



**Junta de  
Castilla y León**

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Salud Pública



**RED  
CENTINELA  
SANITARIA**  
CASTILLA Y LEÓN

**Estudio de la**  
**Soledad no**  
**deseada**  
en **personas mayores** en  
**Castilla y León**

**(Enfermería)**

**Programa 2026**

## Contenido

Introducción .....	3
Justificación .....	5
Objetivos .....	6
Objetivo general .....	6
Objetivos específicos.....	6
Metodología .....	7
Diseño.....	7
Criterios de inclusión.....	7
Criterios de exclusión.....	7
Periodo del estudio .....	7
Muestra y captación de pacientes .....	7
Procedimiento.....	8
Referencias.....	11
Anexos.....	13
Anexo I. Estadillo DE CONTROL.....	13
Anexo II: Formulario INDIVIDUAL.....	14
Anexo III: ESQUEMA DEL PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO .....	15
Anexo IV: Direcciones de contacto.....	18

## INTRODUCCIÓN

La soledad no deseada se define como una situación que percibe la persona como negativa y que genera un malestar que interfiere en el desarrollo de sus objetivos en la vida. Puede deberse a diferentes factores intrapersonales, como las relaciones sociales y familiares, u otros externos como la jubilación, pérdida de pareja o personas cercanas, emancipación de los hijos o falta de accesibilidad a actividades comunitarias y a redes sociales.

La soledad no deseada constituye una experiencia subjetiva que no siempre se corresponde con las características objetivas del entorno ni con condiciones demográficas como vivir solo o residir en zonas rurales o urbanas. Investigaciones recientes han puesto de manifiesto que existe una correspondencia limitada entre los niveles de soledad reportados por las personas y las particularidades estructurales de los lugares donde viven, lo que indica que la soledad es un fenómeno principalmente individual, influido por percepciones, vínculos afectivos y redes sociales más que por el contexto físico en sí mismo.

Se considera un importante problema de Salud Pública, especialmente en personas mayores, pues puede tener un impacto importante en la salud mental y derivar en enfermedades cardiovasculares, neurocognitivas e inmunosupresoras, que conducen a un deterioro funcional, aumento de consumos de psicofármacos y mayor utilización de recursos sanitarios.

El incremento de población de edades avanzadas como consecuencia del aumento de la esperanza de vida puede influir en la existencia de más hogares unipersonales. En España, según la Proyección de Hogares 2024-2039 realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), hay más de 5 millones de hogares unipersonales, 1.800.000 tienen 65 años y más. Se estima que en 2039 el número de hogares unipersonales será de 7.700.000.

Además, existe un porcentaje creciente de personas que reporta sentimientos de soledad involuntaria, especialmente en áreas rurales que se caracterizan, en general, por tener baja densidad demográfica, déficit de infraestructuras, falta de transporte público, escasez de conectividad digital y dificultad de acceso a servicios sanitarios.

Castilla y León es una Comunidad Autónoma que se caracteriza por tener una estructura poblacional fuertemente envejecida. Según datos del INE

actualizados en 2025, el índice de envejecimiento (proporción de población mayor frente a la joven) en nuestra Comunidad es muy superior a la media nacional (230% frente al 148% en España). Por lo tanto, en nuestro entorno la soledad no deseada adquiere una relevancia particular por la combinación del envejecimiento, ruralidad, dispersión y ruptura de redes comunitarias.

Medir la soledad subjetiva y distinguirla del aislamiento social objetivo o del mero hecho de vivir solo, sería esencial para evaluar vulnerabilidades reales, diseñar intervenciones adecuadas y aportar evidencia sobre necesidades específicas en nuestra Comunidad.

Asimismo, la soledad no deseada se alinea con los nuevos enfoques de Salud Pública comunitaria que sitúan el bienestar psicosocial y las redes sociales como ejes clave de la promoción de la salud, sobre todo en poblaciones vulnerables y envejecidas. La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud incluye la prevención del aislamiento social como línea prioritaria para personas mayores, reforzando la pertinencia de intervenciones desde Atención Primaria y desde otros organismos.

## JUSTIFICACIÓN

Existe una escasa evidencia en Castilla y León sobre el modo de manifestarse la soledad no deseada en personas de 65 y más años y cuáles son los posibles factores de protección comunitarios (vínculos familiares y de amistad, participación social, entorno favorable) que puedan ayudar a mitigar su impacto.

Los documentos estratégicos autonómicos reconocen que Castilla y León presenta uno de los índices de envejecimiento más elevados del país, junto con una acusada dispersión geográfica y una ruralidad extensa, factores que incrementan la vulnerabilidad social y el riesgo de soledad no deseada. Identifican esta realidad como una prioridad sociosanitaria regional.

El personal de enfermería en Atención Primaria tiene un contacto continuo con la población, especialmente con las personas mayores y pacientes crónicos, desempeñando funciones de seguimiento programado, educación sanitaria y visitas domiciliarias, lo que permite detectar de forma precoz señales de soledad y aislamiento o fragilidad social.

Por todo ello, este trabajo podría aportar herramientas validadas para abordar la soledad no deseada y el aislamiento en personas mayores de forma integral.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Estimar la prevalencia de la soledad no deseada en personas  $\geq 65$  años y describir los factores asociados.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar la prevalencia de la soledad no deseada en personas  $\geq 65$  años.
2. Definir las diferentes dimensiones de la soledad, social y familiar y del aislamiento social (redes familiares y de amistad).
3. Describir el tipo de hogar (unipersonal u otros).
4. Describir posibles factores de riesgo para la salud asociados a la soledad no deseada.
5. Describir posibles factores de protección.
6. Describir la carga asistencial producida por la soledad no deseada.
7. Describir la utilización de recursos ofrecidos por diferentes instituciones y organismos.

## METODOLOGÍA

### DISEÑO

La población diana serán los **pacientes  $\geq$  65 años** que consultan con enfermería en Atención Primaria.

Todo el proceso de recogida de datos se hará con seguridad y privacidad de datos, usando el código CIP que permitirá ligar la información.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes  $\geq$  65 años que tengan una consulta de enfermería por cualquier motivo (consultas programadas, espontáneas o administrativas)
- Se incluyen las consultas en consultorio, las no presenciales (telefónicas), las domiciliarias y las efectuadas en centros de personas mayores.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Deterioro cognitivo o discapacidad psíquica que impida la cumplimentación del formulario individual.

### PERIODO DEL ESTUDIO

El estudio se desarrollará en 8 días distribuidos a lo largo de un año, a partir del 1 de abril de 2026 y hasta el 31 de marzo de 2027.

### MUESTRA Y CAPTACIÓN DE PACIENTES

La muestra la constituyen los pacientes que cumplan los criterios de inclusión captados en los **8 días del estudio** (o en el día alternativo), según el siguiente calendario:

#### Día de estudio

14-abril-2026

20-mayo-2026

7-julio-2026

23-septiembre-2026

22-octubre-2026

17-noviembre-2026

19-enero-2027

#### Días alternativos

el anterior o siguiente

el anterior o siguiente

el anterior o siguiente

el anterior o siguiente

el anterior o siguiente

el anterior o siguiente

el anterior o siguiente

17-febrero-2027

el anterior o siguiente

Si no se pudiera realizar el estudio por cualquier motivo el día programado, se hará el día anterior o el siguiente en el que el/la enfermero/a centinela tenga consulta. Si coincidiera con un periodo de vacaciones o ausencia por cualquier motivo, se cambiará al siguiente día de consulta laborable.

Se estudiarán todos los pacientes de  $\geq 65$  años que sean atendidos por el centinela ese día. Si excepcionalmente hubiese más de 10 pacientes  $\geq 65$  años en la agenda de ese día, el estudio se limitará a los 10 primeros.

Si el día de la consulta no hubiera tiempo de estudiar a todos los pacientes seleccionados, se les citará en un plazo máximo de dos semanas para hacer el estudio.

Si ya se ha realizado el estudio a un paciente, se excluirá del estudio en días posteriores.

## PROCEDIMIENTO

El estudio comprende dos documentos: un estadillo de control y el formulario individual de registro.

### Estadillo de control

Los profesionales utilizarán el estadillo para anotar la información de los pacientes  $\geq 65$  años de cada día de captación (8 estadillos, uno por día).

En el estadillo se indicará el día de estudio (del 1 al 8) y la fecha en la que se está realizando el estudio.

1. Se registrará en el estadillo a las personas  $\geq 65$  años, del cupo del centinela, que tengan consulta el día de estudio y se anotará el CIPA.
2. Se les informará verbalmente de que se está haciendo un estudio sobre soledad y si consienten, en que se les haga unas preguntas. Se anotará en el estadillo si consienten o no. Se estudiará un máximo de 10 pacientes que den su consentimiento.
3. Se procede a cumplimentar el formulario individual PARTE 1.
4. Si existe sospecha de soledad no deseada (última pregunta de esta parte) se marcará en el estadillo y se continuará con la PARTE 2 del formulario individual, con el test de Jong Gierveld y la escala LSN-R.
5. Si no se ha podido cumplimentar alguna de las partes se indicará el motivo en las observaciones del estadillo.

Nota: Si el día de la consulta no hubiera tiempo de realizar el estudio al paciente se le citará en un plazo máximo de dos semanas para realizarlo.

Si el día de realización del estudio no tuviera ningún paciente  $\geq 65$  años, se deberá cumplimentar el estadillo con los datos del profesional, el día de estudio y la fecha de realización.

### Formulario individual de registro

Dada la complejidad de algunas preguntas y que se trata de pacientes de avanzada edad, el formulario individual debe ser cumplimentado por el profesional preguntando directamente al paciente y/o acompañante y sobre la base de la historia clínica de la persona.

Si considera más adecuado que la parte 2 del formulario individual sea autocumplimentada por el paciente, imprima una copia de la versión imprimible del test de soledad no deseada para que lo cumplimente en papel. Los resultados obtenidos se pasarán al formulario individual (PARTE 2), junto con la PARTE 1 del paciente, para su posterior envío al ST en un único documento por paciente.

En la pregunta 20 (¿Tiene dificultades para realizar actividades de la vida diaria como ducharse, vestirse o hacer la compra?), se contestará sí cuando tenga dificultades en alguna de ellas.

En las preguntas 23 y 24 (¿Tiene problemas de visión?, ¿Tiene problemas de audición?), se contestará sí cuando tenga un problema no corregido y que afecte a su vida diaria o a sus relaciones.

En la pregunta 36 (¿Ha acudido a su centro de salud en el último año?) cuentan también las visitas domiciliarias que el profesional haya realizado.

### Envío y control de la información

El centro coordinador enviará por correo electrónico los estadillos y el formulario individual en formato Adobe pdf.

Se cumplimentarán en formato digital usando Adobe Reader (<https://www.adobe.com/es/acrobat/pdf-reader.html>). En caso de no tener el programa instalado, pida al CAU que lo instale en su equipo.

Los centinelas enviarán, al terminar la captación de cada día de estudio, los estadillos y formularios individuales por correo electrónico al S.T. de Sanidad de la provincia.

El centro Coordinador de la Red Centinela hará controles de calidad periódicos antes del análisis de datos para evaluar la exhaustividad y consistencia de los datos. Se establecerá comunicación con los médicos centinela participantes en el estudio para resolver cuestiones que no queden claras.

Se recordarán las fechas del estudio con una comunicación por email con una semana de antelación.

## REFERENCIAS

Victor CR, Pikhartova J. Lonely places or lonely people? Investigating the relationship between loneliness and place of residence. BMC Public Health. 2020 May 27;20(1):778. doi: 10.1186/s12889-020-08703-8. PMID: 32456626; PMCID: PMC7251825.

García- González JM. Estudio sobre soledad no deseada en personas de más de 55 años en Andalucía. Dirección General de Personas Mayores y Pensiones no Contributivas. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. 2019.

INE. Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma. INEbase; [consultado 2025 Dic 11]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1452>.

CES. Informe sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León en 2024. Valladolid: CES; 2025. Disponible en: <https://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-anales/informe-situacion-economica-social-castilla-leon-2024.ficheros/358365-TOMO%20I%20INFORME%20ANUAL%202024.pdf>

Plan Estratégico contra la soledad no deseada y el aislamiento social de Castilla y León 2022-2027.

Guía de actuación ante situaciones de soledad no deseada o aislamiento social. Gerencia de Servicios Sociales. Junta de Castilla y León.

Junta de Castilla y León. Plan de Atención Sociosanitaria en el medio rural 2021–2025. Valladolid: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades; 2021.

Barómetro soledad no deseada. [www.soledad.es/estudios/barometro-soledad-no-deseada-2024](http://www.soledad.es/estudios/barometro-soledad-no-deseada-2024)

Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med. 2010;7(7):e1000316.

Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyección de Hogares 2024-2039. Madrid: INE; 2025.

Del Molino S. La España vacía. Viaje por un país que nunca fue. Madrid: Turner; 2016.

Santini ZI, Jose PE, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*. 2020;5(1):e62–70.

Rico-Uribe LA, Caballero FF, Martín-María N, Cabello M, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: a meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(1):e0190033.

Abellán A, Ayala A, Pérez J. Un perfil de las personas mayores en España, 2023. *Envejecimiento en red*. CSIC; 2023.

Lerner H, Berg C. A comparison of three holistic approaches to health: One Health, EcoHealth, and Planetary Health. *Front Vet Sci*. 2017;4:163.

Yanguas J, Pérez-Salanova M, Puga MD, Tarazona F, Losada A, Márquez M, et al. El reto de la soledad en las personas mayores. Barcelona: Fundación Bancaria “la Caixa”; 2020. Disponible en: <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/es/-/la-soledad-no-deseada-en-las-personas-mayores>

Van Tilburg TG, de Jong Gierveld J. The 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: confirmatory tests on survey data. *Res Aging*. 2006;28(5):582–98.

Herramientas para detectar la soledad no deseada. Proyecto 0280\_LONGSOCIAL\_1\_E. Interreg España-Portugal.

# ANEXOS

## ANEXO I. ESTADILLO DE CONTROL



**SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES**  
**RED CENTINELA SANITARIA - PROGRAMA 2026**

Estadillo de control



<b>NOMBRE</b> _____ <b>CIAS</b> _____ <b>Día del estudio</b> _____		<input type="checkbox"/> Día 1 (14/04/26)	<input type="checkbox"/> Día 3 (07/07/26)	<input type="checkbox"/> Día 5 (22/10/26)	<input type="checkbox"/> Día 7 (19/01/27)	
<b>Fecha real de realización del estudio</b> _____		<input type="checkbox"/> Día 2 (20/05/26)	<input type="checkbox"/> Día 4 (23/09/26)	<input type="checkbox"/> Día 6 (17/11/26)	<input type="checkbox"/> Día 8 (17/02/27)	
<i>(puede ser el día del estudio, el anterior o el siguiente, ver protocolo)</i>						
N.º	CIPA	Cumplimentada		Cumplimentada		Observaciones
		Consentimiento	Sospecha de soledad no deseada (2)	parte 1	parte 2	
1		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(1) El máximo de personas de 65 o más años que se deben estudiar cada día se establece en 10. El estadillo tiene 25 líneas por si hay personas que no consienten.

(2) Respuesta a la pregunta 37 del formulario individual, al final de la PARTE 1. Si la respuesta es Sí, continuar con la PARTE 2 del formulario.

Enviar por correo electrónico al servicio territorial de su provincia (ver página siguiente)

## ANEXO II: FORMULARIO INDIVIDUAL

Este formulario debe ser cumplimentado por el profesional de enfermería preguntando directamente al paciente y/o acompañante o completando si es necesario con información de la historia clínica de la persona.

<b>NOMBRE</b> _____	<b>CIAS</b> _____	<b>Fecha cumplimentación</b> ____/____/____
---------------------	-------------------	---

### Datos de identificación

CIPA _____	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> H, <input type="checkbox"/> M
------------	---	---

## PARTE 1: PARA TODOS LOS PACIENTES QUE DAN SU CONSENTIMIENTO

### Datos sociodemográficos

1	Nivel de estudios	<input type="checkbox"/> Sin estudios, <input type="checkbox"/> Primarios, <input type="checkbox"/> Secundarios, <input type="checkbox"/> Universitarios, <input type="checkbox"/> Desconocido
2	Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero, <input type="checkbox"/> Casado/pareja, <input type="checkbox"/> Divorciado/separado, <input type="checkbox"/> Viudo, <input type="checkbox"/> Desconocido
3	País de nacimiento	<input type="checkbox"/> España, <input type="checkbox"/> Otro: ¿Cuál?: _____
4	¿Dónde vive?	<input type="checkbox"/> En mi domicilio, <input type="checkbox"/> En otro domicilio, <input type="checkbox"/> En una residencia
5	¿Vive solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con quién vive? <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> Cuidador profesional <input type="checkbox"/> Otras personas <i>(respuesta múltiple)</i>
6	¿Cuántos hijos vivos tiene?	_____

### Entorno

7	¿Tiene dificultades para acceder al domicilio (entrar o salir, escaleras, etc.)?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí																																				
8	¿Tiene dificultades para acceder al transporte público?	<input type="checkbox"/> No procede, <input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí																																				
9	Indique si utiliza los siguientes medios de comunicación	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;"><b>&lt;1h</b></th> <th style="text-align: center;"><b>1-2h</b></th> <th style="text-align: center;"><b>3-4h</b></th> <th style="text-align: center;"><b>5+h</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Televisión</td> <td><input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Radio</td> <td><input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Llamadas telefónicas</td> <td><input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>WhatsApp o similares</td> <td><input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Redes sociales (Facebook o similares)</td> <td><input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			<b>&lt;1h</b>	<b>1-2h</b>	<b>3-4h</b>	<b>5+h</b>	Televisión	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radio	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llamadas telefónicas	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WhatsApp o similares	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Redes sociales (Facebook o similares)	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&lt;1h</b>	<b>1-2h</b>	<b>3-4h</b>	<b>5+h</b>																																	
Televisión	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Radio	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Llamadas telefónicas	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
WhatsApp o similares	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Redes sociales (Facebook o similares)	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Horas al día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
10	¿Tiene problemas de cobertura para teléfono/internet?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí																																				
11	¿Ha cambiado la estructura familiar (convivientes) en el último año? (traslados, fallecimientos, separaciones, etc.)	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: Motivo: _____																																				
12	¿Dedica tiempo al cuidado de otra persona?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: ¿A quién? <input type="checkbox"/> Familiar dependiente <i>(respuesta múltiple)</i> <input type="checkbox"/> Otro dependiente no familiar <input type="checkbox"/> Niño ¿Cuántas horas a la semana?: _____																																				
13	¿Participa usted en actividades de grupo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: ¿Cuáles? <input type="checkbox"/> En el centro de día <i>(respuesta múltiple)</i> <input type="checkbox"/> En el centro cívico <input type="checkbox"/> En otro centro/asociación <input type="checkbox"/> Programa interuniversitario de la experiencia <input type="checkbox"/> Club de los 60 <input type="checkbox"/> Otras actividades: _____																																				
14	¿Dispone de una red social de apoyo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: ¿Quiénes? <input type="checkbox"/> Familiares <i>(respuesta múltiple)</i> <input type="checkbox"/> Vecinos <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros: _____																																				

*Se entiende como red social de apoyo a una o más personas que brindan un soporte emocional o de acompañamiento, con la que pueden hablar de cómo se sienten.*

**Estado de salud**

15	¿Realiza alguna actividad física?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: ¿Cuál?: _____
16	¿Sigue una alimentación variada?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí
17	¿Tiene problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí
18	¿Toma medicación para dormir?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí
19	¿Convive con alguna mascota?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: ¿Cuál/es?: _____
20	¿Tiene dificultades para realizar actividades de la vida diaria como ducharse, vestirse o hacer la compra?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí
21	¿Tiene limitaciones funcionales/físicas?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí
22	¿Tiene limitaciones cognitivas/memoria?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí
23	¿Tiene problemas de visión?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí
24	¿Tiene problemas de audición?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí
25	¿Tiene alguna discapacidad reconocida?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí
26	¿Tiene algún diagnóstico médico de enfermedad mental?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: ¿Cuál?: _____ <i>(respuesta múltiple)</i> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Otra: _____
27	¿Tiene alguno de estos problemas de salud? <i>(respuesta múltiple)</i>	<input type="checkbox"/> Problema osteomuscular <input type="checkbox"/> Patología cardiovascular <input type="checkbox"/> Trastorno gastrointestinal <input type="checkbox"/> Alteración del sistema inmunológico <input type="checkbox"/> Problema respiratorio <input type="checkbox"/> Pérdida de energía/fatiga crónica <input type="checkbox"/> Consumo excesivo de alcohol
28	En el último año ¿Ha sufrido en algún momento discriminación?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: ¿Cuál/es?: _____

**Percepción del estado de salud**

29	¿Cómo consideraría su estado de salud?	<input type="checkbox"/> Muy malo, <input type="checkbox"/> Malo, <input type="checkbox"/> Regular, <input type="checkbox"/> Bueno, <input type="checkbox"/> Muy bueno
30	¿Está satisfecho con sus relaciones familiares?	<input type="checkbox"/> Nada, <input type="checkbox"/> Muy poco, <input type="checkbox"/> Poco, <input type="checkbox"/> Bastante, <input type="checkbox"/> Mucho
31	¿Está satisfecho con sus relaciones sociales?	<input type="checkbox"/> Nada, <input type="checkbox"/> Muy poco, <input type="checkbox"/> Poco, <input type="checkbox"/> Bastante, <input type="checkbox"/> Mucho
32	¿Siente miedo cuando está solo en casa?	<input type="checkbox"/> Nada, <input type="checkbox"/> Muy poco, <input type="checkbox"/> Poco, <input type="checkbox"/> Bastante, <input type="checkbox"/> Mucho
33	Si en la pregunta 12 ha indicado que es cuidador. ¿Está satisfecho con su papel de cuidador?	<input type="checkbox"/> Nada, <input type="checkbox"/> Muy poco, <input type="checkbox"/> Poco, <input type="checkbox"/> Bastante, <input type="checkbox"/> Mucho
34	¿Tiene pensamientos de muerte (ideación suicida)?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí
35	¿Ha tenido ingresos hospitalarios en el último año?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: ¿Cuántos ingresos?: _____
36	¿Ha acudido a su centro de salud en el último año?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí: ¿Cuántas veces?: _____

**Riesgo de soledad no deseada**

37	¿Con qué frecuencia se ha sentido solo/a durante el último año?	<input type="checkbox"/> Siempre, <input type="checkbox"/> Bastantes veces, <input type="checkbox"/> Pocas veces, <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca
<p><i>Si contesta Siempre o Bastantes veces, se apuntará en el estadillo que <b>SI</b> hay sospecha de soledad no deseada y se continuará con la PARTE 2 de este formulario. Si la respuesta es Pocas veces o Nunca o casi nunca, se apuntará en el estadillo que <b>NO</b> hay sospecha de soledad no deseada y parará el estudio.</i></p>		

<b>NOMBRE</b> _____	<b>CIAS</b> _____	<b>Fecha cumplimentación</b> ___/___/___
---------------------	-------------------	--

**Datos de identificación**

CIPA _____	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) ___/___/___	Sexo <input type="checkbox"/> H, <input type="checkbox"/> M
------------	--	---

**PARTE 2: PARA LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE SOLEDAD NO DESEADA**

**Test de Jong Gierveld**

Indique, para cada una de las 11 afirmaciones, en qué medida se corresponden con la situación actual del paciente, atendiendo a cómo se siente ahora.

1	Siempre hay alguien con quién puede hablar de sus problemas diarios	<input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> A veces/más o menos, <input type="checkbox"/> No
2	Echa de menos tener un buen amigo de verdad	<input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> A veces/más o menos, <input type="checkbox"/> No
3	Siente una sensación de vacío a su alrededor	<input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> A veces/más o menos, <input type="checkbox"/> No
4	Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad	<input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> A veces/más o menos, <input type="checkbox"/> No
5	Echa de menos la compañía de otras personas	<input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> A veces/más o menos, <input type="checkbox"/> No
6	Piensa que su círculo de amistades (amigos y conocidos) es demasiado limitado	<input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> A veces/más o menos, <input type="checkbox"/> No
7	Tiene mucha gente en la que confiar plenamente	<input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> A veces/más o menos, <input type="checkbox"/> No
8	Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha	<input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> A veces/más o menos, <input type="checkbox"/> No
9	Echa de menos tener gente a su alrededor	<input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> A veces/más o menos, <input type="checkbox"/> No
10	Se siente abandonado/rechazado a menudo	<input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> A veces/más o menos, <input type="checkbox"/> No
11	Puede contar con sus amigos siempre que lo necesita	<input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> A veces/más o menos, <input type="checkbox"/> No

**Escala LSN-R**

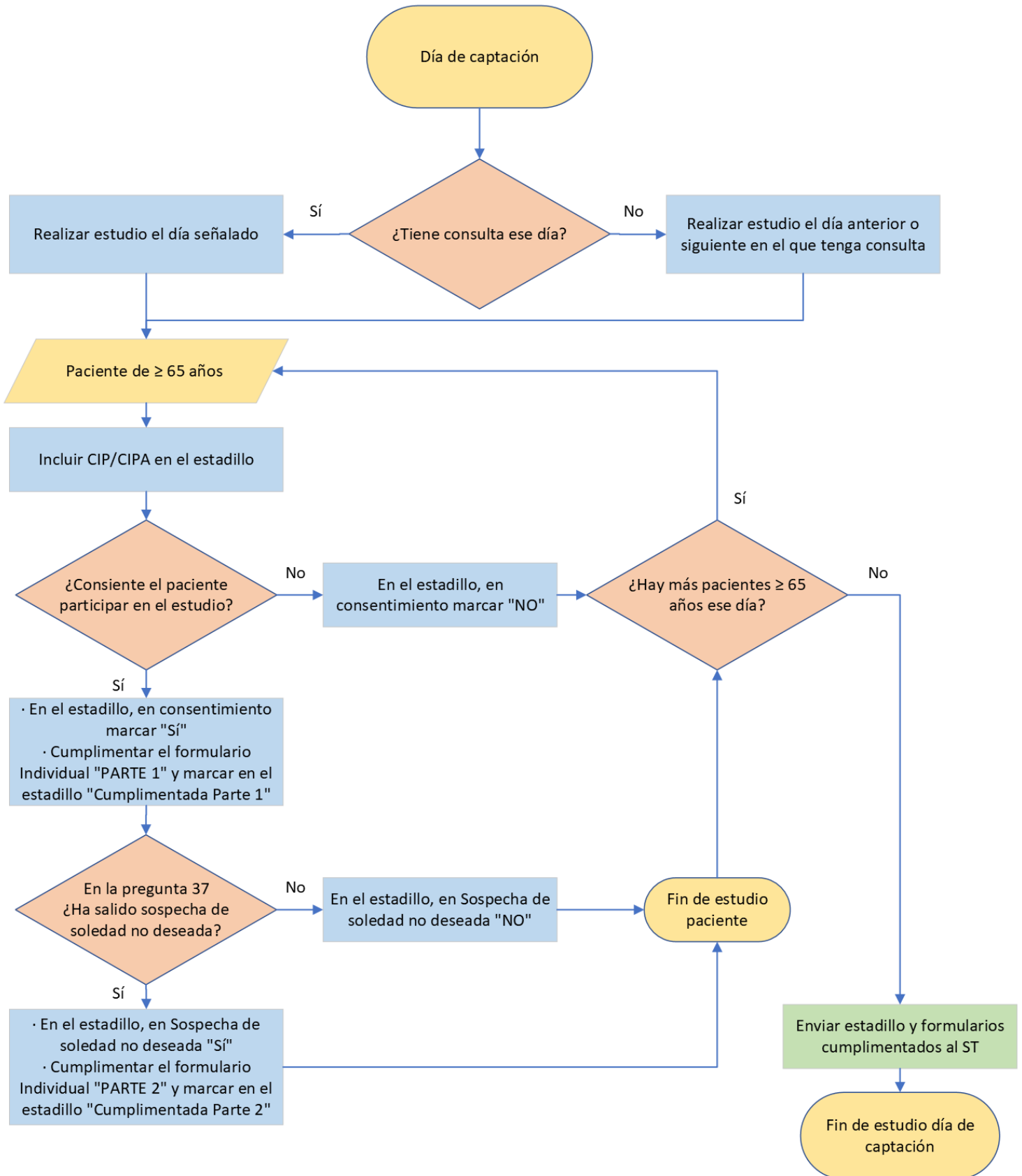
**RELACIÓN CON MIEMBROS DE LA FAMILIA**

1	¿Con cuántos familiares se reúne o tiene noticias de ellos, al menos, una vez al mes? <input type="checkbox"/> Ninguno, <input type="checkbox"/> Uno, <input type="checkbox"/> Dos, <input type="checkbox"/> Tres o cuatro, <input type="checkbox"/> De cinco a ocho, <input type="checkbox"/> Nueve o más	
2	Con el familiar que tiene más contacto, ¿con qué frecuencia se ve o tiene noticias de él? <input type="checkbox"/> Menos una vez al mes, <input type="checkbox"/> Mensualmente, <input type="checkbox"/> Algunas veces al mes, <input type="checkbox"/> Semanalmente, <input type="checkbox"/> Varias veces por semana, <input type="checkbox"/> Diariamente	
3	¿Con cuántos familiares se siente suficientemente cómodo para hablar de asuntos personales? <input type="checkbox"/> Ninguno, <input type="checkbox"/> Uno, <input type="checkbox"/> Dos, <input type="checkbox"/> Tres o cuatro, <input type="checkbox"/> De cinco a ocho, <input type="checkbox"/> Nueve o más	
4	¿A cuántos familiares siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda? <input type="checkbox"/> Ninguno, <input type="checkbox"/> Uno, <input type="checkbox"/> Dos, <input type="checkbox"/> Tres o cuatro, <input type="checkbox"/> De cinco a ocho, <input type="checkbox"/> Nueve o más	
5	Cuando alguno de sus familiares tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted? <input type="checkbox"/> Siempre, <input type="checkbox"/> Con mucha frecuencia, <input type="checkbox"/> Con frecuencia, <input type="checkbox"/> A veces, <input type="checkbox"/> Rara vez, <input type="checkbox"/> Nunca	
6	¿Con qué frecuencia alguno de sus familiares está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante? <input type="checkbox"/> Siempre, <input type="checkbox"/> Con mucha frecuencia, <input type="checkbox"/> Con frecuencia, <input type="checkbox"/> A veces, <input type="checkbox"/> Rara vez, <input type="checkbox"/> Nunca	

**RELACIÓN CON PERSONAS CERCANAS NO MIEMBROS DE LA FAMILIA**

7	¿Con cuántos amigos se reúne o tiene noticias de ellos, al menos, una vez al mes? <input type="checkbox"/> Ninguno, <input type="checkbox"/> Uno, <input type="checkbox"/> Dos, <input type="checkbox"/> Tres o cuatro, <input type="checkbox"/> De cinco a ocho, <input type="checkbox"/> Nueve o más	
8	Con el amigo que tiene más contacto, ¿con qué frecuencia se ve o tiene noticias de él? <input type="checkbox"/> Menos una vez al mes, <input type="checkbox"/> Mensualmente, <input type="checkbox"/> Algunas veces al mes, <input type="checkbox"/> Semanalmente, <input type="checkbox"/> Varias veces por semana, <input type="checkbox"/> Diariamente	
9	¿Con cuántos amigos se siente suficientemente cómodo para hablar de asuntos personales? <input type="checkbox"/> Ninguno, <input type="checkbox"/> Uno, <input type="checkbox"/> Dos, <input type="checkbox"/> Tres o cuatro, <input type="checkbox"/> De cinco a ocho, <input type="checkbox"/> Nueve o más	
10	¿A cuántos amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda? <input type="checkbox"/> Ninguno, <input type="checkbox"/> Uno, <input type="checkbox"/> Dos, <input type="checkbox"/> Tres o cuatro, <input type="checkbox"/> De cinco a ocho, <input type="checkbox"/> Nueve o más	
11	Cuando alguno de sus amigos tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted? <input type="checkbox"/> Siempre, <input type="checkbox"/> Con mucha frecuencia, <input type="checkbox"/> Con frecuencia, <input type="checkbox"/> A veces, <input type="checkbox"/> Rara vez, <input type="checkbox"/> Nunca	
12	¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante? <input type="checkbox"/> Siempre, <input type="checkbox"/> Con mucha frecuencia, <input type="checkbox"/> Con frecuencia, <input type="checkbox"/> A veces, <input type="checkbox"/> Rara vez, <input type="checkbox"/> Nunca	

ANEXO III: ESQUEMA DEL PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO



## ANEXO IV: DIRECCIONES DE CONTACTO

### Centros de coordinación periféricos

<b>Servicio Territorial de Sanidad de Ávila</b> Sección de Epidemiología Cl. San Juan de la Cruz, 28. 05001 Ávila Tel: 920355073;810492/810525 Email: <a href="mailto:redcentinela.avila@jcy.es">redcentinela.avila@jcy.es</a>	<b>Servicio Territorial de Sanidad de Burgos</b> Sección de Epidemiología Po. Sierra de Atapuerca, 4. 09002 - Burgos Tel: 947280137;820805/947280101;820802 Email: <a href="mailto:redcentinela.burgos@jcy.es">redcentinela.burgos@jcy.es</a>	<b>Servicio Territorial de Sanidad de León</b> Sección de Epidemiología/Edif. Usos Múltiples 2ª planta Av. Peregrinos, s/n. 24008 - León Tel: 987296941;831370/831356 Email: <a href="mailto:redcentinela.leon@jcy.es">redcentinela.leon@jcy.es</a>
<b>Servicio Territorial de Sanidad de Palencia</b> Sección de Epidemiología Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443;840643/979715441;840642 Email: <a href="mailto:redcentinela.palencia@jcy.es">redcentinela.palencia@jcy.es</a>	<b>Servicio Territorial de Sanidad de Salamanca</b> Sección de Epidemiología Cl. Príncipe de Vergara, 53-71. 37003 - Salamanca Tel: 923296030;851813/923296022;851815 Email: <a href="mailto:redcentinela.salamanca@jcy.es">redcentinela.salamanca@jcy.es</a>	<b>Servicio Territorial de Sanidad de Segovia</b> Sección de Epidemiología Av. Juan Carlos I, 3. 40005 - Segovia Tel: 921417155;860423/921417175;860426 Email: <a href="mailto:redcentinela.segovia@jcy.es">redcentinela.segovia@jcy.es</a>
<b>Servicio Territorial de Sanidad de Soria</b> Sección de Epidemiología Cl. Nicolás Rabal, 7. 42003 - Soria Tel: 975236600;871142/871141 Email: <a href="mailto:redcentinela.soria@jcy.es">redcentinela.soria@jcy.es</a>	<b>Servicio Territorial de Sanidad de Valladolid</b> Sección de Epidemiología Av. Ramón y Cajal, 6. 47005 - Valladolid Tel: 983413760;883731/883729 Email: <a href="mailto:redcentinela.valladolid@jcy.es">redcentinela.valladolid@jcy.es</a>	<b>Servicio Territorial de Sanidad de Zamora</b> Sección de Epidemiología Pl. de Alemania, 1. 49014 - Zamora Tel: 980547431;890385/980547439;890409 Email: <a href="mailto:redcentinela.zamora@jcy.es">redcentinela.zamora@jcy.es</a>

### Centro coordinador general

**Dirección General de Salud Pública**  
 Servicio de Alertas y Respuesta Rápida  
 Paseo de Zorrilla, 1. 47007 - Valladolid  
 Tel: 983413600;806415/806366/806360  
 Email : [redcentinela@jcy.es](mailto:redcentinela@jcy.es)

### Centro coordinador de enfermería

**Servicio Territorial de Sanidad de Palencia**  
 Sección de Epidemiología  
 Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia  
 Tel: 979715443;840643/979715441;840642  
 Email: [redcentinela.palencia@jcy.es](mailto:redcentinela.palencia@jcy.es)



**RED CENTINELA SANITARIA**  
 CASTILLA Y LEÓN