

Marc Ferré Martínez

**RUMIACIÓN COMO PRINCIPAL PREDICTOR DEL MANTENIMIENTO DE
LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

dirigido por la Dra. Maria Jose Serrano Fernandez

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2025

Resumen

Este estudio examinó la capacidad predictiva de la rumiación sobre la persistencia de los síntomas depresivos en población general ($n = 61$), replicando hallazgos de Nolen-Hoeksema (1991) sobre su papel en la cronicidad de la depresión. Se administraron en línea tres cuestionarios validados: PHQ-9 (síntomas depresivos), RRS (rumiación reactiva) y PTQ (rumiación perseverativa) para caracterizar tendencia central y dispersión de las puntuaciones. Se calcularon correlaciones de Pearson para confirmar relaciones lineales entre ambas formas de rumiación y la sintomatología depresiva, y se verificaron los supuestos de regresión mediante diagramas de dispersión (línea de regresión). A continuación, dos regresiones lineales simples evaluaron por separado el poder predictivo de RSS_Total y PTQ_Total sobre PHQ-9_Total, mostrando que RRS_Total explicó el 68.4 % de la varianza ($R = .827$; $p < .001$) y PTQ_Total el 37.5 % ($R = .612$; $p < .001$), ambos modelos sin autocorrelación de residuos ni colinealidad entre predictores. Los resultados respaldan la hipótesis de que la rumiación, especialmente en su modalidad reactiva, actúa como un factor robusto en el mantenimiento de la depresión y subrayan la relevancia de emplear la RRS en evaluaciones clínicas y de investigación.

Palabras clave: rumiación, depresión, regresión lineal, RRS, PTQ.

Abstract

This study examined the predictive capacity of rumination on the persistence of depressive symptoms in the general population ($n = 61$), replicating findings by Nolen-Hoeksema (1991) regarding its role in the chronicity of depression. Three validated questionnaires were administered online: the PHQ-9 (depressive symptoms), the RRS (reactive rumination), and the PTQ (perseverative rumination), to assess central tendency and score dispersion. Pearson correlations were calculated to confirm linear relationships between both forms of rumination and depressive symptomatology, and regression assumptions were verified using scatterplots (regression line). Subsequently, two separate simple linear regressions were conducted to assess the predictive power of RSS_Total and PTQ_Total on PHQ-9_Total. The results showed that RRS_Total explained 68.4% of the variance ($R =$

.827; $p < .001$), while PTQ_Total explained 37.5% ($R = .612$; $p < .001$), with both models meeting the assumptions of no residual autocorrelation and no multicollinearity among predictors. The findings support the hypothesis that rumination, particularly in its reactive form, serves as a robust factor in the maintenance of depression and highlight the relevance of using the RRS in both clinical and research assessments.

Keywords: rumination, depression, linear regression, RRS, PTQ.

ÍNDEX

1. Introducción teórica	5
2. Motivación personal sobre el tema escogido	9
3. Contexto	10
4. Objetivos	10
4.1.- Objetivos Generales	10
4.2.- Objetivos Específicos	11
5. Método	11
5.1.- Participantes	11
5.2.- Instrumentos	12
5.3.- Procedimientos	14
5.4.- Análisis de Datos	14
6. Resultados	15
7. Discusión	24
8. Conclusiones	26
9. Aplicabilidad	27
10. Limitaciones	29
11. Presupuesto	31
12. Bibliografía	31
13. Anexo	34
14. Reflexión	39

1.- INTRODUCCIÓN TEÒRICA

La depresión constituye uno de los trastornos mentales más prevalentes a nivel global y representa un desafío significativo tanto para la salud pública como para la investigación en psicología clínica. Desde una perspectiva diagnóstica, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) define la depresión mayor por la presencia de al menos cinco síntomas durante un período mínimo de dos semanas. Estos síntomas incluyen: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, alteraciones en el sueño y el apetito, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultades de concentración y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (American Psychiatric Association [APA], 2013). La persistencia de los síntomas depresivos no solo está relacionada con factores biológicos y ambientales, sino también con procesos cognitivos desadaptativos que contribuyen al mantenimiento de la sintomatología.

Dentro de estos procesos, la rumiación ha sido ampliamente estudiada como un mecanismo central en la cronificación de la depresión. Reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las principales causas de discapacidad global (World Health Organization [WHO], 2023). Así pues, la rumiación es un patrón de pensamiento repetitivo y pasivo centrado en las propias emociones negativas y sus causas o consecuencias, en vez de enfocarse en la búsqueda de soluciones (Nolen-Hoeksema, 1991). Además, este mismo autor introdujo el concepto de estilo rumiativo como un factor de vulnerabilidad para la depresión, destacando su papel en la exacerbación y prolongación del malestar emocional. Esta tendencia cognitiva no solo está asociada con la aparición de episodios depresivos, sino que también dificulta la recuperación y aumenta el riesgo de recaídas. También se ha observado que las personas con alta tendencia a la rumiación presentan dificultades para desconectarse de este estilo cognitivo, incluso ante estímulos externos o tareas que requieren atención.

Desde una perspectiva neurocientífica, la rumiación ha sido identificada como un patrón cognitivo que activa de manera prominente la red por defecto del cerebro (Default Mode Network, DMN), un conjunto de regiones cerebrales que incluyen la corteza prefrontal medial, el precuneus y áreas parietales (Raichle et al., 2001). Esta

red está vinculada a procesos de autorreferencia, introspección y regulación emocional. La red por defecto se activa durante los períodos de reposo mental y está asociada con la autoconciencia y el procesamiento de pensamientos relacionados con uno mismo, incluyendo la evaluación de experiencias pasadas y la planificación de futuras acciones (Raichle et al., 2001).

En el contexto de la depresión, se ha observado que la rumiación aumenta la actividad en esta red, lo que contribuye al mantenimiento de los pensamientos negativos recurrentes y la evaluación constante de los síntomas depresivos; este fenómeno puede generar un *círculo vicioso*, en el que la rumiación perpetúa la sintomatología depresiva al reforzar el enfoque en pensamientos autocríticos y desesperanzadores, lo que a su vez intensifica la respuesta emocional negativa (Whitfield-Gabrieli et al., 2011).

Un estudio realizado por *Hamilton et al.* (2015) encontró que la actividad excesiva en la red por defecto durante episodios depresivos se asocia con una mayor intensidad de los síntomas, como la tristeza y la desesperanza, así como con una disminución en la capacidad para regular las emociones de manera adaptativa. Estos hallazgos sugieren que la disfunción en la red por defecto, mediada por la rumiación, podría ser un mecanismo clave en la cronicidad de la depresión, haciendo que los individuos sean más propensos a experimentar episodios recurrentes de la enfermedad.

Dentro de los enfoques psicológicos, el modelo cognitivo propuesto por Beck (1976) plantea que la depresión se sostiene en esquemas negativos acerca de uno mismo, el mundo y el futuro, configurando una *tríada cognitiva* que perpetúa el malestar emocional. Estos esquemas se retroalimentan de procesos atencionales sesgados—en los cuales los individuos ponen el foco en estímulos negativos—y de estrategias de regulación emocional inadecuadas, que dificultan la resolución activa de problemas y favorecen la repetición de pensamientos negativos (Beck, 1976). En este sentido, la rumiación se conceptualiza como un estilo cognitivo desadaptativo estrechamente vinculado con el mantenimiento de la sintomatología depresiva, pues implica la repetición pasiva de pensamientos negativos centrados en uno mismo y en las propias dificultades, en lugar de promover soluciones o acciones constructivas (Nolen-Hoeksema, 1991; Ehring & Watkins, 2008).

La etiología de la depresión es multifactorial, involucrando una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Recientemente, un estudio global ha identificado más de 300 variantes genéticas asociadas con un mayor riesgo de desarrollar depresión, lo que subraya la influencia genética como un factor clave en la predisposición a este trastorno (McIntosh et al., 2025). Además, investigaciones recientes han demostrado que la depresión no solo afecta la salud mental, sino que también tiene implicaciones sistémicas, como alteraciones en los mecanismos de estrés oxidativo. Estas alteraciones podrían explicar la relación de la depresión con enfermedades cardiovasculares y cáncer (Jiménez-Fernández et al., 2023).

En el ámbito psicosocial, factores como el desempleo de larga duración se han vinculado con síntomas depresivos significativos, que a menudo son comparables a los experimentados durante procesos de duelo. Un estudio realizado en España por la Universidad de Huelva evidenció que más del 50% de los desempleados de larga duración presentaban síntomas como tristeza, ansiedad y desesperanza, lo que resalta la importancia de considerar el contexto socioeconómico en la evaluación y tratamiento de la depresión (Navarro et al., 2025).

La relación entre rumiación y depresión ha sido ampliamente respaldada por estudios (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Aldao et al., 2010) que han utilizado instrumentos de medición estandarizados, como Escala de Respuestas Rumiativas (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) y el Cuestionario de Pensamientos Repetitivos (RTQ-20; McEvoy et al., 2010). Estos instrumentos permiten evaluar la presencia e intensidad de la rumiación en individuos con y sin sintomatología depresiva, proporcionando datos relevantes para comprender su impacto en la salud mental. Asimismo, herramientas como el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) o el Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck et al., 1996) han sido empleadas para medir la gravedad de los síntomas depresivos y establecer correlaciones con la rumiación. Estos instrumentos permiten establecer correlaciones entre la intensidad de la rumiación (y sus subtipos) y la sintomatología depresiva, facilitando la identificación de patrones cognitivos que contribuyen al mantenimiento de los episodios.

Numerosos estudios longitudinales han documentado que niveles elevados de rumiación predicen tanto la aparición como la prolongación de episodios depresivos

(Nolen-Hoeksema et al., 2008; Burwell & Shirk, 2007). Por ejemplo, Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky (2008) encontraron que la rumiación no solo incrementa el riesgo de desarrollar un nuevo episodio depresivo, sino que también se asocia con una mayor duración del mismo. De manera consistente, Burwell y Shirk (2007) demostraron que, en adolescentes, la rumiación pronostica peor evolución clínica y mayor probabilidad de recaídas. En poblaciones no clínicas, persisten interrogantes sobre la direccionalidad de la relación entre rumiación y síntomas depresivos, pues algunos datos sugieren que la sintomatología deprimida puede inducir a una mayor rumiación, estableciendo una relación bidireccional (Spasojević & Alloy, 2001). Sin embargo, respecto al mantenimiento de la depresión, la evidencia respalda que la rumiación funciona como un mecanismo cognitivo que dificulta la recuperación y favorece las recaídas (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Roelofs et al., 2006).

Además, la rumiación ha sido concebida como un factor transdiagnóstico que interviene en múltiples trastornos afectivos y ansiosos (Ehring & Watkins, 2008). Un metaanálisis de Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer (2010) reveló que la rumiación se asocia con peor regulación emocional en diversos trastornos, subrayando su relevancia más allá del ámbito exclusivamente depresivo.

Uno de los objetivos secundarios de este estudio es comparar el peso predictivo de la rumiación medida mediante la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS) frente al Cuestionario de Pensamientos Repetitivos (PTQ), dado que el enfoque de la RRS evalúa la rumiación en relación con un estado de ánimo bajo, diferenciando brevemente dos subcomponentes: uno más pasivo y autocrítico, asociado a mayor afecto negativo y prolongación del episodio depresivo, y otro orientado a la comprensión del problema, que puede resultar ineficaz si se mantiene en exceso (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003). En contraste, el PTQ adopta una perspectiva transdiagnóstica, midiendo pensamientos repetitivos y perseverativos vinculados a la disfunción emocional en general, sin enfocarse específicamente en la respuesta a un estado de ánimo bajo (McEvoy, Watson, & Watkins, 2010; Miranda-Vásquez, Hidalgo, & Pérez-Pedroza, 2020).

Aunque no existen estudios que comparen directamente el poder predictivo de ambas medidas en el mantenimiento de la depresión, se plantea la hipótesis de que el subcomponente más pasivo y autocrítico de la RRS presentará un mayor peso en la predicción de la persistencia de la sintomatología depresiva que las puntuaciones globales del PTQ (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Spasojević & Alloy, 2001). Comprender estas diferencias tiene implicaciones relevantes: en el ámbito clínico, en investigación y en el diseño de intervenciones.

El presente trabajo tiene como objetivo *analizar el papel de la rumiación como predictor del mantenimiento de los síntomas depresivos*, considerando el peso predictivo de las herramientas empleadas y su impacto en la cronicidad del trastorno. A través de la recopilación de datos mediante cuestionarios estandarizados aplicados de forma online, se pretende explorar la relación entre la rumiación y la sintomatología depresiva en una muestra de población general. Con este estudio, se busca contribuir al conocimiento sobre los mecanismos cognitivos implicados en la persistencia de la depresión y aportar información que pueda ser útil para el desarrollo de estrategias de intervención más eficaces en el tratamiento de este trastorno.

2.- Motivación personal sobre el tema escogido.

Mi interés en este estudio radica en posicionar la rumiación cognitiva como uno de los síntomas principales de la depresión, así como en consolidarla como tema central en la prevención, el diagnóstico y el debate científico contemporáneo. Este enfoque surge de la necesidad de abordar un fenómeno crítico que, pese a su relevancia empírica, permanece marginado en las narrativas clínicas y las directrices terapéuticas actuales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los casos de depresión han aumentado un 25% a nivel global desde 2017 (World Health Organization [WHO], 2023), una tendencia que demanda no solo reconocer los síntomas clásicos del trastorno, sino también redefinir sus marcadores desde una perspectiva proactiva y multidisciplinar. En este contexto, la rumiación —definida como la focalización

repetitiva en el malestar emocional sin buscar soluciones activas (Nolen-Hoeksema, 1991).

3.- Contexto.

Este trabajo se enmarca en la necesidad de profundizar y comprender la percepción existente sobre la relación entre la rumiación y la depresión. Con el fin de fundamentar empíricamente el estudio, se ha optado por una estrategia de recogida de datos mediante una encuesta diseñada y administrada a través de la plataforma Microsoft Forms. Esta herramienta ha permitido obtener datos cuantitativos de un conjunto amplio de personas procedentes de diversas áreas geográficas, contribuyendo así a la validez externa de los resultados. La encuesta se ha distribuido en línea, a través de canales digitales como el correo electrónico y las redes sociales, con el objetivo de maximizar su alcance y garantizar la participación voluntaria y anónima de los encuestados.

El cuestionario ha sido elaborado teniendo en cuenta criterios de claridad, neutralidad y relevancia en relación con los objetivos de la investigación. La diversidad geográfica y sociodemográfica de la muestra ha permitido explorar posibles variaciones en las respuestas según el contexto de los participantes. Este proyecto se ha llevado a cabo en el marco institucional de la Universidad Rovira i Virgili, una institución pública de educación superior, y se inscribe dentro de las líneas de trabajo promovidas por la Facultad de Psicología.

4.- Objetivos.

4.1.- Objetivos Generales

Analizar el papel de la rumiación como predictor del mantenimiento de los síntomas depresivos, considerando sus tipos y su relación con la cronicidad del trastorno depresivo en población general.

4.2.- Objetivos Específicos

1. Examinar la relación entre los niveles de rumiación y la intensidad de los síntomas depresivos en una muestra de población general.
2. Diferenciar el poder predictivo de los tipos de rumiación empleados para el análisis (RSS y PTQ) sobre la persistencia de la sintomatología depresiva.
3. Identificar posibles diferencias sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, etc.) en los niveles de rumiación y su asociación con los síntomas depresivos.
4. Contribuir al conocimiento sobre los mecanismos cognitivos implicados en la cronicidad de la depresión, con el fin de aportar evidencia que pueda orientar el desarrollo de estrategias terapéuticas más eficaces.

5.- Método.

5.1.- Participantes.

La muestra estuvo compuesta por 61 participantes de edad y escolaridad diversas. En términos de sexo, edad, estado civil y nivel de formación académica, no se establecieron restricciones en cuanto a ninguna de estas variables, ya que se buscaba obtener una muestra heterogénea y representativa de distintos perfiles dentro de la población general adulta. Esta diversidad permite analizar con mayor amplitud la posible relación entre los niveles de rumiación y los síntomas depresivos, sin acotar el análisis a un grupo clínico específico. Los porcentajes correspondientes a cada categoría se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1*Variables sociodemográficas de la muestra*

Variable	categoría	%
Sexo	Hombre	41%
	Mujer	57%
	Prefiero no responder	2%
Edad	18-25 años	36%
	26-40 años	19%
	41-60 años	39%
	+60 años	6%
Estado civil	Casado/a o Pareja de hecho	34%
	Soltero/a	49%
	Divorciado/a o Separado/a	13%
	Viudo/a	3%
Nivel Formación Académica	Sin estudios. Ningún certificado académico	0%
	Estudios primarios finalizados	0%
	Estudios secundarios finalizados	21%
	Estudios universitarios finalizados	66%
	Estudios de máster/doctorado finalizados	13%

5.2.-Instrumentos.

1.- Escala de Respuestas Rumiativas (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

Se ha utilizado la Versión española: Adaptada y validada por Hervás, G (2008). Este instrumento permite diferenciar entre dos subtipos de rumiación: Brooding (pasivo y autocrítico) (5 ítems, $\alpha = .89$, ej. "Pienso en lo solo/a que me siento") y Reflective pondering que es el componente orientado a soluciones (5 ítems, $\alpha = .89$, ej. "Analizo qué motivos llevaron a esta situación"). Esta distinción es fundamental para analizar su papel en el mantenimiento de los síntomas depresivos.

2.- Cuestionario de Pensamiento Perseverativo (PTQ; Ehring, Szeimies, & Schaffrick, 2011).

Se ha utilizado la versión española: Adaptada y validada por Miranda-Vásquez, Hidalgo y Pérez-Pedroza (2020). Este instrumento evalúa el pensamiento repetitivo negativo desde un enfoque transdiagnóstico, englobando características comunes a la rumiación y la preocupación: Características centrales (6 ítems, $\alpha = .90$, ej. "No puedo dejar de preocuparme por ellos"); Percepción de improductividad (4 ítems, $\alpha = .87$, ej. "Sigo haciéndome las mismas preguntas sin encontrar una respuesta"); y Afectación de la capacidad mental (5 ítems, $\alpha = .85$, ej. "No puedo hacer nada más cuando estoy pensando en mis problemas"). Consta de 15 ítems con formato Likert de 0 ("nunca") a 4 ("casi siempre") y presenta alta fiabilidad (α total = .92). Este instrumento permite medir la tendencia al pensamiento perseverativo en diversos contextos clínicos y de investigación.

3.- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001).

Se ha utilizado la versión española: Adaptación validada en población colombiana por Cassiani-Miranda et al. (2020). Este cuestionario autoinformado evalúa la frecuencia de los síntomas depresivos conforme a los criterios del DSM-5 en las dos semanas previas, sirviendo como herramienta de cribado y seguimiento de la gravedad de la depresión: Única dimensión que mide la presencia y severidad de síntomas depresivos basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV para trastorno depresivo mayor (p. ej., "Dificultad para concentrarse"); Estructura: 9 ítems con escala de 0 ("Nunca") a 3 ("Casi todos los días"), con puntuación total entre 0 y 27 que clasifica la depresión en cinco niveles (mínima, leve, moderada, moderadamente grave y grave); Fiabilidad: $\alpha = .89$ (versión original) y $\alpha = .80$ (versión Colombia). Además, un estudio posterior realizado en atención primaria en Bucaramanga replicó esta validez diagnóstica en contexto clínico real (Cassiani-Miranda et al., 2021), reforzando su utilidad tanto en investigación como en entornos asistenciales.

5.3.-Procedimientos

El estudio se ha llevado a cabo mediante encuestas en línea, distribuidas a través de diferentes canales digitales, como redes sociales, correo electrónico y foros relacionados con la salud mental. La participación ha sido voluntaria y anónima.

La recogida de datos se ha realizado mediante la plataforma de Microsoft Forms y su aplicación online. El estudio se ha basado en un diseño transversal descriptivo. Los participantes han accedido a un formulario en el que, en primer lugar, se les ha informado sobre los objetivos del estudio, el carácter confidencial de los datos y su derecho a abandonar la investigación en cualquier momento. Tras haber aceptado su participación mediante el consentimiento informado, han respondido los tres cuestionarios.

Una vez recopilados todos los datos, se ha procedido al análisis estadístico para identificar posibles correlaciones entre la rumiación y la depresión.

5.4. Análisis de datos

El análisis estadístico de este estudio se estructuró en cuatro fases: análisis descriptivo de las variables, exploración de relaciones bivariadas, diagramas de dispersión y análisis de regresiones lineales simples; con la finalidad de examinar la capacidad predictiva de la rumiación sobre los síntomas depresivos.

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables principales (PHQ-9_Total, RSS_Total y PTQ_Total) para resumir tendencia central, dispersión y rango de puntuaciones.

A continuación, se emplearon los coeficientes de correlación de Pearson para explorar las relaciones bivariadas entre los síntomas depresivos y ambas formas de rumiación, así como el solapamiento entre RSS_Total y PTQ_Total.

Seguidamente, se inspeccionaron los diagramas de dispersión correspondientes a PHQ-9_Total frente a RSS_Total y a PHQ-9_Total frente a PTQ_Total, con el fin de verificar gráficamente los supuestos de linealidad y homocedasticidad de los residuos.

Finalmente, se realizaron dos regresiones lineales simples independientes: la primera introdujo RSS_Total como predictor de PHQ-9_Total y la segunda utilizó PTQ_Total con el mismo criterio, examinando en cada caso el ajuste global del modelo (R, R², R² ajustado, Durbin-Watson), la significación conjunta (ANOVA) y los coeficientes estimados (B, SE B, β , t, p, tolerancia y VIF). Todos los análisis se llevaron a cabo en SPSS Statistics.

6.- Resultados.

6.1.- Estadísticos descriptivos

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables clave —síntomas depresivos (PHQ-9_Total), rumiación reactiva (RSS_Total) y rumiación perseverativa (PTQ_Total)— para caracterizar la muestra en términos de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica, rango). Estos resultados aparecen en la Tabla 2 (n = 61; M; DE; mínimo; máximo) y confirman que las puntuaciones se ajustan a los rangos teóricos esperados, ofreciendo al lector una visión global de la intensidad de los síntomas y de los niveles de rumiación en la muestra (véase Tabla 2).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de PQH-9, RSS y PTQ

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
PQH9_Total	61	1	20	8,79	4,626
RSS_Total	61	22	74	41,39	13,966
PTQ_Total	61	4	43	23,33	10,087

Nota. N válido (por lista) = 61.

Las puntuaciones de PHQ-9_Total oscilaron entre 1 y 20 (M = 8,79; DE = 4,63), situándose la media de la muestra en el rango de depresión leve (5–9). En RSS_Total, los valores variaron de 22 a 74 (M = 41,39; DE = 13,97), con una

media próxima al punto medio de la escala. Por último, PTQ_Total registró un rango de 4 a 43 ($M = 23,33$; $DE = 10,09$), reflejando la media niveles moderados de rumiación perseverativa.

6.2.- Análisis de correlaciones

Para evaluar la asociación lineal entre los síntomas depresivos (PHQ-9_Total) y las dos formas de rumiación (RSS_Total y PTQ_Total), se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson. La Tabla 3 muestra la matriz de correlaciones, que permite conocer la dirección y magnitud de las relaciones: por un lado, entre cada tipo de rumiación y los síntomas depresivos; por otro, entre RSS_Total y PTQ_Total, para estimar el grado de solapamiento entre ambos constructos. Este paso confirmatorio asegura que existe una correlación suficiente para justificar los análisis de regresión posteriores (véase Tabla 3).

Tabla 3

Matriz de correlaciones (Pearson)

	PQH9_Total	RSS_Total	PTQ_Total
PQH9_Total	1	0.827**	0.612**
RSS_Total	0.827**	1	0.724**
PTQ_Total	0.612**	0.724**	1

Nota. ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
N = 61 para todas las correlaciones.

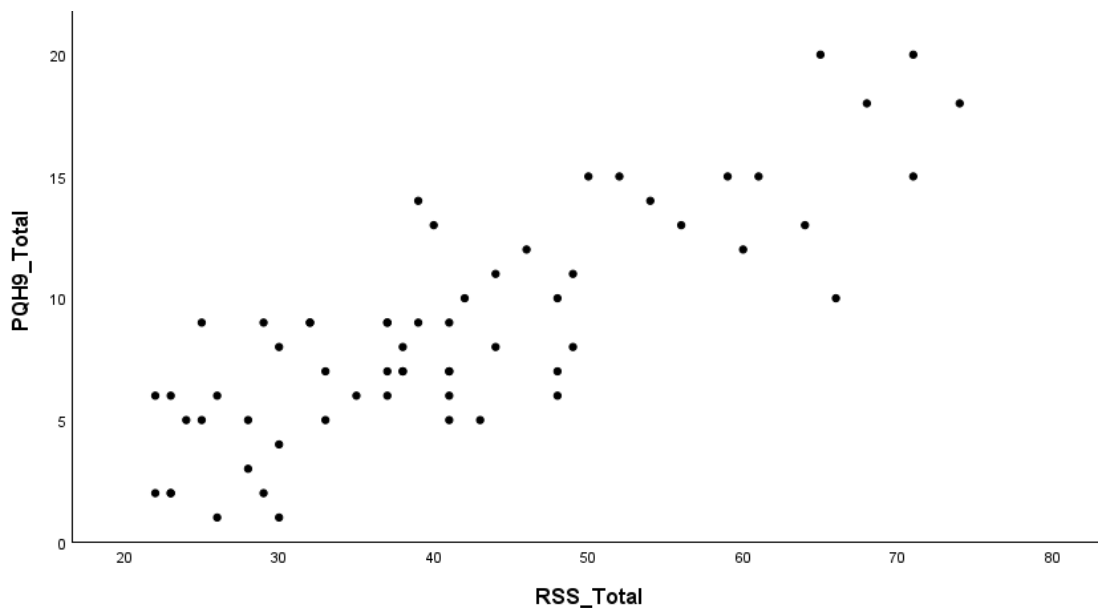
El coeficiente de correlación de Pearson entre PHQ-9_Total y RSS_Total fue $r(59) = .83$, $p < .001$. La correlación entre PHQ-9_Total y PTQ_Total alcanzó $r(59) = .61$, $p < .001$. Finalmente, la relación entre RSS_Total y PTQ_Total fue $r(59) = .72$, $p < .001$. Todos los coeficientes fueron positivos y estadísticamente significativos en un contraste bilateral.

6.3.- Diagramas de dispersión descriptivos

Para comprobar los requisitos previos de la regresión lineal simple, se elaboraron diagramas de dispersión de PHQ-9_Total frente a RSS_Total (Figura 1) y de PHQ-9_Total frente a PTQ_Total (Figura 2). Estos gráficos permiten evaluar visualmente (a) la linealidad de la relación entre predictor y variable dependiente y (b) la homocedasticidad de los residuos, asegurando que la nube de puntos forme un patrón oblicuo sin agrupaciones ni valores atípicos extremos antes de aplicar los modelos de regresión (véanse Figuras 1 y 2).

Figura 1

Diagrama de dispersión de PQH-9_Total por RSS_Total

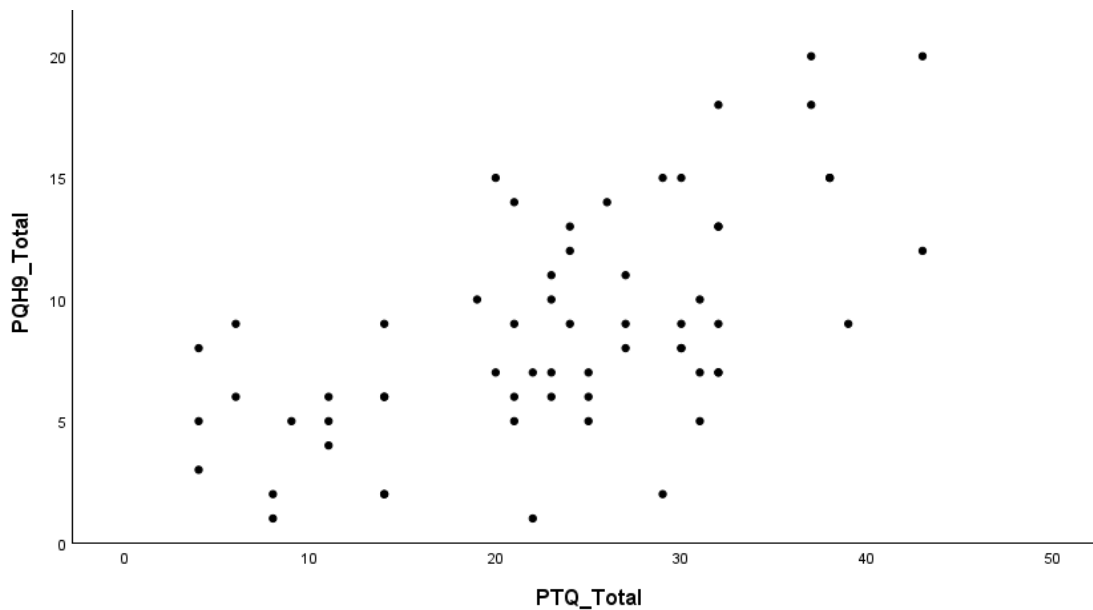


Nota. PHQ-9_Total = puntuación total en Patient Health Questionnaire-9; RSS_Total = puntuación total en Ruminative Responses Scale.

En la Figura 1 los datos se alinean de forma oblicua desde valores bajos de ambas variables hasta valores altos, con una dispersión vertical relativamente uniforme a lo largo del eje horizontal (RSS_Total). No se aprecia concentración de casos fuera de la nube principal en ninguno de los extremos del eje X.

Figura 2

Diagrama de dispersión de PQH-9_Total por PTQ_Total



Nota. PHQ-9_Total = puntuación total en Patient Health Questionnaire-9;
PTQ_Total = puntuación total en Perseverative Thinking Questionnaire.

La Figura 2 muestra que los casos se distribuyen formando una nube de puntos que se extiende diagonalmente de la parte inferior izquierda hacia la superior derecha. La densidad de puntos es mayor en el intervalo medio de PTQ_Total, donde también se observa la mayor dispersión vertical de valores de PHQ-9_Total.

6.4.- Regresión lineal simple de RSS y PHQ-9

Para evaluar si la rumiación reactiva (RSS_Total) predice los síntomas depresivos (PHQ-9_Total), se llevó a cabo un análisis de regresión lineal simple en SPSS Statistics (véase Figura 3). Este modelo examinó el efecto único de RSS_Total sobre PHQ-9_Total a través de tres bloques de información: El ajuste global del modelo (véase Tabla 4), el análisis de varianza (ANOVA) (véase Tabla 5) y los coeficientes de regresión (véase Tabla 6).

Tabla 4

Resumen del ajuste del modelo de regresión lineal: predicción de (b) PHQ-9_Total a partir (a) RSS_Total

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.827	.684	.678	2.625	2.141

Nota. Esta tabla presenta el resumen del ajuste del modelo de regresión lineal simple destinado a predecir la puntuación total de síntomas depresivos (PHQ-9_Total) a partir de la puntuación total de rumiación (RSS_Total). *a. Predictores: (Constante), RSS_Total. b. Variable dependiente: PHQ-9_Total.*

La Tabla 4 muestra una fuerte correlación entre RSS_Total y PHQ-9_Total ($R = .827$), que explica el 68.4 % de la varianza ($R^2 = .684$; R^2 ajustado = .678). El error estándar de la estimación es 2.625, lo que indica predicciones precisas, y el estadístico Durbin-Watson (2.141) sugiere ausencia de autocorrelación de los residuos.

Tabla 5

ANOVA del modelo de regresión lineal: (a) PHQ-9_Total como variable dependiente y (b) RSS_Total como predictor

Modelo	Suma de cuadrados	de gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	877.822	1	877.822	127.437	< .001
Residuo	406.408	59	6.888		

Nota. Esta tabla presenta el análisis de varianza (ANOVA) del modelo de regresión lineal simple empleado para predecir la puntuación total de síntomas depresivos (PHQ-9_Total) a partir de la puntuación total de rumiación (RSS_Total) y permite evaluar si el modelo global explica una proporción de varianza significativa. *a. Variable dependiente: PHQ_9_Total. b. Predictores: (Constante), RSS_Total.*

Como muestra la Tabla 5: suma de cuadrados de regresión = 877.822 ($df = 1$), suma de cuadrados residual = 406.408 ($df = 59$), $F(1, 59) = 127.437$, $p < .001$. El test F indica que el modelo global es significativo.

Tabla 6

Coefficientes estimados del modelo de regresión lineal: predicción de (a) PHQ-9_Total a partir de RSS_Total

Modelo	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
(Constant	-2.550	1.059		-2.408	.019		
e)							
RSS_Total	.274	.024	.827	11.289	< .001	1.000	1.000

Nota. La Tabla 6 nos indica los coeficientes de cada predictor (constante) RSS_Total: (B, SE B, β , t, p). a. Variable dependiente: PHQ_9_Total.

Los resultados de la tabla muestran que el intercepto es $B = -2,550$ (SE = 1,059), $t(59) = -2,408$, $p = .019$, lo que indica que el valor estimado de PHQ-9_Total es significativamente distinto de cero cuando $RSS_Total = 0$. El coeficiente de RSS_Total es $B = 0,274$ (SE = 0,024), $\beta = .827$, $t(59) = 11,289$, $p < .001$, demostrando que cada incremento de una unidad en la rumiación reactiva se asocia con un aumento de 0,274 puntos en la puntuación de síntomas depresivos. Las métricas de colinealidad (tolerancia = 1,000; VIF = 1,000) confirman la ausencia de multicolinealidad entre los predictores.

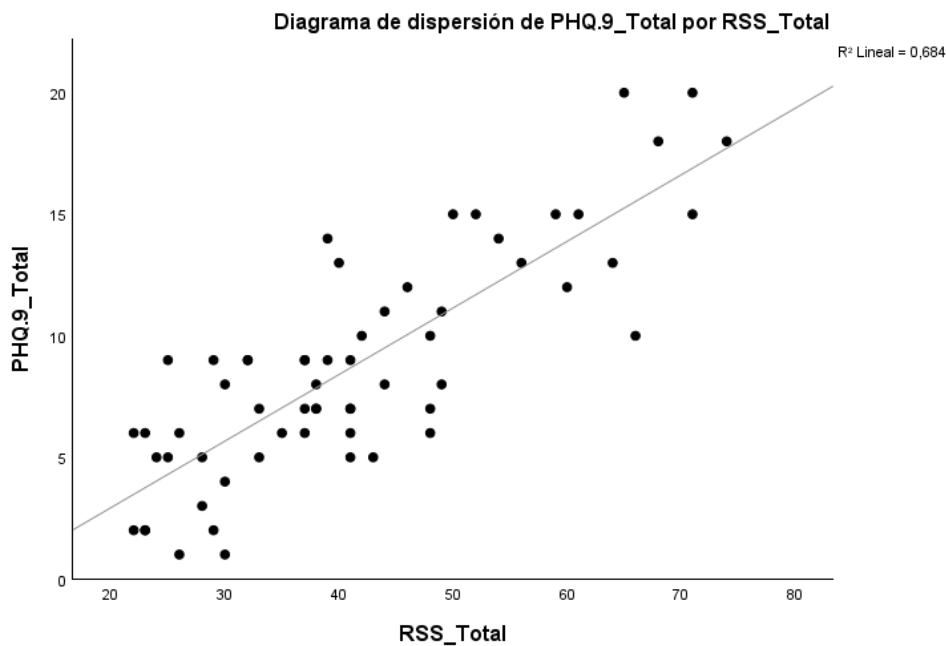


Figura 3

Diagrama de dispersión de PHQ-9_Total por RSS_Total con línea de regresión.

Nota. RSS_Total = puntuación total en Ruminative Responses Scale; PHQ-9_Total = puntuación total en Patient Health Questionnaire-9. La línea de regresión se obtuvo mediante mínimos cuadrados en SPSS; $R^2 = 0,684$ indica que el 68,4 % de la varianza en PHQ-9_Total está explicada por RSS_Total.

En la Figura 3 se aprecia que a medida que aumentan los puntajes de rumiación (RSS_Total), también tienden a aumentar los síntomas depresivos (PHQ-9_Total). La mayoría de los puntos se agrupa alrededor de la recta de regresión, y no se observan valores atípicos extremos que se alejen de la tendencia general.

- **Regresión lineal simple de PTQ y PHQ-9**

Realizado para evaluar si la rumiación perseverativa (PTQ_Total) predice los síntomas depresivos (PHQ-9_Total). A continuación, se presentan las Tablas 7 a 9 correspondientes al análisis que preceden la Figura 4.

Tabla 7

Resumen del ajuste del modelo de regresión lineal simple: predicción de (b) PHQ-9_Total a partir de (a) PTQ_Total

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.612	.375	.364	3.689	1.794

Nota. Esta tabla muestra el resumen del ajuste del modelo de regresión lineal simple destinado a predecir la puntuación total de síntomas depresivos (PHQ-9_Total) a partir de la puntuación total de rumiación perseverativa (PTQ_Total). a. Predictores: (Constante), PTQ_Total. b. Variable dependiente: PHQ-9_Total.

La Tabla 7 muestra que $R = .612$ indica una asociación moderada; $R^2 = .375$ (R^2 ajustado = .364) significa que PTQ_Total explica el 37.5 % de la varianza de PHQ-9_Total; el error estándar de la estimación (3.689) refleja la precisión media

de las predicciones; y Durbin–Watson = 1.794 sugiere independencia de los residuos.

Tabla 8

ANOVA del modelo de regresión lineal simple: significación global del modelo con (b) PTQ_Total como predictor de (a) PHQ-9_Total

Modelo	Suma de cuadrados	de gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	481.324	1	481.324	35.369	< .001
Residuo	802.906	59	13.609		

Nota. Esta tabla presenta el análisis de varianza (ANOVA) del modelo de regresión lineal simple para predecir PHQ-9_Total a partir de PTQ_Total y permite evaluar si el modelo global explica una proporción de varianza significativa. a.Variable dependiente: PHQ-9_Total. b. Predictores: (Constante), PTQ_Total.

La Tabla 8 presenta la suma de cuadrados de regresión es 481.324 (df = 1), la suma de cuadrados residual es 802.906 (df = 59). El valor de F (1, 59) = 35.369 con $p < .001$ indica que el modelo de regresión lineal simple es estadísticamente significativo. Esto significa que la puntuación total de rumiación perseverativa (PTQ_Total) explica una proporción de la varianza en los síntomas depresivos (PHQ-9_Total) mayor de la esperada por azar.

Tabla 9

Coefficientes estimados del modelo de regresión lineal simple para la predicción de (a) PHQ-9_Total a partir de PTQ_Total

Modelo	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
(Constante)	2.237	1.198		1.867	.067		
PTQ_Total	.281	.047	.612	5.947	< .001	1.000	1.000

Nota. Esta tabla muestra los coeficientes estimados del modelo de regresión lineal simple: el intercepto y el coeficiente de predicción correspondientes a PTQ_Total; cuyo objetivo es predecir la puntuación total de síntomas depresivos (PHQ-9_Total) a partir de la puntuación total de rumiación perseverativa (PTQ_Total). a.Variable dependiente: PHQ-9_Total.

La Tabla 9 muestra que el intercepto (constante) estimado es $B = 2,237$ ($SE = 1,198$), $t(59) = 1,867$, $p = .067$, lo que indica que su valor no es estadísticamente significativo; el coeficiente de PTQ_Total es $B = 0,281$ ($SE = 0,047$), $\beta = .612$, $t(59) = 5,947$, $p < .001$, lo que refleja que cada incremento de una unidad en rumiación perseverativa se asocia con un aumento de 0,281 puntos en síntomas depresivos; la tolerancia (1,000) y el VIF (1,000) confirman la ausencia de colinealidad entre los predictores.

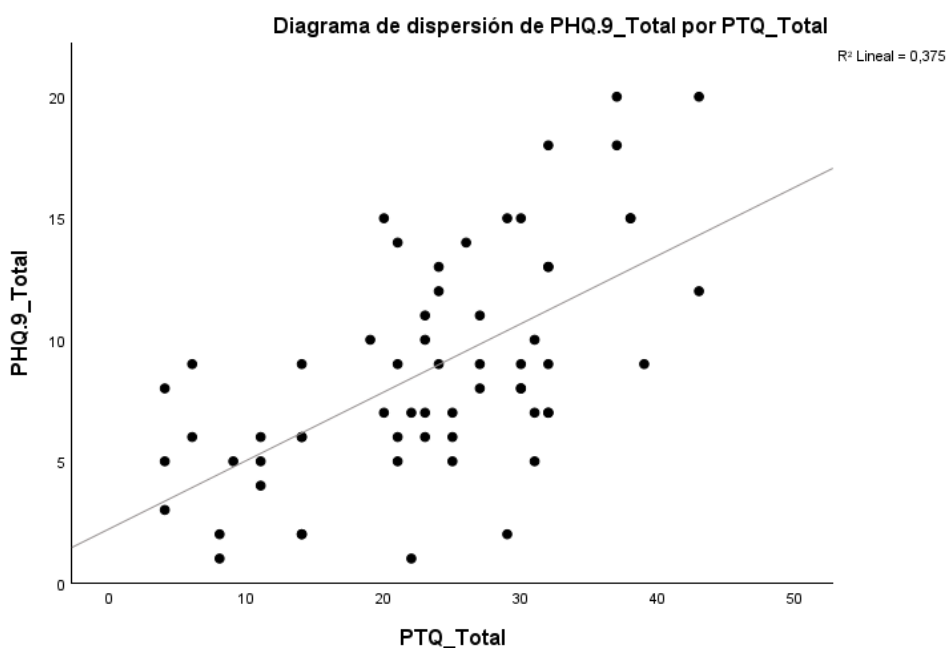


Figura 4

Diagrama de dispersión de PHQ-9_Total por PTQ_Total con línea de regresión.

En la Figura 4 se observa que los puntos se distribuyen en una nube que asciende de manera oblicua. La línea de regresión atraviesa la mayoría de los datos, y ningún punto se aleja de forma extrema de la tendencia general. Con un coeficiente de determinación de $R^2 = 0.375$, el 37.5 % de la varianza en $PHQ-9_Total$ queda explicado por PTQ_Total . Además, el coeficiente $B = 0.281$ ($p < .001$) refleja que, en promedio, cada punto adicional en PTQ_Total se asocia con un aumento de 0.281 puntos en $PHQ-9_Total$.

7. Discusión

El presente estudio examinó la hipótesis de que la rumiación constituye un predictor del mantenimiento de los síntomas depresivos en población general. Los resultados ofrecen evidencia empírica de una asociación positiva y significativa entre los niveles de rumiación y la sintomatología depresiva medida por el PHQ-9. Asimismo, se evaluó de forma comparativa el peso predictivo de la rumiación reactiva (RSS_Total) frente a la perseverativa (PTQ_Total), hallándose que el primero presenta un mayor poder de predicción sobre la persistencia de los síntomas depresivos.

Tal como se expuso en el marco teórico, la rumiación es un patrón de pensamiento repetitivo, pasivo y autorreferencial, implicado en la exacerbación y cronicidad de la depresión (Nolen-Hoeksema, 1991; Treynor et al., 2003). Estudios previos han señalado que este proceso cognitivo aumenta la actividad de la red por defecto (Default Mode Network), dificultando la regulación emocional y favoreciendo un foco persistente en pensamientos negativos (Hamilton et al., 2015; Raichle et al., 2001).

Los análisis correlacionales revelaron que la Ruminative Responses Scale (RSS) presenta una fuerte correlación con los síntomas depresivos medidos por el PHQ-9 ($r = .83, p < .001$), mientras que el Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ) mostró una correlación moderada ($r = .61, p < .001$). Esta diferencia sugiere que la rumiación específica evaluada por la RSS tiene una mayor capacidad explicativa sobre la depresión que el pensamiento repetitivo general medido por el PTQ, cumpliendo con el objetivo específico 2.

Asimismo, la correlación entre el RSS y el PTQ ($r = .72, p < .001$) respalda la existencia de un núcleo cognitivo común, probablemente relacionado con la persistencia del malestar emocional (Ehring & Watkins, 2008). Sin embargo, los diagramas de dispersión y la mayor linealidad observada en la relación RSS-PHQ-9 refuerzan la idea de que la rumiación específica tiene un efecto más consistente sobre la gravedad depresiva, lo que se alinea con estudios como los de Burwell y Shirk (2007) y Spasojević y Alloy (2001).

En cuanto al análisis de regresión, los resultados confirman que la rumiación constituye un predictor robusto del mantenimiento de los síntomas depresivos, tal como planteaba el marco teórico (Nolen-Hoeksema, 1991; Treynor et al., 2003), y respaldan así la hipótesis de nuestro trabajo. A su vez, resuelven el objetivo principal: examinar la relación entre los niveles de rumiación y la intensidad de los síntomas depresivos. Estos hallazgos también atienden al objetivo específico 4, ya que aportan evidencia sobre los mecanismos cognitivos que intervienen en la cronicidad de la depresión.

La asociación positiva y significativa observada entre las puntuaciones totales de la RRS y el PHQ-9 coincide con estudios anteriores que vinculan niveles elevados de rumiación con una mayor duración e intensidad de los episodios depresivos (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Burwell & Shirk, 2007). Además, el poder predictivo superior de la RRS concuerda con investigaciones que identifican a la rumiación específica como factor de vulnerabilidad estrechamente ligado a la prolongación del episodio depresivo (Spasojević & Alloy, 2001; Roelofs, Muris, Huibers, Peeters, & Arntz, 2006). En contraste, el PTQ, aunque también muestra relación con la sintomatología, cumple un papel más amplio al captar procesos perseverativos que trascienden el ámbito exclusivamente depresivo (McEvoy, Watson, & Watkins, 2010; Ehring & Watkins, 2008).

Desde una perspectiva crítica, los hallazgos coinciden con la literatura existente, aunque la inclusión futura de variables moderadoras —como edad o nivel educativo (objetivo específico 3)— podría enriquecer el análisis y aportar una visión más matizada sobre cómo los factores sociodemográficos interactúan con la rumiación.

En cuanto al punto de vista neurobiológico, los datos concuerdan con la evidencia de que la rumiación intensifica la actividad de la red por defecto (DMN), dificultando la regulación emocional y favoreciendo la perseverancia en pensamientos negativos (Hamilton et al., 2015; Raichle et al., 2001). Por ejemplo, Hamilton et al. (2015) reportaron que la sobreactivación de la DMN se correlaciona con mayores niveles de tristeza y desesperanza, y esto podría explicar en parte la elevada correlación RSS-PHQ-9 encontrada en este estudio ($r = .83$).

En suma, los resultados no solo confirman la hipótesis de este trabajo sino que respaldan varios de los objetivos propuestos en el trabajo y también refuerzan el cuerpo teórico sobre la rumiación como mecanismo central en el mantenimiento de los síntomas depresivos. Su evaluación sistemática mediante instrumentos como la RRS o el PTQ puede tener una alta aplicabilidad clínica en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión.

8.- Conclusiones

El presente estudio confirma que la rumiación funciona como un predictor sólido del mantenimiento de los síntomas depresivos en población general, tal y como se había planteado en el marco teórico. La evidencia obtenida muestra que, al controlar otras variables, los niveles de rumiación (medidos por la RRS y el PTQ) mantuvieron una relación positiva y significativa con la gravedad de la sintomatología depresiva (PHQ-9), lo que respalda la hipótesis de que este estilo cognitivo contribuye a prolongar el malestar emocional. Cabe destacar que, al comparar ambas medidas, la RRS demostró un mayor poder explicativo de la varianza en la sintomatología depresiva que el PTQ, lo cual valida la elección de la RRS como herramienta preferente para evaluar la rumiación específica en contextos clínicos y de investigación.

Desde el punto de vista teórico, estos resultados aportan apoyo empírico a la literatura que vincula la rumiación con la disfunción de la red por defecto (DMN) y con la cronicidad de la depresión (Hamilton et al., 2015; Raichle et al., 2001). El hallazgo de que la RRS, al enfocarse en respuestas rumiativas ante un estado de ánimo bajo, se correlaciona con mayor fuerza con la depresión (Spasojević & Alloy, 2001), refuerza el modelo cognitivo propuesto por Nolen-Hoeksema (1991) y Treynor et al. (2003), en el que la repetición pasiva de pensamientos negativos incrementa el riesgo de recaída. Asimismo, la correlación interinstrumental entre RRS y PTQ evidencia un núcleo cognitivo transdiagnóstico de perseverancia mental (Ehring & Watkins, 2008), aunque con diferente grado de especificidad respecto a la cronicidad depresiva.

En suma, el estudio aporta evidencia contundente de que la rumiación es un factor central en la perpetuación de la depresión y que la RRS supera al PTQ en capacidad predictiva de la persistencia sintomática. Estos resultados fortalecen el marco teórico sobre la rumiación como mecanismo de mantenimiento y subrayan la pertinencia de emplear herramientas que evalúen de manera específica la respuesta rumiativa ante el estado de ánimo para comprender mejor los factores que influyen en la cronicidad de la sintomatología.

Asimismo, orientan la práctica clínica y educativa hacia una valoración temprana de la rumiación reactiva y resaltan la necesidad de profundizar en los procesos cognitivos y contextuales que interactúan con la rumiación para optimizar intervenciones y prevenir recaídas a largo plazo.

9.- Aplicabilidad

Los resultados del presente estudio tienen una aplicabilidad directa en distintos ámbitos, especialmente en el clínico, el educativo, el de la prevención comunitaria y el de investigación. La evidencia obtenida muestra que la rumiación, particularmente en su modalidad RSS, actúa como un potente predictor de los síntomas depresivos. Esta asociación sugiere la necesidad de que los profesionales de la salud mental integren evaluaciones sistemáticas de los estilos rumiativos en sus protocolos diagnósticos y terapéuticos.

Desde un enfoque clínico, los instrumentos utilizados (PTQ y RSS) pueden incorporarse en fases iniciales del proceso de evaluación psicológica, permitiendo identificar factores cognitivos de riesgo incluso antes de que se manifiesten cuadros depresivos completos. En este estudio se constató la superior capacidad predictiva de la RRS frente al PTQ, por lo que se recomienda emplear la RRS como herramienta preferente al inicio del proceso diagnóstico. Así, los profesionales podrán asignar recursos de forma más focalizada hacia intervenciones preventivas que interrumpan los patrones de pensamiento repetitivo y reduzcan la probabilidad de mantenimiento sintomático.

También la inclusión de técnicas terapéuticas centradas en la modificación de patrones rumiativos —como la terapia cognitiva basada en mindfulness o la terapia

metacognitiva— podría mejorar la eficacia de las intervenciones, favoreciendo una reducción más rápida y sostenida de los síntomas.

En el contexto educativo, estos hallazgos pueden orientar intervenciones preventivas dirigidas a jóvenes y adultos jóvenes, población especialmente vulnerable al desarrollo de trastornos del estado de ánimo. Incorporar la RRS en programas de evaluación psicopedagógica y de bienestar estudiantil permitirá detectar con antelación a quienes presentan elevados niveles de rumiación, factor asociado con el desarrollo y la prolongación de sintomatología depresiva. También, se podrían diseñar talleres o programas de educación emocional que incluyan el entrenamiento en regulación del pensamiento repetitivo y el desarrollo de habilidades de afrontamiento adaptativo podrían mitigar la aparición de sintomatología depresiva.

A nivel comunitario y de planificación sanitaria, los datos obtenidos refuerzan la necesidad de diseñar campañas de promoción de la salud mental que incorporen la psicoeducación sobre la rumiación. Además, los responsables de políticas públicas pueden considerar estos resultados al momento de distribuir recursos destinados a la salud mental, priorizando la detección precoz y la intervención sobre factores cognitivos transdiagnósticos, como la rumiación.

Finalmente, dada la robustez de la relación entre rumiación y depresión observada en este estudio, se sugiere que futuras investigaciones longitudinales y experimentales analicen la evolución de estos patrones cognitivos y su respuesta a diferentes enfoques terapéuticos. Además de realizar más investigaciones comparativas entre las fuerzas de predicción de los instrumentos empleados (RSS vs PTQ).

A falta de recursos, se recomienda usar la RRS como variable principal de rumiación dado que garantiza una mayor sensibilidad para captar cambios cognitivos relacionados con la persistencia de la depresión, mientras que el PTQ puede resultar útil como medida complementaria de procesos perseverativos de carácter transdiagnóstico. A partir de esta estrategia, se optimiza la validez predictiva de los modelos empíricos y no solo ampliaría la comprensión del fenómeno, sino que también aportaría evidencia útil para el diseño de intervenciones más personalizadas y eficaces.

10.- Limitaciones.

Los resultados obtenidos en el presente estudio aportan información relevante sobre la posible asociación entre la rumiación y el mantenimiento de los síntomas depresivos. No obstante, es necesario considerar ciertas limitaciones metodológicas que pueden influir en la interpretación de los hallazgos.

Los instrumentos empleados en este estudio son de uso clínico, por lo que se requirió el consentimiento informado de todos los participantes, lo que pudo generar reticencia o deserción y, en consecuencia, afectar la representatividad y el tamaño final de la muestra. Una vez obtenido el consentimiento, la recogida de datos se realizó mediante un cuestionario en línea distribuido por canales digitales, utilizando Microsoft Forms como plataforma.

La muestra del presente estudio se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, a través de un cuestionario en línea distribuido por canales digitales. Esta estrategia, de carácter autoseleccionado, facilitó la participación, pero también introduce ciertas limitaciones. La composición final de la muestra pudo haberse visto influida por factores como el acceso a internet, la familiaridad con entornos digitales o el interés personal por la temática del estudio. Estas condiciones pueden generar sesgos que afectan la representatividad de la muestra y, en consecuencia, limitan la generalización de los resultados a otras poblaciones.

En segundo lugar, la muestra estuvo compuesta por 61 personas. Este tamaño permitió explorar las variables del estudio, aunque futuras investigaciones podrían considerar un mayor número de participantes con el fin de ampliar la solidez de los análisis y posibilitar la exploración de diferencias entre subgrupos. Además, aunque se recopilaron datos sociodemográficos como la edad, el género o el nivel educativo, estas variables no fueron incluidas como factores de control en el análisis estadístico. Esta decisión metodológica limita la capacidad para detectar posibles efectos moderadores o interacciones entre características individuales y las variables principales del estudio.

Tercero, en relación con los instrumentos utilizados (PHQ-9, PTQ y RSS), al tratarse de cuestionarios de autoinforme, pueden estar sujetos a sesgos como la deseabilidad social, la interpretación subjetiva de los ítems o errores de respuesta derivados de dificultades de comprensión. Aunque se trata de instrumentos ampliamente validados, el contexto de autoadministración no supervisada añade una fuente adicional de variabilidad. Adicionalmente, el hecho de que los cuestionarios se administraran únicamente en lengua española podría haber supuesto un obstáculo para aquellas personas con un menor dominio del idioma, afectando la calidad de las respuestas.

En cuarto lugar, cabe señalar que no se aplicaron pruebas de validez convergente o discriminante entre las escalas utilizadas, lo cual podría haber ofrecido una mayor solidez psicométrica al análisis. También se debe considerar que el estudio no exploró el papel de posibles variables intervinientes como el nivel de ansiedad, la historia clínica previa o la existencia de eventos vitales recientes, los cuales pueden influir significativamente en la relación entre rumiación y síntomas depresivos.

Finalmente, el diseño del estudio es transversal, es decir, los datos se recopilaron en un único momento. Este tipo de diseño permite establecer asociaciones entre variables, pero no inferir relaciones de causalidad. Por ello, aunque los resultados sugieren una relación entre la rumiación y los niveles de sintomatología depresiva, no es posible determinar si la rumiación actúa como predictor del mantenimiento de la depresión a lo largo del tiempo. Para profundizar en este aspecto, se sugiere la realización de estudios futuros con diseños longitudinales que permitan evaluar la evolución de las variables analizadas.

11.- Presupuesto.

Concepto	Detalle/ Justificante	Unidad	Nº Unidades	Precio Unitario (€)	Total (€)
Licencia de software	Plataforma para crear y distribuir el cuestionario y analizar resultados	Programa	2	100 €	200 €*
Acceso a artículos / bases de datos	Pago por acceder a artículos científicos	Euros	2	20 €	40 €*
Transporte	Desplazamientos a tutorías o búsqueda de material	Km	12	0,25 €	3 €
Material de oficina	Material para organizar y anotar los procedimientos clave	Lote	2	5 €	10 €
Electricidad /Internet	Estimación por el uso doméstico en horas dedicadas	Hora	258	0,10 €	25,8 €
Tiempo personal de investigación	Valoración del tiempo invertido	Hora	258	10 €	2.580 €
Total				2858,80 €	

* Costes asumidos por la universidad URV incluido con la matrícula

12.-Bibliografía.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010).

Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 30(2), 217–237.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

- Burwell, R. A., & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, and depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(1), 56–65.
https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3601_6
- Cassiani-Miranda, C. A., Cabanzo-Arenas, D. F., & Scoppetta Orozco, O. (2020). Validez del Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 49*(2), 111–118.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.002>
- Cassiani-Miranda, C. A., Cuadros-Cruz, A. K., Torres-Pinzón, H., Scoppetta Orozco, O., Pinzón-Tarrazona, J. H., López-Fuentes, W. Y., Páez, A., Cabanzo-Arenas, D. F., Ribero-Marulanda, S., & Llanes-Amaya, E. R. (2021). Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 50*(1), 11–21. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.001>
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*(3), 192–205. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.192>
- Hamilton, J. P., Etkin, A., Furman, D. J., Lemus, M. G., Johnson, R. F., & Gotlib, I. H. (2015). The neuroanatomical nexus of depression. *Neuron, 85*(3), 615–630.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.12.061>
- Hamilton, J. P., Farmer, M., Fogelman, P., & Gotlib, I. H. (2015). Depressive rumination, the default-mode network, and the dark matter of clinical neuroscience. *Biological Psychiatry, 78*(4), 224–230.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.02.020>
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: La Escala de Respuestas Rumiativas. *Clínica y Salud, 19*(2), 139–156. <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/4-20082.Herv%C3%A1s.pdf>
- Jiménez-Fernández, S., Gurpegui, M., Díaz Atienza, F., & Correll, C. (2023). La depresión como enfermedad sistémica: Implicaciones del estrés oxidativo. *Journal of Clinical Psychiatry. https://doi.org/10.1016/j.jpsych.2023.02.004*

- McIntosh, A. M., Zeng, Y., Eckert, A., Smith, G. D., & Jones, H. (2025). Identificación de variantes genéticas asociadas con la depresión en poblaciones diversas. *Nature Genetics*. <https://doi.org/10.1038/s41588-025-00423-1>
- Miranda-Vásquez, C. M., Hidalgo, V., & Pérez-Pedroza, M. (2020). Evaluación psicométrica inicial del Cuestionario de Pensamiento Perseverativo (PTQ) en estudiantes universitarios peruanos. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 26(2), 123–136. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68665588005>
- Navarro, Y., & Universidad de Huelva. (2025). El duelo invisible del desempleo: Un estudio alerta de sus efectos en la salud mental. *Atención Primaria*. <https://cadenaser.com/andalucia/2025/04/08/el-duelo-invisible-del-desempleo-un-estudio-alerta-de-sus-efectos-en-la-salud-mental-radio-huelva/>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
- Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A., & Shulman, G. L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(2), 676–682. <https://doi.org/10.1073/pnas.98.2.676>
- Roelofs, J., Muris, P., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2006). On the measurement of rumination: A psychometric evaluation of the Ruminative Response Scale and the Rumination on Sadness Scale in undergraduates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(4), 299–313. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.03.002>
- Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25–37. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25>
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259. <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>

World Health Organization. (2023). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates.*

<https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>

13.-Anexo

Annexo A1

Matriz de componentes de la RRS

<https://www.aepecp.net/wp-content/uploads/2020/05/4-20082.Hervás.pdf>

ÍTEMS	1 Casi nunca	2 Algunas veces	3 A menudo	4 Casi siempre
1-Piensas en lo solo/a que te sientes.				
2- Piensas <No seré capaz de hacer mi trabajo/ tarea si no soy capaz de quitarme esto de encima>				
3- Piensas en tus sensaciones de fatiga y molestias.				
4- Piensas en lo duro que te resulta concentrarte.				
5- Piensas: <Qué he hecho yo para merecer esto?>				
6- Piensas en lo pasivo/a y desmotivado/a que te sientes.				
7- Analizas los sucesos recientes para entender porqué estás deprimido.				
8- Piensas acerca de cómo parece no sentir ya nada.				
9- Piensas <Por qué no puedo conseguir hacer las cosas?>				

10- Piensas <Por qué siempre reacciono de esta forma?>				
11- Te vas por ahí solo/a y piensas en por qué te sientes así				
12- Escribes lo que estás pensando y lo analizas.				
13- Piensas acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera ido mejor.				
14- Piensas: <No seré capaz de concentrarme si continúo sintiéndome de esta manera.				
15- Piensas <Por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen>				
16- Piensas: <Por qué no puedo controlar las cosas mejor?>				
17- Piensas en lo triste que te sientes				
18- Piensas sobre todos tus defectos, debilidades, fallos y equivocaciones.				
19- Piensas sobre cómo no te apetece hacer nada.				
20- Analizas tu forma de ser para intentar comprender porqué estás deprimido/a				
21- Te vas solo/a a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes.				
22- Piensas en cómo estás de irritado contigo mismo/a.				

Annexo A2.

Matriz de componentes del test Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ)

<https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/02cc289a-106f-4243-828d-fe1142a48acc/content>

Questionario de Pensamiento Perseverativo (PTQ)

En este cuestionario se te pedirá que describas como sueles pensar sobre los problemas y experiencias negativas. Por favor lee las siguientes afirmaciones e indica en qué medida se aplican a ti cuando piensas acerca de experiencias negativas o problemas.

0	1	2	3	4
Nada	Raramente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

1. Los pensamientos se mantienen en mi mente una y otra vez.	0	1	2	3	4
2. Los pensamientos se cuelan en mi mente.	0	1	2	3	4
3. No puedo dejar de preocuparme por ellos.	0	1	2	3	4
4. Pienso sobre muchos problemas sin resolver ninguno.	0	1	2	3	4
5. No puedo hacer nada más cuando estoy pensando en mis problemas.	0	1	2	3	4
6. Mis pensamientos son repetitivos	0	1	2	3	4
7. Los pensamientos vienen a mi mente aunque yo no quiera.	0	1	2	3	4
8. Me quedo atascado en ciertos problemas y no puedo seguir adelante.	0	1	2	3	4
9. Sigo haciéndome las mismas preguntas sin encontrar una respuesta.	0	1	2	3	4
10. Mis pensamientos me impiden centrarme en otras cosas.	0	1	2	3	4
11. Sigo pensando sobre el mismo asunto todo el tiempo.	0	1	2	3	4
12. Los pensamientos se meten en mi mente.	0	1	2	3	4
13. Me siento impulsado a seguir preocupándome por la misma cuestión.	0	1	2	3	4
14. Mis pensamientos no me son de mucha ayuda.	0	1	2	3	4
15. Mis pensamientos absorben toda mi atención.	0	1	2	3	4

Annexo A3.

Matriz de componentes del test PHQ-9

[https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-validez-del-cuestionario-salud-del-S003474501930071X\)](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-validez-del-cuestionario-salud-del-S003474501930071X)

https://www.ons.org/sites/default/files/2017-06/PatientHealthQuestionnaire9_Spanish_0.pdf

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan a menudo le han afectado algunos de los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1-Poco interés o placer para hacer las cosas				
2- Sentirse desanimado/a, deprimido/a, triste o sin esperanza				
3- Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado				
4-Sentirse cansado/a o tener poca energía				
5- Tener mal apetito o comer exceso				
6- Sentirse mal acerca de sí mismo/a (o sentir que es un/a fracasado/a o se ha fallado a sí mismo/a o a su familia)				
7- Dificultad para poner atención,				

para concentrarse en cosas tales como estudiar, leer el periódico o ver la televisión				
8- Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo pueden haber notado (o lo contrario: estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal)				
9- Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera hacerse daño de alguna forma				
10 * Si ha marcado las opciones 1, 2 o 3 (varios días, más de la mitad o casi todos los días) en alguno de los ítems anteriores, responda ¿Cuánto le han dificultado estos problemas realizar su trabajo, estudiar, encargarse de las cosas de la casa o llevarse bien con otras personas?	Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

14.-Reflexión

La realización de este Trabajo de Fin de Grado ha sido un proceso interesante que me ha permitido afianzar y ampliar diversas competencias en investigación clínica. En primer lugar, la coordinación de las distintas fases del estudio —desde la redacción del protocolo y la gestión de plazos hasta la obtención de permisos, el consentimiento informado y la aprobación por el comité de ética— me ha exigido mejorar mi planificación, la gestión de recursos y la aplicación rigurosa de las normas APA-7. Este recorrido me ha proporcionado una visión más estructurada de los procesos investigativos y he adquirido familiaridad práctica con los requisitos formales que rigen la investigación en contextos académico y clínico.

De forma gradual, he desarrollado habilidades organizativas y metodológicas esenciales, he profundizado en un tema de especialización con potencial aplicación clínica y he sentado las bases para un perfeccionamiento profesional continuo más allá del ámbito académico. He aprendido a diseñar e implementar cuestionarios en línea mediante Microsoft Forms y he manejado herramientas estadísticas en SPSS para calcular la fiabilidad de escalas, explorar correlaciones y ajustar modelos de regresión.

A nivel pre-profesional, este proyecto ha supuesto mi primera aproximación a la investigación clínica en un contexto supervisado, lo que me ha permitido familiarizarme con plataformas de recogida de datos (Microsoft Forms), herramientas estadísticas (SPSS) y la normativa ética y metodológica de la profesión. He comprendido la importancia de la rigurosidad en la obtención y tratamiento de datos, así como la responsabilidad inherente a la protección de los participantes. He aprendido a diseñar e implementar cuestionarios y he manejado herramientas estadísticas para calcular la fiabilidad de escalas, explorar correlaciones y ajustar modelos de regresión, competencias que pueden resultar fundamentales en mi futura práctica clínica.

Temáticamente, he profundizado en el concepto de rumiación perseverativa y su relación con los síntomas depresivos, lo que me ha despertado el interés por seguir explorando este campo y continuar indagando en esta línea en el futuro con mis futuros pacientes.