prescripción social.

Conclusiones

Las vivencias relatadas por los participantes muestran que la prescripción social no sólo impulsó la interacción social, sino que también pudo beneficiar su bienestar emocional y, su salud física y mental, coincidiendo con lo documentado en la literatura, por el apoyo emocional, instrumental e informacional que las personas perciben a lo largo de las actividades, por parte de promotores y de la comunidad participante.

En particular para las personas mayores, esta intervención puede contribuir a la plenitud y a una sensación de realización personal, dentro de la categoría de bienestar. Además, al obtener un mayor respaldo social, se reduce la probabilidad de desarrollar depresión y/o de experimentar una percepción de soledad y aislamiento. Por lo antes expuesto, resulta necesario concientizar a la sociedad sobre la importancia de establecer y fomentar redes de apoyo.

La prescripción social también puede facilitar el proceso de afrontamiento ante situaciones difíciles del curso vital como el duelo por fallecimiento, al ofrecer un espacio para la expresión emocional y el soporte social, lo cual concuerda con la evidencia empírica sobre el apoyo y la mejora en la perspectiva de las personas sobre la muerte y la forma en que la enfrentan.

La categoría emergente de la nostalgia, representa un hallazgo adicional de la prescripción social, donde las personas mayores reflexionan sobre su pasado, reviven recuerdos con contenido emocional valioso, y esto, a su vez, les motiva a proyectarse hacia el futuro.

Para finalizar, aún quedan aspectos que requieren mayor análisis y plantean interrogantes para futuras investigaciones, con la finalidad de poder asegurar si la salud y la cohesión comunitaria se ven fortalecidas directamente por la prescripción social y hasta qué grado el beneficio se atribuye exclusivamente a esta o más elementos en la experiencia de los participantes, como los activos comunitarios en salud en esta población.

Referencias

- Aguilar, J. (2022). Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en Atención Primaria. *Comunidad*, 24(4),1. <https://comunidad.semfyc.es/article/participacion-comunitaria-en-salud-balance-critico-sobre-los-consejos-de-salud-y-otras-experiencias-participativas-en-atencion-primaria-25>
- Álvarez-Gayou, J. L. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Editorial Paidós Mexicana.
- Amezcuca, T., y García, M. (2022). «¿Mayor, yo? ¿Dónde lo pone?» Concepción y atribuciones sociales a la vejez según la autopercepción de las personas mayores del siglo XXI: de la seneficiencia al elder pride. *Recerca. Revista de Pensament i Anàlisi*, 27(1), 1-28. <http://dx.doi.org/10.6035/recerca.5778>
- Anstey, K., Stankov, L., y Lord, S. (1993). Primary Aging, Secondary Aging, and Intelligence. *Psychology and Aging*, 8(4), 562-570. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.8.4.562>
- Araya, A. X., y Iriarte, E. (2023). Factores asociados a la percepción de soledad entre personas mayores que viven en la comunidad. *Revista médica de Chile* , 151 (8), 1028-1037. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872023000801028>
- Arias, C., Sabatini, B., Scolni, M. y Tauler, T. (2020). Composición y tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(3), 1-15. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7901>
- Atlas.ti - GmbH. (2025). ATLAS.ti Scientific Software Development (Versión 25) [Software de análisis de datos cualitativos]. <https://atlasti.com>

- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University. <https://2024.sci-hub.se/6250/c6d9d67cccc4a37288adc1dd2454e7a3/psychological-perspectives-on-successful-aging-the-model-of-sele.pdf>
- Bandari, R., Khankeh, H., Shahboulaghi, F., Ebadi, A., Ali, A., Montazari, A. (2019). Defining loneliness in older adults: protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 8(26), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0935-y>
- Barreto, M., Víctor, C., Hammond, C., Eccles, A., Richins, M. y Qualter, P. (2021). Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and Individual Differences*, 169, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110066>
- Baya, D. (2012). Sonja Lyubomirsky: La ciencia de la felicidad: un método probado para conseguir el bienestar, Barcelona, Ediciones Urano, 2008, 408 pp., ISBN: 978-84-7953-664-0. Erebea. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, (2), 417-475. <https://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/erebea/article/view/1354/1885>
- Bonal, R. (2019). Prescripción social, una dimensión de la promoción de salud en la medicina general integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(2), 1-11. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000200016&lng=es&tlng=en
- Boss, L., Kang, D., y Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541-553. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002749>

- Brett, L., Georgiou, A., Jorgensen, M., Siette, J., Scott, G., Gow, E., Luckett, G., y Westbrook, J. (2019). Ageing well: evaluation of social participation and quality of life tools to enhance community aged care (study protocol). *BMC Geriatr* 19(78), 1-8 <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1094-2>
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., y Reyes, D. A. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46. 1-14. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/es>
- Cacioppo, J. y Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)
- Cai, M., Li, S., & Bian, Y. (2025). The mechanisms of social network on subjective well-being from a life course perspective: The mediating role of individual resilience. *BMC Psychology*, 13, 1-21. doi:<https://doi.org/10.1186/s40359-025-02465-x>
- Calderón-Larrañaga, S., y Braddick, F. (2021). De la prescripción social a la recomendación de activos: ¿qué funciona, para quién, en qué contexto y cómo?. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 28(3), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.02.002>.
- Camargo-Rojas, C. M. y Chavarro-Carvajal, D. A. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica*, 61(2), 1-8. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>
- Capella, J., Braddick, F., Schwartz, H., Segura, L., y Colom, J. (2016). Los retos de la prescripción social en la Atención Primaria de Catalunya: la percepción de los profesionales. *Comunidad: Publicación periódica del Programa de Actividades*

Comunitarias en Atención Primaria, 18(2).

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10292334>

Cardona, J. L., Villamil, M. M., Henao, E., Quintero, Á. (2011). El afrontamiento de la soledad en la población adulta. *Medicina UPB, 30(2)*, 150-162.

<https://www.redalyc.org/pdf/1590/159022496006.pdf>

Carmona, S. (2009). El bienestar personal en el envejecimiento. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, 7*, 48-65.

<https://ibero.mx/iberoforum/7/pdf/scarmona.pdf>

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54(3)*, 165–181.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>

Clemente, A., Tartaglino, M. F., y Stefani, D. (2009) Estrés psicosocial y estilos de afrontamiento del adulto mayor en distintos contextos habitacionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18(1)*, 69-75.

<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921800007.pdf>

Congreso de Colombia. (2006, 6 de septiembre). Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

Congreso de Colombia. (2013, 21 de enero). Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

- Cubillo-Llanes, J., García-Blanco, D., Benede-Azagra, B., Gallego-Diéguez, J., Hernández-García, M. (2022). Participación comunitaria: aprendizajes de la COVID-19 para nuevas crisis. Informe SESPAS 2022, *Gaceta Sanitaria*, 36, 22-25.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.02.011>
- Dandicourt, C., Bartasal, A., Villalobos, M., Fariñas, L., y Mora, R. (2023). Prescripción social y activos de salud comunitaria para la promoción de salud y bienestar de las personas. *Revista Cubana de Enfermería*, 39, 1-21.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192023000100018&lng=es&tlng=en.
- Danzig, A., Novick, A. M., Chang, W. L., & Ross, D. A. (2024). From Social Isolation to Social Justice: The Neuroscience of Solitary Confinement. *Biological psychiatry*, 95(7), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2024.01.017>
- Delgado, M. L. y González, D. (2021). Estudio sobre la atención a la soledad de las personas mayores. Universidad Complutense. Madrid. <https://soledadnodeseada.es/wp-content/uploads/2021/11/Estudio-atencion-soledad-no-deseada-personas-mayores.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2020). “SOLEDADE” EN COLOMBIA, una aproximación desde las fuentes de estadísticas oficiales - Serie Notas Estadísticas. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ago-2020-soledad-en-colombia.pdf>
- Dykstra, P. (1995). Loneliness among the never and formerly married: The importance of supportive friendships and a desire for independence. *The Journals of Gerontology* 50 (Sep 1995): S321.
https://www.researchgate.net/publication/15543240_Loneliness_among_the_Never_a

nd_Formerly_Married_The_Importance_of_Supportive_Friendships_and_a_Desire_f
or_Independence

Etxeberria, X. (2021). De la sabiduría en la vejez. *EN-CLAVES del pensamiento*, 0(30), 1-27. <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i30.469>

Fleury, J., Sedikides, C. Wildschut, T., Coon, D. y Komnenich, P. (2022). Feeling Safe and Nostalgia in Healthy Aging. *Front Psychol*, 13.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9015039/>

Fromm-Reichmann, F. (1959). Loneliness. *Contemporary. Psychoanalysis.*, (26):305-329.
https://psptraining.com/wp-content/uploads/Fromm-ReichmannF.-CPS_Loneliness.pdf

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. Doi:
<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Rodríguez, V., y García, M. (2023). La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa. *Revista Española de Salud Pública*, 97.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272023000100509&lng=es&tlng=es

García-García, D.M., Medina, M., y Lúcar, M. (2024). Apoyos y redes sociales de las personas mayores en calle. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 15(1), 170-196.
<https://doi.org/10.21501/22161201.3954>

- González, A. (2021). Apoyo social y envejecimiento activo: Aproximaciones desde la perspectiva de la psicología positiva. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 6(239), 1-13. <https://doi.org/10.32351/rca.v6.239>
- Gordón, L. (2017). El análisis de datos en la investigación con el método fenomenológico. *Revista Científica de Enfermería*, 11(17), 134-141. <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v21n17a8>
- Hernández, M. A., Fernández, M. J., Sánchez, N. J., Blanco, M. Á., Perdiz, M. C., y Castro, P. (2021). Soledad y envejecimiento. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(3), 146-153. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000300005&lng=es&tlng=es.
- Hernández, R., Cruz, L., Belkis, A., & Orozco, Calixto., (2019). La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. *EDUMECENTRO*, 11(1), 218-233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100218&lng=es&tlng=es.
- Holt-Lunstad J. (2021). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors: The Power of Social Connection in Prevention. *Am J Lifestyle Med*, 15(5), 567-573. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8504333/>
- Holt-Lunstad J. (2022). Social Connection as a Public Health Issue: The Evidence and a Systemic Framework for Prioritizing the "Social" in Social Determinants of Health. *Annu Rev Public Health*, 5(43),193-213. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052020-110732>
- Kim, S., Jang, Y.S. & Park, E.C. (2025). Associations between social isolation, withdrawal, and depressive symptoms in young adults: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 25(327), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06792-6>

- Kođar, H., & Kođar, E. (2023). Factor Structure Of The De Jong Gierveld Loneliness Scale: An Esem Approach. *Behavioral Psychology = Psicología Conductual*, 31(2), 359-378. doi:<https://doi.org/10.51668/bp.8323207n>.
<https://www.proquest.com/psychology/docview/2865065890/DDF0BC6F5DCF4559PQ/1?accountid=148996&sourcetype=Scholarly%20Journals>
- Kuang, L., Hu, H., Dai, H., Ma, H., Jia, Y., & Sheng, Y. (2024). Interventions to improve social network in older people with sensory impairment: A systematic review. *Aging Clinical and Experimental Research*, 36, 34. <https://doi.org/10.1007/s40520-024-02695-w>
- Lam, J. A., Murray, E. R., Yu, K. E., Ramsey, M., Nguyen, T. T., Mishra, J., Martis, B., Thomas, M. L., & Lee, E. E. (2021). Neurobiology of loneliness: a systematic review. *Neuropsychopharmacol.* 46, 1873–1887 <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01058-7>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., y Lazarus, B. N. (2006). *Coping with aging*. Oxford University Press.
https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9780195346688_A23602831/preview-9780195346688_A23602831.pdf
- Lee, M. & Mayor, I. (2022). Health and Flourishing: An Interdisciplinary Synthesis. In *Human Flourishing: A Multidisciplinary Perspective on Neuroscience, Health, Organizations and Arts*, 49-68. https://doi.org/10.1007/978-3-031-09786-7_4
- Lombardo, E. y Soliveréz, C. (2019). Valoración del apoyo social durante el curso vital. *Psicodebate*, 19(1), 51-61. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v1i1.859>
- Lopezosa, C. (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. *Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social*.

<https://repositori-api.upf.edu/api/core/bitstreams/96203f05-9289-4fea-8b8c-bcabebe014ee/content>

Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Jiménez-Gonzalo, L., Pedroso-Chaparro, M., Gallego-Alberto, L., y Fernandes-Pires, J. (2020). Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 272-278, <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.005>.

Martínez, A., Cabrera, I. I., y Méndez, Á. J. (2021). Pensando sin Covid, con Covid: necesidades de apoyo social de atletas de gimnasia rítmica. *Revista Conrado*, 17(82), 452-464. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000500452

Matrángolo, G., Simkin H. y Azzollini, S. (2022). Evidencia de validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) en población adulta Argentina. *CES Psicología*, 15(1),163-181. <https://doi.org/10.21615/cesp.6009>

Maya-Pérez, E., Galindo, J. A., López, P., y Ramírez, D. (2022). Percepción del bienestar subjetivo, actitudes negativas y positivas hacia el propio envejecimiento. *Horizonte sanitario*, 21(3), 477-484. <https://doi.org/10.19136/hs.a21n3.4689>

Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C. y Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 115-124. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n1/115-124/es>

Ministerio de salud (1993, 4 de octubre). Resolución No. 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en

salud.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Envejecimiento y vejez*.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Miri, S., Farhadi, B., Takasi, P., Ghorbani Vajargah, P., & Karkhah, S. (2024). Physical independence and related factors among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of medicine and surgery*, 86(6), 3400–3408.

<https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000002100>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Health Promotion Glossary of Terms 2021.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud mental de los adultos mayores*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Ortega-Bastidas, J. (2020). ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia*, 45(6), 293-299.

<https://www.redalyc.org/journal/339/33963459007/html/>

Ortega, M., López, A. y Juárez, M. (2020). El bienestar subjetivo de los mayores en España: Una revisión teórica del estado del arte. *Revista Euro Latinoamericana de Análisis Social y Político*, 2(2), 105-114.

<https://ojs.unsj.edu.ar/index.php/relasp/article/view/587/543>

- Palma-Ayllón, E., y Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Pan H, Qualter P, Barreto M, Stegen H, Dury S. Loneliness in Older Migrants: Exploring the Role of Cultural Differences in Their Loneliness Experience. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 4;20(4):2785. doi: 10.3390/ijerph20042785
- Pérez-Aranda, G. I., Ramírez-Benítez, D. y Estrada-Carmona, S. (2021). Actitudes ante la muerte y su relación con las redes de apoyo social en adultos mayores de Campeche, México. *Revista INFAD*, 1(2), 409-418. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2090>
- Perlman, D., y Peplau, L.A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. En S. Duck y R. Gilmour (Eds.), *Personal Relationships in Disorder* (pp. 31-56). Academic Press, London. <https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-81.pdf>
- Pinazo, S. y Bellegarde, M. (2018). La soledad de las personas mayores: conceptualización, valoración e intervención. 5th ed. Estudio de la Fundación Pilares para la autonomía personal. https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_mayores/eu_def/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf
- Pochintesta, P. (2021). Soledad, envejecimiento y viudez en el curso de la vida. Un estudio de casos en personas viudas de Argentina. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 17(1), 117-133. <https://doi.org/10.15332/22563067.6534>
- Portillo, J., Arbeláez, J., Ahumada, A., Ramírez, N., Trujillo, A. y Velasco, J. (2023). Factores de vulnerabilidad asociada a la percepción de soledad social en adultos

- mayores del departamento del Quindío (Colombia). *Psicología y Salud*, 33(1), 119-130.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2778/4637>
- Pourriyahi, H., Yazdanpanah, N., Saghadzadeh, A., Rezaei, N. (2021). Loneliness: An Immunometabolic Syndrome. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(22), 1-24.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182212162>
- Quecedo, R., & Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, (14), 5-39.
<https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>
- Ríos, P. C. y Londoño, N. H. (2012). Percepción de soledad en la mujer. *El Ágora USB*, 12 (1), 143-164. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-80312012000100009&lng=en&tlng=es.
- Roberts, M. C. & Ilardi, S. S. (2003). *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. Blackwell Publishing Ltd.
- Rodríguez-Benito, L., Benedé-Azagra, C. B., Cubillo-Llanes, J., y Calderón-Larrañaga, S. (2023). Prescripción social y recomendación de activos en Atención Primaria: «el círculo de calidad». *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 16(3), 286-292. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.160308>
- Rodríguez, N. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horiz. Sanitario*, 17(2), 87-88. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087&lng=es.
- Rojas, A. y Vargas, E. (2010). Salud, género y medio de comunicación. *Revista Udea*, 23, 45-68. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/folios/article/view/11784/10712>

- Salinas, J., Beiser, A., Samra, J., O'Donnell, A., DeCarli, C., Gonzales, M., Aparicio, H. y Seshadri, S. (2022). Association of Loneliness With 10-Year Dementia Risk and Early Markers of Vulnerability for Neurocognitive Decline. *Neurology*, 98(13), e1337-e1348. <https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.0000000000200039>
- Scarpetti, G., Shadowen, H., Williams, G., Winkelmann, J., Kroneman, M., Groenewegen, P., De Jong, J., Fronteira, I., Figueiredo G., Hsiung S., Slade S., Rojatz, D., Kallayova, D., Katreniakova, Z., Nagyova, I., Kylänen, M., Vracko, P., Jesurasa, A., Wallace, Z., Wallace, C. (2024). A comparison of social prescribing approaches across twelve high-income countries. *Health Policy*, 142. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024000022>
- Schaffhauser, P. (2010). La dicotomía emic/etic. Historia de una confusión. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 31(121), 257-269. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-39292010000100009
- Sepúlveda-Loyola, W., Dos Santos, R., Tricanico, R. P., y Probst, V. S. (2020). Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37(2), 341-349. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518>
- Sotomayor, A. M., Ajila, A. B., Zhunio, F. I., y Pelaez, P. A. (2022). Funcionamiento cognitivo de la vejez y la dependencia del adulto mayor. *Dom. Cien.*, 8(3), 722-734. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2953>
- Stein, J., & Riedel-Heller, S. G. (2023). Social isolation, loneliness, and mental health in old age. En A. Hajek, S. Riedel-Heller, H. König (Eds.), *Nursing Loneliness and Social*

Isolation in Old Age, (pp. 169-178). Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9781003289012-20>

Suárez, M. A. (2012). *Estudio de la soledad como factor de riesgo y/o protección en la senectud* [trabajo fin de grado, Universidad de Zaragoza]. Repositorio Institucional de Documentos Zagan. <https://zagan.unizar.es/record/9312>

Surkalim, D. L, Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A., y Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 376. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>

Urbina, A. (2023). La relación entre el uso de las TIC y el sentimiento de soledad: una mirada desde los Determinantes Sociales de la Salud de las personas mayores en Chile. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 74-80. <https://doi.org/10.20318/recs.2023.7229>

Veloso-Besio, C., Caqueo-Arancibia, W., Caqueo-Urizar, A., Muñoz-Sánchez, Z., y Villegas-Abarzúa, F. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Fractal, Rev. Psicol*, 22(1), 23-34. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000100003>

Wickens, A. P. (2001). Ageing and the free radical theory. *Respiration Physiology*, 128(3), 379-391. [https://doi.org/10.1016/S0034-5687\(01\)00313-9](https://doi.org/10.1016/S0034-5687(01)00313-9)

Wu, J. y Chang, L. (2017). Impacto de la nostalgia en la activación emocional y las respuestas fisiológicas automáticas. *Innovación en el envejecimiento*, 1(1), 920–921. https://academic.oup.com/innovateage/article/1/suppl_1/920/3900374

Xia, N. & Li, H. (2018). Loneliness, Social Isolation, and Cardiovascular Health. *Antioxidants & Redox Signaling*, 28(9), 735-910. <https://doi.org/10.1089/ars.2017.7312>

Yang, Y., Boen, C., Gerken, K., Li, T., Schorpp, K. y Harris, K. (2016). Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span. *PNAS*, *113*(3), 578–583. <https://www.pnas.org/doi/epdf/10.1073/pnas.1511085112>

Anexos

Anexo 1. Aval comité de ética



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CEIFUS 2909-24
Bogotá D.C, 05 de septiembre de 2024

Doctores:

Jhon Castro Muñoz
Investigador Principal

Camila Ronderos
Catalina Martínez
Juliana Rincón
Rolando Salazar
Jorge Nossa
Julian Abel

Co - Investigadores
Bogotá

Ref: Concepto ético de la solicitud vinculada al protocolo (081-24 UNV) Promoción del bienestar y la salud de personas mayores a partir del abordaje desde la salud comunitaria, del sentimiento de soledad y sentido de pertenencia.

Doctores

El día 27/08/2024, en la sesión registrada en el acta No. 033-24, se reunió el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, donde se deja constancia de la recepción del comunicado de 14/08/2024 y evaluación de la siguiente información relacionada con el protocolo en referencia que se desarrolla bajo su dirección en Clínica Universitaria Colombia.

- Listado de documentos sometidos: Radicado 3.098. CEIFUS 2238-24 Evaluación Inicial Carta de respuesta a las observaciones del comité de ética
 - Sentido de pertenencia y soledad Con correcciones
 - Comité de ética - Soledad
 - Pertenencia y salud
 - Formato_Presentacion_estudios observacionales_CEI_V0_Junio2024 Versión
 - Participantes Fase 2 - Modelo de consentimiento informado.

Concepto CEI:

El Comité de Ética en Investigación recibe a conformidad los ajustes realizados como respuesta a la solicitud del Comité realizada mediante CEIFUS 2238-24.

Se revisa en sesión según los criterios institucionales establecidos y dado que el proyecto no compromete la seguridad, bienestar y respeta los derechos del sujeto de investigación, se decide APROBAR por consenso este protocolo. Se informa que, como parte de las responsabilidades del Investigador Principal durante el desarrollo de una investigación, es de cumplimiento obligatorio llevar a cabo las siguientes actividades:

El documento de consentimiento informado aprobado para la aplicación en este estudio, se firma y sella por el Comité de Ética, y posteriormente cargado junto con el comunicado de aprobación en la plataforma. Se solicita tener presente que este es el único documento autorizado para realizar el proceso de consentimiento informado con los sujetos. Al concluir el estudio, es obligatorio someter al Comité de Ética un informe final o resumen de los resultados de la investigación.

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co

Bogotá D. C, Colombia



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Agradecemos su atención y compromiso para garantizar el cumplimiento de estas actividades conforme a los procedimientos establecidos.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas está conformado por once (11) miembros principales y dos (02) miembros suplentes y se requiere la presencia de siete (7) de ellos para cumplir con el quorum. (asistieron: 11).

En el análisis y evaluación participaron los siguientes miembros del Comité de Ética y se certifica que ningún miembro tiene conflicto de interés en relación al protocolo en referencia.

Eduardo Low Padilla	PRESIDENTE	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Farmacología Clínica
Miryam Consuelo Neira Corredor	MIEMBRO DELIBERATIVO	Profesional del área de ciencias de la salud con formación de posgrado en Bioética.
Ingrid Milena Rodríguez Bedoya	SECRETARIA EJECUTIVA	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Héctor Ricardo Jiménez	MIEMBRO DELIBERATIVO	Profesional del área de Ciencias Humanas y sociales con formación en Bioética.
Giovanna De Silvestri Torres	MIEMBRO DELIBERATIVO	Representante de la comunidad con formación en control de calidad y auditoría de calidad.
Sofía Muñoz Medina	MIEMBRO DELIBERATIVO	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
German Rojas Rodríguez	MIEMBRO DELIBERATIVO	Profesional especializado del área de ciencias de la salud
Mauricio Fernando Torres Roa	MIEMBRO DELIBERATIVO	Químico Farmacéutico
Betsy Valle Velasco	MIEMBRO DELIBERATIVO	Químico Farmacéutico
Angélica Viviana Niño Parrado	MIEMBRO DELIBERATIVO	Profesional especializado del área de ciencias de la salud
Iván Mauricio Páez Sierra	MIEMBRO DELIBERATIVO	Profesional del área de Ciencias Humanas y Sociales con formación en Derecho

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas
Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901
E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co
Bogotá D. C, Colombia



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas declara que el desarrollo de sus actividades se rige bajo la normatividad vigente en temas relacionados con investigación en salud, (Ley Colombiana Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, resolución 2378 de 2008 del Ministerio de Protección Social), las Normas de Buenas Prácticas de Investigación Clínica (Good Clinical Practice-GCP), Declaración de Helsinki, Fortaleza (Brasil) octubre 2013, la normativa Internacional vigente y la ley 1581 de 2012 de protección de datos personales.

Cordialmente,

Eduardo Low Padilla
Presidente CEI
Comité de Ética en Investigación
Fundación Universitaria Sanitas

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas
Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901
E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co
Bogotá D. C, Colombia