

**Diferencias en Pensamientos Repetitivos Negativos
(PRNs) y trastornos emocionales en una muestra
clínica y no clínica.**

Alemán Lorenzo Abraham de Jesús

Amador Galván Elisa

Rodríguez Falcón Luz Marina

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología.

Tutores: Manuel González Rodríguez e Ignacio Ibáñez Fernández

Curso 2018/2019

Resumen

En esta investigación presentamos las relaciones entre afecto negativo, afecto positivo, pensamientos negativos repetitivos como preocupación, reflexión y reproches en una muestra clínica y no clínica. Este estudio se ha llevado a cabo con una muestra clínica N = 67 procedentes de la isla de Lanzarote, y una muestra no clínica N = 66 procedentes de las Islas Canarias. Los datos se analizaron mediante un análisis factorial exploratorio, análisis de Chi (χ^2), análisis de regresión, análisis discriminante y pruebas t de Student. Los resultados constatan que los pensamientos negativos repetitivos y el afecto negativo son variables transdiagnósticas para los trastornos de ansiedad y depresión en la muestra clínica y no clínica. Por otro lado, el afecto positivo, reflexión y preocupación son las variables que más discriminan ambas muestras.

Palabras claves: Pensamientos negativos repetitivos, afecto positivo, afecto negativo, rumiación, resistencia al malestar, reflexión, preocupación, ansiedad, depresión.

Abstract

In this research we present the relationships between negative affect, positive affect, repetitive negative thoughts such as worry, reflection and reproaches in a clinical and non-clinical sample. This study has been carried out with a clinical sample N = 67 from the island of Lanzarote, and a non-clinical sample N = 66 from the Canary Islands. The data will be analyzed through exploratory factor analysis, Chi (χ^2) analysis, regression analysis, discriminant analysis and Student's t-tests. The variables confirm that repetitive negative thoughts and negative affect are transdiagnostic variables for anxiety and depression disorders in the clinical and non-clinical sample. On the other hand, the positive effect, reflection and concern are the variables that most discriminate the samples.

Key words: Repetitive negative thoughts, positive affect, negative affect, rumination, resistance to discomfort, reflection, worry, anxiety, depression.

Cuando hablamos de pensamientos negativos repetitivos (PNR) nos referimos a pensamientos reiterativos con connotación negativa, considerados como incontrolables y perseverantes, y centrados en aspectos negativos de la persona y el ambiente (Ehring y Watkins, 2008).

Es de gran interés la asociación de estos pensamientos con el mantenimiento de numerosos síntomas que se aprecian en los diferentes trastornos, siendo su principal característica los contenidos cognitivos y afectivos negativos (Ehring y Watkins, 2008). Al producirse esta asociación se ha conceptualizado este término como factor transdiagnóstico relacionado con el comienzo y la constancia de los trastornos depresivos y ansiosos (Harvey, Watkins, Mansell y Shafran, 2004; McEvoy, Watson, Watkins y Nathan, 2013).

La ansiedad es un trastorno que afecta al 10 % de la población mundial. Según Alonso (2018) mientras que la depresión la sufren entre un 8 y un 15% de las personas a lo largo de su vida (OMS, 2018). Otro aspecto importante a resaltar es la elevada comorbilidad que se da entre los Trastornos de Ansiedad y el Trastorno Depresivo Mayor, con tasas comunes situadas en torno al 40% (Vallance y Garralda, 2008).

Según Watkins (2008), el modo de procesamiento durante los PNR puede influir en si tiene consecuencias funcionales o disfuncionales. El estilo de “por qué” tiene consecuencias negativas en el estado de ánimo, además de un papel perjudicial para la duración y gravedad de trastornos (depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático) (Santa María, Reichert, Hummel y Ehring, 2012; Watkins, 2008). Por otro lado, el estilo “cómo” se centra en la resolución concreta de problemas y en evitar una autoevaluación negativa inútil. Los resultados sugieren que los participantes no clínicos tienden a preferir el PNR del estilo "cómo" cuando se enfrentan a un evento negativo

inesperado de la vida cotidiana (Bassanini, Caselli, Fiore, Ruggiero, Sassaroli y Watkins, 2014).

En función de las investigaciones previas es importante prestar atención en los constructos asociados a los PNR, como son la rumiación y la preocupación. Así como al afecto negativo y el afecto positivo, que son variables de vulnerabilidad temperamental transdiagnósticas relacionados con diversos trastornos emocionales (LoSavio, Dillon y Resick, 2017).

La rumiación es definida como la focalización repetida y pasiva de la atención unida a pensamientos negativos con carga amenazante de las situaciones estresantes. Este constructo constituye una forma de perseverancia rígida que da lugar a un patrón disfuncional en la orientación de la atención (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003).

En distintas investigaciones revisadas se considera a la rumiación como un constructo bidimensional constituida por dos factores: la reflexión y los reproches. La reflexión se define como un proceso introspectivo cuyo propósito es participar en la solución de problemas cognitivos para aliviar el estado de ánimo bajo; los reproches se centran en la rumiación negativista sobre uno mismo y las situaciones, realizando una comparación pasiva de la situación actual con algún estándar no alcanzado (Thanoi, y Klainin-Yobas, 2015; Treynor, González y Nolen-Hoeksema, 2003). A estas dos dimensiones se las considera tipos de rumia diferentes; por un lado, los reproches son una estrategia disfuncional y se asocian a niveles más elevados de depresión, tanto al inicio como a largo plazo; por otro lado, la reflexión es una estrategia funcional y se asocia a una mayor depresión inicial, pero a una menor depresión a largo plazo (Treynor et al., 2003).

Se ha planteado que los efectos negativos de la rumiación tendrían relación con la amplificación de los pensamientos negativos, la interrupción del procesamiento para la

resolución de problemas, la interferencia del afrontamiento activo, el mantenimiento y la potenciación de los estresores negativos, y la disminución a largo plazo del apoyo social (Nolen-Hoeksema, 2004; Papageorgiou y Wells, 2004).

Otra variable relacionada con los PNR es la preocupación, que, según la teoría de la preocupación y el trastorno de ansiedad generalizada, se define como una actividad lingüística verbal relativamente incontrolable acompañada de un estado afectivo negativo y que puede emplearse como una conducta cognitiva evitativa centrada en aumentar el control y resolver problemas (Borkovec, Alcaine, y Behar, 2004). Es un intento por solucionar un problema con un resultado incierto, que conlleva la probabilidad de una o más consecuencias negativas.

Hay que asociar estos constructos con los trastornos de ansiedad y depresión ya que diversos estudios muestran que la varianza compartida de la preocupación y las escalas de rumiación es muy grande y se asocian con la severidad de los síntomas depresivos y de ansiedad (Arditte, Shaw, Timpano, 2016; Hur, Heller, Kern., Berenbaum, 2017; McEvoy y Brans, 2012; Segerstrom, Tsao, Alden, Craske, 2000; Spinhoven, Drost, van Hemert, Penninx, 2015).

Los resultados indican que los niveles de PRN de personas deprimidas en la actualidad y pacientes que han sufrido depresión, pero se encuentran recuperadas, son significativamente mayores que los niveles de PRN de individuos nunca deprimidos (Samtani, McEvoy, Mahoney, Werner-Seidler, Li, McGill, Tockar y Moulds, 2018). Además, Watkins y Moulds (2005) afirman que las personas que se consideran "recuperadas" de sus síntomas agudos de depresión tienen una posibilidad significativa de recaída en el futuro debido a los niveles elevados de rumia que presentan.

Estudios en muestras no clínicas (Ehring, Zetsche, Weidacker, Wahl, Schönfeld y Ehlers, 2011; McEvoy, Mahoney, and Moulds, 2010) y clínicas (Mahoney, McEvoy y Moulds, 2012) mostraron que estas medidas de PNR (preocupación y rumia) independientes del trastorno están fuertemente asociadas con la gravedad de la depresión, la ansiedad y la angustia general. Dicha correlación nos da a entender que hay ciertos factores que son compartidos por la depresión y ansiedad, denominados factores transdiagnósticos comunes (el afecto negativo), y componentes específicos (bajo afecto positivo y alta hiperactivación fisiológica, respectivamente) (Joiner, Salvatore, Catanzaro, Laurent, Sandín, y Blalock, 1996).

Muchos estudios se han centrado solo en buscar la relación que hay entre la rumiación y la depresión, sin embargo, recientes investigaciones han establecido que la relación entre la rumiación y la ansiedad es tanto o más intensa que con la depresión (Calmes y Roberts, 2007). Algo parecido ha pasado con la preocupación ya que en un principio muchas investigaciones la relacionaban con el trastorno de ansiedad generalizada (DSM-5, APA, 2013). Aun así, en recientes estudios se ha observado que también es frecuente encontrarlo en el trastorno de depresión (Molina, Borkovec, Peasley, y Person, 1998; Starcevic, 1995). Esto se puede confirmar con el estudio de Spinhoven, Van Hemert y Penninx (2018), en el que utilizaron el PTQ (Perseverative Thinking Questionnaire), LEIDS-R (Leiden Index of Depression Sensitivity) y PSWQ (Penn State Worry Questionnaire), donde se encontró que un factor general (PNR) capturó la mayor parte de la varianza común entre los trastornos, mientras que los factores específicos para la rumia y la preocupación sólo representaron una pequeña parte de la varianza común. En particular, el factor general de PNR mostró relaciones prospectivas, consistentes y significativas con cada uno de los resultados de depresión y ansiedad (es decir, comorbilidad entre los trastornos depresivos y entre los trastornos de ansiedad,

persistencia y recaída de los trastornos depresivos y de ansiedad, así como la gravedad de los síntomas depresivos y de ansiedad).

Segerstrom, Tsao, Alden, y Craske (2000) afirman que la preocupación y la rumia tanto en muestras clínicas como no clínicas se dan a la vez en un 16-21% de los casos. Por lo que se ha visto que tanto la preocupación como la rumia comparten procesos comunes (por ejemplo, Harvey et al., 2004; McEvoy et al., 2010; Watkins, 2008) generando efectos similares en los estados afectivos. Entre ellos, se da un aumento en el afecto negativo, depresión, ansiedad y una disminución en el afecto positivo y la relajación (McLaughlin, Borkovec, y Sibrava, 2007).

Desde los estudios de Watson (2002) se relacionan las experiencias emocionales con el afecto negativo y afecto positivo. Dicho autor se centra en este modelo bidimensional de la estructura básica del afecto y establece independencia entre ellos. Por un lado, al hablar de afecto positivo, a través de la evidencia, se ha observado que, si se presenta en niveles altos, la persona presentaría motivación, alta energía, deseos de afiliación, concentración y agradable dedicación; además de que es considerado como un factor protector de enfermedades y facilita un buen rendimiento. Mientras que, si presenta un alto afecto negativo, las características principales serían tristeza y letargo (Alcalá, Camacho, Giner, Giner e Ibáñez, 2006; Moral, 2011). Según el estudio de Vera-villarroel y Celis-Atenas (2014) se ha encontrado correlación positiva entre afectos positivos y salud, tanto física como mental. Se han encontrado resultados inversos en relación con el afecto negativo.

Por otra parte, diversos estudios consideran la resistencia al malestar como una respuesta adaptativa frente al impacto de eventos negativos y el malestar emocional (Johnson, Gooding, Wood y Tarrier, 2010). Por ello, la resistencia al malestar y el afecto positivo son dos constructos que se encuentran estrechamente relacionados, además de

mantener una correlación inversa con el afecto negativo (Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero y Watson, 2011)

Diversos estudios que se basan en el estilo explicativo o atribucional negativo defienden que las personas que tienen un estilo negativo de afrontamiento (afecto negativo) tienen mayor vulnerabilidad para desarrollar depresión cuando se enfrentan a situaciones estresantes en su vida que las personas que tienen un estilo explicativo positivo (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Abramson, Alloy y Metalsky, 1995; Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner y Sandín, 1997). Además, se ha asociado que el afecto negativo es un factor de vulnerabilidad general para desarrollar malestar psicológico o emociones negativas, es decir, es un factor común en diversos trastornos como la depresión y la ansiedad (Sanjuán, Pérez García, Rueda y Ruiz, 2006; Wang y Zhang, 2005; Kopecky, Sawyer y Behnke, 2004; Martin-Krumm, Sarrazin, Peterson y Famose, 2003).

Algunos autores han sugerido que la típica asociación negativa que se da entre la preocupación y el afecto positivo se invierte cuando se controla el efecto del rasgo de ansiedad (Olatunji, Schottenbauer, Rodríguez, Glass y Arnkoff, 2007). Parten de la idea sugerida por Davey, Hampton, Farrell y Davidson (1992) de que, mientras que la preocupación excesiva suele ser desadaptativa, la preocupación también puede ser una estrategia funcionalmente adaptativa que facilita la realización de tareas y la solución de problemas.

En definitiva, se confirma que los PNR son un factor transdiagnóstico y que merecen más atención en el diagnóstico y tratamiento de la depresión y ansiedad (Spinhoven, Van Hemert y Penninx (2018). Por lo tanto, siguiendo las investigaciones previas nos centraremos en conocer las diferencias en los pensamientos negativos repetitivos y los constructos relacionados con éstos: afecto positivo, afecto negativo,

rumia (reflexión y reproches) y preocupación comparando una población clínica y una población no clínica.

Método

Participantes

Muestra clínica

La muestra clínica es de 67 personas procedentes de una Unidad de salud Mental de la isla de Lanzarote, con una media de edad de 40.43 años ($Dt = 12,52$), que va desde los 18 hasta los 71 años y una moda de 43. Un 65,2% eran mujeres y el 34,8% hombres. En lo que se refiere al nivel de estudios, un 28,8% tenían estudios primarios, el 50,0% estudios medios, un 12,1% eran diplomadas y un 9,1% eran licenciadas. En relación con su situación laboral un 53,8% trabaja y un 46,2% está en paro. Con respecto al estado civil, el 50,0% están solteras, un 43,9% están casadas o en pareja, el 6,1% se encuentran divorciadas o separadas. Finalmente, un 27,3% de la muestra procede del área rural y un 72,7% de áreas urbanas. En cuanto a salud mental, un 76,1% ha recibido en algún momento ayuda psicológica, frente al 23,9% que no la ha recibido. En los últimos seis meses un 67,2% ha recibido ayuda psicológica, frente a un 38,2% que no la ha recibido. Un 83,6% actualmente recibe ayuda de tipo psicológico, frente a un 16,4% que no.

Muestra no clínica

La muestra no clínica es de 66 personas, con una media de edad de 37.84 años ($Dt = 13,51$), que va desde los 18 hasta los 71 años y una moda de 21. Un 66,1% eran mujeres y el 33,9% hombres. En lo que se refiere al nivel de estudios, un 13,6% tenían estudios primarios, el 45,0% estudios medios, un 24,2% eran diplomadas y un 16,7% eran licenciadas. En relación con su situación laboral un 53,8% trabaja y un 46,2% está en paro. Con respecto al estado civil, el 47,0% están solteras, un 43,9% están casadas o en

pareja, el 9,1% se encuentran divorciadas o separadas. Finalmente, un 47,0% de la muestra procede del área rural y un 53,0% de áreas urbanas. En cuanto a salud mental, un 50,0% ha recibido en algún momento ayuda psicológica, frente al 50,0% que no la ha recibido. En los últimos seis meses un 13,6% ha recibido ayuda psicológica, frente a un 86,4% que no la ha recibido. Un 10,6% actualmente recibe ayuda de tipo psicológico, frente a un 89,4% que no.

Instrumentos

La Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Esta escala evalúa dos dimensiones, el afecto positivo y el afecto negativo. La persona debe indicar cómo se siente generalmente, utilizando 10 adjetivos para cada uno de ellos. Se emplea una escala tipo Likert desde 1 a 5 puntos (1= “totalmente en desacuerdo”, 5= “totalmente de acuerdo”). Muestra una adecuada consistencia interna en la población española, con índices entre .87 y .89 para el afecto positivo y .84 y .89 para el afecto negativo (Sandín et al., 1999).

Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) (*Depression, Anxiety, Stress Scales*), de Lovibond (1995). Se trata de un instrumento que mide los síntomas actuales (“durante la semana pasada”) de depresión y ansiedad. Se emplea la versión reducida de 14 ítems. Está formado por dos escalas, cada una de las cuales contiene 7 ítems. La consistencia interna del total de la escala es de .95 y fiabilidad test-retest de .55.

El Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Es una escala de 16 ítems que evalúa el rasgo de preocupación. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,93 y la consistencia interna de 0,95. De los 16 ítems del cuestionario, cinco están redactados de manera inversa, y estos con frecuencia, atendiendo a algunos autores,

afectan negativamente las propiedades psicométricas de escala y han argumentado en contra de incluir esos elementos en escala desarrollo (Rodebaugh, Woods, Heimberg, 2007)

La Escala de Respuestas Rumiativa (Ruminative Responses Scale, RRS; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Es una escala de 22 ítem de cinco puntos que van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. En este estudio se emplearon los 10 ítems que evalúan los factores de reproches ($\alpha = .80$) y la reflexión ($\alpha = .74$). La consistencia interna del total de los 10 ítems de la escala en esta muestra es de .81.

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

El Cuestionario de Pensamiento Repetitivo (CPR-10) (RTQ, Repetitive Thinking Questionnaire-10) (McEvoy et al., 2010), es una medida de 31 ítems de pensamiento negativo repetitivo, aunque sólo se usa la escala de RNT de 27 ítems (McEvoy et al., 2010), pues cuatro de los ítems son positivos. Los ítems en el CPR se derivaron de varias medidas existentes de pensamientos repetitivos negativos, que incluyeron el Inventario de Preocupación del estado de Pensilvania (PSWQ, Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), La Escala de Respuesta Rumiativas ERR (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) y el Cuestionario de procesamiento post-evento - Revisado (PEPQ-R; McEvoy y Kingsep,

2006). La escala RNT de 27 ítems ha demostrado tener una correlación extremadamente alta con una versión corta de 10 ítems que comprende los 10 ítems de mayor peso factorial (RTQ-10, $r = .95$, McEvoy et al., 2010), y este fue también el caso en este estudio ($r = .92$). Por lo tanto, para reducir la complejidad del modelo, en este estudio se utilizó la versión corta de 10 ítems. Los ítems de CPR-10 evalúan el grado en que una persona se involucra en Pensamientos Repetitivos Negativos (PRN) independientemente de cualquier característica de diagnóstico específica del trastorno (p. ej., "Una vez que comencé a pensar en la situación, no pude parar"). Los ítems se califican en una escala de Likert de 5 puntos, que va de 1 ("no verdadero") a 5 ("muy cierto"). El CPR-10 tiene una excelente consistencia interna ($\alpha = .91$; Wong, McEvoy y Rapee, 2016) y se ha correlacionado de manera significativa con las escalas que evalúan la depresión y la ansiedad ($r_{xy} = .41-.49$; Mahoney et al., 2012). La consistencia interna es alta ($\alpha = .89$).

Procedimiento

El proyecto de investigación realizado por profesores del Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Laguna, colabora con los alumnos de último curso en la tutorización del trabajo de fin de grado. Para ello, se le solicita a cada estudiante la recopilación de un total de 20 personas de su entorno. En el correo electrónico se presentan unas instrucciones previas que incluyen, la información correspondiente al objetivo de la investigación, quiénes la dirigen, un teléfono de contacto, al igual que se realiza la protección de los datos demográficos que se solicitan, junto con el agradecimiento por la participación. Para la facilitación de la cumplimentación de las pruebas los participantes pueden elegir entre dos protocolos, en el primero se ejecuta la batería sin pausas, cuya

media de duración es de 40 minutos; y en el segundo, se da la opción de realizarla en dos partes de 20 minutos cada una.

Análisis estadísticos de los datos

Para el cálculo de la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio tanto para la muestra clínica como para la muestra no clínica mediante la extracción de componentes principales con rotación Promax, y .30 como el criterio mínimo de saturación. Se realiza un análisis de Chi (χ^2) para conocer las diferencias entre la muestra clínica y no clínica en cuanto a la ayuda psicológica recibida en algún momento, últimos seis meses y actualmente. Se realiza un análisis de regresión por método por paso donde se predice la ansiedad y depresión en una muestra clínica y no clínica siendo los predictores los pensamientos negativos repetitivos, afecto positivo y afecto negativo. Finalmente se realiza un análisis discriminante paso a paso para predecir la muestra clínica frente a la no clínica, donde las variables predictoras son los pensamientos repetitivos negativos, la ansiedad, la depresión y el afecto positivo, y negativo

Se analizan las diferencias por género mediante la t de Student, en el que se tiene en cuenta la prueba de Levene para la igualdad de las varianzas.

Resultados

Presentamos en primer lugar los análisis de χ^2 teniendo en cuenta las variables de si la persona ha recibido ayuda psicológica en algún momento de su vida, si ha recibido ayuda psicológica en los últimos seis meses o en el último año.

En primer lugar, como se puede observar en la Figura 1 destaca el porcentaje de personas que han recibido ayuda psicológica χ^2 (10.12, gl1, $p \leq .001$) en algún momento

de su vida en la muestra clínica con respecto a la muestra no clínica en donde el porcentaje de ayuda psicológica recibida y el porcentaje de personas que no ha recibido ayuda psicológica son muy similares.

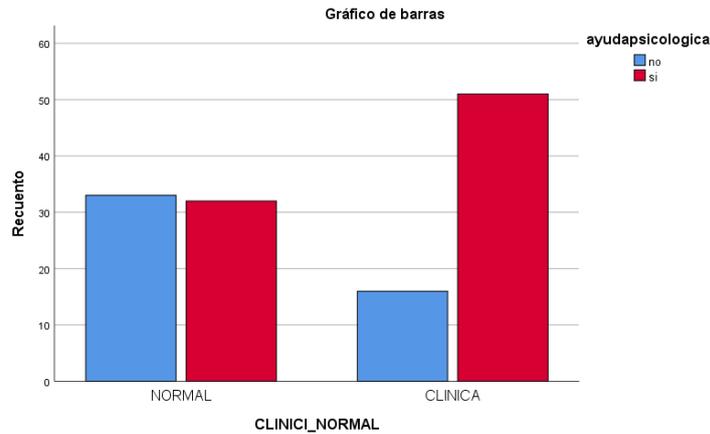


Figura 1. Ayuda psicológica en muestra no clínica y clínica.

Por otra parte, podemos observar en la Figura 2 un porcentaje elevado de personas que pertenecen a la muestra no clínica no ha precisado de ayuda psicológica en los últimos seis meses χ^2 (38.79, gl1, $p \leq .001$). Sin embargo, en la muestra clínica existe un porcentaje mayor de personas que han recibido ayuda psicológica.

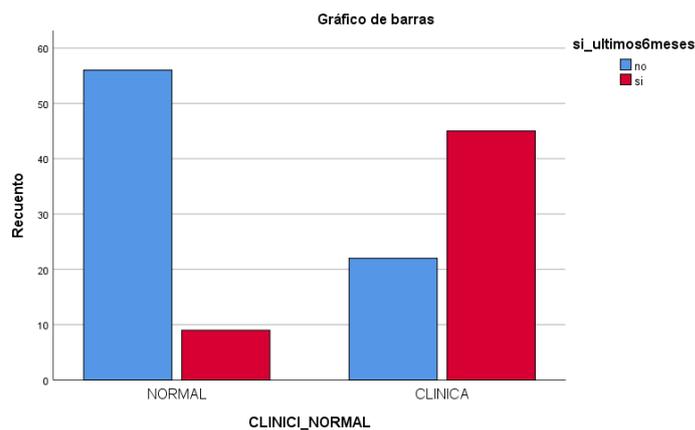


Figura 2. Ayuda psicológica en los últimos seis meses en muestra no clínica y clínica.

En la Figura 3 se observan grandes diferencias en ambos grupos χ^2 (76.44, gl1, $p \leq .001$). En la muestra no clínica destaca de manera significativa el índice de personas

que no se encuentran recibiendo ayuda psicológica actualmente, sin embargo, en la muestra clínica destaca de manera significativa el alto índice de personas que se encuentran recibiendo ayuda psicológica actualmente.

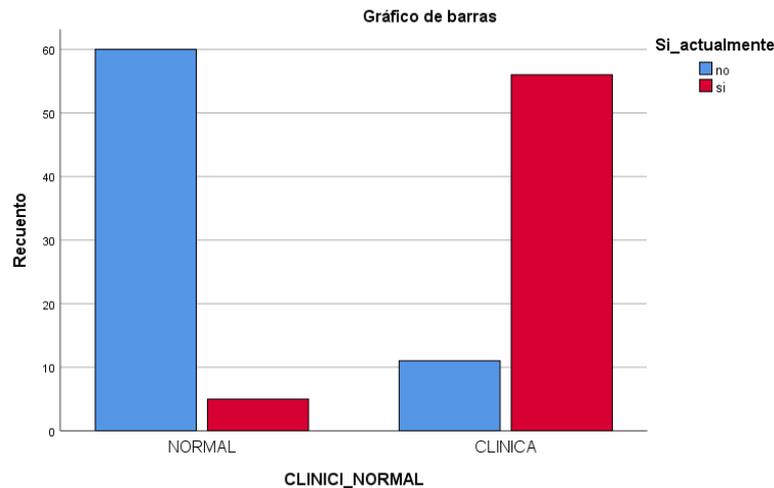


Figura 3. Ayuda psicológica actualmente en muestra no clínica y clínica.

Análisis de regresión.

A continuación, tal como hemos mencionado, realizamos los análisis de regresión paso a paso, en la que las variables a predecir son la ansiedad y la depresión tanto en la muestra clínica como en la muestra no clínica donde los predictores son: la preocupación rasgo, los reproches, la reflexión, los pensamientos negativos repetitivos, el afecto positivo, el afecto negativo y la resistencia al malestar.

En la Tabla 1 se muestran las variables que predicen la ansiedad en la muestra clínica. La ansiedad es predicha por un 35% de la varianza por el afecto negativo y los pensamientos negativos repetitivos. En concreto, la variable afecto negativo es mayor predictor (coeficiente β es de .38) que los PNR (coeficiente β de .29) en la muestra clínica.

Tabla 1.
Variable a predecir: ANSIEDAD (muestra clínica, N = 67)

Variables que entran en el modelo	Cambio					β Modelo final
	R	R ² ajustado	S.E.	R ²	F	
AN	.56	.31	4.23	.30	26.34***	.38
RNT	.61	.35	4.19	.07	16.32***	.29

*** $p \leq 0,001$; R = Coeficiente de Correlación Múltiple; R² = Coeficiente de Determinación; S.E. = Error típico de la estimación. AN=Afecto negativo; RNT = pensamiento negativo repetitivo

En la Tabla 2 se observan las variables que predicen la depresión en una muestra clínica. Es predicha por un 62% de la varianza por las siguientes variables: afecto negativo y menos afecto positivo. El afecto negativo es mayor predictor con un coeficiente β de .68 y en cuanto al afecto positivo se observa una correlación negativa con un coeficiente β de -.28.

Tabla 2.
Variable a predecir: DEPRESIÓN (muestra clínica, N = 67)

Variables que entran en el modelo	Cambio					β Modelo final
	R	R ² ajustado	S.E.	R ²	F	
AN	.74	.54	3.94	.55	66.37***	.68
AP	.79	.62	3.60	.08	11.91***	-.28

*** $p \leq 0,001$; R = Coeficiente de Correlación Múltiple; R² = Coeficiente de Determinación; S.E. = Error típico de la estimación. AN= afecto negativo, AP= afecto positivo

Resumiendo, encontramos como el afecto negativo es un predictor compartido por la ansiedad y la depresión tanto en la muestra clínica como en la muestra no clínica, con un papel diferencial de los pensamientos repetitivos negativos en la predicción de la ansiedad en la muestra clínica, y el bajo afecto positivo en la predicción de la depresión en la muestra clínica.

En la Tabla 3 se observan las variables que predicen la ansiedad en una muestra no clínica. Es predicha por un 36% de la varianza por las siguientes variables: afecto negativo, pensamientos negativos repetitivos, menos resistencia al malestar y reflexión. El afecto negativo es mayor predictor con un coeficiente β de .41, seguido de los PNR con un coeficiente β de .21 y a continuación por reflexión con un coeficiente β de .12. Se observa una relación negativa en resistencia al malestar con un coeficiente β -.13.

Tabla 3

Variable a predecir: ANSIEDAD (muestra no clínica, N = 66)

Variables que entran en el modelo	Cambio					β Modelo final
	R	R ² ajustado	S.E.	R ²	F	
AN	.55	.30	3.34	.30	229.01***	.41
RNT	.58	.34	3.23	.04	35.90***	.21
RESIS_MAL	.59	.35	3.21	.01	10.70***	-.13
REFLEXIÓN	.61	.36	3.18	.01	9.74**	.12

*** $p \leq 0,001$; R = Coeficiente de Correlación Múltiple; R² = Coeficiente de Determinación; S.E. = Error típico de la estimación. AN= afecto negativo, RESIS_MAL= resistencia al malestar; RNT = Pensamientos repetitivos negativos, REFLE = reflexión

En la tabla 4 se observan las variables que predicen la depresión en una muestra no clínica. Es predicha en un 52% de la varianza por las siguientes variables: afecto negativo, menos afecto positivo, pensamientos negativos repetitivos, menos resistencia al malestar y reflexión. Como se puede observar la variable que más predice la depresión es el afecto negativo con un coeficiente β de .48. A continuación se observa una correlación inversa en afecto positivo (coeficiente β -.24), seguida de los PNR con un coeficiente β de .20. También se presenta correlación inversa en resistencia al malestar (coeficiente β -.12) y por último la reflexión con un coeficiente β de .11.

Tabla 4.

Variable a predecir: *DEPRESIÓN* (muestra *NO* clínica, *N* = 66)

Variables que entran en el modelo	Cambio					β Modelo final
	R	R ² ajustado	S.E.	R ²	F	
AN	.62	.38	3.38	.39	340.08***	.48
AP	.68	.46	3.16	.08	78.53***	-.24
RNT	.71	.50	3.04	.04	45.12***	.20
RESIS_MAL	.72	.51	3.00	.01	12.31***	-.12
REFLEXIÓN	.73	.52	2.97	.01	11.90***	.11

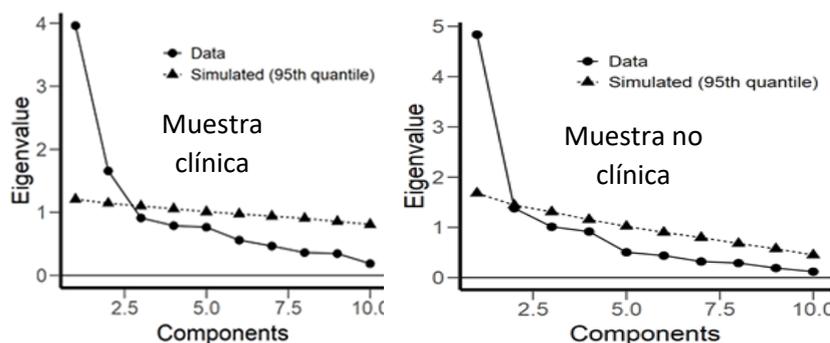
*** $p \leq 0,001$; R = Coeficiente de Correlación Múltiple; R² = Coeficiente de Determinación; S.E. = Error típico de la estimación. AN= Afecto negativo, RNT= pensamientos negativos, RESIS_MAL= resistencia al malestar, REFLE = reflexión

En conclusión, podemos apreciar que los predictores de ansiedad y depresión en la muestra no clínica son similares a la muestra clínica, con especial énfasis en pensamientos repetitivos negativos y más reflexión, así como menos resistencia al malestar.

Análisis factorial exploratorio y diferencias de medias (t de Student) entre la muestra clínica y no clínica

Los datos de la muestra clínica y no clínica se examinaron para determinar la idoneidad del muestreo. Así, en la muestra clínica las estadísticas de Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo KMO fueron .815 ($p \leq 0,001$), y la prueba de esfericidad de Bartlett fueron significativas (χ^2 [gl 58] = 429,791, $p < 0,001$). Para la muestra no clínica la Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo KMO fueron .874 ($p \leq 0,001$), y la prueba de esfericidad de Bartlett fueron significativas (χ^2 [gl 55] = 3209,716, $p < 0,001$). Estos resultados de ambas muestras se consideraron apropiados para la realización de un análisis factorial exploratorio.

En la Figura 4 (muestra clínica) y 5 (muestra no clínica) se muestra el análisis paralelo de Horn (1966), aconsejan la retención de dos factores para ambas muestras.



Figuras 4 y 5. Análisis paralelos de Horn en muestra clínica y no clínica.

Esos dos factores los hemos denominado el primero como *pensamientos repetitivos negativos* y *estrategias de regulación emocional menos adaptativas*, y el segundo, *afecto positivo* y *resistencia al malestar con empleo de estrategias de regulación emocional cognitivas adaptativas*.

Como se ha podido observar en la tabla 5, el Factor 1 (que explica el 59.17% de la varianza en la muestra clínica y el 58,13% en la muestra no clínica), al que hemos denominado *pensamientos repetitivos negativos* y *estrategias de regulación emocional menos adaptativas* que engloba: pensamientos negativos repetitivos, estrategias de regulación emocional poco adaptativas, evitación experiencial, tendencia a la preocupación, ansiedad, afecto negativo y depresión. Por otro lado, el Factor 2 y al que denominamos *afecto positivo* y *resistencia al malestar con empleo de estrategias de regulación emocional cognitivas adaptativas* engloba: resistencia al malestar, estrategias de regulación emocional adaptativas y afecto positivo.

Por otro lado, se hallaron diferencias significativas entre la muestra clínica y la muestra no clínica en todos los componentes anteriormente nombrados ($p < 0.001$) y REMA (resistencia al malestar) con una $p < 0.05$. Sin embargo, no se encontró significación respecto a estrategias de regulación emocional funcionales.

Tabla 5.

Análisis factorial exploratorio de factores principales y rotación promax según la muestra clínica y no clínica, y diferencia de medias

	Muestra clínica			Muestra no clínica			Muestra clínica		Muestra no clínica		t	p
	F1	F2	h ²	F1	F2	h ²	M	Dt	M	Dt		
RNT	,91		.80	.77		.78	26.7	7.2	17.2	9.3	6.5	.001
CERQ-	,88		.67	.68		.66	26.4	6.7	20.2	5.7	5.7	.001
AAQ	,79		.62	.76		.61	44.7	8.6	34.8	7.3	7.2	.001
PSWQ	,76		.57	.79		.62	39.4	9.0	29.0	8.9	6.6	.001
ANS	,73		.53	.78		.63	7.9	5.2	3.8	4.4	4.8	.001
AN	,66		.61	.80		.57	28.7	8.9	20.3	8.0	5.7	.001
DEP	,65	-.34	.71	.86		.51	10.6	5.9	3.8	4.6	7.3	.001
REMA		,83	.63		.61	.70	48.3	12.1	52.4	9.0	-2.2	.029
CERQ+		,75	.53		.59	.38	33.0	7.0	34.6	8.5	-1.1	ns
AP		,36	.24		.84	.35	25.4	7.9	31.3	6.8	-4.8	.001
VP	4.62	1.29		4.31	1.51							
% VE	46.25	12.92		43.06	15.07							
% VA	46.25	59.17		43.06	58.13							

Nota: **F1** = Afecto negativo, pensamientos repetitivos negativos y estrategias de regulación emocional menos adaptativas; **F2** = Afecto positivo y resistencia al malestar con empleo de estrategias de regulación emocional cognitivas adaptativas; **DEP** = Depresión; **AN** = Afecto negativo; **PSWQ** = Tendencia a la preocupación; **ANS** = Ansiedad; **RNT** = pensamientos negativos repetitivos; **AAQ** = Evitación experiencial; **CERQ-** = Estrategias de regulación emocional menos adaptativas; **AP** = afecto positivo; **RESIS_MAL** = Resistencia al malestar; **CERQ+** = Estrategias de regulación emocional funcionales; **VP** = Valor propio; **% V E** = varianza explicada; **% VA** = Varianza acumulada

Análisis discriminante entre la muestra clínica y no clínica

En la tabla 6 se observa el resultado de análisis discriminante paso a paso que hemos empleado para diferenciar las variables predictoras de la muestra clínica y la no clínica. En este caso las variables predictoras son la reflexión, el rasgo de preocupación, la depresión y el afecto negativo. Se observa como este último es el constructo que más contribuye a la función discriminante, aunque los otros tres tienen su relevancia predictiva, destacando la depresión por su relación con el bajo afecto negativo. Las cuatro variables clasifican correctamente bien un 81,9 % de las personas

Tabla 6

Resumen de análisis discriminante entre la muestra clínica y no clínica

Variables	Muestra clínica y no clínica	coeficientes tipificados de la función discriminante
	REFLE	.36
	PSWQ	.34
	DEP	.39
	AP	-.42
% clasificaciones correctas		81,9%

Nota: REFLE = Reflexión, PSWQ = Preocupación rasgo, DEP = Depresión; AP = Afecto positivo

Discusión

El objetivo general de esta investigación es conocer las diferencias que existen entre los pensamientos negativos repetitivos, afecto negativo, afecto positivo, rumia, preocupación y los trastornos de ansiedad y depresión en una muestra clínica y no clínica.

Se ha encontrado que el valor de afecto positivo es significativamente diferente en ambas muestras, ya que está más presente en la muestra no clínica que en la clínica. El afecto positivo se encuentra relacionado inversamente con la depresión en ambas muestras. Esto se asemeja con el estudio de Vera-villaruel y Celis-Atenas (2014), en el que encontraron relación entre el afecto positivo y la salud mental. Además, interpretando las diferencias de medias, se observa que la muestra no clínica tiene mejor resistencia al malestar, estos hallazgos se pueden relacionar con el estudio de Johnson et al (2010), en el que afirmaron que la resistencia al malestar es una estrategia adaptativa frente a eventos negativos.

Los resultados de esta investigación apoyan que el afecto negativo es un factor transdiagnóstico, tanto para el trastorno de depresión como para la ansiedad en ambas muestras, tal y como afirman los estudios revisados (Sanjuán et al., 2006; Wang et al., 2005; Kopecky et al., 2004; Martin-Krumm, 2003). Respecto a los pensamientos negativos repetitivos, se obtienen las mismas conclusiones que en los estudios de Spinhoven et al (2018), Harvey et al (2004) y McEvoy et al (2013), ya que explican un alto porcentaje de varianza en ambos trastornos, por lo que también pueden considerarse un factor transdiagnóstico.

En cuanto a los factores generales y específicos de la depresión y ansiedad de los que hablaban Joiner et al (1996), se confirma que el afecto negativo es un factor general, ya que obtiene un alto valor de varianza explicada tanto en la muestra clínica como en la no clínica. Además, se encontró relación entre el bajo afecto positivo y la depresión en

ambas muestras, por lo que se confirma que es un factor específico de este trastorno (Joiner et al, 1996).

En cuanto a la preocupación, hay diferencias significativas en ambas muestras, siendo mayor en la muestra clínica. Esto puede deberse a la necesidad que tienen las personas con trastornos de ansiedad o depresión de encontrar una solución o respuestas ante experiencias negativas (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, y Ladouceur, 1994). Sin embargo, en esta investigación la preocupación no es un factor predictor de los trastornos. Por otro lado, la reflexión sí es un factor predictor de ambos trastornos en la muestra no clínica. Estos resultados van en contra de los hallados (Arditte et al., 2016; Hur et al., 2017; McEvoy et al., 2012; Segerstrom et al., 2000; Spinhoven et al., 2015) en los que confirmaban que tanto preocupación como rumia predicen los trastornos de ansiedad y depresión. En contraposición de estas investigaciones, el estudio de Spinhoven et al (2018) encontró que los PNR capturaron la mayor parte de la varianza común entre los trastornos, mientras que la rumia y la preocupación sólo representaron una pequeña parte de la varianza común acorde con los resultados de nuestra investigación.

En las limitaciones de este estudio, encontramos que al ser un cuestionario de implementación online no pudimos controlar las variables extrañas que se pudieran dar al cumplimentarse, por lo tanto, sería interesante en investigaciones posteriores que los sujetos cumplimenten el cuestionario en un ambiente controlado para así disminuir la influencia de estas variables extrañas.

Por otra parte, los participantes de nuestra muestra son generalmente jóvenes, además de existir una diferencia significativa en cuanto al género, por lo que la muestra no garantiza la generalización de los resultados a la población general. Por ello, creemos que sería necesario realizar dicho estudio con una muestra mayor y más heterogénea para aumentar la validez de nuestros resultados.

Bibliografía:

- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E. et al, (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*, 35(3), 195-208.
- Drost, J., van der Does, W., van Hemert, A. M, Penninx, B.W., Spinhoven, P., (2014). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: A conceptual replication. *Behaviour Research and Therapy*, 63:177-83 doi: 10.1016/j.brat.2014.06.004
- Fernández-Berrocal, P., Ramos N., y Extremera, N., (2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de psicología*, 70, 79-95.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C. & Watson, D. (2011). Development of a Measure of Experiential Avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23, 692-713.
- González, M., Ramírez, G., Mar Brajin, M. y Lodoño, C. (2017). Estrategias cognitivas de control, evitación y regulación emocional: el papel diferencial en pensamientos repetitivos negativos e intrusivos. *Revista de Ansiedad y Estrés*. 23, 84-90.
- González, M., Ibáñez, I., y Barrera, A. (2017). Rumiación, preocupación y orientación negativa al problema: procesos transdiagnósticos de los trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria y del estado de ánimo. *Acta Colombiana de Psicología*, 20 (2), 30-41.
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Reserach and Therapy*, 48, 179–186
- Mahoney, A.E.J., McEvoy, P.M., Moulds, M.L., (2012). Psychometric properties of the Repetitive Thinking Questionnaire in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders* 26, 359–367.
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R. y Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151, 313–320.
- Olatunji B.O., Schottenbauer, M.A., Rodríguez, B.F., Glass, C.R., & Arnkoff, D.B. (2007). The structure of worry: Relations between positive/negative personality characteristics and the Penn State Worry Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 540-553
- Ramos, S., Fernández, P., Lepore, S. (2000). *Variables cognitivas implicadas en el ajuste al trauma y asociadas a la comunicación emocional* (tesis doctoral). Universidad de Málaga, Málaga, España.

- Ricarte, J., Aizpurúa, E., Ros, L., Latorrel, J., Raes, F., (2018). Psychometric Properties of the Spanish Short Depressive Rumination Scale in a Nonclinical Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, 1-10.
- Rosebrock, L., Arditte Hall, K., Rando, A., Pineles, S., Liverant, G., (2019). Rumination and Its Relationship with Thought Suppression in Unipolar Depression and Comorbid PTSD. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 226–235.
- Sanjuán, P., Pérez-García, A. M., Rueda, B., Ángeles Ruiz, M. (2008). Estilos explicativos y afecto negativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (1), 45-52.
- Spinhoven, P., Van Hemert, A., Penninx, B., (2018). Repetitives negative thinking as a predictor of depression and anxiety: A longitudinal cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 216-225. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.037>
- Vera-Villaruel, P., Celis-Atenas, K., (2014). Afecto positivo y negativo como mediador de la relación optimismo-salud: evaluación de un modelo estructural. *Universitas Psychologica*, 13(3), 1017-1026. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.apnm>
- Wahl, K., Ehring, T., Kley, H., Lieb, R. et al, (2019). Is repetitive negative thinking a transdiagnostic process? A comparison of key processes of RNT in depression, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder and community controls. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 45-53. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.02.006>.