



**Departamento de Psicología Clínica,  
Psicobiología y Metodología**  
Universidad de La Laguna



# **Pensamientos negativos repetitivos y positivos relacionados con los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión teórica.**

Zaida Padilla Pérez

Trabajo de Fin de Grado

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología. Facultad de  
Ciencias de la Salud. Sección de Psicología.

Tutor: Dr. Manuel González Rodríguez

Curso 2017-2018

## Resumen

El objetivo de la presente revisión teórica, es saber sobre actualidad del proceso de los pensamientos negativos repetitivos (PNRs). Además, conocer las relaciones existente entre los constructos que componen estos pensamientos (rumiación, preocupación rasgo, rumiación depresiva, rumia sobre la ira, rumia sobre el afecto positivo) las características que los asemejan y diferencian, y los tipos de cuestionarios de autoinforme que los miden. Se estudiará la prevalencia y comorbilidad de los constructos y los trastornos de ansiedad y depresión. Se revisará si la variable sociodemográfica “género” influye sobre la prevalencia de padecer un trastorno del estado del ánimo. Y se investigará sobre las relaciones existentes entre los trastornos de depresión y de ansiedad con los constructos de los PNRs.

Palabras claves: Pensamientos negativos repetitivos, rumiación, preocupación rasgo, ansiedad, depresión.

## Abstract

The purpose of the present theoretical review was study about the current situation of the Repetitive Negative Thinkings (RNT). In addition, study the relationships between the constructs that make up these repetitive negative thinkings (rumination, trait worry, depressive rumination, angry...), the characteristics that resemble and differentiate them, and the types of self-report questionnaires that measure them. The prevalence and comorbility of the constructs and the anxiety and depression disorders will be studied. We will check if the sociodemographic cariable “gender” influences the prevalence of having a mood disorders. And research will be conducted on the relationships between depression and anxiety disorders with the constructs of RNT.

Key words: Repetitive negative thinking, rumination, trait worry, anxiety, depression.

## Introducción

El proceso transdiagnóstico supone la existencia de un rango de procesos etiológicos, cognitivos y/o conductuales compartidos por múltiples trastornos emocionales (Harvey, Watkins, Mansell y Shafran, 2004). El transdiagnóstico, permite entender los trastornos emocionales desde una óptica más dimensional, a consecuencia de la convergencia de diferentes procesos psicológicos comunes en los trastornos emocionales (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). Son procesos que contribuyen causalmente al desarrollo y/o mantenimiento de los síntomas asociados a dicho trastorno (Harvey et al., 2004).

Los datos de prevalencia que se registraron en el estudio Epidemiology Cachment Area (ECA; Regier, Farmer y Rae, 1990), muestra que el 54% de los pacientes con una prevalencia-vida de al menos un trastorno tendrá un segundo trastorno, dato confirmado posteriormente por el estudio National Comorbidity Survey (NCS; Kessler, McGonagle, Zhao, 1994) en el que será de un 56% de los pacientes que tengan un trastorno tendrán los criterios necesarios para cumplir con otro trastorno.

La primera investigación realizada para medir los datos de prevalencia y comorbilidad de los trastornos mentales en España fue el estudio ESEMeD-España (Autonell, Vila, Pinto-Meza Vilagut, Codony, Almasa, Muñoz, Torres, Alonso y Haro, 2002). El estudio tiene una muestra de 5.473 personas mayores de 18 años, donde se les administró la entrevista CIDI 3.0 (Kessler, 2004). Las tasas de comorbilidad en la muestra española son elevadas, siendo de un 51,3% de la población los que cumplen los criterios para un trastorno genérico (estado de ánimo, ansiedad o uso de alcohol) que presentarán otro trastorno del estado de ánimo, siendo un 33,43% las personas que padecerán cualquier otro trastorno de ansiedad. Concretamente, la comorbilidad de presentar un trastorno genérico con episodio de depresión mayor es del 56,38%, la comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) 81,48%; distimia 73%; agorafobia 59,7%; trastorno por estrés postraumático (TPET) 59,47%; fobia específica 21%; fobia social 52,67% y trastorno de angustia 70,62% (Haro, Palacín y Vilagut, 2003).

Se observa que los trastornos del estado de ánimo son los que presentan una mayor tasa de comorbilidad, seguido de los trastornos de ansiedad. Al examinar con mayor detenimiento las diferentes categorías, se percibió como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia y la distimia fueron los que presentaron mayores tasas de comorbilidad (Haro et al., 2003).

En conclusión, se percibe como existe una alta comorbilidad entre los trastornos en España. Mediante la comparación de España con otros países europeos y EEUU, se encuentran semejanzas entre los trastornos mentales que se presentan con más frecuencia y gran comorbilidad, siendo la distimia, la angustia y TAG. Una de las diferencias encontradas fue que, mientras en España el trastorno por estrés postraumático y el TAG son los trastornos que presentan una mayor comorbilidad con otro trastorno, mientras que en el resto de países europeos es la agorafobia.

En la etiología, el mantenimiento y la recurrencia de los trastornos emocionales se encuentran los pensamientos negativos repetitivos (PNRs), considerados como factores de vulnerabilidad cognitiva, así como un factor de riesgo común o transdiagnóstico que confieren un riesgo, tanto para múltiples trastornos emocionales, como para las elevadas tasas de comorbilidad entre los mismos (Kalmbach, Pillai y Ciesla, 2016). Estos pensamientos se definen como “pensamientos repetitivos sobre uno o más temas negativos, que se experimentan como difíciles de controlar e implican una actividad cognitiva atenta, perseverante, frecuente y relativamente incontrolable que se centran en los aspectos negativos del yo y el mundo” (Ehring y Watkins, 2008, p. 193). Los constructos que tienen un elemento común a los pensamientos negativos repetitivos son la rumiación, la preocupación rasgo, los pensamientos intrusivos y los pensamientos obsesivos (LoSavio, Dillon y Resick, 2017), y se presentan de manera frecuente en los trastornos de depresión y ansiedad (Watkins, 2008). Según una revisión sistemática de Ehring et al., (2008) encuentra que los PNR juegan un papel en el mantenimiento de las condiciones psicopatológicas de la depresión y la ansiedad.

Asociados a los PNRs, se encuentran, entre otros constructos, la tendencia a la preocupación, la rumiación, en sus tres variantes, como la rumia depresiva, la rumia relacionada con la ira, la rumia relacionada con el afecto positivo y los pensamientos intrusivos (LoSavio et al., 2017), que se han propuesto como estrategias de evitación cognitiva y experiencial contraproducentes implicadas en el inicio y el mantenimientos de los trastornos emocionales (Ruiz, Flórez, García-Martín, Monroy-Cifuentes, 2018).

Según la Teoría de los Estilos de Respuesta, la rumiación se define como “un patrón de pensamientos y conductas repetitivas que centran la atención en uno mismo, en los síntomas depresivos y en sus causas, significados y consecuencias de estos síntomas, en lugar de centrarse de manera activa en la solución para resolver las circunstancias que rodean esos síntomas” (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1993, p.569). Este estilo de afrontamiento y/o estrategia de regulación emocional (Gross, 2002) lleva a la resolución de problemas disfuncionales, ya que la rumia hace que las personas se obsesionen con un problema y con sus respuestas emocionales, manteniendo así la repuesta emocional negativa a lo largo del tiempo (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008).

Las investigaciones revisadas, han propuesto a la rumia, como un constructo bidimensional que se compone de dos factores: la reflexión, que es un proceso introspectivo cuyo propósito es participar en la resolución de problemas cognitivos para aliviar el estado de ánimo bajo, y por otro lado, los reproches, centrados en la rumiación negativista sobre uno mismo y las situaciones, llevando a cabo una comparación pasiva de la situación actual con un modelo no alcanzado (Thanoi y Klainin-Yobas, 2015). En cuanto a los reproches, es una estrategia disfuncional, asociándose a niveles elevados de depresión, tanto en el inicio como a largo plazo, mientras que la reflexión, es una estrategia funcional, relacionada en un mayor nivel al inicio de la depresión, disminuyendo a largo plazo (Trenor, González y Nolen-Hoeksema, 2003).

Otro constructo relevante para el estudio de los PNRs, es la preocupación rasgo, que es definida como “una cadena de pensamientos e imágenes,

negativamente cargadas de efectos y siendo relativamente incontrolables” (Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree, 1983, p.10). La preocupación rasgo se caracteriza por un contenido egosintónico, siendo más realista y centrado en los problemas de la vida cotidiana (Langlois, Freeston y Ladouceur, 2000).

Otros pensamientos que se relacionan con los PNRs, son los pensamientos intrusivos (PI) definidos como “cualquier suceso cognitivo distinto e identificable que es indeseado, involuntario y recurrente. Este pensamiento interrumpe el flujo del pensamiento, interfiriendo en la realización de una tarea, estando asociado al afecto negativo y siendo difícil de controlar” (Clark y Rhyno, 2005, p. 4). Se caracteriza por tener una forma y contenido egodistónico, esto es, un tipo de pensamiento inapropiado para lo que la persona espera tener (Langlois et al., 2000). Los pensamientos intrusivos se encuentran en un 93% de las personas, siendo similares en forma y en contenido a las obsesiones (O’Connor y Aardema, 2007).

Recientemente, se ha investigado la rumia de la ira (Sukhodolsky, Golub y Cromwell, 2001). La rumia sobre la ira se presenta cuando las personas se centran en los recuerdos que inducen a la ira, volviendo a experimentar respuestas de ira y rumian sobre los pensamientos de venganza (Denson, Pedersen y Miller, 2006). También, puede ocurrir como respuesta a la provocación a situaciones relacionadas con conflictos personales o a una injusticia social (Sukhodolsky et al., 2001). La rumia de la ira puede disminuir la capacidad de controlar la ira, e incluso, puede hacer que la persona dirija su comportamiento agresivo hacia personas que no están involucradas en la situación que provocó dicha ira.

Cuestionarios e inventarios empleados para evaluar los pensamientos negativos repetitivos

La mayoría de los autoinformes utilizados para medir PNRs eran específicos de cada trastorno, por lo que, para algunos autores, la evidencia del proceso transdiagnóstico de los PNRs hizo que se comenzara a desarrollar cuestionarios de autoinformes, que se centrarían más en el proceso de los PNRs

que en su contenido, con el fin de poder ser utilizados en un contexto transdiagnóstico. Alguno de los cuestionarios fueron los siguientes:

Para comenzar, el cuestionario de Pensamientos Negativos Repetitivos (CPNR) (RTQ, Repetitive Thinking Questionnaire, McEvoy, Mahoney y Moulds, 2010) original contiene 31 ítems de pensamientos negativos repetitivos (PNRs) aunque solo se usa la escala RTQ de 27 ítems (McEvoy et al., 2010). Esta escala RTQ-27 ha mostrado tener una alta correlación con la versión reducida de 10 ítems de mayor peso factorial ( $r_{xy} = .92$ ; McEvoy, Salmon, Hyett, Jose, Gutenbrunner, Bryson y Dewhirst, 2018). El cuestionario RTQ-10, se obtuvo de manera empírica mediante el análisis factorial de elementos de medidas preexistentes de rumiación depresiva, preocupación y procesamiento posterior al evento en la ansiedad social, dando lugar a un factor de PNR común, que se considera un constructo unidimensional (McEvoy, Thibodeau y Asmundson, 2014). Esta escala mide el grado en que una persona se involucra en PNRs de manera independiente de las características de diagnósticos específicos del trastorno. Los ítems presentan una escala tipo Likert que va desde 1 (no verdadero) hasta 5 (muy cierto). El RTQ-10 tiene una consistencia interna alta,  $\alpha = .91$  (Wong, McEvoy y Rapee, 2016). Originalmente, la escala RTQ estaba compuesta por dos subescalas: Pensamiento Negativo Repetitivo (RNT) compuesta de 27 ítems y la escala de Ausencia de Pensamiento Repetitivo (ART) de 4 ítems. La escala ART representa un factor general no significativo relacionado con los síntomas emocionales (Mahoney, McEvoy y Moulds, 2012). La subescala RNT muestra buena consistencia interna ( $\alpha = .93$ ), mientras que la consistencia interna de ART es de  $\alpha = .72$  (McEvoy et al., 2010).

Por otro lado, encontramos el Cuestionario de Pensamiento Perseverativo (CPP) (PTQ, Perseverative Thinking Questionnaire; Ehring, Zetsche, Weidacker, Wahl, Schönfeld y Ehler, 2011). Posee una escala de 15 elementos que miden el contenido independientemente de los PNRs. Se les pide a los participantes que piensen una experiencia o problema negativo y, que posteriormente, califiquen elementos en una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 4 (casi siempre). Análisis factoriales identifican tres factores de orden superior para el cuestionario siendo: características repetitivas ( $\alpha = .94$ ), improductividad de

PNR ( $\alpha = .87$ ) y capacidad mental ( $\alpha = .90$ ). La consistencia interna es de  $\alpha = .96$ .

La Escala de Respuestas Rumiativas (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) es una escala de 22 ítems de cinco puntos que van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. Del total de ítems, 10 evalúan los factores de reproches ( $\alpha = .80$ ) y reflexión ( $\alpha = .74$ ), mientras que los otros 12 ítems evalúan la rumiación depresiva, conteniendo elementos comunes con el Inventario de Depresión de Beck, pudiendo solaparse los síntomas depresivos (Segerstrom, Tsao, Alden y Craske, 2000). Esta escala presenta una buena consistencia interna entre .88 y .92 (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999).

El Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), está compuesto por 16 ítems que evalúan la preocupación rasgo, evaluándose mediante escalas de intervalo que van desde 1 (nada) hasta 5 (mucho). Cinco ítems están redactados de manera negativa considerándose como un artefacto negativo que puede llegar a afectar a las propiedades psicométricas del inventario, por lo que algunos autores han considerado innecesario incluir estos ítems (Rodebaugh, Woods y Heimberg, 2007). Los 11 ítems positivos tienen una consistencia interna entre .84 y .91.

El Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBSI, White Bear Suppression Inventory) de Wegner y Zanakos (1994). Consta de 15 ítems con cinco alternativas de respuesta (1 = Muy en desacuerdo y 5 = Muy de acuerdo), que miden la tendencia general de las personas a suprimir los pensamientos, como estrategia de control mental. Se seleccionó de este cuestionario los ítems del factor de pensamientos intrusivos con un coeficiente alfa de Cronbach de .87 y fiabilidad tests retest de .92 (González, Averó, Rovella y Cubas, 2008).

Originalmente, el WBSI fue ideado como una medida unifactorial (Muris, Merckelbach y Horselenberg, 1996), posteriormente, análisis factoriales determinaron que el WBSI es una estructura de dos factores relacionados, aunque probablemente sean dos constructos diferentes, siendo los pensamientos intrusivos indeseados (PII), con  $\alpha = .87$  y  $r_{xy} = .70$  y las acciones de

distracción y supresión de pensamientos (ADSP), con  $\alpha = .80$  y  $r_{xy} = .60$  (Höping y de Jong-Meyer, 2003; Rassin, 2003)

El Cuestionario de respuestas al Afecto Positivo (RPA, Responses to Positive Affect; Feldman, Joormann y Johnson, 2008) fue desarrollado para reflejar las respuestas rumiativas al afecto positivo. RPA mide la rumiación sobre la emoción positiva compuesta por 17 ítems, modelada según el RSQ (Nolen-Hoeksema et al., 1991). A los participantes se les pide que califiquen cada ítem en una escala tipo Likert que va desde 1 (casi nunca respondo de esta manera) hasta 4 (casi siempre respondo de esta manera).

Análisis factoriales confirmaron que el RPA tiene tres subescalas: enfoque emocional, enfoque propio y disminución de las emociones positivas. Estos elementos manifiestan repuestas de estados emocionales positivos, por lo que, realizan una evaluación del mantenimiento, amplificación y supresión de la emoción positiva. La escala “enfoque de la emoción” registra las tendencias para enfocarse en el estado de ánimo y las respuestas somáticas a las emociones positivas, por otro lado, la escala de “autoenfoque” registra las tendencias para pensar el significado de los eventos positivos para uno mismo y la confianza. Por último, la escala de “disminución de las emociones positivas” consiste en respuestas que se espera que disminuyan los estados emocionales positivos. La consistencia interna encontrada en las subescalas fueron: enfoque de la emoción  $\alpha = .76$ , autoenfoque  $\alpha = .73$  y disminución de las emociones positivas  $\alpha = .72$ .

La Escala de la Rumiación de la ira (ARS, The Anger Rumination Scale; Sukhodolsky et al., 2001) se clasifica como una medida para evaluar la rumia de la ira desde un enfoque multidimensional, la escala está compuesta por 19 ítems componiéndose de cuatro factores: recuerdo sobre la ira ( $\alpha = .85$ ), pensamientos de venganza ( $\alpha = .72$ ), comprensión de las causas de la ira ( $\alpha = .77$ ) y pensamientos posteriores a la ira ( $\alpha = .86$ ). Evalúa la tendencia a centrar la atención en los pensamientos y/o recuerdos de las experiencias de la ira. La validez de esta escala ha sido confirmada a través de asociaciones entre otras variables como la ira, habilidades emocionales y afecto negativo. Sukhodolsky

et al., (2001) validó la escala con una fiabilidad interna total de  $\alpha = .93$ , mientras que las subescalas se encontraban entre  $\alpha = .72$  y  $\alpha = .86$

*Relaciones existentes entre las formas de pensamientos negativos repetitivos y los trastornos del estado de ánimo.*

El constructo de pensamiento negativo repetitivo se manifiesta a través de una amplia gama de trastornos mentales entre los que se incluyen los trastornos de depresión (Nolen-Hoeksema, 1991), el trastorno de ansiedad generalizada (Borkovec et al., 1983), el trastorno de ansiedad social (Heimberg, Brozovich y Rapee, 2014) y el trastorno de estrés postraumático (Szabo, Warnecke, Newton y Valentine, 2017).

Estudio realizado por McEvoy et al., (2018), mostraron que los participantes que han presentado depresión antes y actualmente, muestran niveles más altos de PNRs en comparación con personas que nunca habían sufrido depresión. Asimismo, personas que actualmente se encontraban con depresión con aquellas que ya se habían recuperado presentaban los mismos niveles de pensamientos negativos repetitivos. Esto concuerda con el estudio realizado anteriormente por Watkins y Moulds (2005).

El constructo de rumiación predice el inicio de la depresión, siendo relevante tanto en el mantenimiento como en su recidiva (Lyubomirsky, Chancellor, Layous y Nelson, 2014), también se relaciona la rumiación con los trastornos de ansiedad y depresión (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Las personas que rumian sufren durante un mayor tiempo y con una mayor intensidad los efectos de los trastornos depresivos (Nolen-Hoeksema, 1991). Según la Teoría de los estilos de respuesta, sugieren que los síntomas depresivos son mantenidos por la mala adaptación de las respuestas cognitivas de un individuo a su humor triste, como el caso de la rumiación depresiva, definida como “pensamiento repetitivo y pasivo sobre los síntomas de uno depresivo y las posibles causas y consecuencias de estos síntomas” (Nolen-Hoeksema, 1991, p.107).

La reflexión se encuentra correlacionado (por encima de .30) con la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada. Según un estudio propuesto por Treynor et al., (2003) se encontraron diferencias entre la reflexión y la rumiación con respecto a la sintomatología depresiva, mientras la reflexión se asocia con una disminución sintomática de la depresión, la rumiación se asocia de manera longitudinal con el aumento de sintomatología depresiva. Dejando claro que la reflexión sobre uno mismo y los problemas son una respuesta sintomática a la depresión (Cova, Rincón y Melipillán, 2009)

La rumia y la preocupación son características centrales de los trastornos de ansiedad generalizada, de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (McEvoy, Watson, Watkins y Nathan, 2013). Ambas se consideran factores de riesgo y de mantenimiento para la depresión y la ansiedad, por lo que las personas continúan rumiando y/o preocupándose pese a sus consecuencias negativas (Dickson, Ciesla y Reilly, 2012). La rumiación se ha considerado un factor de vulnerabilidad para la depresión, así como la existencia de relación entre la rumiación con los trastornos de ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria (Holm-Denoma y Hankin, 2011).

Además, la rumia y la preocupación, son pensamientos constantes con dificultades para dejar de centrar la atención en temas negativos (Watkins, Moulds y Mackintosh, 2005). No obstante, existen diferencias entre ambos, la preocupación se relaciona con la ansiedad, se centra en eventos futuros y en posibles amenazas, se relaciona más con la resolución de problemas y con la evitación de estímulos amenazantes, mientras que la rumiación se relaciona con la depresión, centrada en sucesos pasados y al fracaso, está más centrada en temas de pérdida, en la necesidad de comprender lo que ha sucedido y en la autoestima (McLaughlin, Borkovec y Sibrava, 2007). Las investigaciones demuestran relaciones equivalentes entre la depresión y la ansiedad con respecto a la rumiación y preocupación (McEvoy et al., 2013). Consecuentemente, la rumia y la preocupación rasgo se consideran estrategias de evitación cognitivas implicadas en los trastornos emocionales (González, Ibáñez y Barrera, 2017)

Se evidencia como la preocupación presenta tasas elevadas con relación a los síntomas de ansiedad, excepto en los trastornos por estrés postraumático y en trastornos alimenticios (González et al., 2006). Estudios posteriores, confirman que la variable que mejor predicen la sintomatología de ansiedad es la preocupación rasgo (McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011). Esto conlleva a pensar que las preocupaciones son más propensas a los problemas que se perciben como amenazantes, y no se enfoca en las lamentaciones o la autocrítica como ocurre en la depresión (McLaughlin et al., 2007).

Los procesos cognitivos de preocupación y los reproches son constructos transdiagnósticos relacionados con la sintomatología depresiva, de ansiedad y dificultades de la conducta alimentaria (McEvoy et al., 2013), también relacionadas con la agorafobia, pánico, fobia social y trastorno de estrés postraumático. Existe una mayor relación entre los reproches y el trastorno de depresión que entre los reproches y los trastornos de ansiedad, por el contrario, la reflexión muestra relaciones bajas con los trastornos de ansiedad y depresión (Hasegawa, Hattori, Nishimura y Tanno, 2015). Los reproches predicen la depresión, aunque pronostican con mayor fuerza el trastorno de estrés postraumático, esto se relaciona con la manera de reprocharse así mismo cómo el acontecimiento pudo haberse evitado (Michael, Halligan, Clark y Ehlers, 2007). Estudios transversales confirman las altas relaciones entre los reproches con la agorafobia, depresión, pánico, preocupación y afecto negativo, por otro lado, los vínculos entre la reflexión y los trastornos antes mencionados tienen relación más débiles (Hasegawa et al., 2015)

En el trastorno límite de la personalidad, la rumia sobre la ira se entiende como un factor de vulnerabilidad cognitiva (Sauer-Zavala, Geiger y Baer, 2013) elevando las emociones negativas, prediciendo la agresión y promoviendo comportamientos descontrolados. Por otro lado, Owen (2011) determina que personas con trastornos de depresión o ansiedad tienen una elevada dificultad para el control de la ira en comparación con personas sin psicopatología.

Se quiso realizar una investigación sobre las diferencias de género entre los trastornos de ansiedad y depresión en concordancia con los PNRs, donde se

constata que las mujeres tienen el doble de probabilidades de presentar un trastorno de depresión (Kessler, 2006), respaldado por la teoría de los estilos de respuestas, donde también destacan la mayor prevalencia en las mujeres del trastorno depresivo, debido al mayor estilo rumiativo, haciéndolas más vulnerables (Lyubomirsky et al., 2014). Adicionalmente, las mujeres presentan puntuaciones elevadas en los reproches (Hasegawa et al., 2015).

Según Nolen-Hoeksema (2009), las mujeres presentan mayores tasas de trastornos afectivos que los hombres, evidenciándose en un estudio metaanálisis las diferencias de género en la depresión (Nolen-Hoeksema, 1987). Se constató en la teoría de estilo de respuestas rumiativo, donde Nolen-Hoeksema (2004) determinó que las mujeres tienden a participar en un estilo de respuesta rumiativo más frecuentemente, prediciendo que la rumia actúa como un factor causal de la depresión.

En contraste con lo anterior, algunas investigaciones no han encontrado diferencias de género en rumiación, reproches y reflexión (Watkins, 2009). En un estudio realizado por González, Ibáñez y Barrera (2017) no encontraron mayor puntuación en las mujeres con respecto a la depresión, orientación negativa al problema, reproches y reflexión, poniendo en duda lo propuesto por Hasegawa et al., (2015) donde si existían diferencias de género, no obstante, se encuentran diferencias de género, dando puntuaciones más elevadas en las mujeres en preocupación y TAG (González, Rovella, Barbenza y Rausch, 2012). En investigaciones de metaanálisis, se encontró un tamaño de efecto significativamente pequeño en relación al género con la rumiación ( $d = .24$ ), reproches ( $d = .9$ ) y reflexión ( $d = .17$ ) (Johnson y Whisman, 2013). En cuanto a la relación del género con los síntomas de la depresión mayor, sí se han encontrado diferencias (Lodoño, Peñate y González, 2016).

Los resultados que se han mostrado en las investigaciones muestran una mayor validez convergente del WBSI (pensamientos intrusivos) con la depresión y ansiedad rasgo, mientras que se obtiene una mayor validez divergente con obsesión-compulsión. Así mismo, los pensamientos intrusivos obtienen una mayor validez convergente con la depresión y las obsesiones. También, se

relaciona a los pensamientos intrusivos indeseados con la intolerancia hacia la incertidumbre, mostrando una relación más fuerte entre la preocupación y los pensamientos intrusivos ( $r_{xy} = .34$ ) (González et al., 2008). Por otro lado, las personas que obtienen puntuaciones bajas en pérdida de control sobre la actividad mental y la obsesión (PCAM-obsesión) muestran puntuaciones bajas en pensamientos intrusivos, así como en acciones de distracción y supresión de pensamientos (González et al., 2008).

#### *Relaciones entre las medidas de autoinformes.*

Las diversas formas de los PNRs son menos distinguibles en el proceso que en el contenido, ya que suelen presentar características universales siendo repetitivas, pasivas y/o relativamente incontrolable (Ehring et al., 2008). Por otro lado, en cuanto al contenido comienzan a aparecer las diferencias, en la rumia negativa se generan temas de desesperanzas y en la preocupación se generan amenazas futuras (Ehring et al., 2008). Esto, muestra una relación entre las escalas PSWQ y ERR, pudiéndose utilizar un modelo bifactorial con un factor latente que represente los procesos de PNR, y los factores no correlacionados con las varianzas específicas de cada cuestionario (Topper, Molenaar, Emmelkamp y Ehring, 2014).

El RTQ-10 se correlaciona significativamente con las escalas que evalúan la depresión y la ansiedad  $r_{xy} = .41$  (Mahoney et al., 2012). RNT muestra altas correlaciones con síntomas de depresión ( $r = .52$ ) y ansiedad social ( $r = .47$ ) (Mahoney et al., 2012). Hay que mencionar que el factor ART se relacionó de manera débil con el factor RNT ( $r = -.20$ ). Según Mahoney et al. (2012), si se controla el neuroticismo, la subescala RNT predice síntomas de depresión y ansiedad.

Recientemente, se han utilizado los cuestionarios RTQ y PTQ tanto en muestras clínicas como en muestras no clínicas para ofrecer respaldo como proceso cognitivo transdiagnóstico a los PNRs (Mahoney et al., 2012). A día de hoy, se siguen manteniendo dudas sobre si los PNRs se conceptualizan mejor como una construcción unidimensional o multifactorial (McEvoy et al., 2010).

Estudios transversales han comparado las medidas de rumiación y preocupación específicas de los trastornos, y los pensamientos negativos repetitivos (RNT) según el índice del cuestionario PTQ (Ehring et al., 2011). Este estudio llegó a la conclusión de que el factor RNT común de orden superior predijo la mayor parte de la varianza en la depresión y en los síntomas de ansiedad (Spinhoven, Drost, van Hemert y Penninx, 2015). Datos contrastados en 2018 por McEvoy et al., donde se afirmó la correlación entre las subescalas RNT y RTQ-10 de manera positiva para los síntomas de múltiples trastornos de ansiedad y depresión, más aún se mostró una alta correlación con el número de diagnósticos comórbidos en la muestra clínica (Mahoney et al., 2012). También, las dos subescalas se asociaron significativamente con constructos teorizados para persistir el pensamiento perseverativo desadaptativo como las creencias metacognitivas inútiles y las estrategias de control del pensamiento (Mahoney et al., 2012).

La depresión es un trastorno recurrente con elevadas tasas de recaída, en revisiones metaanalíticas se valoró una recaída del 54% en los dos siguientes años al finalizar el tratamiento. Más aún, las personas que se consideran “recuperadas” de sus síntomas tienen una probabilidad significativa de recaída en el futuro, inclusive, después de la remisión, las personas deprimidas recuperadas informan de niveles elevados de rumiación (Molds, 2005) comparados con personas actualmente deprimidas. Debido a esto, se baraja la posibilidad que RNT tenga un papel en el que aumenta las posibilidades de recaída, aparte de mantener los síntomas depresivos. En otras palabras, aunque los síntomas depresivos se reduzcan al final del tratamiento, y que por lo tanto, ya no cumpla las características para un episodio de depresión mayor, existe la tendencia a elevar las probabilidades de recurrencia participando en RNT.

Por consiguiente, múltiples trastornos depresivos coinciden con otros trastornos de internalización que se caracterizan por RNT, como por ejemplo el trastorno de ansiedad generalizada (Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001). Con la introducción del índice transdiagnóstico de RNT, se facilitaría la detección de múltiples expresiones de RNT que podría contribuir a la vulnerabilidad subyacente de las recaídas que sufren las personas en los

síntomas sin la necesidad de administrar múltiples medidas de RNT específicas para su diagnóstico.

En cuanto a las revisiones realizadas a las tres subescalas de RPA, han validado la convergencia de la validez entre la escala de enfoque de la emoción y autoenfoco, mostrando correlación con la vulnerabilidad a la hipomanía ( $r = .30$  y  $r = .16$ ) y con la autoestima ( $r = .19$  y  $r = .20$ ), mientras que la subescala de disminución de las emociones positivas muestra correlaciones positivas con la melancolía de la subescala de RSQ ( $r = .60$ ) y con síntomas depresivo ( $r = .40$ ). Las subescalas de enfoque de la emoción y enfoque propio de RPA están correlacionadas y ambas cubren tendencias para “amplificar” el afecto positivo, mientras que la subescala de amortiguación se asocian con un efecto negativo mayor y un efecto positivo atenuado (Burr, Javiad, Jell, Werner-Seidler y Dunn, 2017).

Autores como Nelis, Bastin, Raes, Mezulis y Bijttebier (2006), definieron una evaluación psicométrica del RPA en las diferentes etapas de la adolescencia y también, realizaron una revisión sistemática de la relación entre las subescalas de emoción y autoenfoco. Como resultado en sus estudios, dan a conocer la relación elevada entre la subescala de emoción y autoenfoco, recomendando la utilización de un modelo más sencillo de los dos factores de RPA, siendo un factor de rumiación positivo y un factor de disminución de las emociones positivas. El factor de rumiación positivo es similar a la dimensión amplificadora propuesta por Burr et al., (2017). Se observan efectos negativos en la amplificación de RPA en personas con riesgo y/o ya diagnosticados con trastorno bipolar, la tendencia a amplificar la emoción positiva pueden incrementar los síntomas hipomaniacos (Gruber, Eidelman, Johnson, Smith y Harvey, 2011). Además, se observa una alta correlación entre la tendencia para amortiguar las emociones positivas y los síntomas depresivos (Nelis et al., 2006) y con los síntomas de ansiedad (Eisner, Johnson y Carver, 2009).

En los eventos negativos del trastorno bipolar, se observan respuestas rumiativas negativas que se correlacionan con la gravedad de la depresión (Thomas, Knowles, Tai y Bentall, 2007) dentro del trastorno bipolar (Pavlickova,

Varese, Smith, Myin-Germeys, Turnbull, Emsley y Bentall, 2013). Contrario a esto, las respuestas elevadas de la rumiaciones positivas están más vinculadas a los síntomas maníacos (Carver y Johnson, 2009). Estudios demuestran como las respuestas rumiativas positivas que mide el cuestionario RPA correlacionan con personas que han sufrido antecedentes de episodios hipomaníacos o maníacos (Johnson, Tharp, Peckham y McMaster, 2016). En otras investigaciones, determinan que el aumento de la respuesta emocional positiva se identifica como factor de riesgo en episodios maníacos (Gruber y Galloway, 2008), mientras que RNT concretamente, la rumiación de respuestas a factores estresantes, predice el inicio de la depresión, así como el número y duración (Robinson y Alloy, 2003). Recientemente se sugiere que personas que han tenido antecedentes de múltiples episodios maníacos obtienen puntuaciones elevadas en la escala de disminución de las emociones positivas de RPA (Edge, Miller, Muhtadie, Johnson, Carver, Marquinez y Gotlib, 2013).

En cuanto al cuestionario WBSI correlaciona entre .44 y .45 con el Inventario de Depresión de Beck, también con el Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCI) con .49 y .58. Además correlaciona con el cuestionario de ansiedad estado rasgo (STAI; Wegner et al., 1994). Investigaciones posteriores informaron la correlación del WBSI con el BDI obteniendo una correlación .50 y con el MOCI de .52 (Altin y Gençöz, 2007). No obstante, si consideramos el WBSI como una medida bidimensional, la validez convergente y divergente en los pensamientos intrusivos sería de .44 en correlación con el BDI, de .59 con el STAI y .42 con MOCI, mientras que por otro lado, la supresión de pensamientos correlaciona .15 con BDI, .11 con STAI y .11 con MOCI, siendo estas dos últimas puntuaciones no significativas (Höping et al., 2003).

## Discusión

McEvoy et al., (2018) y Watkins y Moulds (2005), concluyeron que personas que se habían recuperado de la depresión con las que actualmente tenían síntomas, presentaban los mismos niveles de PNRs. En cuanto a la rumiación, se concluye que se encuentra tanto en los trastornos depresivos como en la ansiedad, pero se presenta con mayor nivel en los trastornos depresivos (Nolen-Hoeksema et al., 2008), considerándose un factor de vulnerabilidad (Holm-Denoma et al., 2011). Asimismo, la reflexión y los reproches también están centrados en los trastornos depresivos, pero diferenciándose en que la reflexión se concentra en el inicio de la depresión y disminuye los síntomas a largo plazo, en cambio, los reproches se relaciona tanto al inicio como a largo plazo de las sintomatologías depresivas (Treyner et al., 2003). Se muestran relaciones equivalentes entre la depresión y la ansiedad en cuanto a la rumiación y preocupación (McEvoy et al., 2013). Determinamos que la variable que mejor predice la sintomatología de ansiedad es la preocupación rasgo (McLaughlin et al., 2011). Por otro lado, Owen (2011) señala que aquellas personas con trastornos depresivos o de ansiedad presentan mayor dificultad para el control de la ira.

Se nota una incongruencia entre los estudios de la variable sociodemográfica de género en relación con los trastornos de ansiedad y depresión. Kessler (2006) determina que las mujeres tienen el doble de probabilidades de presentar un trastorno de depresión. En algunos estudios, se afirma que el ser “mujer” es una variable para aumentar los niveles de depresión y consecuentemente, de rumiación (Nolen-Hoeksema, 2004). Hasegawa et al., (2015) mostró que las mujeres tienen una puntuación elevada en reproches y orientación negativa al problema. Lodoño et al., (2016) evidenció diferencias en el género con respecto a los síntomas de la depresión mayor. Por otro lado, el estudio realizado por González et al., (2017) no encontró diferencia entre hombres y mujer en cuanto al trastornos de depresión, en los reproches y reflexión, al igual que el estudio realizado por Watkins (2009), donde tampoco encontró diferencias. Como futura propuesta de investigación, se debería de realizar estudios longitudinales en una muestra mayor en una población tanto

clínica como no clínica para determinar si el género puede llegar predecir la probabilidad de sufrir trastornos de ansiedad y/o trastornos de depresión.

En la revisión de las diferentes escalas, las que más se relacionaron con los trastornos de ansiedad fueron las escalas RTQ-10 y RNT (siempre que primero se controlara la variable neuroticismo) (Spinhoven et al., 2015). En cuanto a los trastornos de depresión fueron las escalas RTQ-10, RNT, la subescala de disminución de las emociones de RPA y afecto positivo bajo (Burr et al., 2017).

Es de suma importancia seguir estudiando los pensamientos negativos repetitivos en relación a la ansiedad y a los trastornos depresivos para así poder desarrollar los debidos enfoques transdiagnósticos que puedan ser más efectivos para aplicar en muestras heterogéneas de pacientes con trastornos comórbidos (Clark, 2009) y también, buscar los factores asociados a los PNR que expliquen las comorbilidades. Mediante estudios prospectivos y longitudinales determinaremos cómo afectan los PNR en las fases de la depresión.

En cuanto a las investigaciones del afecto positivo, hay una necesidad de investigar las regulaciones emocionales positivas del estado de ánimo. También, hay que investigar cómo una disminución en el estado de ánimo conlleva a sintomatología depresiva. Estudios longitudinales pueden influir en el reconocimiento de la relación entre la regulación del afecto positivo, la autoestima y la depresión. Asimismo, mediante los estudios longitudinales, se indagará sobre la escala de RPA en relación con los episodios que intervienen en los estados de ánimo.

## Referencias

- Belloch, A. (2012). Propuesta para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 295-311.
- De Rosa, L. y Keegan, E. (2018). Rumiación: consideraciones teórico-clínicas. *Revista de Clínica Psicológica*, 27, 36-43.
- Ehring, T., y Watkins, E. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3) 192-205.
- Feldman, G. C., Joormann, J., y Johnson, S. L. (2008). Responses to positive affect: a self-report measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 507-525
- González, M., Averó, P., Rovella, A. y Cubas, R. (2008). Structural validity and reliability of White Bear Suppression Inventory (WBSI) in the simple of general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 650-659.
- González, M., Ibáñez, I., y Barrera, A. (2017). Rumiación, preocupación y orientación negativa al problema: procesos transdiagnósticos de los trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria y del estado de ánimo. *Acta Colombiana de Psicología*. 20 (2), 30-41.
- González, M., Ramírez, G., Mar Brajin, M. y Lodoño, C. (2017). Ansiedad y estrés. *Revista de Ansiedad y Estrés*. 23, 84-90.
- Haro, J. M., Alonso, J., Torres, J. V., Muñoz, P. E., Almansa, J., Codony, M., Vilagut, G., Pinto-Meza, A., Vila, F. y Autonell, J. (2007). Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2007; 35 (2): 4-11.

- LoSavio, S. T., Dillon, K. H., y Resick, P. A. (2017). Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology*, 14, 18-22.
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R. y Nathan, P. (2013) The relationship between worry, rumination and comorbidity: Evidence for repetitive negative thoughts as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151, 313-320.
- McEvoy, P. M., Hyett, M. P., Ehring, T., Johnson, S. L., Samtani, S., Anderson, R. y Moulds, M. L. (2018). Transdiagnostic assessment of repetitive negative thinking and responses to positive affect: Structure and predictive utility for depression, anxiety and mania symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 232, 375-384.
- Painuly, N., Sharan, P., y Mattoo, S. K. (2005). Relación de la ira y los ataques de ira con la depresión. *Revista de Toxicomanías*, 45, 11-18.
- Samtani, S., McEvoy, P. M., Mahoney, A. E.J., Werner-Seidler, A., Li, S. S.Y., McGill, B. C., Tockar, J. y Moulds, M. L. (2018). Examining a transdiagnostic measure of repetitive thinking in depressed formerly depressed and never-depressed individuals. *Journal of Affective Disorders*, 229, 515-522.
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203.