



FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: "EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE PRESCRIPCIÓN SOCIAL SOBRE LA SOLEDAD NO DESEADA Y LA HIPERFRECIENTACIÓN EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA"

Alumno: Navarro Cánovas, Paula.

Tutor: Pérez Jover, María Virtudes.

**Máster Universitario de Investigación en Atención
Primaria Curso: 2025-2026**

RESUMEN

La soledad no deseada constituye un reto sanitario de primer orden debido a su impacto en la morbilidad y en la hiperfrecuentación de los servicios de salud. El presente proyecto plantea un estudio cuasiexperimental de diseño antes-después con el objetivo de evaluar la efectividad de un programa de prescripción social en personas mayores de 65 años adscritas a un centro de salud de la Región de Murcia. A través de una muestra de 48 participantes con indicadores de aislamiento e hiperfrecuentación (≥ 7 consultas anuales), se desarrollará una intervención de seis meses de duración, basada en la derivación activa a recursos comunitarios mediante la "receta social" y el seguimiento proactivo por parte de enfermería comunitaria. Se analizarán variables como la soledad (UCLA-3), el apoyo social percibido (Duke-UNC-11) y el registro objetivo de consultas en la historia clínica electrónica, integrando la perspectiva de género en el análisis estadístico. Los resultados esperados buscan explorar un modelo de intervención enfermera que reduzca la carga asistencial y mejore la calidad de vida de los pacientes, ofreciendo una estrategia comunitaria eficiente y reproducible en el ámbito de la atención primaria.

PALABRAS CLAVE: Anciano; Soledad; Atención Primaria de Salud; Prescripción Social; Enfermería de Salud Comunitaria; Factores de Género.

ABSTRACT

Unwanted loneliness has become a major health challenge due to its impact on morbidity, mortality, and the over-utilization of healthcare services. This project proposes a quasi-experimental, pre-post study aimed at evaluating the effectiveness of a social prescribing program for individuals over 65 years of age at a primary care center in the Region of Murcia. Using a sample of 48 participants with indicators of social isolation and high frequency of service use (≥ 7 annual consultations), a six-month intervention will be implemented. This intervention is based on active referral to community resources through a "social prescription" and proactive follow-up by community nurses. Key

variables to be analyzed include loneliness (UCLA-3), perceived social support (Duke-UNC-11), and objective consultation records from electronic health records, incorporating a gender perspective into the statistical analysis. The expected results aim to validate a nursing intervention model that reduces the clinical workload and improves patients' quality of life, offering an efficient and reproducible community strategy within the Primary Care setting.

KEYWORDS: Aged; Loneliness; Primary Health Care; Social Prescribing; Community Health Nursing; Gender Factors



ÍNDICE

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	5
2. PREGUNTA EN FORMATO PICO	5
3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	5
4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	8
5. HIPÓTESIS.....	9
6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	9
7. METODOLOGÍA	10
7.1. DISEÑO DE ESTUDIO.....	10
7.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.	10
7.3. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	11
7.4. MÉTODO DE MUESTREO	11
7.5. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS	12
7.6. VARIABLES	12
7.7. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	14
7.8. DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO.	16
7.9. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	17
8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS	18
9. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	19
10. LIMITACIONES Y SEGSOS.....	19
11. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.	20
12. CALENDARIO Y CRONOGRAMA	21
13. PERSONAL PARTICIPANTE.....	22
14. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN.....	23
15. PRESUPUESTO.	23
16. BIBLIOGRAFIA.....	25
17. ANEXOS	27

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la efectividad de un programa de prescripción social en atención primaria para reducir la soledad no deseada y la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios en personas mayores de 65 años, considerando las diferencias de género?

2. PREGUNTA EN FORMATO PICO.

Población (P): Personas mayores de 65 años.

Intervención (I): Programa de prescripción social.

Comparación(C): Atención habitual.

Resultados (R): Reducción de la soledad no deseada y de la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

La soledad no deseada se define como *“la experiencia personal negativa en la que un individuo tiene la necesidad de comunicarse con otros y percibe carencias en sus relaciones sociales, bien sea porque tiene menos relación de la que le gustaría o porque las relaciones que tiene no le ofrecen el apoyo emocional que desea”* (1).

Desde un punto de vista teórico, este fenómeno se basa en el Modelo de Discrepancia Cognitiva de Peplau y Perlman (1979), quienes plantean que la soledad no debe entenderse como una situación objetiva de aislamiento, sino como una respuesta emocional derivada de la discrepancia entre las relaciones sociales que los individuos poseen, y las que desearían tener. En las personas mayores, esta diferencia se acentúa por acontecimientos vitales como la viudedad, la jubilación o el denominado “nido vacío” (2).

En España, esta realidad afecta al 20% de la población, con una incidencia ligeramente superior en mujeres (21.8%) frente a hombres (18%) (1). Este

fenómeno se relaciona con el envejecimiento demográfico y el aumento de hogares unipersonales, que en la Región de Murcia ya representan el 24% del total y continúa en crecimiento (3).

La evidencia científica actual sitúa la soledad como un determinante de la salud con un impacto clínico significativo (4). Su influencia es bidireccional, ya que puede actuar como factor desencadenante de problemas de salud y, al mismo tiempo, contribuir al empeoramiento de patologías previas (5) (6).

Asimismo, la soledad no deseada se asocia a efectos negativos tanto a nivel físico como emocional en personas mayores. Diversos estudios han mostrado su relación con la aparición o el agravamiento de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, la diabetes, las cerebrovasculares, así como, problemas de salud mental como la ansiedad y la depresión. Además, se relaciona con el deterioro cognitivo, la discapacidad, la ideación suicida o el aumento de la mortalidad (4) (7) (8).

Por otra parte, la soledad erosiona la autopercepción de salud del paciente reduciendo drásticamente la adherencia terapéutica (4).

Más allá del impacto clínico, la soledad no deseada supone un coste económico significativo para el sistema sanitario y la economía global. Las personas que la experimentan, representan una tasa de acceso a los servicios sanitarios de 1.3 a 1.8 veces mayor (4). En España, se estima que la soledad no deseada representa unos costes sanitarios anuales de 6.101 millones de euros, 5.605 millones de euros derivados de la frecuentación de los servicios sanitarios, mientras que el consumo de medicamentos, supone un gasto de 495 millones de euros, lo que representa el 0.51% del Producto Interior Bruto (1).

Estos costes aumentan cuando la soledad se asocia a trastornos depresivos, el empeoramiento de enfermedades crónicas o la necesidad de cuidados sociales, lo que refuerza su consideración como un problema de salud pública (1).

Además, se ha descrito un impacto diferencial según el género. La soledad se asocia a un mayor deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud física en mujeres, quienes presentan necesidades más complejas y un mayor número de visitas en atención primaria. Por el contrario, en hombres, esta relación no se observa de forma tan clara. Sin embargo, para ambos sexos, la coexistencia de enfermedades crónicas, trastornos cognitivos y soledad, conforman una gran parte de la carga asistencial (4).

En contraposición al modelo clínico tradicional, centrado en la enfermedad, surge el paradigma salutogénico de Antonovsky, que entiende la salud como un proceso dinámico que depende de la capacidad de los individuos para movilizar recursos internos y externos, que favorezcan su bienestar y su adaptación a la adversidad. En este marco, el modelo de activos para la salud promueve la identificación de recursos comunitarios capaces de mejorar la calidad de vida y fortalecer el sentido de coherencia (9).

En este contexto, surge la prescripción social como una intervención estructurada mediante la cual los profesionales de atención primaria derivan a los pacientes a recursos comunitarios no clínicos, para abordar determinantes sociales como la soledad y el aislamiento (10).

La evidencia disponible, procedente principalmente del Reino Unido, sugiere que la prescripción social, puede contribuir a reducir la soledad y el aislamiento, disminuir la vulnerabilidad y fortalecer las redes de apoyo, mejorando así el bienestar psicosocial de los pacientes (11).

Además del impacto a nivel individual, la literatura sugiere que la prescripción social podría contribuir a reducir la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios, tanto en atención primaria como en urgencias. Sin embargo, estos resultados no son concluyentes, ya que dependen del contexto de implementación, la población y el diseño de la intervención (12).

Por todo ello, resulta necesario seguir ampliando la evidencia en este ámbito y evaluar la efectividad de los programas de prescripción social en el contexto de atención primaria. Analizar su impacto sobre la soledad no deseada y la utilización de servicios sanitarios, así como incluir la perspectiva de género, permitirá avanzar en el diseño de intervenciones comunitarias más eficaces, equitativas e individualizadas.

4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

El actual contexto demográfico caracterizado por el envejecimiento de la población, el aumento de los hogares unipersonales y la elevada prevalencia de soledad no deseada supone un reto de sostenibilidad para los sistemas sanitarios y sociales, especialmente en el ámbito de la atención primaria (1-3).

La relevancia de este proyecto no reside únicamente en la magnitud del problema, sino también en las limitaciones de las respuestas institucionales actuales para abordarlo de forma eficaz. A pesar de los cambios demográficos, la práctica clínica habitual sigue anclada en el modelo biomédico tradicional, que no siempre permite dar respuesta a necesidades de carácter social, lo que puede derivar en intervenciones poco ajustadas a la realidad de estos pacientes (5).

En este contexto, la prescripción social surge como estrategia de mejora que pueden llevar a cabo las enfermeras desde primaria, orientada a vincular a las personas con recursos comunitarios, favoreciendo así la participación social y el bienestar emocional. Sin embargo, su implementación ha avanzado más rápido que la generación de evidencia que respalde su efectividad (12).

La literatura científica señala una importante heterogeneidad metodológica, así como un número limitado de estudios, lo que dificulta establecer conclusiones firmes sobre el impacto real de la prescripción social en resultados clínicos y asistenciales (12).

A este vacío de conocimiento, se suma la necesidad de integrar la perspectiva de género, dado que la vivencia de la soledad y el uso de los recursos sanitarios presentan patrones muy distintos entre hombres y mujeres (4). Por

tanto, resulta necesario evaluar la efectividad de un programa de prescripción social estructurado desde las consultas preventivas. Demostrar su utilidad no solo permitirá reducir la hiperfrecuentación y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, sino generar conocimiento científico sólido para planificar estrategias comunitarias verdaderamente sostenibles e individualizadas.

5. HIPÓTESIS.

- Hipótesis principal: La implementación de un programa de prescripción social en atención primaria contribuirá a reducir los niveles de soledad no deseada y la utilización de servicios sanitarios en personas mayores de 65 años.
- Hipótesis secundaria: La magnitud del efecto de la intervención sobre la soledad y la carga asistencial diferirá significativamente según el sexo de los participantes.

6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

Objetivo principal:

- Evaluar la efectividad de un programa de prescripción social en la reducción de la soledad no deseada y del uso de servicios sanitarios en personas mayores de 65 años, considerando posibles diferencias por género.

Objetivos específicos:

- Analizar de forma comparativa la efectividad del programa entre hombres y mujeres, identificando si existen patrones de respuesta diferenciales en función del género.
- Cuantificar la variación en la frecuencia de utilización de los servicios de salud (número de consultas presenciales de medicina de familia y enfermería) tras los seis meses de seguimiento.

7. METODOLOGÍA.

7.1. DISEÑO DE ESTUDIO.

Se plantea un estudio cuasiexperimental, de tipo longitudinal y prospectivo, con un diseño de intervención antes-después (pre-post) en un único grupo. Este diseño se selecciona por su viabilidad en el contexto de atención primaria y por su adecuación para evaluar cambios intraindividuo tras la implementación de una intervención comunitaria en condiciones reales de práctica clínica. Al carecer de grupo control, los resultados obtenidos se interpretarán en términos de asociación y no de causalidad estricta.

7.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población diana estará constituida por personas de 65 años o más, adscritas a un centro de salud de la Región de Murcia. Se incluirán aquellos pacientes que, tras una valoración inicial de enfermería, presenten sospecha de soledad no deseada mediante una única pregunta de cribado y una posterior confirmación a través de la versión abreviada de la escala UCLA-3.

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes de 65 años o más.
 - Pacientes no institucionalizados.
 - Pacientes que presenten sospecha de soledad no deseada en el cribado inicial en consulta, detectada mediante la pregunta « ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?» con una puntuación de 4 o 5 (alguna vez o a menudo/siempre).
 - Confirmación de soledad moderada o grave mediante una puntuación igual o superior a 6 en la escala UCLA-3, administrada tras el cribado positivo.
 - Pacientes que cumplan con el criterio de hiperfrecuentación asistencial, definido como la realización de 7 o más consultas en atención primaria (medicina de familia y/o enfermería) durante el último año (13).

- Criterios de exclusión:
 - Ausencia de consentimiento informado.
 - Pacientes con deterioro cognitivo moderado o avanzado. (Test de Pfeiffer >3) (Anexo 1).
 - Pacientes con enfermedad en fase terminal o una limitación física severa que impida la participación en actividades comunitarias.

7.3. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Para el cálculo del tamaño muestral se ha seleccionado como variable principal la puntuación de la escala de soledad UCLA-3, cuya puntuación oscila entre 3 y 9 puntos. Tomando como referencia estudios previos en población mayor, donde la media se sitúa en 4,3 puntos con una desviación estándar de 1,6 (14), se ha establecido como clínicamente relevante lograr una reducción mínima de 1 punto tras la intervención.

Asumiendo un riesgo alfa de 0,05 y una potencia estadística del 80% en un contraste bilateral para comparación de medias en muestras apareadas, y considerando una desviación estándar de las diferencias de 1,6, se estima un tamaño muestral mínimo de 41 sujetos.

Teniendo en cuenta una posible pérdida de participantes del 15% durante el seguimiento, el tamaño final de la muestra se incrementa hasta 48 participantes. Para el cálculo se ha utilizado el programa estadístico on-line GRANMO (15).

7.4. MÉTODO DE MUESTREO.

El método de muestreo utilizado en el proyecto será no probabilístico, por conveniencia de tipo consecutivo. La captación se realizará de forma proactiva directamente en las consultas de enfermería, invitando a participar a todos los pacientes que cumplan el perfil hasta alcanzar el tamaño muestral previsto.

7.5. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.

La recogida de datos será realizada por las enfermeras del centro de salud participante y se desarrollará en tres fases:

- Fase de cribado y reclutamiento: se identificarán posibles participantes mediante una valoración en la consulta de enfermería y la revisión de su historia clínica electrónica (OMI-AP). Aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión serán citados para recibir información detallada del estudio. En caso de aceptar participar, firmarán el consentimiento informado (Anexo 2), garantizándose en todo momento la confidencialidad de los datos.
- Fase de valoración basal: se registrarán las variables sociodemográficas y se administrarán las escalas UCLA-3 y Duke-UNC-11. Asimismo, se extraerá de la historia clínica el número total de consultas realizadas durante el año previo.
- Fase de seguimiento y evaluación final: durante los seis meses de intervención, se registrará la adherencia a las actividades comunitarias. Al finalizar, se citará al paciente para una entrevista final en la que se administrarán de nuevo los cuestionarios y se contabilizarán las consultas realizadas durante el periodo de estudio para su posterior análisis.

Todos los datos serán codificados y registrados en una base de datos anonimizada, garantizando su confidencialidad y su uso exclusivo con fines de investigación.

7.6. VARIABLES.

Las variables a estudio serán:

Variables independientes:

- Edad: variable socio-demográfica cuantitativa continua.

- Sexo: variable sociodemográfica categórica dicotómica (hombre/mujer).
- Estado civil: variable categórica (soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/a)
- Nivel de estudios: variable categórica (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios).
- Convivencia: variable categórica dicotómica (vive solo/vive acompañado).
- Adherencia a la intervención: variable cuantitativa discreta, medida como el número de actividades comunitarias a las que el paciente acude durante los seis meses de seguimiento.

Variables dependientes:

- Soledad no deseada: variable principal del estudio. Se medirá al inicio y a los seis meses mediante:
 - Escala UCLA-3 (Versión abreviada): instrumento validado de 3 ítems con escala tipo Likert. La puntuación oscila entre 3 y 9 puntos. Se considerará "soledad moderada" una puntuación de 6-8 y "soledad grave" una puntuación de 9.
 - Pregunta única de percepción: variable categórica ordinal basada en la pregunta "¿Con qué frecuencia se siente solo/a?", con escala Likert de 1 a 5 (de nunca a siempre).
- Hiperfrecuentación: variable principal de resultado clínico.
 - Número de consultas en Atención Primaria: variable cuantitativa discreta. Se contabilizará el número total de citas con medicina de familia y enfermería registradas en OMI-AP, comparando el año previo con el periodo de intervención.
- Apoyo social percibido: variable secundaria. Evaluado mediante cuestionario Duke-UNC-11. Una puntuación menor a 32 puntos indica un apoyo social bajo o insuficiente.
- Autopercepción de salud: variable categórica ordinal medida a través de la primera pregunta del cuestionario SF-36: "¿En general, diría usted que su salud es...?", con opciones desde excelente hasta mala.

7.7. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

Una vez seleccionados los participantes y firmado el consentimiento informado, se iniciará el programa de prescripción social, que tendrá una duración total de seis meses. La intervención estará liderada por la enfermera comunitaria de referencia que trabajará en coordinación con los recursos del entorno.

Se expone un cronograma de las actividades e intervenciones programadas para cada sesión en el Anexo 3.

El programa se estructura en las siguientes fases:

- Sesión 0. Fase Preparatoria: identificación y mapeo de activos.

Antes de iniciar la captación en las consultas, las enfermeras del centro de salud y la trabajadora social de la zona realizarán varias sesiones de trabajo conjunto. El objetivo es crear un catálogo actualizado de los recursos del barrio (asociaciones de vecinos, centros de mayores, talleres culturales o grupos de caminantes). Para asegurar el seguimiento, en esta fase se acordará un mecanismo de control de asistencia con la persona responsable de cada recurso. Por ejemplo, mediante una hoja de firmas o un "pasaporte de activos" (Anexo 4) que el paciente llevará consigo.

- Sesión 1. Acogida y escucha activa.

Se llevará a cabo en la consulta de enfermería, con una duración aproximada de 30-40 minutos. En este primer encuentro, la enfermera explorará los intereses, aficiones y habilidades del paciente, además de explicarle en qué consiste la intervención y qué beneficios tiene participar en la comunidad. Durante esta cita se administrarán las escalas de valoración basal (UCLA-3 y Duke-UNC-11).

- Sesión 2. El plan de activos.

Aproximadamente una semana después de la acogida, el paciente volverá a la consulta. Basándose en la información recogida, la enfermera le presentará las opciones comunitarias que mejor encajen en su perfil. Juntos consensuarán a qué actividad acudirá, y se le entregará la "receta social" (Anexo 5), que incluye

el horario, el lugar exacto y el nombre de la persona de contacto en la asociación.

Para objetivar la adherencia y evitar que el paciente afirme acudir sin hacerlo realmente, se le entregará también el “pasaporte de activos”. El responsable de la actividad en la entidad colaboradora firmará este documento tras cada asistencia, garantizando así la veracidad del registro. De este modo, al realizarse el seguimiento y evaluación final, se podrá comprobar de manera fiable la asistencia real, además de resolver posibles miedos o barreras que le impidan integrarse. El compromiso mínimo será acudir a la actividad elegida al menos dos veces por semana.

- Sesión 3. Encuentro grupal “Compartiendo Activos”.

Al alcanzar el tercer mes de la intervención, se realizará una sesión grupal en el salón de actos del propio centro de salud. Se agrupará a los participantes en pequeños grupos de 10-15 personas, moderados por la enfermera comunitaria.

Se llevará a cabo un “mapeo colectivo”, donde cada participante expondrá al resto su experiencia en el activo al que acude. El objetivo es que los pacientes descubran otros recursos del barrio, fomentando el apoyo mutuo y la creación de una red social propia.

- Sesión 4. Actividad comunitaria de refuerzo.

En el quinto mes del programa, se realizará una salida grupal fuera del ámbito clínico. Las enfermeras implicadas, acompañadas por algún miembro del equipo de atención primaria, junto con los grupos de participantes creados en la anterior sesión acudirán hasta un activo local cercano, por ejemplo, un paseo biosaludable en un parque cercano al centro de salud o una visita a un centro sociocultural. El desplazamiento se realizará a pie, fomentando así la movilidad activa. El objetivo de esta sesión, de unas dos horas de duración, es reforzar el sentimiento de pertenencia al grupo y observar la mejora en las habilidades de socialización antes del cierre.

- Sesión 5. Evaluación final.

Justo al finalizar el sexto mes de intervención, la enfermera comunitaria citará al paciente para una última consulta individual en el centro de salud, de unos 30 minutos. En este encuentro se recogerá el “pasaporte de activos” definitivo para contabilizar la asistencia total. Además, la enfermera volverá a administrar los cuestionarios UCLA-3 y Duke-UNC-11 para evaluar el impacto clínico, y registrará las consultas acumuladas en OMI-AP durante ese semestre para poder compararlas con las del año previo.

7.8. DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO.

El periodo de seguimiento de los participantes tendrá una duración total de seis meses desde la entrega de la receta social. Para garantizar el rigor metodológico del estudio, estandarizar la recogida de datos y minimizar la tasa de abandono, se establecen los siguientes mecanismos de control:

- Monitorización de la adherencia: para asegurar que todos los participantes reciben la misma intervención y evitar introducir sesgos, el seguimiento mensual se efectuará por vía telefónica. Se ha seleccionado esta modalidad con el fin de evitar desplazamientos innecesarios al centro de salud, impidiendo así que el seguimiento incremente de forma artificial la variable de hiperfrecuentación asistencial. Durante esta llamada, la enfermera valorará su grado de satisfacción y ayudará a resolver posibles barreras, miedos o dudas que dificulten su integración en la actividad.
- Registro de la hiperfrecuentación: se realizará un seguimiento de la carga asistencial a través de la historia clínica electrónica (OMI-AP) para contabilizar de forma objetiva el número total de consultas (tanto médicas como enfermeras) demandadas por cada participante a lo largo de los seis meses que dura la intervención.
- Evaluación de resultados: al cumplirse el sexto mes desde el inicio, se citará al paciente de forma presencial para una consulta individual de cierre. En esta entrevista final se recogerá el "pasaporte de activos" físico para el recuento definitivo de asistencias y se realizará la reevaluación con los mismos instrumentos administrados en la fase basal (UCLA-3 y Duke-UNC-11).

7.9. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los datos se procesarán mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 29.0 (16). En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Las variables cuantitativas se describirán mediante media y desviación estándar (o mediana y rango intercuartílico en caso de no seguir una distribución normal), mientras que las variables cualitativas se expresarán mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

A continuación, se llevará a cabo un análisis bivalente con el objetivo de evaluar los cambios producidos tras la intervención. Para comparar las variables cuantitativas medidas en dos momentos (antes y después), como la puntuación en la escala UCLA-3 o el cuestionario Duke-UNC-11, se comprobará previamente la normalidad de la distribución mediante la prueba de Shapiro-Wilk.

- En caso de distribución normal, se utilizará la prueba t de Student para muestras apareadas.
- En caso contrario, se empleará la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Para la variable hiperfrecuentación (número de consultas), al tratarse de una variable cuantitativa discreta medida en dos momentos (año previo vs periodo de intervención), se aplicará el mismo procedimiento en función de la normalidad de los datos.

Asimismo, se analizarán posibles diferencias según sexo mediante:

- t de Student para muestras independientes (o U de Mann-Whitney si no hay normalidad) para variables cuantitativas.
- Chi-cuadrado (o test exacto de Fisher) para variables cualitativas.

Con el fin de controlar el efecto de posibles variables de confusión (edad, convivencia, nivel educativo, adherencia a la intervención), se realizará un análisis multivariante mediante modelos de regresión:

- Regresión lineal para variables cuantitativas (como la variación en la puntuación de soledad).
- Regresión logística en caso de categorizar variables de resultado (por ejemplo, mejora vs no mejora en soledad).

El nivel de significación estadística se establecerá en $p < 0,05$, con intervalos de confianza del 95%.

8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.

La utilidad de los resultados derivados de este protocolo radica en su potencial para modificar la práctica clínica habitual en las consultas de Enfermería Familiar y Comunitaria, promoviendo un enfoque más proactivo, centrado en la comunidad y orientado a la prevención. La validación de un circuito de derivación hacia recursos comunitarios, permite a las enfermeras disponer de una herramienta estructurada que refuerza su rol como gestoras del bienestar comunitario y coordinadoras entre el centro de salud y el entorno social. Esta estandarización resulta clave para que la prescripción social se consolide como una intervención enfermera con rigor científico y no como una actividad aislada (17).

Entre los beneficios más relevantes se encuentra la posible reducción de la hiperfrecuentación asistencial. Si los resultados confirman la hipótesis, el programa podría favorecer una atención más eficiente, optimizar el tiempo clínico y reducir riesgos asociados a la medicalización de malestares de origen social, como la prescripción innecesaria de fármacos (8).

Asimismo, integrar la perspectiva de género otorga al estudio un valor estratégico en términos de equidad. Identificar si hombres y mujeres responden de forma distinta a los activos para la salud permitirá diseñar catálogos de prescripción social más diversificados y eficaces, evitando sesgos en la prestación de cuidados (4).

Finalmente, el protocolo propuesto puede ser transferible a otros centros de salud con contextos sociodemográficos similares, ofreciendo un modelo

evaluable y reproducible que pueda servir de referencia para futuras guías de práctica clínica dentro del Sistema Nacional de Salud.

9. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

Se plantea un estudio cuasiexperimental partiendo de una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la soledad no deseada, la prescripción social y la hiperfrecuentación asistencial en personas mayores de 65 años. Se han utilizado las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Library, CINAHL y CUIDEN.

Se consultaron los tesauros MeSH y DeCS, utilizando las siguientes palabras clave: *Aged, Older adults, Elderly person, Social Prescription, Health Assets, Community Health Services, Health Care, Community Health Nursing, Social support, Health Education, Loneliness, Social Isolation, Primary Health Care, Gender, Sex Factors y Gender differences*. Además, se han utilizado los operadores booleanos "AND" y "OR" para crear las ecuaciones de búsqueda y obtener artículos más concretos.

Para acotar la búsqueda bibliográfica y acceder a la evidencia más actual, se aplicaron filtros para artículos en español e inglés, publicados en los últimos diez años y preferiblemente de acceso gratuito; en caso de no tener acceso directo a ellos, se intentó su obtención a través de otras bases institucionales.

Finalmente, se han seleccionado las referencias que han estado más acordes con el objetivo y la temática tratada en este proyecto.

10. LIMITACIONES Y SESGOS.

El estudio presenta limitaciones propias del diseño comunitario. En primer lugar, el sesgo de selección derivado del muestreo por conveniencia, que podría incluir a pacientes más proactivos. Al carecer de grupo control, existe riesgo de confusión, por lo que los cambios observados podrían influirse por

factores externos. Para mitigar este efecto, se han contemplado variables sociodemográficas de confusión en el análisis estadístico.

Asimismo, existe riesgo de sesgo de información debido a la subjetividad de las escalas (UCLA-3 o Duke-UNC-11), y un posible efecto Hawthorne, por la conciencia de los sujetos de ser observados. Finalmente, para minimizar la pérdida de seguimiento durante los seis meses de intervención, se ha sobredimensionado la muestra un 15% y se realizarán refuerzos mensuales desde la consulta de enfermería.

11. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Para la realización de este proyecto, se solicitará la aprobación y el código de investigación responsable al Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández (COIR).

El estudio se llevará a cabo respetando los principios éticos del Informe Belmont, el código deontológico enfermero y la Declaración de Helsinki. Todos los participantes recibirán información detallada, tanto de forma verbal como por escrito, sobre los objetivos y procedimientos de la intervención, siendo imprescindible la firma del consentimiento informado (Anexo 2) para su inclusión.

Por último, se garantizará la absoluta confidencialidad y el anonimato de los datos recogidos, cumpliendo estrictamente con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

12. CALENDARIO Y CRONOGRAMA

TAREA	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Búsqueda bibliográfica												
Formulación pregunta PICO y establecimiento objetivos												
Redacción contenido de la intervención.												
Obtención de la aprobación del comité de Bioética												
Reunión con equipo del centro para exponer el proyecto de estudio												
Selección de profesionales y formación para el programa												
Selección y reclutamiento pacientes												
Consultas individuales para la recogida de datos inicial												
Realización intervención												
Recogida final y análisis de datos												
Publicación resultados y difusión												

13. PERSONAL PARTICIPANTE.

La ejecución de este programa estará liderada por el equipo de enfermería del centro de salud seleccionado en la Región de Murcia. Se contará con enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, no obstante, dada la progresiva implantación de la especialidad, la participación estará abierta a enfermeras generalistas que muestren interés en la salud comunitaria. Además, se fomentará la integración de profesionales en formación, como los residentes de enfermería y medicina de la especialidad Familiar y Comunitaria, para apoyar en la logística del proyecto. El equipo investigador estará compuesto por:

- Investigadora principal (enfermera): actuará como coordinadora general del proyecto, encargándose de la gestión de datos, el análisis estadístico y sirviendo de enlace entre el centro de salud y los recursos externos.
- Enfermeras colaboradoras (mínimo 4): responsables del reclutamiento en sus cupos, administración de escalas, entrega de receta social y seguimiento telefónico.
- Trabajador/a social: su papel será fundamental en la fase preparatoria para el diseño del mapa de activos y para asesorar en caso de vulnerabilidad socioeconómica.
- Agentes comunitarios: personal responsable de las asociaciones, centros de mayores y recursos del barrio, quienes se encargan de firmar el “pasaporte de activos” para registrar a asistencia objetiva.

Antes de comenzar, el equipo investigador recibirá una formación estandarizada sobre el manejo de las escalas psicométricas, el registro en historia clínica y el circuito de derivación.

14. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN.

La intervención se desarrollará combinando el ámbito clínico y el entorno comunitario. Instalaciones:

- Consultas de enfermería: serán utilizadas para garantizar privacidad durante la fase de acogida (sesión 1), la entrega del plan de activos (sesión 2) y la evaluación final (sesión 5).
- Salas grupales del centro de salud: en ellas se llevará a cabo la dinámica de "mapeo colectivo" correspondiente a la sesión 3.
- Espacios comunitarios: la parte central de la intervención transcurrirá fuera del centro de salud, en las instalaciones de los propios recursos del barrio (asociaciones vecinales, centros culturales, polideportivos, etc.). Asimismo, se utilizarán espacios públicos al aire libre para la realización de la salida grupal de refuerzo (sesión 4).

Instrumentación y recursos materiales:

- Recursos informáticos y de comunicación: ordenadores con acceso a la historia clínica electrónica (OMI-AP) para el registro de frecuentación y teléfonos corporativos para las llamadas de seguimiento.
- Material impreso: hojas de información, consentimientos informados, escalas de valoración (UCLA-3 y Duke-UNC-11), talonarios de recetas sociales y pasaportes de activos.

15. PRESUPUESTO.

El desarrollo del proyecto se sustentará en una combinación de recursos propios del sistema sanitario y financiación externa para partidas específicas de asesoría y difusión.

- Recursos humanos:

Las tareas de reclutamiento, intervención y seguimiento serán asumidas por el equipo de enfermería y el trabajador social del centro. Al realizarse dentro de la jornada asistencial y formar parte de las estrategias de salud local, no suponen un coste extra.

Sin embargo, para asegurar la calidad del estudio, se destinan 500 € a la contratación de un servicio externo de consultoría estadística. Este apoyo es fundamental para realizar la depuración de datos y la programación de los modelos de regresión en SPSS v.29.0, garantizando un análisis de resultados profesional y riguroso.

- Recursos materiales:

El centro de salud aporta la infraestructura necesaria (consultas y salas de reuniones). Por su parte, el presupuesto del proyecto incluye 150 € para material de oficina y papelería técnica, destinados a la impresión de los "pasaportes de activos" y los talonarios de "receta social" diseñados para la intervención.

Para la salida grupal de la sesión 4, se reserva un fondo de 100 €. Este dinero se utilizará exclusivamente para provisión de agua y piezas de fruta/refrigerio saludable de los participantes durante la actividad, asegurando que la experiencia sea confortable para las personas mayores.

- Difusión y transferencia de resultados:

- Congresos (1.100 €): Cubrirá la inscripción y gastos de asistencia al Congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), donde se presentará la comunicación con los resultados obtenidos.
- Publicación (1.750 €): Reservados para el pago de tasas de publicación en abierto (*Open Access*) en revistas como "Atención Primaria" o "Enfermería Clínica". Esto permite que cualquier profesional pueda consultar el estudio sin barreras de pago, cumpliendo con los estándares actuales de ciencia abierta.

El presupuesto total para la ejecución de este proyecto se estima en 3.600 €.

16. BIBLIOGRAFIA.

1. La soledad no deseada [Internet]. SoledadES. [citado el 2 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.soledades.es/la-soledad-no-deseada>.
2. Proyecto HERA: Herramienta para Evaluar, Reducir y Afrontar la Soledad en Personas Mayores [Internet]. Ugr.es. [citado el 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.ugr.es/~master/hum867/HERA.html>
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). *Operación estadística: Indicadores demográficos básicos* [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [citado 2024 Nov 12]. Disponible en: https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
4. Boehlen FH, Heider D, Schellberg D, Hohls JK, Schöttker B, Brenner H, et al. Gender-specific association of loneliness and health care use in community-dwelling older adults. *BMC Geriatr* [Internet]. 2023;23(1):502. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-023-04201-9>.
5. Stančić S, Dimitrijević S, Vidović D, Radić A. Loneliness in the Republic of Srpska: advocating for social prescribing. *Eur J Public Health* [Internet]. 2024;34(6):1073–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckae148>.
6. Francisco-Sánchez A, Martínez-León S, García-Pérez A, Báez-Hernández JA, Rodríguez-Álvaro M, García-Hernández AM. Impact of a multidimensional community-based intervention on the feeling of unwanted loneliness and its consequences: A quasi-experimental study. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2025;13(12):1465. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare13121465>.
7. Coll-Planas L, Carbó-Cardena A, Jansson A, Dostálová V, Bartova A, Rautiainen L, et al. Nature-based social interventions to address loneliness among vulnerable populations: a common study protocol for three related randomized controlled trials in Barcelona, Helsinki, and Prague within the RECETAS European project. *BMC Public Health* [Internet]. 2024;24(1):172. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-023-17547-x>

8. Stančić S, Dimitrijević S, Vidović D, Radić A. Loneliness in the Republic of Srpska: advocating for social prescribing. Eur J Public Health [Internet]. 2024;34(6):1073–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckae148>
9. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2011 [citado el 26 de marzo de 2026];85(2):129–39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002
10. Tierney S, Wong G, Roberts N, Boylan A-M, Park S, Abrams R, et al. Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: a realist review. BMC Med [Internet]. 2020;18(1):49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-020-1510-7>
11. Vidovic D, Reinhardt GY, Hammerton C. Can social prescribing foster individual and community well-being? A systematic review of the evidence. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021;18(10):5276. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18105276>
12. Reinhardt GY, Vidovic D, Hammerton C. Understanding loneliness: a systematic review of the impact of social prescribing initiatives on loneliness. Perspect Public Health [Internet]. 2021;141(4):204–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1757913920967040>
13. Mira JJ, Pérez-Esteve C, Guilabert M, Carratalá C, Pérez-Jover V. Reattendances in primary care and their association with patient safety events: A cohort study in Spain. Aten Primaria [Internet]. 2025;57(12):103298. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103298>
14. Saito T, Cable N, Aida J, Shirai K, Saito M, Kondo K. Validation study on a Japanese version of the three-item UCLA Loneliness Scale among community-dwelling older adults. Geriatr Gerontol Int [Internet]. 2019;19(10):1068–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.13758>
15. GRANMO [Internet]. DATARUS. 2022 [citado el 18 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.datarus.eu/aplicaciones/granmo/>
16. <https://www.ibm.com/es-es/products/spss-statistics>
17. World Health Organization. Social prescribing: a toolkit. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/354456>

17. ANEXOS.

Anexo 1. Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

- (1) Día, mes y año (2) Vale cualquier descripción correcta del lugar
(3) Cualquier error hace errónea la respuesta.

ERRORES	RESULTADOS
0-2	Valoración cognitiva normal
3-4	Deterioro leve
5-7	Deterioro moderado
8-10	Deterioro severo

Anexo 2. Consentimiento informado.

Título del estudio: Efectividad de un programa de prescripción social en la reducción de la soledad no deseada en personas mayores.

Investigador/a

responsable: _____

Hoja de información al paciente:

Se le invita a participar en un estudio que se está llevando a cabo en su centro de salud con el objetivo de conocer si la participación en actividades comunitarias puede ayudar a mejorar la sensación de soledad y el bienestar en personas mayores.

Si acepta participar, se le propondrá acudir a distintas actividades del barrio (centros culturales, asociaciones, grupos, etc.) que se adaptarán a sus intereses. Además, se le realizarán algunas preguntas y cuestionarios al inicio del estudio y a los 6 meses, relacionados con su percepción de soledad y apoyo social.

Su participación tendrá una duración aproximada de 6 meses. Durante este tiempo, el personal de enfermería realizará un seguimiento periódico para conocer su evolución y resolver posibles dudas.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento, sin que esto afecte a la atención sanitaria que recibe en su centro de salud.

Los datos recogidos serán tratados de forma confidencial y anónima, cumpliendo con la normativa vigente de protección de datos. En ningún caso se utilizarán sus datos personales fuera del ámbito de este estudio.

Si tiene alguna duda o necesita más información, puede consultarlo con el profesional sanitario responsable.

Consentimiento

Yo, D./Dña. _____,
he sido informado/a de forma clara sobre el estudio mencionado anteriormente.

He podido hacer preguntas y todas han sido respondidas de manera satisfactoria.

He comprendido la información recibida y acepto participar de forma voluntaria en el estudio.

Sé que puedo retirarme en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto afecte a mi atención sanitaria.

Firma del participante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del profesional sanitario: _____



Anexo 3. Calendario de desarrollo de la intervención (sesiones).

A continuación, se detalla la temporalidad y distribución de las sesiones que componen el programa de prescripción social, diseñado para una muestra final de 48 pacientes. Las actividades grupales se dividirán en 3 subgrupos de 16 personas para facilitar la dinámica comunitaria.

SESIÓN	TIEMPO (Mes/Semana)	MODALIDAD	PARTICIPANTES
Sesión 0: Fase preparatoria.	Mes 1 (Sem. 1)	Reunión profesional.	Grupal (Presencial)
Sesión 1: acogida y escucha activa.	Mes 1 (Sem. 2-3)	Individual (Presencial)	48 pacientes (citas individuales)
Sesión 2: Plan de Activos.	Mes 1 (Sem. 3-4)	Individual (Presencial)	48 pacientes (citas individuales)
Sesión 3: Mapeo grupal.	Mes 3 (Sem.2)	Grupal (Presencial)	3 grupos de 16 participantes
Sesión 4: Actividad comunitaria de refuerzo.	Mes 5. (Sem. 2)	Grupal (Presencial)	3 grupos de 16 participantes
Sesión 5: evaluación final.	Mes 6 (Sem. 3-4)	Individual (Presencial)	48 pacientes (recogida de datos)
Asistencia al recurso	Mes 1 al 6.	Comunitario.	48 pacientes (mínimo 2 veces/semana)
Seguimientos	Meses 2, 3, 4 y 5.	Individual (Telefónico)	48 pacientes (seguimiento mensual)

Anexo 4. Pasaporte de Activos Comunitarios.

Datos del paciente

Nombre y apellidos: _____

CIP/DNI: _____

Enfermera referente: _____

Fecha de entrega: __/__/202__

¿Para qué sirve este pasaporte?

Este documento es personal y te servirá para llevar un registro de las actividades a las que asistes en tu barrio o municipio. Llévalo contigo cuando vayas a la asociación, al centro de mayores o al recurso acordado para que el responsable te lo firme o selle. Tráelo a tu próxima cita en el centro de salud para que podamos ver tu evolución.

Mi plan de activos

Actividad acordada: _____

Lugar / Asociación: _____

Días y horario recomendado: _____

Persona de contacto en la asociación: _____

Registro de la asistencia

FECHA	ACTIVIDAD/TALLER	FIRMA O SELLO DEL RESPONSABLE

Observaciones de seguimiento

(Espacio reservado para las notas de la enfermera en la consulta de revisión)

Anexo 5. Receta Social

RECETA DE ACTIVOS PARA LA SALUD

"Tu salud también está en tu barrio"

Paciente: _____

Fecha: ____ / ____ / 202__

Tras nuestra conversación de hoy en la consulta, hemos acordado que sería muy beneficioso para tu bienestar emocional y tu salud general participar en actividades fuera de casa.

Por ello, te prescribo el siguiente activo en salud:

Actividad o grupo: _____

Lugar / Asociación: _____

Dirección: _____

Horario: _____

Persona de contacto allí: _____

Tu objetivo para esta semana (marca el primer paso que vas a dar):

☐ Acercarme al lugar para informarme.

☐ Llamar por teléfono al contacto que me han dado.

☐ Asistir a mi primera sesión (¡no olvides tu Pasaporte de Activos!).

Nota de tu enfermera: Recuerda que dar el primer paso a veces cuesta, pero es el más importante para empezar a sentirte mejor. Si tienes cualquier duda o no sabes cómo empezar, ven a verme a la consulta y lo solucionamos.

Firma y sello del profesional: *(Enfermera referente / Trabajo Social)*