



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**RESPUESTAS RUMIATIVAS EN PACIENTES CON DEPRESIÓN,
ANSIEDAD Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN
UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL**

**PRESENTADA POR
PABLO CESAR TACSA PAMPAS**

**ASESOR
PAUL ROGER BROCCA ALVARADO**

**TESIS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2018



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO
Y DE PSICOLOGÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
SECCIÓN DE POSTGRADO**

**RESPUESTAS RUMIATIVAS EN PACIENTES CON DEPRESIÓN, ANSIEDAD
Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN UN HOSPITAL DE
SALUD MENTAL**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
PSICOLOGÍA**

PRESENTADO POR:

PABLO CESAR TACSA PAMPAS

ASESOR:

MG. PAUL BROCCA ALVARADO

LIMA – PERÚ

2018

Dedicatoria

Al Padre eterno por todas sus bendiciones que inmerecidamente me brinda, a la memoria de mi Sr. padre Misael y a mi Sra. madre Dora que continuamente me brinda su apoyo.

A mi amada esposa Ana Liz que está conmigo dándome su apoyo y comprensión, a mis hijos Matías, Allegra y Joaquín que son el motor de mi vida día a día.

Agradecimientos

Agradezco a Damoc (Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento) por todo lo que su nombre y prestigio significa y más que todo por la calidad humana de cada uno de sus integrantes, terapeutas de reconocido prestigio como; María Luisa Girón, Carlos Saavedra, Nancy Chía, Paúl Brocca, Alicia Belletti, Noemí Epiqueñ, Johanna Rubianes, Zoraida Ybazeta, Dina Figueroa, Renzo Martínez y Augusto Mosquera. A Irene Vega y Emilia Cortez por su excelente labor administrativa y más que todo la amistad compartida.

Agradezco de manera muy especial a Renzo Martínez, por el apoyo y orientación en la elaboración de mi tesis, desde el primer momento.

También expreso mi gratitud a la Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología de la USMP, y de modo particular a la Sección de Post Grado de la Escuela Profesional de Psicología y a todos mis profesores que fueron un punto importante en mi formación y el logro de la presente investigación.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
INDICE DE CONTENIDOS	iv
INDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: MARCO TEORICO	
1.1. Antecedentes de la investigación	12
1.2. Estilo Rumiativo	17
1.3. Características del estilo rumiativo	18
1.4. Modelos explicativos del estilo rumiativo	19
1.5. Relación del estilo rumiativo y las emociones	20
1.6. Depresión	23
1.7. Epidemiología de la depresión	26
1.8. Modelos explicativos de la depresión	28
1.9. Ansiedad	30
1.10. Epidemiología de la ansiedad	33
1.11. Modelos explicativos de la ansiedad	34
1.12. Trastorno límite de personalidad	36
1.13. Epidemiología del trastorno límite de la personalidad	38
1.14. Modelo biosocial del trastorno límite de la personalidad	39

1.15. Planteamiento del problema	41
1.16. Objetivos	43
1.17. Definiciones conceptuales	
1.17.1. Depresión	44
1.17.2. Ansiedad	44
1.17.3. Trastorno de personalidad limite	45
CAPÍTULO II: Método	
2.1. Tipo y diseño metodológico	46
2.2. Participantes	46
2.3. Instrumento	48
2.4. Procedimientos	50
2.5. Análisis de datos	51
CAPÍTULO III: Resultados	52
CAPÍTULO IV: Discusión	62
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS	72
ANEXOS	83

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Participantes de la investigación	47
Tabla 2 Estadísticos descriptivos de la Escala de Respuestas Rumiativas (ERR) y sus sub escalas	52
Tabla 3 Prueba de distribución en los grupos de Escala de Respuestas Rumiativas	53
Tabla 4 Comparaciones en tres diagnósticos, en la sub escala de depresión (ERRD) con distribución no normal	54
Tabla 5 Comparaciones en dos diagnósticos, en la sub escala de depresión (ERRD) con distribución no normal	55
Tabla 6 Comparaciones en dos diagnósticos, en la sub escala de depresión (ERRD) con distribución normal	55
Tabla 7 Comparaciones en tres diagnósticos, en la sub escala de depresión (ERREP) con distribución no normal	56
Tabla 8 Comparaciones en tres diagnósticos de la sub escala de Reproches (ERREP) con distribución no normal	57
Tabla 9 Comparaciones en tres diagnósticos, en la sub escala de depresión (ERREF) con distribución no normal	58
Tabla 10 Comparaciones de dos diagnósticos, en la sub escala de Reproches (ERREF) con distribución no normal	58

Tabla 11 Comparaciones en dos diagnósticos, en la sub escala de depresión (ERREF) con distribución normal	59
Tabla 12 Comparaciones en tres diagnósticos, en la escala de depresión (ERR) con distribución no normal	60
Tabla 13 Comparaciones de dos diagnósticos, en la escala de Respuestas Rumiativas (ERR) con distribución no normal	60
Tabla 14 Comparaciones en dos diagnósticos, en la escala de Respuestas Rumiativas (ERR) con distribución normal	61

Resumen

La investigación tuvo como objetivo comparar los puntajes de la Escala de Respuestas Rumiativas en pacientes con Depresión, Ansiedad y Trastornos de Personalidad Límite en un Hospital de Salud Mental. El estudio que se presenta posee un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo – comparativo. La muestra estuvo conformada por un total de 84 pacientes distribuidas en tres grupos de acuerdo a su diagnóstico de depresión, ansiedad y trastornos límite de la personalidad. Los resultados indican que al comparar la Escala de Respuestas Rumiativas (la sub escala de Depresión, la sub escala de reproches y la sub escala de Reflexión) con los diagnósticos de depresión, ansiedad y trastorno de personalidad límite estas no presentan diferencias significativas. Asimismo, la sub escala de Depresión y la sub escala de Reproches al ser comparadas con los grupos de depresión y ansiedad, así como con los grupos de trastorno de personalidad límite y ansiedad, y el grupo de depresión con trastorno de personalidad límite estas no evidencian diferencias significativas. De la misma forma, las comparaciones de la sub escala de Reflexión con pacientes con depresión y ansiedad, así como con los grupos de depresión y trastornos de personalidad límite, tampoco presentan diferencias significativas. Finalmente, al evaluar las diferencias entre ansiedad y trastornos de personalidad límite, si existen diferencias significativas que podrían ser debido a las diferencias en los constructos de rumiación y preocupación

Palabras clave: Respuestas rumiativas, depresión, ansiedad y trastornos de personalidad límite.

Abstract

The main objective of the research was to compare the scores of the Ruminative Response Scale in patients with Depression, Anxiety and Limit Personality Disorders in a Mental Health Hospital. The study presented has a quantitative approach, a descriptive - comparative type and a non - experimental and transversal design. The sample consisted of 84 patients who attend outpatient treatment and are diagnosed with depression, anxiety and borderline personality disorders, with 28 participants in each of the groups. The results indicate that when comparing the Ruminative Response Scale (the sub-scale of Depression, the sub-scale of reproaches and the sub-scale of Reflection) with the diagnoses of depression, anxiety and borderline personality disorder these do not present significant differences. Likewise, the sub-scale of Depression and the sub-scale of Reproaches when compared with the groups of depression and anxiety, as well as with the groups of borderline personality disorder and anxiety, and the depression group with borderline personality disorder these do not show significant differences. In the same way, the comparisons of the sub-scale of Reflection with patients with depression and anxiety, as well as with the groups of depression and borderline personality disorders, do not show significant differences either. Finally, when evaluating the differences between anxiety and borderline personality disorders, if there are significant differences that could be due to differences in the constructs of rumination and concern

Key words: Ruminative responses, depression, anxiety and borderline personality disorders.

Introducción

El inicio del estudio sobre del estilo rumiativo, se da aproximadamente en la década de los setenta, sin embargo, se ha tenido dificultades para identificar los factores precursores de esta respuesta, debido a la poca investigación que se ha realizado hasta el momento (Jaimes, 2013).

Se puede entender a las respuestas rumiativas como un hecho presente en la vida humana y como una experiencia común en muchas personas (Ciarocco, Vohs & Baumeister, 2010). Sin embargo, en los últimos años, diversas investigaciones han mostrado una relación importante entre estas respuestas con diversos trastornos psicológicos tales como depresión, ansiedad y el trastorno límite de la personalidad (Nolen-Hoeksema, 1991; Cova, Rincón & Melipillán, 2007; Baer & Saue, 2011).

La rumiación se identifica como un modo de responder a las situaciones cargadas de angustia de forma repetitiva y pasiva centrándose en las causas y en las consecuencias de los síntomas que se percibe (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008). Este concepto forma parte de la teoría de los estilos de respuesta rumiativas que es una de las propuestas más destacadas en la comprensión de la vulnerabilidad psicológica a algunos cuadros afectivos (Nolen-Hoeksema, 1991).

En este estudio, se busca determinar las diferencias en las respuestas rumiativas en un grupo de pacientes diagnosticados con depresión, ansiedad y

personalidad límite en un hospital de salud mental de Lima Metropolitana. Para alcanzar este objetivo, se aplicó la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS) (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) en toda la muestra para poder comparar estos puntajes y conocer las diferencias que se presentan entre estos trastornos en las respuestas rumiativas y poder confirmar los datos que se han desarrollado para estos trastornos y poder plantear, estrategias que ayuden intervenir sobre esta variable.

La investigación se divide en cuatro capítulos, en el primero, se observa la problemática del estudio, permitiendo desarrollar el fundamento teórico, el planteamiento del problema, las hipótesis y los objetivos que se desean alcanzar. En el segundo capítulo, se observa el método del estudio, indicando el diseño de la investigación, el número de participantes, técnicas de recolección de datos, el instrumento que se aplicará, los procedimientos para obtener la información y el análisis de los datos. El tercer capítulo, se muestra los resultados obtenidos en función de los objetivos planteados y su descripción, incluyendo las tablas y gráficos, que nos permitan visualizar de mejor manera lo encontrado. Finalmente, en el último capítulo, se observa la discusión de los resultados, expresados en hallazgos relacionados con los objetivos propuestos, para luego arribar a las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la investigación

Dentro de los diversos estudios sobre la rumiación en el ámbito internacional, encontramos el realizado por Priede, González-Blanch, Herrán y Hoyuela (2013) quienes desarrollaron un estudio con el fin de conocer la asociación entre la rumiación y el malestar emocional en pacientes recién diagnosticados de cáncer. Se evaluó una muestra de 71 pacientes oncológicos recién diagnosticados y se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), La escala de respuesta rumiativa (RRS), la Escala MOS de Apoyo Social y una entrevista Clínica (MOS-SSS). Los resultados indican que existe asociación entre rumiaciones y sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes oncológicos. Asimismo, los modelos multivariados mostraron que los pacientes con sexo femenino que presenten mayor nivel de rumiación tanto en reflexión y reproches es más probable que presente sintomatología ansiosa y aquellos pacientes que presenten mayor nivel de rumiaciones en su escala de reproches, es más probable que presente sintomatología depresiva.

Hervás (2008) realizó una investigación con el objetivo de presentar la adaptación al castellano de la Escala de Respuestas Rumiativas (Ruminative Responses Scale, RRS). Esta escala evalúa la presencia del estilo de respuesta rumiativo que ha sido asociado a una mayor probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva y ansiosa. La muestra estuvo conformada

por 254 participantes y se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Neuroticismo y Extraversión (EPQ-R), Escala de Meta-Estados de Ánimo (TMMS), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Cuestionario de Preocupación (PSWQ) y la Escala de Respuesta Rumiativa. Se utilizó el método de bola de nieve, donde los alumnos de una universidad les aplicaban la escala a 5 personas de diferentes edades. Los resultados indicaron un alfa de Cronbach de 0.93, un test-retest después de 7 semanas de 0.56 y después de un año de 0.54. Asimismo, el análisis factorial identificó dos factores, Reflexión y Reproches y la Escala de Respuestas Rumiativas fue un predictor significativo de la sintomatología depresiva y ansiosa incluso tras controlar la influencia de Neuroticismo y Extraversión.

Nolen-Hoeksema, Stice, Wade y Bohon (2007) realizaron un estudio con la meta de evaluar las Relaciones recíprocas entre rumiación y la bulimia, abuso de sustancias y los síntomas depresivos en la adolescencia. Los participantes del estudio fueron 496 adolescentes con edad que fluctuaron de 11 a 15 años. Los instrumentos fueron 6 ítems de la escala original de 22 ítems de la escala del cuestionario de estilos de respuestas rumiativas, una versión adaptada del esquema de Trastornos afectivos y esquizofrenia para niños en edad escolar, el examen sobre trastornos de alimentación, elementos de la encuesta adaptada de sustancias de Stice y los ítems de la encuesta de externalización de síntomas de síndromes de la lista de chequeo de la conducta de niños. Los resultados nos indican que los adolescentes que obtuvieron puntajes elevados en Rumiación mostraron síntomas depresivos y las mujeres que tuvieron altos puntajes en rumiación eran más propensas a desarrollar episodios de

depresión mayor durante casi cuatro años. Finalmente, se identifica que existe un proceso recíproco donde los síntomas depresivos contribuyen al desarrollo de un estilo de respuesta rumiativa, lo que aumenta el riesgo de síntomas depresivos, que luego aumentan aún más el riesgo de rumiación.

Cova, Rincón y Melipillán (2007) realizaron una investigación con el objetivo de identificar la presencia de rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. Las personas que participaron del estudio fueron 871, compuesta por 75 pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión y 796 personas estudiantes. Los instrumentos que se aplicaron fueron el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Respuestas Rumiativas (RRS). Los resultados indican que la escala RRS presenta una apropiada consistencia interna y confiabilidad test-retest. Asimismo, la rumiación es un factor que se asocia de forma importante con la sintomatología depresiva ($p < 0.01$) y ansiosa ($p < 0.01$). Finalmente, los datos muestran que la sintomatología depresiva y ansiosa es más alta en mujeres que en varones.

Gesteira, Morán, Fernández-Arias, Rolda, Díez, Romero, Zapardiel y Sanz (2006) realizaron una investigación con el objetivo de identificar si el estilo rumiativo está asociado a la depresión, ansiedad o a ambos. Los participantes fueron 57 pacientes que acuden a la clínica universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Las escalas que se utilizaron fueron el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS). Los resultados nos indican

que el estilo rumiativo de reproches está asociada especialmente a la sintomatología depresiva ($p > 0,01$), pero no a la ansiosa.

Hervás y Vázquez (2006) desarrollaron un estudio con el fin de explorar el origen emocional de las respuestas rumiativas tomando en cuenta la complejidad emocional y la inteligencia emocional. El método que se utilizó fue el de bola de nieve y participaron 254 personas de 18 a 76 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala de Complejidad Emocional (ECS), la Ruminative Responses Scale (RRS), Inventario de Depresión de Beck II (BDI – II) la Sub Escala de la Escala TMMS que mide Atención afectiva, claridad afectiva y Tendencia a la reparación. Los resultados indican que todas las variables demostraron ser relacionadas con el estilo rumiativo, solo la complejidad emocional, la atención emocional y la sintomatología depresiva ($p < 0.01$) fueron capaces de predecir la varianza única. Asimismo, la sintomatología depresiva tiene relación con ambos componentes del estilo rumiativo, tanto con Reflexión ($p < 0.05$) y Rumiación ($p < 0.001$). Esto lleva a que se indique que las variables de tipo emocional están asociadas a la presencia del estilo rumiativo.

Nolen-Hoeksema (2000) realizó una investigación con el objetivo de establecer el papel de la rumiación en los trastornos depresivos y mixtos (ansioso – depresivo). El método que se utilizó para la muestra a través de la marcación de números de teléfono al azar, llegando a obtener una muestra de 1132 de 25 a 75 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Inventario de depresión de Beck (BDI), Escala de depresión de Hamilton (HRSD), la

entrevista clínica estructurada (SCID) y el Inventario de ansiedad de Beck (BAI), Cuestionario de estilo de respuesta rumiativa (RSQ). Los resultados nos muestran diferencias significativas entre las personas con diagnóstico de depresión y quienes no lo tienen, en relación al estilo rumiativo ($p < 0.01$). Asimismo, se observan diferencias entre las personas con diagnóstico de depresión y evaluadas después de un año, cuando consideramos los puntajes en rumiación vemos mayor puntaje en las evaluaciones que se tienen después de un año ($p < 0.01$). De la misma forma, se observa los puntajes en la escala de rumiación es un predictor directo para la ansiedad tanto como para la depresión. Finalmente, se identifica también los puntajes de rumiación como factor predictor del trastorno mixto ansioso-depresivo.

Dentro de los estudios que se desarrollaron a nivel nacional sobre rumiación, encontramos el elaborado por Jaimes, K. (2013) en su estudio con un grupo de estudiantes de ingeniería civil y electrónica de una universidad privada de Lima Metropolitana buscó relaciones existentes entre estilo rumiativo y rasgos de personalidad desde el modelo de los cinco factores, para ello, se empleó el Inventario de Personalidad NEO PIR forma S y la Escala de Respuestas Rumiativas. Los resultados evidenciaron correlaciones positivas entre la dimensión neuroticismo y todas sus facetas con el estilo rumiativo y sus componentes: reflexión y reproches, mientras que la dimensión conciencia y algunas facetas de otros dominios presentaron correlaciones inversas con la rumiación y con alguno de sus dos factores. Asimismo, se encontraron diferencias a partir de variables sociodemográficas como edad presentando el

grupo más joven una mayor tendencia a un estilo rumiativo y niveles altos de neuroticismo.

Inoñán (2011) quien desarrolló un estudio donde tuvo como meta adquirir las propiedades psicométricas de la escala de respuestas rumiativas en una muestra de adultos de Lima, evaluó una muestra conformada por 114 personas (88 estudiantes de una facultad de psicología y 26 adultos encuestados por el procedimiento de bola de nieve) y aplicó la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS), el Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II), Inventario de ansiedad estado - rasgo (IDARE). Los resultados indicaron el análisis factorial ($KMO=0.868$, $p<0.000$) encontró la existencia de dos factores (Reflexión y Reproches). Se confirmó la fuerte relación entre la rumiación con la depresión, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, que denota la existencia de la validez convergente en el RRS. Finalmente, el RRS es una prueba que presenta confiabilidad, debido a su alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.92) y la correlación ítem-test (correlaciones entre 0.24 a 0.71).

1.2. Estilo rumiativo

Estilo rumiativo es un estilo de pensamiento o tendencia a desarrollar una extremada focalización en las propias emociones negativas y a partir de ello, en la búsqueda constante por comprender las causas y consecuencias de este estado (Nolen-Hoeksema, 1991).

Este concepto se origina en la década de los setenta y fue inicialmente asociado a la presencia de sintomatología depresiva. Es por ello que Rippere (como se citó en Papageorgiou y Wells, 2004) la definió como la presencia de pensamientos negativos, frecuentes y repetitivos, que acompañan al ánimo depresivo. Asimismo, Conway (como se citó en Papageorgiou & Wells, 2004) encontró que este estilo de pensamiento se concentra en hallar las causas de la tristeza experimentada, lo que impedía la búsqueda de estrategias de solución para cambiar ese estado. Teniendo como resultado, otros síntomas como la sensación de desesperanza, la pérdida de motivación y el aislamiento social. Dentro de esta línea de investigación, Nolen-Hoeksema (1991) plantea que existen diversos tipos de reacciones cognitivas y conductuales, asociadas a la tristeza.

Dentro de estas reacciones, el estilo de respuesta rumiativo constituye un modo en el cual la atención se enfoca en los síntomas depresivos, sus posibles causas y consecuencias; así como, el significado personal que se le asigna a dicho estado. Esta rumiación involucra además el desarrollo de patrones conductuales que inhiben la capacidad de reenfocar la atención hacia estímulos no asociados con este estado de ánimo, como, por ejemplo, permanecer en casa o escuchar música triste (Nolen-Hoeksema, 1991).

1.3. Características del estilo rumiativo

Una de las características que presenta la rumiación es la estabilidad a través del tiempo; de ahí su capacidad predictiva sobre la aparición o

agravamiento de sintomatología depresiva (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999).

Asimismo, se encontró que aquellos sujetos que presentan altos puntajes de pensamiento rumiativo presentaban síntomas depresivos más graves en comparación con las personas que reportan menos puntaje bajo las mismas situaciones. En este sentido, también se ha encontrado que este estilo de pensamiento influye en la aparición de futuros episodios depresivos, pudiendo predecir la aparición de éstos hasta con 18 meses de anticipación (Just y Alloy, 1997).

1.4. Modelos explicativos del estilo rumiativo

Teoría de los estilos de respuestas a la tristeza: Esta teoría indica que las personas que presentan un estilo rumiativo, centrándose en sus síntomas depresivos y/o en las causas y consecuencias, mantendrán durante una mayor cantidad del tiempo los efectos del estado de ánimo depresivo (Nolen-Hoeksema, 1991). Según esta teoría, los efectos perjudiciales se darían por cuatro vías, la activación de los pensamientos depresivos y recuerdos, cuando la rumiación interfiere con la solución de problemas, interfiere para la mejora del estado de ánimo negativo y distancia a la persona de posibles apoyos sociales (Nolen- Hoeksema, 2001).

Modelo de Papageorgiou y Wells: Este modelo indica que los trastornos emocionales, son un malestar cognitivo – atencionales, debido a que se dan

por respuestas autofocalizadas a las estrategias de afrontamiento inadecuado frente a una situación problemática (Matthews y Wells, 2004). Asimismo, estos autores proponen que estas estrategias se manifiestan a través de dos mecanismos, la rumiación y/o la preocupación como la disminución del funcionamiento cognitivo y la aparición de sesgos atencionales. Para este modelo, existe un procesamiento metacognitivo positivo (asociado a pensamientos positivos y estrategias de afrontamiento adaptativo), sin embargo cuando la rumiación no llega a cumplir su función adaptativa, comienza a producir una respuesta desadaptativa, activando creencias negativas, junto a disminución del humor (Papageorgiou y Wells, 2004).

1.5. Relación del estilo rumiativo y las emociones

Si bien este estilo de pensamiento influye de forma fundamental en el desarrollo de la sintomatología depresiva, algunos estudios encuentran que también podría estar implicado en la vivencia de otras emociones y favorecer al desarrollo de otras patologías (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade y Bohon, 2007). De la misma forma, Martin y Tesser (1996) consideran que la rumiación es una forma de pensamiento que se produce no sólo en estados depresivos, y que se expresa en diferentes tipos de cogniciones. Para estos autores, las personas pueden presentar diversas ideas que se manifiestan de forma recurrente, que son difíciles de ser eliminadas y, las cuales no responden a un grupo específico de estímulos; por lo que, su presencia y persistencia se producirá independientemente de las demandas o

condiciones del ambiente. Por ello, la rumiación puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de otras problemáticas emocionales más allá de la depresiva.

De forma específica, para Johnson, et al. (2008) manifiestan que es posible que este estilo colabore con la manifestación de síntomas asociados al desorden bipolar. Lo que ellos encontraron fue que los sujetos con trastorno bipolar sin una experiencia previa de manía tendrían una mayor tendencia a la rumiación, ya que enfocan sus pensamientos en los síntomas de energía, fuerza y alegría desmedida que experimentan, buscando los motivos de ello. Asimismo, estos sujetos tendrían una mayor probabilidad de presentar pensamientos rumiativos frente a un episodio depresivo, reflexionando más y centrando sus cogniciones en sus síntomas, a diferencia de los sujetos que no padecen este trastorno.

Por otro lado, la ansiedad es una emoción que también está relacionada con la rumiación ya que los pensamientos que presentan las personas ansiosas giran constantemente en torno a cuestionar su capacidad para lidiar con situaciones altamente valoradas por ellos, y sobre el control que tienen sobre estas (Lyubomirsky, Tucker, Caldwell, y Berg, 1999). De igual forma, el estilo rumiador estará presente en tanto la sensación de incertidumbre, característica de la ansiedad, lleva a estos sujetos a analizar persistentemente todos los eventos que ocurren a su alrededor, muchas veces sin llegar a una solución (Nolen-Hoeksema et al., 1999).

En este sentido, Nolen-Hoeksema (2000) encontró también una relación entre el pensamiento rumiativo y el trastorno mixto ansioso-depresivo. De acuerdo a sus resultados, las personas con niveles más altos de rumiación presentaban a su vez síntomas ansiosos y depresivos, debido a que la rumiación implica un intento reiterativo de comprender las emociones negativas que el sujeto experimenta y cuando no se llega a encontrar una razón para tal emoción, el sujeto experimenta una sensación de incertidumbre, la cual conlleva a un estado de hipervigilancia hacia el entorno y hacia el propio estado afectivo.

Asimismo, el pensamiento rumiativo puede contribuir a la aparición de conductas de riesgo como lo identificaron Crane, Barnhofer y Williams (2007) cuando encontraron que los sujetos que han tenido intentos de suicidio o ideación suicida, tienen una capacidad para reflexionar reducida, debido a que su atención está orientado a realizarse auto-reproches, lo que ocasionaría que su autovaloración y expectativas hacia el futuro se vea afectada.

La personalidad también se ha asociado a la etiología de la rumiación, encontrándose relación entre este estilo y los rasgos de personalidad neuroticismo, caracterizado por dificultades para enfrentar el malestar emocional y en una tendencia al desajuste emocional del individuo mediante afectos negativos como el temor, la vergüenza, la frustración y la culpa (Costa y McCrae, 1992). Asimismo, aquellas personas que acumulan una gran cantidad de emociones tendrán también una mayor probabilidad de pensar

constantemente sobre ellas (Hervás, Hernan Gómez y Vázquez, como se citó en Hervás y Vázquez, 2006).

1.6. Depresión

La OMS (2017) manifiesta que los trastornos depresivos tienen como características principales la tristeza, pérdida de placer, sentimiento de culpabilidad, fatiga, baja autoestima, dificultades con el sueño y el apetito, pudiendo ser duradera o recurrente, de modo que afecta directamente en todas sus actividades que realiza.

Asimismo, podemos reconocer la depresión como una alteración patológica del estado de ánimo con una marcada disminución del humor en el que predominan síntomas afectivos como culpa, soledad, tristeza e impotencia, además, están presentes los síntomas de tipo cognitivo como dificultad en la atención e ideación suicida. Asimismo, se pueden identificar síntomas volitivos como apatía, anhedonia, retardo psicomotor y síntomas somático como cefalea, fatiga, dolores y alteraciones del sueño (CENETEC, 2015).

Zarragoitía (2011) manifiesta que la depresión clínica se considera como una condición médica que afecta el estado de ánimo, la conducta y los pensamientos; logrando cambiar la manera en que una persona se siente, actúa y piensa. Esto trae como consecuencia, que las actividades que eran fáciles y agradables, en este estado toman más esfuerzo y a veces son casi imposibles de realizar.

Los teóricos de la psicología cognitiva como Beck, Rush, Shaw y Emery (2003) proponen que, desde este modelo, se considera que los signos y síntomas del síndrome depresivo devienen como consecuencia de los patrones cognitivos negativos que posee la persona.

Según Thompson (2002) la depresión es una enfermedad que afecta a toda la persona como los pensamientos, sentimientos, comportamiento y su salud física. En su forma más benigna, la depresión puede impedirles a individuos usualmente saludables que gocen de la vida a plenitud. Cuando los síntomas de la depresión son más graves, pueden causar sufrimiento innecesario a la persona que está deprimida y causar dolor innecesario a las personas que los aman. En su forma más grave, la depresión puede ser una condición que amenaza la vida.

Asimismo, Skinner (como se citó en Caballo, 1997) define que la depresión es el resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de consecuencias establecidas de la misma que había sido reforzadas positivamente por el ambiente social.

Finalmente, otros autores como Freeman y Oster (1997) manifiestan que desde la perspectiva cognitiva se maneja un modelo de diátesis – estrés donde los acontecimientos de la vida diaria, los pensamientos, las conductas y los estados de ánimo están íntimamente ligados entre sí, y el mal funcionamiento de estas relaciones desencadenan un trastorno depresivo.

Según Schramm (como se citó en Buela-Casal, 2001) indican que se puede resumir en cinco grandes núcleos los posibles síntomas que, en mayor o menor medida, puede presentar una persona deprimida, estas son:

Síntomas Afectivos: El estado de ánimo es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado, desamparo, abatimiento, irritabilidad, hostilidad etc. Sin embargo, en algunos casos de depresiones graves la tristeza puede ser negada por el paciente, manifestando su incapacidad para mostrar ningún sentimiento o ánimo invariable.

Síntomas Conductuales: La pérdida de interés se manifiesta de forma objetiva por un rechazo creciente a tomar parte en las actividades cotidianas y para práctica sus aficiones favoritas ni otras actividades agradables, ha dejado de disfrutar con actividad que antes eran consideradas como placenteras y se descuida el aseo personal o la vestimenta.

Síntomas Cognitivos: Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Asimismo, quienes tienen ocupaciones laborales o estudios, suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque solo tengan problemas leves de concentración.

Síntomas Somáticos: Las alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias), fatiga, la pérdida de apetito, la disminución de la actividad y el deseo sexual. En

la mayoría de los casos se trata de la pérdida de apetito, acompañada por una evidente pérdida de peso. Con menos frecuencia también se produce un aumento del apetito hasta llegar en ocasiones a un aumento de peso.

Síntomas interpersonales: El deterioro en las relaciones interpersonales acompaña a menudo a la sintomatología de la persona deprimida.

1.7. Epidemiología de la depresión

En América Latina, los estudios epidemiológicos en relación a la depresión son relativamente escasos. Una revisión de García (como se citó en Rojtenberg, 2006) indicó una prevalencia variable de 10 a 15% (Argentina, 12%; Chile 15.3 %; Republica Dominicana, 9.8%; Perú, 11%, cifra que se incrementó significativamente cuando a la población estudiada fue la de consultorios externos en hospitales (México y República Dominicana, 19%; Cuba, 39%; Costa Rica 53%).

Las cifras de prevalencia del tratamiento depresivo son prácticamente el doble en las mujeres que, en los hombres, en la mayor parte de los estudios realizados, incluso en culturas muy diversas. Estas diferencias sexuales pudieran ser un indicio de la existencia de factores genéticos contribuyentes a la manifestación fenotípica de esta alteración o bien refleja la existencia de tempranas diferencias educativas entre los niños y niñas (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Respecto al estudio cooperativo sobre depresión, Rojtenberg (2006) manifiesta que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) identificó un

síndrome depresivo nuclear en cinco países, pero reveló significativas diferencias en cuanto a la presentación de síntomas, conceptualización del afecto, gravedad e influencia de los procesos de aculturación entre inmigrantes. En un clásico estudio sobre neurastenia y depresión en China, (Kleinman y Good como se citó en Rojtenberg, 2006) distinguen claramente un estado (y su conceptualización) culturalmente determinado y una condición clínica identificable por los sistemas nosológicos convencionales.

En el Perú, en el estudio de Sogi (como se citó en el Ministerio de Salud (2004), aunque focalizado en un solo distrito limeño, resalta la prevalencia de vida de la depresión mayor en 9,2%, siendo en varones de 6,1% y en mujeres de 12,4%. Además, uno de cada tres entrevistados manifestó haber tenido síntomas depresivos en algún momento de su vida.

En el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002), realizado sobre la población que reside permanentemente o habitualmente en las viviendas particulares del área urbana de Lima metropolitana y el Callao, refiriéndose a sus ocupantes entre las edades de 12 años en adelante. Se excluyó a las viviendas colectivas tales como hospitales, hoteles, cuarteles y conventos, entre otros. Asimismo, la ciudad de Lima metropolitana estuvo dividida en 43 distritos de Lima propiamente dicha y 6 distritos de la provincia constitucional del Callao. Se excluyó los distritos balnearios como Punta Negra, Punta hermosa, Pucusana, San Bartolo, Santa María del Mar y Santa Rosa, lo que representa el 0,3% de la población total del

área de Lima y Callao. Se encontró que la prevalencia actual del episodio depresivo en la población adulta de Lima metropolitana y el Callao oscila en un 10.1 % y en la población adolescentes estaba en un 8.6 %.

Asimismo, se realizó la replicación del estudio epidemiológico metropolitano en salud mental del 2002, en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2012) encontrando que se determinó un índice de prevalencia de vida de 17,3% (varones=12,6% y mujeres=21,6%), una presencia anual de 6,2% (mujeres=8,5% y varones=3,8%) y la prevalencia actual de 2,8% (mujeres=3,9% y varones=1,7%).

1.8. Modelos explicativos de la depresión

El modelo cognitivo de la depresión: Beck, Rush, Shaw y Emery (2003) afirman que el modelo cognitivo de la depresión postula tres conceptos para explicar la depresión. La triada cognitiva: Se da en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente de sí mismo, el segundo se centra en la tendencia de interpretar sus experiencias de una manera negativa y el tercero se centra en la visión del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente.

El modelo de esquema: Desarrolla los motivos por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos.

Los errores en el proceso de información: En el pensamiento depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia contraria. Los errores más comunes son: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pasamiento dicotómico. Esto se presenta debido a que las personas depresivas tienen a estructurar sus experiencias de un modo primitivo, donde se emiten juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan sus vidas, lo que produce una respuesta emocional negativa y extrema.

La vulnerabilidad y estilos atribucionales: La referencia a los modelos de diátesis – estrés, fue hecha por primera vez más de 40 años atrás en las formulaciones de la esquizofrenia, en las cuales la diátesis, o vulnerabilidad a desarrollar el trastorno, era genética. En los últimos años, tales modelos han sido aplicados para entender el desarrollo de los trastornos depresivos donde la diátesis no es genética, sino que es alguna forma de disfunción cognitiva (Monroe y Simons, como se citó en Alloy y Riskind, 2009). Asimismo, la teoría

de la depresión por desesperanza manifiesta que los individuos deprimidos están caracterizados por un conjunto de expectativas sobre el mundo que son maladaptativas y depresotípicas. En la teoría original del desvalimiento aprendido, la experiencia de eventos negativos incontrolables fue propuesta como lo que lleva a expectativas de que los eventos negativos futuros son, también, incontrolables; reduciendo, por tanto, la probabilidad de que uno actuará sobre esos eventos. Los eventos negativos son vistos como estables, lo cual significa que no cambiarán; como internos, lo cual significa que son debidos a nuestros propios errores; y como globales, lo cual significa que abarcan todo el entorno del individuo (Abramson, Metalsky y Alloy, como se citó en Alloy & Riskind, 2009).

1.9. Ansiedad

Desde los inicios de la historia registrada, filósofos, líderes religiosos, eruditos y, más recientemente, los científicos médicos y sociales han tratado de revelar los misterios de la ansiedad y el desarrollo de intervenciones que pudieran resolver con efectividad esta condición generalizada y problemática de la humanidad (Beck y Clark, 2012).

La ansiedad patológica se expresa con una respuesta ante un estímulo identificado como una amenaza acompañada en la aparición de malestar intenso, sin una causa objetiva que lo justifique y que está representada por que se acompaña de sentimientos de aprensión y miedo a perder la razón o morir (Ochando, 2017).

Spielberger (1972) indica que la ansiedad es un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo.

El miedo, la ansiedad y la preocupación, sin embargo, no son dominio exclusivo del desastre y de otras experiencias que conlleven riesgo vital. En la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana. De hecho, los trastornos de ansiedad son el principal problema de salud mental de los Estados Unidos, llegando a tener un número significativo de personas con un trastorno de ansiedad (Barlow, 2002)

Como parte de nuestra naturaleza emocional, el miedo se produce como respuesta adaptativa sana a una amenaza percibida o peligro para la propia seguridad física o psíquica y advierte a los individuos de una amenaza inminente y de la necesidad de una acción defensiva (Beck & Greenberg, como se citó Beck & Clark, 2012).

Barlow (2002), manifiesta que *“el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción”* (p. 104). Asimismo, este autor indica que la ansiedad, por el contrario, se define como una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrollabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un

cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos.

Es difícil encontrar a alguien que nunca haya experimentado miedo o haya sentido ansiedad en relación a un suceso inminente. El miedo presenta una función adaptativa que es crítica para la supervivencia de la especie humana; el miedo advierte y prepara al organismo para la respuesta contra los peligros que amenazan la vida y ante las emergencias (Barlow, 2002).

Beck y Clark (2012) sugieren cinco criterios que pueden ser usados para distinguir los estados de miedo y ansiedad. Los mismos que se hacen presentes la mayoría de las veces en los estados clínicos. Estos son:

Cognición disfuncional: Se presenta con una valoración errónea de peligro en una situación que no cuenta con una observación directa, sin embargo, se realiza una activación de las creencias disfuncionales sobre la amenaza y de los errores en el procesamiento cognitivo asociados que provoca miedo excesivo, que es incoherente con la realidad objetiva de la situación.

Deterioro del funcionamiento: La ansiedad clínica interfiere directamente con el manejo efectivo y adaptativo ante la amenaza percibida, y de forma más general en la vida social cotidiana y en el funcionamiento laboral de la persona, pudiendo producir el comportamiento de quedarse paralizado ante el peligro, logrando interferir en la capacidad de la persona para disfrutar.

Persistencia: La ansiedad persiste un mayor tiempo del que se espera llegando a sentir sensaciones aumentadas de aprensión subjetiva con sólo pensar en una amenaza potencial inminente, independientemente de los sucesos que se presenten.

Falsas alarmas: En los trastornos de ansiedad a menudo se observan las falsas alarmas, conocidas por Barlow (2002), como el miedo o pánico en ausencia de un estímulo amenazante, pudiendo llegar a manifestarse con una crisis de angustia espontánea.

Hipersensibilidad a los estímulos: El miedo es provocado por una amplia gama de estímulos o situaciones en las que la intensidad de la amenaza es relativamente leve y que podrían percibirse como inocuas por los individuos no amenazados.

1.10. Epidemiología de la ansiedad

A nivel mundial, se considera a la ansiedad como una de los trastornos mentales más comunes, con un índice de 2 a 8 % en la población en general y de 10% a 12% en las consultas de atención primaria (Navas y Vargas, 2012).

En el Perú, se realizó el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002) en la población que reside permanentemente o habitualmente en las viviendas particulares del área urbana de Lima

metropolitana y el Callao, se encontró que la prevalencia actual que la ansiedad general en la población adulta es de 25,3 % (mujeres=30,1 % y varones=20,3 %), una presencia de seis meses de 16,4 % (mujeres=21,0 % y varones=11,6 %) y la prevalencia actual de 14,6 % (mujeres=18,3 % y varones=10,7 %).

De la misma manera, se realizó la replicación del estudio epidemiológico metropolitano en salud mental del 2002, en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2012) encontrando un índice de prevalencia de vida de 10,5 % (varones=8,1m % y mujeres=12,6 %), una presencia anual de 2,9 % (mujeres=3,3 % y varones=2,4 %) y la prevalencia actual de 1,9 % (mujeres=2,1 % y varones=1,7 %).

1.11. Modelos explicativos de la ansiedad

Modelo conductual de la ansiedad: Olivares, Méndez y Beléndez (2010) manifiestan que Watson y Rayner en 1920 aproximadamente, realizaron un experimento con un niño, donde demostraron que no mostraba miedo al manipular una rata blanca, sin embargo, cuando se le presentó el mismo animal pero acompañado del sonido de un martillo situada ligeramente detrás de la cabeza por siete veces, le produjeron llanto y miedo. De este modo, los autores comprobaron que era posible aprender respuestas de miedo siguiendo los principios del condicionamiento pavloviano.

Por otro lado, Mowrer expuso la teoría de los dos factores o bifactorial que sirve para explicar la adquisición y mantenimiento de las reacciones fóbicas. Esta teoría expone que una vez que se adquiere la fobia, la evitación de la situación fóbica elude o reduce la ansiedad condicionada, de esta manera, refuerza consecuentemente la conducta de evitación (Caballo, Andrés & Bas, 1997).

Wolpe (1981) indica que la ansiedad es una respuesta automática que se presenta en los individuos a los estímulos nocivos, que la llevan a respuestas de evitación y que esta respuesta que no evoca la ansiedad puede adquirir el poder de hacerlo, si está actuando sobre el individuo cuando la ansiedad está siendo evocada por otro estímulo, convirtiéndose en un estímulo condicionado a la ansiedad.

Teoría cognitiva de la ansiedad: Esta teoría se basa en la premisa que son los pensamientos, y no los acontecimientos externos, lo que hacen que las personas se sientan preocupados, solo hace falta que interpretemos una situación y le demos un sentido antes de poderse sentir inquieto o nervioso sobre la misma (Burns, 1999).

Asimismo, Beck, Emery y Greenberg (citado por Clark y Beck, 2012) indican que en la ansiedad es fundamental entender el concepto de vulnerabilidad, como la percepción de la persona como alguien que no puede controlar lo que le sucede, lo que le trae consigo una percepción de inseguridad. Esto muestra

que la intensidad de la ansiedad depende de la valoración de la amenaza y la valoración secundaria de la capacidad de afrontar la situación.

La teoría de la ansiedad rasgo – estado: Spielberger (1980) manifiesta que el término de ansiedad se puede utilizar en diferentes sentidos, ya sea asignarlo como un rasgo estable de la personalidad o como un indicador de un estado emocional transitorio o situacional. Llegando así, a una diferenciación entre la ansiedad como un estado y como un rasgo.

1.12. Trastorno Límite de personalidad

La personalidad es una estructura que trae consigo un conjunto de rasgos individuales que caracterizan a una persona, conteniendo un conjunto de pensamientos, sentimientos y conductas que persisten a través de los diferentes sucesos de la vida (Rodríguez y Betancor, 2018). Asimismo, estos autores indican que el trastorno de personalidad indica permanencia de rasgos inflexibles y desadaptativos que le causan dificultades en la mayoría de las áreas de su vida, trayendo consigo malestar o sufrimiento.

El trastorno límite de personalidad se caracteriza por tener dificultades para la regulación emocional, estabilidad en el estado de ánimo, baja tolerancia a la frustración, percepción dicotómica, sentimiento crónico de vacío, relaciones intensas pero inestables, mostrando diversos comportamientos impulsivos que lo pueden llevar a crisis emocionales intensas y autodestructivas (Vanegas, Barbosa y Pedraza, 2017)

A las personas que presentan el trastorno límite de la personalidad, también se les conoce como Trastorno fronterizo de la personalidad o Borderline y presenta como manifestaciones clínicas características el problema para regular las emociones y sus pensamientos, el control del comportamiento impulsivo y las relaciones inestables con otras personas (Rodríguez y betancor, 2018).

Sayrs y Linehan (2001) describen cómo los clínicos experimentados en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad reportan que el progreso es frecuentemente difícil y los logros relativamente modestos. Además, el comportamiento de algunos de estos pacientes es por momentos en extremo estresante para los profesionales.

En una encuesta realizada a profesionales de la salud mental llevada a cabo por Leiderman, et al (2004) se obtuvieron los siguientes datos: los síntomas que se consideran de mayor importancia para diagnosticar trastorno borderline de la personalidad fueron la impulsividad, la inestabilidad afectiva, el aburrimiento o sensación de vacío, las relaciones inestables y las amenazas o intentos de suicidas. En menor grado surgieron los trastornos de la identidad, los miedos al abandono, las broncas incontrolables y la hipersensibilidad. Los motivos de consulta más frecuentes son la depresión, los intentos o amenazas suicidas, los trastornos de ansiedad y las dificultades interpersonales. En menor proporción surgen el abuso de drogas o alcohol, la agresividad o los trastornos alimentarios.

Belloch (2002) caracteriza a los pacientes límite por la inestabilidad y la ambivalencia de la personalidad en prácticamente todos los ámbitos de sus vidas. El resultado de la intrusión constante de estos dos elementos en la vida cotidiana del individuo es la presencia de actitudes cambiantes, emociones erráticas o carentes de control, comportamiento caprichoso y poco confiable. Son personas impulsivas, impredecibles y a menudo explosivas. Asimismo, estos autores agrega que hay dos características más que distinguen a estos pacientes de otros con trastornos menos graves: la presencia de una competencia social deficiente o deficitaria y la aparición de episodios psicóticos o pseudo-psicóticos transitorios y reversibles.

Welch y Linehan (2002) describen que el trastorno borderline de la personalidad se caracteriza por los comportamientos autodestructivos frecuentemente de carácter impulsivo. Entre los ejemplos más complejos se encuentran el abuso de sustancias y el suicidio (tanto los intentos de suicidio como los comportamientos de automutilación). Las tasas de comportamientos parasuicidas en el trastorno borderline de la personalidad son altas, estimativamente van del 69% al 80%.

1.13. Epidemiología del trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno psiquiátrico que se encuentra en el 2% de la población adulta, identificando que no existen diferencias significativas de género, sin embargo suele ser más diagnosticado

en mujeres que en varones (Frías, 2017). Asimismo, este autor indica, que el 5% de diagnosticadas terminan suicidándose, debido a que no se mantienen en tratamiento psicoterapéutico constante.

Welch y Linehan (2002) indica que los comportamientos autodestructivos, como los intentos de suicidio y el abuso de sustancias en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Asimismo, son la razón por la cual son los mayores utilizadores de los servicios psiquiátricos, llegando a ser un 14% y 20% de los pacientes externos (Modestin, Abrecht, Tschaggelrri y Hoffman, 1997).

Asimismo, se identifica que los pacientes que son diagnosticados con el trastorno límite de la personalidad presentan entre un 60% a 80% de conductas autolesiva, lo cual causa mucho sufrimiento y son la causa de frecuentes hospitalizaciones (Hidalgo, 2016).

1.14. Modelo biosocial del trastorno límite de la personalidad

El modelo Biosocial es el más aceptado en la actualidad para la explicación del desarrollo del trastorno límite de la personalidad, debido a que presenta una explicación multifactorial que se ajusta a la complejidad de la psicopatología de este diagnóstico (Fleitas, 2018).

Asimismo, se indica que existen dos grandes grupos que interactúan para el desarrollo de dicho trastorno (Linehan, 1993; Linehan, 2015) los cuales son:

Factores psicosociales: Están dados por separaciones, pérdida de un familiar, entorno invalidante y abuso físico, psicológico y sexual durante los primeros años de vida.

Factores genéticos: Se entienden como la historia familiar, antecedentes psiquiátricos, temperamento para rasgos impulsivos, disfunciones neurobiológicas, disminución de la función serotoninérgica central y el aumento de la noradrenalina.

Linehan (2003) manifiesta que la teoría biosocial propone que el trastorno límite de la personalidad tiene como génesis la desregulación emocional, que es propuesta como una síntesis de la interacción entre la vulnerabilidad emocional y la utilización de estrategias para regular esta vulnerabilidad, sin embargo terminan siendo inadecuadas y que imposibilitan la adaptación, debido al desarrollo de un ambiente que se presenta como invalidante. Asimismo, esta autora indica que la vulnerabilidad emocional está compuesta por la alta sensibilidad, respuestas intensas y con disminución lenta de las emociones que experimenta el individuo y la modulación emocional, es la habilidad de inhibir la conducta inapropiada relacionada con una emoción, dificultades para realizar acciones para los objetivos que tiene independientemente del estado de ánimo, controlar la actividad fisiológica y la focalización de la atención ante la exposición de una emoción fuerte.

1.15. Planteamiento del problema

Se considera al estilo rumiativo como un estilo de pensamiento que posee una extremada focalización en las emociones negativas y a partir de ello, en la búsqueda constante de comprender las causas y consecuencias de este estado (Nolen-Hoeksema, 1991). Asimismo, ante la necesidad de poder manejar estas respuestas, la persona realiza estrategias inadecuadas, lo que le genera tristeza (Cova, Rincón y Melipillán, 2009; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade y Bohon, 2007), ansiedad (Gonzales, Ibañez y Barreda, 2017; Cova, Rincón y Melipillán, 2007) y conductas de riesgo como intentos suicidas o ideación (Crane, Barnhofer y Williams, 2007).

En los últimos años diversas investigaciones han mostrado una relación importante entre los estilos de respuestas rumiativas con diversos trastornos psicológicos tales como depresión, ansiedad y personalidad. Sin embargo se observa que dichos estudios son hechos en otros países; en el Perú salvo los estudios hechos por Jaimes (2013) e Inoñan (2011) no existen otros que investiguen el tema de estilos de respuestas rumiativas; cabe resaltar que dichos estudios fueron hechos en población no clínica.

Debido a los datos encontrados, se identifica la posibilidad de que se encuentre la presencia de estilos rumiativos en diversos trastornos, por ello se realizó la investigación en un hospital de salud mental de Lima Metropolitana, tomando como población los pacientes diagnosticados con depresión, ansiedad y trastorno límite de la personalidad, con el objetivo de conocer las diferencias entre estas muestras y comprender de mejor manera la concepción teórica que

se tiene de cada una de ellas, pudiendo plantear futuras investigaciones donde se realice comparaciones entre otras variables y reconocer la posibilidad de conocer variables psicológicas como los estilos rumiativos, que puedan ser una propuesta transversal de diagnóstico psicológico para estas patologías.

Asimismo, confirmar lo propuesto por los autores anteriormente mencionados, donde exponen la presencia de los estilos rumiativos en estos diagnósticos y precisar su influencia en el surgimiento, desarrollo o mantención de estas patologías en las diversas etapas de su vida.

De acuerdo a la problemática planteada surge la siguiente interrogante ¿Cuáles son las diferencias existentes del estilo de respuestas rumiativas entre los trastornos de depresión, ansiedad y trastorno límite de personalidad en pacientes de un hospital de salud mental de Lima?

Por otro lado, conocer estas diferencias brindan la posibilidad de realizar programas de tratamiento especializados de cada uno de los trastornos que mantienen como componente principal o estrategia de afronte el estilo rumiativo, debido que conociendo la implicancia de los estilos rumiativos en cada uno de ellos, facilita la decisión en la confección e introducir en estos programas, estrategias que busquen disminuir esta respuesta y/o mejorar las estrategias de afronte cuando aparezcan estas dificultades. Finalmente, se considera importante para la población estos resultados, ya que fomentan una comprensión clara del surgimiento y mantenimiento de los trastornos con mayor incidencia, lo mismo que posibilita el propio manejo de los pensamientos.

1.16 Objetivos

1.16.1. Objetivo general

Comparar los puntajes de la Escala de Respuestas Rumiativas en pacientes con Depresión, Ansiedad y Trastornos de Personalidad Límite en un Hospital de Salud Mental

1.16.2. Objetivos específicos

Identificar las medidas descriptivas de la Escala de Respuestas Rumiativas y sus sub escalas en pacientes con Depresión, Ansiedad y Trastornos de Personalidad Límite en un Hospital de Salud Mental.

Comparar los puntajes de la sub escala de Depresión en pacientes con Depresión, Ansiedad y Trastornos de Personalidad Límite en un Hospital de Salud Mental.

Comparar los puntajes de la sub escala de Reproches en pacientes con Depresión, Ansiedad y Trastornos de Personalidad Límite en un Hospital de Salud Mental.

Comparar los puntajes de la sub escala de Reflexión en pacientes con Depresión, Ansiedad y Trastornos de Personalidad Límite en un Hospital de Salud Mental.

1.17. Definiciones conceptuales

1.17.1. Depresión

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con una marcada disminución del humor en el que predominan síntomas afectivos como culpa, soledad, tristeza e impotencia, además, están presentes los síntomas de tipo cognitivo como dificultad en la atención e ideación suicida. Asimismo, se pueden identificar síntomas volitivos como apatía, anhedonia, retardo psicomotor y síntomas somático como cefalea, fatiga, dolores Y alteraciones del sueño (CENETEC, 2015).

1.17.2. Ansiedad

La ansiedad patológica se expresa con una repuesta ante un estímulo identificado como una amenaza acompañada en la aparición de malestar intenso, sin una causa objetiva que lo justifique y que está representada por que se acompaña de sentimientos de aprensión y miedo a perder la razón o morir (Ochando, 2017).

1.17.3. Trastorno de personalidad límite

El trastorno límite de personalidad se caracteriza por tener dificultades para la regulación emocional, estabilidad en el estado de ánimo, baja tolerancia a la frustración, percepción dicotómica, sentimiento crónico de vacío, relaciones intensas pero inestables, mostrando diversos comportamientos impulsivos que lo pueden llevar a crisis emocionales intensas y autodestructivas (Vanegas, Barbosa y Pedraza, 2017)

Capítulo II

Método

2.1. Tipo y diseño metodológico

El estudio que se presenta posee un enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo – comparativo, ya que se busca identificar las diferencias entre las poblaciones que participan de la investigación. Asimismo, un diseño de tipo transversal, debido a que no se manipula las variables y la recolección de los datos se dieron en un único momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2.2. Participantes

La muestra para este estudio esta conforma por 84 pacientes que asisten a tratamiento ambulatorio y tienen diagnóstico de depresión, ansiedad y trastornos límite de la personalidad en un Hospital de Salud Mental de Lima Metropolitana. Se dividió en tres grupos de 28 personas de acuerdo a su diagnóstico. Estas personas son mayores de edad y sus edades fluctúan entre los 18 y 55 años. La muestra fue seleccionada a través del método no probabilístico intencional, dado que la selección se realizó de manera deliberada, buscando que la inclusión de los participantes dependa de los criterios de la investigación (Hernández et al., 2014).

Tabla 1

Participantes de la investigación

	Participantes
Depresión	28
Ansiedad	28
Trastorno límite de la personalidad	28
Total	84

2.2.1. Criterios de selección de los participantes

a. Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnósticos de depresión, ansiedad y trastorno límite de personalidad de un hospital de salud mental que hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes con diagnósticos de depresión, ansiedad y trastorno límite de personalidad de un hospital de salud mental que tengan estudios secundarios completos

b. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnósticos de depresión, ansiedad y trastorno límite de personalidad de un hospital de salud mental con comorbilidad de un trastorno psicótico.
- Pacientes con diagnósticos de depresión, ansiedad y trastorno límite de personalidad de un hospital de salud mental con alguna enfermedad neurológica.

c. Criterios de eliminación

- Pacientes con diagnósticos de depresión, ansiedad y trastorno límite de personalidad de un hospital de salud mental que sean menores de edad.
- Pacientes con diagnósticos de depresión, ansiedad y trastorno límite de personalidad de un hospital de salud mental que no completaron adecuadamente el llenado de los instrumentos.

2.3. Instrumento

2.3.1. Ficha sociodemográfica

Se aplicó una ficha sociodemográfica con el deseo de identificar aspectos característicos de la muestra, solicitándose el nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, estudios realizados, situación laboral, diagnóstico clínico y el tiempo de estar recibiendo terapia psicológica y/o psiquiátrica, lo que permitirá poder identificar información básica y evaluar la posibilidad de formar parte del estudio.

2.3.2. Escala de Respuestas Rumiativas (RRS)

Según Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky (2008) la escala de Respuestas Rumiativas (RRS) fue elaborada por Nolen-Hoeksema y Marrow en el año 1991 como un instrumento de auto-informe para población adulta y compuesta por 22 ítems que denotan comportamientos rumiativos con una

escala likert de 1 a 4 logrando un puntaje de 22 hasta 88 puntos y tiene como objetivo evaluar la tendencia de las personas a presentar un estilo de pensamiento rumiativo cuando experimentan emociones negativas. Asimismo, estos autores indican que la escala demostró alta consistencia interna y validez convergente aceptable.

La adaptación al castellano fue realizada por Hervás (2008), se realizó la traducción por una persona bilingüe de nacionalidad española a una persona y posteriormente la traducción inversa por una psicóloga bilingüe de origen estadounidense. Luego de ello, se aplicó la escala a 254 participantes donde se evaluó la validez factorial, buscado replicar lo que han realizado otros autores, debido a que algunos de los ítems se solapan con diversos síntomas depresivos por ello se re-analizaron excluyendo estos ítems dejando 10 ítems. Se utilizó la rotación varimax se obtuvo una solución de 2 factores (Reproches y Reflexión) que explican el 54% de la varianza. Asimismo, en la consistencia interna dada por la correlación ítem – total oscilaron entre 0,23 y 0,75 y el alfa de Cronbach en la escala total (0,93) en la sub escala de Reproches (0.80) y Reflexión (0.74). De la misma forma, la confiabilidad test-retest después de 7 semanas fue significativa ($r=0.56$, $p<0,001$), y después de un año también fue significativa ($r=0.54$, $p<0,001$).

En el Perú, Inoñán (2011) llevó a cabo una investigación cuyo objetivo era conocer las propiedades psicométricas de la escala de respuestas rumiativas (RRS) en una muestra de adultos de Lima. Se realizó con 114 personas, encontrando la validez factorial donde el KMO y el test de esfereicidad de

Barlett alcanzaron puntajes adecuados ($KMO=0,868$, $p=0.000$) y se realizó un análisis factorial con rotación varimax a 3 factores, el cual explica el 53,03% de la varianza. Sin embargo, anteriores investigaciones indican que uno de los factores que está compuesto por 10 ítems se ven afectados debido a que están fuertemente relacionadas con la sintomatología depresiva, por ello se sugiere analizar estos ítems y ubicarlos dentro de las dos categorías previamente establecidas (Reproches y Reflexión). Asimismo, se realizó la validez convergente con la depresión (BDI – II) y ansiedad (IDARE) encontrando correlaciones altamente significativas ($p=0.01$) De la misma forma, se realizó el análisis de confiabilidad mediante el alfa de Cronbach encontrando en la sub escala relacionada a la sintomatología depresiva (0.88), Reproches (0.77) y Reflexión (0.81).

2.4. Procedimiento

Se realizaron diversos pasos para el desarrollo de la investigación, los cuales se presentan a continuación:

Se buscó la información para el desarrollo del marco teórico y los instrumentos que se aplicaron para medir las respuestas rumiativas.

Se realizó las coordinaciones necesarias con el hospital de salud mental para la aplicación de las pruebas a los pacientes con diagnóstico de depresión, ansiedad y trastornos límite de personalidad

Se realizó la firma del consentimiento informado, el llenado de la ficha sociodemográfica y la aplicación de la escala, explicándoles previamente a los participantes el objetivo del estudio.

Se calificaron las escalas y fueron válidas aquellas hojas de respuestas debidamente completadas en concordancia con el criterio de inclusión.

Se realizó la base de datos y el procesamiento estadístico para la obtención de los resultados y discusión.

2.5. Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS), versión 22, partiendo por elaborar la base de datos con la información obtenida por la ficha sociodemográfica y la escala de respuestas rumiativas. El análisis de las variables, se llevaron a cabo a nivel descriptivo – comparativo.

Para los análisis descriptivos, se realizó análisis de tablas de frecuencias y porcentajes, de las variables que están implicadas en el estudio.

Dentro del análisis comparativo, se llevó a cabo el análisis de la normalidad de las variables a través de la Prueba de Kolgomorov-Smirnov, lo que nos ayuda a determinar el uso de pruebas de carácter normal o no normal. Luego de ello, se aplicó el análisis comparativo utilizándose la prueba U de Mann-Whitney, T de student y el coeficiente H de Kruskal-Wallis.

Capítulo III

Resultados

En la tabla 2, se observa que la sub escala de Reflexión (ERREF) ostenta el menor valor en la media, obteniendo un $M=9,99$; intervalo de confianza (95%) de 9,36 a 10,61; desviación estándar $DS=2,88$; asimetría ($g1$) = 0,86; Curtosis ($g2$) =0,68. Asimismo, se puede identificar que la Escala de Respuestas Rumiativas (ERR) posee el mayor valor en la media $M= 50,40$; intervalos de confianza de 47,62 a 53,19; desviación estándar (DS)= $12,82$; asimetría ($g1$) = $0,38$; Curtosis ($g2$) = $-1,02$.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de la Escala de Respuestas Rumiativas (ERR) y sus sub escalas

	Intervalo de confianza					
	M	(95%)		DS	g1	g2
Sub escala de Depresión (ERRD)	27,83	26,13	29,54	7,84	0,35	-0,85
Sub escala de Reproches (ERREP)	12,54	11,73	13,34	3,71	0,10	-0,92
Sub escala de Reflexión (ERREF)	9,99	9,36	10,61	2,88	0,86	0,68
Escala de Respuestas Rumiativas (ERR)	50,40	47,62	53,19	12,82	0,38	-1,02

En la tabla 3 se observa la aplicación de la prueba Shapiro Wilk (W) para poder determinar la utilización de estadísticos paramétricos o no paramétricos en esta muestra. Ante esto, se determina que la sub escala de Depresión (ERRD), la sub escala de Reflexión (ERREF) y la escala total de Respuestas Rumiativas en el grupo de ansiedad poseen una distribución no paramétrica o no normal ($p < 0.05$), mientras que el resto de los grupos muestran una distribución normal o paramétrica ($p > 0.05$).

Tabla 3

Tipos de distribución según subescalas

	Diagnóstico	N	W	gl	p
Sub escala de Depresión (ERRD)	Depresión	28	0,96	28	0,37
	Ansiedad	28	0,88	28	0,00*
	Personalidad límite	28	0,96	28	0,33
Sub escala de Reproches (ERREP)	Depresión	28	0,95	28	0,21
	Ansiedad	28	0,94	28	0,12
	Personalidad límite	28	0,96	28	0,36
Sub escala de Reflexión (ERREF)	Depresión	28	0,94	28	0,12
	Ansiedad	28	0,89	28	0,01*
	Personalidad límite	28	0,94	28	0,09
Escala Respuestas Rumiativas (ERR)	Depresión	28	0,94	28	0,08
	Ansiedad	28	0,84	28	0,00*
	Personalidad límite	28	0,94	28	0,10

En la tabla 4 se observa la comparación de los rangos promedios de la sub escala de Depresión (ERRD) entre los grupos de diagnóstico de Depresión, Ansiedad y personalidad Límite. Se utilizó el estadístico Kruskal Wallis ($X^2=3,25$; $gl=2$) que permite apreciar que no existen diferencias significativas ($p>0.05$) entre estos grupos.

Tabla 4

Comparaciones en tres diagnósticos, en la sub escala de depresión (ERRD) con distribución no normal

	Diagnóstico	N	Rango Promedio	X ²	gl	p
Sub escala de Depresión (ERRD)	Depresión	28	44,66	3,25	2	0,20
	Ansiedad	28	35,86			
	Personalidad límite	28	46,98			

En la tabla 5 se observa la comparación de los rangos promedios de los puntajes de la sub escala de Depresión (ERRD) entre los grupos de diagnóstico Depresión con ansiedad y ansiedad con personalidad límite. Se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney que permite apreciar que no existen diferencias significativas ($p>0.05$) en ninguna de las dos comparaciones.

Tabla 5

Comparaciones en dos diagnósticos, en la sub escala de depresión (ERRD) con distribución no normal

	Diagnóstico	N	Rango	U	p
			Promedio		
Sub escala de Depresión (ERRD)	Depresión	28	31,77	300,50	0,13
	Ansiedad	28	35,86		
	Ansiedad	28	25,13	297,50	0,12
	Personalidad límite	28	31,88		

En la tabla 6 se observamos las comparaciones de medias con la prueba “t de student” para muestras independientes en la sub escala de Depresión (ERRD), según el diagnóstico. Se evidencia que no existen diferencias entre los diagnósticos de Depresión y Personalidad Límite ($p>0.05$).

Tabla 6

Comparaciones en dos diagnósticos, en la sub escala de depresión (ERRD) con distribución normal

	Diagnóstico	N	X	DS	Prueba de Levene		t	gl	p
					F	p			
Sub escala de Depresión (ERRD)	Depresión	28	28,18	6,47	1,50	0,23	-0,50	52,07	0,62
	Pers. límite	28	29,14	7,86					

En la tabla 7 se observa la comparación de los rangos promedios de la sub escala de Reproches (ERREP) entre los grupos de diagnóstico de Depresión, Ansiedad y personalidad Límite. Se utilizó el estadístico Kruskal Wallis ($X^2=3,94$; $gl=2$) que permite apreciar que no existen diferencias significativas ($p>0.05$) entre estos grupos.

Tabla 7

Comparaciones en tres diagnósticos, en la sub escala de depresión (ERREP) con distribución no normal

	Diagnóstico	N	Rango Promedio	X ²	gl	p
Sub escala de Reproches (ERREP)	Depresión	28	38,75	3,94	2	0,14
	Ansiedad	28	38,80			
	Personalidad límite	28	49,95			

En la tabla 8 se observa la comparación de los rangos promedios de los puntajes de la sub escala de Reproches (ERREP) entre los grupos de diagnóstico de Depresión con ansiedad, depresión con personalidad límite y ansiedad con personalidad límite. Se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney que permite apreciar que no existen diferencias significativas ($p>0.05$) en ninguna de las tres comparaciones.

Tabla 8

Comparaciones en tres diagnósticos de la sub escala de Reproches (ERREP) con distribución no normal

	Diagnóstico	N	Rango	U	p
			Promedio		
	Depresión	28	28,91	380,50	0,85
	Ansiedad	28	28,09		
Sub escala de Reproches (ERREP)	Depresión	28	24,34	275,50	0,06
	Personalidad límite	28	32,66		
	Ansiedad	28	25,21	300,00	0,13
	Personalidad límite	28	31,79		

En la tabla 9 se observa la comparación de los rangos promedios de la sub escala de Reproches (ERREF) entre los grupos de diagnóstico de Depresión, Ansiedad y personalidad Límite. Para esto, se utilizó el estadístico Kruskal Wallis ($X^2=4,95$; $gl=2$) que permite apreciar que no existen diferencias significativas ($p>0.05$) entre estos grupos.

Tabla 9

Comparaciones en tres diagnósticos, en la sub escala de depresión (ERREF) con distribución no normal

	Diagnóstico	N	Rango Promedio	X²	gl	p
Sub escala de Reflexión (ERREF)	Depresión	28	44,70	4,95	2	0,08
	Ansiedad	28	34,46			
	Personalidad Límite	28	48,34			

En la tabla 10 se identifica la comparación de los rangos promedios de los puntajes de la sub escala de Reflexión (ERREF) entre los grupos de diagnóstico de Depresión con ansiedad y ansiedad con personalidad límite. Se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney que permite apreciar que si existen diferencias significativas ($p < 0.05$) en la comparación del grupo de Ansiedad y Personalidad Límite.

Tabla 10

Comparaciones de dos diagnósticos, en la sub escala de Reproches (ERREF) con distribución no normal

	Diagnóstico	N	Rango Promedio	U	p
Sub escala de Reflexión (ERREF)	Depresión	28	32,14	290,00	0,09
	Ansiedad	28	24,86		
	Ansiedad	28	24,11	269,00	0,04*
	Personalidad Límite	28	32,89		

En la tabla 11 se observamos las comparaciones de medias con la prueba “t de student” para muestras independientes en la sub escala de Reproches (ERREF), según el diagnóstico. Se evidencia que no existen diferencias entre los diagnósticos de Depresión y Personalidad Límite en esta sub escala ($p>0.05$).

Tabla 11

Comparaciones en dos diagnósticos, en la sub escala de depresión (ERREF) con distribución normal

	Diagnóstico	N	X	DS	Prueba de Levene		t	gl	p
					F	p			
Sub escala de Reflexión (ERREF)	Depresión	28	10,07	2,31	1,00	0,32	-0,77	49,48	0,44
	Pers. límite	28	10,64	3,15					

En la tabla 12 se observa la comparación de los rangos promedios de la sub escala de Respuestas Rumiativas (ERR) entre los grupos de diagnóstico de Depresión, Ansiedad y personalidad Límite. Para esto, se utilizó el estadístico Kruskal Wallis ($X^2=4,61$; $gl=2$) que permite apreciar que no existen diferencias significativas ($p>0.05$) entre estos grupos.

Tabla 12

Comparaciones en tres diagnósticos, en la escala de depresión (ERR) con distribución no normal

	Diagnóstico	N	Rango	X²	gl	p
			Promedio			
Escala Respuestas Rumiativas (ERR)	Depresión	28	43,09	4,61	2	0,10
	Ansiedad	28	35,23			
	Personalidad límite	28	49,18			

En la tabla 13 se observa la comparación de los rangos promedios de los puntajes de la Escala de Respuestas Rumiativas (ERR) entre los grupos diagnósticos de Depresión con Ansiedad y ansiedad con personalidad límite. Se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney que permite apreciar que dentro de las comparaciones, no existen diferencias significativas ($p > 0.05$).

Tabla 13

Comparaciones de dos diagnósticos, en la escala de Respuestas Rumuativas (ERR) con distribución no normal

	Diagnóstico	N	Rango	U	p
			Promedio		
Escala Repuestas Rumiativas (ERR)	Depresión	28	31,77	300,50	0,13
	Ansiedad	28	25,23		
	Ansiedad	28	24,50	280,00	0,07
	Personalidad límite	28	32,50		

En la tabla 14 se observamos las comparaciones de medias con la prueba “t de student” para muestras independientes en la sub escala de Reproches (ERREF), según el diagnóstico. Se evidencia que no existen diferencias entre los diagnósticos de Depresión y Personalidad Límite en esta sub escala ($p>0.05$).

Tabla 14

Comparaciones en dos diagnósticos, en la escala de Respuestas Rumiativas (ERR) con distribución normal

	Diagnóstico	N	X	DS	Prueba de Levene		t	gl	p
					F	p			
Escala Repuestas Rumiativas (ERR)	Depresión	28	50,21	10,13	2,81	0,09	-1,10	51,60	0,28
	Pers. límite	28	53,57	12,61					

Capítulo IV

Discusión

Los seres humanos se enfrentan a diversas situaciones en la vida, que de forma directa o indirecta los predispone a vivenciar un aumento del nivel de estrés, ansiedad, tristeza o cambios en el estado de ánimo, afectando de forma directa el desarrollo de la salud física y mental. Dentro de los factores que se producen y que mantienen las patologías anteriormente mencionadas, encontramos a las respuestas rumiativas. Esto es respaldado por Avilés (2013), el que indica que las personas que mantienen como estrategia de solución una respuesta rumiativa frente a los problemas, aumentan la probabilidad de que puedan generar diversas psicopatologías y, por ende, pueden afectar directamente la salud mental de las personas.

Debido a lo mencionado y a la necesidad de poder tener un instrumento que ayude a evaluar las respuestas rumiativas, se desarrolló uno de los primeros cuestionarios en el idioma inglés llamado “Escala de Respuestas Rumiativas” (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) con el objetivo de tener un instrumento válido y confiable. Debido a la importancia de este constructo y a la consistencia de sus propiedades psicométricas de este instrumento, se realizó la traducción y las propiedades psicométricas de la versión en idioma español (Hervas, 2008), con la que se realizaron diversas investigaciones en España. De la misma manera, se realizó la adaptación y las propiedades psicométricas de la escala en una muestra de adultos que viven en Lima Metropolitana, corroborando las medidas alcanzadas en otros contextos (Inoñan, 2011).

A partir de los estudios que se han realizado en los últimos treinta años, se ha identificado las diferencias que existen en el género, encontrando que existe una tendencia mayor en mujeres para poseer respuestas rumiativas, y saber que estas respuestas afectan la salud física y psicológica, debido a que se encuentran en diversos trastornos. Llegando a identificar que la rumiación es un factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo o un trastorno de ansiedad, tanto en adultos como en adolescentes (Cova, Rincón, & Melipillán, 2007; Hernández-Martínez, García, Valencia & Ortega, 2016). Asimismo, dentro de los diversos estudios realizados con pacientes con trastorno de personalidad límite, se puede visualizar que la rumiación es una estrategia cognitiva habitual que es desarrollada por las personas con este diagnóstico para aliviar el malestar emocional producido por las diferentes situaciones que se presentan en la vida (Geiger, Peters, Sauer-Zavala & Baer, 2013).

Debido a los resultados que se han expuesto, se buscó comparar los puntajes de la Escala de Respuestas Rumiativas en pacientes con diagnósticos relacionados a la Depresión, con la Ansiedad y con trastornos de personalidad límite en un Hospital de Salud Mental, con el objetivo de poder determinar las diferencias que se dan entre estos diagnósticos y poder conocer conceptualmente sus características y con esta información poder formular estrategias diferenciadas para manejar las particularidades que presenta en las respuestas rumiativas en estas patologías.

Dentro de los resultados obtenidos, se puede identificar que las medidas descriptivas que se desprenden de los puntajes de la “Escala de Respuestas Rumiativas” (ERR) en esta población, tienen una media de 50,40 y para la sub escalas de Reflexión 9,99, Reproches 12,54 y Depresión 27,83. Asimismo, la desviación estándar para la escala total es de 12,82 y para la sub escalas de Reflexión 2,88, Reproches 7,84 y Depresión 7,84. De la misma forma, en la investigación realizada por Jaimes (2013) que buscó determinar los estilos de pensamientos rumiativos y los rasgos de personalidad en jóvenes Universitarios de Lima, se logró determinar que existe una media en la Escala total de 44,43 y para las sub escalas de Reflexión 9.49 y en la sub escala de Reproches 10,86. En cuanto a la desviación estándar, la Escala de Respuestas Rumiativas presenta un puntaje de 12.09 y en la sub escala de Reflexión 3,69 y en la sub escala de Reproche 3,15. Esta diferencias en los puntajes, puede deberse a que la muestra que se utilizó para el estudio fue con pacientes con diagnósticos psicopatológicos, mientras que el otro estudio se realizó con personas sin diagnóstico.

Se observa la comparación de los rangos promedios de la sub escala de Depresión entre los grupos con pacientes que poseen algún diagnóstico de Depresión, ansiedad y trastorno de personalidad límite, donde se encontró que a pesar que los rangos son variados (Depresión = 44,66; Ansiedad = 35,86; Trastorno de personalidad Límite = 46,98) no existe diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, al revisar las comparaciones de rangos promedio relacionadas con la sub escala de Depresión, se puede identificar que al comparar el grupo de pacientes con diagnóstico de depresión

y ansiedad como el grupo de pacientes con ansiedad y con trastornos de personalidad límite, se encuentra que, aunque existen diferencias entre los puntajes no son estadísticamente significativas. Asimismo, se evidencia la comparación entre las medias de depresión y trastorno de personalidad límite, encontrando que no existen diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados podrían estar íntimamente relacionados con la alta relación que tienen las respuestas rumiativas con las patologías anteriormente mencionadas (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008).

De la misma manera, se evalúa la comparación de los rangos promedio de la sub escala de Reproches, donde se observa que no existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con depresión, ansiedad y trastorno de personalidad límite. De la misma forma, se observó que las comparaciones de rangos promedios entre el grupo de pacientes con depresión y ansiedad como el grupo de pacientes con depresión y trastorno de personalidad límite como el grupo de pacientes con ansiedad y trastorno de personalidad límite, donde no se encontró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las tres comparaciones, sin embargo en la comparación entre pacientes con depresión y trastorno de personalidad límite, se identifican diferencias importantes sin llegar a ser estadísticamente significativo. Asimismo, los resultados anteriormente expuestos tienen relación con lo encontrado por Hervas (2008) y por Nolen-Hoeksema (2000), quienes verificaron la relación entre el estilo rumiativo con la sintomatología relacionada con la depresión y ansiedad, corroborando las bajas probabilidades de que se encuentren diferencias significativas entre ambos grupos. Esto guarda relación con lo

encontrado por Inoñán (2011) quien realizó un estudio para obtener las propiedades psicométricas de la Escala de Respuestas Rumiativas y encontró que existe relación entre los puntajes de la sub escala de Reproches con la sintomatología relacionada con la depresión y la ansiedad estado – rasgo. Estos resultados se contraponen a lo encontrado por Gesteira, Moran, Fernández-Arias, Roldan, Diez, Romero, Zapata & Sanz (2015) quienes identificaron que la sub escala de reproches se encuentra asociada a la sintomatología depresiva y no a la sintomatología ansiosa, lo que debería traer como consecuencia diferencias significativas en la comparación de estos dos grupos. Estas diferencias entre los resultados encontrados en la literatura, podría deberse a que el estudio donde se exponen la menor influencia de la respuesta rumiativa en pacientes con ansiedad, podría tener la dificultad de no tener dividido los grupos según diagnóstico, lo que sería un dato que al no ser controlado puede alterar los resultados.

Asimismo, se evidencia la comparación de los rangos promedio entre la sub escala de Reflexión con el grupo pacientes con diagnóstico de depresión, ansiedad y trastorno límite de personalidad, donde se reporta que no existe diferencias significativas estadísticamente. Asimismo, se evalúa la comparación entre los rangos promedio tomando en cuenta el grupo de pacientes diagnosticados con depresión y ansiedad, donde no se evidencias diferencias significativas. Esto tiene relación con lo encontrado por Inoñán (2011) donde al realizar la evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala de Respuestas Rumiativas evidenció que existe relación entre los puntajes de la sub escala de reflexión con la sintomatología relacionada con la depresión y la

ansiedad estado – rasgo, lo que justifica la evidencia al no encontrar diferencias significativas. Sin embargo, cuando se evalúan las diferencias entre los rangos promedio de la muestra con diagnósticos de ansiedad y trastorno de personalidad límite, se encuentran diferencias significativas, encontrando un mayor puntaje en la población con el trastorno de personalidad, lo que podría estar fundamentado en que las personas con un diagnóstico de ansiedad se mantienen en un estado de preocupación más que de rumiación, diferenciándolas principalmente en que la preocupación se encuentra centrada en el futuro y no en el pasado o el presente donde se desarrolla la rumiación (Gonzales, Ibáñez & Barreara, 2017).

En cuanto a la comparación de los rangos promedio del puntaje de la Escala de Respuestas Rumiativas entre los grupos con diagnóstico de depresión, ansiedad y trastorno de personalidad límite, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, comparar los rangos promedio de los diagnósticos de depresión y ansiedad como la de ansiedad y trastornos de personalidad límite, encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo se puede resaltar que aunque no existe diferencia, podemos ver diferencias importantes entre el rango promedio del grupo de ansiedad y trastornos de personalidad límite, resultados que son muy parecidos a los encontrados en la comparación de estas muestras en la sub escala de reflexión y Reproches. Asimismo, el hecho que no existan diferencias al comparar los rangos promedio de los diagnósticos de depresión y ansiedad, tiene relación con lo encontrado por Inoñán (2011) donde se evidencia que existe relación entre los puntajes de Escala de Respuestas

Rumiativas con la sintomatología relacionada con la depresión y la ansiedad estado – rasgo, lo que reduce la posibilidad de no encontrar diferencias significativas.

Por otro lado, se puede observar la comparación de medias tomando en cuenta a la muestra de pacientes con diagnóstico de depresión y trastorno de personalidad límite, donde se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas, aunque se encuentran una media mayor en la muestra de pacientes con trastornos de personalidad límite. Estos datos se contraponen con lo encontrado por Abela, Payne & Moussaly (2003) quienes realizaron una investigación con el objetivo de conocer los factores de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión en pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite y depresión, encontrando que sí existen diferencias significativas entre ambas poblaciones en cuanto a las respuestas rumiativas. Sin embargo, este estudio si mantiene relación con lo expuesto cuando se determina que dentro de la comparación se encuentra un puntaje más alto en la muestra de pacientes con trastornos de personalidad límite que con lo que tienen el diagnóstico de depresión.

Conclusiones

1. Al evaluar los puntajes de la Escala de Respuestas Rumiativas, se encuentra una media (M) de 50,40 y desviación estándar (DS) de 12.82. Asimismo, al evaluar la media encontramos 27.83 en la sub escala de Depresión, 12.54 en Reproches y 9.99 en Reflexión. De la misma manera, al determinar la desviación estándar (DS) encontramos 7,84 en la sub escala de Depresión, 3,71 en Reproches y 2,88 en Reflexión.
2. Se observa que no existen diferencias significativas al comparar la sub escala de Depresión en un grupo de pacientes con depresión, ansiedad y trastorno de personalidad Límite. Asimismo, no se encuentran diferencias al comparar depresión con ansiedad, ansiedad con trastorno de personalidad límite y depresión con trastorno de personalidad límite.
3. No existen diferencias significativas al comparar los puntajes de la sub escala de Reproches en pacientes con depresión, ansiedad y trastorno de personalidad Límite. Asimismo, no se encuentran diferencias al comparar depresión con ansiedad y ansiedad con trastorno de personalidad límite. Sin embargo, al comparar depresión y trastorno de personalidad límite, aunque no presentan diferencias significativas, se evidencia diferencias importantes para ser evaluadas posteriormente.
4. Se observa que no existen diferencias significativas al comparar los puntajes de la sub escala de Reflexión en pacientes con depresión,

ansiedad y trastorno de personalidad Límite. Asimismo, no se encuentran diferencias al comparar depresión con ansiedad y depresión con trastorno de personalidad límite. Sin embargo, si existe diferencias significativas al comparar ansiedad y trastorno de personalidad límite, debido a que la ansiedad se mantendría en un mayor estado de preocupación más que en un estado de rumiación.

5. No existen diferencias significativas al comparar los puntajes de la Escala de Respuesta Rumiativa en pacientes con depresión, ansiedad y trastorno de personalidad Límite. Asimismo, no se encuentran diferencias al comparar depresión con ansiedad y depresión con trastorno de personalidad límite. Sin embargo, al comparar el grupo de ansiedad y trastorno de personalidad límite, aunque no presentan diferencias significativas, se evidencia una diferencia importante para tomar en cuenta en estudios posteriores.

Recomendaciones

1. Es fundamental realizar algún estudio de propiedades y baremación de la Escala de Respuestas Rumiativas en población clínica, para poder determinar los valores que podrían traer consigo alguna posibilidad de presentar algún diagnóstico clínico.
2. Resulta importante desarrollar estudios donde se busque realizar las evaluaciones con muestras significativas y ejecutar comparaciones o relaciones de las Respuestas Rumiativas con otras variables como la Preocupación, esto debería darse en poblaciones clínica y no clínicas, para poder identificar sus diferencias o similitudes.
3. Se recomienda realizar estudios que tengan como objetivo identificar las estrategias o programas de tratamiento psicoterapéutico para poder trabajar con esta variable y poder brindar alternativas ante la rumiación, con estrategias diferenciadas según el diagnóstico clínico o en personas sin diagnóstico.

Referencias

- Abela, J., Payne, A., & Moussaly, N. (2003). Cognitive vulnerability to depression in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 17*, 319–329.
- American Psychiatric Association. (1998) *DSM IV, Criterios Diagnósticos*. Masson. Estados Unidos
- Aviles, P. (2013). *Relación entre Crecimiento Postraumático, Afrontamiento y Rumiación*. (Tesis de Maestría). Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- Alloy, L. & Riskind, J. (2009). *Cognitive Vulnerability to emotional disorders*. Hillsdale: Erlbaum
- Baer, R. & Sauer, S. (2011). Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 2* (2), 142 – 150
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. (2 ed.) New York: Guilford Press
- Beck A. & Clark, D. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer

Beck, A. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York. The Guilford Press

Beck A.; Rush, F.; Shaw, B. & Emery, G. (2003). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (16va ed.). Biblioteca de Psicología. Editorial Descleé de Brouwer

Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Vol. 1. Madrid, España: Mc Graw Hill interamericana.

Buela – Casal, G. (2001). En Sierra, J. (Ed.). *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva. Pag 274-278.

Burns, D. (1999). *El manual de ejercicios de sentirse bien*. Barcelona: Paidós.

Caballo, V., Andrés, V. & Bas, F. (1997) Fobia social. En Caballo (Eds.). *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1 (pp. 25-86). Madrid: Siglo veintiuno editores

Ciarocco, N.; Vohs, K. & Baumeister, R. (2010). Some Good News About Rumination: Task-Focused Thinking After Failure Facilitates Performance Improvement. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (10), 1057-1073. Recuperado de <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.10.1057>

- Costa, P. y McCrae, R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO PI - R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Cova, F.; Rincón, P. & Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica*, 27 (2), 155 – 160.
- Cova, F.; Rincón, P. & Melipillán, R. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2), 175 – 183.
- Crane, C., Barnhofer, T., & Williams, J. (2007) Reflection, brooding, and suicidality: A preliminary study of different types of rumination in individuals with a history of major depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 46 (4), 497-504.
- Fernandez, V. (2013). *El impacto psicológico de los sucesos vitales en personas mayores: el papel del pensamiento rumiativo, la evitación experiencial y el crecimiento personal*. (Tesis para optar al título de Doctorado en Psicología). Universidad Autónoma de Madrid: Madrid.
- Fleitas, R. (2018). Trastorno límite de la personalidad: Abordaje teórico e introducción a la práctica. *Publicaciones didácticas*, 91, 5 - 41

Freeman, A. & Oster, C. (1997). *Terapia cognitiva de la depresión*. En Caballo (Eds.). Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1 (pp. 543 - 574). Madrid: Siglo veintiuno editores.

Frias, A. (2017). *Vivir con el trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Desclee de Brouwer

Geiger, P.; Peters, J.; Sauer-Zavala, S. & Baer, R. (2013). Relationship among maladaptive cognitive content, dysfunctional cognitive processes, and borderline personality features. *Journal of personality Disorders*, 27 (4), 457 – 464

Gesteira, C.; Morán, N.; Fernández-Arias, I.; Roldán, L.; Diez, P.; Romero, R.; Zapata, A. & Sanz, J. (2015, Abril). *¿Está el estilo de respuesta rumiativo asociado específicamente a la depresión, a la ansiedad o a ambos?* Poster presentado en la clínica psicológica de la Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España

Gonzales, M.; Ibáñez, I. & Barreara, 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*, 20 (2), pp. 30 – 41. Recuperado de <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.3>

Hernández, C., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta. Ed.). México. D.F: Mc Graw-Hill.

Hernández-Martínez, A.; García, R.; Valencia, A. & Ortega, N. (2016). Validación de la Escala de Respuestas Rumiativas para población mexicana. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6 (2), 66 – 74.

Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar es estilo rumiativo: La Escala de Respuestas Rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (2), 111-121. Recuperado de <http://www.aepecp.net/arc/%284%29%202008%282%29.Herv%C3%A1s.pdf>

Hervás, G. & 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.

Hidalgo, I. (2016). *Estudio del trastorno Límite de Personalidad*. (Trabajo fin de grado de Licenciada en Psicología). Universidad Pontificia de Salamanca: Salamanca

Inoñán, C. (2011). *Propiedades psicométricas de la escala de respuestas rumiativas en una muestra de adultos de Lima* (Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.

Instituto especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”
(2002). *Estudio epistemológico metropolitano en salud mental*. Informe general. Lima: IESM HD-HN

Instituto especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”
(2012). *Estudio epistemológico metropolitano en salud mental*. Informe general. Lima: IESM HD-HN

Jaimes, K. (2013). *Estilo de pensamientos rumiativo y rasgo de personalidad en jóvenes universitarios de Lima (tesis de Licenciatura)*. Universidad Pontificia Católica del Perú, Perú

Johnson, S., McKenzie, G., & McMurrich, S. (2008). Ruminative responses to negative and positive affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32 (5), 702-713.

Just, N. & Alloy, B (1997). The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *Abnorm Psychol*, 06 (2), 221 - 229.

Kaplan, H. I. & Saddock, B. J. (1998) *Synopsis of Psychiatry (8th Ed.)* Baltimore: Williams and Wilkins.

Leiderman, E., Buchovsky, S., Jimenez, M., Nemirovsky, M., Pavlovsky, F., Giordano, S. & Lipovetzky G. (2004) *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno*

- Borderline de la Personalidad: Una encuesta a profesionales. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 15 (58), 280-286.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (2015). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. (2nd Ed). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Lyubomirsky, S., Tucker, K., Caldwell, N. D., & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (1), 1041-1060.
- Martin, L. & Tesser, A. (1996). *Ruminative Thoughts. Advances in Social Cognition*. Volume IX New Jersey: L. Erlbaum Associates.
- Matthews G., y Wells A. (2004). Rumination, depression and metacognition: The S-REF model. In: Papageorgiou C. y Wells A., (Ed.), *Depressive rumination: Nature, theory y treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Millon, T. & Everly, G. (1994). *La Personalidad y sus Trastornos*. España: Ediciones Martinez Roca.

Ministerio de salud (2004). *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*. Lima: Perú

Modestin, J., Abrecht, I., Tschaggelrrl, W. & Hoffman, H. (1997) Diagnosing Borderline: A Contrybution to the Question of its Conceptual Validity. *Archives Psychiatria Nervenkra*. Vol 233, pp 359-370.

Navas, W. & Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 604, 497 – 507.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), pp. 569 - 582. Doi:10.1037//0021-843X.100.4.569.

Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, A (1991). prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal Personality Soc Psychology*, 61(1), pp. 115 - 121.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), pp. 504 - 511 DOI: 101037/10021-843X.109.3.504

Nolen-Hoeksema, S.; Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal Personality Soc Psychology*, 77(5), pp. 1061 - 1072.

Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). *Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents*. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 198-207.

Nolen-Hoeksema, S.; Wisco, B. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3 (5), 400 - 424.
Recuperado de <http://wiscolab.wp.uncg.edu/wp-content/uploads/sites/63/2014/08/Nolen-Hoeksema-Wisco-Lyubomirsky-2008.pdf>

Ochando, G. (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*, 12 (1) 39 – 46.

Olivares, J., Méndez, F. & Beléndez, M. (2010) La desensibilización sistemática. En Olivares, J. & Méndez, F. (2da. Eds.). *Técnicas de Modificación de Conducta*. (pp. 79 – 112). Madrid: Biblioteca Nueva.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2004). Depressive rumination: Nature, theory, and treatment. New York: Wiley.

Priede, A.; González-Blanch, C.; Herrán, C. & Hoyuela, F. (2013). Asociación entre rumiaciones y malestar emocional en pacientes recién diagnosticados de cáncer. *Psicooncología*, 10 (1) 131 - 140

Rodríguez, G. & Betancor, C. (2018). Trastornos Límite de la Personalidad: Abordaje teórico e instrucción a la práctica. *Publicaciones didácticas* 91, 5 – 41. Recuperado de <https://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/091001/articulo-pdf>

Rojtenberg, S. (2006). *Depresiones*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Sayrs, J. H. R., & Linehan, M. M. (2001). Treating borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy. *Economics of Neuroscience*, 3(11), 57-62.

Spielberger, C. (1972). Ansiedad: tendencias actuales en la teoría y la investigación. Recuperado de http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol3_1/esritospsicologia_v3_1_3mcarenas.pdf.

Thompson, K (2002). Depresión y discapacidad. Recuperado el 04 de Marzo del 2017 de <http://www.fpg.unc.edu/~ncodh/pdfs/spanishdepression.pdf>

Vallejo, J. (2001). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona, España: Ed. Masson.

Vanegas, G.; Barbosa, A. & Pedraza, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes psicológicos* 17 (2), 159 - 176

Welch, S. & Linehan, M. (2002). High-Risk Situations Associated with Parasuicide and Drug Use in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. Vol 16 (6), 561-569.

Wolpe, J. (1981). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Madrid: Desclée de Brouwer

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Habana: Editorial Ciencias Médicas

ANEXOS

ANEXO 1

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ud. está siendo invitado a participar de una investigación sobre las características de los pensamientos sobre las emociones. Esta investigación es realizada por el estudiante de la maestría de la USMP Psicólogo Pablo Tacsá Pampas.

Si usted decide aceptar, se solicitará contestar el cuestionario referido a la manera como se siente habitualmente.

Los derechos que cuenta como participante incluye:

ANONIMATO: Los datos que ofrezca son anónimos.

INTEGRIDAD: Ninguna de las pruebas que se apliquen resultará perjudicial.

PARTICIPACION VOLUNTARIA: Tiene el derecho de abstenerse a participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

En función de lo leído:

¿Desea participar de la investigación? SI _____ NO _____

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

DNI:

ANEXO 2

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Nº _____

La presente investigación busca evaluar las características del pensamiento que se presentan al experimentar emociones negativas. El interés es conocer un poco más la forma en que piensan las personas, por lo cual no hay respuestas correctas e incorrectas. Solo se trata de responder lo que usted suele hacer normalmente ante ciertas situaciones. Antes, le rogamos que complete los datos que siguen. Muchas gracias por su colaboración

Edad: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Sexo: (Indique lo que corresponda con una X)

Masculino: _____ Femenino: _____

Estado civil: (Indique lo que corresponda con una X)

Soltero/a: _____ Casado/a: _____ Separado/a: _____ Divorciado/a: _____

Viudo/a: _____ Conviviente: _____

Nº de Hijos _____

Estudios Realizados: (Indique lo que corresponda con una X)

Estudios primarios _____ Estudios secundarios _____

Estudios técnicos _____ Bachiller universitario _____

Licenciatura universitaria _____

Situación laboral: (Indique lo que corresponda con una X)

Activo: _____ Ama de casa: _____ Jubilado: _____ Desempleado: _____

¿Recibe actualmente algún tratamiento psicológico o psiquiátrico? (Indique lo que corresponda con una X)

Terapia psicológica _____ Tratamiento psiquiátrico _____

Otros: _____ Indique el tiempo que lleva en tratamiento: _____

ANEXO 3

ESCALA DE RESPUESTAS RUMIATIVAS - RRS

(Adaptación: Hervás, 2008)

Las personas piensan y hacen distintas cosas cuando se sienten tristes, deprimidas o abatidas. Por favor lee cada una de las frases a continuación y rodea con un círculo si casi nunca, algunas veces, a menudo o casi siempre piensas o actúas de esa manera cuando estás abatido, triste o deprimido. Por favor, indica lo que generalmente haces, no lo que crees que deberías hacer

1 = Casi nunca. 2 = Algunas veces. 3 = A menudo. 4 = Casi siempre.

	1	2	3	4
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”.	1	2	3	4
3. Piensas en tus sensaciones de fatiga y molestias.	1	2	3	4
4. Piensas en lo duro que te resulta concentrarte.	1	2	3	4
5. Piensas: “¿Qué he hecho yo para merecerme esto?”	1	2	3	4
6. Piensas en lo pasivo/a y desmotivado/a que te sientes.	1	2	3	4
7. Analizas los sucesos recientes para entender por qué estás deprimido.	1	2	3	4
8. Piensas acerca de cómo parece no sentir ya nada.	1	2	3	4
9. Piensas “¿Por qué no puedo conseguir hacer las cosas?”	1	2	3	4
10. Piensas “¿Por qué siempre reacciono de esta forma?”	1	2	3	4
11. Te vas por ahí solo/a y piensas en por qué te sientes así.	1	2	3	4
12. Escribes lo que estás pensando y lo analizas.	1	2	3	4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 13. Piensas acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera ido mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Piensas: “No seré capaz de concentrarme si continúo sintiéndome de esta manera”. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Piensas “Por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen”. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Piensas: “¿Por qué no puedo controlar las cosas mejor?”. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Piensas en lo triste que te sientes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Piensas sobre todos tus defectos, debilidades, fallos y equivocaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Piensas sobre cómo no te apetece hacer nada. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimido/a. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Te vas solo/a a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Piensas en cómo estas de irritable contigo mismo/a | 1 | 2 | 3 | 4 |