

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN INTERGENERACIONAL DE
PRESCRIPCIÓN SOCIAL EN LA SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS
MAYORES Y EL BIENESTAR EMOCIONAL EN ADOLESCENTES:
ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL CON ENFOQUE DE MÉTODOS MIXTOS**

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2025-2026

Estudiante: Ortega Martínez, Lourdes

Tutor: Valero Chillerón, María Jesús

Autorización COIR:

Nombre del tutor/a:	María Jesús Valero Chillerón
Nombre del estudiante:	Lourdes Ortega Martínez
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
Título	Impacto de una intervención intergeneracional de prescripción social en la soledad no deseada en personas mayores y el bienestar emocional en adolescentes: estudio cuasiexperimental con enfoque de métodos mixtos
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260506032024
Código de autorización COIR	TFM.MPA. MJ.LOM.260506
Caducidad	2 años



RESUMEN

Introducción. La soledad no deseada en personas mayores y la vulnerabilidad emocional en adolescentes constituyen importantes retos para la salud pública con efectos negativos a nivel físico y psicológico. Para abordar estas carencias de forma conjunta, se plantea una intervención comunitaria intergeneracional basada en la prescripción social y la movilización de activos locales, promoviendo el apoyo mutuo, el bienestar y la reducción del edadismo.

Objetivo. Evaluar el efecto inmediato y el mantenimiento a los 6 meses de una intervención intergeneracional, basada en la prescripción social, sobre los niveles de soledad no deseada en personas mayores y el bienestar emocional en adolescentes de Molina de Segura, en comparación con un grupo control.

Metodología. Estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo con diseño de métodos mixtos. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, participarán 200 sujetos (100 en el grupo intervención y 100 en el grupo control) divididos entre personas ≥ 70 años y adolescentes de 14-16 años. La evaluación cuantitativa medirá la soledad (Escala TIL), el bienestar emocional (WEMWBS) y el sentido de pertenencia (SCI-II) en tres momentos (pre, post y a los 6 meses). La parte cualitativa explorará la experiencia subjetiva mediante grupos focales.

Aplicabilidad. Los resultados facilitarán la integración de la prescripción social en las consultas de Atención Primaria como una herramienta sostenible y de bajo coste. El programa puede contribuir a evitar la medicalización de problemas de origen social, fortaleciendo la cohesión comunitaria y aportando evidencia para el diseño de nuevas políticas de salud pública.

Palabras clave. Soledad no deseada, intervención intergeneracional, prescripción social, bienestar emocional, Atención Primaria.

ABSTRACT

Introduction. Unwanted loneliness in older adults and emotional vulnerability in adolescents represent major public health challenges, entailing negative physical and psychological effects. To jointly address these issues, an intergenerational community intervention is proposed based on social prescribing and the mobilization of local assets, thereby promoting mutual support, well-being, and the reduction of ageism.

Objective. To evaluate the immediate effect and the 6-month sustainability of an intergenerational intervention based on social prescribing on unwanted loneliness levels in older adults and emotional well-being in adolescents in Molina de Segura, compared to a control group.

Methodology. A quasi-experimental, longitudinal, and prospective study with a mixed-methods design. Through non-probability convenience sampling, 200 subjects will participate (100 in the intervention group and 100 in the control group), divided between older adults aged ≥ 70 and adolescents aged 14–16. The quantitative evaluation will measure loneliness (TIL Scale), emotional well-being (WEMWBS), and sense of community (SCI-II) at three assessment points (pre-intervention, post-intervention, and at 6 months). The qualitative component will explore the subjective experience through focus groups.

Applicability. The findings will facilitate the integration of social prescribing into Primary Care consultations as a sustainable and low-cost tool. The program may contribute to preventing the medicalisation of socially rooted issues, strengthening community cohesion, and providing evidence for the design of new public health policies.

Keywords. Unwanted loneliness, intergenerational intervention, social prescribing, emotional well-being, Primary Care.

Índice

1. Pregunta de investigación	6
1.1. Pregunta en formato PICO	6
2. Antecedentes y estado actual del tema	6
3. Justificación del estudio	9
4. Hipótesis	10
4.1. Hipótesis General	10
4.2. Hipótesis Específicas	10
5. Objetivos	10
5.1. Objetivo General	10
5.2. Objetivos Específicos	10
6. Material y métodos	11
6.1. Diseño de estudio	11
6.2. Población diana y población a estudio	12
6.3. Criterios de selección	12
6.4. Cálculo del tamaño muestral	13
6.5. Método de muestreo	14
6.6. Variables e instrumentos	15
6.7. Descripción de la Intervención	17
6.8. Procedimiento de recogida de datos	18
6.9. Procedimiento de análisis estadístico	19
7. Aplicabilidad y utilidad de los resultados	20
8. Estrategia de búsqueda bibliográfica	21
9. Limitaciones y posibles sesgos	22
10. Aspectos éticos de la investigación	23
11. Calendario y cronograma previsto para el estudio	24
12. Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad	25
13. Instalaciones e instrumentación.	25
14. Presupuesto	26
15. Bibliografía	27
16. Anexos	30

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En personas mayores que viven en la comunidad y presentan soledad no deseada, ¿la participación en un programa de prescripción social intergeneracional, en comparación con la no participación, reduce los niveles de soledad, mejora el bienestar emocional y el sentido de pertenencia comunitaria?

1.1. PREGUNTA EN FORMATO PICO

Descripción de los términos	
P	Personas mayores que viven en la comunidad (≥ 70 años) en situación de soledad no deseada.
I	Programa de prescripción social intergeneracional basado en activos comunitarios.
C	Grupo control sin intervención (o atención habitual).
<u>Principal:</u> nivel de soledad (escala TIL).	
<u>Secundarios:</u>	
O	- Bienestar emocional en adolescentes (WEMWBS) - Sentido de pertenencia comunitaria (SCI-II). - Experiencia vivida de la intervención (grupos focales).

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El incremento de la esperanza de vida constituye uno de los mayores logros de la humanidad. Sin embargo, plantea el reto de garantizar que estos años adicionales se vivan en condiciones adecuadas de salud y bienestar. En este contexto, el plan de la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 señala la necesidad de promover un envejecimiento que no se limite a la ausencia de enfermedad, sino que permita mantener la capacidad funcional y la calidad de vida en edades avanzadas (1).

En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento saludable como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que posibilita el bienestar en la vejez (1). No obstante, factores como la soledad no deseada y el aislamiento social pueden comprometer significativamente este proceso, al asociarse con un deterioro físico, emocional, cognitivo y social. En este

sentido, la soledad no deseada ha sido descrita como un problema de salud pública creciente, siendo descrita por algunos autores como la “pandemia del siglo XXI” (2). El aislamiento social se define como la ausencia o limitación de contacto regular con otras personas, asociándose con una menor interacción social y con efectos negativos en el desarrollo cognitivo (3). En personas mayores, la falta de relaciones cercanas se ha vinculado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia (3). Por su parte, la soledad, según Weiss, es un “fenómeno natural, un sentimiento que puede surgir en ciertos momentos de la vida y que puede afectar a cualquier persona, independientemente de su género, edad u otra característica sociodemográfica”, y no siempre presenta una connotación negativa. En cambio, la soledad no deseada se entiende como una experiencia percibida como impuesta, que genera un sentimiento desagradable o de insatisfacción al existir una discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las reales (2).

Existen investigaciones que documentan que el aislamiento social y la soledad en las personas mayores constituyen un problema de salud pública de primer orden, equiparable a factores de riesgo como el tabaquismo o la obesidad (4,5). Este fenómeno afecta de manera desproporcionada a las personas mayores, en quienes las transiciones vitales, la pérdida de redes y los cambios demográficos incrementan el riesgo de desconexión social (4,6,7). La evidencia demuestra que la soledad no deseada y el aislamiento social se asocian con una reducción tanto de la esperanza de vida como de su calidad (2), así como con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, diabetes y deterioro de la función cognitiva (7). Además, el envejecimiento de la población y sus propias circunstancias hacen que trastornos emocionales, como la depresión y la ansiedad, sean cada vez más frecuentes (6).

Aunque la soledad no deseada se ha estudiado principalmente en personas mayores, también resulta relevante considerar el bienestar emocional de los adolescentes. Durante la adolescencia, los jóvenes experimentan una transición psicosocial en la que se consolidan la identidad, el sentido de pertenencia y las habilidades relacionales. Cuando hay un sentimiento de soledad, los adolescentes se vuelven vulnerables, pudiendo aparecer la depresión, la ansiedad, el aislamiento y conductas suicidas (7).

Ante este escenario, la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson ofrece un marco teórico para comprender cómo abordar las carencias de ambas poblaciones de

manera conjunta (7). Según este enfoque, tanto los adolescentes como las personas mayores se encuentran en encrucijadas vitales complementarias centradas en el desarrollo y mantenimiento de la identidad (7). Por un lado, los jóvenes buscan formar su propia identidad tratando de encajar y de entender la sociedad a través de la mirada de los demás. Por otro lado, las personas mayores se esfuerzan por mantener su identidad frente a las pérdidas asociadas a la edad. Este mantenimiento identitario en la vejez se impulsa mediante la motivación de sentirse útiles, transmitir sabiduría y dejar un legado a la siguiente generación, un proceso psicosocial conocido como generatividad (7). Al encontrarse en estas fases de desarrollo complementaria, la articulación de intervenciones intergeneracionales emerge como una posible solución (7). Fomentar espacios compartidos permite mitigar el riesgo de aislamiento y soledad. Al mismo tiempo, permite a la población mayor canalizar su generatividad, creando un ecosistema de reciprocidad que disminuye el edadismo (la discriminación por edad) (8), mejora el soporte social y aumenta de forma significativa la calidad de vida y la inclusión de ambas generaciones (7).

En este contexto, la comunidad y las relaciones intergeneracionales se perfilan como un entorno con potencial para la promoción de la salud. La literatura reciente sugiere que las intervenciones comunitarias que reúnen a personas mayores y adolescentes en un mismo espacio han demostrado ser herramientas eficaces para desafiar estereotipos y reducir el edadismo (9,11,12). Teóricamente, estas prácticas podrían promover un aprendizaje social recíproco, y mejorar el bienestar, fortaleciendo el sentimiento de utilidad en las personas mayores y la empatía en los más jóvenes (2,4,11).

Para articular estas relaciones de manera sistémica en el ámbito de la salud, cobra relevancia el concepto de prescripción social y la movilización de activos comunitarios. La prescripción social permite a los profesionales sanitarios derivar a los pacientes hacia recursos locales no clínicos (2,12). La activación de estos recursos fomenta un ecosistema de apoyo mutuo que actúa como un antídoto frente a la soledad, transformando la atención sociosanitaria a través de la participación comunitaria (2,12).

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

A pesar de la evidencia existente sobre los beneficios de las intervenciones intergeneracionales, persisten importantes lagunas en la literatura. Como se subraya en la revisión de Simionato et al., los programas que emparejan específicamente a personas mayores con adolescentes (13-19 años) son escasos y menos estudiados que aquellos dirigidos a niños pequeños (4), especialmente en alumnado de educación secundaria (9). Además, Sánchez-Moreno et al., destacan la falta de investigaciones en España que utilicen diseños de métodos mixtos para abordar de forma integral la complejidad multidimensional de la soledad y el impacto de estas redes de apoyo (5). Por otro lado, también son limitados los estudios que han evaluado programas intergeneracionales con jóvenes desde el ámbito comunitario y de la Atención Primaria (AP), lo que justifica la necesidad de generar evidencia aplicada en contextos reales de proximidad (2).

Desde el ámbito sanitario y social, abordar esta problemática podría ser una línea estratégica de intervención. La soledad no deseada se asocia con un deterioro del bienestar, con una elevada carga de morbilidad y un incremento de los costes para el sistema sociosanitario (6,13). En este contexto, las intervenciones comunitarias que abordan la soledad de forma integral, más allá de modelos exclusivamente patogénicos han mostrado resultados favorables (2). Particularmente, de acuerdo con Ramón Rizo, las intervenciones grupales de carácter educativo, han demostrado mejorar la calidad de vida en personas mayores y reducir la demanda de los servicios sanitarios (13). Por ello, el desarrollo de una intervención estructurada que integre a adolescentes y personas mayores, basada en la prescripción social y los activos comunitarios, responde al desafío demográfico actual, y promueve la cohesión social como estrategia de salud preventiva (14).

En este marco, la enfermería familiar y comunitaria desempeña un papel clave. Los profesionales de enfermería se encuentran en primera línea para la detección precoz del aislamiento, el establecimiento de relaciones terapéuticas y la provisión de cuidados integrales (15). Además, su rol en la promoción de la salud, la prevención de la dependencia, la coordinación con otros agentes comunitarios y la activación de recursos los posiciona como un elemento central en la implementación de estrategias de prescripción social (15).

Por todo lo expuesto, se justifica el diseño del presente proyecto de investigación bajo un enfoque cuasiexperimental de métodos mixtos. Este diseño permite abordar la complejidad y multidimensionalidad del fenómeno a estudio (5). La vertiente cuantitativa permitirá evaluar de manera rigurosa y objetiva los cambios en las variables de salud, soledad percibida y bienestar emocional (9,11), mientras que la aproximación cualitativa facilitará una comprensión profunda de los procesos psicosociales subyacentes, la calidad de los vínculos creados y la experiencia subjetiva de los participantes (5). La integración de ambos enfoques permitirá generar evidencia sobre el papel de las intervenciones intergeneracionales como estrategia de salud pública para abordar la soledad no deseada.

4. HIPÓTESIS

4.1. HIPÓTESIS GENERAL:

La participación en una intervención intergeneracional basada en la prescripción social y en la movilización de activos comunitarios con la que se espera reducir los niveles de soledad no deseada en personas mayores y observar un aumento del bienestar emocional en adolescentes, manteniéndose dichos cambios a los 6 meses tras la intervención, en comparación con un grupo control.

4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

1. Las personas mayores que participen en la intervención podrían disminuir sus niveles de soledad percibida tras la intervención, en comparación con la medición basal y con el grupo control.
2. Los adolescentes que participen en la intervención podrían mostrar una mejora significativa en su bienestar emocional tras la intervención, en comparación con la medición basal y con el grupo control.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL:

Estimar los cambios inmediatos y mantenidos a los 6 meses de una intervención intergeneracional basada en la prescripción social sobre los niveles de soledad no deseada en personas mayores y el bienestar emocional en adolescentes, en comparación con el grupo control.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Comparar los niveles de soledad no deseada en personas mayores entre la medición basal, la medición postintervención inmediata y el seguimiento a los seis meses, así como entre el grupo intervención y el grupo control.
2. Analizar los cambios en el bienestar emocional de los adolescentes participantes antes, después de la intervención y a los seis meses de la misma, en comparación con el grupo control.
3. Estimar el efecto de la intervención sobre el sentido de pertenencia a la comunidad en personas mayores y adolescentes antes de la intervención, inmediatamente después de la misma y a los seis meses, en comparación con el grupo control.
4. Explorar la experiencia subjetiva de los participantes en relación con la intervención intergeneracional, analizando la percepción de soledad, los cambios en las relaciones sociales, el sentido de comunidad y la evolución de los estereotipos generacionales como el edadismo.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Se plantea un estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo, con grupo control y tres momentos de medición: medidas preintervención, postintervención inmediata y seguimiento a los seis meses, enmarcado dentro de un enfoque de métodos mixtos.

Desde la perspectiva cuantitativa, se empleará un diseño con medidas repetidas que permitirá evaluar los cambios en las variables de estudio -soledad no deseada en personas mayores y bienestar emocional en adolescentes- antes de la intervención, tras su finalización y a los 6 meses de seguimiento, así como comparar los resultados entre el grupo intervención y el grupo control.

De forma complementaria, se incorporará una aproximación cualitativa mediante la realización de grupos focales, con el objetivo de explorar la experiencia subjetiva de los participantes, la percepción de la soledad, los cambios en las relaciones sociales y el sentido de pertenencia a la comunidad.

La integración de los datos cuantitativos y cualitativos se realizará mediante un enfoque de triangulación concurrente, en el que ambos tipos de datos serán recogidos y analizados de forma paralela. Esta estrategia permitirá contrastar y

complementar los resultados obtenidos, proporcionando una comprensión más completa del impacto de la intervención desde una perspectiva objetiva como subjetiva.

Debido a la naturaleza comunitaria de la intervención y a la necesidad de reclutar a los participantes en centros específicos (consultas de enfermería), la asignación a los grupos no será aleatoria, sino que se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que define el carácter cuasiexperimental del diseño.

6.2. POBLACIÓN DIANA Y POBLACIÓN A ESTUDIO

La población diana del presente estudio está constituida por personas mayores en situación de soledad no deseada y adolescentes escolarizados en educación secundaria, susceptibles de participar y beneficiarse de intervenciones intergeneracionales.

La población de estudio estará formada por personas mayores de 70 años que estén adscritas a los Centros de Salud de Molina de Segura con riesgo o situación de soledad no deseada, identificada por profesionales sanitarios. Por otra parte, la población a estudio también incluirá adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 16 años escolarizados en centros educativos de Molina de Segura donde se desarrollará la intervención.

Los participantes serán reclutados a través de las consultas de enfermería y en colaboración con los centros educativos del área.

6.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Los criterios de selección para la participación en este estudio serán:

1. Personas mayores:

- Edad igual o superior a 70 años.
- Residir en la comunidad y no estar institucionalizado.
- Presentar riesgo o situación de soledad no deseada, identificada por profesionales sanitarios mediante la escala TIL, considerando una puntuación ≥ 6 como indicativa de riesgo o situación de soledad no deseada.
- Presentar un nivel de autonomía funcional suficiente para participar en las actividades propuestas.
- Capacidad para comunicarse y comprender las instrucciones.
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

2. Adolescentes:

- Edad comprendida entre los 14 y los 16 años.
- Estar escolarizados en centros educativos adscritos a la zona básica de salud donde se desarrollará la intervención.
- Presentar nivel de autonomía funcional suficiente y capacidad para comprender y participar en las actividades propuestas.
- Contar con autorización de padres, madres o tutores legales y el asentimiento del menor.

Los criterios de exclusión serán:

1. Personas mayores:

- Participación simultánea en otros programas de intervención similares.
- Situación clínica aguda o descompensación de patología de base que impida la participación segura en la intervención.
- Asistencia mínima al 75% de los talleres.
- Barrera idiomática que dificulte la comunicación.

2. Adolescentes:

- Dificultades significativas de interacción que impidan el desarrollo de las actividades.
- Situaciones que desaconsejen la participación según criterio del equipo docente o sanitario.
- Asistencia mínima al 75% de los talleres.
- Barrera idiomática que dificulte la comunicación.

6.4. CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

Dado el carácter comunitario y aplicado del estudio, el tamaño muestral se establecerá en función de la viabilidad operativa de la intervención y de la capacidad de reclutamiento de los centros participantes. Es por ello que se plantea un estudio con finalidad principalmente exploratoria y estimativa.

Se prevé incluir 200 participantes, distribuidos por cuotas en 100 sujetos en el grupo intervención (50 personas mayores, 50 adolescentes) y tratando de replicar la proporción en el grupo control. Esta muestra permitirá realizar una estimación preliminar del efecto de la intervención sobre las variables principales, analizar la evolución temporal de las puntuaciones y obtener tamaños del efecto e intervalos de confianza que orienten futuros estudios con cálculo muestral formal.

Estimando la participación de 5 centros de salud/centros educativos del municipio, la distribución se realizará de la siguiente manera:

- Grupo Intervención ($n = 100$): 50 personas mayores y 50 adolescentes. Para asegurar que las dinámicas intergeneracionales sean operativas y eficaces, la intervención se estructurará en micro-grupos paritarios a través de 5 réplicas (talleres). Cada taller constituirá un grupo óptimo de 20 personas en total, integrando de forma simétrica a 10 personas mayores y 10 adolescentes.
- Grupo Control ($n = 100$): 50 personas mayores y 50 adolescentes.

Se ha contemplado un sobre-muestreo del 20% en la fase de reclutamiento inicial en cada centro para amortiguar la tasa de abandono habitual en intervenciones comunitarias de media duración.

En la vertiente cualitativa, la muestra final de los grupos focales se determinará por el principio de saturación teórica dentro de estas cohortes.

6.5. MÉTODO DE MUESTREO

Para la captación de los participantes se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a la accesibilidad de la muestra en el entorno comunitario.

La captación de los participantes se llevará a cabo de forma diferenciada para cada cohorte generacional:

1. La captación de las personas mayores se llevará a cabo a través de las consultas de enfermería de los centros de salud. Los profesionales sanitarios aprovecharán las visitas programadas de los usuarios por otros motivos de salud para proponer la participación en el estudio a aquellos que se ajusten al perfil de la intervención.
2. La captación de los adolescentes se realizará en colaboración con los centros educativos adscritos a la zona básica de salud. Se realizará una sesión informativa a los cursos de 3º y 4º de ESO para presentar la intervención, invitando a la participación voluntaria del alumnado.

Al tratarse de un diseño cuasiexperimental, la asignación a los grupos no será aleatoria. El Grupo Intervención (GI) estará constituido por aquellos participantes que acepten participar en la intervención y dispongan de disponibilidad para la asistencia a los talleres. El Grupo Control (GC) se constituirá con aquellos sujetos que, cumpliendo los criterios de selección, no participen en la intervención por

limitaciones de cupo o disponibilidad, aceptando únicamente la evaluación en los distintos momentos del estudio.

Se procurará la máxima homogeneidad basal en ambos grupos, registrando sus variables sociodemográficas para evaluar estadísticamente su comparabilidad y controlar los sesgos de selección inherentes al diseño que serán considerados en la interpretación de los resultados.

6.6. VARIABLES E INSTRUMENTOS

Se recogerán variables independientes, dependientes y de control (sociodemográficas) con el fin de dar respuesta a los objetivos del estudio. Las mediciones se realizarán en tres momentos: antes del inicio de la intervención (pre), tras su finalización (post) y a los seis meses de la intervención (post-post). En el Anexo IV se puede consultar el dossier.

Las variables se distribuirán de la siguiente manera:

- Variable independiente: participación en la intervención intergeneracional basada en la prescripción social, categorizada en dos niveles: participación en el grupo intervención (GI) y no participación (grupo control, GC).
- Variables dependientes:
 - Soledad no deseada en personas mayores.
 - Bienestar emocional en adolescentes.
 - Sentido de pertenencia en la comunidad en ambos grupos (personas mayores y adolescentes).
- Variables sociodemográficas: Recogidas mediante un cuestionario *ad hoc* diseñado para el estudio (disponible en el Anexo X)
 - Edad.
 - Sexo.
 - Nivel educativo.
 - Situación de convivencia.
 - Percepción subjetiva de salud (escala analógica visual).
 - Uso previo de recursos comunitarios.

Para evaluar el impacto de la intervención, se utilizarán los siguientes instrumentos:

1. Three-Item Loneliness Scale (Escala TIL): para medir la soledad en las personas mayores. Se utilizará la versión adaptada y validada en población española ($\alpha = 0,78$). Consta de 3 ítems con opciones de respuesta tipo Likert de 3 puntos (1 =

casi nunca/nunca, 2 = algunas veces, 3 = con frecuencia). Los ítems exploran la falta de compañía, el sentimiento de exclusión y la sensación de aislamiento. La puntuación global oscila entre 3 y 9 puntos de forma unidimensional (a mayor puntuación, mayor soledad), estableciéndose un punto de corte ≥ 6 para determinar la presencia de soledad no deseada (16).

2. Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): para medir el bienestar emocional en los adolescentes. Se utilizará la versión adaptada y validada en población adolescente española ($\alpha = 0,89$). Consta de 14 ítems redactados de forma positiva con respuesta Likert de 5 puntos desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre). Evalúa de manera equilibrada tanto el bienestar eudaimónico (funcionamiento psicológico y relaciones) como el hedónico (afecto positivo). Ofrece una puntuación lineal continua de 14 a 70 puntos (a mayor puntuación, mayor bienestar emocional) (17). Al tratarse de una medida de cribado continuo orientada a la promoción de la salud y no al diagnóstico clínico, no se establecen puntos de corte rígidos, evaluándose el impacto mediante el incremento de las puntuaciones medias post-intervención.
3. Escala Sense of Community Index (SCI-II): para medir el sentido de pertenencia tanto en adolescentes como en personas mayores. Se utilizará la versión adaptada y validada al castellano ($\alpha = 0,86$) del instrumento original de Chavis, Lee y Acosta (2008). Compuesta por 24 ítems con una escala Likert de 4 puntos que evalúa el grado de acuerdo (1 = para nada, 2 = un poco, 3 = mucho, 4 = totalmente). Los ítems se distribuyen en 4 dimensiones teóricas (6 ítems por dimensión): membresía/pertenencia, influencia mutua, integración/satisfacción de necesidades y conexión emocional compartida. Ofrece un rango global continuo de 0 a 72 puntos (y de 0 a 18 por dimensión) de interpretación lineal: a mayor puntuación, mayor sentido de pertenencia, evaluándose el cambio mediante la comparación de medias al carecer de puntos de corte clínicos (18,19).
4. Para la vertiente cualitativa, se utilizará la técnica del grupo focal, herramienta adecuada para captar la intersubjetividad y los significados compartidos derivados de la interacción intergeneracional. Se realizarán grupos focales segmentados y mixtos, empleando un guión de preguntas abiertas que explorará dimensiones como el cambio de percepción hacia la otra generación, el sentimiento de utilidad y los vínculos emocionales establecidos. El número de

grupos se determinará en función de la saturación teórica de la información. En el Anexo V se puede consultar el guion para su realización.

6.7. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El programa “Generando intergeneracionalidad en la comunidad”, tendrá una duración total de 2 meses, una sesión semanal de 90 minutos de duración. La intervención se desarrollará a lo largo de cuatro fases diferenciadas:

- Fase 1: Planificación, reclutamiento y evaluación pre-intervención.

Comprende la coordinación institucional entre los centros de salud y los equipos docentes. Los profesionales de enfermería identificarán a los candidatos y verificarán el cumplimiento de los criterios de selección, entregarán la hoja de información al participante (Anexo I y II), y tras resolución de dudas, se firmarán los consentimientos y asentimientos de los participantes. Durante la evaluación pre-intervención: se administrará un dossier que incluirá un cuestionario ad hoc para recoger variables sociodemográficas y las diferentes escalas (TIL, WEMWBS, SCI-II) tanto en el GI como en el GC.

- Fase 2: Ejecución de la intervención.

Las actividades estarán lideradas por profesionales de enfermería, con el apoyo del equipo docente. La intervención constará de 8 sesiones presenciales consecutivas, de carácter grupal y colaborativo, celebradas en el aula polivalente del centro educativo.

Las sesiones se iniciarán y cerrarán en gran grupo, aunque el núcleo de los talleres se desarrollará mediante el trabajo interactivo de parejas (mayor-adolescente) o en minigrupos de 4 personas (dos parejas).

Las 8 sesiones se articularán en torno a tres ejes temáticos (Figura 1):

- Conociéndonos y rompiendo mitos: dinámicas de presentación en díadas para establecer el contrato inicial. Se realizarán debates cruzados en minigrupos para identificar y deconstruir los estereotipos ligados a la adolescencia y al envejecimiento.
- Aprendizaje recíproco y activos en salud: los adolescentes liderarán la alfabetización digital personalizada de su compañero mayor (manejo de aplicaciones de salud, videollamadas, etc.), mientras que los mayores guiarán la sesión de recuperación de la memoria histórica y tradiciones locales. Este

bloque incluirá un mapeo de activos conjunto con paseos saludables por el barrio para identificar recursos comunitarios.

- Proyecto común y cierre: diseño cooperativo de un mural comunitario y un ritual de clausura con intercambio personalizado de objetos significativos dentro de la diada.

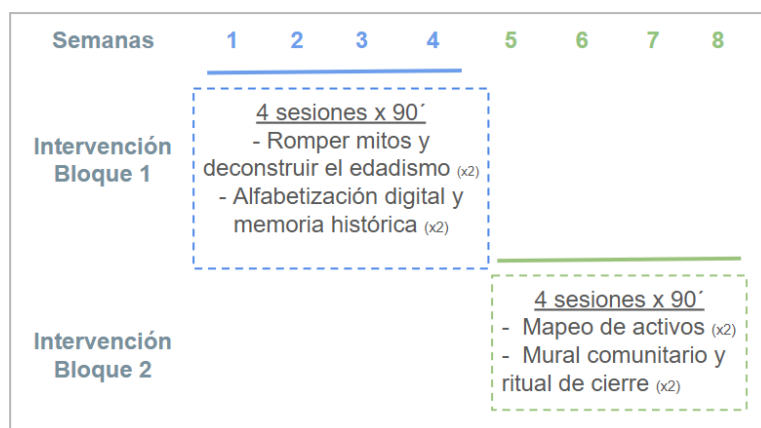


Figura 1. Esquema de la intervención

- Fase 3: Evaluación final.

Evaluación post-intervención en el GI y el GC, junto al desarrollo de los tres grupos focales secuenciales (mayores, adolescentes y mixto) para explorar el cambio de percepciones, los estereotipos ligados a ambas etapas y la dinámica relacional.

- Fase 4: Seguimiento 6 meses post-intervención.

Administración final de las escalas cuantitativas a los seis meses del cierre para evaluar la sostenibilidad longitudinal de los cambios en soledad, bienestar y sentido de comunidad tanto en el GI como en el GC.

6.8. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de información se llevará a cabo de manera sistemática a lo largo de las cuatro etapas del estudio, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes al utilizar un sistema ciego de codificación alfanumérica.

- Etapa 1: Evaluación pre-intervención.

Tras el reclutamiento, se citará a los participantes (GI y GC) en grupos reducidos organizados. Las personas mayores serán evaluadas en una sala de los centros de salud que garantice su privacidad, recurriendo a la entrevista dirigida por la investigadora en caso de dificultades de lectoescritura. Los adolescentes cumplimentarán los cuestionarios de forma autoadministrada en un aula del centro educativo, garantizando un clima de concentración y silencio.

Todo el proceso estará supervisado por la investigadora principal.

- Etapa 2: Seguimiento y adherencia.

Durante los 2 meses de intervención, se llevará a cabo un registro de asistencia en cada sesión. Se considerará pérdida de seguimiento cuando el participante no complete el post-intervención o no alcance una asistencia mínima del 75% de las sesiones. Los datos del Grupo Control se recogerán únicamente en los momentos pre, post-intervención y post-post, sin realizar ningún contacto adicional durante los meses intermedios, salvo la atención de rutina, con el fin de minimizar posibles sesgos de reactividad.

- Etapa 3: Evaluación post-intervención inmediata y recogida cualitativa.

Al finalizar las 8 semanas de talleres, se realizará la reevaluación cuantitativa (TIL, WEMWBS y SCI-II) a ambos grupos (GI y GC) bajo las mismas condiciones basales. Simultáneamente, se ejecutarán los tres grupos focales diseñados; las sesiones se grabarán en audio digital para su posterior transcripción literal, complementándose con las notas de campo registradas por un observador externo sobre la comunicación no verbal y la dinámica interactiva del grupo.

- Etapa 4: Seguimiento longitudinal.

Transcurridos 6 meses desde la finalización de los talleres, se volverán a administrar de manera presencial las escalas cuantitativas a los participantes del GI y GC. Esta última medición permitirá recopilar los datos necesarios para evaluar la sostenibilidad a largo plazo del impacto del programa sobre los niveles de soledad, bienestar y arraigo comunitario.

Una vez finalizado el estudio, se ofrecerá al grupo control la posibilidad de realizar la intervención con el fin de beneficiarse del potencial impacto positivo de la misma.

6.9. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará un análisis integrado de los datos siguiendo un diseño de triangulación convergente, procesando de forma independiente la vertiente cuantitativa y la cualitativa para su posterior contraste.

En primer lugar, el análisis cuantitativo se llevará a cabo mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics. Se realizará un análisis descriptivo empleando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y media con desviación típica o mediana y rango intercuartílico para las variables cuantitativas (puntuaciones de la escala TIL, WEMWBS y SCI-II). También se reportarán los IC95%.

Previamente al análisis inferencial, se aplicará la prueba de Shapiro-Wilk para determinar si las variables siguen una distribución normal. Además, se empleará el test de Levene para contrastar la homocedasticidad, garantizando así la idoneidad de las pruebas estadísticas subsiguientes.

Para evaluar el impacto del programa y analizar los cambios a lo largo de los tres momentos del estudio (pre, post-intervención y seguimiento a los 6 meses), se utilizará un ANOVA de medidas repetidas con el factor entre-grupos (GI frente a GC) y el factor intra-sujetos, aplicando la corrección de esfericidad correspondiente.

En caso de no cumplir los supuestos paramétricos, el cambio longitudinal intra-grupo se analizará mediante el test de Friedman, y las comparaciones bivariadas puntuales entre el GI y el GC se realizarán mediante la prueba U de Mann-Whitney, aplicando la corrección de Wilcoxon para las muestras relacionadas en momentos específicos.

Para todos los contrastes estadísticos se establecerá un nivel de significación de $p < 0,05$. Asimismo, también se reportarán tamaños del efecto e intervalos de confianza al 95%, con el fin de valorar la magnitud y relevancia clínica o comunitaria de los cambios observados.

En cuanto al análisis cualitativo, se realizará un análisis temático del contenido de las transcripciones de los grupos focales mediante el software ATLAS.ti. Se llevará a cabo una codificación abierta para identificar unidades de significado, que posteriormente se agruparán en categorías y subcategorías temáticas. El análisis continuará hasta alcanzar la saturación teórica de los datos. Finalmente, se realizará una triangulación de resultados para contrastar si las mejoras estadísticas observadas en las escalas coinciden con las percepciones subjetivas expresadas por los participantes en los grupos focales, dotando al estudio de una mayor validez y profundidad interpretativa.

7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Los resultados derivados del presente proyecto presentan una potencial aplicabilidad en el ámbito de la AP y la salud comunitaria, destacando por su carácter integrador y bajo coste de implementación.

La intervención propuesta, basada en la prescripción social, se configura como una estrategia sostenible y transferible. Su diseño permite la replicabilidad en distintos contextos sociosanitarios mediante la coordinación con activos locales.

En este contexto, la AP constituye el escenario idóneo para el desarrollo de este tipo de intervenciones dada su proximidad al entorno vital de las personas. La identificación de situaciones de soledad no deseada y la derivación a recursos no clínicos pueden integrarse en la práctica asistencial mediante estrategias de prescripción social, facilitando una transición fluida entre la consulta y el activo comunitario.

Los profesionales de enfermería familiar y comunitaria desempeñan un papel clave como agentes de enlace entre el sistema sanitario y la comunidad. Su capacidad para detectar precozmente factores de riesgo psicosocial, establecer relaciones terapéuticas de confianza y liderar la gestión de activos, facilita la puesta en marcha de programas intergeneracionales adaptados a las necesidades reales de la población.

Desde la perspectiva del sistema sanitario, la utilidad de esta intervención podría radicar en reducir la hiperfrecuentación asociada a la soledad no deseada. En este sentido, la intervención puede contribuir a evitar la medicalización de problemas de origen social.

A nivel comunitario, la implementación de este modelo intergeneracional puede favorecer la cohesión social, el fortalecimiento de las redes de apoyo mutuo y la construcción de entornos más inclusivos y resilientes. La interacción intergeneracional podrá contribuir directamente a la reducción del edadismo, promoviendo una visión positiva del envejecimiento y el reconocimiento del valor social de las personas mayores, mientras que en los adolescentes fomenta el desarrollo de habilidades sociales, empatía y sentido de propósito.

Finalmente, los resultados de este proyecto podrían aportar evidencia empírica para la integración de la prescripción social como una herramienta estructurada y evaluable dentro de la cartera de servicios de AP. Asimismo, el uso de un enfoque de métodos mixtos favorecerá una comprensión profunda de la experiencia vivida, proporcionando una base sólida para el diseño de políticas de salud pública orientadas a la prevención de la soledad no deseada y la promoción del bienestar integral a lo largo del ciclo vital.

8. ESTRATEGIA DE BIBLIOGRÁFICA

Para la fundamentación teórica de este proyecto, se ha realizado una revisión estructurada de la literatura científica con el objetivo de identificar la evidencia

disponible sobre intervenciones intergeneracionales y prescripción social en AP. La búsqueda se llevó a cabo entre los meses de enero y febrero de 2026, utilizando las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, CINAHL, Cochrane Library, Cuiden y Dialnet.

Se utilizaron palabras clave y descriptores de ciencias de la salud indexados en MeSH y DeCS, combinados mediante los operadores booleanos AND y OR.

Se aplicaron filtros de idioma (inglés y español), disponibilidad de texto completo y una ventana temporal inferior a 10 años, priorizando revisiones sistemáticas, ensayos y estudios comunitarios.

Como criterios de inclusión, se seleccionaron artículos relacionados con intervenciones intergeneracionales, prescripción social, soledad no deseada, aislamiento social y bienestar emocional en personas mayores y adolescentes. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en población infantil, población institucionalizada o intervenciones no comunitarias. Finalmente, los artículos seleccionados fueron revisados mediante lectura crítica y utilizados para la elaboración del marco teórico y la justificación del estudio.

9. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

El presente estudio presenta una serie de limitaciones inherentes a su diseño y al contexto comunitario en el que se desarrolla. Al tratarse de un estudio cuasiexperimental con muestreo no probabilístico por conveniencia, la ausencia de aleatorización puede introducir sesgos de selección y restricciones para establecer causalidad directa intervención-resultados. Además, la captación voluntaria de los participantes puede favorecer la inclusión de personas especialmente motivadas o sensibilizadas con la temática, condicionando la representatividad de la muestra. Para mitigar esto, se realizarán análisis de homogeneidad basal entre el GI y el GC. Asimismo, el uso de cuestionarios autoadministrados puede dar lugar a sesgos de información o deseabilidad social, especialmente en variables relacionadas con el bienestar emocional, la soledad o la percepción subjetiva de la comunidad. Cabe destacar que, mientras en los adolescentes los cuestionarios serán autoadministrados, en el colectivo de personas mayores se facilitará la modalidad de entrevista dirigida en caso de dificultades de lectoescritura o comprensión, minimizando así posibles errores de cumplimentación.

En relación con la vertiente cualitativa, la interpretación de los discursos puede verse influida por la subjetividad de los investigadores. No obstante, con el fin de minimizar este sesgo, se empleará triangulación metodológica y se complementará la información con notas de campo y contraste entre investigadores.

Finalmente, debe considerarse que el contexto sociocultural específico en el que se desarrollará la intervención podría condicionar la transferibilidad de los resultados a otros entornos diferentes.

10. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente proyecto se desarrollará respetando los principios éticos fundamentales recogidos en la Declaración de Helsinki y la normativa vigente en materia de investigación con seres humanos y protección de datos personales.

Previamente al inicio del estudio, el proyecto requerirá la aprobación previa del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Miguel Hernández (UMH), así como la autorización de las direcciones sanitaria y educativa de Molina de Segura.

La participación en el estudio será voluntaria, garantizando el derecho de revocación en cualquier momento sin repercusiones asistenciales ni académicas. Tras recibir información adaptada, las personas mayores firmarán el consentimiento informado, mientras que para los adolescentes se requerirá el consentimiento por escrito de sus progenitores o tutores junto al asentimiento firmado del menor (Anexos I-III).

Se garantizará la confidencialidad, seudonimización la minimización de datos y la protección de los datos personales conforme al Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD). Para ello, los datos de los participantes serán codificados mediante códigos alfanuméricos. El código se generará unificando los siguientes criterios: Identificador del centro (Letra; p. ej., A), cohorte generacional (M = Mayores/J = Jóvenes), condición de asignación (I = Intervención/C = Control) y número de sujeto de tres dígitos por orden de captación (p. ej., A-M-I-001). El documento de correspondencia entre el código y la identidad de cada participante se custodiará de forma separada, con acceso restringido exclusivamente a la investigadora principal, y se conservará únicamente durante el tiempo necesario para permitir el seguimiento longitudinal y la gestión de posibles retiradas del estudio.

Las grabaciones de audio de los grupos focales se utilizarán exclusivamente para su transcripción literal y posterior análisis temático. Durante la transcripción se eliminarán o sustituirán nombres propios, referencias personales, centros concretos u otros elementos que pudieran facilitar la identificación directa o indirecta de los participantes. Una vez verificado el volcado analítico y garantizada la total anonimización de los discursos, los archivos de audio originales serán destruidos permanentemente. Los resultados se presentarán siempre de forma agregada o mediante fragmentos discursivos anonimizados, evitando cualquier información que permita reconocer a los participantes, especialmente en el caso de los menores de edad.

Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos, siendo custodiados únicamente por la investigadora principal.

Finalmente, aunque no existen riesgos físicos, ante la potencial emergencia de emociones ligadas al aislamiento durante las dinámicas, el equipo de enfermería garantizará contención emocional inmediata y derivación a los recursos sanitarios del área si fuese necesario.

11. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO

ACTIVIDADES	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.-NOV.	DIC.
1. Coordinación institucional y logística						
2. Difusión, captación y firma CI						
3. Evaluación preintervención						
4. Romper mitos y edadismo						
5. Alfabetización digital y memoria						
6. Mapeo de activos						
7. Co-creación de mural y cierre						
8. Evaluación postintervención						
9. Desarrollo grupos focales						
10. Volcado de datos y análisis						
11. Inicio de elaboración de informes						
12. Evaluación a los 6 meses						
13. Depuración, análisis de datos e interpretación de resultados						
12. Elaboración de informes finales e inicio de difusión de resultados						

12. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y RESPONSABILIDAD

El desarrollo del presente proyecto requerirá la participación coordinada de profesionales del ámbito sanitario y educativo.

La investigadora principal, enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, será la responsable de la coordinación general del estudio, diseño metodológico, captación de participantes, recogida y análisis de los datos, así como de la dinamización de las actividades grupales y la elaboración del informe final de investigación.

Por su parte, el equipo de enfermería de AP colaborará en la identificación y captación de las personas mayores desde sus consultas. Como nexo estratégico, la enfermera comunitaria escolar coordinará las acciones entre el centro de salud y los institutos, apoyando el reclutamiento de los adolescentes y la logística de las sesiones junto al equipo docente de los centros educativos.

Durante la realización de los grupos focales, se contará con el apoyo de un observador externo encargado del registro de notas de campo y aspectos relacionados con la dinámica grupal y la comunicación no verbal.

Todos los profesionales implicados recibirán información previa sobre los objetivos y metodología del estudio, con el fin de garantizar una actuación coordinada y homogénea durante el desarrollo de la investigación.

13. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN

La ejecución del programa se llevará a cabo de manera descentralizada aprovechando las infraestructuras sociosanitarias y educativas existentes en el municipio de Molina de Segura. Las fases de planificación, captación y las tres evaluaciones cuantitativas de las personas mayores se realizarán en una sala del Centro de Salud de referencia para preservar su intimidad. La captación de adolescentes, sus evaluaciones y las ocho sesiones de los talleres tendrán lugar en el aula polivalente del centro educativo seleccionado. Respecto a la instrumentación y recursos materiales, el bloque cuantitativo requerirá el uso de ordenadores con el software estadístico IBM SPSS Statistics y la impresión de los dossiers que recopilan las variables sociodemográficas y las tres escalas validadas (TIL, WEMWBS y SCI-II). Para la vertiente cualitativa, se empleará una grabadora de audio digital y el programa computacional ATLAS.ti para el análisis temático. Finalmente, el desarrollo

de los talleres de la intervención precisará de dispositivos electrónicos aportados por el centro para el bloque de alfabetización digital, materiales de papelería corrientes para las dinámicas de deconstrucción de estereotipos, y un lienzo textil junto a pinturas acrílicas para la co-creación del mural comunitario intergeneracional al final del proyecto.

14. PRESUPUESTO

La viabilidad financiera del proyecto se fundamenta en la optimización de los recursos públicos preexistentes en el ámbito comunitario. Dentro de los costes de personal, los profesionales implicados desarrollarán sus funciones dentro de su jornada laboral ordinaria, por lo que este bloque no genera costes adicionales para el sistema público, incluyendo 40 horas de dedicación autofinanciada por la investigadora principal. Respecto a los costes de bienes corrientes y servicios, se presupuestan 120 € para material de oficina e impresión de los cuestionarios y 180 € para los materiales fungibles y artísticos de los talleres, estos datos económicos constituyen un presupuesto estimado y aproximado. En cuanto al equipamiento tecnológico y licencias de software, los dispositivos para el taller de alfabetización digital y los espacios físicos serán cedidos a coste cero por el instituto y el centro de salud, mientras que las licencias de los programas analíticos IBM SPSS Statistics y ATLAS.ti están cubiertas por la suscripción institucional corporativa de la UMH. Por todo ello, el presupuesto total de ejecución directa del proyecto se cifra en un pago único de 300 €, una cantidad asumible a través de las partidas de promoción de la salud de la gerencia de AP.

15. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030): Plan de acción [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 1 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
2. Fernández Mejuto D, Agudo Prado S. La intergeneracionalidad como antídoto a la soledad no deseada de las personas mayores en Asturias: una investigación cuantitativa. Más Calidad [Internet]. 2024 [citado 1 Abr 2026]; (29): 78-100. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9295853>
3. Soto Salcedo A, Mosquera Osorio S. Aislamiento social y funciones ejecutivas en adultos: una revisión sistemática. Rev Eugenio Espejo [Internet]. 2024 [citado 1 Abr 2026]; 18(1):98-109. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572876500012/> doi:10.37135/ee.04.19.01
4. Simionato J, de Hassan V, Archibald D. Circumstances that promote social connectedness in older adults participating in intergenerational programmes with adolescents: a realist review. BMJ Open [Internet]. 2023 [citado 1 Abr 2026]; 13(10):e069765. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37848294/> doi:10.1136/bmjopen-2022-069765
5. Sánchez-Moreno E, Gallardo Peralta LP, Rodríguez-Rodríguez V, de Gea Grela P, García Aguña S. Unravelling the complexity of the relationship between social support sources and loneliness: A mixed-methods study with older adults. PLoS One [Internet]. 2025 [citado 1 Abr 2026]; 20(1):e0316751. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0316751> doi:10.1371/journal.pone.0316751
6. Flórez Serrano J, Sollima ML. Cultivando cercanía. La importancia de crear lazos "entre" y "con" las personas mayores. Humanismo y Trabajo Social [Internet]. 2025 [citado 1 Abr 2026]; (24):163-177. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10573948>
7. Doherty FC, De Fries C, Rao S. "We're Really Not so Different." Intergenerational Connection for Community Well-Being in a Changing Climate. Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2025 [citado 1 Abr 2026]; 47(2):167-180. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840.2025.2596952>

8. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el edadismo [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado 1 Abr 2026]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
9. Domènech-Abella J, Díaz-Cofine S, Rubio-Valera M, Aznar-Lou I. Evaluación pre-post de un programa intergeneracional para mejorar el bienestar en personas mayores y los estereotipos edadistas en alumnos de primaria y secundaria: proyecto CRENCO. Rev Esp Geriatria Gerontol [Internet]. 2022 [citado 1 Abr 2026]; 57(3):161-167. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8524036>
10. Curihual Aburto P. Encuentros Intergeneracionales entre Personas Adolescentes y Personas Mayores como acción participativa hacia una sociedad sin edadismo. Rev Chil Fonoaudiol [Internet]. 2022 [citado 1 Abr 2026]; 21(2):1-16. Disponible en: <https://revfono.uchile.cl/index.php/RCDF/article/view/68920>
doi.org/10.5354/0719-4692.2022.68920
11. Mostafa N, Harfoush MS, Atta MHR, Fouad RA, El Garhy SM. The impact of a student-led intergenerational support program on life satisfaction, loneliness, and psychological well-being of institutionalized older adults. Geriatr Nurs [Internet]. 2025 [citado 1 Abr 2026]; 62:157-167. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39904066/> doi:10.1016/j.gerinurse.2025.01.018
12. Campos Rueda C, López López R, Sánchez Martínez M, García de Diego MJ, Montero García I. Quién y cómo nos cuidará mañana: ¿una escuela de cuidados intergeneracionales? Paraninfo Digital [Internet]. 2024 [citado 1 Abr 2026]; 18(38):e3801c. Disponible en:
<https://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/6610/e3801c>
13. Ramón Rizo J. Acompañando a la Soledad. Estudio Cuantitativo. Rev ROL Enferm [Internet]. 2021 [citado 1 Abr 2026]; 44(6):43-51. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7983938>

14. Gutiérrez Manzanedo RA, Retuerto Gutiérrez M, Abril Pascual R, Santamaría Cantera N, Pérez Alfaro M, Angulo Hernando S. Proyecto educativo “Construyendo puentes generacionales: aprendiendo del ayer, cuidando el mañana”. *Paraninfo Digital* [Internet]. 2025 [citado 1 Abr 2026]; (41):e41030o. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e41030o>
15. Rueda-San Pedro S. Prevención de conductas edadistas: un paso hacia el envejecimiento saludable. *Nuberos Científica* [Internet]. 2024 [citado 1 Abr 2026]; 7(40):37-43. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/nc/article/view/7403743nc>
16. Pedroso-Chaparro MS, Márquez-González M, Fernandes-Pires JA, Gallego-Alberto L, Jiménez-Gonzalo L, Nuevo R, Losada A. Validation of the Spanish version of the Three-Item Loneliness Scale. *Studies in Psychology* [Internet]. 2022 [citado 12 May 2026]; 43(2):311-331. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02109395.2021.1989889>
doi:10.1080/02109395.2021.1989889
17. Castellví P, Forero CG, Codony M, Vilagut G, Brugulat P, Medina A, Gabilondo A, Mompart A, Colom J, Tresserras R, Ferrer M, Stewart-Brown S, Alonso J. The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Qual Life Res* [Internet]. 2014 [citado 12 May 2026]; 23(3):857-868. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-013-0513-7>
doi:10.1007/s11136-013-0513-7
18. Morales Gómez MC, Fuentealba Pérez S, Araya Galarce P, Rodríguez Yala G, Zúñiga Mamani C. Evaluación de las propiedades psicométricas de los cuestionarios de sentido de comunidad (Sense of Community Index 2) y de apego al lugar. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2021 [citado 12 May 2026]; 48(2):96-101. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8830289>
19. Rojas Andrade R, Cabello Cádiz P, Leiva Bahamondes L, Castillo N. Adaptación psicométrica de la Escala de Sentido de Comunidad (SCI-II) en escuelas públicas chilenas. *Acta Colomb Psicol* [Internet]. 2019 [citado 12 May 2026]; 22(1):273-284. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6910842>
doi:10.14718/ACP.2019.22.1.13

16. Anexos

ANEXO I. HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAS MAYORES

Título del proyecto: *Generando intergeneracionalidad en la comunidad: programa de prescripción social contra la soledad no deseada en Molina de Segura.*

Investigadora principal: Lourdes Ortega Martínez, enfermera de Atención Primaria.

Contacto a través de: lourdes.ortega@goumh.umh.es

Centro de salud: Centro de Salud de Molina de Segura / Universidad Miguel Hernández.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE:

¿Cuál es el propósito de este estudio? Le proponemos participar en un proyecto de investigación sanitaria promovido por el equipo de Enfermería del Centro de Salud. El objetivo del estudio es evaluar el impacto de un programa de actividades intergeneracionales en la salud, el bienestar emocional y el sentimiento de pertenencia a la comunidad de los ciudadanos de Molina de Segura.

¿En qué consiste su participación?

Si acepta formar parte del estudio, se integrará en el programa "Generando intergeneracionalidad en la comunidad". Su participación requerirá:

- Asistencia a las sesiones: Participará en un ciclo de 8 talleres consecutivos (una sesión semanal de 90 minutos de duración) celebrados en el centro educativo de la localidad. Las actividades se realizarán cooperativamente mediante un sistema de parejas fijas formadas por una persona mayor y un estudiante adolescente.
- Contenido de los talleres: Se desarrollarán dinámicas conjuntas que incluyen la deconstrucción de estereotipos sociales, talleres de alfabetización digital y uso de aplicaciones móviles, recuperación de la memoria histórica local, paseos saludables por el barrio y el codiseño de un mural comunitario.
- Evaluaciones de salud: Cumplimentará un cuestionario de salud en tres momentos específicos: antes del inicio del programa, al finalizar las 8 semanas de talleres y a los 6 meses del cierre de la intervención. En caso de necesidad, las preguntas serán leídas y cumplimentadas directamente por la investigadora principal.

- Fase cualitativa final: Tras concluir las sesiones, podrá ser invitado a participar en una sesión de debate grupal (grupo focal) de carácter confidencial para analizar de forma conjunta la experiencia y los vínculos establecidos.

Voluntariedad y confidencialidad:

Su participación es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto afecte lo más mínimo a su atención médica o de enfermería en el Centro de Salud.

Todos sus datos personales e identidad serán completamente confidenciales y anónimos conforme a la ley vigente de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018). Sus respuestas se guardarán bajo un código de números y letras, y las grabaciones de voz de las charlas se destruirán de forma permanente en cuanto se escriban en papel de forma anónima.

Ausencia de riesgos y desistimiento:

Su participación en el Proyecto Generando Intergeneracionalidad no conlleva ningún riesgo físico ni efectos secundarios para su salud. Las actividades consisten en talleres comunitarios de convivencia diseñados en un entorno seguro y respetuoso. No obstante, si experimentase alguna incomodidad emocional durante las dinámicas o cuestionarios, tiene derecho a no responder o a retirarse de la actividad.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Don/Doña (Nombre y Apellidos del participante):

MANIFIESTO QUE:

- ☐ He leído la hoja de información que se me ha entregado y se me han explicado los objetivos y características del estudio.
- ☐ He podido hacer preguntas sobre el proyecto y todas mis dudas han sido resueltas por el equipo de investigación.
- ☐ Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando lo desee, sin justificación y sin consecuencias en mi atención sanitaria.
- ☐ Acepto que las charlas finales sean grabadas en audio exclusivamente para fines científicos y de forma completamente anónima.

Y DOY MI CONSENTIMIENTO para participar en este proyecto de investigación.

En Molina de Segura, a _____ de _____ de 2026.

Firma del Participante:

Firma de la Investigadora:



ANEXO II. HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES/MADRES O TUTORES LEGALES (MENORES DE EDAD)

Título del proyecto: *Generando intergeneracionalidad en la comunidad: programa de prescripción social contra la soledad no deseada en Molina de Segura.*

Investigadora principal: Lourdes Ortega Martínez, enfermera de Atención Primaria.

Contacto a través de: lourdes.ortega@goumh.umh.es

Centros implicados: Centro de Salud de Molina de Segura / Instituto / Universidad Miguel Hernández.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PROGENITOR / TUTOR LEGAL

Estimados padres, madres o tutores legales:

Nos dirigimos a ustedes para solicitar su autorización para la participación de su hijo/a en un proyecto de investigación sanitaria y comunitaria promovido por el equipo de Enfermería del Centro de Salud en colaboración con el centro educativo. El estudio tiene como objetivo evaluar el impacto de un programa de actividades intergeneracionales en el bienestar emocional, la deconstrucción de estereotipos sociales y el sentido de comunidad en los adolescentes del municipio.

¿En qué consistirá la participación de su hijo/a?

Si autorizan su participación, el alumno/a se integrará en el programa "Generando intergeneracionalidad en la comunidad". Dicha participación se desarrollará íntegramente en las instalaciones del instituto y requerirá:

- Asistencia a las sesiones: Participación en un ciclo de 8 talleres consecutivos (una sesión semanal de 90 minutos de duración, coordinada con el equipo docente). Las actividades se estructurarán mediante un sistema de parejas fijas de trabajo compuestas por un estudiante y una persona mayor de la comunidad.
- Contenido de los talleres: Talleres cooperativos basados en el aprendizaje recíproco: deconstrucción de estereotipos edadistas, alfabetización digital básica dirigida por los jóvenes hacia los mayores, recuperación de la memoria histórica local, paseos saludables de mapeo de activos del barrio y el diseño conjunto de un mural artístico.
- Evaluaciones cuantitativas: Cumplimentación de un cuestionario anónimo autoadministrado sobre bienestar emocional y sentido de comunidad en tres momentos: antes de iniciar el programa, al finalizar las 8 semanas y a los 6 meses de su conclusión.

- Fase cualitativa: Tras las sesiones, el alumno/a podrá ser invitado a un grupo de discusión (grupo focal) para evaluar la experiencia interactiva, cuyas sesiones serán grabadas en audio para su posterior análisis científico de forma completamente anónima.

Voluntariedad y confidencialidad:

La participación de su hijo/a es estrictamente voluntaria. Pueden revocar esta autorización en cualquier momento sin que ello suponga penalización alguna en el ámbito académico o sanitario.

Los datos recogidos estarán protegidos conforme al Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD). Toda la información se tratará de forma codificada (mediante códigos alfanuméricos), impidiendo la identificación directa del menor. Los archivos de audio de los grupos focales se destruirán permanentemente tras su transcripción literal y anonimización.

Ausencia de riesgos y derecho de desistimiento:

La participación de su hijo/a en el Proyecto Generando Intergeneracionalidad no conlleva ningún riesgo físico ni efectos secundarios para su salud, tratándose de talleres comunitarios y educativos en un entorno seguro. No obstante, si el menor experimentase alguna incomodidad emocional durante las dinámicas o cuestionarios, tiene derecho a no responder o a retirarse.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROGENITORES/TUTORES

Don/Doña (Nombre y Apellidos del padre, madre o tutor):
_____ En

calidad de (marcar opción):

☐ Padre

☐ Madre

☐ Tutor/a legal del menor (Nombre y Apellidos del alumno/a):

MANIFIESTO QUE:

- ☐ He leído la hoja de información y he comprendido los objetivos, el procedimiento y la confidencialidad del proyecto.

- ☐ He podido formular preguntas y resolver mis dudas con el equipo de investigación.
- ☐ Comprendo que la participación del menor es voluntaria y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.
- ☐ Autorizo la grabación en audio de las sesiones cualitativas finales, con fines estrictamente de análisis científico y anónimo.

Y DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo/a participe en este proyecto de investigación.

En Molina de Segura, a _____ de _____ de 2026.

Firma del Padre/Madre/Tutor legal:

Firma de la Investigadora:



ANEXO III. DOCUMENTO DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES (14-16 AÑOS)

Título del proyecto: Generando intergeneracionalidad en la comunidad: programa de prescripción social contra la soledad no deseada en Molina de Segura.

Investigadora principal: Lourdes Ortega Martínez, enfermera de Atención Primaria.
Contacto a través de: lourdes.ortega@goumh.umh.es

Centros implicados: Centro de Salud de Molina de Segura / Instituto / Universidad Miguel Hernández.

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL ALUMNO/A

¡Hola! Te proponemos participar en un proyecto de investigación de salud comunitaria organizado por el equipo de Enfermería en colaboración con tu instituto. El objetivo del estudio es evaluar cómo influyen las actividades compartidas entre diferentes generaciones en el bienestar emocional, la opinión que tenemos sobre los demás y el sentido de compañerismo en el municipio.

¿En qué consistirá tu participación?

Si decides participar de forma voluntaria, te incorporarás al programa "Generando intergeneracionalidad en la comunidad". Las actividades se realizarán en tu instituto y consistirán en:

- Talleres semanales: Asistirás a 8 talleres (una sesión a la semana de 90 minutos). En ellos trabajarás en una pareja fija (díada) junto a una persona mayor del municipio que participa en el programa.
- Actividades de los talleres: Realizaréis tareas en equipo basadas en el aprendizaje mutuo. Tú ayudarás a tu pareja mayor con la tecnología y el uso de aplicaciones móviles de salud, y ella te guiará en la recuperación de la historia local. También haréis paseos saludables por el barrio y diseñaréis juntos un mural artístico.
- Cuestionarios de bienestar: Rellenarás un cuestionario anónimo en tres momentos: antes de empezar los talleres, justo al acabar las 8 semanas y pasados 6 meses desde el final del proyecto.
- Grupo de opinión: Al terminar, es posible que te invitemos a un grupo de debate (grupo focal) con otros compañeros para que nos cuentes tu experiencia real. Esta charla se grabará en audio para poder analizar las respuestas de forma totalmente anónima.

Tu decisión es voluntaria y confidencial:

Participar es completamente voluntario. Puedes decir que no, o cambiar de opinión y dejar el programa en cualquier momento, sin que esto afecte a tus notas ni a tus clases en el instituto.

Nadie sabrá cuáles han sido tus respuestas en los cuestionarios ni lo que digas en las charlas, ya que todo se guardará de forma secreta mediante un código de números y letras. Las grabaciones de voz se borrarán para siempre en cuanto se escriban en papel de forma anónima.

Riesgos y tu derecho a decidir:

Participar en los talleres del Proyecto Generando Intergeneracionalidad no tiene ningún peligro para ti ni para tu salud. Son actividades de convivencia seguras y respetuosas. Aun así, si en algún momento te sientes incómodo con alguna pregunta o dinámica, tienes todo el derecho a no contestar o a dejar de participar.

DOCUMENTO DE ASENTIMIENTO

Yo _____ (Nombre y Apellidos del alumno/a):

Tengo _____ años de edad.

DECLARO QUE:

- ☐ He leído esta hoja de información (o me la han explicado claramente) y entiendo de qué trata el proyecto.
- ☐ He podido hacer preguntas sobre los talleres y han aclarado todas mis dudas.
- ☐ Sé que mis padres o tutores han dado su permiso para que participe, pero que la decisión final de formar parte del proyecto es mía.
- ☐ Comprendo que puedo retirarme de los talleres cuando quiera sin que pase nada en el instituto.
- ☐ Acepto que la charla final sea grabada en audio con fines exclusivamente científicos y anónimos.

Y ACEPTO participar voluntariamente en este proyecto de investigación.

En Molina de Segura, a _____ de _____ de 2026.

Firma del Alumno/a:

Firma de la Investigadora:

ANEXO IV. DOSSIER DE EVALUACIÓN DEL PARTICIPANTE

Estimado/a participante:

Agradecemos sinceramente su tiempo y colaboración al cumplimentar este dossier. Su participación es una pieza fundamental para nuestra investigación sobre el impacto de los programas intergeneracionales en la salud comunitaria de Molina de Segura.

Le solicitamos que responda a las preguntas con total honestidad y sinceridad. Le recordamos que este cuestionario no es un examen: no existen respuestas correctas ni incorrectas, todas las opiniones son igualmente válidas y lo que realmente nos importa es lo que usted sienta y perciba.

Toda la información que nos proporcione será tratada de forma completamente anónima y confidencial, utilizando un código numérico que impide su identificación directa, conforme a las normativas vigentes de protección de datos personales. Su participación es estrictamente voluntaria y puede interrumpir la cumplimentación en cualquier momento si así lo desea.

Muchas gracias por ayudarnos a evaluar y mejorar esta iniciativa comunitaria.

Código de identificación: _____

SECCIÓN A. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y DE BASE

(Esta sección SOLO se cumplimenta una vez, antes del inicio de los talleres).

Fecha: ____ / ____ / 2026

Grupo:

- ☐ Grupo Intervención (GI)
☐ Grupo Control (GC)

Edad (en años cumplidos): _____ años.

Sexo:

- ☐ Hombre
☐ Mujer

Nivel educativo máximo alcanzado o en curso:

- ☐ Sin estudios / Estudios primarios incompletos

- ☐ Educación Primaria / Antigua EGB
- ☐ Educación Secundaria Obligatoria (ESO) (**Población adolescente**)
- ☐ Bachillerato / Formación Profesional (FP)
- ☐ Estudios universitarios (Grado, Diplomatura, Licenciatura o Postgrado)

Situación de convivencia habitual:

- ☐ Vive solo/a
- ☐ Vive en pareja (cónyuge o compañero/a)
- ☐ Convivencia familiar (con padres, hijos u otros familiares)
- ☐ Otra situación (compañeros de piso, vivienda tutelada, etc.)

Uso previo de recursos comunitarios: Antes del inicio de este programa, ¿asistía o utilizaba de forma regular recursos, talleres o actividades organizadas en el municipio?

- ☐ Sí, de forma habitual (una o más veces por semana)
- ☐ Sí, de forma esporádica (algunas veces al mes o al año)
- ☐ No, nunca los utilizo

Percepción subjetiva del estado de salud actual (Escala Analógica Visual): En una escala del 0 al 10, donde 0 es "el peor estado de salud" y 10 es "el mejor estado de salud", marque con una (X) cómo valora su salud en el día de hoy:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SECCIÓN B. MEDICIÓN DE LA SOLEDAD NO DESEADA (ESCALA TIL)

(Sección exclusiva para la población de personas mayores. Se cumplimenta antes de la intervención, tras su finalización y a los 6 meses de seguimiento).

A continuación, le presentamos tres preguntas breves sobre su día a día. Por favor, marque la opción que mejor describa cómo se ha sentido con respecto a su entorno y su compañía en los últimos meses.

1= Casi nunca	2 = Algunas veces	3 = Con frecuencia
---------------	-------------------	--------------------

	1	2	3
1. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?			
2. ¿Con qué frecuencia se siente excluido/a?			
3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado/a?			

SECCIÓN C. MEDICIÓN DEL BIENESTAR EMOCIONAL (ESCALA WEMWBS)

(Sección exclusiva para la población de adolescentes. Se cumplimenta antes de la intervención, tras su finalización y a los 6 meses de seguimiento).

Las siguientes frases describen diferentes sentimientos y experiencias cotidianas. Por favor, marca la casilla que mejor indique cómo te has sentido y qué tan a gusto has estado contigo mismo/a durante las últimas dos semanas.

1= Nunca	2 = Raramente	3 = Algunas veces	4 = Con frecuencia	5 = Siempre
----------	---------------	-------------------	--------------------	-------------

	1	2	3	4	5
1. Me he sentido optimista con relación al futuro					
2. Me he sentido útil					
3. Me he sentido aliviado					
4. Me he sentido interesado por las demás personas					
5. He tenido suficiente energía					
6. He resuelto bien los problemas					
7. He estado pensando con claridad					
8. Me he sentido bien conmigo mismo					
9. Me he sentido cercano a las demás personas					
10. Me he sentido con confianza en mí mismo					
11. He sido capaz de tomar mis propias decisiones con respecto a las cosas que me suceden					
12. Me he sentido querido					
13. He estado interesado en cosas nuevas					
14. Me he sentido alegre					

SECCIÓN D. MEDICIÓN DEL SENTIDO DE PERTENENCIA (ESCALA ICI-II)

(Sección común para ambos grupos de población. Se cumplimenta antes de la intervención, tras su finalización y a los 6 meses de seguimiento)

Las siguientes afirmaciones evalúan su percepción respecto a las relaciones, la convivencia y su vinculación con el barrio y el municipio de Molina de Segura. Por favor, marque el grado de acuerdo o desacuerdo que mejor represente lo que siente hacia su comunidad.

1= Para nada	2 = Un poco	3 = Mucho	4 = Totalmente
--------------	-------------	-----------	----------------

	1	2	3	4
1. Mi comunidad me ayuda a satisfacer mis necesidades importantes				
2. Los miembros de la comunidad y yo valoramos las mismas cosas				
3. Esta comunidad ha sido exitosa en satisfacer las necesidades de sus miembros				
4. Ser miembro de esta comunidad me hace sentir bien				
5. Cuando tengo un problema, puedo hablarlo con los miembros de esta comunidad				
6. Las personas que pertenecen a esta comunidad tienen necesidades, prioridades y metas similares				
7. Puedo confiar en las personas de esta comunidad				
8. Puedo reconocer a la mayoría de los miembros de esta comunidad				
9. La mayoría de los miembros de la comunidad me conocen				
10. Las personas que formamos parte de esta comunidad tenemos nuestra propia manera de comportarnos, de vestir, de hablar y de arreglar nuestras casas				
11. Le dedico mucho tiempo y esfuerzo al desarrollo de esta comunidad				
12. Me identifico con esta comunidad y forma parte de lo que soy y quien soy				
13. Lo que pasa en esta comunidad tiene impacto en otras comunidades				
14. Me importa lo que otros miembros de la comunidad piensen sobre mí				
15. Para mí es importante saber y sentir que lo que hago le importa a los demás miembros de la comunidad				
16. Siento que influyo en las acciones de mi comunidad				
17. Si hay un problema en esta comunidad, los miembros lo pueden resolver				
18. Esta comunidad tiene buenos líderes				
19. Es muy importante para mí ser parte de esta comunidad				
20. Disfruto el tiempo que comparto con los miembros de la comunidad				

21. Espero ser parte de esta comunidad por mucho tiempo				
22. Los miembros de esta comunidad hemos compartido eventos importantes, tales como días de fiesta, celebraciones y/o desastres				
23. Siento esperanza sobre el futuro de esta comunidad				
24. Los miembros de esta comunidad se preocupan los unos por los otros				



ANEXO V. GUIÓN DE DISCUSIÓN PARA GRUPOS FOCALES

Duración estimada: 60-90 minutos por sesión.

Registro: Grabación en audio digital y notas de campo por observador externo.

GRUPO FOCAL 1: PERSONAS MAYORES (Exploración del impacto y edadismo)

- Para comenzar, ¿cómo describirían de forma general su experiencia en estos talleres junto a los jóvenes?
- Dimensión 1: Cambio de percepción y deconstrucción del estereotipo adolescente:
 - ¿Qué pensaban de los adolescentes de hoy en día antes de empezar el programa?
 - ¿Ha cambiado de alguna manera esa opinión tras compartir estas 8 semanas con ellos? ¿En qué aspectos?
- Dimensión 2: Sentimiento de utilidad y autopercepción:
 - ¿Cómo se han sentido en los talleres de memoria histórica al transmitir sus vivencias a los jóvenes?
 - ¿Qué supuso para ustedes que los adolescentes les enseñaran a utilizar las aplicaciones móviles y de salud? ¿Se sienten más independientes?
- Dimensión 3: Vínculos emocionales y soledad:
 - ¿Cómo describirían la relación que han entablado con su pareja asignada (díada)?
 - ¿Han sentido algún cambio en su rutina o en su sentimiento de compañía desde que comenzó el programa?

GRUPO FOCAL 2: ADOLESCENTES (Exploración del bienestar y edadismo)

- A modo de introducción, ¿qué es lo primero que os viene a la cabeza al recordar vuestra participación en los talleres con los mayores?
- Dimensión 1: Cambio de percepción y deconstrucción del edadismo:
 - ¿Qué prejuicios o ideas teníais sobre las personas mayores de Molina de Segura antes de este proyecto?
 - ¿De qué os habéis dado cuenta al convivir y trabajar en pareja con ellos? ¿Ha cambiado vuestra forma de ver el envejecimiento?
- Dimensión 2: Bienestar emocional y propósito:

- ¿Cómo os hacía sentir el rol de ayudarlos y guiarlos en el manejo de los teléfonos y la alfabetización digital?
- ¿Qué os han aportado las historias y la experiencia de vida que compartieron vuestras parejas mayores?
- Dimensión 3: Vínculos relacionales:
 - ¿Cómo ha sido la comunicación y la confianza dentro de vuestra diada? ¿Qué significó el intercambio de objetos en el ritual de clausura?

GRUPO FOCAL 3: GRUPO MIXTO (Análisis relacional y sentido de comunidad)

- Dimensión 1: Interacción y dinámica relacional:
 - ¿Cómo fue el proceso de ponerse de acuerdo en parejas para diseñar y pintar juntos vuestra sección del mural comunitario?
 - ¿Qué diferencias o similitudes descubristeis entre ambas generaciones mientras trabajabais en el proyecto común?
- Dimensión 2: Sentido de comunidad y arraigo:
 - Durante el paseo saludable por el barrio para identificar los activos y recursos del municipio, ¿qué aprendisteis los unos de los otros sobre el entorno en el que vivís?
 - ¿Creéis que este programa ayuda a que Molina de Segura sea un lugar más unido, inclusivo y con mejores redes de apoyo? ¿Por qué?

Fase de cierre (común para todos los grupos):

- Para terminar, si tuvieran que resumir esta experiencia en una sola palabra o frase, ¿cuál sería? ¿Hay algo más que consideren importante añadir sobre lo vivido?