



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Envejecimiento emocional y social: ¿existen diferencias entre zonas rurales y urbanas?

Emotional and social aging: are there differences between rural and urban areas?

Autor

Ainhoa Bolea Bello

Director

Caridad López Granero

Grado en Psicología

Año 2018/2019



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	5
Método.....	7
Participantes.....	7
Instrumentos.....	7
Procedimiento.....	10
Análisis de datos.....	10
Resultados.....	11
Discusión.....	15
Conclusiones.....	17
Referencias.....	18
Anexos.....	21

Resumen

El porcentaje de adultos mayores de 65 años ha aumentado considerablemente debido al ascenso de la esperanza de vida, entre otros factores. El proceso de envejecer ha sido definido como un proceso heterogéneo en el que tienen lugar una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales, que todas las personas experimentan conforme pasa el tiempo. Ha quedado ampliamente demostrado por la literatura, que el proceso de envejecer puede conllevar un deterioro de las capacidades cognitivas. Aunque hay que tener en cuenta que este deterioro cognitivo en ocasiones se ha visto acelerado por un desajuste a nivel emocional y social. El estilo de vida durante la adultez, así como el lugar de residencia podrían explicar las diferencias individuales durante el envejecimiento. Así, el objetivo de este estudio ha sido analizar las diferencias en variables emocionales y sociales en función del lugar de residencia (rural o urbano) y en función del género. Se ha contado con la colaboración de 56 participantes, 36 residentes en zonas urbanas y 20 residentes en zonas rurales durante los últimos 10 años. Los resultados reflejan menor sentimiento de soledad y mayor satisfacción con la vida en los participantes residentes en zonas rurales. Además, en general, se ha observado que, a mayor sentimiento de soledad, mayor satisfacción con la vida y menor sintomatología depresiva. Respecto a la interacción de género, tanto hombres como mujeres presentan el mismo rendimiento en las variables estudiadas. Estos datos sugieren diferentes modos de envejecer dependiendo del lugar de residencia, así como señalan la importancia de las variables emocionales y sociales en la proyección futura de calidad de vida.

Palabras clave: envejecimiento, satisfacción con la vida, soledad, deterioro cognitivo, calidad de vida, población rural, población urbana.

Abstract

The percentage of adults over 65 has raised significantly due to the increase in life expectancy, among other factors. Aging process has been defined as a heterogeneous process in which a series of biological, psychological and social changes take place, that all people experience as time passes. It has been widely demonstrated in the literature that the aging process can lead to a deterioration of cognitive abilities. Although it must be taken into account that this cognitive deterioration has sometimes been accelerated by an emotional and social mismatch. The lifestyle during adulthood, as well as the place of residence could explain the individual differences during aging. Thus, the objective of this study has been to analyze the differences in emotional and

social variables according to the place of residence (rural or urban) and according to gender. It has counted with the collaboration of 56 participants, 36 residents in urban areas and 20 residents in rural areas during the last 10 years. The results reflect less feeling of loneliness and greater satisfaction with life in the participants residing in rural areas. In addition, in general, it has been observed that, the greater the feeling of loneliness, the greater life satisfaction and the lesser depressive symptomatology. Regarding the interaction of gender, both men and women have the same performance in the variables studied. These data suggest different ways of aging depending on the place of residence, as well as the importance of emotional and social variables in the future projection of quality of life.

Key words: aging, satisfaction with life, loneliness, cognitive deterioration, quality of life, rural population, urban population.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las personas mayores como “personas cuya edad ha superado la esperanza de vida media al nacer” (OMS, 2015). La esperanza de vida al nacer es “el número promedio de años que cabe esperar que viva un recién nacido, sujeto a la tasa de mortalidad específica por edad en un periodo determinado” (OMS, 2015). Se consideran personas de edad avanzada las que tienen entre 60 y 74 años, ancianas las que tienen de 75 a 90 y longevos o grandes viejos a los que tienen de 90 años en adelante (OMS, 2010). Para la realización de este estudio se considerará que una persona está en la etapa de la vejez a partir de los 65 años, correspondiéndose con la etapa de jubilación según establece Parra Rizo (2018).

La vejez está marcada por la edad cronológica, pues con el paso de los años todas las personas experimentan una serie de cambios que conllevan un declive en sus capacidades cognitivas (Parra Rizo, 2018; Harada, Love y Triebel, 2013). Estos cambios normativos se dan a nivel biológico, psicológico y social (Atchley y Bernard, 1995). Los cambios biológicos (pérdida de agudeza visual, disminución auditiva, aparición de arrugas, etc.) están determinados por factores genéticos y por el estilo de vida y son inevitables (García-Valdecasas, 2019). Los cambios en los procesos psicológicos (reducción de memoria, disminución en la velocidad de procesamiento y dificultad en la resolución de problemas, entre otros) aparecen de manera significativa en edades muy avanzadas (Glisky, 2007). Por último, el envejecimiento social está muy marcado por el rol desempeñado por cada persona (ej. el hecho de ser abuelo) (García-Valdecasas, 2019). Algunos de estos cambios pueden resultar patológicos, como, por ejemplo, el desarrollo de un deterioro cognitivo y/o demencia (García-Valdecasas, 2019; Fanira, Paloski, de Oliveira, de Lima Argimon e Irigaray, 2018).

Sin embargo, el envejecimiento es un proceso heterogéneo ya que hay personas que llegan a esta etapa con la percepción de tener buena calidad de vida, satisfacción con la misma, pocas o ninguna patología y buenas capacidades para controlar el estrés, y otras que experimentan síntomas emocionales o físicos que afectan a su calidad de vida (Garbaccio, Tonaco, Estêvão y Barcelos, 2018).

Debido a la multitud de factores influyentes en el deterioro cognitivo en la vejez (Muñoz, Arango, Cardona, y Duque, 2016), resulta de interés analizar cómo aspectos emocionales y sociales como la depresión, ansiedad, estrés, impulsividad, soledad, calidad de vida y satisfacción con la vida pueden ser diferentes en personas mayores de 65 años con estilos de vida muy diferentes dependiendo del lugar de residencia.

La OMS define la calidad de vida como la evaluación subjetiva de un individuo sobre su posición en la vida en relación a sus objetivos, expectativas, valores e intereses en un contexto social, cultural y ambiental (1995).

Así mismo, la satisfacción con la vida es un concepto que engloba el bienestar subjetivo de una persona en relación con el componente emocional (ej. sentimientos de felicidad o infelicidad experimentados) (Flecha García, 2015). Stowe y Cooney (2014) añaden que la satisfacción con la vida es un criterio que determina el envejecimiento exitoso. Todo ello refleja el papel crucial que desempeñan las emociones durante el envejecimiento, pues un repertorio emocional positivo genera un proceso de pensamiento-acción saludable como, por ejemplo, la práctica de actividad física, una alimentación saludable o mayor participación en relaciones sociales (Lyubomirsky, King, Diener, 2005).

El aislamiento social o sensación de soledad es también frecuente en la vejez. Se define como falta de contacto con amigos, familiares o vecinos, (Hafner, 2016; Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris y Stephenson, 2015). Este fenómeno tiene una relación directa con el estado de salud de las personas, pues las personas que se encuentran aisladas socialmente presentan mayores niveles de estrés, depresión, mayor riesgo de consumo de sustancias, un funcionamiento cognitivo menos eficiente, entre otros síntomas (Henning Smith, Moscovice y Kozhimannil, 2019).

Por un lado, en las zonas rurales hay una mayor proximidad física entre los individuos, debido en parte a la pertenencia a un grupo de menor tamaño con una interacción más frecuente y cercana, lo que supone un mayor establecimiento de relaciones interpersonales (Hernandez-Huayta, Chavez-Meneses y Carreazo, 2016). Además, son más propensos a percibir una mayor confianza en su familiares y amigos, a sentir que no carecen de compañía y a presentar una relación más cercana con sus hijos, nietos, amigos y vecinos (Henning Smith, Moscovice y Kozhimannil, 2019). Sin embargo, la comunicación con personas residentes en otras zonas es más complicada debido a problemas de transporte y el escaso acceso a internet (Henning-Smith, Evenson, Kozhimannil y Moscovice, 2018; Whitacre, Wheeler y Landgraf, 2017).

Por otro lado, en lo que respecta a las áreas urbanas, se destaca la existencia de una cantidad mayor de problemas sociales (ej. delincuencia, aislamiento social y mayor densidad poblacional) y estresores medioambientales (ej. contaminación) (Hernandez-Huayta, Chavez-Meneses y Carreazo, 2016).

Por todo ello, esta investigación plantea diferentes objetivos. El primero de ellos, verificar o no las diferencias de género en las variables soledad y satisfacción con la vida, en relación con el lugar de residencia. Se plantea la hipótesis de que las mujeres tienen menor percepción de soledad y mayor satisfacción con la vida. En segundo lugar, examinar las diferencias que presentan las personas residentes en zonas rurales y en zonas urbanas respecto a soledad, calidad de vida y satisfacción con la vida. Se plantea la hipótesis de que las personas que viven en una zona rural presentan menor puntuación en la escala de soledad y mayor puntuación en las escalas de calidad de vida y satisfacción con la vida que los habitantes de zonas urbanas. Por último, comprobar la relación de las diferentes variables demográficas, sociales y emocionales evaluadas. Se plantea la hipótesis de que los participantes con mayor puntuación en la escala de satisfacción con la vida tendrán mejores puntuaciones en la escala de calidad de vida y menores puntuaciones en las escalas de depresión, ansiedad y estrés, escala de depresión geriátrica, soledad e impulsividad.

Método

Participantes

Para llevar a cabo esta investigación, se ha contado con la colaboración de 61 participantes, de los cuales, 5 han sido excluidos por obtener una puntuación inferior a 24 en el test Mini Mental State Examination.

Por un lado, se entrevistó a 20 sujetos (35,7% de la muestra total) cuyo lugar de residencia actual es el ámbito rural. De estos, 3 eran hombres (15%) y 17 (85%) eran mujeres. La edad media de todos ellos fue de 74,8 años con un mínimo de 65 años y un máximo de 88 años. Los criterios de inclusión para este grupo han sido residir en una zona rural, haber vivido más de 10 años en la zona y tener 65 años o más.

Por otro lado, se recogieron los datos de 36 sujetos (64,3%) que actualmente residían en una zona urbana. De estos, 17 eran hombres (47,2%) y 19 eran mujeres (52,8%). La edad media de todos ellos fue de 74,5 años, siendo el mínimo 65 años y el máximo 89 años. Los criterios de inclusión para este grupo fueron residir en una zona urbana, haber vivido más de 10 años en la zona y tener 65 años o más.

A nivel general, el sexo femenino representó el 64,3% de la muestra (36 participantes) y el masculino el 35,7% (20 participantes). Así mismo la edad media de todos los participantes ha sido de 74,6 años.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico

El cuestionario sociodemográfico incluye los siguientes aspectos: género de la persona entrevistada, edad, nivel de estudios (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios superiores o estudios universitarios), estado civil (casado/a, viudo/a, soltero/a, separado/a, divorciado/a o en pareja), persona o personas con las que convive (solo/a, en pareja, en pareja y con hijos, con hijos, con hermanos, con amigos, con conocidos o con los padres), si está jubilado/a o no, su lugar de residencia actual y los años que lleva en ella, su lugar de residencia anterior y los años que lleva en ella.

Además, también recoge el grado de satisfacción con la vida de cada sujeto mediante una serie de afirmaciones (en la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea; las circunstancias de mi vida son buenas; estoy satisfecho con mi vida; hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes; y si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada) a las que deben responder otorgando un valor de 1 a 5 en función de su nivel de acuerdo, siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo.

Mini Mental State Examination

Esta escala mide el estado cognitivo general detectando posibles deterioros. Tiene una puntuación máxima de 30, siendo 27 o más: normal, 24 o menos: sospecha patológica, de 12 a 24: deterioro y de nueve a doce: demencia (Folstein, Folstein y McHugh, 1975)

Escala de Impulsividad de Barratt

Fue construida en 1959 y actualmente se usa la versión BIS-11. Ésta se divide en tres constructos: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada (Salvo y Castro, 2013). Consta de 30 ítems con cuatro opciones de respuesta donde raramente o nunca sería 0, ocasionalmente: 1, a menudo: 3 y siempre o casi siempre: 4. La puntuación máxima es de 120.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21

Fue creada originalmente por Lovibond y Lovibond. Consta de 21 ítems divididos en 3 dimensiones. La dimensión de depresión contiene los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21 y evalúan disforia, desesperanza, devaluación de la vida y de sí mismo y falta de interés o motivación. La dimensión de ansiedad está constituida por los ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 los cuales miden activación vegetativa, los efectos del músculo esquelético, la ansiedad situacional y la experiencia subjetiva de efecto ansioso. La dimensión de estrés la forman los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18 los cuales determinan la dificultad para relajarse, la excitación nerviosa, la facilidad para estar alterado, la

irritabilidad y la impaciencia. La escala de calificación es una escala tipo Likert que va de 0 a 3, siendo 0: no me aplicó, 1: me aplicó un poco, o durante parte del tiempo, 2: me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo y 3: me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo (Lovibond y Lovibond, 1995).

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Es un instrumento para evaluar la depresión en personas mayores de 65. Está compuesta por 15 ítems, de los cuales 10 indican depresión cuando se responden afirmativamente (2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15) y 5 indican depresión cuando se responden negativamente (1, 5, 7, 11 y 13). Cada respuesta que denota depresión se contabiliza con 1 punto. Una puntuación entre 0 y 4 indica ausencia de depresión, entre 5 y 8 refleja depresión leve, entre 9 y 11 muestra depresión moderada y entre 12 y 15 representa depresión severa (Kurlowicz y Greenberg, 2007).

Escala de Soledad de UCLA

En su versión de 10 ítems, fue utilizada por Russell para evaluar el aislamiento social percibido. Estas preguntas son puntuables entre 1 y 4, siendo 1 nunca y 4 a menudo, pudiendo obtener una puntuación mínima de 10 puntos y una puntuación máxima de 40 puntos (1996).

Escala de Recursos Sociales OARS

Consta de 7 preguntas en relación a los familiares y amigos del participante, con el objetivo de obtener información sobre los recursos sociales de los que disponen las personas mayores. Las respuestas se evalúan en una escala de 6 puntos en función de si tiene unos recursos sociales excelentes, buenos, ligeramente deteriorados, moderadamente deteriorados, bastante deteriorados o totalmente deteriorados (Duke University Center, 1978).

Cuestionario WHOQOL-BREF

Proporciona un perfil de calidad de vida y salud de la persona entrevistada. Consta de 26 ítems referidos a la percepción de experimentación de ciertos hechos (dolor físico, necesidad de tratamiento médico, disfrute de la vida, seguridad, oportunidad para realizar actividades de ocio, capacidad para desplazarse, satisfacción con el sueño, con la habilidad para la realización de actividades, capacidad de trabajo, relaciones personales...). Las respuestas forman una escala Likert de 1 a 5. La puntuación se obtiene de la suma total de todos los ítems, teniendo en cuenta que los ítems 3, 4 y 26 son inversos. A mayor puntuación obtenida, mayor calidad de vida percibida (World Health Organization, 1996).

Procedimiento

Los participantes fueron citados, a primera hora de la mañana, en sus respectivos hogares. El tiempo empleado con cada participante fue de una hora aproximadamente, surgiendo variaciones en función del nivel de instrucción de la persona.

Los lugares considerados urbanos son Zaragoza (Aragón) y Utebo (Aragón) con una población total censada de 954.811 y 18.602 habitantes respectivamente (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Los lugares considerados rurales son Embid de la Ribera (Aragón), Manzanera (Aragón) y Baños del Río Tobía (La Rioja) con una población total censada de 57 habitantes, 519 y 1.590 respectivamente (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Todos los participantes fueron informados sobre los fundamentos y objetivos del estudio y se le proporcionó un consentimiento informado. Dicho consentimiento aseguraba el anonimato de los datos aportados y la confidencialidad de las respuestas proporcionadas y protección de datos de acuerdo al Reglamento Europeo de Protección de Datos o RGPD (Reglamento (EU) 2016/679). Inmediatamente después, se aplicó la misma batería a todos los participantes: (1) escala sociodemográfica; (2) Mini Mental State Examination (MMSE); (3) escala de impulsividad de Barrat; (4) escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21); (5) escala de depresión geriátrica de Yesavage; (6) escala de soledad de UCLA; (7) escala de recursos sociales (OARS) y (8) cuestionario WHOQOL-BREF.

Los datos recogidos fueron introducidos en una plantilla de Excel para su posterior análisis con el programa SPSS.

Análisis de datos

Los datos se han analizado con el programa estadístico de datos IBM SPSS, versión 20. Se ha elaborado una base de datos con los datos recogidos de los 56 participantes de la muestra y se ha realizado un análisis descriptivo y de distribución de frecuencias sobre las variables sociodemográficas (género, edad, nivel de estudios, estado civil, residencia, jubilación, residencia actual, años en la residencia actual, residencia anterior y años en la residencia anterior) y de las variables emocionales y sociales (soledad, satisfacción con la vida depresión, recursos sociales, calidad de vida e impulsividad).

A continuación, se han realizado los siguientes análisis estadísticos: análisis de varianza (ANOVA) unifactorial (grupo y género), análisis de medias mediante t de Student para muestras independientes y análisis de correlaciones a través del coeficiente

de Pearson. Todo esto ha sido analizado teniendo en cuenta en nivel de significación de $\rho \leq .05$. Los gráficos han sido completados usando GraphPad PRISM 7.0.

Resultados

Análisis descriptivo y de frecuencias para las variables sociodemográficas analizadas

La Tabla 1 muestra el resumen descriptivo y de frecuencias para las variables género, edad, nivel de estudios, estado civil, residencia, jubilación, residencia actual y años en la misma y residencia anterior y años en la misma (ver tabla 1).

Tabla 1. *Características sociodemográficas de la muestra (N=56)*

Características		n	%	M	Error Tip.	D.T
Género	Total	56	100			
	Hombre	20	35,7			
Edad	Mujer	36	64,3	74,64	,982	7,350
	65 – 70	23	41,1			
	71 – 75	9	16,1			
	76 – 80	8	14,3			
	> 81	16	28,6			
Nivel de estudios	Sin estudios	14	25,0			
	Primaria	31	55,4			
	Secundaria	2	3,6			
	Superior	6	10,7			
	Universitarios	3	5,4			
Estado civil	Casado	32	57,1			
	Viudo	19	33,9			
	Soltero	1	1,8			
	Separado	1	1,8			
	Divorciado	2	3,6			
	En pareja	1	1,8			
Residencia	Solo	13	23,2			
	En pareja	31	55,4			
	En pareja/hijos	3	5,4			
	Hijos	9	16,1			
Jubilación	Sí	54	96,4			
	No	2	3,6			
Residencia actual	Urbano	36	64,3			
	Rural	20	35,7			
Años en residencia actual	Urbano			59,56	3,012	18,072
	Rural			64,50	4,526	20,239
Residencia anterior	Urbano	24	42,9			
	Rural	32	57,1			
Años en residencia anterior	Urbano			64,42	3,685	18,053
	Rural			45,16	5,186	29,337

Análisis descriptivo y de frecuencias para las variables evaluadas en la muestra

La tabla 2 muestra el resumen descriptivo y de frecuencias para las variables soledad, estado general cognitivo y satisfacción con la vida.

Tabla 2. *Características de la muestra (N=56)*

Características		M	Error Típ	D.T.
Estado general cognitivo	Urbano:	28,78	,268	1,606
	Rural:	27,70	,459	2,055
Soledad	Urbano:	15,17	1,046	6,277
	Rural:	12,30	,572	2,557
Satisfacción con la vida	Urbano:	18,75	,824	4,942
	Rural:	22,50	,505	2,259

Evaluación de las diferencias de género en las variables soledad, satisfacción con la vida y estado general cognitivo en relación con el lugar de residencia

Se procedió a realizar un ANOVA de dos factores para analizar la interacción del género con el lugar de residencia, rural o urbano, en relación a las variables de soledad ($F_{(1,52)}=0,435$; $p=0,512$); satisfacción con la vida ($F_{(1,52)}=1,252$, $p=0,268$) y estado general cognitivo ($F_{(1,52)}=0,682$; $p=0,413$). Los resultados no mostraron diferencias significativas en función del género en las variables satisfacción con la vida, soledad y estado cognitivo general. Es decir, tanto hombres como mujeres presentan niveles similares en dichas escalas.

Evaluación de la soledad y satisfacción con la vida en relación con el entorno del lugar de residencia actual

Se ha realizado un análisis t de Student para muestras independientes con el objetivo de evaluar si existen diferencias entre los sujetos que viven en un entorno rural o urbano respecto a sus medias en las distintas variables evaluadas. La tabla 3 recoge los resultados obtenidos de dicho análisis.

El análisis estadístico muestra resultados significativos en la variable soledad ($t_{(54)}=-2,405$, $p=0,020$) en relación al lugar de residencia y en la variable satisfacción con la vida ($t_{(54)}=3,881$, $p=0,000$). Esto refleja que los participantes que residen actualmente en una zona rural presentan menores niveles de soledad (ver figura 1) y mayor satisfacción con la vida (ver figura 2).

Tabla 3. *Prueba t de Student para analizar la soledad y la satisfacción con la vida en relación al entorno del lugar de residencia actual*

Variabes	t	Sig.
Soledad	-2,405	0,020*
Satisfacción con la vida	3,881	0,000**

Nota: * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

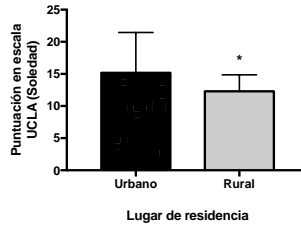


Figura 1. Diferencia de medias en la escala UCLA de soledad entre los participantes residentes en un entorno rural y urbano (Media y DT) (N=56). Nota: * $p \leq 0.05$

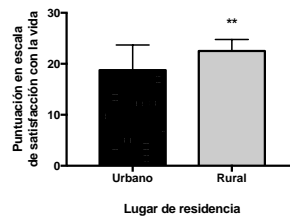


Figura 2. Diferencia de medias en la escala de satisfacción con la vida entre los participantes residentes en un entorno rural y urbano (Media y DT) (N=56). Nota: ** $p \leq 0.001$

Relaciones entre las variables estado general cognitivo y las distintas variables demográficas, sociales y emocionales evaluadas

Los resultados muestran relaciones significativas negativas entre la variable estado cognitivo general y edad. Esto es, a mayor edad menor puntuación en la escala de estado cognitivo general, y por lo tanto mayor declive cognitivo (ver tabla 4).

Tabla 4. *Correlación de las variables estado cognitivo general y edad*

Variabes	Edad
Estado cognitivo general	-0,462**

Nota: * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

También, los resultados reflejan relaciones significativas entre la variable soledad y satisfacción con la vida, calidad de vida, escala de depresión geriátrica (YESAVAGE), escala de depresión ansiedad y estrés (DASS-21) e impulsividad cognitiva. Esto es, a mayor puntuación en la escala de soledad, los participantes presentan menor satisfacción con la vida, menor calidad de vida, mayor puntuación en la escala de depresión geriátrica, mayor puntuación en la escala de depresión, ansiedad y estrés, y mayor impulsividad cognitiva (ver tabla 5).

Tabla 5. *Correlaciones entre la variable soledad y las variables analizadas*

Variables	Satisfacción con la vida	Calidad de vida	Yesavage	Dass-21	Impulsividad cognitiva
Soledad	-0,497**	-0,441**	0,573**	0,525**	0,305*

Nota: * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

En cuanto a las relaciones con la variable satisfacción con la vida, los resultados muestran relaciones significativas entre las variables satisfacción con la vida, calidad de vida, escala de depresión geriátrica e impulsividad cognitiva. Esto es, a medida que aumentan las puntuaciones en satisfacción con la vida, aumenta también la puntuación en la escala calidad de vida y disminuye la puntuación en la escala de depresión geriátrica y la impulsividad cognitiva (ver tabla 6).

Tabla 6. Correlaciones entre la variable satisfacción con la vida y las variables analizadas

Variables	Calidad de vida	Yesavage	Impulsividad cognitiva
Satisfacción con la vida	0,244	-0,414**	-0,257

Nota: * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

A continuación, destacamos la relación entre la variable de depresión y otras variables emocionales y sociales. Los resultados muestran relaciones significativas entre la puntuación de la escala depresión geriátrica y las variables impulsividad cognitiva, reserva cognitiva, depresión, estrés y ansiedad, calidad de vida, escala de recursos sociales (OARS) y edad. Esto refleja que mayores puntuaciones en la escala de depresión geriátrica implican una mayor impulsividad cognitiva, menor reserva cognitiva, mayor nivel de depresión, ansiedad y estrés, menor calidad de vida, menor puntuación en la escala de recursos sociales y mayor edad (ver tabla 7).

Tabla 7. Correlaciones entre la variable depresión geriátrica y las variables analizadas

Variables	Impulsividad cognitiva	Reserva cognitiva	Dass-21	Calidad de vida	Oars	Edad
Yesavage	0,470**	-0,312*	0,527**	-0,352**	-0,302	0,326*

Nota: * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

Los resultados muestran una relación significativa entre las variables calidad de vida e impulsividad cognitiva. Esto es, a mayor puntuación en la escala de calidad de vida, menor puntuación en impulsividad cognitiva (ver tabla 8).

Tabla 8. Correlación de las variables calidad de vida e impulsividad cognitiva

Variables	Impulsividad cognitiva
Calidad de vida	-0,336*

Nota: * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

Discusión

En relación con los objetivos planteados por el presente estudio, cabe destacar que los datos muestran evidencia a favor de un mejor ajuste y estabilidad emocional en las zonas rurales respecto las zonas urbanas (ver figuras 1 y 2), aunque no hay datos a favor de una interacción de género en las variables evaluadas.

Respecto al primer objetivo del estudio, referente a la interacción de género en las variables soledad y satisfacción con la vida en relación al lugar de residencia, debemos mencionar que no se cumple la hipótesis planteada (esta era que las mujeres tendrían menor percepción de soledad y mayor satisfacción con la vida). Tras realizar los análisis oportunos, nuestros resultados muestran que tanto hombres como mujeres obtienen puntuaciones similares en las variables satisfacción con la vida, soledad y estado cognitivo general. Sin embargo, diversos autores refieren que sí existen diferencias de género en la variable satisfacción con la vida, en concreto afirman que las mujeres están más satisfechas con su vida que los hombres (Maciá, Duboz, Montepare y Gueye, 2015). Cohen-Mansfield, Hazan, Lerman y Shalom (2015) concluyen en su estudio que las mujeres tienen mayor riesgo de padecer sentimientos de soledad ya que su esperanza de vida es mayor respecto a los hombres y por tanto tienen una mayor probabilidad de experimentar pérdidas de su red social. Por otro lado, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación en relación a las diferencias según el género, Bourque, Pushkar, Bonneville y Béland tampoco encontraron divergencias significativas en el grado de satisfacción con la vida en función del sexo de los participantes (2005). Los resultados aquí presentados no son concluyentes debido a que el 64,3% de la muestra han sido mujeres frente al 35,7% de hombres. Es decir, no ha sido una muestra equitativa. Esta diferencia en el número de hombres y de mujeres podría estar enmascarando resultados significativos. De modo que son necesarios nuevos estudios al respecto aumentando el tamaño de la muestra.

El segundo objetivo referente a las diferencias observadas en relación con el lugar de residencia, la satisfacción con la vida y la soledad planteaba la hipótesis de que las personas que viven en una zona rural presentan menor puntuación en la escala de soledad (ver tabla 3) y mayor puntuación en la escala de satisfacción con la vida (ver tabla 3) que los habitantes de zonas urbanas, la cual se mantiene por los resultados obtenidos. Se observan mayores niveles de satisfacción con la vida y menor sentimiento de soledad en los sujetos mayores de 65 años residentes en zonas rurales. En cuanto a los resultados en la escala UCLA de soledad aquí presentados, la literatura muestra

evidencias a favor de nuestros datos. Henning Smith, Moscovice y Kozhimannil (2019) afirman que las personas residentes en zonas rurales tienen mayores redes sociales con sus vecinos, amigos y familiares por la cercanía en la que conviven, pues el espacio sociodemográfico es menor que el de las zonas urbanas.

Finalmente, se encontró una correlación negativa entre el estado cognitivo y la edad (ver tabla 4). Esto reafirma el hecho de que el proceso de envejecimiento conlleva la disminución de determinadas capacidades cognitivas (ej. velocidad de procesamiento, memoria, etc.), a pesar de que éstas aún no son del todo comprendidas. La investigación neurológica plantea que estas alteraciones pueden ser causadas por disminuciones o cambios en el volumen de la materia gris y de la materia blanca de pequeño impacto, que no tendrían por qué ocasionar necesariamente un deterioro de sus funciones (Harada, Natelson Love, Triebel, 2015). Respecto al grado de satisfacción con la vida en la vejez, cabe mencionar la escasez de estudios realizados con personas mayores, además de la disparidad de opiniones planteadas por diferentes autores (Etxeberría, 2016). Etxeberría en su investigación encontró que conforme aumentaba la edad de las personas, la satisfacción con la vida, lo hacía también (2016). Mroczek y Spiro (2005) observaron una relación curvilínea, es decir, las puntuaciones en satisfacción con la vida aumentaban entre los 65 y los 70 años y a partir de ese momento, disminuían. Por su parte, Maher, Pincus, Ram y Conroy, refieren que las personas de mayor edad tienen menor puntuación en las escalas de satisfacción con la vida (2015). Así mismo, Henning-Smith, Moscovice y Kozhimannil añaden que la investigación sobre las diferencias del nivel de soledad entre las zonas rurales y urbanas son limitadas, pues no hay muchos estudios sobre el tema. Además, la evidencia científica existente refleja resultados poco claros ya que la mayoría de ellos no son concluyentes (2019).

Respecto a las limitaciones de este estudio, cabe destacar el número limitado de la muestra (n=56). Además, no es equitativa en relación con la zona de residencia (20 participantes de zonas rurales y 36 sujetos de zonas urbanas), ni en relación al sexo (20 hombres y 36 mujeres). Sería interesante realizar estudios posteriores, para obtener resultados más exactos, con una muestra mayor, con una distribución equitativa de los participantes, tanto en función del sexo como en función del lugar de residencia y recogiendo variables de contaminación ambiental para tener en cuenta la calidad del aire en las zonas evaluadas.

La literatura científica destaca los aspectos positivos de vivir en las zonas rurales, como serían un menor porcentaje de personas que viven solas y por tanto menor

sentimiento y temor hacia la soledad y una mayor sensación de satisfacción con sus relaciones interpersonales (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2004). Esto mismo reflejan los resultados encontrados en nuestro estudio. Además de ello, los entornos rurales tienen un ritmo de vida más lento y calmado por lo que los niveles de estrés son menores (de León Romero, L. P. y Cabello, S. A. (2017).

A pesar de todos los aspectos favorables de residir en zonas rurales, hay un marcado éxodo rural hacia las zonas urbanas por parte de la población joven, posiblemente explicada por la falta de recursos económicos de estas zonas, provocando como consecuencia la despoblación y el envejecimiento de la población de las zonas rurales (Pinilla y Sáez, 2016).

Conclusiones

En referencia a los resultados obtenidos en el presente estudio, cabe mencionar que se obtuvieron diferencias significativas en función del lugar de residencia, presentando mayores puntuaciones en la escala de satisfacción con la vida y menor sensación de soledad los habitantes de zonas rurales. Esto podría explicarse por la mayor amplitud de la red social que establecen las personas que viven en zonas rurales. En base a las variables satisfacción con la vida, soledad y estado general cognitivo, no se encontraron diferencias significativas en función del género de los participantes.

Además de esto, se han encontrado relaciones significativas entre las variables analizadas. Se observa que a mayor edad, menor estado general cognitivo; a mayor grado de soledad, menor satisfacción con la vida, menor calidad de vida, mayor impulsividad cognitiva y mayor puntuación en las escalas de depresión; a mayor satisfacción con la vida, mayor calidad de vida y menor impulsividad cognitiva y síntomas depresivos; a mayor puntuación en la escala de depresión geriátrica, mayor impulsividad cognitiva, menor reserva cognitiva, menor calidad de vida y menor puntuación en la escala de recursos sociales.

Este estudio refleja las diferencias emocionales entre los adultos mayores de 65 años en función del lugar de residencia, aunque es necesario seguir investigando en esta línea para obtener resultados más concluyentes, debido a la escasa investigación sobre el tema.

Para concluir cabe destacar que vivir en zonas rurales tiene aspectos muy positivos en cuanto a calidad de vida para las personas mayores de 65 años, pues tienen una red social más amplia, menor sentimiento de soledad, mayor satisfacción con la vida y una mayor calidad de vida.

Referencias

- Atchley, R. C. y Bernard, M. (1995). Social forces and aging: An introduction to social gerontology. *Ageing and Society*, 15(4), 566-568.
- Bourque, P., Pushkar, D., Bonneville, L. y Béland, F. (2005). Contextual effects on life satisfaction of older men and women. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 24(1), 31-44.
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y. y Shalom, V. (2015). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(04), 557-576.
doi:10.1017/s1041610215001532
- de León Romero, L. P. y Cabello, S. A. (2017). Envejecimiento activo en el ámbito rural en España. *EHQUIDAD. Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, (7), 175-198.
- Duke University Center (1978). La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. *Manual práctico*. Barcelona: Caritas Española.
- Etxeberría, I. (2016). Estudio descriptivo de algunas variables emocionales en las personas mayores. *European Journal of Investigation in Health*, 6(2), 57-69.
- Farina, M., Paloski, L. H., de Oliveira, C. R., de Lima Argimon, I. I. y Irigaray, T. Q. (2018). Cognitive reserve in elderly and its connection with cognitive performance: a systematic review. *Ageing International*, 43(4), 496-507.
- Flecha-García, A. (2015). Subjective psychological well-being of senior residents in nursing homes. *Pedagogía Social*, 25, 319-341.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Garbaccio, J. L., Tonaco, L. A. B., Estêvão, W. G. y Barcelos, B. J. (2018). Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 724-732.
- García-Valdecasas, J. I. (2019). El envejecimiento de la población: un fenómeno que está cambiando radicalmente la sociedad. *Razón y fe*, 279(1437), 21-33.
- Glisky, E. L. (2007). Changes in cognitive function in human aging. *Brain aging: Models, methods, and mechanisms*, 3-20.
- Hafner, K. (2016). Researchers confront an epidemic of loneliness. *New York Times*, 1-7.
- Harada, C. N., Love, M. C. N. y Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 737-752.

- Henning-Smith, C., Evenson, A., Kozhimannil, K. y Moscovice, I. (2018). Geographic variation in transportation concerns and adaptations to travel-limiting health conditions in the United States. *Journal of Transport & Health*, 8, 137-145.
- Henning-Smith, C., Moscovice, I., & Kozhimannil, K. (2019). Differences in social isolation and its relationship to health by rurality. *The Journal of Rural Health*.
- Hernandez-Huayta, J., Chavez-Meneses, S. y Carreazo, N.Y. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(4), 680-688.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. y Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 227-237.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2004). *Envejecimiento en el mundo rural, necesidades singulares, políticas específicas*. Boletín 11 sobre envejecimiento. Madrid: Observatorio de personas mayores. Inerser.
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Kurlowicz, L. y Greenberg, S. A. (2007). La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). Try This: De The Hartford Institute for Geriatric Nursing, *New York University, College of Nursing*, (4).
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). Psychology Foundation of Australia.
- Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855
- Macia, E., Duboz, P., Montepare, J. M. y Gueye, L. (2015). Exploring life satisfaction among older adults in Dakar. *Journal of cross-cultural gerontology*, 30(4), 377-391.
- Maher, J. P., Pincus, A. L., Ram, N. y Conroy, D. E. (2015). Daily physical activity and life satisfaction across adulthood. *Developmental psychology*, 51(10), 1407.
- Mroczek, D. K. y Spiro III, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of personality and social psychology*, 88(1), 189.
- Muñoz, C. C., Arango, D. C., Cardona, A. M. S. y Duque, M. O. G. (2016). Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor, Departamento de Antioquia, 2012. *Revista de Salud Pública*, 18(2), 165-178.

- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*.
 EEUU (impression): Organización Mundial de la salud. Recuperado de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS.
- Parra Rizo, M. A. (2018). *Envejecimiento activo y calidad de vida: análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años*. (Tesis de Doctorado).
 Universidad Miguel Hernández, Elche.
- Pinilla, V. y Sáez, L. A. (2016). La despoblación rural en España: génesis de un problema y políticas innovadoras. Zaragoza: CEDDAR.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.
- Salvo, L. y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254.
- Stowe, J. D. y Cooney, T. M. (2014). Examining Rowe and Kahn's concept of successful aging: Importance of taking a life course perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 43-50.
- Whitacre, B. E., Wheeler, D. y Landgraf, C. (2017). What can the national broadband map tell us about the health care connectivity gap? *The Journal of Rural Health*, 33(3), 284-289.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996* (No. WHOQOL-BREF). Geneva: World Health Organization.

Anexos

Anexo 1: Cuestionario sociodemográfico

1. SEXO: HOMBRE MUJER
2. EDAD: _____ años
3. NIVEL DE ESTUDIOS: Sin estudios Primaria Secundaria
 Superiores Universitarios
4. ESTADO CIVIL: Casado/a Viudo/a Soletero/a Separado/a
 Divorciado/a En pareja
5. VIVO: Solo/a En pareja En pareja/hijos Hijos Hermanos
 Amigos Conocidos Padres
6. JUBILADO/A: Sí No (OCUPACION LABORAL ACTUAL _____)

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">7. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Años
_____8. LUGAR DE RESIDENCIA ANTERIOR: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Años
_____9. ¿ESTÁ USTED DIAGNOSTICADO/A DE DIABETES?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No10. ¿ESTÁ USTED DIAGNOSTICADO/A DE COLESTEROL ALTO?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Anexo 2: Mini Mental State Examination

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ Núm. Historia: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.	LENGUAJE (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

Anexo 3: Escala de Impulsividad de Barratt

	Raramente o nunca	Ocasional mente	A menudo	Siempre o casi siempre
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(no me perturbo con facilidad)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Planifico para tener un trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Yo termino lo que empiezo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(gasto más de lo que gano)				
26. Hablo rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo periodo de tiempo)				
30. Planifico para el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(me interesa más el futuro que el presente)				

Anexo 4: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme.....	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas ...	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10 Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11 Noté que me agitaba.....	0	1	2	3
12 Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13 Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14 No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15 Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16 No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17 Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18 Sentí que estaba muy irritable.....	0	1	2	3
19 Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.....	0	1	2	3
20 Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21 Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Anexo 5: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida? __Sí __No
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas de sus actividades e intereses? __Sí __No
3. ¿Siente que su vida está vacía? __Sí __No
4. ¿Se siente a menudo aburrido? __Sí __No
5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo? __Sí __No
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? __Sí __No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? __Sí __No
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza? __Sí __No
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas? __Sí __No

10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría? __Sí __No
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo? __Sí __No
12. ¿Piensa que no vale para nada tal cómo está ahora? __Sí __No
13. ¿Siente que su situación es desesperada? __Sí __No
14. ¿Se siente lleno de energía? __Sí __No
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted? __Sí __No

Anexo 6: Escala de Soledad de UCLA

	Nunca	Raramente	En ocasiones	A menudo
¿Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo?				
¿Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo?				
¿Con qué frecuencia siente que nadie le entiende?				
¿Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien llame o le escriba?				
¿Con qué frecuencia siente completamente solo?				
¿Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos?				
¿Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía?				
¿Con qué frecuencia siente que es difícil hacer para usted amigos?				
¿Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás?				

Anexo 7: Escala de Recursos Sociales OARS

1. ¿Cuántas personas conoce suficientemente bien como para visitarlas en su casa?
 - Más de 5
 - 3-4
 - No responde
 - Una
 - Ninguna
2. ¿Cuántas veces ha hablado por teléfono con amigos y/o familiares en la última semana?
 - Una vez al día o más
 - 2-6 veces
 - No responde
 - Una vez
 - Ninguna
3. ¿Cuántas veces durante la semana pasada ha visto a personas que no viven con usted?
 - Una vez al día o más
 - 2-6 veces/semana
 - Una vez
 - Ninguna
 - No responde
4. ¿Tiene usted alguna persona en quién confiar?
 - Sí
 - No
 - No responde
5. ¿Se encuentra solo o se siente en soledad?
 - Casi nunca
 - Algunas veces
 - A menudo
 - No responde
6. ¿Ve usted a sus amigos y familiares tan a menudo como a usted le gustaría?
 - Sí
 - No
 - No responde
7. ¿Si alguna vez necesitase usted ayuda por encontrarse incapacitado, tendría quien le prestase esa ayuda? Sí No
Sí ha contestado sí: ¿esa persona cuidaría de usted?
 - De forma indefinida
 - Durante un corto periodo de tiempo (semanas o 6 meses)
 - Solo de forma pasajera (para ir al médico, a comer...)
 - No responde¿Quién es esa persona? Nombre: _____ Relación: _____

Anexo 8: Cuestionario WHOQOL-BREF

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas					

	cosas en las últimas dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus	1	2	3	4	5

	relaciones personales?					
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
	La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?					
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos , tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5