

¿En qué piensan las mujeres para tener un peor ajuste emocional?

What have in mind women to have a worse emotional adjustment?

Pablo Fernández-Berrocal y Natalio Extremera
Universidad de Málaga

Resumen: Diferencias de género se han encontrado de forma habitual en diferentes medidas de salud mental. Desde los inicios de la adolescencia hasta la madurez, las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de experimentar depresión. Se han ofrecido diferentes explicaciones para estas diferencias de género en depresión, pero ninguna parece explicarlas completamente. Se ha propuesto que las mujeres son más vulnerables a los síntomas depresivos, porque es más probable que utilicen un estilo de afrontamiento rumiativo. Este estudio examinó si las diferencias de género en rumiación y en inteligencia emocional podrían mediar las diferencias de género en salud mental. La muestra fue de 396 adolescentes entre los 13 y los 20 años. La combinación de rumiación y las habilidades de regulación emocional (un factor de la inteligencia emocional) mediaron completamente las diferencias de género en salud mental. Concluimos con recomendaciones para la investigación futura que examine las diferencias de género en salud mental.
Palabras clave: Género; depresión, rumiación, inteligencia emocional.

Abstract: Gender differences are commonly found in measures of mental health. From early adolescence through adulthood, women are twice as likely as men to experience depression. Many different explanations for this gender difference in depression have been offered, but none seems to fully explain it. It was hypothesized that women are more vulnerable to depressive symptoms than men because they are more likely to engage in ruminative coping. This study examined whether gender differences in ruminative coping and emotional intelligence would mediate the gender differences in mental health. The sample was 396 adolescents between 13 and 20 years of age. The combination of ruminative coping and emotional regulation skills (a factor of emotional intelligence) fully mediated the gender difference in mental health. We concluded with recommendations for future research examining gender differences in mental health.
Key words: Gender; depression; rumination; emotional intelligence.

“Los hombres y las mujeres son diferentes. Sienten y piensan con estilos en algunos casos tan distintos, que resultan incompatibles”. Esta opinión tan extendida ha tenido su máxima expresión editorial en títulos de gran éxito de ventas como “Los hombres son de Marte y las mujeres de Venus” o “Por qué los hombres no escuchan y las mujeres no entienden los mapas”. El argumento central de esta creencia popular y estos libros es que la “química hormonal”, por ejemplo, los estrógenos y la progesterona son los responsables de los sentimientos de satisfacción y felicidad de las mujeres. El prototipo de estas alteraciones son los cambios que se producen durante el ciclo menstrual (i.e., el síndrome premenstrual) puesto que serían los responsables de los cambios de carácter, de humor e, incluso, del apetito sexual o la salud mental de las mujeres.

La literatura científica está de acuerdo con la afirmación de que somos diferentes, de que la vida afectiva y los rasgos emocionales de hombres y mujeres son distintos (Feingold, 1994). Las investigaciones revelan diferencias de género en la forma de afrontar situaciones emocionales y, en concreto, en el uso de estrategias per-

sonales para gestionar las emociones negativas (Stanton, Kirk, Cameron y Danffo-Burg, 2000; Thayer, Newman y McClain, 1994). Pero la pregunta básica sobre por qué somos diferentes, no admite una respuesta tan sencilla y exclusiva como la versión simplificada de la “química hormonal”. Para contestar a esta compleja pregunta se hace necesario recurrir tanto a los aspectos biológicos y de personalidad como a los sociales y culturales. Y, por supuesto, investigar qué sentimos y pensamos de forma diferencial para tener un mejor o peor ajuste emocional.

En esta línea argumental, podemos encontrar diferencias de género en ajuste emocional a través de diferentes países, razas y culturas. Uno de los fenómenos más robustos en epidemiología es que las mujeres experimentan una mayor incidencia de trastornos depresivos y de ansiedad que los hombres (Compas, Ey y Grant, 1993; Culbertson, 1997; Nolen-Hoeksema, 1987; 2000; Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999). No obstante, esta mayor propensión a la sintomatología depresiva no es una constante en la mujer desde su nacimiento sino que surge en la adolescencia. En la niñez, las investigaciones revelan que los niños preadolescentes manifiestan síntomas depresivos y desórdenes en una proporción similar o mayor que sus compañeras (Brooks-Gunn y Petersen, 1991; Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman, 1992). Sin embargo, en la adolescencia ocurren ciertos cambios en las adolescentes que promueven, a partir de los 13 años, una mayor prevalencia en la aparición de síntomas depresivos y que experimenta un incremento significativo a la edad de 18 años. A partir de la adolescencia, las

Dirección postal de contacto: Campus de Teatinos, s/n 29071 Málaga
Número de teléfono: 952131086
Número de fax: 952132621
Correo electrónico:
berrocal@uma.es
nextremera@uma.es

Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2003). ¿En qué piensan las mujeres para tener un peor ajuste emocional? Encuentros en Psicología Social, 1, 255-259.

mujeres tendrán el doble de posibilidades que los hombres de ser depresivas. (Petersen, Sarigiani y Kennedy, 1991).

La mayoría de las explicaciones que se han ofrecido sobre las diferencias de género en salud mental se han centrado únicamente en variables biológicas o individuales. No obstante, los modelos más recientes han pretendido superar estas explicaciones clásicas e integrar aspectos transaccionales y evolutivos. El grupo de investigación de Susan Nolen-Hoeksema de la Universidad de Michigan ha propuesto un modelo interactivo de la salud mental que intenta integrar diferentes aspectos más allá de los individuales y que ha sido puesto a prueba en diferentes estudios. En esta línea, Nolen-Hoeksema y Girgus (1994) realizaron una revisión sobre las diferencias de género en depresión durante la adolescencia. Los autores plantean que se produce una interacción entre algunos rasgos de personalidad, más prototípicos en chicas que en chicos, como bajos niveles de asertividad, mayor utilización de estrategias de afrontamiento basadas en la rumiación más que en el afrontamiento activo, menores niveles de agresión y dominio de las relaciones interpersonales, y ciertos cambios sociales y fisiológicos, que serían los responsables conjuntamente del desarrollo de mayores niveles depresivos en las adolescentes (ver también Broderick, 1998).

Desde el modelo interactivo de Nolen-Hoeksema, el estilo rumiativo tiene una función mediadora muy relevante que ha servido como explicación para dilucidar las diferencias clásicas existentes en cuanto a género en depresión.

Nolen-Hoeksema ha comprobado recientemente su modelo interactivo de depresión en una muestra representativa de más de 1100 personas de diferentes razas y con un rango de edad entre 25 y 75 años (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999). En su estudio controló cuatro variables: experiencia crónica de acontecimientos negativos; control percibido; estilo rumiativo (RSQ) y depresión (BDI y Hamilton HRDS). Los participantes fueron entrevistados individualmente y la entrevista fue repetida un año después de la primera para obtener una segunda evaluación. Las diferencias de género para las diferentes variables mostraron que las mujeres sufren de más acontecimientos negativos, tienen un menor control percibido, una mayor tendencia a la rumiación y a la depresión que los hombres, corroborando los datos que suelen obtenerse en otros estudios. No obstante, si se reanalizan estas relaciones controlando los efectos del género sobre depresión por medio de las variables experiencia crónica de acontecimientos negativos, control percibido y estilo rumiativo, las diferencias entre hombres y mujeres desaparecen. Esto es, las diferencias sociales y de personalidad entre hombres y mujeres median totalmente las diferencias de género que se encuentran en depresión. Por otra parte, la relación de estas variables entre sí es de mutua influencia, es decir, las personas que sufren de acontecimientos negativos son más rumiativas, pero a su vez las personas rumiativas informan que sufren más acontecimientos negativos. No obstante, los efectos directos de las variables sociales y de personalidad desaparecen cuando se controla el estilo rumiativo de la persona. La rumiación media totalmente los efectos de la experiencia de acontecimientos negativos y control percibido sobre depresión.

Desde otra perspectiva teórica, la investigación sobre inteligencia emocional que se ha llevado a cabo siguiendo el modelo de Peter Salovey y John Mayer ha mostrado interesantes relaciones con respecto a medidas de bienestar como la depresión, la ansie-

dad, la salud física y mental (Mayer y Salovey, 1997). De forma resumida, las personas con desajuste emocional presentan un perfil caracterizado por una alta atención a sus emociones, baja claridad emocional y la creencia de no poder modificar sus estados emocionales (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Fernández-Berrocal y Ramos, 1999; Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 1999; Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Ramos y Extremera, 2001; Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer, 1999; 2000; Salovey, Stroud, Woolery, y Epel, 2002; para una revisión ver Salovey, 2001). También hay evidencia empírica que sugiere que la inteligencia emocional permitiría elaborar e integrar de manera correcta los pensamientos intrusivos y rumiativos que acompañan a los sucesos altamente estresantes, así como los que obedecen a un estrés normal y están presentes en población no clínica (Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001; Fernández-Berrocal y Ramos, 2002).

El propósito de nuestra investigación es conjugar estas dos perspectivas teóricas, el modelo interactivo de Nolen-Hoeksema y el modelo de inteligencia emocional de Salovey y Mayer. En concreto, nuestros objetivos fueron:

1. Investigar las diferencias de género en inteligencia emocional percibida en estudiantes adolescentes. El patrón que se ha encontrado en investigaciones previas y que esperamos encontrar en ésta sería: las mujeres puntuarían más en atención a sus emociones y los hombres más en claridad emocional y en reparación de las emociones.

2. Analizar las diferencias de género en diversos indicadores de ajuste psicológico. Se predice que las mujeres tendrán puntuaciones más altas en supresión de pensamientos y peor ajuste emocional que los hombres tal como es habitual en la literatura.

3. Como hipótesis principal proponemos que las diferencias de sexo en ajuste emocional quedarán explicadas por el efecto mediador de la inteligencia emocional percibida y la supresión de pensamientos.

Método

Participantes

Los participantes fueron 396 estudiantes, 186 mujeres y 210 hombres, de edades comprendidas entre los 13 y los 20 años y pertenecientes a dos Institutos de Málaga capital que participaron voluntariamente en el estudio.

Medidas

Trait Meta-Mood Scale (TMMS). Cuestionario de inteligencia emocional intrapersonal que es una medida de inteligencia emocional percibida. Este instrumento está compuesto, en su versión extensa, por 48 ítems (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey and Palfai, 1995). A los sujetos se les pide que evalúen el grado en el que están de acuerdo con cada uno de los ítems sobre una escala de tipo Likert de 5 puntos, que varían desde *nunca* (1) a *muy frecuentemente* (5). Está caracterizada por la presencia de tres factores: Atención a los propios sentimientos, Claridad emocional y Reparación de las emociones. La Atención a las emociones es el grado en el que las personas creen prestar atención a sus sentimientos (p.ej., "Pienso en mi estado de ánimo constantemente"); Claridad emocional se refiere a cómo creen percibir sus emociones las personas

(p.ej., "Frecuentemente me equivoco con mis sentimientos"), y Reparación emocional que refleja la creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos (p.ej., "Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista"). La adaptación española presenta unos índices de fiabilidad adecuados: Atención (alfa=.87); Claridad (alfa=.81), y Reparación (alfa=.76) (Fernández-Berrocal, Alcaide, Domínguez, Fernández- McNally, Ramos, y Ravira, 1998).

White Bear Suppression Inventory (WBSI). Inventario de supresión de pensamientos negativos. Es una medida de autoinforme que evalúa la tendencia natural del individuo a suprimir pensamientos negativos (Wegner y Zanakos, 1994). Ha sido traducida al castellano y adaptada a la muestra española por nuestro grupo de investigación. El WBSI está compuesto por 15 ítems. Se les pide a los sujetos que indiquen en una escala de tipo Likert de 5 puntos el grado en el que están de acuerdo (1 = muy en desacuerdo; 5 = muy de acuerdo) con frases como las siguientes: "Existen cosas que prefiero no pensar"; "Tengo pensamientos que no puedo parar". Las respuestas son sumadas, obteniéndose una puntuación total. Una puntuación alta en esta escala, refleja una mayor supresión de pensamientos negativos. Su consistencia interna y su fiabilidad son adecuadas, con un alfa de Cronbach de .89.

Mental Health 5 (MH-5) Escala de Salud Mental. Escala reducida de 5 ítems obtenida del cuestionario de Salud SF-36 (Health Survey SF-36; Ware y Sherbourne, 1992; adaptación al castellano, Alonso Prieto y Antó, 1995). Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto para la población general como para pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. Sus ítems detectan estados positivos y negativos de salud. En concreto, evalúa el grado de sintomatología depresiva y ansiosa que ha presentado el sujeto durante el último mes. Se responde a través de una escala de tipo Likert de 6 opciones de respuesta que oscila desde "Siempre" a "Nunca". A los sujetos se les pregunta cuestiones del tipo: "Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?". Su alfa de Cronbach es de .77. Unas puntuaciones elevadas en esta escala se asocian con una mejor salud mental.

Resultados

En primer lugar para comprobar las diferencias de género en las variables estudiadas se realizaron varios Anovas.

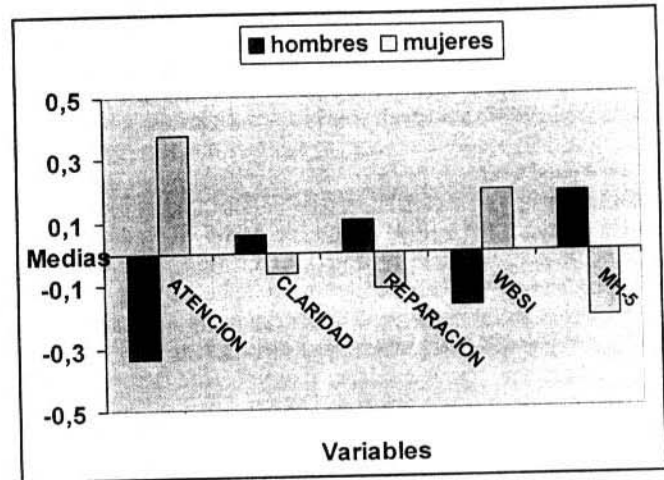
Con respecto a la inteligencia emocional percibida en sus tres factores se encontró que las mujeres presentaban una mayor atención y focalización hacia sus sentimientos que los hombres ($F(1,394)=56,83$; $p<0,0001$). En cambio, los hombres tenían mayor facilidad para reparar su estados emocionales negativos y mantener los positivos ($F(1,394)=4,64$; $p<0,05$).

No se encontraron diferencias significativas para claridad emocional ($F(1,394)=1,59$; $p>0,05$).

En cuanto a las diferencias en ajuste psicológico, los adolescentes varones informaron de una menor tendencia a suprimir sus pensamientos negativos ($F(1,393)=13,367$; $p<0,0001$) y puntuaciones más elevadas en salud mental ($F(1,166)=6,758$; $p<0,05$) que las adolescentes. En la Figura 1 se presenta el perfil de estas puntuaciones teniendo en cuenta el género.

En segundo lugar, para comprobar la hipótesis principal del estudio de que las diferencias de género en salud mental serían expli-

Figura 1
Diferencias en género de los adolescentes en las medidas utilizadas

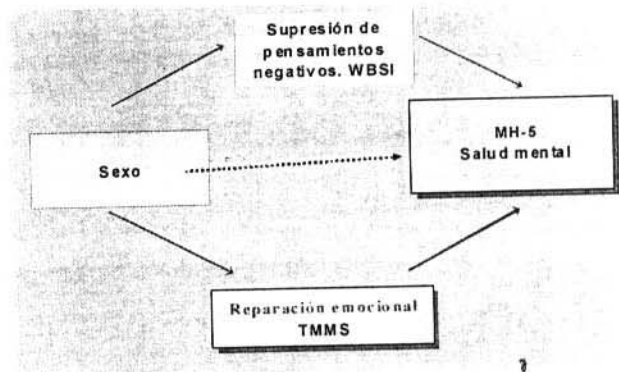


Nota. Las medidas fueron estandarizadas dado que los rangos de las escalas eran diferentes.

cadadas por el efecto mediador de la inteligencia emocional percibida y la supresión de pensamientos, realizamos un análisis de mediación.

Como se muestra en la Figura 2, la influencia directa de la variable sexo sobre la salud mental debería desaparecer tras controlar los efectos de la inteligencia emocional percibida y la supresión de pensamientos.

Figura 2
Modelo de mediación propuesto. Los efectos directos de la variable sexo deberían desaparecer



Llevamos a cabo un análisis de regresión múltiple para evaluar la relación existente entre estas variables y seguimos las recomendaciones de Baron y Kenny (1986; Kenny, Kashy y Bolger, 1998), respecto a los criterios que deben cumplirse para determinar que una variable funciona como mediadora entre un predictor y el resultado. Concretamente:

(a) el predictor (en nuestro caso, la variable sexo) está asociado con el resultado (salud mental, MH-5);

(b) el predictor está asociado a los mediadores (reparación emocional y supresión de pensamientos);

(c) el mediador está asociado al resultado, independientemente de los efectos del predictor;

(d) el predictor no guarda relación con el resultado, una vez que han sido controlados los efectos de la variable mediadora.

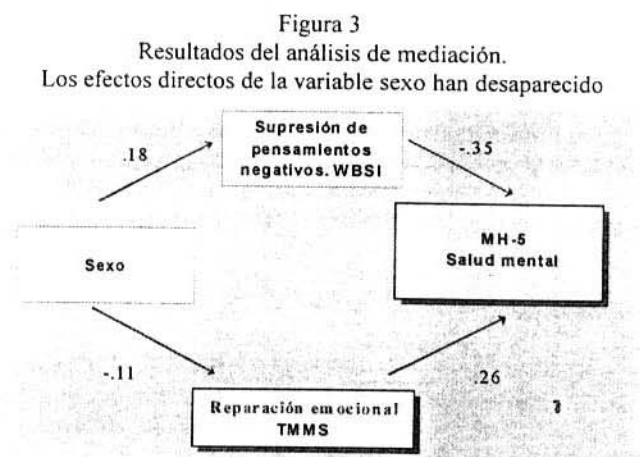
Usamos el test modificado de Sobel (1982) recomendado en Kenny et al. (1998) para evaluar la hipótesis nula de que los efectos indirectos de la variable sexo sobre salud mental vía las mediadoras sean igual a cero.

En los análisis de regresión la variable dependiente fue siempre salud mental que fue medido a través del MH-5. El predictor fue la variable sexo (0=Hombre;1=Mujer). Como variables mediadoras se utilizaron la inteligencia emocional percibida con el TMMS y utilizamos el factor de Reparación emocional porque era el que mejor discriminaba de los tres factores de los que esta compuesto la escala (Atención, Claridad y Reparación) y la tendencia a la supresión de pensamientos medida con el WBSI.

Los análisis realizados mostraron un efecto de la variable sexo sobre MH-5 ($B=-.20$, $p<.01$), sobre Reparación ($B=-.11$, $p<.05$) y sobre el WBSI ($B=.18$, $p<.001$). La supresión de pensamientos se asoció con una disminución en la salud mental (MH-5) cuando se controlaron los efectos de Reparación y sexo ($B=-.35$, $p<.001$). La Reparación se asoció con un incremento en la salud mental cuando se controlaron los efectos de supresión de pensamientos y sexo ($B=.26$, $p<.001$). En cambio, la variable sexo dejó de tener efectos estadísticamente significativos sobre MH-5 una vez controlados los efectos de las variable mediadoras ($B=-.10$, $p=.14$).

El test modificado de Sobel mostró que está reducción del efecto de la variable sexo fue significativa ($Z=-2.95$, $p<.01$).

En resumen, el análisis de mediación muestra que las diferencias en cuanto a sexo desaparecen cuando se controla de forma simultánea el nivel de reparación emocional, así como la supresión de pensamientos de los adolescentes. (Ver Figura 3).



Discusión

En este estudio con adolescentes, como en otras investigaciones previas, hemos encontrado un perfil que puede resumirse en:

- Las adolescentes focalizan y atienden más que los adolescentes a sus sentimientos.

- Los adolescentes tienen una mayor capacidad para regular sus estados emocionales negativos que los adolescentes.

- Las adolescentes son más rumiativas que los adolescentes.

- Las adolescentes tienen una salud mental peor que la de los adolescentes.

Pero este perfil nos dice muy poco sobre las causas y mecanismo que llevan a estas grandes diferencias de género en ajuste emocional y salud mental.

Este perfil tal como se presenta nos inclinaría a coincidir con la extendida creencia popular que hemos retratado al principio del artículo. Las adolescentes tendrían, por ejemplo, más depresión que los adolescentes a causa de los efectos negativos directos de los estrógenos o la progesterona sobre su estado de ánimo. Es decir, se trataría de una característica intrínseca al hecho biológico de ser mujer la que estaría produciendo estas diferencias de género.

El enfoque de esta investigación ha sido diferente y apoyándose en los trabajos de Nolen-Hoeksema sobre rumiación y depresión, por una parte, y los trabajos de Salovey y Mayer sobre inteligencia emocional, por otra, hemos intentado esclarecer el mecanismo que subyace a estas diferencias.

El análisis de mediación realizado utilizando como mediadores la capacidad para reparar las emociones y la tendencia a suprimir pensamientos nos ofrece una visión diferente de estas diferencias de género en ajuste psicológico. Es decir, podemos afirmar que, independientemente de que seamos hombre o mujer, las personas más rumiativas y con menos capacidad para regular sus estados emocionales tendrán peor salud mental.

La respuesta a la pregunta que planteábamos al principio del artículo, podría ser reformulada en: qué piensan las personas para tener peor salud mental.

No obstante, como reconocen otros autores, quedan muchas preguntas por responder en este sentido. Pues si bien hemos demostrado que el sexo no determina directamente el ajuste emocional, queda por explorar las razones por las que las adolescentes son más rumiativas y regulan peor sus emociones que los adolescentes (Nolen-Hoeksema y Jackson, 2001).

Será interesante comprobar en futuros trabajos cómo influyen las creencias de las personas sobre cómo pueden afrontar una situación emocional en su habilidad para hacerlo en la práctica. Si, por ejemplo, creemos que nuestro tono emocional irritable o de enfado es producto de mi ciclo hormonal y que por lo tanto es independiente de mis pensamientos, sentimientos y acciones, entonces será más probable que adoptemos una estrategia pasiva como rumiación o no regular mis emociones.

Por último, este trabajo así como las investigaciones de Nolen-Hoeksema nos advierten que debemos ser muy prudentes a la hora de atribuir a las diferencias significativas en género alguna explicación causal. Estas discrepancias son, en cambio, una oportunidad excelente para buscar y profundizar conceptualmente en los auténticos mecanismos que subyacen en un inadecuado ajuste emocional.

Referencias bibliográficas

- Alonso, J., Prieto, L., Ferrer, M., Vilagut, G., Broquetas, J., Roca, J., Battle, J., y Antó, J.M. (1998). Testing the measurement properties of the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 (11): 1087-1094.

- Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Broderick, P. C. (1998). Early adolescent gender differences in the use of ruminative and distracting coping strategies. *Journal of Early Adolescence*, 18, 173-191.
- Brooks-Gunn, J. y Petersen, A. C. (1991). Studying the emergence of depression and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 115-119.
- Compas, B. E., Ey, S. y Grant, K. E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis during depression. *Psychological Bulletin*, 114, 323-344.
- Culbertson, F. (1997). Depression and gender: An international review. *American Psychologist*, 52, 25-31.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.
- Fernández-Berrocal, P. y Ramos, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la Inteligencia Emocional. *Ansiedad y Estrés*, 6, 2-3.
- Fernández-Berrocal, P. y Ramos, N. (2002). *Corazones Inteligentes*. Barcelona: Kairós.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S., y Ravira, M. (1998) Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica*. Málaga.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., y Orozco, F. (1999). La influencia de la inteligencia emocional en la sintomatología depresiva durante el embarazo. *Toko-Ginecología Práctica*, 59, 1-5.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N., y Extremera, N. (2001) Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4, 1-15.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., y Bolger, N. (1998). Data analysis in social psychology. En D. T. Gilbert., S. T. Fiske., y G. Lindzey (Eds.). *The handbook of social psychology*, Vol. 1 (4th ed) (pp. 233-265). Boston, MA, US: McGraw-Hill.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of Rumination in Depressive Disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 304-311.
- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender difference in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. y Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., y Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 37-47.
- Petersen, A. C., Sarigiani, P. A. y Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 247-271.
- Salovey, P. (2001). Applied emotional intelligence: Regulating emotions to become healthy, wealthy, and wise. Emotional intelligence and intimate relationships. En J. Ciarrochi, J. P. Forgas, y J. D. Mayer (Eds.) *Emotional Intelligence and Everyday Life*. New York: Psychology Press. Pp.168-184.
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J. B., y Mayer, J. D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. En C. R. Snyder (Eds), *Coping: The psychology of what works*. New York: Oxford University Press. Pp.141-164.
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J.B., y Mayer, J. D. (2000). Current directions in emotional intelligence research. En M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2nd ed.). New York: Guilford Press. Pp. 504-520.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, & Health*. Washington: American Psychological Association. Pp. 125-151.
- Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A., y Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. En S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology 1982* (pp.290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Stanton, A.L., Kirk, S.B., Cameron, C.L., y Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150-1169.
- Thayer, R. E., Newman, J. R., y McClain, T. M. (1994). Self-Regulation of Mood: Strategies for Changing a Bad Mood, Raising Energy, and Reducing Tension. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 910-925
- Ware, J. E., y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36) I. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Wegner, D. M., y Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.