

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**“Vivencia de la soledad no deseada en
personas mayores de 65 años: un
estudio cualitativo en Atención
Primaria”.**

Alumno: Robles Pérez, Lorena

Tutora: Noreña Peña, Ana Lucía.

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2025-2026



INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

Elche, 11 de Mayo de 2026

Nombre del tutor/a:	ANA LUCIA NOREÑA PEÑA
Nombre del estudiante:	LORENA ROBLES PÉREZ
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
Título	“Vivencia de la soledad no deseada en personas mayores de 65 años: un estudio cualitativo en Atención Primaria”
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260506005331
Código de autorización COIR	TFM.MPA.ALN.LRP.260506
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: “Vivencias de la soledad no deseada en personas mayores de 65 años: un estudio cualitativo en Atención Primaria”. TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)”, habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, se autoriza la realización de la presente actividad. Atentamente,

Oficina de Investigación Responsable. Vicerrectorado de Investigación y Transferencia.

RESUMEN

La soledad no deseada en personas mayores de 65 años constituye un problema de salud pública multidimensional y emergente, asociado significativamente al deterioro cognitivo, enfermedades cardiovasculares y un aumento de la frecuencia de hospitalizaciones. En el ámbito de la Atención Primaria, este fenómeno es considerado uno de los "nuevos gigantes geriátricos", lo que demanda un cambio hacia modelos de atención proactivos que trasciendan el enfoque cuantitativo predominante y profundicen en la vivencia subjetiva del individuo.

El objetivo de este estudio es explorar el significado de la soledad no deseada en personas mayores de 65 años en Atención Primaria, identificando los factores contextuales, los recursos personales y las necesidades de apoyo percibidas desde la enfermería comunitaria. Para ello, se plantea una investigación cualitativa con diseño descriptivo-exploratorio bajo el paradigma interpretativo, que se llevará a cabo en el Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera con una duración prevista de 24 meses.

La población de estudio consistirá en pacientes de 65 años o más que refieran soledad no deseada, verificada mediante la escala UCLA-3. Se empleará un muestreo intencional no probabilístico hasta alcanzar la saturación de datos, estimando una muestra de entre 25 y 30 participantes. La recogida de información se realizará a través de entrevistas individuales semiestructuradas y el uso de un diario de campo. Los datos serán procesados mediante un análisis temático interpretativo de lógica inductiva utilizando el software ATLAS.ti v.23.

Este estudio permitirá generar conocimiento para diseñar intervenciones de enfermería más proactivas y centradas en la persona, facilitando la coordinación con activos comunitarios y promoviendo un envejecimiento saludable y equitativo

Palabras clave: Soledad no deseada, personas mayores, enfermería comunitaria, Atención Primaria, estudio cualitativo.

ABSTRACT

Unwanted loneliness in individuals over 65 years of age is a multidimensional and emerging public health issue, significantly associated with cognitive decline, cardiovascular diseases, and increased hospitalization rates. Within Primary Care, this phenomenon is regarded as one of the "new geriatric giants," necessitating a shift toward proactive care models that move beyond the predominant quantitative focus and delve into the individual's subjective experience.

The objective of this study is to explore the meaning of unwanted loneliness in people over 65 in Primary Care, identifying contextual factors, personal resources, and perceived support needs from community nursing. To this end, a qualitative research project with a descriptive-exploratory design under the interpretive paradigm is proposed, to be conducted at the Alcantarilla-Sangonera Health Center over a 24-month period.

The study population will consist of patients aged 65 or older who report unwanted loneliness, verified by the UCLA-3 scale. Non-probabilistic purposive sampling will be employed until data saturation is reached, with an estimated sample of 25 to 30 participants. Data collection will be carried out through individual semi-structured interviews and the use of a field diary. Data will be processed using interpretive thematic analysis with inductive logic using ATLAS.ti v.23 software.

This study will generate knowledge to design more proactive, person-centered nursing interventions, facilitating coordination with community assets and promoting healthy and equitable aging

Keywords: Unwanted loneliness, older adults, community nursing, primary care, qualitative study.

Tabla de contenido

<i>ANTECEDENTE Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA</i>	5
<i>JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO</i>	9
<i>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</i>	11
<i>PREGUNTA EN FORMATO PICO</i>	12
<i>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</i>	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
<i>PARTICIPANTES Y MÉTODO</i>	13
<i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</i>	15
Criterios de inclusión	15
Criterios de exclusión	15
<i>MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA</i>	16
<i>TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS</i>	16
<i>ANÁLISIS</i>	17
<i>APLICABILIDAD DEL ESTUDIO</i>	18
<i>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EMPLEADA</i>	18
<i>LIIMITACIONES Y VENTAJAS</i>	19
<i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	21
<i>CALENDARIO Y CRONOGRAMA</i>	22
<i>PERSONAL</i>	22
<i>INSTALACIONES E INSTRUMENTACIONES</i>	23
<i>PRESUPUESTO</i>	24
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	25
<i>ANEXOS</i>	29
Anexo 1- Escala Corta de Valoración de la Soledad (UCLA-3)	29
Anexo 2- Guion de Entrevista Semiestructurada.	30
Anexo 3 – Carta de Presentación del Proyecto de Investigación	32
Anexo 4 – Consentimiento Informado del Participante.	37
Anexo 5 – Solicitud de Investigación del Comité de Ética del Área I del Servicio Murciano de Salud	39

ANTECEDENTE Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En las últimas décadas, la soledad en las personas mayores ha sido reconocida como un fenómeno complejo y multidimensional que constituye un importante problema de salud pública^{1,2}. Esta problemática ha adquirido una relevancia creciente, impulsada especialmente por el impacto de la pandemia de la COVID-19 y el contexto de una sociedad en progresivo envejecimiento³.

La soledad emerge cuando la persona experimenta una discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las que realmente tiene, ya sea en cantidad amigos/as o en la calidad de las relaciones⁴. Por tanto, se distingue entre soledad emocional (falta de una figura de apego) y soledad social (ausencia de una red social)⁵.

En este sentido, si se tiene en cuenta la teoría clásica de Weiss (1973)^{4,5}, el sentimiento de soledad, profundamente subjetivo, no solo afecta al bienestar emocional y psicológico de quienes lo experimentan⁶, sino que también tiene implicaciones significativas en su salud física y en la calidad de vida de las personas mayores^{5,7}. El envejecimiento implica diversos cambios, como la pérdida de roles sociales, la aparición de enfermedades crónicas y el fallecimiento de personas cercanas, que pueden aumentar la vulnerabilidad que conlleva la soledad en adultos mayores^{8,9}.

Para comprender mejor este fenómeno, diferentes marcos teóricos han aportado explicaciones complementarias. De este modo, las personas mayores tienden a centrarse en relaciones más significativas desde el punto de vista de las emociones. Sin embargo, esto conlleva una alta probabilidad que se reduzcan el número de interacciones sociales, aunque por el contrario suelen aumentar su calidad, factor que convierte a este aspecto en un elemento clave frente a cómo las personas mayores experimentan la soledad⁸.

En la misma línea explicativa, la literatura sobre envejecimiento y soledad señala que cada persona mayor se encuentra inmersa en una red de relaciones — familia, amistades y vecinos— que contribuyen a proporcionar apoyo emocional, ayuda práctica y sentido de pertenencia, aspectos que influyen de forma relevante en su experiencia de soledad y bienestar⁵. Con el paso de los años,

estas redes pueden llegar a modificarse, casi siempre por pérdidas o problemas de salud latentes, lo que influye en la intensidad con la que las personas mayores experimentan la soledad^{5,10}.

Desde una perspectiva empírica, diversos estudios^{11,12} han analizado la soledad en la vejez, identificando cinco grandes grupos de factores asociados. En primer lugar, los factores sociodemográficos, tales como: ser mujer (grupo que representa la mayoría de las personas mayores que viven solas en España), tener más de 80 años o contar con bajos ingresos económicos. En segundo lugar, la forma de convivencia es un factor de riesgo importante, siendo el hecho de vivir solo uno de los principales determinantes de soledad en la población mayor. En España, según datos de 2018, más de 2,1 millones de personas mayores de 65 años viven solas, lo que refuerza la necesidad de considerar a este grupo como especialmente vulnerable al aislamiento y a la soledad no deseada¹³.

De otra parte, la salud y la autonomía son factores determinantes para la participación social y la calidad de vida en la población mayor. Junto a ellos, otros condicionantes como la movilidad limitada, las caídas o la incontinencia urinaria, restringen la capacidad de las personas mayores para salir de casa, mantener contactos sociales y participar en actividades comunitarias, favoreciendo así el aislamiento social y la soledad percibida¹³.

En el plano emocional, la pérdida del cónyuge en edades avanzadas presenta una asociación crítica con la soledad emocional, ya que supone la ruptura de la principal relación de apego y compañía, lo que suele conllevar una intensificación de la sensación de vacío, abandono y falta de apoyo afectivo, especialmente cuando la red de apoyo social se encuentra reducida^{7,14,15}. Por último, el entorno físico y social del adulto mayor puede facilitar o dificultar su participación social, con un impacto directo en la experiencia de soledad. La percepción de inseguridad en la comunidad o la falta de acceso a un transporte público adecuado limitan la movilidad y la posibilidad de salir de casa, visitar a familiares o participar en actividades comunitarias, lo que incrementa la sensación de aislamiento y soledad en la población mayor^{16,17}.

Históricamente, el abordaje de la soledad y el aislamiento social en España ha sido de carácter reactivo, centrado principalmente en el acompañamiento puntual a personas mayores a través de programas de voluntariado y en la puesta en marcha de planes estatales de acompañamiento y prevención impulsados por organizaciones como la Cruz Roja, que se activan ante situaciones concretas de vulnerabilidad social o soledad detectada^{5,18}. Frente a este modelo de voluntariado, la tendencia internacional está virando hacia enfoques proactivos y actuaciones prácticas para llevar a cabo en centros de salud. Entre ellos destaca el proyecto U-PROFIT en los Países Bajos; esta intervención, liderada por enfermería, ha demostrado ser eficaz para reducir el declive funcional y mejorar el coste-efectividad del sistema de atención a personas mayores por su fragilidad y dependencia¹⁹.

A nivel de España, en la Comunidad Valenciana, programas como Acompaña-Té, desarrollado en Elche, se consideran innovadores porque combina el acompañamiento social a personas mayores con intervenciones de carácter psicológico sencillas, como la activación conductual —que fomenta la realización progresiva de actividades cotidianas, sociales y placenteras para reducir inactividad y aislamiento— y el entrenamiento atribucional, orientado a ayudar a las personas a interpretar los acontecimientos atribuyéndolos a factores controlables, como el esfuerzo, en lugar de a la incapacidad, lo que refuerza la percepción de autonomía y bienestar durante el envejecimiento²⁰.

Este cambio de paradigma hacia la proactividad sitúa a los profesionales de Atención Primaria en el centro de la estrategia de detección y abordaje de la soledad y el aislamiento social. Estos profesionales ocupan una posición estratégica para la detección precoz de la soledad, ya que la consulta de Atención Primaria permite identificar, junto a las patologías físicas, los determinantes psicosociales asociados al aislamiento, tales como la pérdida de redes sociales, la soledad habitacional o la disminución de la participación comunitaria. La relación estable y repetida entre el profesional de Atención Primaria y la persona mayor facilita la expresión de necesidades emocionales y sociales, lo que hace que, en muchos casos, la consulta se convierta en un referente de apoyo social y de proximidad emocional para el adulto mayor^{15,21}.

A pesar de que el sistema de salud se posiciona como un eje vertebrador en la vida de las personas mayores^{22,23}, la respuesta institucional ante la soledad y el aislamiento social sigue siendo heterogénea^{23,24}. La complejidad de estos fenómenos radica en que no actúan de forma aislada, sino que se retroalimentan con los determinantes sociales de la salud^{11,12}. En este contexto, la labor de la enfermería familiar y comunitaria trasciende la atención clínica convencional, exigiendo una mirada profunda hacia los mecanismos que sostienen la conexión social^{5,20}.

En este sentido, resulta fundamental diferenciar conceptualmente ambos fenómenos. La soledad no es simplemente una consecuencia del envejecimiento, sino una experiencia subjetiva moldeada por la trayectoria vital del individuo y su interacción con el entorno. Mientras que el aislamiento social puede medirse de forma objetiva mediante la densidad de las redes de apoyo y la frecuencia de los contactos, la soledad se fundamenta en la percepción de la calidad de estos vínculos^{3,10}.

Esta distinción es vital en la práctica diaria: un paciente puede acudir con frecuencia a la consulta de enfermería no solo por una demanda clínica, sino como una estrategia para mitigar un déficit relacional que el sistema a menudo no alcanza a codificar correctamente^{9,16,23}.

La literatura indica que el riesgo de soledad percibida es uniforme en toda Europa, revelando importantes diferencias según el país, el contexto socioeconómico y el grupo de edad. Diversos estudios muestran que, aproximadamente, entre el 13 % y el 20 % de la población adulta de la Unión Europea declara sentirse sola con frecuencia, con mayores tasas entre las personas mayores, particularmente en países del sur y de Europa central. Esta distribución desigual evidencia desigualdades estructurales profundas, ligadas a la pobreza, la vivienda, el empleo y la cohesión social, que la enfermería comunitaria debe identificar y considerar en el abordaje del paciente, con el fin de evitar que el aislamiento social se convierta en un factor de exclusión sanitaria y social^{12,20}. Por ello, es imperativo que los servicios de salud no solo actúen como puntos de contacto social, sino como facilitadores de redes de apoyo que

salvaguarden la red de apoyo social de cada individuo, protegiendo sus relaciones significativas frente a los desafíos del envejecimiento^{9,15}.

La pertinencia de esta investigación se sustenta en la gravedad de las repercusiones que la soledad y el aislamiento social proyectan sobre la salud pública y el bienestar individual de la población de las personas mayores. Más allá de su consideración como fenómeno social, la evidencia científica ha demostrado que constituyen determinantes críticos de la salud con consecuencias clínicas tangibles^{1,7,15,21}.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El metaanálisis de Holt-Lunstad et al. (2015) sitúa a la soledad y el aislamiento como factores de riesgo de mortalidad en adultos mayores comparables a indicadores conductuales consolidados, como el tabaquismo o la obesidad en la población adulta¹. Esta equiparación epidemiológica obliga a los sistemas sanitarios a abandonar la visión de la soledad como una circunstancia inherente al envejecimiento, abordándola como un problema de salud susceptible de detección, prevención e intervención estructurada^{2,9}.

El impacto de la desconexión social no se limita al plano psicológico, sino que se manifiesta mediante mecanismos neuroendocrinos y fisiopatológicos que deterioran progresivamente la salud física⁵. La literatura científica ha demostrado su asociación con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo y depresión¹⁴, así como con un incremento en la utilización de recursos sanitarios, incluyendo hospitalizaciones y servicios de urgencias². Desde la perspectiva de la sostenibilidad del sistema sanitario, estas consecuencias refuerzan la necesidad de intervenciones tempranas y coste-efectivas^{2,9}.

Asimismo, los datos europeos advierten que la soledad no afecta de manera homogénea a la población, sino que se encuentra estrechamente vinculada a desigualdades socioeconómicas¹¹. Esta distribución inequitativa de recursos exige que las estrategias de abordaje incorporen un enfoque de equidad en salud, entendida como la búsqueda de oportunidades justas para que todas las personas accedan a los recursos, apoyos y cuidados necesarios. Desde el

ámbito comunitario, este enfoque resulta especialmente relevante, ya que permite diseñar intervenciones dirigidas a quienes presentan mayor vulnerabilidad, evitando que el aislamiento se consolide como un factor de exclusión sanitaria y social¹².

La literatura reciente ha comenzado a catalogar estos fenómenos como los “nuevos gigantes geriátricos”¹⁵, lo que implica la necesidad de integrar el cribado sistemático de la conexión social, entendido como la inclusión rutinaria de preguntas breves y estandarizadas sobre red de apoyo, frecuencia de contacto social y percepción de soledad, con el fin de identificar precozmente a las personas mayores en riesgo de soledad no deseada o aislamiento social en la práctica clínica habitual⁹. En esta línea, tanto la Acción Conjunta Europea ADVANTAGE como la Organización Mundial de la Salud recomiendan reforzar el papel de la Atención Primaria mediante estrategias tales como: la prescripción social, que consiste en conectar a las personas mayores con activos comunitarios antes de que la desconexión social y la soledad evolucione precisamente hacia un deterioro funcional^{9,15}.

Aunque numerosos estudios^{1,2,9,14} han analizado la prevalencia y las consecuencias de la soledad en la población mayor, la mayoría se han centrado en enfoques cuantitativos. Existe todavía una limitada comprensión de la experiencia subjetiva de la soledad y de las estrategias que las personas mayores utilizan para afrontarla¹⁶.

No obstante, la originalidad del presente proyecto de investigación radica en superar el enfoque cuantitativo que hasta el momento es predominante en la literatura. Si bien el impacto en la mortalidad y la prevalencia están ampliamente documentados^{1,2}, existe un vacío de conocimiento sobre la vivencia del adulto mayor frente a su soledad percibida. Frente a este aspecto, es fundamental comprender qué significado atribuye la persona a su experiencia y qué estrategias íntimas desarrolla para gestionarla⁹.

Además, diversas investigaciones^{5,24,7,9} señalan que muchas de las intervenciones actuales en soledad y aislamiento social se desarrollan sin una base teórica explícita, lo que pone de manifiesto la necesidad de modelos más integrales que articulen de forma más efectiva el sector sanitario con los recursos

comunitarios. En este contexto, se ha observado que las intervenciones lideradas por enfermería, especialmente cuando incorporan un enfoque proactivo y se dirigen a barreras estructurales y domiciliarias (como el acceso a recursos, la movilidad o las condiciones de vivienda), tienden a favorecer la adherencia terapéutica y el bienestar emocional, si bien se requiere profundizar en su diseño y en su marco teórico para generalizar estos hallazgos^{19,20}.

Es por ello por lo que la promoción de un envejecimiento saludable requiere el desarrollo de estrategias coordinadas, proactivas y basadas en la evidencia científica, capaces de abordar la soledad y el aislamiento social como determinantes emergentes del bienestar humano en el siglo XXI^{1,2,9}.

Esta complejidad justifica la aproximación cualitativa del presente estudio, orientada a explorar las vivencias subjetivas de soledad percibida en el adulto mayor, así como las necesidades que perciben en relación con este fenómeno. El objetivo principal consiste en comprender cómo viven y experimentan la soledad estas personas, más allá de su dimensión individual, para aportar elementos que puedan enriquecer la práctica de enfermería comunitaria. Los resultados podrían ser útiles para identificar características de las intervenciones de enfermería que resulten más proactivas, centradas en la persona y sensibles a las necesidades expresadas por los participantes, dentro de los límites y recursos propios de este ámbito.

Por todo ello, abordar la soledad en el adulto mayor requiere una perspectiva que integre las condiciones estructurales (nivel socioeconómico, estado de salud, brecha digital), los factores relacionales (familia, amistades, redes de apoyo) y la dimensión psicosocial (actitudes, resiliencia, espiritualidad).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta que guía este estudio es: ¿Qué significado atribuyen a la soledad no deseada las personas mayores de 65 años en Atención Primaria y cuáles son las necesidades de apoyo percibidas?

A través de este interrogante, se pretenden explorar los ejes que configuran este fenómeno. En primer lugar, se busca comprender la vivencia subjetiva del adulto mayor, siendo apropiado a nivel teórico, distinguir entre la soledad emocional, vinculada a la falta de figuras de apego, y la soledad social, referida a la ausencia de una red comunitaria.

Asimismo, el estudio explora los factores influyentes en esta experiencia, considerando para el análisis posterior de los datos elementos críticos como la salud física, el grado de autonomía, las características del entorno del barrio y la red de apoyo social que presentan cada individuo.

Finalmente, es interesante conocer qué mecanismos activan los propios participantes para gestionar su situación y qué apoyos consideran prioritarios para mejorar su bienestar y calidad de vida.

Esta pregunta ayuda en constructos importantes dentro de la enfermería familiar y comunitaria, dado que permite explorar un fenómeno actual tal y como lo es la soledad no deseada y el aislamiento social en las personas mayores. Enfermería ocupa una posición estratégica en los centros de salud por lo que el desarrollo de este estudio permite comprender estas vivencias y orientar intervenciones ajustadas a las necesidades reales de los adultos mayores.

PREGUNTA EN FORMATO PICO.

P (Población): Personas mayores ≥ 65 años que refieren sentir soledad no deseada pertenecientes al cupo del Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera.

I (Interés fenomenológico): Vivencia subjetiva, significados atribuidos, y necesidades de apoyo percibidas ante la soledad no deseada.

Co (Contexto específico): Práctica de enfermería familiar y comunitaria en Atención Primaria.

La pregunta en formato PICO: ¿Qué significado atribuyen a la soledad no deseada las personas mayores de 65 años en Atención Primaria y cuáles son las necesidades de apoyo percibidas?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Explorar el significado de la soledad no deseada en personas mayores de 65 años

Este fenómeno se explorará en un contexto de atención primaria con el fin de reconocer aquellos factores, recursos y necesidades que median en este significado.

Objetivos específicos:

1. Explorar los factores contextuales que atribuyen los adultos mayores a su experiencia de soledad no deseada.
2. Identificar los recursos personales que emplean los adultos mayores ante la soledad no deseada.
3. Establecer cuáles son las necesidades de apoyo percibidas por los adultos mayores desde la Atención Primaria de enfermería.

PARTICIPANTES Y MÉTODO

La presente investigación adoptará un enfoque metodológico cualitativo, con un diseño descriptivo-exploratorio, orientado a comprender la experiencia de la soledad no deseada en personas mayores de 65 años adscritas a Atención Primaria. Esta aproximación resulta pertinente dado que el fenómeno estudiado trasciende las variables objetivas y requiere explorar los significados, percepciones y necesidades de apoyo que los propios participantes atribuyen a su vivencia¹⁸. El estudio se enmarca en el paradigma interpretativo²⁵, al concebir la soledad como una experiencia subjetiva que se configura a partir de la interacción entre la persona y la valoración que esta realiza sobre su red social, su estado de salud y su contexto vital^{4,10,18}.

El trabajo de campo se llevará a cabo en el Centro de Salud de Alcantarilla-Sangonera, un entorno de Atención Primaria especialmente idóneo para este

propósito. Este ámbito asistencial no solo facilita la exploración de las vivencias de soledad no deseada en población mayor, sino que también permite acceder a participantes con perfiles heterogéneos en cuanto a modalidad de convivencia (solos, en pareja, con familia), grado de autonomía funcional, nivel de apoyo social y condiciones de vida.

La población de estudio estará formada por personas mayores de 65 años adscritas a dicho centro. Con el objetivo de recolectar la muestra se le solicitará a la supervisora de enfermería, quien actuará como informante clave, que nos garantice acceso a la población. Esto se conseguirá debido a la gestión de las enfermeras que formen parte del centro, indicando a la investigadora principal quienes serán los adultos mayores susceptibles de participar en el presente estudio.

Aunque la investigadora principal pertenece al mismo centro de salud, no seleccionará directamente a los participantes. Otros profesionales de enfermería identificarán a las personas mayores que refieran soledad no deseada en consulta, evitando que la relación asistencial previa influya en la decisión de participar de los pacientes.

Con el fin de confirmar que realmente se trata de soledad no deseada y no de un aislamiento temporal o inevitable, a todas las personas preseleccionadas se les administrará el cuestionario de UCLA-3 (Anexo 1), que se utilizará como instrumento estandarizado de valoración de este fenómeno. Esta escala consta de 3 ítems y explora la frecuencia con la que la persona percibe falta de compañía, exclusión y aislamiento social. Además, se buscará la inclusión de participantes con características variadas que enriquezcan la comprensión del fenómeno, como las personas mayores de 80 años, mujeres que viven solas y personas con limitaciones en su autonomía o en su estado de salud.

La selección de participantes tendrá como objetivo recoger una diversidad de discursos que permita una comprensión amplia, detallada y contextualizada de fenómeno, considerando las diversas características que presente cada individuo que participe de la investigación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para garantizar que los participantes puedan aportar un relato denso y significativo sobre su experiencia de soledad no deseada, se establecerán:

Criterios de inclusión:

- a) Personas de 65 años o más pertenecientes al cupo del Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera.
- b) Presentar sentimientos de soledad no deseada. Este criterio se identificará a través de la aplicación de la escala UCLA-3.
- c) Capacidad cognitiva conservada que permita la expresión de sus vivencias y la participación en una entrevista profunda.
- d) Firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- a) Aquellos que, a pesar de cumplir la edad, presenten patologías agudas o situaciones de crisis reciente (duelo inmediato de menos de 6 meses) que puedan sesgar la percepción habitual de su red social.
- b) Personas con barreras idiomáticas
- c) Negativa a participar en el estudio.

Con el fin de contextualizar las experiencias narradas, se recogerán variables de caracterización sobre:

- Datos demográficos: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación previa y situación socioeconómica, considerando ingreso de pensión, ayuda pública o pensión de viudedad.
- Forma de convivencia: vivir solo o acompañado.
- Salud y autonomía: presencia de enfermedades crónicas referidas por el paciente, nivel de movilidad (uso de dispositivos de ayuda), recursos sanitarios en función de grado de dependencia o incapacidad asociado al estado de salud y el contexto de residencia, si urbano o rural.
- Entorno: características del barrio y accesibilidad al transporte. Estos datos se obtendrán a través del Instituto Nacional de Estadística (INE), mediante la explotación de los Censos de Población y Viviendas y de los indicadores

urbanos disponibles en INEbase (https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735572981) lo que permitirá obtener información sobre censo por barrios o secciones, densidad poblacional y patrones de uso del transporte.

MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para llevar a cabo el presente estudio se empleará un muestreo intencional no probabilístico²⁵, seleccionando a los participantes en consulta, en función de su capacidad para aportar información relevante sobre el fenómeno de estudio.

Bajo esta premisa, el tamaño de la muestra no se determinará de forma rígida, sino que vendrá definido por el criterio de saturación de datos. No obstante, de manera orientativa, se prevé una muestra aproximada de entre 25 y 30 participantes, considerada suficiente para alcanzar la saturación cualitativa, además de profundidad analítica y garantizar variabilidad del estudio²⁵.

TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

El diseño metodológico integra entrevistas semiestructuradas (Anexo 2). La realización de dicha técnica es apropiada para explorar una experiencia subjetiva e íntima como la soledad no deseada, ya que favorece un discurso libre, flexible y suficientemente detallado¹⁸, al tiempo que mantiene una orientación temática vinculada a los objetivos del estudio.

La entrevista se organizará a partir de un guion abierto que abordará, al menos, la vivencia de la soledad, los factores que la influyen y las necesidades de apoyo percibidas. Tendrán una duración aproximadamente de 45 a 60 min y se desarrollará en un espacio tranquilo, privado y adecuado para garantizar la comodidad y confidencialidad de los participantes.

Cada sesión comenzará con una presentación detallada de la investigación; este paso es fundamental para que los participantes perciban el valor de su

testimonio. A continuación, se hará entrega de una carta de presentación formal donde se detallarán los propósitos y objetivos del proyecto (Anexo 3).

En este mismo acto, se solicitará la firma del consentimiento informado (Anexo 4), documento indispensable para la recolección de los datos, permite a los investigadores proceder a la grabación de audio de las sesiones facilita la transcripción literal y posterior análisis. Asimismo, durante la recogida de datos se elaborará un diario de campo con observaciones relevantes sobre el contexto, la comunicación no verbal y otros elementos susceptibles de enriquecer la interpretación de datos.

Por último, se indicará a los entrevistados su derecho a abandonar el estudio o interrumpir la entrevista en cualquier momento, sin necesidad de justificación y sin que ello afecte a su atención sanitaria.

ANÁLISIS

El análisis de datos se llevará a cabo mediante un análisis temático interpretativo de lógica inductiva¹⁸ debido a que este enfoque permite que las categorías y los significados emerjan directamente de los relatos de los participantes, sin imponer marcos teóricos previos. Los datos se analizarán con el software ATLAS.ti (v.23), se obtendrán de la transcripción literal y posterior lectura exhaustiva de las entrevistas. Este proceso permitirá identificar unidades de significado y categorías emergentes a través de una comparación constante.

Para garantizar el rigor del estudio, se aplicarán criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad²⁵. La credibilidad se reforzará mediante la triangulación interna y la validación con los participantes, quienes tras cada sesión podrán confirmar o matizar sus vivencias para asegurar que el relato sea fiel a su realidad. Además, los resultados preliminares se contrastarán con el equipo del Centro de Salud de Alcantarilla-Sangonera para consolidar la calidad interpretativa desde la práctica clínica.

Por último, la transferibilidad se facilitará mediante una descripción minuciosa del contexto y la muestra, permitiendo evaluar la aplicabilidad del estudio en

entornos similares. La dependencia y confirmabilidad quedarán garantizadas por el registro sistemático de decisiones en un diario de campo y la supervisión continua del equipo de investigación. Este proceso culminará en una interpretación comprensiva de la soledad en la población mayor, analizando sus factores condicionantes y las necesidades de apoyo desde Atención Primaria.

APLICABILIDAD DEL ESTUDIO

Desde una perspectiva asistencial, los hallazgos podrán ponerse al servicio de la comunidad científica con el fin de aportar conocimiento acerca del fenómeno de la soledad no deseada en personas mayores.

En el ámbito organizativo, el estudio puede llegar a ofrecer información útil para analizar en enfermería la planificación de estrategias comunitarias, para fomentar la coordinación con otros profesionales y favorecer el desarrollo de intervenciones con prescripción social o de conexión con activos comunitarios.

Por último, el conocimiento generado podrá servir como base para futuras líneas de investigación e intervención en contextos similares, contribuyendo a consolidar una atención más proactiva, integral y sensible a las necesidades emocionales y sociales de la población mayor.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EMPLEADA

Se realizó una revisión sistemática exhaustiva de la literatura con el objetivo de recopilar la evidencia más reciente sobre la soledad no deseada en el adulto mayor. La búsqueda se centró en identificar el significado subjetivo de este fenómeno y sus factores asociados.

La consulta se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, Scopus, PsycINFO y Google Scholar. Se emplearon descriptores MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), junto con términos libres, tanto en inglés como en español.

Los principales términos utilizados fueron:

- **Soledad** (*Loneliness*).
- **Aislamiento social** (*Social Isolation*).
- **Adulto mayor** (*Aged / Older adults*).
- **Atención Primaria** (*Primary Health Care*).
- **Enfermería Comunitaria** (*Community Health Nursing*).
- **Investigación Cualitativa** (*Qualitative Research*).

Los términos se combinaron mediante operadores booleanos de la siguiente manera:

- **PubMed / Medline:**
("Loneliness"[Mesh] OR "loneliness"[TIAB]) AND ("Aged"[Mesh] OR "older adults"[TIAB]) AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "primary care"[TIAB]).
- **Scopus / WoS:**
"Loneliness" AND "Social Isolation" AND "Older Adults" AND "Qualitative Research".
- **Cadenas de búsqueda específicas:**
"Loneliness" AND "Older adults" AND "Nursing interventions".
"Social Isolation" AND "Aged" AND "Social Prescribing" AND "Primary Care".

Esta estrategia permitió seleccionar estudios desde distintas perspectivas metodológico, priorizando metaanálisis, revisiones sistemáticas y estudios fenomenológicos publicados mayoritariamente en los últimos diez años.

LIIMITACIONES Y VENTAJAS

Este estudio puede enfrentar dificultades tanto prácticas como metodológicas propias de la investigación cualitativa en el ámbito comunitario. En el plano práctico, es posible que la concertación de entrevistas con personas mayores suponga cierta complejidad, dadas las posibles variaciones en su estado de salud, disponibilidad o motivación para participar. No obstante, se prevé una gestión flexible de la muestra y de la planificación del trabajo de campo,

ajustando los tiempos y modalidades de contacto para favorecer la participación sin generar presión ni interferir en la rutina de las personas mayores.

Desde el punto de vista metodológico, el diseño cualitativo puede verse afectado por diversos sesgos potenciales, entre los que se incluyen:

- Sesgo del investigador, relacionado con la influencia de las propias percepciones o expectativas sobre la interpretación de los datos. Se abordará mediante el uso de un diario reflexivo y la supervisión externa durante el proceso analítico.
- Efecto Hawthorne, que alude a la posible modificación de las respuestas de los participantes por sentirse observados. Se tendrá en cuenta creando un entorno de entrevista cercano y de confianza, donde la interacción se mantenga natural y respetuosa.
- Sesgo de selección, derivado de la elección premeditada de casos. Este riesgo será revisado mediante un muestreo intencional amplio y heterogéneo, que garantice la representación de diferentes perfiles sociodemográficos y situaciones personales.
- Sesgo de recuerdo, posible cuando las personas relatan experiencias pasadas. Se tendrá en cuenta enfocando las entrevistas en vivencias recientes y significativas, promoviendo la narración libre y contextualizada.
- Sesgo de deseabilidad social, consistente en la tendencia a ofrecer respuestas socialmente aceptables. Se abordará asegurando anonimato, confidencialidad y enfatizando la ausencia de juicios de valor, promoviendo así respuestas auténticas y espontáneas.

Como estrategias complementarias, se aplicarán mecanismos de triangulación de datos, devolución de resultados preliminares a los participantes (member checking) y uso de guiones de entrevista semiestructurados, para reforzar la validez, credibilidad y consistencia del estudio.

En cuanto a las ventajas, este trabajo ofrece una aproximación profunda y comprensiva a la vivencia subjetiva de la soledad no deseada en personas

mayores de 65 años atendidas en el contexto de Atención Primaria. Esta perspectiva cualitativa permitirá trascender los enfoques cuantitativos tradicionales, aportando información rica y contextualizada que contribuye al conocimiento enfermero sobre un fenómeno complejo y multifactorial.

Asimismo, los resultados del estudio podrían contribuir a identificar necesidades y recursos personales y relacionales en este grupo poblacional, aportando información útil para la práctica clínica comunitaria. Esta información podría servir como punto de partida para futuras líneas de investigación y para el diseño de intervenciones más ajustadas a las características, necesidades y contexto de las personas mayores, especialmente en relación con la detección precoz de la soledad, la adherencia a programas de salud y la promoción del bienestar emocional y la calidad de vida.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se llevará a cabo respetando los principios de la Declaración de Helsinki y el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, garantizando en todo momento la dignidad, integridad y protección de los participantes. Antes de su inicio, se solicitará el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación de referencia, así como la autorización de la Dirección de Enfermería del Área de Salud I (Anexo 5) y del COIR de la UMH.

Los participantes recibirán información clara sobre los objetivos del estudio y se obtendrá su consentimiento informado (Anexo 4), subrayando la voluntariedad de la participación y el derecho a retirarse sin repercusión en la atención sanitaria. El tratamiento de los datos cumplirá estrictamente con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, garantizando confidencialidad y anonimato mediante el uso de códigos de identificación y el almacenamiento seguro de todas las transcripciones y archivos de audio.

CALENDARIO Y CRONOGRAMA

Si se deseara continuar con esta línea de investigación será necesario realizar un nuevo cronograma con el fin de llevar a cabo la elección de los participantes selección de fechas para las entrevistas, recogida y análisis de los datos, perfeccionamiento de las categorías emergentes y, por último, la selección de las categorías principales.

Actividades	Diciembre 2025	Enero 2026	Febrero 2026	Marzo 2026	Abril 2026	Mayo 2026	Junio 2026
Asignación y tutor							
Estructura del trabajo							
Búsqueda Bibliográficas							
Selección de artículos							
Estado de la cuestión							
Elaboración del diseño							
Defensa del proyecto							

PERSONAL

El estudio será desarrollado por un equipo multidisciplinario del ámbito de la atención primaria, cuya distribución de responsabilidades es la siguiente:

Investigadora Principal (Enfermera de Familia y Comunitaria): Coordina el estudio, diseña la metodología y garantiza el cumplimiento de los aspectos éticos. Realiza entrevistas, analiza los datos con ATLAS.ti y redacta los resultados finales del proyecto.

Trabajadora Social: Aporta la perspectiva sociosanitaria y colabora en la captación de perfiles vulnerables. Identifica los recursos y activos de la comunidad, participa en la interpretación de los resultados y en la validación de las categorías sociales emergentes.

Enfermeras colaboradoras del Centro de Salud: Actúan como enlace con la población participante y dan apoyo logístico. Captan pacientes en consulta, entregan la información del estudio y gestionan los consentimientos informados.

Médicos colaboradores del Centro de Salud: Seleccionan los pacientes elegibles en la consulta, revisan las historias clínicas según los criterios de inclusión y apoyan la integración del estudio en la práctica clínica habitual.

Asesor/a Metodológico: Profesorado universitario del Máster, experto en metodología de la investigación, que asegura la calidad científica del trabajo y el control de posibles sesgos, supervisando la codificación, la categorización de los datos y el proceso de triangulación de la información.

INSTALACIONES E INSTRUMENTACIONES

El estudio se desarrollará en las consultas de enfermería y medicina del centro de Atención Primaria del Área I de Salud de la Región de Murcia. Este centro cuenta con los recursos materiales y la privacidad necesaria para realizar entrevistas individuales, aplicar cuestionarios y revisar historias clínicas de forma segura y confidencial.

Los instrumentos por utilizar son:

- **Guion de entrevista en profundidad:** listado de preguntas abiertas y temas orientativos. Presentando una estructura flexible que permita que el participante se exprese libremente.
- **Diario de campo (Cuaderno de notas):** Documento donde la investigadora principal registrará observaciones no verbales, impresiones tras las entrevistas y aspectos contextuales del entorno.

- **Grabadora de audio digital y software de apoyo:** Se empleará un dispositivo de grabación de alta fidelidad para capturar fielmente el discurso. Para el procesamiento de los datos, se utilizará el software **ATLAS.ti(v.23)**
- **Cuestionario de datos sociodemográficos:** Breve ficha para recoger variables básicas (edad, sexo, estado civil, convivencia y nivel de estudio).

PRESUPUESTO

Este estudio se desarrollará con recursos propios del centro de salud y del equipo investigador, sin financiación externa. A continuación, se detallan los principales elementos del presupuesto, diferenciando entre recursos humanos, materiales, instrumentación y costes indirectos estimados:

CONCEPTO	COSTE €
GASTOS DE EJECUCIÓN	
Bases de datos y bibliografía	200€
Grabadora, Software cualitativo (atlas-ti 23.1.2.), apoyo para la transcripción y material fungible	400€
Traducción de artículos y gastos relacionados con la publicación de los resultados del estudio	2500€
SERVICIOS EXTERNOS	
Entrevistas: incluye transcripción de las entrevistas, organización del material de campo y elaboración de la documentación	1000€
Apoyo de expertos de software cualitativo y consultas sobre el tema	900€
VIAJES Y CONGRESOS	
Asistencia a congresos	1500€
Desplazamiento y dietas	1000€
TOTAL =	7.500€

BIBLIOGRAFÍA

1. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10(2):227–37. doi:10.1177/1745691614568352
2. Leigh-Hunt N, Baggeley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health.* 2017;152:157–71. doi:10.1016/j.puhe.2017.06.013
3. Weiskittle R, Tsang W, Schwabenbauer A, Lui M, Masuda A, Penedo FJ, et al. Feasibility of a COVID-19 rapid response telehealth group addressing older adult worry and social isolation. *Clin Gerontol.* 2021;44(1):1–15. doi:10.1080/07317115.2020.1824244
4. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. In: Duck SW, Gilmour R, editors. *Personal relationships in disorder*. London: Academic Press; 1981. p. 31–56. Available from: <https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-81-Toward-a-Social-Psychology-of-Loneliness.pdf>
5. 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.* 2022;12(2):e057729. doi:10.1136/bmjopen-2021-057729
6. Menec VH, Newall NE, Mackenzie CS, Shooshtari S, Nowicki S. Examining social isolation and loneliness in combination in relation to social support and psychological distress using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *PLoS One.* 2020;15(3):e0230673. doi:10.1371/journal.pone.0230673
7. Smith KJ, Victor C. Typologies of loneliness, living alone, and social isolation, and their associations with physical and mental health. *Ageing Soc.* 2019;39(8):1709–30. doi:10.1017/S0144686X1800020X
8. Dahlberg L, McKee KJ, Frank A, Enkvist Å. A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging Ment Health.* 2021;26(2):1–25. doi:10.1080/13607863.2021.1876638

9. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington, DC: The National Academies Press; 2020. doi:10.17226/25663
10. Newall NEG, Menec VH. Loneliness and social isolation in older adults: why it is important to examine these social aspects together. *J Soc Pers Relat*. 2019;36(3):925–39. doi:10.1177/0265407517740638
11. d'Hombres B, Schnepf S, Barjakova M. Loneliness – an unequally shared burden in Europe [Internet]. Brussels: Joint Research Centre; 2018 [cited 2026 Mar 3]. Available from: https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/fairness_pb2018_loneliness_jrc_i1.pdf
12. Niedzwiedz CL, Richardson EA, Tunstall H, Shortt NK, Mitchell RJ, Pearce JR. The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: is social participation protective? *Prev Med*. 2016;91:24–31. doi:10.1016/j.ypmed.2016.07.016
13. Age UK. All the lonely people: loneliness in later life [Internet]. London: Age UK; 2018 [cited 2026 Mar 3]. Available from: <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/loneliness/loneliness-report.pdf>
14. Christiansen J, Lund R, Qualter P, Andersen-Ranberg K, Lasgaard M. Loneliness, social isolation and chronic disease outcomes. *Ann Behav Med*. 2021;55(3):203–15. doi:10.1093/abm/kaaa044
15. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: approach for primary care. *Can Fam Physician*. 2020;66(3):176–82. Available from: <https://www.cfp.ca/content/66/3/176.full>
16. Hand C, Retrum J, Ware G, Gies S, Scuralli J, Guffey S. Understanding social isolation among urban aging adults: informing occupation-based approaches. *OTJR (Occup Ther Health Care)*. 2017;37(4):188–98. doi:10.1177/1539449217727068
17. Yu R, Leung G, Chan J, Chou KL, Woo J. Neighborhood social cohesion associates with loneliness differently among older people according to subjective social status. *J Nutr Health Aging*. 2021;25(1):41–7. doi:10.1007/s12603-020-1439-z

18. Fernández-Roses D, García-Aguña S, Gallardo-Peralta LP, Sánchez-Moreno E. La soledad en personas mayores: un estudio cualitativo sobre experiencias subjetivas, factores influyentes y estrategias de afrontamiento. Rev Esp Sociol [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 3];(2). Available from: <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/111457/83476> doi:10.22325/fes/res.2025.263
19. NHS. Primary care services [Internet]. London: NHS England; 2021 [cited 2026 Mar 3]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/get-involved/get-involved/how/primarycare/>
20. Juan-Vicedo S. Eficacia de las intervenciones de prevención de la soledad en el paciente geriátrico mayor de 65 años que vive solo: revisión [tesis de máster]. Alicante: Universidad de Alicante; 2023. Available from: <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/36f79b5d-390d-4f6f-9738-c021b95d2d94/content>.
21. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Cartera de servicios comunes de atención primaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [cited 2026 Mar 3]. Available from: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>
22. Walters K, Kharicha K, Goodman C, Iliffe S. Promoting independence, health and well-being for older people: a feasibility study. In: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Social isolation and loneliness in older adults*. Washington, DC: The National Academies Press; 2020. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/25663/social-isolation-and-loneliness-in-older-adults-opportunities-for-the>
23. O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. BMC Geriatr. 2018;18(1):214. doi:10.1186/s12877-018-0897-x
24. Daban F, Garcia-Subirats I, Porthé V, Díez E. Improving mental health and wellbeing in elderly people isolated at home due to architectural barriers: a community health intervention. Aten Primaria. 2021;53(7):102020. doi:10.1016/j.aprim.2021.102020

25. Departamento de Metodología de las Ciencias de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona. M3b: Metodología cualitativa: criterios de rigor. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2020 [Internet]. Available from:
https://ddd.uab.cat/pub/recdoc/2020/226083/M3b_Metodologia_Cualitativa_Criterios_de_Rigor.pdf



ANEXOS

Anexo 1- Escala Corta de Valoración de la Soledad (UCLA-3)

Escala de Soledad de Tres Ítems - versión española

La Escala de Soledad de Tres Ítems es una adaptación de la Escala de Soledad de la UCLA Revisada y se administra por un entrevistador. Consta de tres preguntas que miden tres dimensiones de la soledad: conexión relacional, conexión social y aislamiento autopercebido. Es válida cuando se autoadministra en persona y mediante entrevista telefónica.

Instrucciones: Se sugiere la siguiente frase como introducción antes de leer las preguntas al encuestado.

Las siguientes preguntas tratan sobre cómo se siente Ud. en relación con distintos aspectos de su vida. En cada una de ellas, dígame con qué frecuencia se siente así.

1) ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía? ¿Casi nunca, algunas veces o a menudo?

☐ Casi nunca

☐ Algunas veces

☐ A menudo

2) ¿Con qué frecuencia te sientes excluido? ¿Casi nunca, algunas veces o a menudo?

☐ Casi nunca

☐ Algunas veces

☐ A menudo

3) ¿Con qué frecuencia te sientes aislado de los demás? ¿Es casi nunca, algunas veces o a menudo?

☐ Casi nunca

☐ Algunas veces

☐ A menudo

Para puntuar las respuestas e interpretar los resultados:

Cada pregunta se califica en una escala de 3 puntos: Casi nunca = 1 punto; Algunas veces = 2 puntos; A menudo = 3 puntos. Todos los elementos se suman para dar una puntuación total que puede oscilar entre 3 y 9. En el pasado, los investigadores han agrupado a las personas que puntúan entre 3 y 5 como “no solitarios” y a las personas que puntúan entre 6 y 9 como “solitarios”.

Anexo 2- Guion de Entrevista Semiestructurada.

Pregunta 1: ¿Qué significa para usted la palabra "soledad"? Me gustaría que me contara con sus propias palabras qué siente cuando está solo o sola. Cuando piensa en su experiencia de soledad, ¿qué imágenes o palabras le vienen a la mente para expresar cómo se siente?

Pregunta 2: Hay momentos momento en el que la soledad la haya sentido más intensa? Me puede contar qué pasaba en algunos de ellos...

Pregunta 3: ¿Podría contarme cómo es un día típico para usted? Me gustaría que me describiera especialmente aquellos momentos en los que se siente más solo o acompañado.

Pregunta 4: ¿Qué acontecimientos o cambios en su vida cree que han influido más en cómo se siente respecto a la soledad actualmente?

Pregunta 5: Pensando en su barrio y su vivienda, ¿de qué manera estos espacios facilitan o dificultan que pueda relacionarse con otras personas?

Pregunta 6: Cuando se siente solo o sola, ¿qué hace habitualmente para manejar ese sentimiento? Me gustaría que me contara las estrategias que le funcionan y las que no.

Pregunta 7: ¿Qué fortalezas o habilidades tuyas le han ayudado a sobrellevar momentos difíciles? ¿Cómo las utiliza ahora cuando experimenta soledad?

Pregunta 8: ¿Qué cosas le dan sentido a su vida actualmente y cómo le ayudan cuando se siente solo?

Pregunta 9: Cuando acude a su centro de salud, ¿siente que puede hablar abiertamente sobre la soledad con el personal de enfermería? ¿Qué le gustaría que supieran sobre su situación?

Pregunta 10: Si el equipo de enfermería pudiera ofrecerle ayuda para su situación de soledad, ¿qué tipo de apoyo le sería más útil?

Pregunta 11: ¿Qué dificultades encuentra para recibir apoyo relacionado con la soledad desde Atención Primaria? ¿Qué aspectos de la atención le han resultado más valiosos?



Anexo 3 – Carta de Presentación del Proyecto de Investigación.

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES MAYORES DE EDAD

Hoja informativa del trabajo de fin de máster titulado “

Estimado Sr./Sra.:

Le invitamos a participar en un estudio de trabajo final del máster titulado: : “Vivencias de la soledad no deseada en personas mayores de 65 años: un estudio cualitativo en Atención Primaria. Para que pueda valorar la pertinencia o interés de dicha participación, le facilitamos toda una serie de información detallada al respecto.

El propósito es que tras su lectura y en el caso de estar conforme con su participación, pueda darnos su consentimiento –con su firma– en el otro documento que junto a este se le hace entrega (denominado Declaración de consentimiento informado).

La presente hoja de información podrá usted conservarla (para participar, solo deberá devolver con su firma la Declaración de consentimiento informado).

Como responsable del equipo investigador que llevará a cabo este estudio, confío en que resulte de su interés y pueda –finalmente– contar con su consentimiento a esta participación.

En cualquier caso, reciba anticipadamente mi agradecimiento por su dedicación a la lectura de esta información.

TÍTULO DEL TRABAJO DE FIN DE MASTER

“Vivencias de la soledad no deseada en personas mayores de 65 años: un estudio cualitativo en Atención Primaria”

PROMOTOR O FINANCIADOR DEL TRABAJO DE FINAL DE MÁSTER

No dispone de financiación

LUGAR DONDE SE PROCESARÁ LA MUESTRA O TOMA DE DATOS

Espacio habilitado y privado en los Centros de salud pertinentes.

OBJETIVOS Y FINALIDAD

Objetivo general:

Explorar el significado de la soledad no deseada en personas mayores de 65 años

Este fenómeno se explorará en un contexto de atención primaria con el fin de reconocer aquellos factores, recursos y necesidades que median en este significado.

Objetivos específicos:

1. Explorar los factores contextuales que atribuyen los adultos mayores a su experiencia de soledad no deseada.
2. Identificar los recursos personales que emplean los adultos mayores ante la soledad no deseada.
3. Establecer cuáles son las necesidades de apoyo percibidas por los adultos mayores desde la Atención Primaria de enfermería.

DATOS DEL INVESTIGADOR

Ante cualquier duda o renuncia que pueda surgir en relación con su participación en el presente estudio tesis de máster, puede dirigirse a la persona responsable de la misma, cuyos datos son los siguientes:

- Nombre: Lorena Robles Pérez
- Cargo: Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Correo electrónico: lorenarp_68@hotmail.com
- Teléfono de contacto: 622 60 71 14

DATOS REFERENTES AL PARTICIPANTE

- Motivos de su participación

Se le ha convocado a participar en este estudio porque eres paciente adscrito al centro de salud de Alcantarilla-Sangonera

- Naturaleza voluntaria de la participación

La participación en esta actividad es libre y totalmente voluntaria.

o En cualquier momento puede negarse a seguir participando del estudio sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción (y en tal caso, todos los datos facilitados podrán ser borrados si así lo solicita).

- Requerimientos de la participación

o Si usted da su consentimiento para participar en este estudio, debe saber que su participación consistirá en formar parte de un grupo de discusión en el que se formularán varias preguntas.

- Duración del estudio

o El estudio tendrá una duración total de 24 meses.

o Sí existe la posibilidad de que los datos que nos facilite puedan ser utilizados (en el futuro) en nuevos estudios.

- Tipo de participación del sujeto

o El tiempo contemplado para prestar su participación es de una hora.

o Los datos obtenidos tendrán carácter confidencial, asegurándose el anonimato.

o Estos datos serán codificados con un número asignado a cada participante, y su correspondencia solo estará a disposición del investigador principal del proyecto a los efectos de poder establecer correlaciones, manteniéndose este aspecto de forma completamente confidencial.

o Los datos recogidos no serán cedidos a terceros. Los datos estarán a cargo del investigador principal para el posterior desarrollo de informes parciales y finales (de modo anonimizado en cuanto a participantes), así como para divulgación científica en revistas y publicaciones.

o Finalizado el proceso de investigación, los participantes podrán recibir un informe con los resultados globales (igualmente sin posibilidad alguna de identificar a los participantes).

- Beneficios para los participantes

o Realización de intervenciones proactivas por parte de enfermería para mejorar su sentimiento de soledad no deseada.

- Contraprestaciones para los participantes

o Las contraprestaciones previstas para los participantes son las siguientes:
ninguna

o En el caso de que el equipo investigador transformase los hallazgos de esta investigación en resultados de interés comercial, con la participación en la investigación el informante clave expresa su conformidad en la renuncia –como participante– a cualquier derecho de naturaleza económica, patrimonial o potestativa sobre los resultados o potenciales beneficios que puedan derivarse de manera directa o indirecta de las investigaciones que se lleven a cabo con la muestra cuya información cede para investigación.

RIESGOS E INCONVENIENTES PARA EL PARTICIPANTE

- Ninguno

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

- Los participantes tienen derecho a la plena revocación del consentimiento y sus efectos, incluida la posibilidad de la destrucción o de la anonimización de la muestra y de que tales efectos no se extenderán a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hayan llevado a cabo.
- Para ejercer ese derecho de revocación del consentimiento, para atender cualquier efecto adverso derivado de la participación, para responder cualquier pregunta que los participantes deseen formular durante el proceso de investigación, o para resolver cualquier duda, los participantes deben contactar con Lorena Robles Pérez formulando su solicitud por correo electrónico (lorenarp_68@hotmail.com) En un plazo no superior a una semana recibirán su respuesta y –en su caso– la confirmación de revocación del consentimiento.
- Los participantes tienen derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento, sin que eso les afecte de ningún modo (personal, profesional o socialmente).
- En el caso de que los datos facilitados por los participantes de este estudio volviesen a ser utilizados en estudios posteriores (para el avance del conocimiento científico en este campo), no volvería a pedirse el consentimiento informado a tales participantes.
- Queda garantizada la confidencialidad de la información obtenida. A pesar de que este estudio no recogerá datos de carácter personal, todos los datos de los informantes clave que otorguen su consentimiento a participar de este estudio serán registrados y

almacenados en un fichero con base a lo establecido por la legislación vigente en materia de protección de datos y en garantía de confidencialidad.

Tras toda esta información, se le solicita que firme y entregue la hoja de declaración de consentimiento informado que se adjunta para poder validar su participación en este estudio.

Muchísimas gracias por su valiosa contribución.

Fdo. D./Dña. _____ (Firma del investigador/estudiante responsable)



Anexo 4 – Consentimiento Informado del Participante.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña., de años de edad y con DNI nº

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado “Vivencias de la soledad no deseada en personas mayores de 65 años: un estudio cualitativo en Atención Primaria”

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Murcia, a _____de de 20__

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO:

Título del Proyecto:

Investigador Principal: Lorena Robles Pérez,

Yo,

(Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS)

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.

- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que mi participación es voluntaria y altruista
 - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
 - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

SÍ NO

(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

FechaFirma.....

Nombre investigador

Firma del investigador.....

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,

.....revoco

el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Firma y Fecha de la revocación

Anexo 5 – Solicitud de Investigación del Comité de Ética del Área I del Servicio Murciano de Salud.



ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca

Anexo IV: Modelo de instancia

NOMBRE Y APELLIDOS: |

D.N.I./N.I.F:

CATEGORIA:

DOMICILIO:

CODIGO POSTAL: LOCALIDAD:

PROVINCIA: TELEFONOS: ; ;

Correo electrónico:

Universidad:

Tipo de trabajo: **PROYECTO INVESTIGACION**

EXPONE:

SOLICITA:

PARA LO QUE ADJUNTA LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presenta solicitud y autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Persona.

Murcia, a 24 de abril de 2026

Fdo:

Dirigido a: **Director Gerente Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca**

(DENOMINACION DE LA ADMINISTRACIÓN DE DESTINO)

La información que va a proporcionar en este formulario se integrará en el fichero de datos personales "Atención al Ciudadano" con la finalidad de tramitación de escritos y solicitudes presentadas en los registros con destino a la gestión del procedimiento, actuación o trámite administrativo de que se trate. El responsable del fichero es: Dirección General de Organización Administrativa e Inspección de servicios, sito en Edificio Administrativo Infante. Avenida Infante Juan Manuel nmº14. 30001-MURCIA, ante el que podrá ejercer derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Área I Murcia Oeste
Avenida Primero de Mayo, 143. El Palmar. 30120-Murcia
T: 968 369 500

1/1