

Formulario individual,  
 Test de Jong Gierveld y Escala LSN-R

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 (respuesta múltiple) <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> Cuidador profesional <input type="checkbox"/> Otras personas
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 style="width:50%;"></th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;"><b>&lt;1h</b></th> <th style="width:10%; text-align: center;"><b>1-2h</b></th> <th style="width:10%; text-align: center;"><b>3-4h</b></th> <th style="width:10%; 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 (respuesta múltiple) <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 (respuesta múltiple) <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 (respuesta múltiple) <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?: <input type="checkbox"/> Ansiedad <i>(respuesta múltiple)</i> <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>		

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **CIAS** \_\_\_\_\_ **Fecha cumplimentación** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Datos de identificación**

CIPA \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo  H,  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