



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

“VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE RESPUESTAS
RUMIATIVAS AL ESPAÑOL DE MÉXICO”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA: HERNÁNDEZ MARTÍNEZ ALLAN

DIRECTOR: DR. RUBÉN GARCÍA CRUZ

PACHUCA, HIDALGO.

MAYO 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
PRESENTE

Manifiestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **Allan Hernández Martínez** bajo la modalidad de tesis cuyo título es: "**Validación de la Escala de Respuestas Rumiativas al Español de México**" debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

ATENTAMENTE

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dra. Norma Angélica Ortega Andrade	Presidente	
Dr. Rubén García Cruz	Primer Vocal	
Mtra. Lorena Ramos Hernández	Segunda Vocal	
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	Tercer Vocal	
Dr. Arturo del Castillo Arreola	Secretario	
Dr. David Jiménez Rodríguez	Suplente	
Dra. Angélica Romero Palencia	Suplente	

San Agustín Tlaxiaca, Hgo. 14 de mayo de 2015

C.c.p Archivo



AGRADECIMIENTOS

Este es el momento en el que diré las palabras mágicas: gracias.

A mi mamá y mi papá por tantas cosas que no caben en este breve espacio.

Al Doctor Rubén García Cruz por su apoyo incondicional a lo largo de todo este tiempo, por sus consejos, por su guía y, por supuesto, por transmitirme la pasión por investigar.

A la Doctora Norma Angélica Ortega Andrade por sus enseñanzas tanto dentro como fuera del aula, por su paciencia y por brindarme su ayuda.

A la Doctora Andrómeda Valencia Ortiz por sus puntuales correcciones, especialmente en la metodología y en el inglés.

A la Doctora Angélica Romero Palencia por iluminar y hacer comprensibles algunos de los difíciles conceptos de la estadística.

Al Dr. David Jiménez Rodríguez, Dr. Arturo del Castillo Arreola y Mtra. Lorena Ramos Hernández por aceptar ser parte de este proyecto.

A Raquel Guadalupe Chávez Fragoso, Charitin Romero Baños, Griselda Palafox Montiel, Berenice Villarreal Ramírez, Yuddaí Rodríguez Santiago y Abraham Peralta, esos ángeles que han estado conmigo en cada paso de esta investigación desde los aspectos más básicos hasta la aplicación de los instrumentos.

A las y los estudiantes que aceptaron participar en el proceso de validación.

A todas las personas que indirectamente colaboraron en esta tesis.

Definitivamente ha sido una bendición contar con ustedes.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	10
CAPÍTULO I. RUMIACIÓN.....	12
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA RUMIACIÓN.....	12
1.2 ENFOQUES TEÓRICOS EXPLICATIVOS DE LA RUMIACIÓN.....	15
1.3 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA RUMIACIÓN ASOCIADOS A LA REGULACIÓN EMOCIONAL.....	20
1.4 RUMIACIÓN Y PROCESOS PSICOPATOLÓGICOS.....	22
1.5 DIFERENCIAS INDIVIDUALES: PERSONALIDAD, EDAD Y DIFERENCIA DE GÉNERO.....	27
CAPÍTULO II. MEDICIÓN PSICOMÉTRICA DE LA RUMIACIÓN.....	32
2.1 LA ESCALA DE RUMIACIÓN EN LA TRISTEZA (CONWAY, CSANK, HOLM Y BLAKE, 2000) 34	
2.2 LA ESCALA DE IRA Y RUMIACIÓN (SUKHOLSKY, GOLUB Y CROMWELL, 2001)..	36
2.3 LA ESCALA DE RUMIACIÓN SOBRE OFENSAS INTERPERSONALES (WADE, VOGUEL, LIAO Y GOLDMANLE, 2008).....	38
2.4 LA ESCALA DE RUMIACIÓN AUTOOBSERVACIÓN (TRAPNELL Y CAMPBELL, 1999) 41	
2.5 EL CUESTIONARIO DE REGULACIÓN EMOCIONAL COGNITIVA (GARNESKI Y KRAAIJ, 2007).	42
2.6 VERSIÓN REDUCIDA DE LA ESCALA DE RESPUESTAS RUMIATIVAS (EXTREMERA Y FERNÁNDEZ-BERROCAL, 2006).....	44
CAPÍTULO III. MÉTODO.....	45
3.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	54
REFERENCIAS.....	58
ANEXOS.....	63

RESUMEN

Se realizó la validación al español de México de la *Escala de Respuestas Rumiativas*. La escala fue desarrollada por Nolen-Hoeksema en 1991, después Hervás (2008) realizó la versión al castellano de España. Este estudio se hizo con el propósito de adaptarlo en población joven al castellano utilizado en México. La escala mide las ideas rumiativas, que son definidas como las ideas repetitivas e intrusivas acerca de una situación que repercute a nivel metacognitivo y conductual; teóricos como Martin y Tesser (1996) reconocen que aparecen incluso sin estímulos externos.

La rumiación ha sido asociada por Nolen-Hoeksema & Watkins (2011) con la depresión, la ansiedad, la adicción a las drogas y la anorexia nerviosa. Afirman que constituye un predictor y exacerbador de las psicopatologías, reconocen que es más común en hombres que en mujeres (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999). Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema (2003) y Hervás (2008) confirmaron que la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS, por sus siglas en inglés) posee dos factores: reproches y reflexión. El primer factor refiere al estilo desadaptativo asociado a diversos psicopatologías y el segundo factor es el adaptativo porque permite dar soluciones a problemas.

La muestra utilizada en el estudio fue de 500 estudiantes (250 hombres y 250 mujeres con una media de 19 años) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). El procedimiento de validación fue: (1) el instrumento validado por Hervás (2008) se sometió a validación de jueces. (2) Los estudiantes respondieron la *Escala de Respuestas Rumiativas*, *Inventario de Depresión de Beck* (BDI), *Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI), *Calidad de Vida de la OMS* (WHO'S QOL) y *Expresión Física del Enojo*. El análisis factorial confirmó la existencia para población juvenil mexicana de dos factores: reproche y reflexión. La confiabilidad obtenida para la subescala de reproches $\alpha=0,78$, mientras que para la subescala de reflexión se obtuvo $\alpha=0,77$ y para el total de la prueba es de $\alpha=0,93$.

Palabras clave: Validación, rumiación, reproches, reflexión.

ABSTRACT

The validation to Mexican Spanish of the Ruminative Responses Scale (RRS) was made. The scale was developed by Nolen-Hoeksema in 1991 then Hervás (2008) made the Spanish from Spain version. This study was made with the attainment to adjustment in youth population to Mexican Spanish. The Scale assesses the rumination which are defined as repetitive and intrusive thoughts about a situation that affect the behavior and metacognitive; authors as Martin & Tesser (1996) recognize it appears even without external stimulus.

Rumination has been associated by Nolen-Hoeksema & Watkins (2011) with depression, anxiety, drugs abuse and nervous anorexia. They said it is a predictor and exacerbated of the psychopathologies and it is more common in women than men (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999). Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema (2003) and Hervás (2008) confirmed that the scale has two factors: brooding and reflection. First factor refers to a maladaptive style associated to many psychopathologies, they confirmed the link with depression and the second factor is the adaptive because let give answered to problems.

The study sample were 500 ungraduated students (250 men and 250 women, mean= 19 years) from "Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo" (UAEH). The validation process was: (1) the scale validated by Hervás (2008) was under consideration by ten judges. (2) Ungraduated students responded *Ruminative Responses Scale* (RRS), *Beck's Depression Inventory* (BDI), *Beck's Anxiety Inventory* (BAI), *WHO'S Quality of Life* (WHO'S QOL) and *Expresión Física del Enojo* (Alcazar, Deffebacher & Byrne, 2010). The factorial analysis confirms the two factors: brooding and reflection. Reliability of brooding factor was $\alpha= 0,78$, while for reflection factor was $\alpha=0,77$ and for all the scale was $\alpha=0,93$.

Key words: validation, rumination, brooding, reflection.

INTRODUCCIÓN

Desde que Nolen-Hoeksema (1991) inició sus estudios acerca del estilo de pensamiento rumiativo, este se ha convertido en un amplio campo de investigación para la psicología y la medicina, que inició tratando de comprender la razón por la que las mujeres se deprimen más que los hombres y llegó a ampliarse hasta hablar de rumiación de ciertas emociones primarias (ira y tristeza) y rumiación de ofensas interpersonales. La mayoría de las investigaciones se han realizado en los Estados Unidos (Chang, Tsai & Sanna, 2010; Conway, Csank, Holm & Blake, 2000; Lievaart, Van der Heiden & Geraerts, 2013; Martin y Tesser, 1996; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011; Papageorgious & Wells, 2003). En el ámbito Latinoamericano se inician algunos estudios como en Cuba con Delgado, Herrera y Delgado (2007), en Europa se destacan pioneros como Extremera y Fernández-Berrocal (2006) que realizaron una versión reducida de la Escala de Respuestas Rumiativas y Hervás que validó la escala completa (2008).

Este trabajo consta de tres capítulos, en el capítulo I se explica la rumiación desde diferentes autores que han explicado dicho constructo psicológico. Se parte desde sus pioneros Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) que definen la rumiación a partir de la teoría de estilos de respuestas a la tristeza. Ella descubrió que existen dos factores dentro de la rumiación: reproches y reflexión, siendo el primero el aspecto desadaptativo y relacionado con las psicopatologías y el segundo el adaptativo porque permite hallar una solución.

Nolen-Hoeksema (1991) desde su teoría de los estilos de respuesta ha creado un modelo transdiagnóstico para entender como la rumiación, junto a otros factores, derivan en una psicopatología en una persona. Martin, Tesser y McIntosh (1996) afirman que la rumiación surge cuando existe una discrepancia entre lo deseado y lo obtenido. A su vez, Pargergious y Wells (2003) la explican desde lo metacognitivo debido a que las ideas positivas acerca de la rumiación activan al mecanismo cuando surge la depresión convirtiéndose en un círculo vicioso.

En el campo de la regulación emocional, Baker (2001) señala que la rumiación es un modelo desadaptativo ante los eventos estresantes de la vida, mientras Leahy (2002) menciona que cada individuo reacciona de manera distinta, ya sea de modo adaptativo o desadaptativo, ante un suceso siendo la rumiación una de ellas.

Se sigue con una explicación del vínculo que tiene la rumiación con diversas psicopatologías: depresión, ansiedad, adicción a las drogas y anorexia nerviosa desde el modelo transdiagnóstico de Nolen-Hoeksema & Watkins (2011). Es decir, la rumiación actuaría como un mediador entre los factores de riesgo que derivarían en un padecimiento específico.

Además se trata de explicar las diferencias en el pensamiento rumiativo que existen entre los hombres y las mujeres (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001) entre las personas mayores y los jóvenes (Sutterlin, Paap, Babic, Kubler & Vogeles, 2011) y entre individuos orientales y occidentales (Chang, Tsai & Sanna, 2010). Según dichos teóricos, las mujeres son más propensas a padecer depresión y rumiación debido a una serie de factores culturales como el poco poder que les confiere la sociedad. En cuanto a las diferencias de edad los resultados no son concluyentes por los pocos estudios comparativos. También los investigadores se han centrado en población estadounidense femenina, los estudios hechos en otros contextos culturales han hallado que hombres y mujeres chinos poseen niveles similares de rumiación a diferencia de sus pares occidentales.

En el capítulo II se presentan una diversidad de pruebas que miden la rumiación, como se dijo al principio, estas miden el pensamiento rumiativo en eventos específicos, que sirvieron como base para construir las escalas que evalúan la rumiación de: *Ruminative Sadness Scale* de Conway, Csank, Holm & Blake, 2000 (Tristeza); *Anger Rumination Scale* de Sukholsky, Golub & Cromwell, 2001 (Ira); *Rumination About an Interpersonal Offense Scale* de Wade, Vogel, Liao & Goldmanle, 2008 (ofensas interpersonales); *Self-Counsciousness Scale* de Trapnell & Campbell, 1999 (Autoobservación); *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* de Garneski & Kraaij, 2007 (Regulación emocional cognitiva). En español se creó una versión reducida por Extremera y Fernández-Berrocal (2006), además de la adaptación al español de Hervás (2008).

El capítulo III explica la metodología seguida para validar la Escala de Respuestas Rumiativas al español de México. Se realizó un estudio en dos fases: en la primera se le entregó la escala adaptada por Hervás a un grupo de jueces para que evaluarán si el ítem era claro, si medía lo que pretendía medir y si se sugería alguna modificación. Posteriormente, la prueba modificada fue aplicada, junto con el *Inventario de Depresión de Beck (BDA)*, el *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*, la *Escala de Expresión Física del Enojo*, y el *Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHO QOL)*, a un grupo de quinientos estudiantes universitarios. Los resultados arrojaron un $\alpha = 0,93$. El análisis factorial halló los dos factores descubiertos anteriormente: reproches y reflexión.

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación tiene como propósito validar la *Escala de Respuestas Rumiativas* (RRS, por sus siglas en inglés) al español de México a partir de la adaptación realizada al castellano de España por Hervás en 2008. El test original fue construido por Nolen-Hoeksema y Morrow en 1991. Deriva de una escala más amplia llamada *Cuestionario de Estilos de Respuestas (Responses Style Questionnaire)* que mide cuatro respuestas ante la tristeza, siendo una de ellas la rumiación; esta puede definirse como una serie de pensamientos constantes e intrusivos que suele aparecer aun en ausencia de un estímulo ambiental relacionado, puede ser de dos tipos: de reproches o reflexión (Treyner, González & Nolen-Hoeksema, 2003). El primero hace referencia al estilo de pensamiento que se centra repetidamente en un problema o situación provocando malestar en la persona e impidiéndole actuar para superar la situación, el segundo es el que permite que los individuos actúen para mejorar su vida. El factor reproche esta relacionado con varias patologías como la ansiedad, el trastorno bipolar, mala salud física en general, altos niveles de estrés, entre otras; pero la relación más estudiada ha sido la de rumiación-depresión. Nolen-Hoeksema & Jackson (2001) descubrieron este vínculo y hallaron que las personas, especialmente las mujeres, con altos niveles en el subcomponente reproches eran más propensas a padecer depresión y no solo eso, también era un predictor importante en la duración y la intensidad del trastorno.

La depresión clínica difiere de la tristeza por la duración y la intensidad de los síntomas, mientras la primera desaparece en pocos días, la segunda va progresando e intensificando los síntomas. Según Lara-Muñoz, Medina-Mora, Borges y Zambrano (2007), Los trastornos mentales afectan el desempeño de los individuos al impedirles su completo funcionamiento de acuerdo con su sexo y edad lo que deriva en un gran costo social (entendiendo costo social como el precio del tratamiento y el número de días laborales perdidos). En las cuatro áreas estudiadas: relaciones sociales cercanas, hogar, vida social y trabajo; las más afectadas fueron relaciones sociales cercanas y vida social, la depresión resultó ser la más incapacitante provocando cerca de

veinticinco días laborales perdidos al año (Lara-Muñoz, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 2007).

En México se estima que el 2% de la población mexicana padece depresión, quienes la padecen antes de los 18 años son más propensos a tener otros episodios depresivos de mayor intensidad siendo el promedio siete, en cambio, quienes padecen depresión en la edad adulta solo reportaron tres episodios, además, en niños y adolescentes el trastorno se acompaña en un 90 % de las veces de otro trastorno como fobia social, agorafobia, trastorno oposicionista desafiante y dependencia a las drogas (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, Zambrano-Ruiz, 2004). Las personas que sufrieron depresión antes de los dieciocho años tienen un 50 % más de probabilidad de cometer un acto suicida por lo que resulta fundamental detectarla a tiempo; de hecho, la cronicidad y comorbilidad se debieron a la falta de tratamiento y no a un inicio temprano, de acuerdo con Benjet, Borges et al. (2004).

En lo que respecta a la población general, se ha descubierto que desde 1970 hasta 2007 el suicidio ha crecido en un 275 %, entre las personas adultas de entre 18 y 29 años 9.7 % tuvieron ideación suicida, siendo 3.8 % quienes lo intentaron (existe una mayor prevalencia en hombres: 4.8 hombres por 1 mujer); el 75 % padecía algún trastorno mental: trastornos del estado de ánimo, por uso de sustancias y de control de impulsos (Borges, Orozco y Medina-Mora 2010).

Debido a lo anterior se considera pertinente realizar una adaptación al español de México de la *Escala de Respuestas Rumiativas* (ERR). Aunque ya se han realizado dos adaptaciones al español, siendo la primera la de Extremera y Fernández-Berrocal en 2006 pero fue en una versión reducida que impide distinguir los dos subcomponentes. La segunda fue la de Hervás en 2008 al castellano de España, que difiere al de México. Hervás nos sugiere continuar investigando acerca de las propiedades psicométricas de la prueba y de la rumiación ya que este ha sido un tema poco estudiado en el ámbito Iberoamericano, las primeras investigaciones datan de 1991 y no se ha profundizado en

ellas. En el presente estudio se pretende validar la *Escala de Respuestas Rumiativas* (ERR) al español de México en población universitaria de Hidalgo.

CAPÍTULO I. RUMIACIÓN

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA RUMIACIÓN

La rumiación ha sido definida de diferentes maneras por los investigadores interesados en el tema, los pioneros han sido Nolen-Hoeksema y su equipo de colaboradores. En 2003 Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema consideraron al estilo de pensamiento rumiativo o rumiación como la estrategia de regulación emocional que consiste en pensar de un modo repetitivo, pasivo y reflexivo en las propias emociones negativas, en sus causas y posibles consecuencias; durante los primeros estudios se consideró a dicho estilo de pensamiento como desadaptativo, es decir, se le ha asociado con diversas patologías, tanto como predictor como magnificador de ellas (Cova, Rincón y Melipillán, 2007; Fernández, 2013; Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 1993).

En el año 2004 Watkins (En Fernández, 2013) realiza un aporte al considerar a la rumiación dentro de su modelo de autofocalización, reafirmando que es un estilo de pensamiento dañino debido a que se da en personas con depresión y creencias negativas acerca de ellas, los pensamientos suelen ser acerca de su tristeza y se vuelve a pensar en ellos una y otra vez. Así mismo Robinson y Alloy en 2003 afirman que la rumiación surge como una reacción ante el estrés provocado por acontecimientos vitales, de este modo el individuo pensaría en el origen, las causas, consecuencias y el modo de poder cambiar dichos acontecimientos.

Martin & Tesser (1996) afirman que la rumiación es una experiencia común para muchos individuos y que los perjudica en distintos modos, la definen como un pensamiento único, desagradable e intrusivo que parece aun en ausencia de un

estímulo ambiental inmediato y relacionado, impide que el individuo se concentre en otros temas por lo que tiene diversas repercusiones en la vida cotidiana.

A su vez, Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema (2003) hallaron dos subcomponentes en la rumiación, al primero se le llamó “*reflection*” (reflexión) y al segundo, “*brooding*” (reproche/masculativo). El subcomponente reflexión es adaptativo, el individuo busca en su interior la manera de resolver sus conflictos; por el contrario, el subcomponente reproche es desadaptativo porque el individuo se centra de manera pasiva en sus problemas sin hallar una solución. Una es la cara positiva y otra es la cara negativa.

Amplia evidencia científica (Cova, Rincón, y Melipallán, 2007; Delgado, Herrera, Delgado, 2007; Hong, Abela, Cohen, Sheshko, Shi, Van Hamel & Starrs 2010; Lievaart, Van der Heiden, Geraerts, 2013; Nolen-Hoeksema, Jackson, 2001; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011; Robinson & Alloy, 2003; Tsai, Chang, Sanna & Herringshaw, 2011) han asociado la rumiación con diversas patologías: depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, abuso del alcohol, adicciones, trastorno de estrés postraumático e incluso accidentes cardiovasculares.

Las personas que tienden a rumiar poseen pocas habilidades para resolver problemas, presentan tendencias negativas en la memoria y el pensamiento, son excesivamente pesimistas, no tienen suficiente flexibilidad cognitiva y presentan un deficiente desempeño académico; además la rumiación crónica impacta negativamente en las habilidades cognitivas y también parece contribuir a los problemas interpersonales (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999). Aunque el papel de la rumiación como predictor de la depresión es el más estudiado, parece que influye en cualquier psicopatología en dos modos: exacerbando la intensidad del padecimiento y prolongándolo (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011).

El origen del estilo rumiativo ha sido poco estudiado, las investigaciones al respecto han señalado etiologías diversas: Papageorgious & Wells (2003) proponen que las

personas tienden a la rumiación porque consideran que les ayudará a encontrar la solución de sus dificultades y a conocerse a sí mismos. Por su parte Nolen-Hoeksema y Watkins (2011) proponen que el origen de la rumiación reside en factores biológicos y sociales: alteraciones genéticas, estilo de crianza sobreprotector, abuso físico o sexual crónico y eventos estresantes como desastres naturales. El estilo rumiativo se desarrolla cuando ocurre un aumento significativo de las emociones negativas y la persona no es capaz de manejarlas en un modo adecuado o hasta que se logró una nueva orientación de la atención hacia otra alternativa cognitiva (Hervás y Vásquez, 2006).

La rumiación constituye un valioso aporte para la psicología cognitiva y del tratamiento, desde su definición como constructo cognitivo, se percibe como un pensamiento repetitivo e intrusivo que persiste en el tiempo alterando la actividad psicológica (e incluso sin la presencia de estímulos externos), por esta razón diversos teóricos la asocian como predictor de algunas patologías que pueden expresarse de forma relacionada y concomitante (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Se afirma, además de que su presencia aumenta y se mantiene por un tiempo en la actividad cognitiva mayor al ordinario, es la causante de ansiedad y otras psicopatologías (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Se han hallado dos factores: reproches y reflexión, el primero constituye un estilo de respuesta desadaptativo que no permite realizar nada para resolver los problemas que se presentan mientras que el factor reflexión permite que el individuo no únicamente piense sino que actúe para resolver la situación (Treyner, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003). Para explicar la rumiación y su desarrollo histórico es necesario revisar los modelos y diversos enfoques que tratan de comprender los mecanismos relacionados con dicho proceso que en el siguiente apartado se muestran en orden cronológico.

1.2 ENFOQUES TEÓRICOS EXPLICATIVOS DE LA RUMIACIÓN

El origen del estilo de respuesta rumiativo necesita continuar profundizándose, las explicaciones que se han dado no han logrado un consenso ni han sido aceptadas por muchos teóricos de la comunidad científica (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) señalan que surge como una imitación del padre, madre o alguna figura importante en la vida del niño o niña. A su vez Papagerrgious & Wells (2003) sugieren que las personas recurren al estilo rumiativo porque perciben en ello una utilidad al poder comprender mejor su problemática y poder resolverla. Sin embargo, no puede considerarse que el estilo de respuesta rumiativo se deba a un único factor que la genera.

Los modelos de regulación emocional han servido para explicar dichos procesos, dentro de los más utilizados se encuentran los de Mayer & Salovey en 1997 y Gross & Thompson en 1999, reconocen dos formas de regular emociones: estos no incluyen la rumiación de manera específica pero si la consideran dentro del estilo supresivo. Estudios han vinculado la regulación emocional con los procesos rumiativos, Fernández Berrocal y Extremera (2003), Hervás y Vázquez (2006). En el año 2001 surge la propuesta teórica más específica sobre la rumiación creada por Baker (En Fernández, 2013).

Así mismo, los marcos teóricos para explicar y comprender a la rumiación son varios. Cada grupo de investigación la ha descrito desde de su perspectiva, teniendo coincidencias y divergencias. Repasaremos las más relevantes.

- **TEORÍA DE LOS ESTILOS DE RESPUESTA A LA TRISTEZA DE NOLEN-HOEKSEMA (1991)**

Nolen-Hoeksema propuso que el origen de la rumiación podría estar en dos factores: el estilo de crianza y en los eventos estresantes de la vida; por una parte descubrió que las personas que tuvieron padres muy controladores eran más rumiativos que el resto de las personas, tal vez debido a que esos padres minan la autoconfianza de sus hijos y

no les permiten afrontar los retos de la vida, lo que los convertiría en personas pasivas (Nolen-Hoeksema & Watkins 2011).

Los sucesos estresantes se convierten en un detonador y acrecentador de la rumiación, más si se convierte en crónico debido a que la persona está constantemente alerta para prever las señales de riesgo de maltrato físico, por ejemplo (Nolen-Hoeksema & Watkins 2011). Además de que el evento estresante, como un terremoto, exacerba a quienes ya tenían un estilo de respuesta rumiativo y se convierte en un predictor de trastornos como el de estrés postraumático o la depresión (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

Desde la perspectiva biológica se ha descubierto que el gen BDNF (Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro, por sus siglas en inglés) interviene en la plasticidad cerebral, el desarrollo de las neuronas y las sinapsis por lo que una alteración provocaría deficiencias en las funciones cognitivas (Weitker, Hyde, Lipska, Hermann, Weinberger & Kleinman, 2003; Beevers, Wells & McGeary, 2009). Estudios han sugerido un vínculo con la rumiación, al parecer el polimorfismo val66met (valina 66 metionina) es el responsable. En el caso de que en el codón 66 de dicho gen se agregue metionina en vez de valina provoca una propensión al pensamiento rumiativo, es decir, si un individuo presenta un alelo (formas diferentes que puede adquirir un gen) met tendrá mayores niveles de rumiación que quienes no lo posean (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011).

La rumiación afecta al bienestar emocional en cuatro niveles: los pensamientos negativos se hacen presentes, la rumiación imposibilita que el individuo resuelva su situación por lo que no supera su estado y aleja los apoyos sociales que podrían auxiliarlo lo que exacerba la rumiación llegando a convertirse en un círculo vicioso. (Lievaart, Van der Heiden & Geraerts, 2013).

- **TEORÍA DEL DESARROLLO DE METAS (MARTIN, TESSER & MCINTOSH, 1993)**

Martin & Tesser (1996) proporcionan un modelo para comprender el mecanismo de la rumiación como proceso metacognitivo para plantear, obtener o reestructurar metas. Los autores señalan que la rumiación es una serie de ideas conscientes, recurrentes, orientadas a conseguir una meta, aparecen en ausencia de un estímulo ambiental, son ilógicas debido a que se centran en sucesos pasados que no pueden modificarse y son persistentes a lo largo del tiempo.

Ellos sugieren que existen diferentes tipos de rumiación que difieren unos de otros por el contenido, en otras palabras, cada una difiere si las ideas recurrentes son acerca del pasado, el presente o el futuro y acerca de cosas positivas o negativas; entonces la rumiación tendría dos funciones: adaptativa y desadaptativa, en el primer caso permitiría que el individuo ajustará las circunstancias para conseguir su objetivo, en la parte desadaptativa la persona solo se dedicaría a rumiar sus pensamientos sin actuar para lograr su meta, lo que le provocaría un estado depresivo (Martin & Tesser, 1996).

La rumiación permitiría evaluar una meta no cumplida, reevaluarla y saber si realmente vale la pena seguir tras ella o es necesario cambiarla; lo anterior esta en concordancia con la teoría de la discrepancia en el autoconcepto, señala que cuando un objetivo no se consigue se provoca una reacción negativa en el individuo ya que existe una incongruencia entre el yo-real y el yo-ideal (Martin & Tesser, 1996).

En otras palabras, la rumiación ocurre cuando existe una discrepancia en el logro de un propósito, sea este explícito o implícito. Si la meta está en concordancia con el individuo no ocurrirá la rumiación pero si la tarea es demasiado o poco demandante, de acuerdo a sus habilidades y motivaciones, comenzará a tener ideas ajenas al trabajo realizado, si esto se vuelve crónico aparecerá la rumiación (Martin & Tesser, 1996). De manera más específica Martin & Tesser (1996) mencionan que la tarea suscitará una respuesta rumiativa si es importante para quien la está realizando o si una serie de pequeñas y aparentemente banales metas no se cumplen; la rumiación se detendrá en el momento

que el individuo consiga lo que desee, logre adaptarse al ritmo de trabajo, se concentre en una meta de mayor relevancia o comience a pensar sobre otros asuntos.

- **MODELO METACOGNITIVO DE LA RUMIACIÓN Y LA DEPRESIÓN DE PAPAGEORGIOUS Y WELLS (2003)**

Papageorgious y Wells han desarrollado un modelo que trata de explicar el proceso metacognitivo a través de la Teoría de la Función Ejecutiva Autorregulatoria de los desórdenes emocionales (S-REF, por sus siglas en inglés) desarrollada por Wells & Matthews en 2001, incluyen la rumiación dentro un constructo más amplio denominado "síndrome cognitivo-atencional", con dicho término hacen referencia al conjunto de ideas negativas y repetitivas, conductas desadaptativas, monitoreo de las amenazas y un alto nivel de autofocalización que contribuyen al desequilibrio emocional, estos son dos: la rumiación y la preocupación; son dañinos debido a que impactan de manera negativa en las estrategias cognitivas para desarrollar y aplicar resolver la problemática (Papageorgious & Wells,2003).

En sus estudios Papageorgious & Wells (2003) descubrieron que los pacientes con depresión tenían ideas negativas y positivas acerca de la depresión, así como de sus consecuencias sociales, creían que la rumiación les auxiliaría para comprender su estado pero también que era incontrolable por lo que las otras personas las podrían rechazar o alejarse de ellos.

A partir de lo anterior, se puede decir que el vínculo entre la rumiación y la depresión se explica de este modo: cuando un individuo posee ideas o creencia positivas acerca del estilo de pensamiento rumiativo, lo utilizará en los momentos en los que sus niveles de estrés sean elevados para intentar mejorar la situación, en el caso de las personas con depresión la utilizarían como una estrategia para comprender su trastorno, una vez que la rumiación esta en marcha también surgen las creencias negativas (son de dos tipos, sobre las consecuencias sociales y sobre el proceso mismo) que también afectan al estado depresivo; a la larga disminuye la eficiencia metacognitiva del individuo lo que puede provocar que las creencias positivas acerca de la rumiación permanezcan ya que

se ve como una manera de afrontar la depresión; este proceso se convierte en un ciclo que impide superar el trastorno (Papageorgious & Wells,2003).

Retomando lo dicho por situación Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema (2003), Papageorgious & Wells (2003) reconoce la existencia de dos procesamientos metacognitivos de la rumiación: uno adaptativo y el otro desadaptativo; en el primer caso la rumiación es utilizada como un modo de comprender la situación presente y afrontar las incongruencias entre este y el estado deseado, es decir, es una forma activa de afrontamiento, en el segundo caso no se realiza nada para reducir las discrepancias porque los pensamientos y creencias negativas se hacen presentes e impide solucionar el problema.

Siguiendo la línea anteriormente expuesta, Wells en 1994 (En Fernández, 2013) consideró que la rumiación se presenta ante la discrepancia entre una situación real y una situación deseada, por lo tanto es una estrategia de afrontamiento que posibilita conseguir las metas propuestas, se activaría si la persona considera que rumiar le puede ser de utilidad ya que permite concentrarse en la problemática y elegir una solución adecuada; se torna cuando perjudicial cuando las creencias negativas impiden que la persona afronte la situación de un modo eficiente.

Se revisaron los modelos que tratan de explicar y comprender la rumiación, Nolen-Hoeksema &Watkins (2011) señala que la rumiación surge tanto por factores sociales como por factores biológicos: padres controladores, estresores y ciertas mutaciones genéticas permitirían explicarla, por su parte Martin, Tesser & McIntosh (1996) dicen que la rumiación surge como una estrategia para conseguir metas, se pensará constantemente en el objetivo deseado hasta que se concreten. Papageorgiou & Wells (2003), a su vez, únicamente nos explican el mecanismo que activa la rumiación: tener ideas positivas acerca del acto de rumiar nos llevará a realizarlo ante una situación conflictiva lo que conlleva a un círculo vicioso. Cada perspectiva aportan detalles que nos permiten vislumbrar una etiología diversa para al rumiación.

1.3 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA RUMIACIÓN ASOCIADOS A LA REGULACIÓN EMOCIONAL.

La regulación emocional nos propone que las emociones pueden ser controladas en circunstancias diversas por lo que pueden ser orientadas para el logro de una meta contribuyendo al bienestar general. Es decir, en una circunstancia dada un individuo puede expresar cierta emoción de acuerdo a su aprendizaje y a la circunstancia para conseguir un cambio o un objetivo; por ejemplo alguien recurrirá al llanto mientras otra persona recurrirá a la ira para detener un episodio de violencia (Thompson & Waters, 2010).

Entonces la regulación emocional, según Thompson en 1994 “consiste en los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las respuestas emocionales, especialmente sus características de intensidad y temporalidad, para alcanzar las propias metas” (Thompson & Waters, 2010). La regulación emocional se aplica a todas las emociones, ya sea para minimizarlas, acrecentarlas, fomentarlas, controlar su duración e inicio de acuerdo a lo que necesite la persona y el momento. Las estrategias de regulación emocional pueden depender de otras personas o de uno mismo; por ejemplo, los niños requieren de la ayuda de sus cuidadores para manejar sus emociones mientras que un adulto, a veces, podrá hacerlo solo debido a que puede monitorearlas y evaluarlas, aunque en determinados momentos podrá necesitar compartirlas o expresarlas con otras personas. (Thompson & Waters, 2010).

- **MODELO DE PROCESAMIENTO EMOCIONAL DE BAKER (2001)**

De acuerdo con el modelo de Baker cuando un individuo se enfrenta a un evento estresante posee una serie de estrategias para encararlo e impedir que afectara su vida como hablar acerca de las emociones, siendo algunas de ellas adecuadas y otras inadecuadas

Este modelo presenta similitudes con el propuesto por Martin & Tesser en 1996 (En Fernández, 2013), la rumiación surgiría por la discrepancia en el logro de las metas; Baker (2001) propone que ante una situación estresante todas las personas eligen estrategias de afrontamiento que interfieran poco con su vida cotidiana: hablar con otra persona, consumir alcohol o drogas, externar las emociones, etcétera; las personas que utilizan la evitación o la represión tendrían repercusiones en el bienestar psicológico por no realizar un afrontamiento emocional adecuado.

El modelo, además propone, que las vías para la regulación emocional son la rumiación, la reflexión mental y la resolución del problema que se dan a la par que el procesamiento emocional; desde esta perspectiva la rumiación es vista como una manera desadaptativa derivada de una inadecuada reflexión mental lo que provocaría efectos adversos por el estrés provocado.

- **MODELO SOCIAL-COGNITIVO DE ESQUEMAS EMOCIONALES DE LEAHY (2002)**

De acuerdo al modelo social-cognitivo de Leahy (2002), las personas reaccionan de un modo distinto ante una determinada emoción de acuerdo a sus creencias y experiencias por lo que se presentan dos maneras de vivirla: de manera normal o de manera patológica. Leahy (2002) explica que al experimentar una emoción determinada las personas decidirán como vivirla; un individuo podrá experimentar tristeza pero al percibirla como una emoción común a los demás seres humanos la aceptará y tratará de comprender su origen, lo expresará hablando con otras personas, se dedicará a actividades que lo hagan sentir mejor, sabrá que por muy doloroso que sea no durará para siempre y aprenderá algo sobre esa situación. En cambio otro individuo podrá reaccionar muy distinto en la misma situación: tal vez no logró percibir claramente la emoción o emociones por las que se siente mal, sentirá que nadie más puede comprenderlo así que no lo comparte con nadie y para paliar la situación se dedicará a actividades dañinas como beber en exceso o aislarse.

A partir de lo anteriormente expuesto, Leahy (2002) creó su modelo para explicar el proceso, basado en catorce esquemas emocionales, él los define como la manera en la que un individuo reacciona ante cierta emoción, profundiza en dichas estructuras para relacionar a las emociones con las cogniciones. Por lo tanto las personas poseerán diferentes esquemas emocionales para actuar y enfrentarlas, dentro de los esquemas se encuentran: validación por pares, comprensión, culpar, perspectiva simplista, valores elevados, falta de control, duración, consenso, aceptación de los sentimientos, expresión, sentir culpa, obnubilación; siendo uno de ellos la rumiación.

Dentro de los modelos de regulación emocional retomamos dos que incluyen a la rumiación: de Baker (2001) y de Leahy (2002). El primero propone que dentro de las formas para reaccionar ante un evento estresante se halla la rumiación, él la considera desadaptativa, debido a que no se afronta adecuadamente el evento. Por su parte Leahy (2002) plantea que las personas poseemos “esquemas” para afrontar las emociones, siendo una de ellas la rumiación. También la considera desadaptativa porque solo se piensa en el problema sin lograr darle una solución además de relacionarlo como predictor de la ansiedad y la depresión. En el siguiente apartado se ampliará la explicación de la mencionada relación con los trastornos psicopatológicos.

1.4 RUMIACIÓN Y PROCESOS PSICOPATOLÓGICOS

Desde que iniciaron las investigaciones científicas acerca de la rumiación, se le ha relacionado con diferentes trastornos, Fernández (2013) comenta que el primero fue la depresión, luego Nolen-Hoeksema amplió sus estudios para comprender como la rumiación constituye un factor de riesgo para otros trastornos: la ansiedad, las adicciones y los trastornos alimentarios (En Lyumbromirsky, Layous, Chancellor & Nelson, 2014).

En sus primeros estudios Nolen-Hoeksema (En Lyumbromirsky, Layous, Chancellor & Nelson, 2014) se centró en investigar las causas y factores de riesgo que provocaban la depresión en niños y adolescentes, determinó que uno de dichos factores es la

rumiación, especialmente en el caso de las mujeres. A partir de ese descubrimiento investigó la causa por la que las mujeres tendían a ser más rumiativas, así como la manera en la que afecta la salud física y emocional de los individuos; elaboró un cuestionario para medir el estilo de pensamiento rumiativo (el más utilizado en la actualidad) y realizó un análisis psicométrico donde encontró dos subfactores: reproche y reflexión, es decir, que la rumiación no es enteramente perjudicial, sino que posee dos caras y sólo la de reproches es perjudicial mientras que la reflexión es un estilo adaptativo (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999; Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003; Lyumbromirsky, Layous, Chancellor & Nelson, 2014).

Posteriormente Nolen-Hoeksema & Watkins (2011) propusieron un modelo transdiagnóstico para explicar el desarrollo de una psicopatología en el que intervienen tres factores: factores de riesgo distantes, factores de riesgo próximos y moderadores. Según dichos autores, los factores de riesgo distantes contribuyen únicamente como mediadores con los factores de riesgo próximos, estos últimos influyen directamente en los síntomas y los moderadores interaccionan con los anteriores y determinan que trastorno específico padecerá la persona. (Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011). Ellos dicen que su modelo es solo una tentativa para explicar la etiología de un trastorno e invitan a que se realicen más investigaciones en las que probablemente hallarán otros niveles.

De acuerdo con la propuesta de Nolen- Hoeksema & Watkins (2011) los factores de riesgo distantes son aquellos que están fuera del control del individuo, los predisponen a padecer ciertas patologías y sirven como mediadores con los factores de riesgo próximos, entre ellos se encuentran la herencia biológica o el estilo de crianza. Los factores de riesgo próximo son las variables individuales que son mediadores entre los factores de riesgo distantes y los moderadores; son más controlables, surgen después de los factores de riesgo distantes y antes de los trastornos como los estilos de respuesta o características de la personalidad (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Los moderadores son factores ambientales o biológicos que interactúan con los otros dos

factores para producir un trastorno o síntoma específico, un ejemplo es el aprendizaje vicario.

A partir del modelo, Nolen-Hoeksema & Watkins (2011) explican el papel de la rumiación como un factor de riesgo próximo para desarrollar depresión, ansiedad, adicción y bulimia nerviosa. En primer lugar los factores de riesgo distantes que parecen contribuir a la rumiación son el abuso físico y sexual (especialmente si es crónico) debido a que el individuo desarrolla mecanismos para prever las señales de alarma ante el posible riesgo y los hace sentir incapaces de afrontar el estrés al que se ven sometidos, por lo que su estilo de respuesta ante el estrés se torna desadaptativo, deriva la rumiación.

Los padres que son controladores contribuyen a la rumiación, minando la autoeficacia del niño o niña porque los hacen sentir desvalidos e incompetentes y les impiden ser perseverantes y utilizar estrategias adecuadas para conseguir sus objetivos, convirtiéndolos en adultos pasivos y rumiadores (Nolen-Hoeksema & Watkins 2011).

Por el lado biológico se ha descubierto que el gen BDNF está involucrado en la propensión al pensamiento rumiativo y en la depresión, retomando lo expuesto anteriormente las afectaciones que ocasiona el polimorfismo Val66Met están: reducción de la actividad sináptica y plasticidad del hipocampo, menor volumen del hipocampo, menor materia gris en la corteza prefrontal y menor función ejecutiva que quienes no lo tienen; lo anterior podría explicar el papel que juega en el desarrollo de la depresión y la rumiación; de hecho se ha descubierto que los portadores de la alteración genética (sean personas sin trastornos mentales o que padecen depresión) son más proclives a tener un estilo de pensamiento rumiativo (Weitker, Hyde, Lipska, Hermann, Weinberger & Kleinman, 2003; Beevers, Wells & McGeary, 2009; Nolen-Hoeksema & Watkins 2011).

Al parecer, la rumiación no afecta al desarrollo del episodio depresivo sino que se constituye como un factor de riesgo: quienes tienen este estilo de pensamiento tienden a padecer depresión por más tiempo y de un modo más intenso, sin importar el sexo, pero debido a las expectativas culturales las mujeres son más propensas que los hombres a recurrir a este estilo de pensamiento (Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994).

Lievaart, Van der Heiden & Geraerts (2013) han encontrado el modo en el que la rumiación actúa para mantener y aumentar la depresión: se piensa repetidas veces en ideas negativas, reduce la capacidad para solucionar problemas y disminuye el apoyo social; es decir, los individuos que tienen un estado de ánimo negativo tienden a incrementar el número de recuerdos y de pensamientos negativos a cerca de sí mismos lo que se vuelve en un círculo vicioso: la rumiación hace que las personas con depresión tengan pensamientos negativos y estos aumentan la depresión.

Lyubomirsky, Caldwell & Nolen-Hoeksema (1998) plantean que las personas con un estilo rumiativo de pensamiento recordaban más episodios adversos acerca su vida y creían que les sucedían más cosas malas comparados con los demás, la depresión y la rumiación se influyen mutuamente en la generación de dichos pensamientos porque hacen más sencillo prestar atención a recuerdos negativos y a darles tal interpretación a eventos neutrales, realizando generalizaciones que a veces no son verdaderas.

La rumiación, aunque sea un proceso en el que las personas piensan constantemente en el problema para encontrar una solución, impide realizarlo porque son incapaces de encontrar una manera adecuada de resolver los asuntos y en el caso de que hallarla carecen de la motivación suficiente para aplicarla y mejorar su situación (Lievaart, Van der Heiden & Geraerts, 2013).

Por último, reduce de manera importante el apoyo social; las personas rumiadoras buscan el apoyo de otros, pero debido a que solo hablan de lo mal que se sienten y a que tienden a presentar características desagradables, como ser dependientes, se convierten en una compañía indeseable (Lievaart, Van der Heiden & Geraerts, 2013).

Al igual que en el caso depresión, el estilo de pensamiento rumiativo aumenta a la ansiedad porque impide que la persona hallé una solución y en caso de tenerla no logra llevarla a cabo, en estos casos la rumiación aumenta debido a los estresores externos y a factores biológicos (Lievaart, Van der Heiden & Geraerts, 2013). De acuerdo con Nolen-Hoeksema y Watkins (2011) dependiendo del estado de ánimo de la persona es como la rumiación actuará, en caso que la persona, por ejemplo, enfrente la muerte de un ser querido con enojo por los conflictos familiares o porque considera que en el caso

de una enfermedad no se hizo lo suficiente para salvar al enfermo se desarrollará la ansiedad per si la persona reacciona con tristeza desarrollará depresión. El estilo de pensamiento rumiativo acrecienta y mantiene por un periodo de tiempo más largo el estado ansioso; aunque en este caso el individuo se enfoca en el futuro y no en el pasado, también impide que la persona actué para resolver su conflicto (Nolen-Hoeksema & Watkins 2011).

En el caso del abuso del alcohol y de la adicción a las drogas intervienen varios factores ambientales y biológicos que propician que un individuo los desarrolle y otros no, las personas que son muy conscientes de sus fallas y defectos tienden a utilizar mecanismos para detener o atenuar el flujo de constantes ideas negativas, siendo uno de ellos la utilización de drogas (Lievaart, Van der Heiden & Geraerts, 2013). Cada persona difiere en la manera de reaccionar ante el consumo del alcohol y las drogas, aquellas que consumieron dichas sustancias a edades tempranas tienden a tener un sistema de recompensas más sensibles a ellas; esto se suma a los ambientes en los que el uso del alcohol esta permitido y es utilizado como una manera socialmente aceptada de hacer frente al estrés debido a que se resaltan sus efectos positivos y se minimizan o ignoran los efectos negativos (Nolen-Hoeksema y Watkins 2011).

Lo anterior esta estrechamente relacionado con el desarrollo de los trastornos alimentarios, al parecer entre las personas con problemas de alcohol y con trastornos alimenticios, el alcohol y el azúcar impactan de una manera similar en el sistema de recompensas por lo que pueden servir como sustitutos uno del otro (Gearhardt & Corbin, 2012). Lo que determina que una persona desarrolle un trastorno alimentario y no una adicción o abuso del alcohol parece ser por las altas expectativas sociales acerca del peso y la talla de las mujeres así como los entornos que rechazan o prohíben el uso del alcohol (Nolen-Hoeksema & Watkins 2011).

A su vez, en un estudio exploratorio Delgado, Herrera y Delgado (2007) sugieren una relación entre el pensamiento rumiativo y los accidentes cardiovasculares; sugieren que antes de un accidente cerebrovascular las personas presentaron ideas rumiativas, especialmente referentes a su contexto familiar y a su empleo; hallaron que la rumiación se presenta más en mujeres, personas ancianas y con baja escolaridad, atribuyéndolo a

que poseen menores distractores y al condicionamiento cultural que padecen las mujeres; su muestra fue pequeña (cuarenta y cinco participantes) por lo que no pueden generalizarse los resultados de su estudio.

Otro aspecto que le ha interesado a Nolen-Hoeksema (En Lyumbromirsky, Layous, Chancellor & Nelson, 2014) desde que inició sus estudios acerca de la depresión y luego sobre la rumiación ha sido las diferencias de género ¿Por qué las mujeres rumian y se deprimen más que los hombres? Otros investigadores se han interesado también en comprender si la edad o las diferencias étnicas afectan al estilo de pensamiento rumiativo.

1.5 DIFERENCIAS INDIVIDUALES: PERSONALIDAD, EDAD Y DIFERENCIA DE GÉNERO

La depresión se presenta en mayor medida en las mujeres que en los hombres (sin importar la raza, la edad o la nacionalidad), constituyendo uno de los fenómenos epidemiológicos más grandes, se han sugerido causas biológicas pero estas no logran explicar cabalmente la diferencia; probablemente derivado de la construcción del género (es decir, las atribuciones, expectativas y conducta que se espera de las personas en función de su sexo biológico) han surgido diferencias entre los hombres y las mujeres que impactan en su salud física y psicológica (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999).

En sus primeros estudios Nolen-Hoeksema & Girgus (1994) se enfocaron en las causas de la depresión en niños y adolescentes, hallando que hasta antes de la pubertad las diferencias entre niños y niñas no eran significativas pero que a partir de los quince años de edad las mujeres son dos veces más propensas a sufrir depresión que sus pares masculinos. De las teorías que analizaron la que parece tener más apoyo es la que sugiere que las niñas tienen mayores factores de riesgo que los niños, pero estos se desencadenan y provocan la depresión en la adolescencia debido a la mayor presión social a la que se ven sometidas las adolescentes (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994, Lyumbromirsky, Layous, Chancellor & Nelson, 2014). Es decir, los factores de riesgo

(como la rumiación) están latentes en las niñas pero hasta que llegan a la adolescencia se manifiestan y contribuyen a la depresión. Las chicas se ven expuestas a mayores desafíos y riesgos que los chicos: ellas son más vulnerables al abuso sexual que ellos, los cambios físicos de la pubertad afectan su autoestima porque tienden a acumular grasa en una sociedad que valora la delgadez, las personas adultas las presionan para amoldarse a los estereotipos de género y si esto se le suma la tendencia para pensar repetitivamente en el mismo tema, presentarán una mayor probabilidad de padecer depresión (Lyumbromirsky, Layous, Chancellor & Nelson, 2014).

Siguiendo esa idea, en 1999 Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson realizaron un estudio en mujeres adultas tratando de hallar una explicación, encontraron tres factores que parecen influir: la tensión crónica, la rumiación y el poco poder y control que la sociedad les confiere a las mujeres. Es decir, socialmente las mujeres son las encargadas de cuidado de los niños, de las personas mayores y de los enfermos, tiene empleos con menor remuneración económica que los hombres y reciben poco o nulo reconocimiento por parte de su pareja por las labores que realizan, entonces las mujeres tienden a pensar mucho acerca de la manera para resolver su situación pero derivado de su bajo estatus social no encuentran una salida adecuada, por ejemplo, piensan si cambiar de empleo mejorara su situación si en todos tienen un sueldo insuficiente para sufragar sus gastos, son muy pesados, les impide cumplir con sus actividades dentro del hogar y con el cuidado de los niños; a la larga esto derivaría en un episodio depresivo (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999). Estos factores se convierten en un círculo: las mujeres con mayor tensión crónica tendían a ser rumiativas y creer que tenían menor control que los hombres, lo que las vuelve más vulnerables a padecer depresión; a su vez la rumiación amplifica los síntomas depresivos relacionados con los factores antes mencionados: la tensión crónica provoca rumiación y viceversa, y tener poco control contribuye a ser rumiativo, lo que provoca que los síntomas depresivos sea más intensos (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999).

Ampliando lo anterior podemos decir que la tensión crónica a la que se van sometidas las mujeres en el trabajo y el hogar no son percibidas por ellas, lo aceptan como el ritmo

normal de la vida así que este factor parece ser el que menos relación tiene con las otras variables (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999).

El papel que la rumiación juega en el estado depresivo es directo: aumenta y mantiene por más tiempo los síntomas porque esta les induce a tener mayores recuerdos negativos, ser más pesimistas sobre el presente y ver el futuro como amenazante, propicia un bajo apoyo social (debido a que hablan sobre el tema que les preocupa una y otra vez) y empeora la tensión crónica porque impide que las personas vean el modo de resolver su situación (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999)

Sin embargo, ¿Por qué las mujeres son más rumiativas que los hombres? Las investigaciones al respecto sugieren que se debe, en cierta medida, a que las mujeres eligen ser rumiativas por las circunstancias sociales y culturales a las que se enfrentan. Como ejemplo tenemos el estudio de Sethi & Nolen-Hoeksema realizado en 1997 con adolescentes reveló que los chicos y las chicas piensan de un modo distinto: ellas piensan más en sí mismas y en las personas cercanas y ellos piensan en cosas externas como deportes; los hombres expresan ideas externas incluso hablando de sí mismos, en cambio las mujeres dedican mucho tiempo a sus pensamientos internos.

La respuesta a la pregunta anterior sea enriquecida con los resultados de otros estudios. En 1999 Nolen-Hoeksema y Jackson, hallaron que las mujeres son más propensas a la rumiación que los hombres debido a tres factores: las mujeres consideran que son incapaces de manejar emociones como la ira o la tristeza, se sienten responsables de mantener a toda costa una relación positiva con los demás y que perciben que los eventos trágicos o estresantes de la vida son incontrolables. Entonces, como las mujeres recurren a la rumiación más que los hombres son más propensas a experimentar depresión antes que ellos (Lyumbromirsky, Layous, Chancellor & Nelson, 2014).

La mayor parte de los estudios realizados acerca de la rumiación se han realizado en grupos de personas jóvenes y no se han comparado grupos de edad, como los hechos por Nolen-Hoeksema en adolescentes o en mujeres de mediana edad (Nolen-Hoeksema y Girgus 1994; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999) dejando de lado

a los adultos mayores, debido a ello Sutterlin, Paap, Babic, Kubler, & Vogele (2011) realizaron un estudio en una población con edades de entre quince y ochenta y siete años para comparar sus niveles de rumiación, que hasta su publicación constituye el único que investiga la relación entre la rumiación y los diferentes grupos de edad.

Sutterlin et al. (2012) mencionan que a mayor edad es menor el pensamiento rumiativo, el grupo de edad mayor de sesenta y cinco años reportó menores niveles de estilo de pensamiento rumiativo en ambos factores: reflexión y reproche que el resto de los participantes.

Apoyando lo anterior Nolen-Hoeksema & Aldao (2012) reportan que conforme las personas van haciéndose mayores sus niveles de rumiación disminuyen tanto en hombres como en mujeres, siendo los adultos jóvenes y los adultos de mediana edad quienes más la utilizan; esto se debe a que con el paso del tiempo los ancianos van disminuyendo el número de personas con las que tiene trato porque se vuelven más selectivas, además de que se vuelven más eficaces en la resolución de problemas y aprenden como detener los pensamientos rumiativos.

Sin embargo, en un estudio exploratorio de cuarenta y cinco personas con accidente cerebro-vascular (con edades de entre 45-75 años) se halló que las personas de la tercera edad tendían a ser más rumiativas que las más jóvenes debido a que eran incapaces de detener las ideas rumiativas, los autores del estudio lo explicaban debido a que con el transcurso de los años se degeneran las funciones cognitivas y las personas reducían sus actividades, lo que impedía que se distrajera y detuvieran sus ideas rumiativas (Delgado, Herrera y Delgado 2007).

Los datos contradictorios ameritan que se continúe analizando los cambios que la rumiación sufre a lo largo del ciclo vital, en iguales circunstancias se hallan los estudios sobre el pensamiento rumiativo en personas de distintos orígenes étnicos. Como se ha señalado líneas arriba, la inmensa mayoría de los estudios acerca de la rumiación se han realizado con mujeres estadounidenses y comparándolas con varones estadounidenses, siendo necesario un análisis sociocultural para determinar si existen diferencias en la forma de rumiar entre las distintas nacionalidades.

Los que se han hecho son en población de Asia y Oceanía con resultados complementarios. Un estudio realizado en China con 494 estudiantes de Beijing con una edad media de 15.25 años, los investigadores descubrieron que quienes tenían altos niveles de rumiación eran más propensos a haber padecido depresión por más tiempo e intensidad lo que concuerda con la teoría de Nolen Hoeksema pero descubrieron que no existen diferencias significativas en los niveles de rumiación entre hombres y mujeres (Hong, Abela, Cohen, Seshko, Shi, Van Hamel & Starrs, 2010).

Mientras que en estudios pioneros (Chang, Tsai y Sanna, 2010; Tsai, Chang, Sanna & Herringshaw, 2011) que compararon a estadounidenses de origen asiático y europeo para investigar, entre otras cosas, si existen diferencias en la rumiación, ellos reportaron que las personas de origen asiático rumiaban más que las europeas sin importar si se reportaban felices o infelices pero no realizaron una distinción entre hombres y mujeres, los agruparon solo por su origen étnico. Confirmando lo anterior Jose, Kerstin & Hou (2014) al comparar a adolescentes de Nueva Zelanda y de China constataron que los chinos, tanto hombres como mujeres, presentaban mayores niveles de rumiación que los adolescentes neozelandeses y de estos las mujeres tendían a ser más rumiativas que los hombres, es decir, no se presentaron diferencias significativas en los niveles de rumiación entre hombres y mujeres de China.

Dichos resultados pueden explicarse de dos maneras por una parte la rumiación posee un componente positivo lo que rumiar no necesariamente significa un comportamiento desadaptativo; por otra parte debe analizarse las diferencias entre las culturas orientales y occidentales: los orientales están orientados al bien colectivo y/o familiar y los occidentales tienden a ser más individualistas; la manera en la que esto influye puede constituir un nuevo estudio, tal vez tener una mayor presión para mantener el honor familiar los obliga a examinar constantemente sus acciones para saber si han tenido algún error o falla, algo alentado incluso por sus propias autoridades intelectuales, de este modo podría explicarse que hombres y mujeres rumien en los mismos niveles (Chang, Tsai & Sanna, 2010; Tsai, Chang, Sanna & Herringshaw, 2011; Jose, Kerstin & Hou 2014).

En sus investigaciones Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, (1999) hallaron que las mujeres se deprimían más que los hombres, la causa de esto parece que se debe a tres factores: la tensión crónica, la rumiación y el poco poder y control que la sociedad les confiere a las mujeres, es decir, los factores culturales eran los responsables, no los biológicos. Entonces se preguntó ¿Por qué las mujeres son más rumiativas? Otra vez son tres factores que parecen ser los responsables: las mujeres consideran que son incapaces de manejar emociones como la ira o la tristeza, se sienten las responsables de mantener a toda costa una relación positiva con los demás y que perciben que los eventos trágicos o estresantes de la vida son incontrolables. En cuanto a las diferencias debidas a la edad, se han realizado pocos estudios con resultados contradictorios, lo mismo sucede con las diferencias étnicas, parece que los chinos y los estadounidenses de origen chino son más rumiativos que sus contrapartes occidentales y no parecen existir diferencias entre hombres y mujeres, por lo que se presentan como un campo abierto para la investigación

CAPÍTULO II. MEDICIÓN PSICOMÉTRICA DE LA RUMIACIÓN

Existen varios instrumentos para medir el Estilo de Pensamiento Rumiativo, siendo la *Escala de Respuestas Rumiativas (Rumiative Responses Scale, RRS)* la más utilizada, fue construida por Nolen-Hoeksema & Morrow en 1991 (En Hervás, 2008). Fernández (2013) nos dice que la ERR proviene de una escala más amplia llamada *Cuestionario de Estilos de Respuestas (Responses Style Questionnaire)* este mide cuatro tipos de estrategias de respuesta ante la tristeza: rumiación, distracción, solución de problemas y de peligro, a partir de esta se tomó el factor “*rumiación*” como una escala unidimensional; consta de veintidós ítems con una escala Likert que va desde “Totalmente en desacuerdo” hasta “Totalmente de acuerdo” con una puntuación que oscila entre cinco y ciento diez puntos. Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema (2003) hallaron que dicha prueba en realidad mide dos subcomponentes de la rumiación: reflexión (*reflection*) y reproche (*brooding*), el primero hace referencia a la tendencia a centrarse en los propios pensamientos para poder encontrar una solución al problema o situación que aqueja al individuo, en contraste, el segundo factor refleja una reflexión

pasiva en la que no se actúa para mejorar la situación; por lo tanto el subcomponente reflexión sería adaptativo y el subcomponente reproche, desadaptativo.

Existen dos adaptaciones al español de la *Escala de Respuestas Rumiativas*. En 2006, Extremera y Fernández-Berrocal presentaron una versión reducida, consta de solo diez ítems; entre sus ventajas esta la rapidez de su aplicación y la buena consistencia interna ($\alpha=0,86$), entre sus desventajas se encuentra que imposibilita distinguir los factores “reflexión” y “reproche”. Por lo que Hervás (2008) decidió realizar una adaptación completa al español de la *Escala de Respuestas Rumiativas* (ERR), la consistencia interna de la escala fue elevada, y en cuanto a las subescalas, la variable reproches mostró una mayor consistencia en la adaptación española que en la escala original; el estilo rumiativo correlacionó positivamente con la sintomatología depresiva y ansiosa, Hervás (2008) constató que utilizando únicamente la Escala de Reproches era posible medir dichas patologías porque este subcomponente representa el aspecto desadaptativo y perjudicial de la rumiación.

La adaptación al castellano realizada por Hervás (2008), mostró los siguientes resultados: en cuanto a la consistencia interna, se obtuvo un $\alpha= 0,93$ para la escala global de veintidós ítems, $\alpha=0,80$ para la subescala de Reproches y un $\alpha=0,74$ para la subescala de reflexión. Además posee una adecuada validez factorial, convergente e incremental; el autor del estudio sugiere realizar más investigaciones para aumentar el conocimiento acerca de las propiedades psicométricas de la Escala de Respuestas Rumiativas (ERR).

Además de esta escala, Fernández (2013) señala que existen otras cinco escalas para medir el Estilo de Pensamiento Rumiativo, que son explicadas a continuación:

- 1) La *Escala de Rumiación en la Tristeza* (Conway, Csank, Holm y Blake, 2000)
- 2) La *Escala de Ira y Rumiación* (Sukholsky, Golub y Cromwell, 2001)
- 3) La *Escala de Rumiación sobre Ofensas Interpersonales* (Wate et al., 2008)
- 4) La *Escala de Rumiación –Auto-Observación* (Trapnell y Campbell, 1999)

5) El *Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva* (Garneski y Kraaij, 2007).

1.1 LA ESCALA DE RUMIACIÓN EN LA TRISTEZA (CONWAY, CSANK, HOLM Y BLAKE, 2000)

Esta escala se desarrolló para medir la rumiación en la tristeza debido a que la escala más utilizada, la de Nolen-Hoeksema & Morrow (1991), la mide de una manera general y no específica; además de que se centra en las ideas en oposición con la expresión o divulgación de las emociones pero los autores querían una escala que midiera específicamente la variable de tristeza en relación con las ideas, no con las acciones.

Ellos adoptaron como definición de rumiación en la tristeza a las ideas repetitivas sobre las circunstancias que rodean la tristeza propia. Estas se relacionan con las causas que nos afectan negativamente, no son utilizadas para planear una acción que lo solucione y no son comunicados con otras personas como sucede con la rumiación. Es decir, la rumiación en la tristeza provoca un estado negativo en las personas debido a que es una actividad solitaria que impide resolver los conflictos.

La *Escala de Rumiación en la Tristeza* (RSS, por sus siglas en inglés) consta de trece ítems que debe ser respondido de acuerdo a como reaccionan ante la tristeza, las opciones van del 1 (“En absoluto”) al 5 (“Mucho”).

Se efectuaron tres diferentes estudios para su construcción y validación: en el estudio uno (1) se analizaron las cualidades psicométricas de la RSS, en el estudio dos (2) se comparó al RSS con la *Escala de Estilos de Respuesta* de Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) y el *Inventario de Depresión de Beck*. En el estudio tres (3) se indujo a un estado de ánimo (tristeza) para demostrar que quienes puntúan alto en la *Escala de Respuestas Rumiativas* son propensos a mostrar mayor dolor cuando tienen la oportunidad de rumiar.

Participaron doscientos veinte estudiantes universitarios, de los cuales ciento treinta y tres fueron mujeres, ochenta y dos hombres y cinco no reportaron su sexo, el rango de

edad fue de 16-72 años de edad, siendo la media 24.94. Se les aplicó la batería de pruebas integrada por cuatro(4) instrumentos:

-*Escala de Rumiación de la Tristeza*, descrita anteriormente.

- *Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ-30). Fue desarrollado por Hollon y Kendall en 1980. Escala que consta de treinta ítems y mide la frecuencia con la que las personas tienen ideas negativas automáticas relacionadas con la depresión.

-*Self Consciousness Scale* (SCS). Desarrollado por Fenigstein, Scheier y Buss en 1975, mide las diferencias individuales en la autoconciencia y consta de tres subescalas: autoconciencia pública, autoconciencia privada y ansiedad social. Consta de veintitrés ítems.

-*Bem Sex- Role Inventory Short-Form* (BSRI-SF, 1981). Escala que mide los roles sexuales, clasificándolos en cuatro: masculino, femenino, andrógino e indiferenciado. En su versión original consta de sesenta ítems pero en la versión corta consta solo de treinta, cada uno es una característica personal y las opciones de respuesta van de uno (1) (“Nunca o casi nunca es verdad”) a siete (7) (“Siempre o casi siempre es verdad”).

En el análisis psicométrico se obtuvieron los siguientes resultados: La media de los ítems va desde 3.43 a 2.09 y la desviación estándar, entre 1.29 y 1.09 ($p \leq .001$). Tuvo un alfa de Cronbach de .91 y una correlación de .70.

En el estudio dos (2) siguió el mismo método que en el estudio uno (1), con la diferencia de que se comparó el RSS con los otros instrumentos hallándose una correlación positiva de .81 ($p \leq .001$) con la variable rumiación de la *Escala de Estilos de Respuesta*, esta fue la más alta. La correlación con la depresión con la rumiación fue positiva: .56 ($p \leq .001$).

En el estudio 3 se eligieron a los participantes por el mismo método que en los estudios anteriores. De los setenta y dos participantes, treinta y siete puntuaron alto en el RSS y veinticuatro puntuaron bajo. Los participantes fueron colocados en un salón sin informarles el verdadero objetivo de la investigación. Se les proporcionó un cuestionario con preguntas demográficas, sólo una pregunta era relevante para el estudio: “*En este*

momento me siento...” Luego, se colocó a cada participante en una silla cómoda y se les presentó una selección de música instrumental con una duración de veinte minutos. Para continuar con el experimento se introdujeron variaciones: a algunas personas se les dejó a solas por cinco minutos con el pretexto de que la aplicadora había olvidado unos papeles y debía ir por ellos a otra habitación, ese tiempo era para permitir que el individuo rumiara; en la segunda se les daba un cuestionario que debían responder inmediatamente después de escuchar la música. El cuestionario era acerca de las emociones que les suscitó la música y luego uno sobre la rumiación. A continuación respondieron dos preguntas más: “*Por favor, recuerde la mayor preocupación que tuvo la semana pasada actualmente ¿Qué tan angustiante es para usted?*” y acerca de su segunda mayor preocupación. Las opciones de respuesta iban de uno (1) (“*En absoluto*”) hasta siete (7) (“*mucho*”).

Se confirmó que las personas con alta puntuación en la RSS eran más propensas a rumiar cuando se sentían tristes, los individuos con altos índices de rumiación tendían a sentirse más angustiados cuando tenían que esperar ($M=10.32$) como cuando no tenían que esperar a la aplicadora (8.39), quienes presentaron bajos niveles de rumiación tuvieron en ambas pruebas una media de 8.17.

Los autores del estudio concluyeron, después de realizar los estudios anteriormente descritos, que la *Escala de Rumiación en la Tristeza* es confiable.

1.2 LA ESCALA DE IRA Y RUMIACIÓN (SUKHOLSKY, GOLUB Y CROMWELL, 2001)

Esta escala ha sido diseñada por Sukholsky, Golub & Cromwell en el año 2001, a diferencia de Nolen-Hoeksema (que mide el pensamiento rumitivo) los autores se centran en la relación entre rumiación e ira. La escala fue creada pensando en las escalas que han medido la rumiación. Los autores se dieron cuenta que estas dejaban de lado el aspecto rumiativo, por lo que decidieron abordarlo, considerando que la ira generalmente dura media hora pero al prolongarse debido a la rumiación los efectos

negativos asociados pueden acrecentarse: presión arterial alta, malas relaciones sociales y mayor conducta agresiva.

Ellos definen a la ira como un estado emocional negativo que se manifiesta con apreciaciones cognitivas específicas, cambios psicológicos y conductuales. Además, señalan la existencia de un pensamiento rumiativo de la ira, entonces podemos decir que la ira es una emoción y el pensamiento rumiativo de la ira es pensar acerca de esa emoción, es decir, hace referencia a un proceso en el que las ideas recurrentes e indeseables aparecen durante el episodio que desencadenó la ira y prosiguen cuando este ha concluido.

Después de revisar la literatura científica al respecto, incluyeron tres factores sobre “*anger rumination*” (*rumiación de la ira*): recuerdos de episodios de ira, atención en el episodio de ira inmediato y pensamientos contrarios al episodio de ira.

El método para crear la escala es el siguiente: los participantes fueron estudiantes universitarios divididos en tres aplicaciones. El primer grupo de 220 estudiantes (con una media de 20.9 años, siendo 153 mujeres) contestó el “*Anger rumination scale*” (*Escala de rumiación de la Ira*) y un mes después 226 estudiantes, de los cuales 176 participaron en la primera parte, lo volvió a contestar junto con otros cinco instrumentos. Teniendo una media de 21.2 años. Luego un grupo de 172 estudiantes con una media de edad de 19.2 años contestó el “*Anger rumination scale*”, siendo 102 mujeres y el resto hombres; asegurándose que ellos no hubieran participado en la primera etapa.

Los instrumentos utilizados fueron:

Anger Rumination Scale (ARS). Fue desarrollado por Sukholsky, Golub & Cromwell. Consta de diecinueve ítems con cuatro opciones de respuestas que van de uno (“Casi nunca”) hasta cuatro (“Casi siempre”). La persona debe contestarla de acuerdo a lo que considera verdadero de sí misma.

-*State –Trait Anger Expression Inventory* (STAXI). Fue diseñada por Spielberg en 1988. Consta de cuarenta y cuatro ítems, se utiliza ampliamente para investigar la ira. Mide la frecuencia de los episodios de ira en diferentes situaciones.

-*Trait Meta Mood Scale (TMMS)*. Fue desarrollado por Salovey en 1995. Mide la capacidad individual para reflexionar acerca de los propios sentimientos. Es un cuestionario constituido por treinta ítems.

-*Negative Affectivity Scale*. Creado por Stokes & Levin en 1990. Consta de veintiún ítems y mide la disposición para sentir estados emocionales negativos (aversivos).

-*Satisfaction with Life Scale*. Desarrollado por Diener, Emmons, Larsen & Griffin en 1985. Es un cuestionario de cinco ítems que mide la satisfacción con la vida.

-*Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*. Fue desarrollado por Reynolds en 1982. Mide la tendencia para presentarse uno mismo con sus mejores cualidades.

Durante el análisis se hallaron cuatro factores, es decir, uno más de los que esperaban:

Pensamientos de ira posteriores al evento. Consta de seis ítems y tuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.82.

Recuerdos de ira. Consta de cinco ítems y tiene un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.85.

Fantasías o ideas de venganza. Consta de cuatro ítems y tuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.72

Comprensión de las causas. Consta de cuatro ítems y tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.77.

1.3 LA ESCALA DE RUMIACIÓN SOBRE OFENSAS INTERPERSONALES (WADE, VOGUEL, LIAO Y GOLDMANLE, 2008)

Wade, Vogel, Liao y Goldmanle dieron confiabilidad y validez a la “*Escala de Rumiación Sobre Ofensas Interpersonales*”. La investigación acerca de la rumiación se ha centrado en ella de una manera amplia, sin ubicarla en contextos específicos de la vida. Debido a ello, el grupo de investigadores decidió explorar la relación entre los pensamientos

rumiativos y el perdón. De acuerdo con la literatura que ellos consultaron, las personas con altos niveles de rumiación son más propensas a no perdonar las injurias u ofensas debido a que piensan en el evento una y otra vez, extendiendo el resentimiento por mucho tiempo, incluso décadas. Entonces, pretenden que la prueba sirva para realizar investigaciones acerca la relación entre el pensamiento rumiativo, las emociones y el perdón.

Utilizaron tres muestras: dos no clínicas y una clínica. La muestra I se utilizó para desarrollar la escala. Los participantes fueron 514 estudiantes universitarios con un promedio de veinte años de edad, 48.2 % fueron mujeres y 51.8% hombres. La muestra II fue utilizada para darle confiabilidad y validez a la prueba. Participaron 340 estudiantes universitarios con un promedio de 21 años de edad, 65.6 % fueron mujeres y 34.4 % hombres (1.5 % no respondieron acerca de su sexo). A esta muestra se les aplicó el test-retest luego de diez semanas de la primera aplicación. Todos fueron voluntarios que contestaron en grupo la *Escala de Rumiación sobre Ofensas Interpersonales* y otros instrumentos seis instrumentos que se describirán más adelante.

La muestra III estuvo conformada por 113 estudiantes universitarios bajo tratamiento psicológico. Su promedio de edad fue 21 años, siendo 61.9 % mujeres y 38.1 % hombres. Antes de la primera sesión los voluntarios contestaron la escala a validar junto con tres instrumentos más. Los volvieron a contestar en el transcurso del tratamiento.

Los instrumentos utilizados fueron:

-*Rumination About an Interpersonal Offense Scale*.Consta de seis ítems con una escala de respuestas tipo Likert que van de 1(totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Se contesta de acuerdo a lo que haya sucedido en los últimos siete días. Es la escala a la que se le dará validez y confiabilidad.

-*Transgression Related Interpersonal Motivations Inventory*. (TRIM, McCulloch, 1998).Es una prueba que consta de doce ítems con opciones de respuesta que van de 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Mide la motivación para

buscar venganza contra quien haya cometido una ofensa o daño. Se utilizó en las muestras dos y tres.

-*Trait Forgiveness Scale* (TFS, Berry, 2005). Es un test de autorreporte que consta de diez ítems. Mide la disposición para perdonar a pesar del tiempo y las situaciones . Se utilizó en las muestras dos y tres.

-*Anger Rumination Scale* (Sukholsky , 2001). Mide la tendencia para centrarse en la ira, recordar episodios antiguos episodios de ira y pensar acerca de las consecuencias de los episodios e ira. Consta de diecinueve ítems con opciones de respuesta que van de 1 (casi nunca) hasta 4 (casi siempre).

-*The Buss Perry Agression Questionnaire* (BPAQ Buss & Perry, 1992). Es una escala que consta de 29 ítems con opciones de respuesta que van de 1(No me describe del todo) hasta 5 (Me describe completamente). Mide los aspectos del agresión: agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad.

-*Brief Symptom Inventory* (BSI Drogatis, 1993). Es un test que consta de cincuenta y tres ítems, comprende de nueve escalas de síntomas primarios, como depresión o ansiedad, y tres índices globales. Se contesta de acuerdo a lo pasado en los últimos siete días con opciones que van de 0 (“Not at all”) hasta 4 (totalmente).Se utilizó en la muestra tres para corroborar los síntomas psicológicos.

-*Depression Subscale of the Depression-Anxiety- Stress Scale* (DASS-D; Lovinbond & Lovinbond, 1995). Se utilizó la subescala sobre depresión para medir sus síntomas en la muestra I. Consta de siete ítems con opciones de respuesta que van de 0 (“No se aplica a mí en lo absoluto”) hasta 3 (“Se aplica en mí casi todo el tiempo”).

Después de los análisis estadísticos, la escala presentó los siguientes resultados:

Muestra 1, media de 15.7, desviación estándar 6.1 y un alfa .92

Muestra 2 media de 16.4, desviación estándar 6.0 y alfa de .91

Muestra 3 media de 17.6, desviación estándar 6.2 y alfa de .92

Los seis ítems presentaron un índice de confiabilidad mayor a .70.

Entre las limitaciones del estudio se hallan las siguientes: no se utilizó una muestra con diferencias de edad, distintos niveles socioeconómicos ni con diversidad étnica, por lo que no se puede saber si dichas diferencias influirán en la manera de experimentar las ofensas interpersonales y la rumiación.

1.4 LA ESCALA DE RUMIACIÓN AUTOOBSERVACIÓN (TRAPNELL Y CAMPBELL, 1999)

Esta prueba nació como un intento para diferenciar la rumiación de la reflexión. Los autores realizaron diversos estudios al respecto pero fue en el tercero en el que crearon la “*Escala de Rumiación-Auto-Observación*”. Se utilizaron seis muestras: las primeros cinco fueron muestras independientes de estudiantes universitarios no graduados de los primeros cursos que estuvieron participando durante los siguientes cuatro años. Cada muestra fue identificada con una letra (de la A a la E) siendo 555, 570, 441, 710 y 427 participantes. El sesenta por ciento fueron mujeres y el 40 % hombres. La muestra F estaba conformada por 965 participantes pero cerca del 40 % tenían al inglés como segunda lengua por lo que fueron descartados, quedando 551 participantes cuya lengua materna es el inglés.

La muestra total se integra de mil ciento treinta y siete participantes. Seis cientos ochenta y siete fueron mujeres y cuatrocientos cuarenta y siete, hombres. Siendo todos estudiantes universitarios no graduados.

Los tests utilizados fueron:

-*Self-Counsciousness Scale* (SCS). Esta conformado por tres subescalas: Auto-Observación Pública (PbSC) consta de siete ítems, Auto Observación Privada (PrSc) consta de diez ítems y Ansiedad Social consta de seis ítems.

-*Big Five Factors*. Se utilizaron tres diferentes medidas de este test para la muestra A: Conciencia, neuroticismo y sinceridad con veinte ítems cada uno.

Para las muestras B, C y D utilizaron la parte “Five Factor Inventory”, consta de sesenta ítems. La muestra E contestó “Revised NEO PersonalityInventory”, consta de doscientos cuarenta ítems.

A partir de la literatura existente, los autores realizaron dos breves tests, uno para medir la rumiación y otro para medir la auto-observación. La prueba quedó conformada por veinticuatro ítems, en la primera página estaban los referentes a la rumiación (doce ítems) y en la segunda los de auto-observación (doce ítems). Las opciones de respuesta iban de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

El análisis estadístico, realizado tomando en cuenta a la muestra total de mil ciento treinta y siete participantes, reveló que la parte referente a la rumiación posee un alfa de Cronbach de .90, una media de 3.46 y una desviación estándar de 0.7.

1.5 EL CUESTIONARIO DE REGULACIÓN EMOCIONAL COGNITIVA (GARNESKI Y KRAAIJ, 2007).

El test *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ) surgió debido a que Garneski se dio cuenta que no existían tests que midieran la regulación emocional cognitiva en adolescentes y adultos. Decidió crear en 2002 el cuestionario de regulación emocional. Pretende medir las estrategias de regulación emocional con las que los individuos se enfrentan a los eventos estresantes o intimidantes. Consta de 36 ítems que se dividen en nueve subescalas (a las que les corresponde cuatro ítems) y representan lo que cada persona puede pensar acerca de dicho evento: culpa propia, culpar a otros, rumiación, catastrofismo, poner en perspectiva, reenfoque de modo positivo, reevaluación positiva, aceptación y planeación.

Las opciones de respuesta son una escala Likert que va de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). Cada subescala puede puntuar desde cuatro hasta veinte puntos con una consistencia interna de entre .68 y .86.

En 2000 Garneski realizó un estudio de las propiedades psicométricas del CERQ y su relación con la ansiedad y la depresión, en una muestra en población general se trató de reportar el alfa de Cronbach y a la validez test-retest. La muestra estuvo compuesta por 611 personas adultas de entre 18 y 63 años con una media de 41 años y 11 meses de edad, siendo 40% hombres y 60% mujeres. El test-retest fue contestado un año después por 301 personas.

Para medir la depresión y la ansiedad se utilizaron las subescalas del “*SymptomCheckList*” (Derogatis, 1977; traducido y adaptado al inglés por Arrindell y Ettema, 1986). La subescala para medir la depresión consta de dieciséis ítems y el de ansiedad, de diez ítems; las opciones de respuesta van de uno (1) (“*Not at all*”) hasta cinco (5) (“*Too much*”).

En lo que respecta la rumiación, se encontró en la primera y en la segunda medición un alfa de Cronbach de .83; tuvo una desviación estándar de 3.72 (una media de 10.46) en la primera muestra y de 3.57 en la segunda (una media de 10.11). Para obtener el coeficiente de validez test-retest se utilizó una correlación de Pearson. Los resultados fueron .60 ($p \leq 0.001$).

También se utilizó la correlación de Pearson para medir la relación entre las subescalas del tests y los síntomas de ansiedad y depresión. En la primera medida la correlación entre los síntomas depresivos y la subescalarumiación fue de .28 ($p \leq .001$), en la segunda fue de .14 ($p \leq .05$). En cuanto a ansiedad fue de .23 ($p \leq .001$) y .11. Por lo que se concluyó que las subescalas que predicen los síntomas depresivos son: reapreaciación, catastrofismo, rumiación y culpa propia.

1.6 VERSIÓN REDUCIDA DE LA ESCALA DE RESPUESTAS RUMIATIVAS (EXTREMERA Y FERNÁNDEZ-BERROCAL, 2006).

En el año 2006 Extremera y Fernández Berrocal presentaron la versión corta de la *Escala de Respuestas Rumiativas*, cuyos ítems no corresponden con los identificados por Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema (2003) para medir los dos subfactores: reflexión y reproche, por lo que se imposibilita su identificación. Su ventaja reside en la rapidez con la que se puede aplicar, además de su buena consistencia interna ($\alpha=0,86$). Consta únicamente de diez reactivos.

Para su elaboración se utilizó una muestra de setecientos veintisiete estudiantes españoles de preparatoria y universidad, siendo doscientos noventa y tres hombres y cuatrocientos treinta y cuatro mujeres, cuyas edades oscilan de entre dieciséis y veintinueve años con una media 18.8 (SD= 3.0). De manera anónima respondieron a las siguientes pruebas en sus versiones en español:

-*Inventario de Depresión de Beck*, que ya fue descrito anteriormente.

-*State Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Es una escala que mide dos aspectos de la ansiedad: ansiedad rasgo, que es la propensión o no a padecer ansiedad, y ansiedad estado, elementos que propician o contiene la ansiedad. Fue desarrollada por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970 y fue adaptada al español por los mismos autores en 1982. Consta de veinte ítems para cada uno de los factores con las oraciones de manera negativa y positiva, las opciones de respuesta van de 0 (nada) a 3 (mucho), con un máximo de sesenta puntos que indican mayor nivel de ansiedad (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

-*Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)* Es una escala que mide la satisfacción de la vida. Consta de cinco ítems con cinco opciones de respuestas que van de uno (1) (“Totalmente en desacuerdo”) a cinco (5) (“Totalmente de acuerdo”). El Coeficiente de Keiser-Meyer-Olkin tuvo .86 y una consistencia interna $\alpha= .84$; los resultados mostraron un alfa de Conbrach de .86 y una correlación positiva con las escalas de depresión y

ansiedad y una correlación negativa con satisfacción de vida y felicidad. (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000).

-Escala de Felicidad Subjetiva. Fue desarrollada por Lyubomirsky y Lepper en 1999 para medir la felicidad subjetiva, es decir, mide la felicidad desde el punto de vista del individuo ya que es quien mejor conoce su propio significado de lo que significa la felicidad. Esta conformado por cuatro ítems con opciones de respuesta tipo Likert; en su versión en español tiene un alfa de Cronbach de 0.78, la puntuación media fue de 5.04 y desviación estándar 1.21 (Vera-Villarreal, Celis-Atenas y Córdova-Rubio, 2011).

CAPÍTULO III. MÉTODO

OBJETIVO GENERAL:

Validar la Escala de Respuestas Rumiativas de Hervás, al español de México, para contar con un instrumento de medición psicológica que permita identificar este tipo de respuestas en la población joven.

PRIMERA FASE: VALIDACIÓN POR JUECES

OBJETIVO:

Adaptar los ítems de la Escala de Respuestas Rumiativas al español de México a partir de la versión hecha por Hervás (2008) por un grupo de expertos para facilitar su comprensión y aplicación a población mexicana.

MUESTRA:

Se seleccionaron a diez expertos por su formación curricular y experiencia en la ciencia del comportamiento humano (psicólogos educativos, de la salud, clínicos, entre otros).

INSTRUMENTOS:

Escala de Respuestas Rumiativas adaptada de *Rumiative Responses Scale*; (RRS) desarrollada por Nolen-Hoeksema y Morrow (1991) adaptada a la versión española de Hervás (2008). La escala versión española Hervás (2008) es un autoinforme que consta de 22 ítems, miden el estilo de pensamiento rumiativo. Consta de cuatro opciones de respuesta que van desde “Casi nunca” hasta “Casi siempre.” A mayor puntuación, mayor estilo de pensamiento rumiativo, siendo 88 el puntaje máximo.

PROCEDIMIENTO:

Se elaboró un protocolo de evaluación de expertos para adaptar la escala de respuestas rumiativas a población adolescente y juvenil mexicana. En dicho protocolo se les presentaron preguntas valorativas a cerca de la escala de respuestas rumiativas validas en España, para su validación en la escala mexicana se le solicitaron su nivel de acuerdo por cada ítem. En caso de sugerir una corrección en la redacción del ítem debía señalarlo en la parte inferior del documento. Las categorías que se usaron por cada ítem fueron: claridad el ítem, si el ítem mide rumiación, si sugiere la eliminación del ítem o no, si las opciones de respuesta son adecuadas o no, si sugiere alguna corrección en el ítem o no.

En sobre cerrado se le entrego a cada experto dicho protocolo de validación y se le dio la oportunidad de entregarlo en un periodo de un mes y se cotejó la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS “Rumiative Responses Scale”), adaptada al español por Hervás (2008).

SEGUNDA FASE: ADAPTACIÓN PSICOMÉTRICA DE LA ESCALA DE RESPUESTAS RUMIATIVAS

OBJETIVO:

Obtener la validación de constructo, convergente y divergente de la Escala de Respuestas Rumiativas.

MUESTRA:

Los participantes fueron 500 estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) quienes respondieron a la batería de pruebas. De los cuales fueron 250 hombres y 250 mujeres con una media de 19 años.

El muestreo fue no probabilístico de sujetos tipo bajo los siguientes criterios de inclusión: ser estudiantes de la universitarios, matriculados en el semestre enero-junio 2015, que cursaran los semestres de 1º a 9º de las licenciaturas en psicología, gerontología, nutrición y médico cirujano.

Como criterios de exclusión estuvieron que el alumno o la alumna no asistieran a clases el día de la aplicación o que se negaran a contestar la batería de pruebas después de leer el consentimiento informado y de explicarles el propósito del estudio.

INSTRUMENTOS:

Escala de Respuestas Rumiativas adaptada de “*Rumiative Responses Scale*”; (RRS) desarrollada por Nolen-Hoeksema y Morrow (1991) adaptada a la versión española de Hervás (2008). La escala versión española Hervás (2008) es un autoinforme que consta de 22 ítems, miden el estilo de pensamiento rumiativo. Consta de cuatro opciones de respuesta que van desde “Casi nunca” hasta “Casi siempre.” A mayor puntuación, mayor estilo de pensamiento rumiativo, siendo 88 el puntaje máximo.

Para la validez divergente se utilizó el *Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud* (OMS) porque, en general, la rumiación constituye un factor de riesgo para otros trastornos: la ansiedad, las adicciones y los trastornos alimentarios (Lyumbromirsky, Layous, Chancellor & Nelson, 2014) por lo que se

esperaría que las personas con un altos niveles de rumiación tendrían una menor calidad de vida que quienes poseen menores niveles del estilo de pensamiento rumiativo.

Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud (Traducción y adaptación de González-Celis & Sánchez-Sosa, 2001). Es un autoinforme de veintiséis ítems con cinco opciones de respuesta para medir la percepción acerca de la calidad de vida. Se divide en cuatro factores: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente.

Para la validez convergente se ocuparon los siguientes instrumentos: el *Inventario de Depresión de Beck*, el *Inventario de Ansiedad de Beck* y el *Cuestionario de Expresión Física del Enojo*; las escalas fueron elegidas por las siguientes razones: el *Inventario de Depresión (BDA) de Beck* ha sido utilizado por Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema (2003) para realizar el estudio que permitió conocer la existencia de dos factores: reproches y reflexión. Asimismo ese Inventario y el *Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI) han sido usado por Hervás (2008) para la validación de la *Escala de Respuestas Rumiativas* (RRS) al castellano de España debido a que son los más reconocidos para medir la sintomatología ansiosa y depresiva por lo que decidimos retomarlos para el presente estudio. *El Cuestionario de Expresión Física del Enojo* se incluyó debido a que se ha analizado la rumiación de un sentido general pero no a las maneas más específicas como la rumiación de la ira o la tristeza. En ese sentido Sukhodolsky, Golub & Cromwell (2001) comentan que se puede rumiar acerca de las emociones como la ira, por lo que puede constituir un campo de investigación no solo para el ámbito anglosajón sino para el ámbito hispanohablante.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA): Estandarizado en México por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998) en población mexicana. Es un autoinforme de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta (0-3). Los puntajes de severidad de síntomas que van de 0 a 63, donde un puntaje de entre 30 y 63 representa la severidad máxima. Cuenta con un $\alpha=0,87$.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Versión estandarizada en México por Robles, Varela, Jurado y Paéz (2001) que mide Sintomatología ansiosa. Es un autoinforme de 21 ítems que evalúan síntomas de ansiedad en la semana previa a la aplicación y los diferencia de la depresión. Consta de cuatro opciones de respuesta (Poco o nada, más o menos, moderadamente y severamente). Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde un puntaje de entre 26 y 63 representa la máxima severidad. Cuenta con un $\alpha = 0.83$ y confiabilidad test-retest de 0.75

Cuestionario de Expresión Física del Enojo (Álcazar, 2010). Es un autoinforme que consta de doce ítems con siete opciones de respuesta que van de 1 (Nunca lo he hecho) a 7 (Lo hice hoy), con un máximo de 84 puntos que representa la máxima severidad.

PROCEDIMIENTO:

Se seleccionaron al azar grupos de psicología, gerontología, medicina y nutrición para la aplicación de las pruebas. Después de obtenidos los permisos correspondientes se pasó a los grupos, se les explicó el propósito del estudio y se les leyó el consentimiento informado. Quienes aceptaron participar en la investigación lo firmaron. A continuación contestaron el *Inventario de Depresión de Beck*, el *Inventario de Ansiedad de Beck*, el *Cuestionario de Calidad de Vida*, el *Cuestionario de Expresión Física del Enojo* y la *Escala de Respuestas Rumiativas* en una sola sesión, sin descanso. Aproximadamente tardaron entre treinta y cuarenta minutos. Una vez que terminaron entregaron la batería de pruebas a los aplicadores. Se les ofreció a los participantes ser canalizados a la Clínica Psicológica en caso de requerirlo.

El objetivo del estudio es validar la *Escala de Respuestas Rumiativas* al español de México, para contar con un instrumento que mida dicho constructo. De acuerdo con las investigaciones realizadas medir la rumiación, que se ha constituido como un predictor de diferentes psicopatologías, permitirá la intervención temprana para prevenirlas

La validez de la *Escala de Respuestas Rumiativas* se realizó con base en la validez de contenido (es decir, revisar teóricamente el constructo para conocerla) y la validez de

constructo (es decir, para saber si el instrumento mide realmente lo que pretende medir).

Para la validez de constructo fue el análisis factorial el cual se utilizó rotación Varimax con Kaiser. A fin de verificar la confiabilidad de la Escala se llevó a cabo un análisis de consistencia interna a través del alfa de Cronbach.

También se llevaron a cabo procedimientos para obtener la validez convergente y divergente. La validez convergente implica que dos instrumentos que miden conceptos parecidos obtendrán resultados similares o puntuaciones positivas. En cambio la validez divergente implica que los puntajes de los instrumentos que miden conceptos distintos obtendrán puntuaciones negativas.

De acuerdo con la revisión de la literatura se espera que si una persona obtiene niveles altos en la *Escala de Respuestas Rumiativas (RRS)* también obtendrán altos niveles en el *Inventario de Depresión de Beck*, en el *Inventario de Ansiedad de Beck* y la *Expresión Física del Enojo* mientras que se esperan niveles bajos en el *Cuestionario de Calidad de Vida*.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL

El análisis factorial tiene es un conjunto de métodos estadísticos que tiene como objetivo reducir al menor número de dimensiones posibles la información de los datos y poder agrupar los ítems que tengan relación entre sí; de este modo, si tenemos una gran cantidad de reactivos podremos comprenderlos porque se agrupan en un reducido número de dimensiones o factores (Pérez y Medrano, 2010).

Antes de realizar el análisis factorial se debe verificar si los ítems de la escala tienen relación entre ellos, en el caso de que sí posean dicha relación se procederá a realizar el análisis estadístico; para lograr ese objetivo se utiliza el test de esfericidad de Barlett y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO). El primero nos permite evaluar la hipótesis nula que señala que las variables no están correlacionadas, si se obtiene un resultado a un nivel $p < .05$, se rechaza la hipótesis nula y se puede realizar el análisis estadístico (Pérez y Medrano, 2010). Adicionalmente se usa la

medida KMO, tiene un rango de 0 a 1, si el valor obtenido es igual o mayor a .70 significa que existe una correlación satisfactoria entre los ítems y por lo tanto que la matriz es factorizable. En la tabla 1 se presentan los resultados obtenidos para la prueba total y en la tabla 2 para la prueba sin los ítems que podían confundirse con los del *Inventario de Depresión de Beck*.

Tabla 1. Medida de adecuación muestral KMO y prueba de Bartlett.

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.940
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	4676.840
	gl	231
	Sig.	.000

Tabla 2. Medida de adecuación muestral KMO y prueba de Bartlett.

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.873
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1403.197
	gl	45
	Sig.	.000

La validez de constructo siguió el análisis utilizado por Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema (2003), ellos dejaron de lado los ítems que podían confundirse con los ítems del *Inventario de Depresión de Beck* (BDI) para comprobar que la *Escala de Respuestas Rumiativas* (RSS) realmente mide rumiación y no depresión; quedando diez ítems (5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 20 y 21). El análisis factorial se realizó con rotación Varimax con Kaiser, como se puede apreciar en la tabla 3 se obtuvieron dos factores que corresponden con los hallados por el estudio original y por Hervás (2008) y que denominaron reproches (15, 16, 5, 13 y 10) y reflexión (11, 20, 21, 7 y 12). Sin embargo, se destaca que los ítems que se parecen a los de depresión se mantuvieron en la escala original como en la adaptación al castellano de España debido a que si bien, la sola subescala de reproches es capaz de medir la rumiación, conservar todos los ítems permite tener mayor información sobre el estilo de pensamiento rumiativo, además la escala total posee mayor consistencia interna que cualquiera de las subescalas. Todos los ítems obtuvieron comunalidades mayores a .30 por lo que entraron en el análisis factorial. Se obtuvo una solución de dos factores que explican el 52 % de la varianza. El primer factor obtuvo un autovalor de 4.01 y el segundo uno de 1.18.

Tabla 3. Resultados del análisis factorial usando Varimax con Kaiser. Matriz de componentes rotados.

	Factores	
	1	2
Piensas "Todo lo que me pasa me lo merezco."		.572
Analizas los sucesos recientes para entender porque estas sintiéndote así.	.721	
Piensas "¿Por qué siempre reacciono de esta forma cuando algo me entristece o preocupa?"	.412	.550
Te aíslas y piensas por que te sientes así.	.606	.475
Escribes lo que estas pensando y lo analizas.	.661	
Piensas acerca de una situación reciente anhelando que te hubiera ido mejor.		.694
Piensas en lo desmotivado que te sientes.		.626
Analizas tu forma de ser para intentar comprender por que estas deprimido.	.688	
Te vas solo (a) a algún sitio para pensar sobre como te sientes	.696	
Piensas "¿Por qué tengo problemas que los(as) demás no tienen?"		.758

Nota: Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Resultados de la validez convergente y divergente

En la tabla 4 se observa que de acuerdo con la correlación de Pearson realizada observamos que las dos subescalas (reproche y reflexión) correlacionan positivamente ($r=.563$; $p<0,01$).

Las correlaciones ítem total tuvieron correlaciones de entre .176 y .863.

Como se esperaba la *RRS* correlacionó de manera positiva con las variables depresión, ansiedad y enojo y de manera negativa con calidad de vida.

Tabla 4. Correlaciones de las variables empleadas en el estudio

	RRS REFLEXION	RSS REPROCHE	RRS	ENOJO	BDA	BAI	WHO- QOL
RRS REFLEXION							
RSS REPROCHES	.563(**)						
RRS	.807(**)	.863(**)					
ENOJO	.176(**)	.314(**)	.308(**)				
BDA	.415(**)	.601(**)	.634(**)	.337(**)			
BAI	.431(**)	.645(**)	.686(**)	.335(**)	.619(**)		
WHO-QOL	-.264(**)	-.432(**)	-.481(**)	-.262(**)	-.454(**)	-.643(**)	

Nota: RRS= Respuestas Rumiativas; RRS REFLEXION= Reflexión; RSS REPROCHES= Reproches; BDA= Depresión; BAI= Ansiedad ; WHO-QOL= Calidad de vida. ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Resultados consistencia interna

Se calculó el α de Conbrach tanto de la escala total como de las dos subescalas (reproches y reflexión). En el primer caso se obtuvo se obtuvo $\alpha=0,93$. En la subescala reproches $\alpha= 0,78$, mientras que para la subescala reflexión se obtuvo $\alpha=0,77$.

1.7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este estudio destaca la necesidad de medir un constructo psicológico poco estudiado en México y en América Latina: la rumiación. La relevancia de este estilo de pensamiento es que las personas tienden a pensar por un largo tiempo y de manera excesiva en una situación concreta, sus causas y consecuencias pueden ser ideas positivas o negativas, en caso de prevalecer las negativas, se constituyen como un predictor y exacerbador de psicopatologías como la depresión y la ansiedad (Lievaart, Van der Heiden & Geraerts, 2013 & Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson,1999) que en México son las enfermedades contemporáneas de nuestra sociedad, en el caso de la depresión se ha descubierto que es el trastorno más incapacitante porque provoca que al año se pierdan veinticuatro días laborales (Lara-Muñoz, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 2007).

Por tanto, este trabajo se centró en la validación al español de México de la *Escala de Respuesta Rumiativas* (RRS, por sus siglas en inglés). El procedimiento que se llevó a cabo fue el mismo que se realizó por Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema, en 2003. Ellos tomaron la *Escala de Respuestas Rumiativas* y la reanalizaron a partir de las observaciones hechas con respecto a que varios ítems de la RRS son similares a algunas del *Inventario de Depresión de Beck*, al excluirlos hicieron un análisis factorial de los diez ítems restantes y descubrieron dos factores: reproches y reflexión. Ambos factores están representados por los ítems: reproches (15, 16, 5, 13 y 10) y reflexión (11, 20, 21, 7 y 12).

Para la adaptación al español de España Hervás (2008) replicó el análisis factorial realizado por Treynor, González y Nolen-Hoeksema (2003) y encontraron los mismos dos factores agrupados en los mismos ítems. Debe destacarse que la presente validación replicó con éxito los mismos resultados que los estudios anteriores, además se realizó con 500 participantes mientras que Hervás (2008) utilizó 254 participantes.

Los resultados del presente trabajo reportan un alfa de Cronbrach igual al conseguido por Hervás en 2008 en su validación ($\alpha=0,93$). Aunque dos ítems cayeron en los dos factores con una pequeña diferencia entre ambos; se decidió conservarlas debido a que en los estudios anteriores de Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema (2003) y Hervás (2008), a pesar de coincidir que la sola subescala de reproches es capaz de predecir la rumiación, decidieron conservar toda la Escala debido a que da una visión más global y completa del estilo de pensamiento rumiativo. Además, cuando se calculó el alfa de Cronbrach excluyendo los ítems 10 y 11 se obtuvo 0,91, es decir, bajo su nivel no aumentó.

La consistencia interna es igual de elevada que en el estudio de Hervás (2008), al igual que las dos subescalas. Este resultado puede explicarse debido a que la población mexicana y española comparte similitudes idiomáticas y culturales. Además por la validez convergente se utilizaron las mismas dos pruebas que Hervás (2008): *Inventario de Depresión de Beck* e *Inventario de Ansiedad de Beck*.

Se halló la correlación positiva con la depresión y ansiedad lo que ha sido confirmado por anteriores teóricos como Lievaart, Van der Heiden & Geraerts (2013). Además correlacionó positivamente con de la expresión física del enojo; se ha analizado la rumiación de un sentido general pero no a las maneras más específicas como la rumiación de la ira o la tristeza. En ese sentido, Sukhodolsky, Golub & Cromwell (2001) comentan que se puede rumiar acerca de las emociones como la ira por lo que puede constituir un campo de investigación para el ámbito hispanohablante.

De igual manera la validación se hizo en población sin ninguna psicopatología diagnosticada por lo que sería conveniente aplicarlo en población con depresión, adicciones, anorexia nerviosa u otros de los trastornos asociados con el pensamiento rumiativo, para estudiar mejor su relación y las propiedades psicométricas de la Escala de Respuestas Rumiativas, como anteriormente lo realizó Hervás (2008).

Asimismo es importante validar este instrumento porque permite la identificación e intervención en las personas propensas a la depresión, la ansiedad u otros de los trastornos mencionados para evitar su desarrollo así como permitirles desarrollar sus habilidades para utilizar de la rumiación de una manera reflexiva y así resolver sus problemas y no solo pensar en ellos constantemente sin actuar. En otras palabras, es conveniente la regulación de los pensamientos rumiativos porque permite manejar su duración e intensidad y a su vez se dirige al logro de una meta concreta (Thompson y Waters, 2010).

Por otra parte los estudios socioculturales han sido mínimos, apenas se ha investigado como rumian las personas asiáticas y se ha comparado con sus pares occidentales, han hallado resultados como que los hombres y las mujeres de China rumian en igual proporción a diferencia de Estados Unidos donde las mujeres son más rumiativas que los hombres (Hong, Abela, Cohen, Sheshko, Shi, Van Hamel & Starrs Claire, 2010). Podría estudiarse las diferencias y similitudes en el estilo de pensamiento rumiativo entre la población mexicana para conocer si los patrones son similares o distintos a los estadounidenses. También se requiere analizar las diferencias relacionadas con la edad debido a que los estudios se han centrado en la población adolescente y universitaria,

dejando de lado la población adulta y adulta mayor (Sutterlin, Paap, Babic ,Kubler y Vogele, 2011).

Aunque en el estudio se ha confirmado la relación con la ansiedad y la depresión es necesario explorar la relación que tiene con otras patologías no solo a nivel psicológico sino físico como los accidentes cardiovasculares que presentan en su estudio exploratorio Delgado, Herrera y Delgado (2007).

REFERENCIAS

- Atienza, L.F., Pons, D., Balanguer, I., y García-Merita (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*. 12 (2), 314-319.
- Beevers, C. G., Wells, T. T., & McGeary, J. E. (2009). The BDNF Val66Met polymorphism is associated with rumination in healthy adults. *Emotion (Washington, DC)*, 9(4), 579.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46 (5) ,417-424.
- Borges, G., Orozco, R.,& Medina-Mora, M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52 (4) ,292-304.
- Chang,E.C., Tsai, W. & Sanna, L.J. (2010). Examining the relations between rumination and adjustment: do ethnic differences exist between Asian and European American. *Asian American Journal of Psychology*, 1 (1), 46-56.
- Conway, M., Csank, A.R., Holm, S.L., & Blake, C.K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75 (3), 404-425.
- Cova, F., Rincón, P., y Melipallán, R. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 175-183.
- Delgado, J., Herrera, L., y Delgado, Y. (2007). La mediatización del pensamiento rumiativo en el accidente cerebrovascular. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 5(1), 15-23.
- Fenigstein, A., Scheier, M.F., & Buss, A.H. (1975) Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 522-527.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal. (2006). Validity and reliability of Spanish versions or the Rumiative Responses Scale-Short Form and the Distraction Responses

- Scale in a sample of Spanish high School and college students. *Psychological Reports*, 98 (1), 141-150.
- Fernández, V. (2013). *El impacto psicológico de los procesos vitales en personas mayores: el papel del pensamiento rumiativo, la evitación experiencial y el crecimiento personal*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationship with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23 (3), 141-149.
- Gearhardt, A. N. & Corbin, W.R. Interaction between alcohol consumption, eating and weight en Brownell, K. D. & Gold, M.S. (2012). *Food and addiction. A comprehensive handbook*. Oxford University Press. New York.
- 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.
- Hervás, G., y Vázquez, C. (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: el papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 279-292.
- Hoffman, R.M. & Borders, L.D. (2001). Twenty-five years after the Bem Sex- Role Inventory: A reassessment and new issues regarding classification variability. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 39-55.
- Hollon, S.D. Kendall, P.C. Cognitive self-statements in depression: development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383-395.
- Hong, W., Abela, J.R.Z., Cohen, J.R., Sheshko, D.M., Shi, X.T., Van Hamel, A. & Starrs Claire. (2010) Rumination as a Vulnerability Factor to Depression in Adolescents in Mainland China: Lifetime History of Clinically Significant Depressive Episodes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39 (6), 849-857 DOI: 10.1080/15374416.2010.517159
- Jose, E. P., Kramar, K. & Hou, Y. (2014). Does brooding rumination moderate the stress to depression relationship similarly for Chinese and New Zealand Adolescents? *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 4(1) doi:10.5539/jedp.v4n1p114

- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-32.
- Lara-Muñoz, M.C., Medina-Mora, M.E., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30 (5), 4-11.
- Leahy, R.L. (2002) A model for Emotional Schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-179.
- Lievaart, M., Van der Heiden, C., Geraerts, E. (2013). Association between depressive symptoms, rumination, overgeneral autobiographical memory and interpretation bias within a clinically depressed sample. *PsycholPsychoter*. S7: 004. doi: 10.4172/2161-0487.S7-004
- Lyumbromirsky, S., Layous, K., Chancellor, J., & Nelson, K., (2014 on: The scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *Annual Review of clinical psychology*. 11, 4.1-4.22.
- Martin, L. L. & Tesser, A., (1996). Some ruminative thoughts. En R.S., Wyer, Jr. (Ed.), *Ruminative Thoughts* (pp. 1-46). Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum.
- Nolen-Hoeksema, S. & Aldao, A., (2011). Gender and age differences in emotion regulation and their relationship to depressive symptoms. *Personality and individual difference*, 51 (2011) 704-708.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. (1994). The emergence of gender difference in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3),
- Nolen-Hoeksema, S. & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 37-47.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (5), 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E.R. (2011). A Heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589-609.

- Papageorgious, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 261-273.
- Pérez, E.R., y Medrano, L. (2009). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2 (1), 58-66.
- Riquelme, A. G., & Casal, G. B. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Robinson, M.S. & Alloy, L.B. (2003) Negative Cognitive Styles and Stress-Reactive Rumination Interact to Predict Depression: A Prospective Study. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 275-292.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Paéz, F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Rev Mex Psic*, 8, 211-217.
- Sánchez-Sosa, J.J., y Celis, R. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En Caballo, V. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (473-492). Pirámide: Madrid.
- Sethi, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1997). Gender differences in internal and external focusing among adolescents. *Sex roles*. 37 (9/10), 687-700.
- Sukhodolsky, D.G., Golub, A., & Cromwell, E.N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and individual differences*. 31, 689-700.
- Sutterlin, S., Paap, M.C.S., Babic, S., Kubler, A., & Vogele, C. (2011). Rumination and age: some things get better. *Journal of Aging Research*. 2012, 1-10.
- Thompson, R. A. & Waters, S.F. (2010). El desarrollo de la regulación emocional: influencia de los pares y los padres. En Sánchez Aragón, R. (Ed.). *Regulación emocional. Una travesía de la cultura al desarrollo de las relaciones personales* (pp. 125-157). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Trapnell, P.D. & 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 (2), 284-304.

- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Tsai, W., Chang, E.C., Sanna, J.L., & Herringshaw, A. J. (2011). An examination of happiness as a buffer of the rumination- adjustment link: Ethnic differences between European and Asian American students. *Asian American Journal of Psychology*, 2 (3), 168-180.
- Vera-Villaruel, P., Celis-Atenas, K., & Córdova-Rubio, N. (2011). Evaluación de la Felicidad: Análisis Psicométrico de la Escala de Felicidad Subjetiva en Población Chilena. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 29(1), 127-133.
- Wade, N.G., Vogel., D.L., Yu-Hsin Liao, K., & Goldman, D.B. (2008). Measuring State-Specific Rumination: Development of the rumination about an interpersonal offense scale. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (3), 419-426.
- Weickert, C. S., Hyde, T. M., Lipska, B. K., Herman, M. M., Weinberger, D. R., & Kleinman, J. E. (2003). Reduced brain-derived neurotrophic factor in prefrontal cortex of patients with schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 8(6), 592-610

ANEXOS

PROTOCOLO DE VALIDACIÓN POR JUECES

ITEM	CLARIDAD EN EL ITEM SI/NO	EL ITEM MIDE RUMIACIÓN SI/NO	SUGIERE LA ELIMINACIÓN DEL ITEM SI/NO	LAS OPCIONES DE RESPUESTA SON ADECUADAS SI/NO	SUGIERE ALGUNA CORRECCIÓN EN EL ITEM SI/NO
1. Piensas en lo solo/a que te sientes					
2. Piensas “No seré capaz de hacer mi trabajo/tarea si no soy capaz de quitarme esto de encima”					
3. Piensas en tus sensaciones de fatiga y molestias					
4. Piensas en lo duro que te resulta concentrarte					
5. Piensas: “¿Qué he hecho yo para merecerme esto?”					
6. Piensas en lo pasivo/a y desmotivado/a que te sientes					

7. Analizas los sucesos recientes para entender por qué estás deprimido					
8. Piensas acerca de cómo parece no sentir ya nada					
9. Piensas “¿Por qué no puedo conseguir hacer las cosas?”					
10. Piensas “¿Por qué siempre reacciono de esta forma?”					
11. Te vas por ahí solo/a y piensas en por qué te sientes así					
12. Escribes lo que estás pensando y lo analizas					
13. Piensas acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera ido mejor					
14. Piensas: “No seré capaz de concentrarme si					

continúo sintiéndome de esta manera”					
15. Piensas “Por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen”					
16. Piensas: “¿Por qué no puedo controlar las cosas mejor?”					
17. Piensas en lo triste que te sientes					
18. Piensas sobre todos tus defectos, debilidades, fallos y equivocaciones					
19. Piensas sobre cómo no te apetece hacer nada					
20. Analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimido/a					
21. Te vas solo/a a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes					
22. Piensas en cómo estás de irritado contigo mismo/a					

PROTOCOLO DE VALIDACIÓN POR JUECES

Nombre del experto: _____

Edad: _____ Profesión: _____

Escolaridad: _____

Área laboral: _____

Tiempo de ejercer su profesión: _____

A continuación se presentan las preguntas acerca de la Escala de Respuestas Rumiativas validada en España. Para su validación en la versión mexicana se le solicita que indique en cada ítem si está de acuerdo con un SI y el desacuerdo con un NO, con base en los criterios que se muestran en la siguiente tabla. En caso de sugerir alguna corrección en la redacción de los ítem, señalarlo en la parte inferior del documento. Mucho agradeceremos sus conocimientos y valiosa participación objetiva en este proceso.

*En caso de sugerir alguna corrección a cualquiera de los ítems anótela en el siguiente espacio, así como cualquier otra propuesta o aclaración.

CUESTIONARIO DE EXPRESIÓN FÍSICO AGRESIVA DEL ENOJO EN JÓVENES

Alcázar, Deffenbacher & Byrne, (2010)

NOMBRE: _____ FOLIO: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

Instrucciones: por favor intenta recordar qué ha pasado cuando te enojas. Marca con un “X” la respuesta que mejor corresponda contigo. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Cuándo fue la última vez que Enojado(a)...	Lo hice hoy	En los últimos 7 días	En el último mes	En los últimos 6 meses	En el último año	Hace más de un año	Nunca lo he hecho
1. Aventaste cosas a alguien							
2. Dañaste o rompiste cosas de alguien							
3. Golpeaste a alguien							
4. Retaste a alguien a golpes							
5. Jaloneaste a alguien							
6. Hiciste como si fueras a golpear a alguien							
7. Aventaste cosas (sin importar dónde pegarían)							
8. Azotaste la puerta							
9. Dañaste o rompiste tus propias cosas							
10. Hiciste como si fueras a golpear algún objeto							
11. Golpeaste la pared							
12. Rompiste cualquier objeto o propiedad, aunque fueran muy caros							

INSTRUMENTO WHO-QOL-BREVE, VERSIÓN ESPAÑOL

Traducción y adaptación: González- Celis, & Sánchez-Sosa, 2001

Expediente: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor **seleccione sólo una**, la que le parezca más apropiada. Ésta es con frecuencia, la primer respuesta que dé a la pregunta. Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

PREGUNTA	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo en número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

PREGUNTA	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1 ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
PREGUNTA	Muy satisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2 ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3 ¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4 ¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5 ¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6 ¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7 ¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8 ¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9 ¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE QUE TAN COMPLETAMENTE HA EXPERIMENTADO, O HA TENIDO USTED OPORTUNIDAD DE LLEVAR A CABO CIERTAS COSAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muy satisfecho
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS LE PIDEN CONTESTAR QUE TAN BIEN O SATISFECHO SE HA SENTIDO USTED ACERCA DE VARIOS ASPECTOS DE SU VIDA DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5
LA SIGUIENTE PREGUNTA SE REFIERE A CON QUE FRECUENCIA USTED HA SENTIDO O EXPERIMENTADO EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Traducción y adaptación: Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela (1998).

NOMBRE: _____ FOLIO: _____
 EDAD: _____ FECHA: _____

En este cuestionario se encuentran grupos enumerados de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY.** Encierre en un círculo el cuadrado que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo <input type="checkbox"/> Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo 	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En general no me siento descorazonado por el futuro <input type="checkbox"/> Me siento descorazonado por mi futuro <input type="checkbox"/> Siento que no tengo nada que esperar del futuro <input type="checkbox"/> Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento como un fracasado <input type="checkbox"/> Siento que he fracasado más que las personas en general <input type="checkbox"/> Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos <input type="checkbox"/> Siento que soy un completo fracaso como persona 	<p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo <input type="checkbox"/> Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo <input type="checkbox"/> Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada <input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido con todo
<p>5</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En realidad yo no me siento culpable <input type="checkbox"/> Me siento culpable una gran parte del tiempo <input type="checkbox"/> Me siento culpable la mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> Me siento culpable todo el tiempo 	<p>6</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento que esté siendo castigado <input type="checkbox"/> Siento que podría ser castigado <input type="checkbox"/> Espero ser castigado <input type="checkbox"/> Siento que he sido castigado

<p>7</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento desilusionado de mí mismo <input type="checkbox"/> Estoy desilusionado de mí mismo <input type="checkbox"/> Estoy disgustado conmigo mismo <input type="checkbox"/> Me odio 	<p>8</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento que sea peor que otras personas <input type="checkbox"/> Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores <input type="checkbox"/> Me culpo todo el tiempo por mis fallas <input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede
<p>9</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no tengo pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo <input type="checkbox"/> Me gustaría suicidarme <input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviera la oportunidad 	<p>10</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no lloro más de lo usual <input type="checkbox"/> Llora más ahora de lo que solía hacerlo <input type="checkbox"/> Actualmente lloro todo el tiempo <input type="checkbox"/> Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
<p>11</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no estoy más irritable de lo que solía estar <input type="checkbox"/> Me enoja o irrito más fácilmente que antes <input type="checkbox"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="checkbox"/> Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo 	<p>12</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no he perdido el interés en la gente <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar <input type="checkbox"/> He perdido en gran medida el interés en la gente <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés en la gente
<p>13</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho <input type="checkbox"/> Pospongo tomar decisiones más que antes <input type="checkbox"/> Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes <input type="checkbox"/> Ya no puedo tomar decisiones 	<p>14</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no siento que me vea peor de cómo me veía <input type="checkbox"/> Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a) <input type="checkbox"/> Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a) <input type="checkbox"/> Creo que me veo feo(a)
<p>15</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="checkbox"/> Requero de más esfuerzo para iniciar algo <input type="checkbox"/> Tengo que obligarme para hacer algo <input type="checkbox"/> Yo no puedo hacer ningún trabajo 	<p>16</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Puedo dormir tan bien como antes <input type="checkbox"/> Ya no duermo tan bien como solía hacerlo <input type="checkbox"/> Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir <input type="checkbox"/> Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
<p>17</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me canso más de lo habitual <input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo 	<p>18</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mi apetito no es peor de lo habitual <input type="checkbox"/> Mi apetito no es tan bueno como solía serlo

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Con cualquier cosa que haga me canso <input type="checkbox"/> Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mi apetito está muy mal ahora <input type="checkbox"/> No tengo apetito de nada
<p>19</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no he perdido mucho peso últimamente <input type="checkbox"/> He perdido más de dos kilogramos <input type="checkbox"/> He perdido más de cinco kilogramos <input type="checkbox"/> He perdido más de ocho kilogramos <p>A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos SÍ____ NO____</p>	<p>20</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes <input type="checkbox"/> Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación <input type="checkbox"/> Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
<p>21</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba <input type="checkbox"/> Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora <input type="checkbox"/> He perdido completamente el interés por el sexo 	<p>Puntuación: _____</p>

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Traducción y adaptación: Robles, Varela, Jurado & Paéz, (2001)

NOMBRE: _____ FOLIO: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una **X** según la intensidad de la molestia.

SÍNTOMAS	POCO O NADA	MÁS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1.Entumecimiento, hormigueo				
2.Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3.Debilidad de piernas				
4.Miedo a que pase lo peor				
5.Sensación de mareo				
6. Opresión en el pecho, o latidos acelerados.				
7.Inseguridad				
8.Terror				
9.Nerviosismo				
10.Sensación de ahogo				
11.Manos temblorosas				
12.Cuerpo tembloroso				
13.Miedo a perder el control				
14.Dificultad para respirar				
15.Miedo a morir				
16.Asustado				
17.Indigestión, o malestar estomacal				
18.Debilidad				
19.Ruborizarse, sonrojamiento				
20.Sudoración (no debida a calor)				

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nos es grato informarle que el "Grupo de Investigación en Salud Emocional" de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo se encuentra realizando una investigación para validar la "Escala de Respuestas Rumiativas" con la finalidad de promover el bienestar y salud de los jóvenes universitarios.

Por tal motivo solicitamos su consentimiento para aplicar una batería de instrumentos considerando que esta aplicación se apega en todo momento a lo dispuesto en el código ético del psicólogo, por lo que se mantendrá la confidencialidad de la participación de los y las jóvenes.

Los responsables de esta actividad son Dra. Norma Angélica Andrade Ortega, Dr. Rúben Cruz García y la Dra. Andrómeda I. Valencia Ortiz profesores Investigadores de IC Sa.

Sin más por el momento me despido de usted, agradeciendo de antemano su atención y apoyo.

He leído y comprendo las características de la investigación que realiza el "Grupo de Salud Emocional" de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en el cuál estoy invitado/a a participar Nombre: _____ Del grupo: _____,

ACEPTO participar en este proyecto:

Nombre y firma del/la participante

ESCALA DE RESPUESTAS RUMIATIVAS

NOMBRE: _____ FOLIO: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

Instrucciones: Las personas piensan y hacen distintas cosas cuando se sienten tristes o abatidas. Por favor lee cada una de las frases a continuación y señala si *casi nunca*, *algunas veces*, *a menudo* o *casi siempre* piensas o actúas de esa manera cuando estás abatido o triste.

Por favor, indica lo que *generalmente* haces, no lo que crees que deberías hacer.

Pregunta	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
1. Piensas en lo solo (a) que te sientes.				
2. Piensas "No seré capaz de hacer mi trabajo si no puedo resolver esta situación."				
3. Piensas en tus sensaciones de fatiga y molestia.				
4. Piensas en lo difícil que te resulta concentrarte.				
5. Piensas "Todo lo que pasa me lo merezco."				
6. Piensas en lo desmotivado (a) que te sientes.				
7. Analizas los sucesos recientes para entender porqué estás sintiéndote así.				
8. Piensas acerca de cómo parece sentir diferente a los (as) demás.				
9. Piensas "¿Por qué no puedo lograr las cosas?"				
10. Piensas "¿Por qué siempre reacciono de esta forma cuando algo me entristece o preocupa?"				
11. Te aíslas y piensas porqué te sientes así.				
12. Escribes lo que estás pensando y lo analizas.				
13. Piensas acerca de una situación reciente anhelando que te hubiera ido mejor.				
14. Piensas "No seré capaz de concentrarme si continuo sintiéndome de esta manera."				
15. Piensas: "¿Por qué tengo problemas que los (as) demás no tienen?"				
16. Piensas: "¿Por qué no puedo controlar las cosas?"				
17. Piensas en lo triste que te sientes.				
18. Piensas sobre tus defectos, debilidades, fallas y equivocaciones.				
19. Piensas que no te dan ganas de hacer nada.				
20. Analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimido (a).				
21. Te vas solo (a) a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes.				
22. Piensas en cómo estás enojado (a) contigo mismo (a).				