

***PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS***

***REPETITIVOS NEGATIVOS***

***(CPRN-10, Repetitive Negative Thinking Questionnaire, RNTQ-10)***

***Trabajo fin de grado de psicología***

***Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología***

***Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Psicología y Logopedia***

***CURSO ACADÉMICO 2017-18***

Autoras: Laura Gutiérrez Arnay, Paula Morales Sanlés e Isis Sosa Sánchez

Tutores: Dr. Ignacio Ibáñez Fernández y Dra. Gloria Lastenia Hernández Zamora

Universidad de La Laguna (ULL), Tenerife, España.

## **Resumen**

El Cuestionario de Pensamientos Repetitivos Negativos-10 (CPNR-10) es un cuestionario que evalúa de forma breve la presencia de pensamientos negativos repetitivos. El objetivo de este trabajo es evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario y su posible relación con otros constructos con él relacionados y trastornos de ansiedad y depresión. La muestra estuvo formada por 308 participantes entre 18 y 71 años de edad, de la comunidad Autónoma de Canarias. Los resultados indican, por un lado, una estructura unifactorial, donde los ítems muestran cargas relativamente altas en general. Por otro lado, indican que existen relaciones en cuanto a pensamientos negativos repetitivos con los trastornos de ansiedad y depresión. Adicionalmente la consistencia interna de la escala presentó un coeficiente alfa de Cronbach de .94. Este cuestionario puede ser una alternativa fiable y válida para el diagnóstico y evaluación de las personas que posean comorbilidad entre diferentes trastornos emocionales.

Palabras Clave: Pensamientos Repetitivos Negativos (PRN), depresión, ansiedad y transdiagnóstico.

## **Abstract**

Repetitive Thinking Questionnaire-10 (RNTQ) is a questionnaire that evaluates in a brief way the presence of repetitive negative thoughts. The objective of this questionnaire is to evaluate psychometric properties on this scale and of possible relation with other questionnaires. This gesture was made by 308 voluntaries between 18 and 71 years from the Canary community. All this results indicates in one way a unifactorial structure where the items demonstrate high charges in general. On the other hand they also indicate the existence of relations in order of repetitive negative thoughts in the disorder of anxiety and depression. Additionally, the interior consistency of the scale represented an alpha value of Cronbach of .94. This instrument can give several positive alternatives for the diagnostic and evaluation of people that have comorbidity between different emotional transforms.

Key words: Repetitive Negative Thinkings (RNT). depression, anxiety and transdiagnostic.

## **1. Marco Teórico**

Realizando una revisión de la bibliografía, sobre Salud Mental, se observa la paradoja de que en el ámbito de la salud mental predominaba el modelo de enfermedad, donde la psicología clínica se había dedicado fundamentalmente a investigar la disfunción, y los profesionales estaban formados para trabajar con la psicopatología y no con la salud. El sistema diagnóstico de este modelo de psicopatología fue absoluto y por tanto deficiente (Davies y Bhugra, 2008).

Las deficiencias clínicas en esta conceptualización de la psicopatología de salud mental tradicional quedan superadas por el Modelo de Factor-Dual, que enfatiza que la salud mental es un estado completo, de forma que cambia el modelo unidimensional (hay/no hay enfermedad mental) y supone una mejora en el campo de la investigación en este ámbito, introduciendo como indicador positivo el bienestar subjetivo de las personas (Wang, Zhang, Wang, 2011).

El Modelo de Factor-Dual toma el bienestar de las personas como un indicador positivo, y los síntomas de la psicopatología, como el indicador negativo, como dos factores indispensables para el diagnóstico de la salud mental, entendiendo esta última como dos factores opuestos pero relacionados negativamente (Davies, y Bhugra, 2008). De esta manera genera dos estados de salud mental, y dos estados de enfermedad mental (uno completo y otro incompleto). Ello permite clasificar a las personas en diferentes grupos, basados en dichos estados, y hacer un pronóstico de las funciones de salud mental de los mismos, así como de la tendencia al desarrollo de su salud mental según los indicadores mencionados anteriormente (Suldo y Shaffer, 2008).

La investigación empírica actual con jóvenes y adultos ha demostrado la existencia de este modelo y que es posible la clasificación de las personas en diferentes grupos. Este modelo no sólo enfatiza el papel importante del bienestar en la salud mental

y defiende la importancia del indicador de la psicopatología, sino que además subraya el hecho de que son insustituibles e indispensables (Greenspoon, y Saklofske, 2001; Suldo, y Shaffer, 2008). Esto proporciona apoyo teórico y clínico para la prevención y el tratamiento positivo de la enfermedad mental (Seligman, 2008) y educación positiva en salud mental (Meng, 2008).

En la actualidad, dentro de estos estados de salud mental, hay dos trastornos más prevalentes (Alonso et al. 2004; Demyttenaere et al. 2004). Los trastornos adaptativos, tanto de tipo ansioso, depresivo o mixto, están peor definidos, pero su prevalencia se considera alta, especialmente en Atención Primaria (Casey, 2009).

Tal y como hemos mencionado, los trastornos de ansiedad son el tipo de trastorno más frecuente y tienen una prevalencia en la población española en los últimos 12 meses del 5,9%. El trastorno mental específico más prevalente es el trastorno depresivo mayor, que alcanza una prevalencia al año del 3,9% en España y el mismo valor en Europa (Alonso et al., 2004). En España, un 9,2% de la población tiene un diagnóstico de alguno de los cuatro grupos de trastornos más frecuentes (ansiedad, estado de ánimo, sustancias y control de impulsos) en los últimos 12 meses (Demyttenaere et al., 2004).

Según numerosos estudios publicados se estima que, en nuestro país, entre un 20% y un 40% de los pacientes que acuden a Atención Primaria tienen trastornos de salud mental y están tomando psicofármacos. Los más frecuentes fueron los trastornos del estado de ánimo (35,8%) y los trastornos de ansiedad (25,6%) (Díaz, 2008). Asimismo, algunos autores sostienen que los pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad y trastornos de depresión poseen síntomas comunes. Por tanto, concluyen que se trata de una separación artificial entre los trastornos del estado de ánimo y los

trastornos de ansiedad, que deberían categorizarse conjuntamente en un constructo global de trastornos emocionales (Watson, O'Hara y Stuart, 2008).

Diversos estudios ponen de manifiesto que más del 50% de los pacientes diagnosticados con depresión también presentan al menos un trastorno de ansiedad; y viceversa, más del 50% de los pacientes con diagnóstico primario de algún trastorno de ansiedad también posee algún trastorno depresivo (Mineka, Watson y Clark, 1998), señalando la elevada la comorbilidad entre los síntomas de los trastornos de ansiedad y los síntomas depresivos (Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010).

En relación con estos trastornos, encontramos un proceso común o transdiagnóstico presente en todos ellos. Este proceso posibilita abordar factores psicopatológicos comunes que se dan simultáneamente en diferentes trastornos (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). Nos referimos en este caso, a los pensamientos negativos repetitivos (PRNs), que están caracterizados por pensamientos incontrolados, excesivos y repetitivos acerca de preocupaciones actuales, problemas, experiencias pasadas o preocupaciones acerca del futuro (Ehring y Watkins, 2008). Estos PNRs se han hipotetizado como un factor transdiagnóstico ya que juega un papel en la etiología y el mantenimiento de diversos trastornos emocionales (Mahoney, McEvoy, y Moulds, 2012).

Uno de los desarrollos más relevantes para la construcción del proceso transdiagnóstico, referido a los trastornos emocionales, proviene del modelo de Clark y Watson (1991). Este modelo, es conocido como «modelo tripartito» sobre el afecto, la ansiedad y la depresión. Curiosamente, aunque el modelo fue propuesto, y es válido para explicar la diferenciación entre la ansiedad y la depresión (Joiner, Catanzaro, Laurent, Sandín, y Blalock, 1996), también ha sido relevante para lo contrario, como modelo unificador de los trastornos emocionales a partir del factor general de afectividad

negativa. El modelo consiste en un factor general (de vulnerabilidad general hacia todos los trastornos emocionales) y dos factores específicos (uno específico de los trastornos de ansiedad, la preocupación, y otro específico de los trastornos depresivos, la rumiación).

El afecto positivo (AP) se definiría por el nivel de energía, actividad, entusiasmo por la vida, relación agradable con el ambiente, seguridad en uno mismo, bienestar, sentimientos de afiliación, dominancia social y aventura. En el extremo opuesto, la ausencia de AP o anhedonia se caracterizaría por fatiga, bajos niveles de confianza y de asertividad, languidez, falta de interés por las cosas, sentimientos de que nada divierte, etc. (Clark y Watson, 1991). (González, Herrero, Viña, Ibáñez y Peñate, 2004).

Los pensamientos repetitivos negativos, más habituales son la preocupación y la rumiación, el primero predomina en los trastornos de ansiedad y el segundo en los trastornos de estado de ánimo, principalmente la depresión. La diferencia principal entre ambos es que la preocupación está más enfocada al futuro y la rumiación está más enfocada al pasado (Smith y Alloy, 2009; Watkins, Moulds, y Mackintosh, 2005), aunque ambos procesos contienen aspectos relacionados tanto con el pasado como con el futuro (Ehring et al, 2008).

Por otro lado, la evitación experiencial (EA) se ha definido ampliamente como una falta de voluntad para permanecer en contacto con pensamientos angustiantes, sentimientos, recuerdos, y otras experiencias privadas, incluso cuando esas formas de evitación causan problemas psicopatológicos a largo plazo (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999). Hay medidas de autoinforme que miden aspectos relacionados con la evitación experiencial. La investigación sobre estos constructos relacionados, tales como supresión del pensamiento (Lavender, Jardín, y Anderson, 2009) y evitación del recuerdo de eventos estresantes (Joseph, Dalgleish, Thrasher, Yule, Williams y Hodgkinson, 1996), ha demostrado vínculos fuertes y constantes con la psicopatología. Sin embargo, hay que

tener en cuenta que estas medidas conceptualmente relacionadas se centran en un aspecto particular o estrategia de evitación y no han sido diseñadas específicamente para medir la evitación experiencial.

También son relevantes para el estudio de los pensamientos repetitivos negativos la preocupación y la rumiación. La primera, como un intento de solucionar mentalmente un problema o un asunto cuyo resultado es incierto, pero contiene la posibilidad de una o más consecuencias negativas (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, y DePree, 1983); y la segunda como la tendencia a focalizar reiteradamente la atención en las emociones negativas (Papageorgiou y Wells, 2003). Se considera la rumiación como un constructo bidimensional constituida por dos factores: la reflexión y los reproches. La reflexión se define como un proceso introspectivo cuyo propósito es participar en la solución de problemas cognitivos para aliviar el estado de ánimo bajo; mientras que los reproches se centran en la rumiación negativista sobre uno mismo y las situaciones, realizando una comparación pasiva de la situación actual con algún estándar no alcanzado (Thanoi, y Klainin-Yobas, 2015; Treynor, González y Nolen-Hoeksema, 2003). A estas dos dimensiones se las considera tipos de rumia diferentes; por un lado, los reproches son una estrategia disfuncional y por otro, la reflexión es una estrategia más funcional (Treynor et al., 2003).

Estas dos formas de PNRs se han evaluado utilizando medidas separadas y se han examinado casi exclusivamente dentro de la depresión y la ansiedad. La carencia de las medidas genéricas o transdiagnósticas de los PNRs ha limitado su estudio como proceso transdiagnóstico (McEvoy et al., 2010). Para aclarar esta situación, se desarrolló el Cuestionarios de Pensamientos Repetitivos Negativos (CPRN-10, Repetitive Thinking Questionnaire, RNTQ-10, McEvoy et al., 2010) combinando artículos que comúnmente se han empleado para medir preocupación, rumiación y el procesamiento posterior al

evento, modificando elementos y eliminando el contenido específico del diagnóstico (McEvoy et al. 2014).

El pensamiento repetitivo negativo (PRN), definido como un proceso repetitivo, pasivo, relativamente incontrolable y centrado en el contenido negativo (Ehring y Watkins, 2008), incluye constructos tales como "preocupación" y "rumiación depresiva", y se encuentra de manera elevada en muchos trastornos emocionales, incluidos los trastornos de depresión y ansiedad, como se ha mencionado anteriormente (Watkins, 2009). Los pensamientos repetitivos negativos pueden mantener e incrementar los síntomas de los trastornos emocionales al mantener la atención en el contenido cognitivo del afecto negativo (Ehring y Watkins, 2008).

El constructo amplio del pensamiento repetitivo negativo (PRN) se manifiesta a través de una gama de trastornos mentales, que incluyen, pero no se limitan a la depresión (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) y al trastorno de ansiedad generalizada (Borkovec et al., 1983). Sin embargo, falta un consenso claro sobre si el PRN se conceptualiza mejor como una construcción unidimensional o multifactorial (Fresco, Menning, Heimberg y Ritter, 2013; McEvoy et al., 2010). El RTQ-10 (Repetitive Thinking Questionnaire-10, Mc Evoy et al., 2010) se obtuvo empíricamente mediante el análisis factorial de elementos de medidas preexistentes de rumiación depresiva, preocupación y procesamiento posterior al evento en la ansiedad social, lo que arrojó un fuerte factor de PRN común, considerado como un constructo unidimensional (McEvoy et al., 2010; McEvoy et al., 2014).

El RTQ-10, versión reducida del Cuestionario de Pensamientos Repetitivos Negativos- 30 (CPRN-30) (RTQ, Repetitive Thinking Cuestionnaire-30, Mc Evoy et al., 2010), ha demostrado tener una excelente consistencia interna consistencia interna ( $\alpha =$

.91; Wong, McEvoy y Rapee, 2016) y se ha correlacionado de manera significativa con las escalas que evalúan la depresión y la ansiedad ( $r_{xy} = .41-.49$ ; Mahoney et al., 2012).

Por último, otro factor que puede estar a la base de trastornos emocionales son los Pensamientos intrusivos. Éstos son pensamientos no deseados, involuntarios, imágenes o ideas desagradables que pueden convertirse en obsesiones, son molestos o preocupantes, y puede ser difícil de manejar o eliminar. Están asociados con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la depresión, el trastorno dismórfico del cuerpo (TDC), y algunas veces el trastorno de hiperactividad y déficit de atención (TDAH). Estos pensamientos pueden llegar a ser paralizantes, provocando ansiedad. Todas las personas pueden presentar en alguna medida estos pensamientos, pero se vuelven patológicos cuando la persona no puede ignorarlos y prestarles atención indebida. Esto significa que los pensamientos se vuelven más frecuentes y angustiosos y, con el tiempo, pueden afectar todas las áreas de la vida de una persona, a menudo su trabajo, su familia y su vida social (Brewin, Gregory, Lipton y Burgess, 2010)

A partir de lo anterior, el objetivo de nuestro trabajo es la validación española del Cuestionario de Pensamientos Negativos Repetitivos (RNT-10).

## **2. Método**

### ***2.1. Participantes y diseño***

La muestra que constituyó este trabajo fue de 308 personas adultas de la Comunidad Autónoma Canaria, 30% hombres y 70% mujeres. La media de edad fue de 33 años (DT= 14.4), con una moda de 21 y un rango que oscila entre los 18 y 71 años. Respecto al nivel de estudios, el 8.5% tenía estudios primarios, 38.6% estudios medios, 20.1% estudios de diplomatura y 32.5% estudios de licenciatura. Por otro lado, en cuanto a la situación laboral, el 34.7% son estudiantes, el 42.9% tiene un trabajo remunerado, el

18.2% se encuentra en paro y el 4.2% está jubilado. En relación al estado civil, 63.3% eran solteros, 32.1% casados/parejas, 3.9% separados/divorciados y un 0.6% viudos. Y en cuanto a su residencia 31.2% vivían en zonas rurales y 68.8% en zonas urbanas.

## **2.2. Instrumentos**

### **2.2.1. Cuestionarios / instrumentos**

**El Cuestionario de Pensamiento Repetitivo (CPR-10)** (RTQ, Repetitive Thinking Questionnaire-10) (McEvoy et al., 2010), es una medida de 31 ítems de pensamiento negativo repetitivo, aunque sólo se usa la escala de RNT de 27 ítems (McEvoy et al., 2010), pues cuatro de los ítems son positivos. Los ítems en el CPR se derivaron de varias medidas existentes de pensamientos repetitivos negativos, que incluyeron el Inventario de Preocupación del estado de Pensilvania (PSWQ, Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), La Escala de Respuesta Rumiativas ERR (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) y el Cuestionario de procesamiento post-evento - Revisado (PEPQ-R; McEvoy y Kingsep, 2006). La escala RNT de 27 ítems ha demostrado tener una correlación extremadamente alta con una versión corta de 10 ítems que comprende los 10 ítems de mayor peso factorial (RTQ-10,  $r = .95$ , McEvoy et al., 2010), y este fue también el caso en este estudio ( $r = .92$ ). Por lo tanto, para reducir la complejidad del modelo, en este estudio se utilizó la versión corta de 10 ítems. Los ítems de CPR-10 evalúan el grado en que una persona se involucra en Pensamientos Repetitivos Negativos (PRN) independientemente de cualquier característica de diagnóstico específica del trastorno (p. ej., "Una vez que comencé a pensar en la situación, no pude parar"). Los ítems se califican en una escala de Likert de 5 puntos, que va de 1 ("no verdadero") a 5 ("muy cierto"). El CPR-10 tiene una excelente consistencia interna ( $\alpha = .91$ ; Wong, McEvoy y Rapee, 2016) y se ha correlacionado de manera significativa con las escalas

que evalúan la depresión y la ansiedad ( $r_{xy} = .41-.49$ ; Mahoney et al., 2012). La consistencia interna es alta ( $\alpha = .89$ ).

**El Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania** (PSWQ, Penn State Worry Questionnaire) (Meyer et al., 1990). Es una escala de 16 ítems que evalúa el rasgo de preocupación. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,93 y la consistencia interna de 0,95. De los 16 ítems del cuestionario, cinco están redactados de manera inversa, y estos con frecuencia, atendiendo a algunos autores, afectan negativamente las propiedades psicométricas de escala y han argumentado en contra de incluir esos elementos en escala desarrollo (Rodebaugh, Woods, Heimberg, 2007; Spector, Van Katwyk, Brannick y Chen, 1997).

**Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés** (DASS, Depression, Anxiety, Stress Scales) (Lovibond, 1983 y Lovibond y Lovibond 1993). Se trata de un instrumento que mide los síntomas actuales (“durante la semana pasada”) de depresión y ansiedad. Se emplea la versión reducida de 14 ítems. Está formado por dos escalas, cada una de las cuales contiene 7 ítems. La consistencia interna del total de la escala es de .95 y fiabilidad test-retest de .55.

**La Escala de Afecto Positivo y Negativo** (PANAS, Positive and Negative Affect Schedule) (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Esta escala evalúa dos dimensiones, el afecto positivo y el afecto negativo. La persona debe indicar cómo se siente generalmente, utilizando 10 adjetivos para cada uno de ellos. Se emplea una escala tipo Likert desde 1 a 5 puntos (1= “totalmente en desacuerdo”, 5= “totalmente de acuerdo”). Muestra una adecuada consistencia interna en la población española, con índices entre .87 y .89 para el afecto positivo y .84 y .89 para el afecto negativo (Marrero y Carballeira, 2011).

**El cuestionario de Aceptación y Acción-II** (AAQ-II, Acceptance and Action Questionnaire-II) (Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole et al., 2011). En su versión española realizada por Ruiz y Luciano (2009) Este cuestionario es una medida general de la evitación experiencia e inflexibilidad psicológica. Consta de 10 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de siete puntos, donde 1 = nunca verdad y 7 = siempre verdad. Su coeficiente de consistencia interna oscila entre .75 y .93.

**El Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial** (MEAQ, Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire) (Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero y Watson, 2011) es un cuestionario de 62 ítems que evalúa de forma multidimensional la evitación experiencial. Para esta investigación se emplearon los 10 ítems que evalúan resistencia al malestar, referido a comportamiento efectivo frente al malestar; p. ej.: "estoy dispuesto a sufrir por las cosas que me importan"). Se responde según una escala tipo Likert de seis alternativas de respuestas que van de 1 = Muy en Desacuerdo a 6= Muy de acuerdo. Su coeficiente de consistencia interna oscila entre .80 a .82. En esta investigación los 11 ítems  $\alpha = .87$

### ***2.3. Análisis estadístico***

Para el cálculo de la validez de constructo del Cuestionario de Pensamiento Repetitivo Negativo (CPRN-10) se utilizó el análisis factorial exploratorio (AFE) mediante la extracción de componentes principales con rotación Promax, y .30 como el criterio mínimo de saturación, siguiendo el mismo procedimiento que los autores del cuestionario. Se calcularon los estimadores de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO); rango entre 0-1) y de significación estadística de Bartlett (si su valor es cercano a la unidad y son significativos  $p < .05$ , indican que el análisis con reducción de variables es adecuado).

Para el cálculo de la validez convergente y discriminante se realizaron las correlaciones mediante el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson entre los resultados del Cuestionario de Pensamientos Repetitivos Negativos (CPRN) con los siguientes: preocupación rasgo, reproches, reflexión, evitación experiencial, pensamientos intrusivos y resistencia al malestar. De igual modo, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para conocer la correlación entre las diferentes variables dependientes y los cuestionarios nombrados anteriormente. La fiabilidad del constructo pensamiento repetitivo negativo (PRN) se calculó mediante el análisis de la consistencia interna (se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach), que debe interpretarse como un indicador de la consistencia interna de los ítems, ya que se calcula a partir de la covarianza entre ellos. Los índices de fiabilidad situados alrededor de .70 sugeriría que existe una adecuada consistencia interna. Se analizan las diferencias por género mediante la  $t$  de Student, en el que se tiene en cuenta la prueba de Levene para la igualdad de las varianzas. Para los análisis se empleó el programa estadístico SPSS versión 23.

#### ***2.4. Procedimiento***

En primer lugar, los cuestionarios fueron administrados a las estudiantes participantes en este estudio para comprobar el protocolo de pruebas. Para ello tenían que responder algunas preguntas sobre el formato de las pruebas (longitud, discrepancias entre las instrucciones, preguntas y respuestas, el tiempo que se tarda en cumplimentarlas, entre otras).

Una vez realizado esta revisión, el profesor Ignacio Ibáñez proporciona el enlace de las pruebas definitivas y se solicita a cada alumna que envíe el protocolo a aproximadamente 20 personas. Se tomó la decisión de proporcionar dos opciones a los participantes. Por un lado, realizar el protocolo completo con una duración de 45 minutos aproximadamente, y por otro, dividirlo en dos partes con una duración de 20

minutos cada una. Los participantes fueron de la comunidad, es decir, de fuera de los contextos exclusivamente universitarios, lo que da lugar a una mayor validez ecológica del estudio.

Las pruebas se administraron vía online, mediante un correo electrónico se les presenta las instrucciones del proyecto, los tutores del mismo, su área de trabajo y el objetivo. Además, se les indica que, al contestar, autoriza su participación en la investigación. Finalmente, ya que tienen que proporcionar algunos datos personales, se les informa de que se tratarán de forma anónima, además de agradecerles su participación.

### **3. Resultados**

En primer lugar, se comentan los resultados relacionados con el análisis factorial exploratorio del Cuestionario de Pensamientos Repetitivos Negativos (CPRN).

#### *Análisis factorial*

Para explorar la estructura factorial del CPNR, se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación oblicua directa ( $KMO = 0.94$ , prueba esférica de Bartlett:  $\chi^2(45) = 1856.3$ ,  $p < .001$ ). En la tabla 1 se muestra la prueba de autovalores o scree test de Cattell que indica un valor propio de 6.37, mostrando esto una clara estructura unidimensional, lo que justifica el hecho de que no se haya llevado a cabo la rotación.

Continuando con la tabla 1, observamos que el factor tiene un porcentaje de varianza total explicada del 66.19%, teniendo la escala  $\alpha = .94$ . Además, se observa que la saturación de los ítems de la escala en el componente 1, que presentan una carga factorial entre .68 y .87.

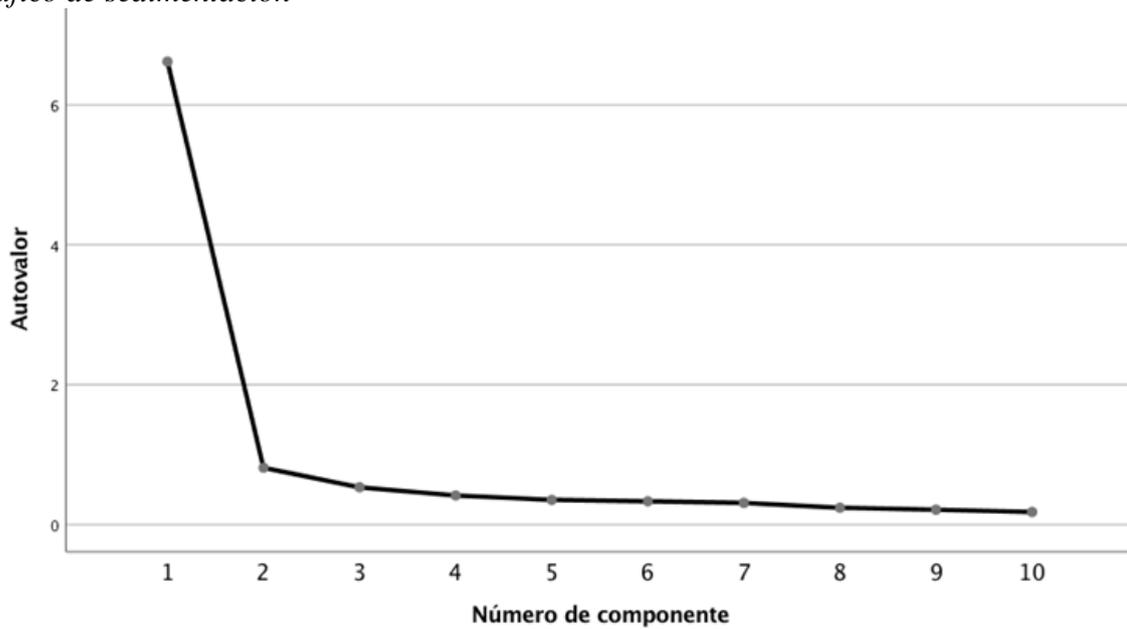
Tabla 1  
Matriz de componentes

		<b>h<sup>2</sup></b>	<b>r<sub>xy</sub></b>
1. Usted tenía pensamientos o imágenes sobre todas sus deficiencias, sus defectos, sus fracasos y sus errores.	,87	.50	.65
2. Usted tuvo pensamientos o imágenes acerca de un evento pasado que vino a su cabeza, incluso cuando no quería pensar en ello de nuevo.	,84	.63	.75
3. Usted tuvo pensamientos o imágenes que "no podré hacer mi trabajo / estudio porque me siento tan mal".	,84	.46	.62
4. Usted tuvo pensamientos o imágenes de la situación que eran difíciles de olvidar.	,84	.70	.80
5. Una vez que empecé a pensar en la situación, no podía parar.	,84	.71	.80
6. Me di cuenta de que había estado pensando en la situación.	,83	.70	.79
7. Usted tuvo pensamientos o imágenes de la situación en la que trató de resistirse a pensar.	,83	.76	.83
8. Pensé en la situación todo el tiempo.	,79	.72	.80
9. Sabía que no debía haber pensado en la situación, pero no pude evitarlo.	,71	.72	.80
10. Había pensamientos o imágenes sobre la situación y desearía que hubiera ido mejor	,68	.70	.79
Valor propio	6.37		
% Varianza total	66.19		
Alfa de Cronbach	.94		

$r_{xy}$  = Correlación total de elementos corregida.

Los resultados del análisis son satisfactorios, informando que la estructura más adecuada es una estructura unifactorial (véase en gráfica 1), con un único factor al que llamaremos pensamiento repetitivos negativos (PRN), que corresponde teóricamente a la estructura conceptual de pensamientos repetitivos negativos, indicando una validez de constructo adecuada.

Gráfica 1  
*Gráfico de sedimentación*



### *Análisis correlacional I*

En la Tabla 2 se observan los coeficientes de correlación de Pearson (oscilan entre .70 y .94) entre los diferentes cuestionarios que evalúan pensamientos repetitivos negativos. Estos pensamientos, evaluados por el CPRN, muestran validez convergente con pensamientos intrusivos, preocupación rasgo y con reproches. Los coeficientes más bajos se observan con la reflexión, habiendo ausencia de relaciones con resistencia al malestar. Los mismos hallazgos se encuentran con preocupación rasgo, pero en coeficientes de correlación ligeramente más pequeños. Cabe destacar también, que la reflexión, que es un constructo positivo, no correlaciona con afecto positivo.

Tabla 2  
Matriz de correlaciones de Pearson.

	PSWQ	REP	REF	AAQ-II	PIN	RES	$\alpha$
CPRN	,64***	,61***	,39***	,59***	,73***	-,00	.94 (10)
PSWQ		,60***	,30***	,59***	,61***	-,11	.94(11)
REP			,35***	,63***	,55***	-,04	.79(5)
REF				,26***	,34***	,25***	.74(5)
AAQ-II					,53***	-,03	.70(10)
PIN						-,02	.92 (8)
RES							.87(11)

*Nota:* CPRN= Cuestionario de Pensamientos Repetitivos Negativos; PSWQ = Preocupación rasgo; REP= Reproches; REF= Reflexión; AAQ-II= Evitación experiencial; PIN= Pensamientos intrusivos; RES= Resistencia al malestar. ;  $\alpha$  = alfa de Cronbach, entre paréntesis = número de ítems; \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$

### *Análisis correlacional II*

En la Tabla 3 se observan los coeficientes de correlación entre los cuestionarios y las variables dependientes ‘ansiedad’, ‘depresión’, ‘afecto positivo’ y ‘afecto negativo’. El coeficiente más elevado lo muestran ansiedad y depresión entre sí. Por otro lado, destaca una buena correlación de los pensamientos repetitivos negativos con la depresión y la ansiedad. Se observa que el afecto positivo tiene una correlación negativa significativa con todas las variables, a excepción de la resistencia al malestar, con la que correlaciona positivamente, no existiendo relación con la reflexión.

Tabla 3  
Matriz de correlaciones de Pearson

	ANS	DEP	AP	AN
CPRN	,46***	,55***	-,18**	,61***
PSWQ	,44***	,46***	-,15*	,52***
REP	,43***	,51***	-,22**	,55***
REF	,28***	,26***	,09	,28***
AAQ-II	,31***	,43***	-,17**	,49
PENI	,41***	,47***	-,23***	,44***
RES	-,14*	-,2**	<b>,29***</b>	-,10
ANS		,79***	-,2**	,54***
DEP			-,37***	,67***
AP				-,17**
<b><math>\alpha</math></b>	.84 (7)	.89 (7)	.86 (10)	.89 (10)

*Nota:* CPRN= Cuestionario de Pensamientos Repetitivos Negativos; PSWQ = Preocupación rasgo; REP= Reproches; REF= Reflexión; AAQ-II= Evitación experiencial; PIN= Pensamientos intrusivos; RES= Resistencia al malestar; ANS= Ansiedad; DEP= Depresión; AP=Afecto positivo; AN=Afecto negativo  $\alpha$  = alfa de Cronbach, entre paréntesis = número de ítems; \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$ .

En la Tabla 4 se observa que, para la ansiedad, el bloque 2 mejora significativamente, explicando un 27% de la varianza. Dentro de este modelo, los pensamientos negativos repetitivos son los que mejor predicen la ansiedad, seguido de la preocupación rasgo y la baja resistencia al malestar, sin embargo, evitación experiencial no la predice. Con respecto a la depresión, con una varianza ajustada del 38%, el bloque 2 es el más relevante. Todas las variables resultan significativas, es decir, predicen depresión, siendo los pensamientos repetitivos negativos la variable más predictora y preocupación rasgo, la que menos.

En cuanto al afecto positivo, en el bloque 2 aporta mejoría significativa en la varianza explicada la resistencia al malestar exclusivamente, explicando un 10% de la

varianza. En cuanto al afecto negativo, el primer bloque, mejora un 45%, definido este en mayor medida y principalmente por los pensamientos repetitivos negativos, seguido de la preocupación rasgo y la evitación experiencial.

Teniendo en cuenta estos resultados, a continuación, se especifican las variables que podrían identificarse como transdiagnósticas:

En la tabla 4 se ve reflejado que la principal variable transdiagnóstica son los pensamientos negativos repetitivos. Estos junto a la preocupación rasgo son variables transdiagnósticas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. Ninguna de estas dos variables es relevante para el afecto positivo.

La resistencia al malestar, es una variable transdiagnóstica de ansiedad, depresión y afecto positivo, aunque varía en mayor o menor medida dependiendo de otras variables y no está presente en el afecto negativo. Se observa, además, que la evitación al malestar es transdiagnóstica en las variables de depresión y afecto negativo.

Tabla 4  
Análisis de regresión jerárquica

VARIABLES	BLOQUE	PREDICTOR		Δ F	B	t
ANS	2	CPRN	,27	4,41*	,31	4,46***
		PSWQ			,23	3,25**
		AAQ-II			,04	,58
		RES			-,12	-2,10*
DEP	2	CPRN	,38	11,49**	,38	5,90***
		PSWQ			,14	2,16*
		AAQ-II			,17	2,83**
		RES			-,17	-3,39**
AP	2	CPRN	,10	21,01***	-,13	-1,69
		PSWQ			,01	,09
		AAQ-II			-,10	-1,36
		RES			,28	4,58***
AN	1	CPRN	,45	64,89***	,41	6,69***
		PSWQ			,19	3,07**
		AAQ-II			,20	3,45**

Nota: CPRN= Cuestionario de Pensamientos Repetitivos Negativos; PSWQ = Preocupación rasgo; REP= Reproches; REF= Reflexión; AAQ-II= Evitación experiencial; PIN= Pensamientos intrusivos; RES= Resistencia al malestar; ANS= Ansiedad; DEP= Depresión; AP=Afecto positivo; AN=Afecto negativo  $\alpha$  = alfa de Cronbach, entre paréntesis = número de ítems; \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$ .

#### 4. Discusión

En este trabajo nuestro objetivo era la validación canaria del Cuestionario de Pensamientos Repetitivos Negativos (CPRN-10; Mc Evoy et al., 2010). Al igual que ocurre con los resultados encontrados en otras investigaciones, la consistencia interna fue de .94 (McEvoy et al., 2018; Wong).

Por otro lado, hemos obtenido al igual que McEvoy (2010) en la versión original del cuestionario una estructura unifactorial, con un único factor, al que hemos denominado Pensamientos Repetitivos Negativos (PRN). Comprobando así, empíricamente, que el constructo tiene validez, ciñéndose, en ambos casos, los ítems a la medición del constructo.

También hemos encontrado una relación positiva entre el constructo de pensamientos repetitivos negativos y ansiedad (a más pensamientos repetitivos negativos, más ansiedad). Podemos entender estos pensamientos como una forma de preocupación, cogniciones constantes que interfieren en la persona. Esto coincide con los hallazgos de trabajos previos que señalan la preocupación como uno de los pensamientos repetitivos negativos más habituales y la relación de estos con la ansiedad. Esta relación puede deberse a que la preocupación es un pensamiento que se dirige más hacia el futuro, y las personas con ansiedad ocupan más recursos cognitivos adelantándose a posibles peligros o daños futuros (Smith y Alloy, 2009; Watkins, Moulds y Mackintosh, 2005).

Por otro lado, los resultados del trabajo confirman la relación positiva entre ansiedad y depresión. Resultado esperado ya que como explican los estudios realizados por Watson, O'Hara y Stuart (2008), ambos poseen síntomas comunes. Esto puede llevarnos a pensar que no se deberían tratar por separado sino como dos subcategorías del concepto general trastornos emocionales. Además, según Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita (2010), se ha demostrado una alta comorbilidad entre los síntomas de estos dos trastornos, lo que queda reflejado con nuestros resultados.

Además, también hemos encontrado una relación positiva entre resistencia al malestar y el afecto positivo, que desde la perspectiva del Modelo de Factor Dual (Suldo y Shaffer, 2008) coincidirían estos con los factores que indican bienestar subjetivo, considerándolos indicadores positivos. Mientras que el resto (pensamientos repetitivos negativos, preocupación rasgo, reproches, reflexión, evitación experiencial, pensamientos intrusivos, ansiedad y depresión), ya que las relaciones encontradas son negativas, los asociamos a los indicadores negativos.

En el análisis de regresión observamos también que el pensamiento repetitivo (PRN) negativo es el principal predictor de ansiedad, depresión y afecto negativo. Este constructo (PRN), como bien mencionamos con anterioridad es considerado, en relación al Modelo de Factor Dual (Suldo y Shaffer, 2008) como un indicador negativo, lo que resulta coherente con esto se relacione con estados mentales de depresión, ansiedad y afecto negativo.

Por otro lado, en nuestros resultados se refleja la evitación experiencial como un predictor de la depresión, entendiendo esta como una falta de voluntad para permanecer en contacto con pensamientos angustiantes, sentimientos, recuerdos, y otras experiencias privadas (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999). Esto llama la atención ya que está en contradicción con lo que se mencionaba en los estudios de Smith y Alloy (2009); Watkins, Moulds, y Mackintosh (2005) en los que se relaciona la rumia, enfocada en el pasado, con la depresión.

En cuanto a las implicaciones clínicas se puede tener en cuenta que el transdiagnóstico abre un nuevo horizonte en psicología clínica. Éste permite abarcar los trastornos de una forma más abierta, en lugar de centrarse en un único trastorno, su foco de atención está en los diferentes procesos psicológicos comunes a conjuntos de trastornos. Este hecho permite un tratamiento más completo y general de los trastornos mentales (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

Otra justificación transdiagnóstica podría venir dada porque un trastorno puede evolucionar, pudiendo coexistir con otro trastorno. Controlando dicho factor, se podría prevenir la futura comorbilidad con otros trastornos de índole emocional. Por ejemplo, evitar que el trastorno de ansiedad generalizada de lugar a una comorbilidad con depresión.

Otra posible implicación podría ser en el ámbito de evaluación y diagnóstico, ya que el instrumento RNT tiene una alta consistencia interna para determinar la existencia de estos pensamientos y con ello hacer un posible diagnóstico futuro. Así mismo, podría utilizarse en el área de Personalidad, es decir, en el estudio de la relación entre múltiples trastornos de personalidad y los diferentes tipos de RNT como prevención a futuros trastornos comórbidos.

Las limitaciones que podemos encontrar en nuestro trabajo son, por un lado, la duración de las opciones que se presentaron para la realización de la batería de cuestionarios (versión larga, duración aproximada de 40 minutos y versión corta, opción de realizarlos en dos partes cada una de aproximadamente 20 minutos) provocó mayor cansancio en los participantes que escogieron la versión larga, igualmente. Por otro lado, al ser un cuestionario de implementación online no pudimos controlar que las condiciones en las que se realizó fuesen las idóneas.

Además de que una muestra más grande aumentaría la validez ecológica de nuestros hallazgos. De la misma forma, aunque nuestra muestra estaba compuesta principalmente por participantes de la comunidad, los participantes en general eran relativamente jóvenes. Los estudios futuros que empleen muestras más representativas garantizarán la generalización de nuestros resultados.

## **5. Referencias.**

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 21-27.
- Arditte, K., Shaw, A. y Timpano, K. (2016). Repetitive Negative Thinking: A transdiagnostic Correlate of Affective Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35 (3), 181-201.
- Brewin, C., Gregory, J., Lipton, M. and Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117(1), 210-232.

- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., Orcutt, H. K., Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., y DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behavior Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23, 927-938.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Clark, L. A., Watson, D. y Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- Conway, M., Csank, P.A.R., Holm, S.L. y Blake, C.K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75, 404-425.
- Cox, B.J., Enns, M.W. y Taylor, S. (2001). The effect of rumination as a mediator of elevated anxiety sensitivity in major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 525-534.
- Davies, D. y Bhugra, D. (2008). Models of psychopathology. *Beijing: Peking University Medical Press*.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 2581-2590.
- Díaz, C. L. (Ed.). (2008). Salud mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. Las Palmas: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales.
- Doll, B. (2008). The Dual-Factor Model of Mental Health in Youth. *School Psychology Review*, 37, 69-73.
- Drost, J., van der Does, W., van Hemert, A., Penninx, B. y Spinhoven, P. (2014). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: A conceptual replication. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 177-183.
- T. Ehring, E.R. Watkins (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1 (3), 192-205.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Validity and reliability of the Spanish versions of the Ruminative Response Scale-Short Form and the Distraction Responses Scale in a sample of high school and college students. *Psychological Reports*, 98, 141-150.
- Fresco, M., Mennin D.S., Heimberg, R.G. y Ritter M. (2013). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 283-300.
- Gámez, W.; Chmielewski, M.; Kotov, R.; Ruggero, C.; Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: the multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychol. Assess.*, 23, 692-713
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L., Ruiz-Torres, M., Dongil Collado, E. y Cano-Vindel, A. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*. 23 (2-3), 91-98.
- González, M., Herrero, M., Viña, C. M.; Ibáñez, I. y Peñate, W. (2004) El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (2), 289-304.
- Greenspoon, P. J. y Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54, 81-108.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, *126* (12), 445-451.
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la Escala de Respuestas Rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *13*, (2), 111-121.
- Joiner, T.E., Catanzaro, S.J., Laurent, J., Sandín, B., y Blalock, J.A. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: Evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *1*, 27-34.
- Joiner, T.E., Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Santed, M.A., Catanzaro, S.J., Laurent, J. y Marquina, G. (1998). A confirmatory factor-analytic validation of the tripartite model of depression and anxiety among undergraduates in Spain. *Journal of Gender, Culture and Health*, *3*, 147-157.
- Joseph, S., Dalgleish, T., Thrasher, S., Yule, W., Williams, R., & Hodgkinson, P. (1996). Chronic emotional processing in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster: The relationship of intrusion and avoidance at 3 years to distress at 5 years. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 357-360.
- Kasch, K.L., Klein, D.N., y Lara, M.E. (2001). A construct validation study of the Response Styles Questionnaire Rumination scale in participants with a recent-onset major depressive episode. *Psychological Assessment*, *13*, 375-383.
- Kimberly A. Arditte, Ashley M. Shawy y iara R. Timpano (2016). Repetitive Negative Thinking: A Transdiagnostic Correlate of Affective Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *35*(3).
- Larsen, R. J. y Prizmic, Z. (2004). Affect regulation. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.): *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Lavender, J. M., Jardín, B. F., & Anderson, D. A. (2009). Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors*, *10*, 228-231.
- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental -medigraphic.com*. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholarcluster=10653351774745388315&hl=es&as\\_sdt=2005&sciodt=0,5](https://scholar.google.es/scholarcluster=10653351774745388315&hl=es&as_sdt=2005&sciodt=0,5)
- Lovibond, S.H. (1983). The Nature and Measurement of Anxiety and Depression. Paper presented at the 18th annual Conference of the Australian Psychological Society. *University of Western Australia*.
- Lovibond, S.H. y Lovibond, P.F. (1993). Manual for the Depression Anxiety Stress Scale (DASS). *Psychology Foundation Monograph*.
- Mahoney, A.E.J., McEvoy, P. M., y Moulds, M. L. (2012). Psychometric properties of the Repetitive Thinking Questionnaire in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*, 359-367.
- Marrero, R. J. & Carballeira, M. (2011). Well-being and personality: Facet-level analyses. *Personality and Individual Differences*, *50*(2), 206-211.
- Martin, L.L., y Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. En R. S. Wyer Jr. (Ed.), *Advances in social cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- McEvoy, P. M., y Kingsen, P. (2006). The Post-Event Processing Questionnaire in a clinical sample with social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1689-1697.
- McEvoy PM et al. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the repetitive thinking questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 509-519.

- McEvoy PM; Hyett MP; Ehring T; Johnson SL; Samtani S; Anderson R; Moulds ML (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.
- Melipillán R. (2007) , Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2), 175-183.
- Meng, W. J. (2008). Positive mental health education. Beijing: China Light Industry Press.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther*, 28 (6), 487-495.
- Meng, W. J. (2008). Positive mental health education. Beijing: China Light Industry Press.
- Mineka, S., Watson, D. y Clark, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Nolen-Hoeksema, S., y Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Papageorgiou, C., y Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.
- Rodríguez Muñoz, M. y Mas Hesse, B. (2002). Tratamiento de la fobia social: estudio de un caso [Treatment of social phobia: A case study]. *Acción Psicológica*, 1(1) 87-92.
- Roberts, J.E., Gilboa, E. y Gotlib, I.H. (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 401-423.
- Rodebaugh T.L., Woods C.M., Heimberg R.G.(2007). The reverse of social anxiety is not always the opposite: The reverse-scored items of the Social Interaction Anxiety Scale do not belong. *Behavior Therapy*, 38, 192-206
- Ruiz, F. J., & Luciano, C. (2009). Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas [Acceptance and commitment therapy (ACT) and improving chess performance in promising young chess-players]. *Psicothema*, 21, 347-352.
- Samtani, S., McEvoy, P., Mahoney, A., Werner-Seidler, A., Li, S., McGill, B., Tockar, J. y Moulds, M. (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., Valiente, R.M., y Chorpita, B.F. (2010). Development of a 30-ítem version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 165-178.
- Sandín B., Chorot P. y Valiente R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (3), 185-203.
- Sandín, B., Chorot, R, Santed, M.A., y Valiente, R.M. (2002). Análisis factorial confirmatorio del índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*, 14, 333- 339.
- Seegerstrom, S.C., Tsao, J.C.I., Alden, L.E., y Craske, M.G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 671-688.
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive health. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 3-18.
- Sherbourne, C. D., Hays, R. D., & Wells, K. B. (1995). Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 345–355
- Smith, B. W. (1996). Coping as a predictor of outcomes following the 1993 Midwest flood. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 225– 239.
- Smith, J. M., y Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: a review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 116-128.

- Spector, P. E., Van Katwyk, P. T., Brannick, M. T., & Chen, P. Y. (1997). When two factors don't reflect two constructs: How item characteristics can produce artifactual factors. *Journal of Management*, 23, 659-677
- Suldo, S. M. y Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37, 52-68.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- Teasdale, J.D., y Green, H.A.C. (2004). Ruminative selffocus and autobiographical memory. *Personality and Individual Differences*, 36, 1933-1943.
- Thanoi, W. y Klainin-Yobas, P. (2015). Assessing rumination response style among undergraduate nursing students: A construct validation study. *Nurse Education Today*, 35, 641-646.
- Trapnell, P.D., y Campbell, J.D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.
- Treynor, W., González, R., y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.
- Veit, C. T. y Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 730-742.
- Watkins, E. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: Evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*, 27(3), 160-175
- Watkins, e., Moulds, M., y Mackintosh, B. (2005). comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behavioir research and therapy*, 43, 1577-1585
- Watson, D., Clark, L.A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*; 54, 1063-1070.
- Watson, D., O'Hara, M. W. y Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psycho-pathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 282-288.
- Wang X., Zhang D. y Wang J. (2011). Dual-Factor Model of Mental Health: Surpass the Traditional Mental Health Model. *Psychology*, 2 (8), 767-772.
- Wilkinson, R. B. y Walford, W. A. (1998). The measurement of adolescent psychological health: One or two dimensions? *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 443-455