

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: Eficacia de una intervención de Enfermería Familiar y Comunitaria basada en la prescripción social y el apoyo grupal en la reducción de la soledad no deseada y sobrecarga del cuidador familiar: un estudio cuasiexperimental.

Alumno: Nicolás González, Paula

Tutor: Clua Espuny, José Luis.

Co tutor: Carratalá Munuera, Concepción.

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2025-2026

AUTORIZACIÓN COIR TFM

Estimado José Luis Clua Espuny y Paula Nicolás González

Una vez revisada su solicitud de evaluación ética le comunicamos que la misma ha sido **AUTORIZADA**:

Nombre del tutor/a:	José Luis Clua Espuny
Nombre del estudiante:	Paula Nicolás González
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
Título	Eficacia de una intervención de Enfermería Familiar y Comunitaria basada en la prescripción social y el apoyo grupal en la reducción de la soledad no deseada y sobrecarga del cuidador familiar: un estudio cuasiexperimental.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260507184745
Código de autorización COIR	TFM.MPA.JLC.PNG.260507
Caducidad	2 años

Pueden imprimir este correo como justificante de autorización ética COIR.

Aprovechamos para recordarle que no necesita realizar ningún trámite adicional con la Oficina de Investigación Responsable.

RESUMEN

Introducción: La soledad no deseada y la sobrecarga en cuidadores familiares son problemas prioritarios en Atención Primaria. Están estrechamente vinculados al riesgo de claudicación familiar, deterioro biopsicosocial y sobremedicalización. Ante esto, la prescripción social surge como una alternativa no farmacológica eficaz orientada al empoderamiento comunitario.

Objetivo: Evaluar la eficacia de una intervención de Enfermería Familiar y Comunitaria, basada en prescripción social y apoyo grupal, para reducir la soledad y la sobrecarga en cuidadores adscritos al Centro de Salud de Archena (Murcia).

Metodología: Estudio cuantitativo, prospectivo y cuasiexperimental (pre-post) con grupo control no aleatorizado. Mediante muestreo consecutivo se seleccionarán 60 cuidadores principales, distribuidos equitativamente en dos brazos (30 experimental y 30 control). El grupo experimental recibirá un programa de 6 sesiones grupales semanales centradas en apoyo mutuo, mapeo de activos en salud y vinculación a recursos comunitarios. El control seguirá el abordaje individual habitual en consulta. Las mediciones se realizarán basalmente (T0) y post-intervención (T1) empleando la Escala de UCLA, el Test de Zarit, el Cuestionario Duke-UNC y un perfil sociodemográfico. Los datos se analizarán con el software Jamovi, utilizando estadística descriptiva e inferencial (comparaciones intra e inter-grupo y modelos de regresión).

Resultados esperados: Se prevé una reducción estadísticamente significativa de la soledad y la sobrecarga en el grupo experimental frente al control, demostrando la viabilidad de un modelo de cuidados proactivo y centrado en la comunidad.

Palabras clave: Cuidadores; Soledad; Prescripción Social; Enfermería en Salud Comunitaria; Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Introduction: Unwanted loneliness and burden in family caregivers are priority issues in Primary Care. They are closely linked to the risk of caregiver burnout, biopsychosocial deterioration, and overmedicalization. Given this, social prescribing emerges as an effective non-pharmacological alternative aimed at community empowerment.

Objective: To evaluate the effectiveness of a Family and Community Nursing intervention, based on social prescribing and group support, in reducing loneliness and caregiver burden among primary caregivers attached to the Archena Health Center (Murcia, Spain).

Methods: A quantitative, prospective, and quasi-experimental (pre-post) study with a non-randomized control group. Using consecutive sampling, 60 primary caregivers will be selected and equally distributed into two arms (30 experimental and 30 control). The experimental group will receive a program consisting of 6 weekly group sessions focused on mutual support, health asset mapping, and linkage to community resources. The control group will continue with the standard individual follow-up in primary care consultations. Measurements will be taken at baseline (T0) and post-intervention (T1) using the UCLA Loneliness Scale, the Zarit Burden Interview, the Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire, and an *ad hoc* sociodemographic profile. Data will be analyzed using Jamovi software, applying descriptive and inferential statistics (intra- and inter-group comparisons and regression models).

Expected results: A statistically significant reduction in loneliness and caregiver burden is expected in the experimental group compared to the control group, demonstrating the viability of a proactive and community-centered care model.

Keywords: Caregivers; Loneliness; Social Prescribing; Community Health Nursing; Primary Health Care.

ÍNDICE

1. Formulación de la pregunta de investigación	1
2. Pregunta en formato PICO	1
3. Antecedentes y estado actual del tema.....	1
4. Justificación del estudio	2
5. Hipótesis	3
6. Objetivos de la investigación	4
7. Materiales y métodos	4
➤ Diseño de estudio	4
➤ Población diana y población a estudio	5
➤ Criterios de inclusión y exclusión	5
➤ Cálculo del tamaño de la muestra.....	6
➤ Método de muestreo	6
➤ Método de recogida de datos	7
➤ Variables	8
➤ Descripción de la intervención.....	8
➤ Descripción del seguimiento	10
➤ Estrategia de análisis estadístico	11
8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados.....	12
9. Estrategia de búsqueda bibliográfica	12
10. Limitaciones y posibles sesgos	13
11. Aspectos éticos de la investigación.....	15
12. Calendario y cronograma	16
13. Personal que participará	17
14. Instalaciones e instrumentación	18

15. Presupuesto	19
16. Bibliografía	20
17. Anexos	22
➤ Anexo I: Escala de Soledad de UCLA.....	22
➤ Anexo II: Test de Sobrecarga del Cuidador de Zarit reducido.....	24
➤ Anexo III: Cuestionario Sociodemográfico y Clínico	26
➤ Anexo IV: Documento de Consentimiento Informado (CI)	27
➤ Anexo V: Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC.....	28
➤ Anexo VI: Hoja de Información al Participante (HIP).....	30
➤ Anexo VII: Cronograma de Trabajo	32
➤ Anexo VIII: Presupuesto estimado del Proyecto de Investigación	33



1. Formulación de la pregunta de investigación.

El presente estudio trasciende el modelo biomédico convencional para centrarse en el impacto social de los cuidados enfermeros a través de la siguiente interrogante:

Pregunta de investigación

“¿Es eficaz una intervención de enfermería comunitaria basada en la prescripción social y el apoyo grupal para reducir el sentimiento de soledad no deseada y la sobrecarga en cuidadores familiares del Centro de Salud de Archena?”

2. Pregunta de investigación en formato PICO.

A continuación, se desarrolla la pregunta de investigación en formato PICO:

P (Población): Cuidadores familiares de personas dependientes que presentan sentimientos de soledad no deseada, según la Escala UCLA (Anexo I), así como el nivel de sobrecarga con una puntuación en el Test de Zarit reducido ≥ 17 (Anexo II), del Centro de Salud de Archena.

I (Intervención): Programa de prescripción social y apoyo grupal (6 sesiones).

C (Comparación): Grupo control que recibe la atención habitual de enfermería según cartera de servicios (seguimiento individual y consejo de autocuidado) frente al grupo intervención que recibe la actividad grupal.

O (Outcome/Resultado): Reducción de la puntuación en la escala UCLA y Test de Zarit reducido.

3. Antecedentes y estado actual del tema.

La soledad y el aislamiento social constituyen uno de los principales retos de la salud pública en la actualidad. Estos han ido obteniendo mayor visibilidad a raíz de los confinamientos causados por la pandemia del COVID-19.¹

La soledad se entiende como una vivencia puramente subjetiva y emocionalmente dolorosa. Surge cuando una persona percibe que sus vínculos son insuficientes, ya sea por una cuestión de cantidad o porque carecen de la calidad esperada. De hecho, la evidencia demuestra que padecer soledad no deseada conlleva una vulnerabilidad mucho mayor a la hora de desarrollar patologías en la esfera cardiovascular, así como trastornos de salud mental.¹

En España, una de cada cinco personas (20%) sufre soledad no deseada y dos de cada tres personas (67,7%) que sufren soledad llevan en esta situación más de 2 años.²

El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas han convertido el cuidado informal en un pilar básico del sistema de salud español³. Sin embargo, todo este soporte recae sobre la figura del cuidador familiar, quien a menudo acaba convirtiéndose en lo que Vasileiou et al.⁴ denominan el "paciente invisible".

Resulta de gran relevancia aclarar que la soledad no deseada en este colectivo no se define por la falta de compañía física, sino más bien se trata de la parte más emocional, lo que conlleva un aislamiento social. Es lo que algunos autores describen como "pobreza relacional"^{4,5}.

Desde la Enfermería Familiar y Comunitaria, abordar esta soledad es urgente porque actúa como un factor de riesgo silencioso. La evidencia sugiere que la soledad actúa como un predictor de la aparición de ansiedad y depresión tras asumir el rol de cuidador⁵, y favorece el desarrollo de problemas físicos como el insomnio o la fragilidad⁶.

4. Justificación del estudio.

La relevancia de este proyecto reside en la necesidad de cambiar el enfoque de los cuidados en Atención Primaria. En la práctica clínica habitual, se observa una marcada inercia hacia la medicalización de las respuestas emocionales del cuidador; ante esto, la prescripción social se postula como una alternativa no farmacológica que permite abordar la soledad desde un enfoque basado en activos de salud⁷.

A veces pensamos que por vivir en una sociedad donde la familia y el entorno son tan cercanos estamos protegidos frente al aislamiento. Sin embargo, los datos demuestran que cuando esas redes fallan, la soledad se vive de forma mucho más profunda ⁸, que es justo lo que les pasa a los cuidadores cuando se ven encerrados en casa.

La eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario parecen depender directamente de la estabilidad del paciente-cuidador en el domicilio. La claudicación familiar puede actuar como un predictor crítico de la institucionalización temprana, lo que puede conllevar un aumento de los costes sociosanitarios y una pérdida de la humanización en el proceso del cuidado. Ante este panorama, es vital tener en cuenta que la realidad es que las personas que sufren soledad casi nunca piden ayuda de forma voluntaria en el centro de salud, principalmente por vergüenza o por evitar etiquetas ⁹, por lo que reivindicar el papel de la enfermera no es solo una opción, sino una necesidad para restaurar el enfoque comunitario en el Centro de Salud de Archena, consolidando a la enfermera especialista en Familia y Comunitaria como la figura estratégica capaz de liderar este cambio de paradigma hacia una atención más proactiva y centrada en la comunidad.

Por todo lo expuesto anteriormente, en este estudio se plantea el objetivo principal de evaluar la efectividad de una intervención enfermera basada en la prescripción social y la creación de redes de apoyo grupal para disminuir los niveles de soledad subjetiva y sobrecarga en los cuidadores familiares de la Zona Básica de Salud de Archena (Murcia).

5. Hipótesis.

Hipótesis de investigación (H1): La implementación de un programa de intervención grupal liderado por enfermería familiar y comunitaria, basado en la prescripción social y la ayuda mutua, disminuirá significativamente el nivel de soledad no deseada y la sobrecarga percibida en cuidadores familiares de personas dependientes, en comparación con aquellos cuidadores que reciben únicamente el seguimiento enfermero estándar en la consulta.

Hipótesis nula (H0): El programa de intervención comunitaria y prescripción social no producirá cambios estadísticamente significativos en los niveles de soledad no deseada ni en la sobrecarga de los cuidadores en comparación con el cuidado habitual.

6. Objetivos de la investigación.

Objetivo general: Evaluar la eficacia de una intervención de enfermería comunitaria, basada en la prescripción social y el mapeo de activos, para reducir el sentimiento de soledad no deseada y el nivel de sobrecarga en cuidadores familiares de pacientes dependientes en el Centro de Salud de Archena.

Objetivos específicos:

1. Medir el nivel basal de soledad no deseada (mediante la Escala de Soledad de UCLA) y de sobrecarga (mediante el Test de Zarit reducido) en los cuidadores familiares antes de iniciar la intervención.
2. Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los participantes (edad, sexo, tiempo de cuidado, grado de dependencia del familiar) para identificar posibles factores de vulnerabilidad frente al aislamiento (Anexo III).
3. Evaluar el impacto intra-grupo, analizando las diferencias en las puntuaciones de las escalas UCLA y Zarit reducido en el grupo intervención antes y después de participar en los talleres de apoyo grupal.
4. Comparar los resultados inter-grupo, contrastando los niveles de soledad y sobrecarga post-intervención entre el grupo experimental (prescripción social) y el grupo control (seguimiento estándar).

7. Materiales y métodos.

7.1. Diseño del estudio.

Se propone un estudio de enfoque cuantitativo, analítico, prospectivo y cuasi-experimental (pre-post intervención) con grupo control, donde se busca evaluar el impacto del programa de prescripción social y apoyo grupal

(variable independiente) sobre el nivel de soledad y sobrecarga de los cuidadores informales/familiares (variables dependientes) a lo largo del tiempo, comparando un grupo experimental (que recibe la intervención comunitaria) con un grupo control (que recibe el seguimiento enfermero habitual en consulta).

7.2. Población diana y población a estudio.

- **Población diana:** El conjunto de cuidadores familiares principales de personas con dependencia reconocida o patología crónica incapacitante, pertenecientes a la Zona Básica de Salud del Centro de Salud de Archena (Murcia).
- **Población a estudio (Población accesible):** Aquellos cuidadores principales que acuden periódicamente a las consultas de enfermería del mencionado centro de salud durante el periodo de captación del estudio y que cumplen con los criterios de inclusión.

7.3. Criterios de inclusión y exclusión.

Para garantizar la homogeneidad de la muestra y el rigor ético y metodológico del estudio, se establecen los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Ser cuidador principal informal (no profesional ni remunerado) de un paciente dependiente adscrito al centro de salud.
2. Ser mayor de 18 años.
3. Asumir el rol de cuidador durante un periodo mínimo de 3 meses ininterrumpidos.
4. Tener capacidad para leer, comprender y escribir en castellano.
5. Aceptar voluntariamente su participación en el estudio y firmar el documento de Consentimiento Informado (Anexo IV).

Criterios de exclusión:

1. Cuidadores formales/profesionales.
2. Cuidadores que presenten deterioro cognitivo diagnosticado o barreras de comunicación graves que impidan su participación en las dinámicas grupales.
3. Presencia de patología psiquiátrica grave o descompensada en el cuidador.
4. Encontrarse en situación de duelo agudo o que el paciente cuidado se encuentre en situación de últimos días, dada la vulnerabilidad emocional extrema.
5. Negativa a participar o a firmar el Consentimiento Informado.

7.4. Cálculo del tamaño de la muestra.

Dado que se trata de un proyecto de investigación clínica en Atención Primaria, el cálculo del tamaño muestral a priori se realizará utilizando el módulo **jpower** del paquete estadístico **Jamovi** ¹⁰.

Para detectar una diferencia clínicamente relevante en las puntuaciones medias de la Escala de Soledad de UCLA y el Test de Zarit reducido entre el grupo control y el grupo intervención, asumiendo un nivel de confianza del **95%** (error tipo I) y una potencia estadística del **80%** (error tipo II) para pruebas de contraste de hipótesis, y estimando una tasa de pérdidas o abandonos durante el seguimiento del 15-20%, se requerirá una muestra estimada de **60 sujetos en total** (30 en el grupo experimental y 30 en el grupo control).

7.5. Método de muestreo.

La selección de los participantes se llevará a cabo mediante un **muestreo no probabilístico consecutivo**. A medida que los cuidadores acudan a sus citas habituales en la consulta de enfermería, se valorará si cumplen los criterios de inclusión. En caso afirmativo, se les ofrecerá participar en el estudio hasta alcanzar el tamaño muestral necesario. La asignación al grupo

control o experimental dependerá de su disponibilidad para acudir a los grupos. La asignación a los grupos (control o experimental) no será aleatorizada debido a consideraciones éticas y de viabilidad logística propias del ámbito de Atención Primaria (como la incompatibilidad de horarios laborales del cuidador o la imposibilidad de dejar solo al familiar dependiente).

7.6. Método de recogida de datos e Instrumentos.

La recogida de datos se estructurará en dos momentos clave: una evaluación pre-intervención (basal) y una evaluación post-intervención (al finalizar los talleres). Los datos serán anonimizados mediante la asignación de un código alfanumérico a cada participante.

Se utilizarán los siguientes instrumentos autoadministrados:

- **Escala de Soledad de UCLA (Anexo I):** Se utilizará la versión validada al castellano por Velarde-Mayol et al.¹¹ para evaluar la soledad subjetiva. Mediante un formato tipo Likert, una mayor puntuación final indicará un mayor nivel de soledad no deseada.
- **Test de Carga del Cuidador de Zarit reducido (Anexo II):** Evaluará el impacto del cuidado mediante 7 ítems tipo Likert, usando la validación de Regueiro et al.¹². Su punto de corte está establecido en 17 puntos (claudicación familiar ≥ 17 puntos; sin claudicación familiar puntuaciones inferiores).
- **Cuestionario *ad hoc* sociodemográfico y clínico (Anexo III):** Recogerá variables básicas para caracterizar la muestra (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral) y datos clínicos determinantes, como el parentesco y los meses dedicados al cuidado.
- **Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC (Anexo IV):** Evaluará el apoyo social percibido por el cuidador. Empleando los baremos de referencia del Servicio Andaluz de Salud ¹³
Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5) cuyo rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos, una puntuación total inferior a 32 indicará un apoyo social bajo o escaso.

7.7. Variables del estudio.

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se analizarán las siguientes variables:

- **Variable independiente (Exposición):** Participación en la intervención comunitaria (Variable dicotómica: Sí/No).
- **Variables dependientes (Resultado):**
 - **Nivel de soledad** (Escala UCLA, cuantitativa).
 - **Nivel de sobrecarga** (Test de Zarit reducido, cuantitativa).
- **Variables de control y confusión (Independientes):**
 - **Del cuidador:** Edad, sexo, parentesco con el paciente, nivel socioeconómico (bajo/medio/alto), apoyo social previo medido con el Cuestionario Duke-UNC y tiempo promedio de cuidado diario (horas/día).
 - **Del paciente cuidado:** Nivel de dependencia (Índice de Barthel) y complejidad clínica medida mediante los Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) obtenidos de la historia clínica.

7.8. Descripción de la intervención

El programa de intervención comunitaria constará de una serie de talleres grupales dirigidos a los cuidadores del grupo experimental, facilitados por la enfermera investigadora.

Se planificarán **6 sesiones de frecuencia semanal**, con una duración aproximada de 90 minutos por sesión, en las instalaciones del centro de salud.

El programa de la Intervención Grupal seguirá la siguiente estructura:

Sesión 1: "Poniéndole nombre a lo que sentimos: El rol del cuidador"

- **Contenido:** Se abordará la transición y adopción del rol de cuidador familiar, reconociendo el impacto psicológico inicial. Se facilitará que los participantes compartan sus experiencias para romper el hielo.

- **Basado en:** *Parada Rico y Carreño-Moreno (2023)*⁵ quienes destacan la aparición de ansiedad, depresión y soledad en el momento de adoptar el rol de cuidador del paciente crónico.

Sesión 2: "Comprender la soledad: No eres el único"

- **Contenido:** Dinámicas de reflexión sobre cómo se afronta la soledad. Se enseñarán estrategias de afrontamiento iniciales, validando que sentirse solo estando rodeado de familiares es una respuesta normal a la sobrecarga.
- **Basado en:** *Vasileiou et al. (2017)*⁴ utilizando su enfoque cualitativo sobre cómo las personas afrontan la soledad en diferentes etapas vitales.

Sesión 3: "Cuidar al que cuida: ¿Qué está en mi mano cambiar?"

- **Contenido:** Identificación de barreras personales para el autocuidado. Se trabajará en pequeños cambios de hábitos diarios que impactan directamente en el sentimiento de soledad.
- **Basado en:** *Liu et al. (2022)*⁶ centrándonos en su pregunta clave: "*¿Qué puede ser cambiado?*" respecto a los factores de salud relacionados con la soledad del cuidador.

Sesión 4: "Mapeo de activos: ¿Qué nos ofrece nuestro barrio?"

- **Contenido:** Mediante una pizarra o proyector, el grupo identificará los activos en salud de Archena.
- **Basado en:** *Husk et al. (2019)*⁷ aplicando su modelo de entrega de la prescripción social para mejorar la atención primaria desde un enfoque no medicalizado.

Sesión 5: "Tejiendo redes: El poder del apoyo mutuo"

- **Contenido:** Dinámicas para fomentar que los cuidadores se organicen entre ellos (ej. intercambiar teléfonos, quedar para tomar un café un día a la semana mientras otro familiar cubre el cuidado). Se ensayará cómo acercarse a los recursos identificados en la sesión anterior.

- **Basado en:** La *Guía del Ministerio de Sanidad (2022)*³ que subraya la importancia de la conexión social y la creación de vínculos comunitarios seguros.

Sesión 6: "Mi plan de acción: La Prescripción Social"

- **Contenido:** Cada cuidador diseñará, junto con la enfermera y el apoyo del grupo, su propia "receta social". Se comprometerán a iniciar al menos una actividad comunitaria de las mapeadas en la Sesión 4. Se realizará la despedida, se recordará la fecha de la evaluación final (T1) y se reforzará que la puerta de la consulta de enfermería sigue abierta.
- **Basado en:** La *Guía del Ministerio de Sanidad (2022)*³ y *Husk et al. (2019)*⁷ materializando el enlace definitivo entre el paciente y el recurso comunitario.

Para garantizar la aplicabilidad futura en otros centros de salud de la Región de Murcia, la intervención estará estandarizada mediante un manual de la investigadora que detalla los tiempos y recursos de cada sesión. Asimismo, para evaluar la viabilidad de la propuesta, se registrarán unos **indicadores de adherencia**:

- **Tasa de asistencia:** Porcentaje de sesiones a las que acude cada participante (se considerará *adherencia óptima* la asistencia a un mínimo de 5 de las 6 sesiones, es decir, >80%).
- **Tasa de cumplimiento de la prescripción social:** Porcentaje de cuidadores que logran vincularse a un recurso comunitario, asociación o red de apoyo informal al finalizar la intervención (Sesión 6).

Por otra parte, los sujetos del grupo control continuarán recibiendo el seguimiento individual habitual en la consulta de enfermería, basado en educación para la salud y revisión de constantes.

7.9. Descripción del seguimiento

El seguimiento de ambos grupos (experimental y control) se realizará en dos cortes temporales (T0 y T1) para garantizar la fiabilidad de los resultados:

- **T0 (Evaluación basal):** Previa al inicio de la intervención. Se recogerán las variables sociodemográficas y se administrarán las escalas UCLA y Zarit reducido a todos los participantes.
- **T1 (Evaluación post-intervención):** A las 2 semanas de finalizar la última sesión del taller grupal (aproximadamente a los 2 meses del inicio). Se volverán a administrar las escalas UCLA y Zarit reducido para medir el impacto inmediato de la intervención.

7.10. Estrategia de análisis estadístico

Para el procesamiento y análisis de los datos recogidos, se construirá una base de datos anonimizada y se utilizará el **paquete estadístico Jamovi**.

Se establecerá un nivel de significación estadística de $p < 0,05$ para todas las pruebas.

El análisis se estructurará de la siguiente manera:

1. **Análisis descriptivo:** Las variables cualitativas (sexo, parentesco) se describirán mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas (edad, meses de cuidado, puntuaciones en Zarit reducido y UCLA) se expresarán mediante la media y desviación estándar (o mediana y rango intercuartílico, si no siguen una distribución normal).
2. **Análisis inferencial (Comparación intra-grupo):** Para evaluar si ha habido una mejora significativa dentro del grupo experimental antes y después de los talleres, se aplicará la prueba *t de Student para muestras dependientes* (o la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon si no se cumple el supuesto de normalidad validado previamente con el test de Shapiro-Wilk).
3. **Análisis inferencial (Comparación inter-grupo):** Para determinar si la intervención grupal es superior al seguimiento estándar, se compararán las diferencias de las puntuaciones medias entre el grupo experimental y el grupo control utilizando la prueba *t de Student para muestras independientes* (o la prueba U de Mann-Whitney).

4. **Análisis multivariante:** Para controlar las posibles variables de confusión derivadas de la no aleatorización de la muestra, se construirá un modelo de regresión lineal múltiple. Esto permitirá ajustar el efecto de la intervención sobre la soledad y la sobrecarga, aislando el impacto real del programa de prescripción social del resto de variables sociodemográficas.

8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados.

Los resultados de este proyecto tienen una aplicabilidad directa en la consulta diaria de la enfermera de Atención Primaria, ya que buscan transformar el modelo de atención hacia un enfoque mucho más sostenible. La evidencia nos dice que la prescripción social liderada por la enfermera especialista de Familia y Comunitaria resulta una herramienta eficaz para reducir la hiperfrecuentación en las consultas derivada de la soledad y el malestar psicosocial.

La puesta en marcha de esta propuesta permitirá:

1. **Facilitar la detección precoz:** Protocolizar el cribado de soledad en la consulta de enfermería mediante escalas validadas permitirá detectar a los cuidadores en riesgo antes de que desarrollen cuadros de ansiedad o depresión.
2. **Mejorar la salud física del cuidador:** Al reducir la sobrecarga mediante el apoyo entre iguales, se espera una mejora indirecta en problemas físicos como el cansancio o los trastornos del sueño, muy frecuentes en personas que se sienten solas.
3. **Alinear la práctica con la estrategia nacional:** Este proyecto pone en práctica las recomendaciones del Ministerio de Sanidad sobre el uso de activos para la salud, fortaleciendo así el vínculo real entre el centro de salud y los recursos del barrio.

9. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Para la elaboración del marco teórico, la definición del estado actual del problema y la justificación de la intervención propuesta, se lleva a cabo una búsqueda de literatura en las principales bases de datos de ciencias de la

salud, priorizando aquellas con mayor relevancia para la Enfermería y la Atención Primaria, como PubMed/MEDLINE, CINAHL, SciELO, Cuiden y Cochrane Library.

Se combinó el uso de lenguaje libre con vocabulario estructurado y controlado. Se utilizaron los descriptores MeSH y DeCS.

- *Términos en inglés (MeSH):* "Caregivers", "Loneliness", "Social Isolation", "Primary Health Care", "Community Health Nursing", "Social Prescribing", "Peer support".
- *Términos en español (DeCS):* "Cuidadores", "Soledad", "Aislamiento Social", "Atención Primaria de Salud", "Enfermería en Salud Comunitaria", "Prescripción Social", "Ayuda mutua".

La cadena de búsqueda principal utilizada en PubMed fue la siguiente:

("Caregivers"[Mesh] OR "Caregiver burden") AND ("Loneliness"[Mesh] OR "Social Isolation"[Mesh]) AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "Social Prescribing" OR "Community Health Nursing"[Mesh])

Para acotar los resultados a la evidencia más actual y pertinente, se aplicaron los siguientes filtros:

- Filtro temporal: Se priorizaron los artículos publicados en los últimos 5 años para asegurar la vigencia de la evidencia, aceptando artículos anteriores únicamente si se consideraban referentes metodológicos.
- Idioma: Se incluyeron artículos redactados en inglés y español.
- Tipo de artículo: Se seleccionaron preferentemente ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuasi-experimentales, estudios cualitativos sobre vivencias de los cuidadores, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica institucionales.

10. Limitaciones y posibles sesgos.

El diseño y la ejecución del presente proyecto de investigación están sujetos a ciertas limitaciones y posibles sesgos, los cuales deben ser tenidos en cuenta para la correcta interpretación de los futuros resultados:

- **Sesgo de selección y barreras de participación.** Al utilizar un muestreo no probabilístico consecutivo, existe el riesgo de que la muestra no sea completamente representativa de todos los cuidadores del centro de salud. Es probable que los cuidadores con mayor nivel de sobrecarga (y que más se beneficiarían del programa) rechacen participar por falta de tiempo o por no tener a otra persona que se haga cargo de su familiar durante las sesiones. Para minimizar este sesgo, se intentará flexibilizar el horario de los talleres grupales y se valorará la coordinación con la trabajadora social del centro. Otra limitación metodológica es la imposibilidad de aleatorizar a los cuidadores asignados al grupo control o experimental por cuestiones éticas y logísticas
- **Sesgo de desgaste (Pérdidas durante el seguimiento).** Dada la vulnerabilidad de la población de estudio, es previsible que ocurran abandonos a lo largo de las 6 semanas de intervención o antes de la medición post-intervención (T1). Por ello, el cálculo del tamaño muestral (60 sujetos) ya ha contemplado un margen de pérdida del 15-20% para asegurar que el estudio mantenga su potencia estadística. Se realizarán llamadas telefónicas de recuerdo para fomentar la adherencia.
- **Sesgo de información.** Dado que las variables dependientes se evalúan mediante instrumentos autoadministrados, los resultados podrían verse condicionados por un **sesgo de deseabilidad social**. Esto ocurre cuando el participante, de manera consciente o inconsciente, adapta sus respuestas para ajustarse a lo que percibe como la expectativa de la investigadora (efecto Hawthorne).
- **Limitaciones del diseño y validez externa.** Al tratarse de un estudio cuasi-experimental monocéntrico (realizado en un único centro de salud), la extrapolación de los resultados a otras poblaciones con características sociodemográficas distintas (validez externa) debe hacerse con precaución. Asimismo, al no tratarse de un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) puro, podrían existir variables de confusión no controladas (como cambios en la situación económica de la familia o apoyo informal externo) que influyan en las variaciones de las puntuaciones de las escalas.

11. Aspectos éticos de la investigación.

Este documento constituye la presentación de un proyecto de investigación sin resultados, enmarcado como Trabajo Fin de Máster del Máster Universitario en Investigación en Atención Primaria (MIAP) de la Universidad Miguel Hernández. Previo a su ejecución, el protocolo será sometido a evaluación y aprobación por el Comité de Ética de la Investigación (COIR) correspondiente de la universidad, así como por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del área de salud de referencia (Archena).

Además, se llevará a cabo bajo el estricto cumplimiento de los principios éticos fundamentales de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) y respetando en todo momento los postulados de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y el Convenio de Oviedo relativo a los derechos humanos y la biomedicina.

- **Voluntariedad y Consentimiento Informado.** La participación en este estudio será estrictamente voluntaria. Todos los cuidadores que cumplan los criterios de inclusión recibirán una Hoja de Información al Paciente (Anexo VI), redactada en un lenguaje claro, sencillo y sin tecnicismos, donde se detallarán los objetivos del proyecto, la dinámica de los talleres grupales, así como los posibles riesgos y beneficios. Antes de iniciar cualquier evaluación o intervención, será requisito indispensable la firma del Documento de Consentimiento Informado (CI). Se dejará constancia explícita de que el participante tiene derecho a revocar su consentimiento y abandonar el estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta negativamente en la calidad de la atención sanitaria que recibe en su centro de salud.
- **Confidencialidad y Protección de Datos.** Se garantizará la confidencialidad y el anonimato de todos los datos recogidos, en estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), así como del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo (RGPD). Para asegurar el anonimato, no se registrarán nombres

ni datos de filiación directa en los cuadernos de recogida de datos (CRD) ni en las escalas Zarit reducido y UCLA. En su lugar, se asignará un código alfanumérico disociado a cada participante siguiendo un **Plan de Gestión de Datos (PGD)**, en el que la información en formato papel será custodiada bajo llave en las instalaciones del centro de salud. La base de datos digitalizada estará seudonimizada, protegida con contraseña y alojada en un equipo informático institucional. Tras la finalización del estudio y publicación de los resultados, los datos brutos anonimizados podrán ser depositados en un repositorio público de investigación en abierto (ej. *Mendeley Data*) para favorecer la ciencia abierta. Los documentos de filiación que vinculen códigos con identidades serán destruidos de forma segura 5 años tras la conclusión del proyecto, conforme a la normativa vigente.

12. Calendario y cronograma.

Para garantizar la viabilidad y el correcto desarrollo del proyecto, se ha diseñado un cronograma de trabajo con una duración total estimada de 10 meses, estructurado en cuatro fases secuenciales (Anexo VII).

Fase 1: Preparación y aprobaciones (Meses 1 - 2)

- Mes 1: Presentación del protocolo al Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) para su evaluación. Presentación del proyecto a la Dirección del Centro de Salud y coordinación con el equipo de Atención Primaria (trabajadora social, medicina de familia) para solicitar su colaboración en la derivación de posibles candidatos.
- Mes 2: Obtención del dictamen favorable del CEIm. Preparación del material para los talleres, impresión de cuestionarios, hojas de información y consentimientos informados.

Fase 2: Trabajo de campo: Captación e Intervención (Meses 3 - 6)

- Mes 3 y 4: Inicio del reclutamiento mediante muestreo consecutivo en las consultas de enfermería. Comprobación de los criterios de

inclusión/exclusión. Firma de consentimientos informados y recogida de datos sociodemográficos y evaluación basal (T0) en ambos grupos.

- Mes 5 y 6: Desarrollo de la intervención comunitaria. Ejecución de las 6 sesiones semanales del taller de prescripción social y apoyo grupal con el grupo experimental en el centro de salud. Seguimiento habitual en consulta para el grupo control.

Fase 3: Evaluación post-intervención y análisis (Meses 7 - 8)

- Mes 7: Evaluación final (T1). Cumplimentación de las escalas UCLA y Zarit reducido a las dos semanas de finalizar la intervención en ambos grupos. Cierre de la recogida de datos.
- Mes 8: Volcado de datos. Creación y depuración de la base de datos anonimizada. Análisis estadístico descriptivo e inferencial utilizando el software Jamovi.

Fase 4: Redacción y difusión de resultados (Meses 9 - 10)

- Mes 9: Interpretación de los resultados estadísticos. Redacción del informe final de investigación y elaboración de conclusiones.
- Mes 10: Presentación de los resultados al equipo del Centro de Salud. Redacción de un artículo científico para su envío a revistas especializadas en Atención Primaria o Enfermería Comunitaria, y preparación de comunicaciones para congresos científicos.

13. Personal que participará.

Para la correcta ejecución de este proyecto, se conformará un equipo multidisciplinar coordinado desde la consulta de enfermería, compuesto por los siguientes perfiles:

- **Investigadora Principal:** La autora de este Trabajo Fin de Máster (Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria). Será responsable del diseño del estudio, la captación de pacientes, la facilitación de las 6 sesiones de los talleres grupales, la recogida de datos y el análisis estadístico final.

➤ **Personal colaborador del Centro de Salud:**

- Trabajador/a Social: Colaborará en la fase de mapeo de activos comunitarios y en la identificación de cuidadores en situación de riesgo social para su derivación al estudio.
- Equipo de Medicina y Enfermería de Familia: Ayudarán en la captación y derivación oportuna de los cuidadores principales que acudan a las consultas ordinarias y cumplan los criterios de inclusión.

14. Instalaciones e instrumentación.

El proyecto se desarrollará íntegramente en las instalaciones del Centro de Salud de Atención Primaria de Archena (Murcia), utilizando los recursos disponibles:

➤ **Instalaciones:**

- **Consulta de Enfermería:** Para la captación individual, entrega de hojas de información, firma de consentimientos informados y cumplimentación de las evaluaciones basales (T0) y finales (T1) garantizando la privacidad.
- **Sala de usos múltiples:** Espacio físico del centro de salud donde se llevarán a cabo las 6 sesiones grupales de la intervención.

➤ **Instrumentación y recursos materiales:**

- **Material fungible y reprografía:** Fotocopias de los Cuadernos de Recogida de Datos que incluirán el cuestionario sociodemográfico, la Escala de Soledad de UCLA y el Test de Zarit reducido, así como los Documentos de Consentimiento Informado.
- **Material audiovisual:** Ordenador portátil y proyector del centro de salud para la sesión de "mapeo de activos" de Archena así como pizarra, rotuladores y folios para las dinámicas grupales.
- **Equipamiento informático y software:** Ordenador personal de la IP para la creación de la base de datos anonimizada y el posterior análisis estadístico con JAMOVİ.

15. Presupuesto.

Aunque gran parte de los recursos son asumidos por el Sistema Murciano de Salud (SMS) al integrarse en la práctica clínica, resulta importante cuantificarlos a precios de mercado para certificar la viabilidad y facilitar la concurrencia a futuras convocatorias competitivas.

Para garantizar la viabilidad del proyecto en el Centro de Salud de Archena, se ha calculado una estimación de los costes derivados de los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios. El proyecto se considera económicamente viable y sostenible. El desglose detallado de las partidas económicas se detalla en el presupuesto (Anexo VIII).



16. Bibliografía.

1. Galvez-Hernandez P, González-de Paz L, Muntaner C. Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2022;12(2):e057729. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057729>
2. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. Estudio sobre la percepción de la soledad no deseada [Internet]. Soledades.es. [citado el 14 de marzo de 2026]. Madrid: Fundación ONCE; 2022. Disponible en: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_percepcion_social_soledad_v2.pdf
3. Ministerio de Sanidad. Guía de implementación de la Prescripción Social en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/saludComunitaria/docs/Guia_Prescripcion_Social_SNS.pdf
4. Vasileiou K, Barnett J, Barreto M, Vines J, Atkinson M, Lawson S, et al. Experiences of loneliness associated with being an informal caregiver: A qualitative investigation. *Front Psychol* [Internet]. 2017;8:585. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00585>
5. Parada-Rico DA, Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz OL. Loneliness, anxiety, and depression in adopting the family caregiver role of chronic patients. *Rev Cuid* [Internet]. 2023;14(1):e07. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2451>
6. Bonin-Guillaume S, Arlotto S, Blin A, Gentile S. Family caregiver's loneliness and related health factors: What can be changed? *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(12):7050. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19127050>
7. Davidson JR, Dickson C, Han H. Cognitive behavioural treatment for insomnia in primary care: a systematic review of sleep outcomes. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2019;69(686):e657–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp19X705065>

8. Barreto M, Victor C, Hammond C, Eccles A, Richins MT, Qualter P. Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2021;169(110066):110066. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2020.110066>
9. Kharicha K, Iliffe S, Manthorpe J, Chew-Graham CA, Cattan M, Goodman C, et al. What do older people experiencing loneliness think about primary care or community based interventions to reduce loneliness? A qualitative study in England. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2017;25(6):1733–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12438>
10. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen* [Internet]. 2016;42(3):177–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
11. Regueiro Martínez AA, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona SM, Ferreiro Cruz MC. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2007;39(4):185–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13100841>
12. La respuesta CQOPHPN o. NPEPCU, criterios: SLS. Instrucciones para el paciente: [Internet]. Huvn.es. [citado el 27 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria/archivos/publico/Cuestionarios/cuestionario_duke_unc.pdf
13. Jamovi - open statistical software for the desktop and cloud [Internet]. Jamovi.org. [citado el 27 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.jamovi.org>

17. Anexos.

Anexo I: Escala de Soledad de UCLA.

Por favor, indique con qué frecuencia se siente reflejado por las siguientes cuestiones.

Señale con un número del 1 al 4 cada una de ellas.

- 1. Indica: «me siendo así a menudo».
- 2. Indica: «me siento así con frecuencia».
- 3. Indica: «raramente me siento así».
- 4. Indica: «nunca me siento de ese modo».

Ítem	1-4
1. ¿Con qué frecuencia siente infeliz haciendo tantas cosas solo?	
2. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar?	
3. ¿Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo?	
4. ¿Con qué frecuencia siente que nadie le entiende?	
5. ¿Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba?	
6. ¿Con qué frecuencia se siente completamente solo?	

Ítem	1-4
7. ¿Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos?	
8. ¿Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía?	
9. ¿Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos?	
10. ¿Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás?	

Puntuación Total UCLA: _____ puntos



Anexo II: Test de Sobrecarga del Cuidador de Zarit reducido.

A continuación, se presenta una lista de cuestiones en las que se describe cómo se sienten a veces las personas que cuidan a otras. Marque la opción que mejor describa su situación.

Señale con un número del 1 al 5 cada una de ellas.

- 1. Indica: «nunca me siento así».
- 2. Indica: «casi nunca me siento así».
- 3. Indica: «a veces me siento así».
- 4. Indica: «frecuentemente me siento de ese modo».
- 5. Indica: «casi siempre me siento de ese modo».

Pregunta	1-5
1. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?	
2. ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (P. ej., con su familia o en el trabajo)	
3. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	
4. ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?	
5. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	

Pregunta	1-5
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?	
7. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?	

Puntuación Total Zarit reducido: _____ puntos.



Anexo III: Cuestionario Sociodemográfico y Clínico.

(A cumplimentar por la investigadora mediante entrevista y revisión de historia clínica)

A. Datos del Cuidador Familiar

1. Edad: _____ años
2. Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
3. Parentesco con la persona cuidada:
☐ Hijo/a ☐ Esposo/a ☐ Hermano/a ☐ Otro: _____
4. Nivel socioeconómico percibido:
☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto
5. Tiempo promedio dedicado al cuidado diario: _____ horas/día

B. Datos Clínicos del Paciente Cuidado (A extraer de OMI-AP / Historia Clínica)

6. Nivel de dependencia (Índice de Barthel): _____ puntos.

(Clasificación: Dependencia total <20; Severa 20-35; Moderada 40-55; Leve ≥60)

7. Complejidad clínica según Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA):

- ☐ Complejidad Baja (GMA 1-2)
- ☐ Complejidad Media (GMA 3)
- ☐ Complejidad Alta (GMA 4)

Anexo IV: Documento de Consentimiento Informado (CI).

Código de Identificación del Participante: _____

Yo, _____ D./Dña.

_____, con DNI/NIE _____, he leído la Hoja de Información al Participante que se me ha entregado sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el proyecto y todas mis dudas han sido respondidas de manera satisfactoria por la enfermera investigadora.

Comprendo que mi participación es completamente voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo decida, sin tener que dar explicaciones y sin sufrir ninguna penalización en mis cuidados asistenciales.

Sé que mis datos personales serán confidenciales y estarán protegidos conforme a la legislación vigente (LOPDGDD 3/2018).

En consecuencia, expreso libremente mi conformidad para participar en el proyecto de investigación.

Firma del Participante:

Firma de la
Investigadora:

Fdo.:

Fdo.: Paula Nicolás
González

Fecha: ____ / ____ / 2026

Fecha: ____ / ____ /
2026

Anexo V: Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC.

Indique la respuesta que más se aproxime a su realidad respecto al apoyo con el que cuenta.

Señale con un número del 1 al 5 cada una de ellas.

- 1. Indica: «mucho menos de lo que deseo».
- 2. Indica: «menos de lo que deseo».
- 3. Indica: «ni mucho ni poco».
- 4. Indica: «casi como deseo».
- 5. Indica: «tanto como deseo».

Afirmación	1-5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.	
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.	
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	
5. Recibo amor y afecto	
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	

Afirmación	1-5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	

Puntuación Total Duke-UNC: _____ puntos.



Anexo VI: Hoja de Información al Participante (HIP)

Título del proyecto: Eficacia de una intervención de Enfermería Familiar y Comunitaria basada en la prescripción social y el apoyo grupal en la reducción de la soledad no deseada y sobrecarga del cuidador familiar: un estudio cuasiexperimental.

Investigadora Principal: Paula Nicolás González

Centro de Investigación: Zona Básica de Salud de Archena (Centro de Salud de Archena)

Le invitamos a participar en el estudio de investigación arriba mencionado. Su participación es totalmente voluntaria. Antes de decidir si desea participar, es importante que entienda por qué se realiza esta investigación y en qué consistirá. Por favor, lea esta hoja con atención.

1. ¿Cuál es el objetivo del estudio?

El objetivo principal es evaluar si un programa de intervención comunitaria (basado en talleres de apoyo grupal y el uso de recursos y actividades de su barrio o municipio, lo que llamamos prescripción social) es eficaz para disminuir el sentimiento de soledad y la sobrecarga que a menudo experimentan los cuidadores familiares de personas dependientes.

2. ¿En qué consiste mi participación?

Si acepta participar de forma voluntaria, será asignado a uno de los dos grupos del estudio:

- Grupo de Intervención: Participará en un programa de 6 talleres grupales (una sesión semanal de 90 minutos de duración). En ellos se compartirán experiencias y se le conectará con activos de salud y actividades comunitarias de Archena.
- Grupo Control: Continuará recibiendo el seguimiento y la atención enfermera habitual programada por su centro de salud.

En ambos grupos, la enfermera investigadora le realizará una serie de preguntas mediante cuestionarios en dos momentos: al inicio del estudio (antes de empezar los talleres) y al finalizar el periodo de 6 semanas.

3. ¿Qué riesgos y beneficios tiene?

El estudio no implica ningún riesgo físico ni toma de medicamentos. El principal beneficio potencial es adquirir herramientas de afrontamiento, tejer redes de apoyo con otros cuidadores en su misma situación y disminuir el aislamiento social. Los resultados ayudarán a mejorar la atención que la enfermería comunitaria presta a los cuidadores familiares.

4. Confidencialidad y Protección de Datos

Todos los datos recogidos serán tratados de forma estrictamente confidencial. Su identidad será anonimizada mediante la asignación de un código numérico, de modo que nadie ajeno a la investigación pueda relacionar sus respuestas con su nombre. El tratamiento de sus datos se ajustará estrictamente a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD).

5. Derecho a retirarse del estudio

Usted es libre de retirar su consentimiento y abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto afecte en absoluto a la calidad de la asistencia sanitaria que recibe en su centro de salud.

Si tiene cualquier duda, puede ponerse en contacto con la enfermera responsable del proyecto en el Centro de Salud de Archen

ANEXO VII: Cronograma de trabajo.

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10
FASE 1: Preparación y aprobaciones.										
• Presentación del protocolo al CEIm y presentación del proyecto a la Dirección del Centro de Salud.										
• Obtención del dictamen favorable del CEIm. Preparación del material para los talleres.										
FASE 2: Trabajo de campo.										
• Inicio del reclutamiento en las consultas de enfermería. Firma de CI, recogida de datos y evaluación basal (T0) en ambos grupos.										
• Desarrollo de la intervención comunitaria con el grupo experimental.										
FASE 3: Evaluación post-intervención y análisis.										
• Evaluación final (T1). Cumplimentación de las escalas UCLA y Zarit reducido. Cierre de la recogida de datos.										
• Volcado de datos. Creación y depuración de la base de datos anonimizada. Análisis estadístico con el software Jamovi.										
FASE 4: Redacción y difusión de resultados.										
• Interpretación de los resultados estadísticos. Redacción del informe final y elaboración de conclusiones.										
• Presentación de los resultados al equipo del Centro de Salud. Redacción de un artículo científico y preparación de comunicaciones para congresos científicos.										

Anexo VIII: Presupuesto estimado del Proyecto de Investigación.

Concepto	Detalle	Coste Estimado
PERSONAL	Apoyo técnico: Contratación de un técnico de apoyo a la investigación (4 meses a tiempo parcial) para la grabación de datos, soporte en talleres y gestión de citas.	2.400 €
BIENES Y SERVICIOS (FUNGIBLE)	Material de intervención: Material de papelería, impresión de guías de activos, y <i>coffee-break</i> saludable para las 6 sesiones grupales.	450 €
	Material de evaluación: Reproducción de kits de cuestionarios validados (UCLA, Zarit, etc.) para 60 sujetos en dos tiempos (120 kits).	120€
VIAJES Y DIETAS	Difusión: Inscripción, desplazamiento y alojamiento para la presentación de resultados en el Congreso Nacional de Enfermería Familiar y Comunitaria (ASANEC/FAECAP).	850 €
PUBLICACIONES (APC)	Transferencia: Gastos de publicación en revista de primer cuartil (Q1) con acceso abierto (Open Access) tipo <i>Journal of Advanced Nursing</i> o <i>BMJ Open</i> .	2.800 €
EQUIPAMIENTO	Software: Licencia anual de software de análisis de datos (SPSS o versión profesional de Jamovi Cloud) y grabadora digital para posibles sesiones cualitativas.	350 €
GASTOS INDIRECTOS (21%)	Gastos estructurales del centro (luz, limpieza, administración) gestionados por la institución.	1.463,70 €
TOTAL DEL PROYECTO		8.433,70 €