

## ASPECTOS SOCIO-EMOCIONALES Y SALUD MENTAL Y FÍSICA PERCIBIDAS EN PERSONAS MAYORES

**Heriberto Rodríguez-Mateo  
Isabel Luján Henríquez,  
Ana María Torrecillas Martín**

Departamento de Psicología y Sociología  
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria  
heriberto.rodriguez@ulpgc.es

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.115>

*Fecha de Recepción: 21 Febrero 2015*

*Fecha de Admisión: 30 Marzo 2015*

### RESUMEN

El objetivo del presente trabajo ha sido determinar la relación entre aspectos socioemocionales y la salud mental y salud física percibidas por los participantes de un programa universitario para mayores (*Peritia et Doctrina* de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria). Se han analizado estos elementos por la importancia que tienen en la calidad de vida de las personas mayores. Para ello se aplicaron los cuestionarios de *Estrategias Cognitivo-Emocionales Moldes* (Hernández-Guanir, 2010), el *CTI, Inventario de Pensamiento Constructivo* (Epstein, 2007) y el Cuestionario de Salud SF-36 (adaptación española de Alonso, *et al.* 1995).

Los resultados nos indican que la salud mental percibida por el grupo de participantes está influida de forma significativa por determinadas variables: de forma directa con la emotividad y la capacidad de sobreponerse; mientras que la evaluación selectiva negativa, la justificación de los fallos, la negatividad, la discordancia, la defensividad y el hipercontrol anticipatorio muestran una relación significativa inversa. Por el contrario, frente a esta valoración subjetiva de la salud mental percibida, los resultados nos desvelan que la salud física percibida no guarda relación significativa con ninguna de las variables estudiadas.

Palabras Clave: *Salud Mental, Salud Física, Moldes mentales, Formación universitaria para Mayores.*

### ABSTRACT

The aim of this study was to determine the relationship between socio-emotional aspects and mental and physical health as perceived by the participants of a university program for adults over 60 years old (*Peritia et Doctrina* of the University of Las Palmas de Gran Canaria). We analyzed these

## ASPECTOS SOCIO-EMOCIONALES Y SALUD MENTAL Y FÍSICA PERCIBIDAS EN PERSONAS MAYORES

elements by the importance of the quality of life of older people. We applied the questionnaires: Strategies Cognitive-Emotional Moulds (Hernández-Guanir, 2010), the CTI, Constructive Thinking Inventory (Epstein, 2007) and the questionnaire SF-36 Health Survey (Spanish adaptation by Alonso, *et al.* 1995).

The results indicate that mental health perceived by the group of participants is significantly influenced by the emotion forms and the ability to overcome, while negative screening assessment, justification of faults, negativity, discordance, defensiveness and anticipatory hypercontrol show a negative relationship. Oppositely, against this subjective assessment of perceived mental health, results reveal that perceived physical health is not significantly associated with any of the variables studied.

Keywords: *Mental Health, Physical Health, Mental molds, University Training for Seniors.*

### ANTECEDENTES

La conceptualización de la calidad de vida ha ido cambiando a largo del tiempo. Inicialmente la evaluación se centraba en medidas clínicas tradicionales interesándose sólo por los síntomas. Más adelante se focalizó la atención en las características personales, las condiciones de vida objetivas y la satisfacción (modelo de satisfacción), hasta llegar a la actualidad en que se insiste en un enfoque multidimensional que aglutina diversidad de elementos (tanto características del individuo como características del entorno).

En esta evolución, tres elementos básicos se han mantenido en la mayoría de las definiciones de la "calidad de vida": a) la referencia a la relación del individuo con su vida, b) el enfoque multidimensional (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Macía, 1997) que incluye todos aquellos factores que dan carácter integral al ser humano, y c) una atención especial a la valoración subjetiva que la persona hace de su propia vida (Freire, 2007).

De esta manera, una de las definiciones más difundidas es la de la Organización Mundial de la Salud que, desde la década de los noventa, indica que calidad de vida es la "percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con objetivos, expectativas, valores e intereses". Esto muestra que los elementos subjetivos contribuyen al bienestar y, por ende, a la calidad de vida de las personas, es decir, la forma de entender, de reaccionar, y de evaluar la realidad afecta a nuestro comportamiento y a la manera de "vivir la vida" de forma adaptativa o por el contrario, de una manera patológica.

En esta línea, Fernández-Ballesteros *et al.* (1997) resaltan la necesidad de que el concepto de calidad de vida contenga elementos subjetivos o sea la valoración, juicio o sentimiento sobre salud percibida, satisfacción social, necesidades culturales, valoración del entorno, servicios de salud y sociales percibidos y elementos objetivos, o de medición real, sobre la calidad ambiental, la disponibilidad de servicios de salud y sociales, la salud objetiva (valoración), el apoyo social así como los factores culturales. Para estos autores "la evaluación de la calidad de vida tiene que contemplar una visión multidimensional, con componentes subjetivos y objetivos, y en la operacionalización de sus distintas condiciones y dimensiones". Más recientemente, Fernández-Ballesteros, Zamarrón, López, Molina, Díez, Montero y Schettini (2010) añaden una serie de predictores "multidominio" de variables psicológicas, tanto intelectuales como de personalidad y motivacionales, a tener en cuenta a la hora de valorar el envejecimiento exitoso.

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de tres elementos: salud, estado de salud y calidad de vida, agrupando tanto elementos internos como externos del individuo que interactúan, modificando su condición de salud. Por ello, la literatura científica ha abordado e investigado la percepción subjetiva de la calidad de vida tomando en cuenta distintas variables. Unos estudios se han centrado en relacionar la salud mental percibida con la importan-

cia de la práctica del ejercicio físico (Del Pozo-Cruz, J.; Del-Pozo-Cruz, B.; López-Lluch, y Rodríguez-Bies, 2011); otros han combinado esta variable con la percepción de control y con los valores culturales (García-Mazzieri, 2012); algunos trabajos se han dedicado a diversidad de aspectos que contribuyen al proceso evolutivo en la etapa de la vejez (Fernández-Ballesteros, 2002). En un estudio centrado en personas mayores, Freire (2007) señala que la calidad de vida tiene una relación directa con habilidades cognitivas, emocionales y atributos personales expresados en estilos de vida que repercuten al llegar a la tercera edad en mejoras en el afrontamiento de los cambios.

Con una estrecha vinculación a la calidad de vida y al bienestar subjetivo está la Inteligencia emocional, que contiene pensamientos automáticos e inconscientes, generados a partir de las experiencias de la vida y, justifican la motivación y el placer por las cosas. Son pensamientos que sirven a las personas para interpretar los sucesos, así como los sentimientos y las conductas de los otros. Se puede tender a pensar que el mundo es peligroso, que no se puede confiar en nadie, que algo malo va a suceder, o de forma opuesta, se puede tender a pensar lo contrario. Esta visión subjetiva en la forma de ver las cosas, tan intuitiva, de espaldas a lo racional, es potente, primaria y primigenia, y sin duda ofrece un sesgo definitivo a las decisiones que las personas toman y a la satisfacción que sienten con su vida.

La inteligencia emocional ha sido estudiada desde diferentes ópticas. Desde la aportación de los moldes mentales se han realizado investigaciones en relación con la emociones en el aprendizaje (Hernández-Guanir, Capote y Fernández-Martín, 2007); con el éxito deportivo (Hernández-Guanir y Rodríguez-Mateo, 2008); en la explicación del Bienestar Subjetivo (Hernández-Guanir, 2006); en el rendimiento de la memoria (Hernández-Guanir, 2007), entre otras.

Asimismo, se han realizado estudios sobre las diferencias en inteligencia emocional en los jóvenes y en la vejez (Navarro, Latorre y Ros, 2009) revelando en los mayores una mayor claridad y regulación emocional así como mayor facilidad para auto reflexionar e informar de ella. Han sido igualmente objeto de investigación en la inteligencia emocional las diferencias de la edad en intensidad emocional y en el afrontamiento cognitivo en situaciones amenazantes (Márquez, Montorio, Izal y Losada, 2006), las características de la inteligencia emocional en la etapa de la vejez en función del género y su relación con algunos rasgos de personalidad como neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad (Bernarás, Garaigordobil y De las Cueva, 2011). Otros estudios han confirmado, dentro de la inteligencia emocional y el pensamiento constructivo, la importancia que tiene la capacidad de afrontamiento como predictor del rendimiento académico, del éxito laboral, y del bienestar emocional y del bienestar físico (Epstein y Meier, 1989). En la misma línea, Grenier (1992) observó alto nivel de emotividad y de eficacia en un grupo de mujeres maltratadas que tomaron la decisión de separarse; lo que permite deducir que un pensamiento constructivo hace más resiliente a las personas y les ayuda a combatir situaciones de vulnerabilidad.

El estudio que presentamos se centra en analizar en personas mayores, la salud mental y física autopercebida en relación con la inteligencia emocional, centrándonos en el pensamiento constructivo y los “moldes mentales”, elementos que guían las estrategias cognitivo-emocionales que las personas emplean para interpretar, comprender y reaccionar ante la realidad de una forma más o menos adaptativa.

## OBJETIVOS

El objetivo básico es analizar la relación entre aspectos socioemocionales y la salud mental y salud física percibidas en los participantes de un programa universitario para mayores.

De forma específica se pretende:

Analizarse los “patrones de pensamiento” relativos a la percepción, planificación y valoración que las personas hacen de su vida y se relacionan con la salud mental percibida.

## ASPECTOS SOCIO-EMOCIONALES Y SALUD MENTAL Y FÍSICA PERCIBIDAS EN PERSONAS MAYORES

Analizar si los “patrones de pensamiento” relativos a la percepción, planificación y valoración que las personas hacen de su vida, se relacionan con la salud física percibida.

Analizar si la inteligencia experiencial del pensamiento constructivo guarda relación con la salud mental percibida.

Analizar si la inteligencia experiencial del pensamiento constructivo guarda relación con la salud física percibida.

### PARTICIPANTES

En esta investigación han participado 78 alumnos y alumnas de los cursos primero, segundo y tercero del programa formativo “*Peritia y Doctrina*” de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Estos sujetos tenían una media de 64 años, y había un predominio importante de mujeres (77%). Aunque la mayoría está casado/a, un porcentaje no menor (29%) vive solo. Más de un 30% de los participantes han completado estudios universitarios y casi un 50% de la población, tiene ingresos que duplican el salario mínimo.

### MÉTODO

La metodología utilizada en este estudio es de tipo cuantitativo, a través de un método cuasi-experimental, en situación natural.

El diseño compara dos grupos independientes, donde la variable que los diferencia es el grado de salud mental o física autopercebidas.

### Instrumentos

Se aplicaron los cuestionarios SF-36 HealthSurvey; Moldes Test de Estrategias cognitivo-emocionales; CTI Inventario de Pensamiento Constructivo -Una medida de la Inteligencia emocional-.

Cuestionario SF-36 HealthSurvey (Ware, Kosinski, y Keller, 1994. Adaptación española de Alonso, *et al.* 1995).

El Cuestionario está compuesto por 36 ítems que detectan estados de salud tanto positivos como negativos. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crearlo de forma eficiente, se seleccionaron el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 de los conceptos o dimensiones de la salud más importantes y ampliamente utilizadas, centrando su contenido en el estado funcional y el bienestar emocional.

El Estado Funcional está representado por las dimensiones: Función Física, Función Social, Limitaciones de rol por problemas físicos, Limitaciones de rol por problemas emocionales.

El Bienestar Emocional, incluye las dimensiones: Salud Mental, Vitalidad, Dolor Corporal.

Finalmente, la evaluación General de la Salud incluye la dimensión de la Percepción de la Salud General y el cambio de la salud en el tiempo que no forma parte de la puntuación final.

López, Banegas, Graciani, Gutierrez-Fisac, Alonso y Rodríguez-Artalejo (2003) ofrecen valores de referencia del SF36 para la población española de mayores de 60 años.

Moldes Test de Estrategias cognitivo-emocionales (Hernández-Guanir, 2010).

Son formas de pensamientos que posibilitan la interpretación de la realidad y facilitan reaccionar frente a ella. Estos pensamientos son consistentes dado que los utilizamos habitualmente y por tanto, actúan como “moldes mentales o patrones cognitivos”. Para su autor Hernández-Guanir, son “responsables de nuestra felicidad y eficiencia. Su conocimiento facilita la comprensión, manejo y modificación de nuestras emociones y comportamientos, aspectos centrales de las inteligencias socioafectivas o alternativas (inteligencia intrapersonal, interpersonal o emocional). (p. 7)

Los moldes mentales son estrategias habituales y peculiares que cada persona muestra en el modo de enfocar, de reaccionar o de interpretar la realidad en situaciones de egoimplicación, es decir, donde las personas se enfrentan a una realidad que les compromete en sus intereses y emociones (adiferencia de los estilos cognitivos). Además, en investigaciones del propio autor, los moldes mentales han demostrado su potencial en el “aprender a vivir” y el “aprender a convivir” más que las anteriores premisas educativas de “aprender a aprender” o “aprender a pensar” limitadas sencillamente a la mejora del razonamiento (Hernández-Guanir, 2006b).

El cuestionario está organizado de forma jerárquica. La perspectiva personal que cada uno tiene sobre la realidad se desglosa en encuadres, dimensiones y moldes mentales. Tres grandes “encuadrefocales” (*Espontaneidad vital, Ajuste y Optimización*) engloban diez dimensiones (Implicación vital en el encuadre Espontaneidad vital; dentro del encuadre Ajuste se encuentran las dimensiones: Negatividad, Discordancia, Evitación, Defensividad, Atribución externa y Operatividad; dentro del encuadre Optimización se encuentran las dimensiones: Optimización positivante, Optimización preparatoria y Optimización autopotenciadora). Estas dimensiones incluyen treinta moldes mentales o estrategias cognitivo-emocionales (ver un reparto de las mismas en Hernández Guanir, 2010, p. 16). A modo de ejemplo, señalamos sólo algunos de ellos que guardan relación con los resultados del presente estudio: M 3 Hipercontrol anticipatorio, incluido en la dimensión Implicación vital; M 6 Evaluación selectiva negativa incluido en la dimensión Negatividad, M 18 Justificación de los fallos, incluido en la dimensión Defensividad.

CTI Inventario de Pensamiento Constructivo -Una medida de la Inteligencia emocional- (Epstein, 2007).

Es un instrumento compuesto por 108 ítems. Mide la inteligencia experiencial, que es la que posibilita que tengamos éxito en nuestras actividades personales o profesionales. El inventario está jerárquicamente organizado. Contiene una escala general (Pensamiento constructivo Global) y seis escalas (Emotividad, Eficacia, Pensamiento supersticioso, Rigidez, Pensamiento esotérico, Ilusión). A su vez las escalas contienen 15 facetas (ver un reparto de las mismas en Epstein, 2012, p. 9). A modo de ejemplo, señalamos sólo una de ellas en relación a los resultados de nuestro estudio: la Capacidad de sobreponerse (denominada en una revisión reciente “Ausencia de rumiaciones sobre experiencias desagradables”). Esta faceta está incluida dentro de la escala Emotividad.

Este inventario, dada su alta fiabilidad y validez, demostradas en numerosas investigaciones, tiene un valor diagnóstico y predictivo superior a numerosos instrumentos que evalúan semejantes contenidos. Permite predecir la aptitud para afrontar el estrés, el ajuste emocional, el bienestar físico, las habilidades sociales, entre otras variables.

## Procedimiento

Los participantes de este estudio, respondieron de forma voluntaria y anónima a los tres instrumentos.

Los análisis estadísticos de los datos se realizaron a través del paquete estadístico SPSS, versión 22. Para realizar la comparación entre muestras relacionadas se dividió la globalidad de puntuaciones obtenidas en el SF-36 Health Survey, en cuartiles, seleccionando para el análisis comparativo en este estudio, el cuartil de puntuación inferior en Salud Mental y el cuartil superior en Salud Mental. El mismo procedimiento se realizó para la comparación con la Salud Física percibida.

Análisis *t*-test con la prueba *t*-Student para comparar medias para dos muestras relacionadas e independientes.

El factor Salud Física percibida se comparó con la totalidad de los ítems del test Moldes y del CTI.

El factor Salud Mental percibida se comparó con la totalidad de ítems del test Moldes y del CTI.

**ASPECTOS SOCIO-EMOCIONALES Y SALUD MENTAL Y FÍSICA PERCIBIDAS EN PERSONAS MAYORES**

**RESULTADOS**

El análisis de los datos desvela que el factor de Salud Física percibida no presenta diferencias significativas con ninguno de los ítems de los cuestionarios Moldes yCTI, por tanto se obvian estos resultados.

De forma contraria, la Salud Mental percibida en relación a los instrumentos utilizados (Test Moldes y CTI) muestra diferencias estadísticamente significativas en algunas de las variables. Estos resultados se muestran en las tablas 1 a 4.

La tabla 1 recoge las puntuaciones medias de los cuartiles inferiores y superiores obtenidas por los sujetos sólo en aquellos componentes en los que hubo diferencias significativas (ver tabla 2) entre los Moldes mentales respecto a la Salud Mental percibida.

*Tabla 1.  
Puntuaciones medias obtenidas en los cuartiles inferiores y superiores en Salud Mental de las variables que han resultado con diferencias significativas en el test Moldes.*

MOLDES	SALUD MENTAL	
	Cuartil inferior	Cuartil superior
Encuadre 2 Ajuste	49.89	68.13
Dimensión 2 Negatividad	63.83	44.81
Dimensión 3 Discordancia	58.8	43.52
Dimensión 5 Defensividad	53.89	36.06
Molde 3 Hipercontrol anticipatorio	65.94	48.97
Molde 6 Evaluación selectiva negativa	65.56	44.71
Molde 18 Justificación de los fallos	65.44	35.74

*Tabla 2.  
Comparación de encuadres, dimensiones y moldes mentales con las puntuaciones mínimas y máximas de Salud Mental (prueba t).*

	t	gl	Sig. (bilateral)
Encuadre 2 Ajuste- Salud mental máxima (2)	-2.13	47	.038
Dimensión 2 Negatividad-Salud mental máxima (2)	2.20	47	.033
Dimensión 3 Discordancia.-Salud mental máxima (2)	2.07	47	.044
Dimensión 5 Defensividad.-Salud mental máxima (2)	2.23	47	.033
Molde 3 Hipercontrol anticipatorio.-Salud mental máxima (2)	2.08	47	.043
Molde 6 Evaluación selectiva negativa.-Salud mental máxima (2)	2.05	47	.045
Molde 18 Justificación de los fallos.-Salud mental máxima (2)	3.22	47	.002

El análisis de la tabla 1 y de la tabla 2 desvela que a las personas con mayor Salud Mental percibida tienen un mayor grado de Ajuste. Se puede deducir que para disfrutar de una mayor salud mental es necesario un buen Ajuste. Para poder obtener este resultado, las dimensiones que entran en juego son la ausencia de Negatividad, baja Discordancia, y baja Defensividad; y si se desciende al primer nivel, la menor puntuación en el molde de Hipercontrol anticipatorio (perteneciente a la dimensión 1 de Implicación vital) marca también diferencias favorables a una buena salud mental percibida.

Dentro de la dimensión 2 “Negatividad”, el molde 6 de Evaluación selectiva negativa marca también diferencias, de tal manera que una buena Salud Mental percibida está influenciada por su baja presencia.

En la dimensión 5 “Defensividad”, el molde 18 de Justificación de los fallos, que marca diferencias significativas, alcanza puntuaciones superiores cuando la Salud Mental percibida es inferior.

La tabla 3 recoge las puntuaciones medias de los cuartiles inferiores y superiores obtenidas por los sujetos sólo en aquellas variables en las que hubo diferencias significativas (ver tabla 4) entre los componentes del CTI Inventario del Pensamiento Constructivo respecto a la Salud Mental percibida.

*Tabla 3.  
Puntuaciones medias obtenidas en los cuartiles inferiores y superiores en Salud Mental y las variables que han resultado con diferencias significativas del CTI*

CTI	SALUD MENTAL	
	Cuartil inferior	Cuartil superior
Escala- EMOTIVIDAD-	45.00	49.94
Faceta- Capacidad de sobreponerse	45.56	51.03

*Tabla 4.  
Comparación de variables del Inventario de Pensamiento Constructivo CTI con las puntuaciones mínimas y máximas de Salud mental (prueba t).*

	t	gl	Sig. (bilateral)
CTI EMOTIVIDAD- Salud mental máxima (2)	-2.21	47	.032
CTI Capacidad de sobreponerse-Salud mental máxima (2)	-2.24	47	.029

El análisis de la tabla 3 y de la tabla 4 refleja que la Emotividad y dentro de esta escala, la faceta “Capacidad de Sobreponerse” es mayor en los sujetos situados en el cuartil superior de Salud Mental percibida.

## CONCLUSIONES

El análisis de los aspectos socioemocionales y la salud mental y salud física percibidas en participantes de un programa universitario para mayores (*Peritia et Doctrina* de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria), en el que participan personas de distintos niveles educativos, profesiona-

## ASPECTOS SOCIO-EMOCIONALES Y SALUD MENTAL Y FÍSICA PERCIBIDAS EN PERSONAS MAYORES

les y sociales se vuelve relevante dada la importancia que estos elementos cobran en la calidad de vida de las personas mayores.

La reflexión sobre los resultados puede hacerse desde la prospección para el diseño óptimo del proyecto formativo e incidir en aquellos aspectos de los que carezca el diseño e insistir y potenciar en los que optimicen el desenvolvimiento en este tramo de la vida.

Los resultados de los análisis revelan que así como para una salud física percibida no hay “intervención” de los moldes mentales ni del pensamiento constructivo, estos elementos sí participan activamente en la salud mental percibida.

Así, las personas con un alto nivel Ajuste, es decir, aquellas que tienen una visión equilibrada y positiva de la vida, que aceptan las contrariedades que se le presentan, que son abiertas, tolerantes y operativas en la ejecución de acciones y que tienen una alta egoimplicación a la hora de atribuirse la responsabilidad personal en la explicación de lo que le acontece en el día a día gozan de una mejor salud mental percibida.

Así mismo, las personas que perciben mejor su salud mental son aquellas con una Emotividad alta, esto es, se muestran tolerantes a la frustración y son capaces de enfrentarse a situaciones previsiblemente estresantes; son resilientes, ya que son capaces de sobreponerse a las adversidades que se le presentan pues las consideran más como un reto que como una situación provocadora de miedos, que se aceptan tal y como son sin dolerse de las cosas ni las acusaciones de los demás, pues no son especialmente sensibles a las críticas; que piensan de manera constructiva, ya que a la hora de valorar los pensamientos negativos no se obsesionan con ellos (Capacidad de sobreponerse), ni se lamentan, sino que intentan aprender de los errores, lo que conlleva planificar las actuaciones futuras incorporando lo que han aprendido de ellos.

Por el contrario, las personas que se preocupan, pensando con anterioridad lo que va a suceder aunque sea sin fundamento, que le dan vueltas y vueltas a los problemas o decisiones que tienen que tomar, que quieren controlar todo debido a sus inseguridades, que tienden a ver los inconvenientes y los fallos (Evaluación selectiva negativa) tanto de las cosas como de las personas, que se muestran predispuestos a juzgar de manera negativa la realidad y la intencionalidad de los otros, o que en su defensa tienden a disculpar y buscar excusas del propio fracaso (Justificación de los fallos) muestran un ajuste deficitario. Igualmente, gozan de una peor percepción de su salud mental quienes tienen pensamientos discordantes y contradictorios, haciendo efímeros sus logros, por ejemplo, estar contentos con algún deseo logrado y seguidamente decepcionarse o echar en falta algún deseo aún no cumplido, o quienes se empecinan en algo que es de imposible logro en la realidad.

En esta misma línea, acorde con una peor percepción de su salud mental, se encuentran aquellas personas inquietas, hiperreflexivas y perfeccionistas que lo acompañan de cierta inseguridad y ansiedad (Hipercontrol anticipatorio). Pese a que estos pensamientos o estrategias mentales de hiperreflexión y perfeccionismo han demostrado coincidir con buenos logros y un buen rendimiento general, también son portadores de desgaste emocional importante que constriñe la espontaneidad y la implicación vital del individuo a la hora de afrontar o de emprender nuevos proyectos.

En la base de todos estos resultados está la importancia de la inteligencia emocional en la gestión y manejo de las situaciones que las personas de cualquier edad deben resolver. No es suficiente tener buena salud física, social o material tanto en lo próximo como en lo lejano, sino que es necesario conocer y detectar aquellos pensamientos o estrategias mentales que perjudican nuestra salud y potenciar aquellos otros que favorecen nuestra percepción de bienestar e incrementan la calidad de vida.



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Alonso J.; Prieto, L. y Antón J.M. (1995). La versión española del SF-36 HealthSurvey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *MedClin* (Barcelona) 104-771.
- Bernarás, E.; Garaigordobil, M. y De las Cueva, C. (2011). Inteligencia emocional y rasgos de personalidad. Influencia de la edad y género durante la edad adulta y la vejez. *Boletín de Psicología*, nº 103, Noviembre, 75-88 <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N103-5.pdf>
- Del Pozo-Cruz, J. Del-Pozo-Cruz, B; López-Lluch, G; Rodríguez-Bies, E. (2012). Diferencias en la salud mental y la calidad de vida relacionada con la salud en mayores de 75 años practicantes de actividad física y sedentarios. XIII Congreso Andaluz de Psicología de la Actividad Física y el Deporte. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. Obtenido de internet el 22 marzo 2015. <http://altorendimiento.com/diferencias-en-la-salud-mental-y-la-calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud-en-mayores-de-75-anos-practicantes-de-actividad-fisica-y-sedentarios/>.
- Epstein, S. (2007). CTI Inventario de Pensamiento Constructivo –Una medida de la inteligencia emocional-. Madrid. Tea Ediciones S.A.
- Epstein, S. y Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 332-349.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). *Vivir con vitalidad*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M.; López, M.; Molina, M.; Díez, J.; Montero, P. y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, Vol 22, nº 4, 641-647.
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M. y Macía, A. (1997). Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). Madrid, España.
- Freire, M. (2007). *Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Obtenido de internet el 22 marzo 2015 <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1503/1/16679751.pdf>
- García-Mazzieri, S. (2012). *Percepción de control, valores culturales y salud mental percibida*. 122-125 Obtenido de internet el 22 marzo 2015 <http://www.aacademica.com/000-072/621>
- Grenier, M.M. (1992). *A study of battered women utilizing the California Psychological Inventory – Revised, the –Myers- Briggs Type Indicator, the Constructive Thinking Inventory, and the demographic variable of “times previously separated”*. Unpublished doctoral dissertation, The College of William and Mary, Williamsburg, VA.
- Hernández-Guanir, P. (2006). Inteligencia Emocional y Moldes Mentales en la explicación del Bienestar Subjetivo. *Ansiedad y estrés*, Vol. 12, nº 2-3. Monográfico: Inteligencia emocional. Diciembre 151-166.
- Hernández, P. “Guanir” (2006b). Educación intelectual versus emocional: ¿conflicto, limitación o incompetencia? *Papeles del Psicólogo número 3 Vol-27*. Universidad de La Laguna. Obtenido de internet el 12 marzo 2015 <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1373>
- Hernández-Guanir, P. (2007). Moldes Mentales y emociones en el rendimiento de la memoria. *Aula*, 166, 21-26.
- Hernández, P. “Guanir” (2010). *Moldes. Test de estrategias cognitivo-emocionales. Manual*. Madrid. Tea Ediciones S.A.
- Hernández-Guanir, P, Capote, M.C. y Fernández-Martín, A.(2007). Moldes Mentales y emociones en el aprendizaje. *Revista de Orientación Educativa*. Vol. 21 (39), 31-46.
- Hernández-Guanir, P. y Rodríguez-Mateo, H. (2008). Programa de modificación de Moldes Mentales en el éxito deportivo. Simposio sobre “*Moldes Mentales y Emociones en el proceso educativo*”.

## ASPECTOS SOCIO-EMOCIONALES Y SALUD MENTAL Y FÍSICA PERCIBIDAS EN PERSONAS MAYORES

- 5º Congreso Internacional de Psicología y Educación. Oviedo, 5-7 abril.
- López E.; Banegas, J.; Graciani, A.; Gutierrez-Fisac J.L.; Alonso, J.; Rodríguez-Artalejo, F. (2003) Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *MedClin*(Barcelona) 2003; 120: 568-573.
- Márquez, M.; Montorio, I.; Izal, M. y Losada, A. (2006) Predicción del nivel de ansiedad a partir de la intensidad emocional y el afrontamiento cognitivo en situaciones amenazantes en personas jóvenes y mayores. *Ansiedad y estrés nº 12 (2-3)*, 305-316.
- Navarro, E.; Latorre, J.M. y Ros, L. (2009). Inteligencia emocional y autoinformada en la vejez, un estudio comparativo con el TMMS-24. En Fernández Berrocal (Ed.) *Avances en el estudio de la inteligencia emocional* (pp.331-335). Fundación Marcelino Botín.
- Ware, J.E., Kosinski, M.A. y Keller, S.K. (1994). «Physical and Mental Health» *Summary Scales: A User s Manual*. TheHealthInstitute, New EnglandMedicalCenter: Boston, MA.