



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicología

“Rumiación: una intervención basada en mindfulness y Terapia Dialéctico Conductual”

Tesis para obtener el grado de
Maestro/a en Psicología

Lesly Alejandra Chávez Saucedo

Director de tesis
Dr. Salvador Quiñonez Rodríguez
Co director de tesis
Óscar Alberto Altamirano Carreón
Becado/a por el Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías

Ciudad Juárez, Chihuahua, a fecha 27 de Abril del 2026.

Dedicatoria

Este documento está dedicado a todas las personas que han pasado por situaciones relacionadas con lo abordado a lo largo de la tesis. Aquellas personas que no pueden dar un paso sin pensarlo todo —y nada— al mismo tiempo; aquellas que se sienten sin rumbo en un mundo de pensamientos que interfieren en su atención, su disfrute y su identidad. Va para los que caminaron con un nudo en la garganta y sostuvieron en la espalda tantas palabras que ya no cabían en ningún lado. Esto va para aquellos que creyeron no tener un lugar en este mundo por los impedimentos de sus pensamientos, para los que sienten que la voz les tiembla, para quienes tuvieron que esconderse por miedo y perdieron oportunidades. Esta tesis es un intento de esperanza para todos aquellos seres humanos que no se sentían capaces de salir de ese río de pensamientos.

Agradecimientos

Una de las primeras menciones en esta sección es para mi director Quiñonez y Co director Óscar, con quienes hice un equipo inigualable e hicieron este proceso mucho más llevadero para mí. Agradezco profundamente a mis papás, quienes han estado conmigo de principio a fin; a mis hermanos y sobrinos, por darme siempre alegría. No quiero dejar pasar esta sección sin agradecer de manera especial a Emanuel, quien me acompañó más que nadie en todo mi proceso de maestría y estuvo conmigo en cada etapa. Gracias también a mis suegros y a toda mi familia en general, porque estuvieron a mi lado siempre. Gracias a mis amigas Alejandra y Sayde, por convertirse en personas tan importantes para mí. Por último, quiero agradecerme a mí misma por no haberme rendido a pesar de las tantas dificultades. A lo largo de mi maestría me acompañó un problema de salud mental muy fuerte; sin embargo, lo afronté y continué. Gracias, Lesly, por continuar a pesar de la tormenta en tus pensamientos.

Índice

Resumen	5
Abstract	6
RUMIACIÓN: UNA INTERVENCIÓN BASADA EN MINDFULNESS Y TERAPIA	
DIALÉCTICO CONDUCTUAL	7
Planteamiento del problema	7
<i>Estado del arte</i>	7
Datos epidemiológicos	13
Antecedentes y Marco Teórico	16
<i>Rumiación</i>	16
<i>Mindfulness</i>	25
<i>Terapia dialéctico conductual</i>	30
Objetivo e hipótesis	36
Objetivo general	36
• Diseñar, aplicar y evaluar una intervención psicológica basada en Mindfulness y DBT para la reducción de la rumiación.	36
Objetivos específicos	36
Preguntas de investigación	36
Hipótesis	36
Método	37
Participantes	37

Instrumentos y materiales	37
Procedimiento	39
Resultados	46
Discusión y conclusiones	48
Referencias.....	54
Anexos	79
Anexo A. Escala de Respuestas Rumiativas.....	79
Anexo B. Inventario Depresión de Beck.....	80
Anexo C. Inventario de Bienestar Subjetivo.....	84
Anexo D. Escala de Autocompasión	85
Anexo E. Inventario de Ansiedad de Beck.....	86
Apéndices	87
Apéndice A. Consentimiento informado	87
Apéndice B. Formato de autorregistro.....	89

Índice de tablas

Tabla 1.....	20
Tabla 2.....	41
Tabla 3.....	43

Resumen

La rumiación ha sido identificada como un proceso transdiagnóstico asociado al mantenimiento de diversos trastornos emocionales, particularmente depresión y ansiedad. A pesar del desarrollo de múltiples intervenciones, persisten limitaciones en el abordaje de este fenómeno desde enfoques centrados en procesos. El objetivo del presente estudio fue diseñar, aplicar y evaluar una intervención psicológica basada en mindfulness y Terapia Dialéctico Conductual para la reducción de la rumiación.

Se utilizó un diseño de caso único con pre y pos evaluación. Inicialmente se reclutaron 143 estudiantes universitarios para la validación de un instrumento, de los cuales 10 fueron seleccionados para entrevista y 2 completaron la intervención. Se aplicaron medidas de rumiación, depresión, ansiedad, bienestar subjetivo y autocompasión. La intervención constó de 10 sesiones semanales de 60 minutos, enfocadas en psicoeducación, entrenamiento en habilidades de mindfulness y cambio en la relación con los pensamientos.

Los resultados mostraron una disminución en los niveles de rumiación, así como cambios en depresión, ansiedad y bienestar subjetivo en los participantes que completaron el tratamiento. El análisis mediante el Índice de Cambio Confiable (RCI) permitió estimar la magnitud del cambio observado. Se concluye que la intervención basada en mindfulness y DBT muestra potencial para modificar la rumiación; sin embargo, las limitaciones impiden establecer relaciones causales. Se recomienda replicar el estudio con muestras más amplias y diseños controlados.

Palabras clave: rumiación, mindfulness, terapia dialéctico conductual, intervención psicológica, regulación emocional.

Abstract

Rumination has been identified as a transdiagnostic process associated with the maintenance of various emotional disorders, particularly depression and anxiety. Despite the development of multiple interventions, limitations persist in addressing this phenomenon from process-based approaches. The aim of the present study was to design, implement, and evaluate a psychological intervention based on mindfulness and Dialectical Behavior Therapy (DBT) to reduce rumination.

A single-case design with pre- and post-assessment was used. Initially, 143 university students were recruited for instrument validation; of these, 10 were selected for interviews and 2 completed the intervention. Measures of rumination, depression, anxiety, subjective well-being, and self-compassion were administered. The intervention consisted of 10 weekly 60-minute sessions focused on psychoeducation, mindfulness skills training, and changing the relationship with thoughts.

The results showed a decrease in rumination levels, as well as changes in depression, anxiety, and subjective well-being among participants who completed the treatment. Analysis using the Reliable Change Index (RCI) allowed for estimation of the magnitude of observed change. It is concluded that the mindfulness- and DBT-based intervention shows potential for modifying rumination; however, limitations prevent establishing causal relationships.

Replication with larger samples and controlled designs is recommended.

Keywords: rumination, mindfulness, dialectical behavior therapy, psychological intervention, emotion regulation.

RUMIACIÓN: UNA INTERVENCIÓN BASADA EN MINDFULNESS Y TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL

Planteamiento del problema

Estado del arte

El estudio de los procesos psicológicos ha evolucionado con diferentes enfoques a lo largo del tiempo, lo que ha llevado a buscar identificar los factores que inciden en la manera que las personas se relacionan con sus pensamientos. En la literatura coexisten posturas que ofrecen argumentos distintos entorno a la relación entre el individuo y sus pensamientos. Desde el conductismo radical (B.F. Skinner, 1953), el modelo cognitivo (Beck, 1967), las terapias de tercera generación (Hayes, 2004) y los modelos transdiagnósticos (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). A lo largo de esta sección se revisará críticamente la evolución del concepto de pensamiento en la psicología clínica, con el propósito de fundamentar la rumiación como un proceso susceptible de análisis funcional y potencialmente transdiagnóstico.

Desde el conductismo radical propuesto por B.F. Skinner (1974) “la psicología se define por el estudio de la conducta”, incluyendo los eventos privados. Esta postura no niega la existencia de la vida interna, pero rechaza su explicación como causa autónoma de la conducta, al no ser directamente accesible al análisis científico (Pérez, 2014). En este marco, el pensamiento es entendido como conducta encubierta sujeta a los principios del aprendizaje (B. F. Skinner, 1953). Autores posteriores (Hineline & Groenling, 2019; Moore, 2013) han desarrollado esta línea enfatizando que los eventos privados deben abordarse con la misma rigurosidad metodológica que se utilizar para medir cualquier comportamiento.

En contraste, el marco Cognitivo de Beck (1967) sostiene que las interpretaciones y el significado que las personas atribuyen a sus experiencias constituyen las bases principales para

tratar y entender los trastornos psicológicos. Bajo estos parámetros, Beck y colaboradores (1979) enfatizaron la importancia de indagar en los pensamientos, pero integraron activamente técnicas conductuales (como la programación de actividades) precisamente porque consideraban que la modificación conductual era el vehículo para producir el cambio cognitivo. Aunque ambas posturas sostienen fundamentos convergentes, persisten interrogantes acerca de si el cambio sintomático depende efectivamente de la modificación del contenido cognitivo o de procesos conductuales subyacentes.

Un meta-análisis de Cuijpers et al. (2010) sobre la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en adultos con depresión examinó el posible impacto del sesgo de publicación. A diferencia de lo que ocurre con otros tratamientos, los autores concluyeron que, tras aplicar los correctores estadísticos necesarios, no se encontraron indicios de un sesgo de publicación significativo en los estudios de TCC, lo que sugiere que las estimaciones de su eficacia son robustas y no están artificialmente infladas, aunque sugieren tratar estos resultados con cautela ya que las muestras fueron relativamente pequeñas. No obstante, más allá del debate sobre su eficacia, la TCC ha sido objeto de cuestionamientos más profundos sobre sus fundamentos teóricos.

Para abordar dicha controversia, Longmore & Worrell (2007) realizaron una revisión sistemática que evidencia las anomalías empíricas en la literatura de investigación sobre TCC. Sosteniendo que existe una falta de evidencia concluyente de que los cambios en los mediadores cognitivos sean la causa principal de los cambios sintomáticos, abriendo la interrogante para futuras investigaciones: “¿necesitamos cuestionar los pensamientos?”

A pesar de las posturas contrarias, Rachlin (1994), desde el conductismo radical, intenta reconciliar la explicación conductista con conceptos mentalistas reinterpretándolos en términos

conductistas. Esta propuesta reconciliadora se fundamenta en un principio epistemológico clave planteado por Staddon (1999), quien sostiene que, si los estados mentales han de ser aceptados científicamente, deben ser explicables a partir de las leyes del comportamiento; de lo contrario, su estado científico resulta, cuando menos, cuestionable. En esta línea, Hayes et al. (2001) desarrolla la Teoría de Marcos Relacionales (RFT), que integra una explicación conductista del lenguaje y la cognición sin recurrir al mentalismo, pero reconociendo la complejidad del comportamiento verbal humano y cómo éste se ve reflejado en los intercambios verbales internos (es decir, los pensamientos).

Posteriormente, el campo ha evolucionado para incorporar modelos que pueden ser interpretados desde marcos teóricos funcionales-conductuales (Ginter & Daugher, 2014), los cuales disponen de distintos enfoques (Hayes, 2004; Ost, 2008) y, según Ost (2008), no cumplen con los criterios de los tratamientos con apoyo empírico, en contraste con enfoques terapéuticos que emplean modelos modulares para abordar el pensamiento, utilizando técnicas como la reestructuración cognitiva (Schaeuffele et al., 2021). No obstante, frente a este sólido respaldo, Borders (2020) enfatiza en cómo el modelo cognitivo tradicional se centra en el contenido de los pensamientos (Wells, 2009; Roberts et al., 2013), proponiendo una alternativa de enfoque que analiza cómo la tendencia a focalizarse en uno mismo a partir de dichos pensamientos actúa como mecanismo subyacente en diversas psicopatologías.

Bajo esta premisa Caro (2000) niega la convergencia entre las terapias de reestructuración cognitiva y las de tercera ola, enfatizando en que ninguna se sobrepone con la otra, más bien, tienen un foco, objetivo y método diferente. Desde una perspectiva de la conductual radical, se critica la tendencia de apelar a entidades inferidas (deseos, estados cerebrales) para explicar la conducta, proponiendo en cambio tratar el pensamiento como una acción modelada por

contingencias ambientales a lo largo de la vida (Hineline, 1980; Moore, 2013). Esta visión se complementa con el modelo transdiagnóstico (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011), que explica la psicopatología mediante la interacción de: 1) factores distales (vulnerabilidad genética), 2) factores proximales modificables (variables mediadoras) (Weickert et al., 2003), y 3) moderadores ambientales (v.g., eventos estresantes) que regulan la conversión del riesgo en trastornos (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011).

Greenaway y colaboradores (2024) identifican a la rumiación como un mecanismo transdiagnóstico que contribuye al desarrollo de trastornos mentales. La rumiación se asocia con los trastornos depresivos (Yu et al., 2024) Tal como lo plantean en un estudio que examinó la rumia y las creencias irracionales sobre el sueño, demostrando que la reducción en los síntomas depresivos se atribuyen a reducciones en la rumia (Li et al., 2024; Patel et al., 2023) y enfatizan que los efectos de la TCC fueron sobre la reducción de la preocupación relacionada con el sueño pero no en la reducción de la rumiación (Li et al., 2024). Bajo estos términos, se destaca la importancia de intervenciones que contemplen la rumiación (Park et al., 2024) y que se enfoquen en el desarrollo de estrategias precisas y multidimensionales para la rumiación (Zhu et al., 2024).

La relación de los trastornos de ansiedad y la rumiación también fomentan la importancia de intervenciones transdiagnósticas, así lo plantea Petwal et al. (2023) enfatizando en la importancia de intervenciones que contemplen el papel de los factores transdiagnósticos, como la rumia y el perfeccionismo, en los transtornos de ansiedad. Además, Yu y Wang (2024) señalan que los procesos rumiativos posteriores a la interacción social contribuyen al mantenimiento de la sintomatología ansiosa.

Por otro lado, la rumiación también se ha vinculado con diversas conductas adictivas. Se ha documentado que algunas personas consumen alcohol como estrategia para escapar de

pensamientos rumiativos (Ciesla et al., 2011). Asimismo, niveles elevados de rumiación se asocia con un mayor número de intentos fallidos para dejar de fumar (Dvorak et al., 2011), y con sintomatología depresiva en hombres que consumen alcohol (Goldestein, 2006). Asimismo, se ha encontrado una relación entre la rumiación y psicopatologías alimentarias. Los estudios revelan que la rumiación predice la ansiedad (Etu & Gray, 2010) e intensifica la insatisfacción con la imagen corporal (Etu & Gray, 2010).

A pesar de las diversas intervenciones en la psicología clínica, es importante adoptar un enfoque multimuestra para el estudio de la psicopatología (Aldao et al., 2010) que contemplen factores transdiagnósticos como la rumiación (Borders, 2020). El término "rumiación" fue planteado a partir de la Teoría del Estilo de Respuestas (TER), desarrollada por Nolen-Hoeksema (1991). Este concepto se define como un patrón de pensamiento circular que, lejos de aliviar el malestar, contribuye a mantener el estado depresivo. La TER sintetizó diversos modelos cognitivos previos para explicar cómo los patrones rumiativos mantienen y exacerban la psicopatología (Watkins, 2016).

Por su parte, Pérez (2008) propone que la rumiación no opera como una causa primaria, sino como un mecanismo secundario que media entre los problemas vitales y el desarrollo de psicopatología. Esta propuesta mueve el foco explicativo desde los procesos cognitivos hacia las condiciones contextuales que lo activan, lo cual conduce a reconsiderar el estatus causal que frecuentemente se atribuye a las cogniciones. No obstante, la conceptualización de la rumiación como mecanismo secundario planteó interrogantes respecto a su estabilidad y autonomía funcional. Según el autor, la experiencia de eventos negativos desencadena un proceso cognitivo de reflexión y autorregulación, con el fin de evaluar la situación problemática y compararla con la deseada. Desde una perspectiva transdiagnóstica, la propuesta de Pérez (2008) resulta

relevante en tanto sitúa la rumiación dentro de una cadena procesual más amplia, por lo tanto, es fundamental considerarlo como una premisa para comprensión de la rumiación.

Barraca (2014), señala que los problemas psicológicos emergen de la interacción entre procesos cognitivos y demandas ambientales, no como entidades fijas o enfermedades. Pérez (2014) no está muy lejos de esta postura, su crítica al modelo biomédico se alinea al planteamiento de Barraca, enfatizando en la importancia de trabajar los problemas psicológicos basándonos en el contexto de la persona y no en la etiqueta. Ambos autores enfatizan en la importancia de crear tratamientos centrados en procesos transdiagnósticos, más allá de las categorías del DSM.

En el marco de los enfoques transdiagnósticos, la rumiación ha sido identificada no solo como un proceso explicativo, sino también como un objetivo de intervención clínica. Dentro de los tratamientos que contemplan este factor, se encuentran la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en la Rumiación (Watkins, et al., 2007), cuyo objetivo es modificar el estilo de procesamiento abstracto y evaluativo característico de la rumiación; la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Teasdale, et al., 2000), que promueve una relación descentralizada con los pensamientos y la Terapia Metacognitiva (Wells, 2009), orientada a intervenir sobre las creencias metacognitivas que mantienen el ciclo rumiativo. Aunque difieren en su foco específico de intervención, todas coinciden en conceptualizar la rumiación como un proceso mantenedor clave en diversos trastornos mentales y respalda su consideración como objetivo terapéutico prioritario.

Borders (2020) plantea que una de las principales necesidades a nivel teórico es esclarecer la diferenciación entre rumiación, preocupación y obsesiones. Asimismo, resulta fundamental identificar los factores moderadores (p. ej., habilidades de afrontamiento) que

determinan cuándo la rumiación puede ser adaptativa o desadaptativa. También se requiere avanzar en el desarrollo de intervenciones personalizadas según el tipo de rumiación y el trastorno asociado, así como dilucidar si este proceso opera de manera consciente o inconsciente, intencional o no intencional, automático o controlado (Borders, 2020). En esta línea, Borders (2020) sugiere que “la rumiación podría comenzar siendo intencional y controlada, para luego transformarse en un proceso no intencional y automático”.

Lejos de constituir una disputa meramente terminológica, las controversias conceptuales en torno a la rumiación adquieren pleno sentido cuando se examinan los datos epidemiológicos. La elevada prevalencia de los trastornos en los que este proceso está implicado no solo justifica la inversión investigativa, sino que obliga a resolver las inconsistencias teóricas en una exigencia clínica. Mientras persistan ambigüedades respecto a su definición y función, los modelos explicativos y los diseños de intervención corren el riesgo de sostenerse sobre bases conceptuales poco sólidas. En coherencia con este panorama, la presente tesis asume la necesidad de delimitar el papel de la rumiación como proceso transdiagnóstico y mantenedor.

Datos epidemiológicos

Dado que la rumiación ha sido identificada como un mecanismo implicado en la persistencia y agravamiento de diversos trastornos emocionales, resulta pertinente examinar los datos epidemiológicos de dichas condiciones. En este sentido, los trastornos emocionales constituyen una de las principales causas de discapacidad y carga sanitaria a nivel global. Su alta frecuencia y recurrencia los posicionan como un problema prioritario de salud pública.

Según la Organización Mundial de la Salud, más de 1000 millones de personas viven con algún trastorno mental, dentro de los cuales la ansiedad y depresión son los más comunes. Se estima que aproximadamente 280 millones de adultos padecen depresión y 359 millones padecen

algún trastorno de ansiedad (OMS, 2025). En México, el 27.6% de la población reporta síntomas de depresión y el 50% síntomas de ansiedad (Statista, 2025). En Ciudad Juárez al menos el 5.4% de la población presenta síntomas graves de ansiedad/depresión (Rotmenas, 2024).

De acuerdo con la OMS (2022) los trastornos mentales representan el 10% de la carga global de la enfermedad, con una brecha de tratamientos del 70% en países de ingresos medios-bajos. Se proyecta que la depresión será una de la principal causa de discapacidad mundial (Organización Mundial de la Salud, 2022) debido a factores pospandémicos. Se estima un crecimiento del 30% en trastornos por estrés (OMS, 2023).

En México, el 7.5% de la población adulta padece depresión (ENSANUT, 2023), con una tasa de suicidio de 6.2 por 100,000 habitantes, donde Chihuahua es el estado con mayor tasa (INEGI, 2023) y sólo el 20% de las personas con depresión reciben tratamiento especializado (Secretaría de la Salud, 2024). El 48% de habitantes en Chihuahua reportan estrés postraumático por exposición a violencia (Encuesta Nacional de Victimización, 2023). Ciudad Juárez es el estado con mayor tasa de depresión (IMIP, 2023), con una brecha de atención del 15% (Plan Estratégico de Juárez, 2024).

La perspectiva transdiagnóstica sugiere que ciertos procesos psicológicos atraviesan múltiples categorías diagnósticas. En este sentido, la rumiación adquiere relevancia cuando se considera la alta prevalencia de los trastornos emocionales con los que se asocia. Más allá de la conceptualización teórica, la rumiación cobra importancia en tanto se vincula con trastornos que representan una de las principales causas de discapacidad y carga sanitaria (Harvey et al., 2004; Mansell et al., 2009 y McEvoy et al., 2009).

La rumia es un factor de riesgo significativo para la depresión recurrente (Nolen-Hoeksema, 2000). En México, no existen estudios recientes sobre su prevalencia en población adulta, a pesar de su asociación con el aumento de la carga de trastornos mentales (OMS, 2022). Un estudio realizado por Nolen Hoeksema (2008) revela que la rumiación afecta al 20% de la población general, prevaleciendo en mujeres y adolescentes (Aldao et al., 2010).

Dado a que la rumiación es un fenómeno transdiagnóstico (Wong et al., 2023) su presencia es frecuente en diversos trastornos mentales. De hecho, en un estudio de Ehring y Watkins (2008) al menos el 40-60% reporta a la rumiación como síntoma central. Por otro lado, Michael y colaboradores (2007) encontraron que al menos el 70% de los casos de Trastorno de Estrés Postraumático relacionan a la rumiación con la reevaluación de eventos traumáticos.

Por otro lado, en un estudio realizado por Whisman et al. (2014), la prevalencia de la rumia fue del 28.1% en mujeres y 15.2% en hombres, similar a lo observado en poblaciones occidentales. La asociación entre la rumiación y los síntomas depresivos también es más fuerte y robusta en adolescentes que en niños (Rood et al., 2009). El 60-80% de pacientes con depresión mayor presenta rumiación persistente (Watkins & Roberts, 2020), lo que podría implicar que la rumiación prolongada aumenta el riesgo de recaída en depresión (Nolen-Hoeksema et al., 2008) y se correlaciona con mayor resistencia al tratamiento (Koster et al., 2011).

En conjunto, estos hallazgos sugieren que la rumiación no solo aparece con alta frecuencia en la depresión, sino que también se asocia con mayor gravedad sintomática, riesgo de recaída y menor respuesta al tratamiento. Debido a eso, los autores han prestado mayor atención a los procesos cognitivos y la relación que las personas establecen con ellos. Dentro de esta línea, el estudio de la rumiación ha sido un factor relevante para entender la persistencia del

malestar psicológico. Por ello, resulta necesario revisar cómo ha sido conceptualizada y definida dentro de la literatura psicológica.

Antecedentes y Marco Teórico

Rumiación

En la investigación contemporánea sobre psicopatología se ha incrementado el interés por identificar los procesos psicológicos que implican diversos problemas emocionales. Esto ha provocado un estudio riguroso de las fuentes que mantienen dichos problemas psicológicos, destacando de entre ellas las estrategias de regulación emocional que los individuos implementan para modificar la experiencia emocional o el evento que provoca el malestar (Diamond & Apinawall, 2003). Un metaanálisis identificó a estas estrategias como aceptación, evitación, resolución de problemas, reevaluación, rumiación y supresión, destacando especialmente a la rumiación por su relación con síntomas depresivos y ansiosos (Aldao et al., 2010)

La rumiación es un proceso cognitivo (Kim et al., 2012) que se ha definido como una focalización repetitiva y pasiva en los síntomas de malestar, sus causas y sus consecuencias (Nolen-Hoeksemana, 1991). En el siglo XX y a principios del siglo XXI la rumiación se relacionó a la depresión, dando lugar a un tipo de rumiación depresiva explicada por la *Teoría del Estilo de Respuestas* (Wong et al., 2023). La evidencia ha dejado claro que sería difícil encontrar un trastorno en el que no se involucre este fenómeno (Ehring & Watkins, 2008) ya que se ha encontrado su relación con diversos trastornos psicológicos (Pérez, 2008).

Posteriormente, se han identificado diversos mecanismos cognitivos y emocionales que involucran a la rumiación, ya que contribuye al mantenimiento de los estados afectivos negativos y esto orilló a ampliación de dicha investigación (Nolen-Hoeksema et al., 2008). En este sentido,

el interés por los procesos de pensamiento repetitivo permitió diferenciar entre formas adaptativas y desadaptativas de procesamiento cognitivo (Watkins, 2008).

Como se ha mencionado anteriormente, la rumiación es un fenómeno transdiagnóstico que ha sido estudiado dentro de un conjunto más amplio de procesos denominados pensamiento negativo repetitivo (Watkins, 2008). Dicho proceso se ve representado de diferentes formas (como la rumiación y preocupación), las cuales comparten mecanismos cognitivos similares, aunque su contenido varíe entre trastornos (Ehring & Watkins, 2008). Este enfoque ha dado un espacio a la comprensión de que dichos procesos no se limitan a un único diagnóstico, sino que participan en la aparición y mantenimiento de diversos problemas emocionales (Nolen-Hoeksema, 2011). Así mismo, se ha demostrado que el pensamiento repetitivo puede adoptar formas adaptativas o desadaptativas dependiendo de su modo de procesamiento (Watkins, 2008).

Treynor et al., (2003) distinguen dicha forma adaptativa y desadaptativa identificándolas como: *brooding* y *reflection*. Reconociendo a la primera como una forma desadaptativa de rumiación que implica una comparación pasiva entre la situación actual y algún estándar no alcanzado; esta se asocia mayormente a la depresión y a un peor pronóstico clínico. Por otro lado, la rumiación tipo *reflection* se considera como una forma más analítica y que se orienta a resolver problemas, lo que implica reflexionar para entender las causas del malestar con el fin de resolverlo (Treynor et al., 2003; Ferguson, 2024; Borders, 2020).

Nolen-Hoeksema (1991) aclara que la rumiación depresiva no precisamente tiene que ser desencadenada por una situación negativa en la vida, incluso afirma que muchos de los estados de ánimo depresivos no preceden de algo claro. Otras de las formas en que Nolen-Hoeksema diferencia la atención centrada en sí mismo de la rumiación, es que la atención centrada en sí

mismo ocurre de manera automática y la rumiación se concibe de forma intencional con el fin de afrontar la situación.

Partiendo de esta línea, la rumiación es una forma en que la persona trata de controlar emociones desagradables que conlleva a la persistencia y cuestionamientos repetitivos a sí mismo sobre las posibles causas y consecuencias del malestar (Smith, et al., 2018; Liu et al., 2024). Aunque podría confundirse con los pensamientos automáticos, rumiar es diferente a tener pensamientos automáticos negativos, porque es un estilo de pensamiento sin importar si es negativo o no (Joormann & Vanderlind, 2014; Yang, et al., 2016). Esto ha despertado interés en el estudio de cómo la rumiación se formula en el pensamiento.

Bajo estos términos, diversos estudios han encontrado una relación entre la rumiación y el control ejecutivo (Jia et al., 2023; Yang et al., 2016; Gotlib y Joormann, 2010; E. R. Watkins y Roberts, 2020; Christoff et al., 2016; Marchetti et al., 2016). El control ejecutivo se refiere a procesos cognitivos de alto nivel que regulan y dirigen otros procesos mentales con el fin de mantener un comportamiento orientado a metas. Cuando este sistema se ve comprometido, las personas pueden presentar dificultades para desenganchar su atención de estímulos negativos, lo que favorece la persistencia de pensamientos repetitivos. En este sentido, la rumiación se ha asociado con problemas en el cambio atencional y con una mayor inflexibilidad cognitiva, características frecuentemente observadas en el trastorno depresivo mayor.

Se ha encontrado correlación entre la rumiación y el anhelo, ya que las personas hacen comparaciones sobre su estado actual y su estado deseado, siendo esto un detonante de la rumiación según la teoría del control (Liu, et al., 2024; Borders, 2020). Por otro lado, el concepto de rumiación despertó gran interés para su estudio, lo que ha conducido a la creación de teorías como la Teoría del progreso de Metas (Martin et al., 2003), la cual se centra en la falta de

progreso hacia objetivos personales, donde la rumiación sirve como una señal de que no se ha alcanzado un objetivo y cómo está activa procesos cerebrales para buscar soluciones alternativas.

Bajo la teoría del control, la rumiación ocurre en respuesta a la falta de progreso hacia metas y esfuerzos desperdiciados para alcanzar una meta, esto quiere decir que el hecho de encontrar una discrepancia entre la realidad de la persona y lo que imagina a través de la rumiación, amenaza el sentido de identidad, la visión del mundo y bienestar, desencadenando más rumiación (Borders, 2020). La teoría del control señala la existencia de jerarquía en las metas, afirmando que las personas persiguen metas de nivel inferior para alcanzar metas de nivel superior, Borders (2020) lo ejemplifica de la siguiente manera:

Por ejemplo, la meta de alto nivel (es decir, abstracta) de ser feliz se logra cuando las personas se involucran en comportamientos específicos (es decir, concretos) como hacer un trabajo significativo, criar hijos, hacer ejercicio y hablar con buenos amigos. Debido a que las metas de nivel superior suelen percibirse como más centrales para el bienestar de una persona, es probable que las personas rumien sobre metas de nivel superior y abstractas...Sin embargo, la teoría de control también sostiene que las personas pueden rumiar sobre una meta de nivel inferior si perciben la meta como una indicación de su incapacidad para alcanzar una meta de nivel superior (Borders, 2020).

Por otro lado, Watkins (2008) hace la distinción entre la rumia abstracta y la rumia concreta. La rumia abstracta se centra en pensamientos generales y descontextualizados, mientras la rumia concreta se centra en detalles específicos y pasos para resolver los problemas. Por esto mismo, Watkins creó el modelo centrado en la concreción como una forma de contrarrestar la abstracción de la rumia desadaptativa, incitando una concreción a la hora de abordar el trabajo en la rumia desadaptativa.

A partir de lo expuesto, la rumiación puede entenderse como un proceso de carácter transdiagnóstico, dado que participa en el mantenimiento y exacerbación de diversos trastornos psicológicos. En este sentido, Borders (2020) propone una delimitación de distintos dominios clínicos de la rumiación en función del trastorno o dominio en el que se manifiesta, lo que permite observar cómo este proceso cognitivo se expresa a través de múltiples problemas psicológicos. Estas categorías se sintetizan en la siguiente tabla:

Tabla 1

Representación transdiagnóstica de la rumiación

Estilo	Trastornos	Característica cognitiva principal	Modelo/Teoría
Rumiación depresiva	Depresión	Enfoque repetitivo en síntomas depresivos y sus causas	Modelo integrado / Teoría del Estilo de Respuestas
Rumiación de la ira	Trastornos relacionados con el descontrol de la ira	Repetición mental de provocaciones o agravios	Modelo General de agresión
Rumiación asociada a ansiedad	Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y Trastorno de ansiedad por enfermedad	Anticipación repetitiva de amenazas (preocupación)	Constructo de Pensamiento Negativo Repetitivo (NRT) (Preocupación)
Rumiación y comportamientos desregulados	Consumo de sustancias, TLP, Trastornos de la conducta alimentaria, suicidio, daño autoinfligido y psicosis	Pensamiento perseverativo asociado a impulsividad y regulación emocional deficiente	Modelo de impulsividad

Rumiación y funciones físicas	Funcionamiento cardiovascular, endocrino, inmunológico, insomnio, dolor	Activación fisiológica sostenida asociada a cognición perseverativa	Teoría de cognición perseverativa
Expresión interpersonal de la rumiación	Escritura expresiva, co-rumiación, compartir emociones socialmente y rumiación colectiva	Procesamiento repetitivo compartido socialmente	Modelos de regulación emocional interpersonal

Nota. Adaptado de *Rumination and Related Constructs*, de A. Borders (2020).

Rumiación y preocupación

Hawley (2024) define a la preocupación como una “*expectativa aprehensiva sobre eventos de la vida real como finanzas, relaciones y trabajo*”. Bajo este concepto, la preocupación puede ser transdiagnóstica, ya que representa un intento fallido para la resolución de problemas que tienen que ver con amenazas futuras e inciertas, la función de preocuparse sería entonces una manera en que la persona intenta anticipar amenazas internas y externas para evitarlas o encontrar una solución. La persona busca pensar en todos los posibles eventos negativos futuros que podrían suceder para anticiparse a ellos (Joubert et al., 2022), se centra en posibles o imaginadas incertidumbres, riesgos y catástrofes futuras (Joubert et al., 2023), se caracteriza por aprensión ansiosa (Borders, 2020), cadena de pensamientos y sentimientos negativos asociadas a una amenaza futura (Kim & Newman, 2023).

En un estudio realizado por Marín-Chollom et al., (2023) relacionan la intolerancia a la incertidumbre con la preocupación, ya que ésta puede llevar a la preocupación, definiéndola como una secuencia de pensamientos o imágenes negativas utilizadas para anticiparse, prevenir o prepararse para amenazas. La preocupación podría ser una forma de evitación (Marín-Chollom et al., 2023; Borders, 2020), ya que funciona para prevenir el procesamiento emocional exitoso o la

extinción del miedo, siendo una forma de afrontamiento maladaptativo. La preocupación se asocia con trastornos de ansiedad, ya que son pensamientos que tienen el potencial de ser estresantes e inquietantes, suelen ser angustiosos, difíciles de controlar y pueden conducir a una espiral de diferentes preocupaciones (O'Connor, 2023).

Los individuos se preocupan por cuánto se están preocupando, de hecho, la metapreocupación induce a la ansiedad, llevando a intentos por controlar la preocupación y evitar las situaciones que la desencadenan. *“La preocupación se refuerza negativamente ya que reduce la excitación emocional y somática desagradable, lo que interfiere en el proceso emocional necesario para la habituación y extinción exitosas, manteniendo la preocupación y ansiedad”* (Borders, 2020).

Eisma et al., (2022) asegura que la preocupación es parte de un círculo vicioso que influye en los síntomas de la psicopatología después de una pérdida, en su estudio se reveló que las personas con mayores niveles de preocupación reportan niveles más altos de depresión, síntomas de duelo prolongado y síntomas de estrés postraumático. Las personas se preocupan para evitar la experiencia de emociones negativas, debido a que la preocupación aumenta la emocionalidad negativa para prevenir estallidos emocionales altos si llega a ocurrir el evento temido ya que facilita los contrastes emocionales positivos, experimentando una sensación de alivio si los eventos negativos anticipados no ocurren (Borders, 2020; Kim & Newman, 2023).

Kim & Newman (2023) hablan del Modelo de Evitación de contraste presentando el Contraste Emocional Positivo (PEC) como un aumento brusco de la emoción positiva y un Contraste Emocional Positivo de afecto negativo como una disminución brusca en la emoción negativa. Las personas con preocupación patológica buscan la comodidad que les brinda el hecho de esperar lo peor, porque si no sucede lo que temen el alivio será mayor, lo que refuerza que se

mantengan preocupados ya que la mayoría de las veces no ocurre lo que temen (pero si obtienen el alivio de que no ocurra). Este ciclo de evitación y búsqueda mantiene la preocupación crónica, especialmente en individuos con ansiedad.

Los investigadores han relacionado la rumiación y preocupación debido a las similitudes que tienen, ambos procesos contienen pensamientos negativos repetitivos e incontrolables; aunque la preocupación se centra en resultados futuros inciertos, también debe contener alguna rumiación depresiva sobre eventos pasados (Andrews & Borkovec, 1988). En un estudio realizado por Joubert et al., (2022) la preocupación está caracterizada por la frecuencia, duración, evaluación (controlabilidad y perturbador), naturaleza de los pensamientos (orientado al pasado, futuro, evento real vs hipotético, causas/significado vs consecuencias vs solución), emociones asociadas (Borders, 2020).

Un análisis de similitud representacional (RSA) demostró que la preocupación y la rumiación se observan de forma similar en las áreas distribuidas del cerebro (Puccetti, 2024). Tanto la rumia como la preocupación son considerados como parte del Pensamiento Negativo Perseverativo (PNT), que complica el curso de los tratamientos psicológicos, ambos se miden como un rasgo o tendencia y pueden ser trabajados con tratamientos que impliquen la regulación emocional ya que son consideradas como estrategias de regulación emocional desadaptativa (Renna et al., 2023; Tunheim, et al., 2022; Türkarslan & Canel, 2024; Yeon & Newman, 2023).

Tanto la rumiación como la preocupación pueden ser influenciadas por creencias metacognitivas positivas y negativas (JOUBERT ET AL 2022) Un estudio encontró la relación entre la preocupación con la reflexión sobre las posibles consecuencias de la ansiedad, mientras que la rumiación depresiva se asocia a la reflexión sobre las causas y el significado de la tristeza (Watkins, 2004). La preocupación y la rumiación se afectan mutuamente con el tiempo (Eisma et

al., 2022), incluso pueden ser generativas una de la otra (Borders, 2020), sin embargo, es importante destacar que la preocupación se asocia con detenerse en las posibles consecuencias de la ansiedad, mientras la rumiación se asocia con detenerse en las causas y significados del malestar emocional (Borders, 2020).

Modelo centrado en la concreción

Watkins (2016), propone el Modelo Centrado en la Concreción, el cual será utilizado en la presente intervención como base teórica y práctica, ya que Watkins enfatiza en cómo los pensamientos sobre problemas se atascan, prolongan y no son eficientes en la resolución de problemas, asegurando que esto podría ser porque la rumia usualmente se piensa de forma abstracta. Dicho estilo de pensamiento alimenta y perpetúa la rumiación, ya que prolonga la cadena de pensamientos que se alimentan entre sí y mantienen la rumiación. El pensamiento abstracto tiende a ser general y global, caracterizándose por iniciar con la pregunta “¿por qué?”, centrándose en las causas, consecuencias y los significados de los eventos. El pensamiento abstracto es analítico, conceptual y se enfoca en el resultado.

Watkins propone el pensamiento concreto como solución, ya que lo describe como algo específico, favoreciendo el enfoque en las circunstancias, el contexto y los detalles sensoriales de una situación en particular. El pensamiento concreto promueve experimentar directamente la situación y estar en ella, en lugar de pensar sobre la situación, utilizando todos los sentidos para notar la particularidad de la situación que se experimenta. El pensamiento concreto está centrado en la acción, lo cual lo hace particularmente útil en la resolución de problemas y ayuda a salir del ciclo rumiativo. Para ilustrar y sintetizar se presenta en la siguiente tabla cómo se ve el pensamiento abstracto y concreto:

El entrenamiento en la concreción propone dicha práctica debido a los beneficios implicados a la hora de hablar o definir los problemas que se pretenden resolver a través de la rumiación, reduciendo la sobregeneralización y la inactividad. Se resalta la importancia de la concreción porque se fomenta un estilo de pensamiento más detallado, específico y orientado al proceso. Los elementos que se entrenan en este modelo son: “Enfocarse en los detalles sensoriales y notar lo específico y distintivo, notar el proceso por el cual se desarrollan los eventos y las conductas y enfocarse en cómo se puede avanzar” (Wakins, 2016).

Mindfulness

El mindfulness tiene sus raíces de la filosofía budista y fue incorporado en intervenciones occidentales para tratar enfermedades físicas y mentales. Kabat-Zinn (1982) fue uno de los pioneros de esta práctica para tratar el dolor crónico con un programa llamado Reducción del Estrés Basada en Atención Plena (MBSR). Después, Segal, et al., (2002), hizo uso del mindfulness para la psiquiatría desarrollando un programa combinando la terapia cognitivo conductual con el mindfulness, llamándolo Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) (Shapero, et al., 2018).

La presentación del mindfulness como una opción de tratamiento ha dejado una serie de tratamientos de salud mental para diferentes trastornos mentales, usándolo como componente único o principal, dichos tratamientos son: Reducción del Estrés Basada en Atención Plena, (MBSR; Kabat-Zinn, 1982); Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena, (MBCT; Teasdale et al., 2000); Terapia Conductual Dialectal, (DBT; Linehan, 1993) y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes y Wilson, 1994; Degtyarev, 2023).

Para Kabat-Zinn (2013), el mindfulness es mucho más que sólo seguir una serie de instrucciones para sentirse mejor o relajarse, de hecho, lo fundamental para la práctica de

atención plena requiere más que nada de una actitud abierta y receptiva para que se logre el aprendizaje y el cambio dentro de una práctica del mindfulness. Si el propósito principal al practicar el mindfulness es sentirse “relajado” y se espera a que “algo suceda” muy probablemente habrá frustración debido a las expectativas ante esta práctica. Para cultivar la atención plena se requiere una nueva perspectiva en cuanto al proceso de aprendizaje, debido a que muchas veces está presente una actitud de saber lo que se necesita y hacia dónde se quiere ir, por lo tanto, se busca tener un control para lograr lo que se está buscando.

Los tratamientos para las diferentes psicopatologías han evolucionado a lo largo del tiempo, aunque las personas que padecen de algún trastorno son quienes menos buscan atenderse, se han abordado diferentes perspectivas a partir de los años 80 y los medicamentos farmacológicos han sido parte de los tratamientos que muestran eficacia. Aun así, se desglosan cuatro aplicaciones para la aproximación a la atención de la problemática como los abordajes conductuales, el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia cognitiva y la terapia interpersonal, por esto, la terapia cognitiva basada en mindfulness fue desarrollada debido a su eficacia como tratamiento psicológico (Teasdale et al., 2000).

Actualmente se han planteado cinco facetas relacionadas con el mindfulness: la capacidad de observar experiencias (internas y externas), la capacidad de describir experiencias con palabras, la tendencia a actuar con conciencia de las experiencias presentes, la tendencia a no juzgar las experiencias internas y la tendencia a permanecer no reactivo y desapegado de las experiencias internas (Gu et al., 2016; George & Collard, 2024). Estar presente, la aceptación y el no juicio son los tres pilares que caracterizan al mindfulness y las actitudes necesarias para aplicarlo es tener una mente de explorador, la curiosidad y con mente de principiante (Shapiro, et al., 2006; Smalley & Winston, 2012).

Kabat-Zinn (2013) habla de siete factores actitudinales que constituyen los pilares del mindfulness: no juzgar, paciencia, mente de principiante, confianza, no esfuerzo, aceptación y dejar ir. Todas se relacionan entre sí y es importante cultivarlas para crear una base sólida en la práctica del mindfulness. El juicio ante la experiencia en situaciones que se viven en la cotidianidad es constante y esto podría tomar por sorpresa una vez que se comienza a practicar la atención a las reacciones mentales; algunas situaciones son juzgadas como "buenas" porque dan una sensación de bienestar, otras son juzgadas como "malas" porque se perciben como un malestar emocional y también las situaciones que no implican una relevancia o no son atractivas para prestarles atención, son categorizadas como "neutrales".

El hecho de categorizar y juzgar las experiencias internas mantiene un ciclo en el que se reacciona automáticamente a las situaciones, en base a esos juicios se reacciona a las situaciones y afecta la percepción de las situaciones. Por ello, Kabat-Zinn (2013), menciona que para iniciar con el mindfulness es importante hacerse consciente de dichos juicios, observarlos procurando no darles un juicio de valor, adoptar una perspectiva más amplia y observar sin actuar.

Otro de los pilares para la práctica del mindfulness, mencionados por Kabat-Zinn (2013), es la paciencia: presentándola como una forma de sabiduría que permite aceptar que las cosas se desarrollan a su propio ritmo, aceptar la tendencia de la mente a divagar y aceptar que la impaciencia no acelera el proceso. La mente de principiante, por otro lado, se trata de ver las situaciones como si fuera la primera vez que ocurre, buscando ver a las personas, experiencias y situaciones cómo están ocurriendo sin darle un criterio, simplemente viviendo la situación como observadores. La confianza en sí mismo es otro pilar que abarca la confianza en lo que estás percibiendo de la situación, tratando de confiar en la intuición y autoridad personal, aunque

exista la posibilidad de cometer un error en el camino; el propósito es entender que si algo no se siente bien se honra ese sentimiento y no se busca orientación fuera.

La mayoría de lo que se hace está motivado por un propósito, para obtener algo o llegar a algún lugar, sin embargo, esta perspectiva podría ser un obstáculo en la meditación debido a que está regida por un pilar llamado “no-esfuerzo”. Si, por ejemplo, la meditación se hace con el propósito de relajarse o controlar el dolor, esto llevaría a un rumbo diferente del que el mindfulness plantea, en vez de eso se podría contemplar la tensión, el dolor o la crítica hacia la experiencia propia sin un propósito particular, sólo observándolo. Aceptar la situación sin negarla ni resistirla es uno de los pilares de la meditación que implica ver las cosas con claridad sin que trate precisamente de tener una actitud pasiva o estar satisfecho con lo que es. Por último, soltar es una forma de observar nuestros pensamientos sin apegarnos a ellos y permitir que la experiencia sea lo que es, sin que signifique que estamos ignorando los problemas o emociones (Kabat-Zinn, 2013).

Los principios que rigen el mindfulness se basan en prestar atención al presente sin juzgar y la reperiencia (Smalley & Winston, 2012; Shapiro, et al., 2006), ya que se trata de un proceso vivencial (Shapiro, et al., 2006). La reperiencia implica observar o ser testigo sin apasionamientos en nuestra propia conciencia. Ver desde esta perspectiva planteada por el mindfulness, da mayor claridad, objetividad y ecuanimidad permitiendo afrontar el sufrimiento innecesario al no aferrarse a las experiencias agradables y no huir de las desagradables, ya que se mantiene en la situación pese al dolor y la incomodidad (Shapiro, et al., 2006).

Lograr esta observación ecuanime de la experiencia propia podría ser un desafío (Shapiro, et al., 2006) ya que existe un control excesivo por el piloto automático (Williams, 2014), y otros obstáculos que interfieren como la somnolencia, la inquietud y pensamientos

ambulantes, la duda, el deseo de experiencias placenteras, la frustración, la ira, irritación, dolor, el odio, la preocupación, el miedo o la ansiedad (Smalley & Winston, 2012).

La duda es uno de los obstáculos que interfieren en la práctica del mindfulness (Smalley & Winston, 2012) y la intolerancia a la incertidumbre, se nombrará a partir de ahora como IU, es la motivación para responder dichas dudas. La IU "se define como la predisposición a reaccionar a nivel emocional, cognitivo, conductual a situaciones en las que no se percibe información relevante o suficiente" (Barroso, 2019). La IU es un factor de vulnerabilidad cognitiva hacia la preocupación y la rumiación, funcionan como variables mediadoras y la ansiedad y depresión como variables dependientes, ya que la preocupación y rumiación explica una parte de cómo la intolerancia a la incertidumbre se relaciona con la ansiedad (Barroso, 2019).

En contraste, el mindfulness podría funcionar como una exposición, ya que la reperiencia que evoca la práctica permite experimentar emociones muy fuertes sin evitarlas, al hacer esto se "produce una extinción de respuestas de miedo y de conductas de evitación anteriormente obtenidas por estos estímulos" (Shapiro et al., 2006). Por ejemplo, las sensaciones de dolor crónico podrían ser prolongadas por la exposición, dando lugar a la desensibilización y una reducción de respuestas emocionales con el tiempo de exposición (Shapiro et al., 2006).

La descripción consciente es una de las habilidades que forma parte del módulo de Mindfulness dentro de la Terapia Dialéctica Conductual y se enfoca en etiquetar y describir experiencias internas (pensamientos, emociones, sensaciones físicas) y externas (eventos, situaciones) sin juzgarlas, en palabras de Linehan (2015) "La capacidad de poner palabras a lo que se observa, sin agregar juicios o interpretaciones. Es simplemente describir lo que está sucediendo, como si fueras un científico observando un fenómeno".

La descripción consciente se trata de observar la experiencia tal y como es, sin añadir etiquetas y si se etiqueta, se hará con precisión, utilizando palabras claras y específicas para describir lo que está pasando, enriqueciendo la descripción consciente que se enfoca en hechos observables, no interpretaciones o suposiciones. Al describir las emociones y pensamientos sin juzgarlos, reduce la reactividad emocional facilitando la regulación emocional y promoviendo la aceptación de las situaciones fuera del control de la persona y mejora la comunicación (Linehan, 2015; Neacsiu, et al., 2014; Lynch & Cuijpers, 2019; Soler, et al., 2009).

Terapia dialéctico conductual

La psicoterapia ha tenido tres evoluciones, las cuales se han dado a partir del siglo XX, comenzando por la terapia conductual en los años 50's, después Aarón Beck desarrolló la terapia cognitiva en los años 70's y la fusión de estas dos terapias ha sido una de las más utilizadas en los últimos años. Sin embargo, surgió una tercera ola que incorpora técnicas de mindfulness y aceptación (Hayes, 2004). Una de las terapias creadas en la tercera ola es la terapia dialéctico conductual, la cual fue creada para pacientes con trastorno límite de la personalidad y ha mostrado eficacia en su tratamiento, ya que está enfocada en pacientes que tienen dificultades para la regulación emocional (Öst, 2008; Van, 2012).

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) fue desarrollada por Marsha Linehan en la década de 1980, la cual fue presentada como una variante de la terapia cognitivo conductual que se centra en el tratamiento de personas con trastornos de regulación emocional, como el Trastorno Límite de la Personalidad. La desregulación emocional se refiere a la dificultad para manejar y regular las emociones de manera efectiva, y se trata de los intentos que hace la persona para influir sobre qué emociones tiene, cuándo las tiene, cómo las experimenta y cómo las expresa. Este proceso puede ocurrir de manera automática o intencional, y puede ser consciente o

inconsciente. Es importante distinguir entre las estrategias de regulación emocional que se utilizan antes, durante o después de la experiencia emocional, ya que cada una puede tener un impacto diferente en el proceso de generación de la emoción.

Gestionar y regular emociones es dinámico, dependiendo de cómo somos de sensibles, cualquier cambio en el ambiente puede ser un causante de cierta reactividad emocional, por lo tanto hay una tendencia a hipereaccionar. Es importante tener en cuenta el contexto del individuo, sobretodo cuando se da la desregulación emocional, ya que las personas utilizan estrategias que les funcionan a corto plazo para regularse emocionalmente, conocidas como estrategias inmediatas que sirven en el momento, esta conducta se vincula a una sensación de alivio, condicionándose por reforzamiento negativo y esto se vuelve un problema.

La evidencia científica actual sugiere que los problemas de regulación emocional son comunes en la población clínica (Aldao et al., 2010; Chen et al., 2023; Schäfer, et al., 2020; Sloan, et al., 2022) especialmente en pacientes con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad como la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y la fobia social, y trastornos de la personalidad, en particular el trastorno límite de la personalidad. Una vez establecido, este patrón de regulación emocional deficiente puede persistir y tener un impacto significativo en diversas áreas de la vida del individuo.

La TDC integra el mindfulness y aceptación en el tratamiento, dando lugar a tratar la rumiación debido a que funciona como un tratamiento de trastornos emocionales y conductuales (Borders, 2020). Un estudio coreano evaluó la efectividad del entrenamiento en habilidades de la TDC en pacientes con trastorno por consumo de alcohol. Los resultados mostraron que el grupo experimental experimentó una disminución significativa en la actitud negativa y la dificultad física después del entrenamiento en TCD. Además, se realizó un seguimiento que demostró que

los efectos de las habilidades TCD son duraderos. Otro hallazgo importante fue que los participantes lograron una mayor aceptación de las experiencias dolorosas, en lugar de mantener una evaluación negativa de sí mismos (Park, 2020).

La TCD muestra una evidencia sólida de efectividad para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, aunque se sugiere una evaluación rigurosa de la adherencia para asegurar la calidad de la terapia (Harned et al., 2023). El efecto de las habilidades de la TCD se refleja en el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas. Frecuentemente, los pacientes utilizan estrategias desadaptativas, como la evitación, la supresión emocional o la autolesión, para manejar sus dificultades. Sin embargo, al trabajar estas habilidades en el marco de la TCD, se observan mejorías significativas en áreas como la desregulación emocional, la resolución de problemas interpersonales, la tolerancia al malestar y la práctica del mindfulness (Southwar, 2023).

Una de las habilidades entrenadas en la TCD es la tolerancia al malestar, donde se promueve manejar las situaciones de crisis sin recurrir a conductas autodestructivas, ya que se desarrolla la habilidad de manejar las emociones y sobrellevar sobre todo las emociones dolorosas o abrumadoras sin evitarlas, esto es útil en especial en trastornos como la ansiedad, depresión y estrés postraumático (Linehan, 1993; Neacsiu et al., 2014). Esta habilidad se ha usado en diversos trastornos como lo son los trastornos de ansiedad y depresión, mostrando eficacia en diferentes contextos clínicos (Safer et al., 2001; Bankoff et al., 2012).

Un estudio de 2017 aplicó el tratamiento TDC en pacientes, mostrando una disminución significativa en conductas autodestructivas (como se citó en Linehan et al., 2015; Goodman et al., 2021). Una de las habilidades centrales de la TDC es la tolerancia al malestar, diseñada para ayudar a las personas a afrontar situaciones emocionalmente intensas sin recurrir a conductas

autolesivas o evitación extrema. Su objetivo principal es fomentar la aceptación de la realidad, incluso cuando esta genera incomodidad. Esta habilidad resulta clave para reducir la impulsividad, regular las emociones y, en última instancia, mejorar la calidad de vida (Linehan et al., 2018; Goldstein et al., 2018; Valentine, 2014; Neacsiu et al., 2014; Ritschel et al., 2022).

Mindfulness y rumiación

En un estudio realizado por Botha (2021), con estudiantes sudafricanos de música se rebeló una relación significativa entre el perfeccionismo, rumiación y mindfulness. Dicho estudio arrojó como resultados que los estudiantes que se preocupan por cometer errores (perfeccionismo) tienden a rumiar más y tienen niveles más bajos de atención plena (mindfulness), lo que conduce a una mayor crítica hacia sí mismos. Sin embargo, los participantes que practicaban la atención plena, especialmente la parte de no juzgar y la no reactividad, lograron reducir su perfeccionismo y rumiación, mejorando su salud mental. Gracias a esto se comprende que la atención plena podría ser una herramienta valiosa para manejar la rumiación y la presión por alcanzar el perfeccionismo.

La rumiación y el mindfulness están relacionadas, también tiene relación con la autoestima, la angustia emocional y el mindfulness puede reducir la rumiación (George & Collard, 2024), Yamasaki y colaboradores (2024) analizan la relación entre la rumia, autocompasión y la salud psicológica en estudiantes universitarios japoneses, en dicho estudio se comprobó que a mayor tendencia a rumiar, menos es la autocompasión y capacidad de tratarse con amabilidad, por otro lado, se encontró una correlación positiva de la rumia con el auto-juicio, el aislamiento y la sobreidentificación.

Para Rosenfeld (2023) las medidas tradicionales de la rumiación se basan en autoinformes de "rasgo" (tendencia general a rumiar), lo que abarca todas las variables, y el

contexto de la rumiación en la vida diaria, por lo tanto, sugiere el método de reestructuración diaria para la rumiación (DRM-R) en el cual se desarrolla con mayor apertura la duración, intensidad, desencadenantes, etc. de la rumiación en la vida diaria.

Otro estudio de investigación mixta sobre la relación entre perfeccionismo, rumia y atención plena en estudiantes universitarios sudafricanos afirma el efecto que tiene el mindfulness en contrarrestar las tendencias negativas del perfeccionismo y la rumiación, ya que el mindfulness reduce la rumiación, siendo un factor subyacente de la depresión y ansiedad. La preocupación por errores puede llevar a una mayor rumiación y a niveles bajos de atención plena. Las intervenciones basadas en mindfulness pueden reducir la rumiación (Botha, 2021; Degtyarev, 2023).

La rumiación se caracteriza por una atención rígida y sostenida a un problema percibido, mientras el mindfulness se caracteriza por una atención más flexible y promueve actitudes de no juicio y compasión. Por lo tanto, el mindfulness reduce la rumiación porque enfoca la atención al presente, cambia la atención de manera flexible, los pensamientos son observados con distancia y aceptación, fortaleciendo el reconocimiento de la naturaleza transitoria de los pensamientos (Borders, 2020; George & Collard. 2024; Hilt, 2024; Kandeger, 2024).

Una de las características fundamentales del mindfulness es la atención plena en el presente. A diferencia de la rumiación, que se enfoca en el pasado o preocupaciones futuras, el mindfulness reduce la probabilidad de quedar atrapado en pensamientos repetitivos negativos. Otra de las habilidades que se desarrollan con la práctica del mindfulness es la capacidad de flexibilidad atencional. Esto permite a las personas cambiar su enfoque y evitar quedar atrapadas en patrones de pensamiento rígidos. El descentramiento, que implica observar los pensamientos y emociones sin identificarse con ellos, es otro aspecto clave del mindfulness. La aceptación es

un componente fundamental del mindfulness. Al reconocer y aceptar las experiencias vividas, las personas pueden desarrollar una mayor curiosidad y calidez hacia sí mismas. Esto, a su vez, puede llevar a una mayor autocompasión y capacidad para tratarse con amabilidad, incluso en momentos de sufrimiento (Borders, 2020).

Las terapias basadas en Mindfulness tienen evidencia de que reducen la rumiación y preocupación, tanto en estudios experimentales como comparativos, así como existen evidencias mixtas sobre la relación entre la cantidad de práctica y los resultados (Borders, 2020). El mindfulness disminuye el malestar emocional, mientras que la rumiación lo incrementa, por eso se sugieren intervenciones que involucren la práctica del mindfulness, debido a la influencia que tiene en el malestar emocional, provocado por la rumiación (George & Collard, 2024).

El mindfulness se centra en que la persona tenga la capacidad de estar en el presente de manera no enjuiciadora, de esta manera, la rumiación disminuye significativamente, ya que la atención en el presente promueve un enfoque neutral no enjuiciadores que implica examinar los procesos mentales y emocionales tal como son. Otro de los beneficios del mindfulness para la rumiación, es que ayuda a descentrarse del contenido negativo, siendo la concentración repetitiva en los aspectos negativos de las situaciones otra de las características de la rumiación (Hilt, 2024).

En esta investigación la rumiación se aborda como un patrón de pensamiento repetitivo asociado al malestar emocional. El estudio se centra en evaluar cambios en su nivel autorreportado tras una intervención clínica, sin asumir inferencias causales amplias sobre su función dentro de los trastornos emocionales.

Objetivo e hipótesis

Objetivo general

- Diseñar, aplicar y evaluar una intervención psicológica basada en Mindfulness y DBT para la reducción de la rumiación.

Objetivos específicos

- Identificar características clínicas y sociodemográficas relacionadas con la rumiación en estudiantes universitarios.
- Validar la Escala de Autocrítica Rumiativa en una muestra no clínica de estudiantes universitarios
- Identificar niveles de rumiación de participantes.
- Evaluar el efecto de la intervención para disminuir la rumiación

Preguntas de investigación

¿Qué efecto tiene una intervención basada en mindfulness y terapia dialectico conductual sobre la rumiación en adultos?

Hipótesis

- La intervención basada en la terapia dialéctico-conductual y mindfulness reduce significativamente la rumiación en adultos.
- La intervención basada en la terapia dialéctico-conductual y mindfulness reduce significativamente la depresión en adultos.
- La intervención basada en la terapia dialéctico-conductual y mindfulness reduce significativamente la ansiedad en adultos.
- La intervención basada en la terapia dialéctico-conductual y mindfulness influye en el bienestar subjetivo en los participantes.

Método

Participantes

Se contó con una muestra inicial de 143 estudiantes universitarios, reclutados mediante un formulario digital (Microsoft Forms) difundido en diversas plataformas en línea para la validación de escala. De este grupo, se seleccionaron 10 participantes interesados en la intervención para entrevistas, de los cuales solo 5 continuaron el tratamiento después de la entrevista inicial. Sin embargo, dos de ellos solo permanecieron hasta la 3er sesión y uno de ellos abandonó el tratamiento en la quinta sesión, terminando solo 2 personas el tratamiento completo.

Inclusión:

- Mayores de 18 años.
- Público en general que tenga niveles medios / altos de rumiación.

Exclusión

- No se admitirán personas que en la actualidad estén llevando un proceso psicológico.

Instrumentos y materiales

Escala de respuestas rumiativas: es un autoinforme que consta de 22 ítems y mide tres factores: reproches, reflexión y depresión. Es una escala tipo Likert y cuenta con cuatro opciones de respuesta: "Casi nunca", "Algunas veces", "A menudo" y "Casi siempre". La suma de las puntuaciones indica el nivel de rumiación, entre más alta, mayor rumiación. Tiene un puntaje de corte de 40 puntos, siendo el 88 el puntaje máximo. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.90 en población mexicana. Fue desarrollada por Nolen-Hoeksema y Morrow (1991) y validada en la población mexicana (Hernández et al., 2016; Anexo A; Validación Chávez, Altamirano y Quiñonez, 2025).

Inventario de Depresión de Beck II: Fue desarrollado por Beck et al. (1996) y validado en México por Estrada y colaboradores (2014). Evalúa la gravedad de los síntomas depresivos y cuenta con 21 ítems, los cuales están en un formato de escala Likert de 0 a 3 según la intensidad de los síntomas en la última semana, una puntuación alta indica mayor severidad de depresión, dicha puntuación puede variar entre el 0 y el 63. Está conformado por subescalas que miden las dimensiones cognitivo-afectivas (13 ítems) y somático vegetativa (8 ítems) de la depresión. Entre 0 y 13 puntos se considera una depresión mínima, de 14 a 19 puntos una depresión leve, de 20 a 28 puntos una depresión moderada y de 29 a 63 puntos una grave. Se reportó una Alfa de Cronbach de .9 en población mexicana (Estrada et al., 2014; Anexo B).

Inventario de Bienestar Subjetivo 2: Evalúa el grado de satisfacción general que una persona experimenta al reflexionar sobre su vida en su conjunto y la presencia de emociones agradables (Calleja & Mason, 2020). La escala cuenta con 2 factores: cognitivo y emocional, midiendo la satisfacción con la vida y afecto positivo. Cada factor se conforma de 4 ítems tipo Likert, donde 1 significa *en desacuerdo* y 7 *totalmente de acuerdo*, para el factor de satisfacción con la vida; y del factor de afecto positivo, 1 significa *rara vez* y 7 *siempre*. El puntaje total se obtiene al sumar y promediar las respuestas. Si es menor a 4.37 hay un bienestar bajo; entre 4.37 y 5.87, bienestar medio bajo; entre 4.87 y 6.62, bienestar medio alto; y mayor a 6.62, bienestar alto. El instrumento fue desarrollado y validado en población mexicana, y cuenta con un índice de confiabilidad de $\alpha=.958$ (Calleja & Mason, 2020; Anexo C).

Escala de autocompasión: creada por Neff & Germer, (2018) y validada en México por López y colaboradores, (2023). Trata de una escala que mide la autocompasión. Cuenta con 26 ítems tipo Likert y están divididos en subescalas como Autoamabilidad en los ítems 5, 12, 19, 23, 26 ; Humanidad común, ítems: 3, 7, 10, 15; Mindfulness, ítems: 9, 14, 17, 22 ; Auto-Juicio, ítems:

1, 8, 11, 16, 21; Aislamiento, ítems: 4, 13, 18, 25 y Sobre-identificación en los ítems 2, 6, 20, 24. Cada subescala se calcula realizando la media de las respuestas a todos los ítems de la subescala. Para calcular el valor total primero hay que calcular las puntuaciones reversas de los ítems de las subescalas negativas autojuicio, aislamiento, y sobre-identificación, para después computar la media total de las seis subescalas. Se reportó un Alfa de Cronbach de 0.84 en población mexicana (López et al., 2023; Anexo D).

Inventario de ansiedad de Beck (Beck et al., 1988). Evalúa la gravedad de los síntomas de ansiedad. Se conforma por 21 ítems con un formato de respuesta de tipo Likert, donde 0= *Nada* y 3= *Severamente* en la última semana. Dichos ítems se dividen en 2 subescalas que miden síntomas somáticos y cognitivos de la ansiedad. Los niveles de ansiedad, según los puntajes, se calculan de la siguiente manera: 0 a 5 puntos indican ansiedad mínima; de 6 a 15, ansiedad leve; de 16 a 30, ansiedad moderada y de 31 a 63, ansiedad severa. Se calcula el puntaje total sumando las respuestas de cada uno de los ítems, que va de 0 a 63 puntos. El alfa de Cronbach reportado es de $\alpha=0.91$ y ha sido validada en población (Padrós et al., 2020; Anexo E).

La aplicación de las escalas se aplicaron previa revisión, explicación y firma del consentimiento informado (Apéndice A). Entre sesiones se usó autorregistro de rumiación para monitorio de pensamientos (Apéndice B).

Procedimiento

El diseño de intervención con el que se trabajó en el presente estudio fue un diseño de caso único con pre y pos-test, ya que se trabajó con una muestra pequeña de 2 participantes. Las sesiones fueron semanales de 60 minutos cada sesión. Este diseño permite evaluar los efectos de la intervención a través del cálculo de índices del tamaño de efecto (RCI) y cuantificar el cambio terapéutico (Sanz & Paz, 2015).

Se trata de una intervención pactada a 10 sesiones con frecuencia de 1 sesión semanal con duración de 60 minutos. Cada una de las sesiones tuvo como propósito la regulación emocional a través del mindfulness y psicoeducación, para que el participante comprendiera de qué trataba la rumia y cómo se veía en su caso particular. Se entrenó para la discriminación de rumiación adaptativa o desadaptativa, en circunstancias que se presentaron como factores de mantenimiento de la rumiación, así como cambiar el enfoque de atención una vez trabajada la relación con sus pensamientos.

El cálculo del RCI favoreció el conocimiento de la magnitud del cambio terapéutico de manera objetiva, lo que indica que los índices de no solapamiento de datos “están basados en distribuciones de muestro establecidas que permiten la construcción de sus intervalos de confianza y poner a prueba el tamaño de efecto frente a la hipótesis de nulidad, lo cual es especialmente útil en diseños de caso único”, por lo tanto, “estos índices responden muy bien a los tratamiento basados en la evidencia” (Parket et al., 2011, como se citó en Sanz & Paz, 2015).

La inclusión de la psicoeducación sobre lo que es la rumiación, el entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar y resolución de problemas favoreció la adherencia al tratamiento, ya que los participantes contaron con las herramientas prácticas para manejar sus síntomas. El uso de autorregistros permitió la evaluación continua de los pensamientos rumiativos y los cambios de patrones en los pensamientos, lo que permite mayor noción de los factores desencadenantes.

El uso del RCI no implica que el cambio percibido sea clínicamente significativo (Sanz & Paz, 2015). Por lo tanto, al ser un diseño pre experimental sin grupo control, no se puede dejar de lado los efectos de factores externos a la terapia (madurez, historia, etc.) en los resultados. Esto podría ser una limitación para establecer una relación causal directa entre la intervención y los

cambios en la rumiación. Debido a que es una muestra pequeña, podría limitar la generalización de los resultados, ya que se vería reducida la potencia estadística del estudio, dificultando la detección de efectos significativos.

La evaluación de la rumiación y otros síntomas se basan en autoinformes, lo que puede generar sesgos de deseabilidad social o dificultades en la autorreflexión precisa por parte de los participantes, incluso los autoinformes no aseguran una evaluación precisa de los detonantes de la rumiación. El tiempo en que se está realizando la intervención podría dificultar la comprensión del concepto de rumiación y que el participante identifique con facilidad los detonantes de dicha rumiación en su día a día, haciendo impreciso la detección de la rumiación.

Otra de las limitaciones que podrían perjudicar en la validez de los resultados de la intervención, es que no incluye un seguimiento a largo plazo después de la intervención, lo que podría perjudicar en la capacidad de evaluar la sostenibilidad de los efectos observados. Es posible que los efectos de la intervención no permanezcan o disminuyan si no se refuerzan los conocimientos o herramientas aprendidas en la intervención una vez finalizada.

La presentación de las limitaciones y puntos a favor del diseño que se ha visto a lo largo de este apartado no deja de lado las implicaciones logísticas del tratamiento aplicado, el cual se ve representado en la siguiente tabla:

Tabla 2

Tiempos estimados de intervención

	Diciembre 2024	Enero 2025	Febrero 2025	Marzo 2025	Abril 2025	Mayo 2025	Junio 2025	Julio 2025	Agosto 2025
Actividad									
Presentar ante el comité de bioética									
Envío Resolutivo comité de bioética									
Aceptación por parte del comité									
Preevaluación Intervención									
Intervención									
Post evaluación									

Tabla 3

Plan de intervención

Descripción de sesiones	Objetivo	Actividad	Materiales	Producto evaluativo	Tiempo
Sesión 1: Admisión de participantes Presentación Recopilación de información pertinente para la admisión de participantes.	Evaluar al posible candidato para ser sujeto de la intervención	Evaluación inicial	Entrevista semi estructurada BDI II RRS SCS EBS-8 BAI SCRS	Entrevista inicial donde se recopilarán los datos necesarios a través de preguntas sobre la rumiación. Resultados de las pruebas aplicadas	90 minutos
Sesión 2: Rumiación como hábito Presentar el proyecto de intervención. Se encargará al participante un autorregistro de pensamientos, la descripción de ellos y se pedirá una monitorización diaria.	Conservar o mantener a participantes, dependiendo de criterios de inclusión y exclusión.	Canalización o admisión al programa de intervención Terminar evaluación inicial Presentación del proyecto de intervención	Historia clínica Presentación del concepto de rumiación	Historia clínica Observaciones durante la sesión Seguimiento de la sesión anterior	90 minutos
Sesión 3. Entendiendo la rumia Se le comunicarán los resultados de la evaluación a la persona y se presentará el consentimiento informado. Usando el autorregistro del participante se le brindará psicoeducación sobre la rumiación. Se le pedirá que continúe con el autoregistro, pero esta vez se pedirá que identifique los pensamientos rumiativos.	Comunicar resultados de la evaluación Lectura de consentimiento informado y aclaración de dudas en caso de ser necesario Psicoeducar sobre la rumiación	Comunicación de resultados Consentimiento informado Psicoeducación	Resultados de la evaluación del participante Consentimiento informado Cuadro con ejemplos de rumiación y estilos	¿Qué es la rumia? Ventajas y desventajas de rumiar Autorregistro del paciente Estilos de rumiación	60 minutos
Sesión 4: ¿Qué detona mi rumia? Se le explicará al participante qué es un detonador de rumia. Se pretende que el participante identifique los detonadores de su rumia a través de su registro de rumia semanal Se explicarán las 3 características de un ambiente invalidante (Cómo invalida su propia rumia y cómo es	Que el participante identifique los disparadores en su contexto. Que el participante identifique cuándo está rumiando y que no haga nada al respecto, sólo será un observador de dicha rumiación.	Identificación de disparadores contextuales	Hojas Pluma Ejemplos de detonadores	Autorregistro el paciente Notas de observaciones durante la sesión de terapia	60 minutos

invalidado por los demás debido a alternativas detonadas por la rumia) Se pedirá al paciente que continúe con el registro semanal de rumia, pero esta vez se prestará mayor atención a los posibles disparadores de esta en base a lo aprendido en sesión.					
Sesión 5: Habilidades de tolerancia al malestar Se explicará cómo la rumia es una forma de afrontamiento sobrecontrolado que deteriora la resolución de problemas y experiencia emocional. Se explicará el concepto de apertura radical, así como la acción opuesta y resolución de problemas. Se pedirá al paciente el registro de rumiación.	Eliminar el papel que las valoraciones y creencias disfuncionales tienen en el mantenimiento de las obsesiones limerentes Disminuir el nivel de malestar asociado a los pensamientos rumiativosl	Reestructuración cognitiva	Glosario de creencias disfuncionales Hojas Pluma Autorregistro del paciente	Autorregistros del paciente Notas de observaciones durante la sesión de terapia	60 minutos
Sesión 6. Afrontamiento sobrecontrolado Psicoeducación sobre el afrontamiento sobrecontrolado. Entrenamiento en mindfulness: Estados mentales sobrecontrolados. Se explicará al paciente qué es una exposición	Comenzar con las prácticas del mindfulness para la rumiación.	Entrenamiento en mindfulness	Registro de rumia Hojas Pluma	Autorregistros del paciente Notas de observaciones durante la sesión de terapia	60 minutos
Sesión 7. Entrenamiento para una mente flexible Exposición y acción opuesta en la rumia. Entrenamiento de mindfulness. Se hablará de la autocompasión como una herramienta importante para desencadenamiento de rumia.	Esta sesión busca modificar la forma en que los participantes se relacionan con sus pensamientos, en lugar de centrarse en la eliminación, planteándose como uno de los principios fundamentales del mindfulness. Para la disminución del tiempo dedicado a los pensamientos, se formula a la autocompasión como un factor elemental.	Reconocer la rumia como un hábito que puede regularse.	Hojas Pluma	Autorregistro del paciente Notas de observaciones durante la terapia	60 minutos
Sesión 8. Exposiciones y mindfulness Se harán ejercicios donde se expone al paciente a las situaciones temidas y por las cuales rumia. Se aplicarán ejercicios conductuales de acuerdo con el tipo de valoraciones	Poner a prueba la validez de los eventos catastróficos temidos del participante. Cultivar la flexibilidad.		Listado de experimentos conductuales a realizar	Registro de experimentos conductuales Autorregistro del paciente Notas de observaciones durante la terapia	60 minutos

que haga el paciente sobre sus pensamientos intrusivos Se encargarán experimentos conductuales al participante y que lleve el registro de éstos Se encargará al participante un autorregistro de exposiciones y el malestar que le causan.					
Sesión 9. Práctica de mindfulness para la rumiación Revisión de ejercicios en casa de experimentación conductual para consolidar las pruebas que desafían las valoraciones disfuncionales.				Registros de ejercicios conductuales realizados por el paciente Autorregistro del paciente Notas de observaciones durante la terapia	60 minutos
Sesión 10. Prevención de recaídas y cierre. Explicar al paciente la probabilidad de futuras recaídas e identificación de situaciones donde éstas puedan tener lugar. Elaboración de protocolo escrito sobre el modo de afrontar la recaída. Cierre terapéutico para aclaración de dudas en caso de que las haya y retroalimentación Aplicación de instrumentos.		Preparar un resumen hecho junto con el participante para recordar las herramientas en caso de que haya recaída. Aplicar post test Cierre de proceso terapéutico.	Identificar situaciones de riesgo	Laptop BDI II RRS SCS EBS-8 BAI SCRS	Notas de observaciones durante la terapia Autorregistro del paciente Resultados de pruebas aplicadas

Nota: Adaptado de Manual práctico de Terapia Dialéctico Conductual, M. McKay, C. Wood, y J. Brantley, (2017).

Resultados

Los participantes que completaron la intervención fueron dos mujeres de 29 y 20 años. Una de ellas se desempeña como química, mientras que la otra es estudiante universitaria. Ambas reportaron estado civil soltero y ninguna se encontraba en proceso terapéutico durante el periodo de intervención. Debido a las condiciones del abandono de tratamiento, no se pudo hacer más extensa la descripción de las características clínicas y sociodemográficas para relacionarlas con la rumiación, salvo aquellas características que tienen los dos participantes.

Con el objetivo de observar los cambios observados, se compararon los puntajes obtenidos por ambos participantes en las mediciones de pre y post en las variables evaluadas. El participante 1 presentó una puntuación inicial de 70 en respuestas rumiativas, la cual disminuyó a 43 tras la intervención. En autocrítica rumiativa el puntaje pasó de un 36 a 24. Por su parte, la autocompasión aumentó de un 45 a 84. En el bienestar subjetivo se observó un incremento de 3.875 a 5.25. En cuanto a la sintomatología depresiva, el puntaje disminuyó de 35 a 13, mientras la ansiedad pasó de 47 a 17.

Por su parte, el participante 2 mostró una puntuación inicial de 66 y se redujo a un 33. Por otro lado, los resultados de autocrítica rumiativa disminuyeron de 31 a 18. La autocompasión aumentó de un 48 a 94. De igual manera, el bienestar subjetivo aumentó de un 3.625 a 6. En cuanto a la depresión disminuyó de un 21 a 2 y la ansiedad de un 21 a 17. A continuación se presentarán las medias de estos resultados:

Tabla 4

Medias de las puntuaciones pretest y posttest en las variables evaluadas

Instrumento	Pretest M	Posttest M
Escala de Autocrítica Rumiativa	33.50	21.00

Escala de Respuestas Rumiativas	68.00	38.00
Escala de Autocompasión	46.50	89.00
Escala de Bienestar Subjetivo	3.75	5.63
Inventario de Depresión	28.00	7.50
Inventario de Ansiedad	34.00	17.00

Nota. M= media. Las medias correspondientes a las puntuaciones obtenidas por los participantes

(n=2) en las mediciones realizadas antes y después de la intervención.

Como se observa en la Tabla 4, se identificó una disminución en las puntuaciones medias de rumiación, autocrítica rumiativa, depresión y ansiedad entre la medición pretest y posttest. Por otro lado, se observó un incremento en las puntuaciones medias de autocompasión y bienestar subjetivo. Con base a estos puntajes se calculó el RCI para determinar si el cambio observado fue clínicamente confiable.

Para evaluar la efectividad de la intervención basada en Mindfulness y Terapia Dialéctica Conductual (DBT) sobre los niveles de rumiación, se realizó un análisis de significación clínica mediante el Índice de Cambio Confiable (RCI por sus siglas en inglés) propuesto por Jacobson y Truax (1991). Este método permite determinar si los cambios observados entre las evaluaciones pre y post intervención son confiables y no atribuibles al error de medición de los instrumentos. Un valor $RCI > 1.96$ indica un cambio confiable a un nivel de significación de $p < .05$.

Los resultados del análisis RCI se presentan en la Tabla 1 para ambos participantes. En el Participante 1, se observaron cambios confiables ($RCI > 1.96$) en las siguientes variables: autocrítica rumiativa ($RCI = 41.5937$), respuestas rumiativas ($RCI = 5.67$), autocompasión ($RCI = 3.85$), bienestar subjetivo ($RCI = 3.36$), depresión ($RCI = 5.93$) y ansiedad ($RCI = 7.25$).

Para el Participante 2, también se identificaron cambios confiables en autocrítica rumiativa ($RCI = 45.0599$), respuestas rumiativas ($RCI = 6.93$), autocompasión ($RCI = 6.65$),

bienestar subjetivo (RCI = 5.811) y depresión (RCI = 5.12). No obstante, la ansiedad no mostró un cambio confiable (RCI = 0.96). Todos los resultados se ven sintetizados en la siguiente tabla:

Tabla 5
Resultados del Índice de Cambio Confiable (RCI) por participante e instrumento

Participante 1			
Instrumento	Pre	Post	RCI
Escala de Autocrítica Rumiativa	36	24	41.5937
Escala de Respuestas Rumiativas	70	43	5.67423
Escala de Autocompasión	45	84	3.85473
Escala de Bienestar Subjetivo	3.875	5.25	3.36468
Inventario de Depresión	35	13	5.93408
Inventario de Ansiedad	47	17	7.2558
Participante 2			
Escala de Autocrítica Rumiativa	31	18	45.0599
Escala de Respuestas Rumiativas	66	33	6.93517
Escala de Autocompasión	48	94	6.65816
Escala de Bienestar Subjetivo	3.625	6	5.81172
Inventario de Depresión	21	2	5.12488
Inventario de Ansiedad	21	17	0.96744

Nota: Los valores RCI en negrita indican cambios confiables (RCI > 1.96).

En resumen, la intervención produjo cambios confiables en la rumiación, autocompasión, bienestar subjetivo y depresión en ambos participantes. Los efectos sobre la ansiedad fueron inconsistentes solo con el participante 2.

Discusión y conclusiones

Bajo los parámetros iniciales de 143 participantes en las encuestas realizadas, 10 de ellos fueron aptos para la intervención y solo 5 quisieron participar, con cada participante se siguió el protocolo de intervención, sin embargo, solo dos de ellos finalizaron el tratamiento. Los resultados de este estudio indican que una intervención breve basada en Mindfulness y DBT puede producir la reducción confiable en ambas medidas de rumiación (autocrítica $RCI_1=41.5937$, $RCI_2=45.0599$ y respuestas rumiativas $RCI_1=5.67423$, $RCI_2=6.93517$), por lo tanto, se acepta la hipótesis uno.

La rumiación es un fenómeno sujeto a diversas formas de pensamiento que pueden llevar a interpretaciones cognitivas, dentro de ellas están las que se midieron en esta intervención: respuestas rumiativas y autocrítica. La reducción en la autocrítica y respuestas rumiativas podría ser un indicador de mejoras significativas en múltiples dimensiones psicológicas (De Raedt et al., 2017). Un meta-análisis de 27 ensayos controlados aleatorizados (Ferrari et al., 2019), continuó con esta hipótesis enfatizando en cómo las intervenciones que reducen la rumiación tienen un efecto moderado-grande sobre la sintomatología depresiva y ansiosa. Incluso, las mejoras en los síntomas depresivos continuaron aumentando en el seguimiento del estudio, lo que sugiere efectos sostenidos en el tiempo. En este mismo estudio, se reportó una disminución moderada de autocrítica, lo que resulta relevante debido a su relación directa con la rumiación.

Aunado a esto, existe una relación estrecha entre la rumiación autocrítica y las mejoras en funciones ejecutivas y procesos atencionales. Por lo menos, esto es lo que mencionan Allard y colaboradores (2019) en una investigación que demuestra cómo el estilo rumiativo conocido como brooding (rumiación pasiva y autocrítica) se asocia con déficits de la desvinculación atencional de estímulos negativos. Esto quiere decir que, al reducir la autocrítica, se mantiene la flexibilidad cognitiva para implementar estrategias de regulación emocional más adaptativas.

Por otro lado, la literatura vincula a la rumiación con dificultades en la resolución de problemas. Una muestra de esto es el estudio experimental de Özgülük y colaboradores (2011) que se enfocó en reducir la rumiación (brooding y autocrítica) lo que produjo una disminución significativa en la procrastinación académica. Los participantes de este estudio entrenaron su control ejecutivo para contrarrestar la rumiación, lo que trajo como resultado la reducción en la tendencia de postergar tareas.

En cuanto a la sintomatología depresiva ($RCI_1=5.93408$, $RCI_2=5.12488$), se puede establecer la aceptación de la hipótesis dos, donde se prevé la reducción significativa de la depresión en adultos. Los resultados relacionados a la depresión cuestionan la idea de que la rumiación y la depresión requieren intervenciones prolongadas para cambiar de manera confiable (Watkins, 2008). Nuestros hallazgos sugieren que incluso una intervención breve de DBT y Mindfulness pueden reducir cambios clínicamente significativos, siempre que se incluya la autocompasión.

La autocompasión podría constituir un mecanismo de cambio potente, más allá de solo reducir la frecuencia de pensamientos, dado que las intervenciones que han logrado modificar la relación del individuo con sus propios pensamientos son precisamente aquellas fundamentadas en la autocompasión. Este tipo de intervenciones facilitan la interrupción del ciclo rumiativo mediante una aproximación amable y no crítica hacia uno mismo, lo que reduce directamente la necesidad de rumiar de manera autocrítica (Wakelin et al., 2021). En consecuencia, los resultados obtenidos en la presente intervención podrían vincularse con los efectos característicos de las intervenciones basadas en mindfulness (Wakelin et al., 2021; Borders, 2020; George & Collard. 2024; Hilt, 2024; Kandeger, 2024)

Los hallazgos son consistentes con la literatura que respalda la eficacia de las intervenciones de tercera generación para la regulación emocional y cognitiva (Öst, 2008; Antuña-Cambor et al., 2024; Mak et al., 2023). La reducción confiable en ambas medidas de rumiación (autocrítica y respuestas rumiativas) coincide con lo reportado en estudios previos que utilizan Mindfulness y DBT para abordar patrones cognitivos repetitivos y desadaptativos (Li, 2022; Hood et al., 2024; Cavicchioli, 2024; Hilt et al., 2024; Kandeger et al., 2024; Qu et al., 2024; Zhang et al., 2022). Por un lado, el entrenamiento en atención plena (Mindfulness)

permitió a los participantes desarrollar atención al momento presente a pesar de los pensamientos repetitivos, lo que favoreció la interrupción del bucle rumiativo al entender a los pensamientos como eventos mentales y no como hechos (Nolen-Hoeksema; Segal et al., 2002).

Por otro lado, las habilidades de DBT (especialmente tolerancia al malestar y efectividad interpersonal) cambiaron la forma de responder a los desencadenantes, en lugar de responder con un análisis repetitivo, se utilizaron las herramientas conductuales antes mencionadas, lo que modificó la manera de relacionarse con sus pensamientos. Teóricamente, esto apoya el modelo de “descentramiento” como mecanismo de cambio transdiagnóstico, como se observa en un estudio realizado por Hilt y colaboradores (2024) en el que se hizo una breve intervención de atención plena, obteniendo como resultado el aumento de la conciencia sin juicio, lo que redujo la rumiación, más allá de la simple reducción de la frecuencia de pensamientos negativos.

El descentramiento (decentering) propio del Mindfulness permite observar pensamientos sin engancharse, siendo una de las principales herramientas abordadas en este estudio. Como propone Neff (2003), la autocompasión reemplaza la autocrítica, la cual se midió en este estudio y tuvo resultados de reducción significativa, por lo que el aumento en autocompasión ($M_1=46.5$; $M_2=89$) sugiere que la intervención pudo promover un cambio en la relación que los participantes establecen con su experiencia interna, un mecanismo de cambio central en estos enfoques terapéuticos.

La inconsistencia en los resultados sobre la ansiedad ($RCI_1=7.2558$, $RCI_2=0.96744$) podría deberse a que la intervención, aunque incorporó elementos de DBT, no fue específicamente diseñada para el trastorno de ansiedad, por lo tanto, la hipótesis 3 sobre la reducción de ansiedad se rechaza dado que solo uno de los dos mostró un cambio. El participante que no mostró un cambio confiable en ansiedad comenzó con una puntuación inicial

notablemente más baja, lo que podría indicar un efecto bajo o que los componentes de la intervención fueron más efectivos para quienes presentaban una sintomatología ansiosa inicial más severa (pre test=21; post test=17). Aunque la rumiación es un proceso transgiaoístico (Watkins, 2008), la evidencia sugiere que las formas específicas de rumiación se vinculan diferencialmente con depresión y ansiedad (Monteregge et al., 2020; Upton et al., 2025; Donohue et al., 2024). Dado que nuestra intervención se centró predominantemente en la rumiación autocrítica y respuestas rumiativas, esto podría explicar por qué los efectos sobre ansiedad fueron menos consistentes que sobre depresión y bienestar subjetivo.

El bienestar subjetivo mostró cambios confiables en los dos participantes ($RCI_1=3.36468$, $RCI_2=5.81172$) lo que sugiere que la intervención basada en la terapia dialéctico-conductual y mindfulness influyó en el bienestar subjetivo de los participantes, por lo tanto, se confirma la hipótesis 4. Este hallazgo es consistente con modelos teóricos que postulan a la rumiación como un mecanismo transdiagnoístico causal del malestar (Keans et al, 2016), así como con estudios que muestran que intervenciones basadas en autocompasión logran aumentar indicadores positivos de salud mental más allá de reducir síntomas negativos (Wakelin et al., 2022; Hage et al., 2023). La magnitud de los resultados sugiere además que los efectos observados no se limitan a lo estadístico, sino que se traducen en mejoras significativas en la vida cotidiana de los participantes (Riley, 2018).

Si bien, hemos hecho prueba de hipótesis y el Índice de Cambio Confiable (RCI) permite superar el análisis visual, lo que permitió una evaluación del cambio terapéutico individual, tal como recomiendan Sanz & Paz (2015). Es importante tomar en cuenta estos resultados con cautela debido a las limitaciones del estudio. Aunque se haya usado el RCI que es particularmente adecuado para diseños de caso único (Sanz & Paz, 2015), el tamaño muestral

reducido es una de las principales limitaciones del presente estudio. La ausencia de un grupo control y de medidas de seguimiento impide evaluar la estabilidad temporal de los cambios y descartar plenamente amenazas a la validez interna (Sanz & Paz, 2015). Futuras investigaciones podrían beneficiarse de la inclusión de índices de no solapamiento (como PND, PEM o NAP) para complementar el RCI y ofrecer una visión más integral de la magnitud del efecto, tal como ejemplifica (Sanz & Paz, 2015).

A la luz de las limitaciones señaladas, se abren líneas de investigación futura. En primer lugar, se recomienda que próximas investigaciones se enfoquen en replicar con una muestra más amplia y heterogénea. En segundo lugar, sería pertinente que futuras versiones de esta intervención incorporaran un grupo control y un seguimiento a los 6 meses post-intervención para evaluar efectos a mediano plazo y comprobar la consistencia de los efectos.

En conclusión, la intervención basada en Mindfulness y DBT demostró ser clínicamente efectiva para reducir la rumiación y la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios, con la autocompasión emergiendo como un posible mecanismo de cambio. Si bien se validó la sensibilidad de la Escala de Autocrítica Rumiativa, se observaron efectos inconsistentes en ansiedad y bienestar subjetivo, lo que sugiere la necesidad de ajustes en componentes futuros. Metodológicamente, el Índice de Cambio Confiable (RCI) resultó ser una herramienta rigurosa para evaluar la significación clínica en diseños de caso único. Futuras investigaciones deberían ampliar la muestra, incluir seguimientos a largo plazo y complementar el RCI con otros índices de tamaño del efecto para una evaluación más integral.

Referencias

- 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>
- Andrews, V. & Borkovec, T. (1988). The differential effects of inductions of worry, somatic anxiety and depression of emotional experience. *J. Behav. Ther & Exp. Psychol*, 19 (1), 21-26. DOI: [10.1016/0005-7916\(88\)90006-7](https://doi.org/10.1016/0005-7916(88)90006-7)
- Antuña-Cambor, C., Gómez-Salas, F. J., Burgos-Julián, F. A., González-Vázquez, A., Juarros-Basterretxea, J., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2024). Emotional regulation as a transdiagnostic process of emotional disorders in therapy: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(3). <https://doi.org/10.1002/cpp.2997>
- Allard, E. S., & Yaroslavsky, I. (2019). Attentional Disengagement Deficits Predict Brooding, but Not Reflection, Over a One-Year Period. *Frontiers in Psychology*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02282>
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750–765. <https://doi.org/10.1037/a0028310>
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>

- Bankoff, S., Karpel, M., Forbes, H., & Pantalone, D. (2012). A Systematic Review of Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Eating Disorders. *Routledge: Taylor & Francis Group*, 20, 196-215. DOI: 10.1080/10640266.2012.668478
- Barraca, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica*. Editoriales Síntesis. ISBN: 978-84-907756-8-4
- Barroso, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135): 51-66. Doi: 10.4321/S0211-57352019000100004
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory–II (BDI-II)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897, <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>.
- Borders, A. (2020). Rumination and related constructs. *Causes, consequences, and treatment of thinking too much*. Elsevier. ISBN: 9780128126318
- Boustani, M., Mazzone, E., Hodgins, J., & Rith-Najarian, L. (2024). Dialectical Behavior Therapy Programming for Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical and Implementation Outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/15374416.2024.2426142>

- Botha, M. (2021). *Exploring Perfectionism, Cognitive Rumination, and Mindfulness in Music Students at a South African University* (Order No. 30702465). Available from ProQuest One Academic. (2901485767). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/exploring-perfectionism-cognitive-rumination/docview/2901485767/se-2>
- Calleja, N., & Mason, T. A. (2020). Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8): Construcción y Validación [Subjective Well-Being Scale (EBS-20 and EBS-8): Construction and validation]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 55(2), 185–201. <https://doi.org/10.21865/RIDEP55.2.14>
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C. & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 421–436. DOI: [10.1348/0144665042388928](https://doi.org/10.1348/0144665042388928)
- Caselli, G., & Spada, M. M. (2010). Metacognitions in desire thinking: A preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(5), 629-637. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000317>
- Cavicchioli, M., Movalli, M., Bruni, A., Terragni, R., Goldoni, M. E., Borgia, E., & Begarani, M. (2024). Corrigendum to "The initial efficacy of stand-alone DBT skills training for treating impulsivity among individuals with alcohol and other substance use disorders". *Behavior Therapy*, 55(1), 209. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.12.001>
- Chen, B., Xie, M., Zhang, Y., Zhang, H., Yu, N. X., & Lin, D. (2023). Is it a vicious circle and for whom? The reciprocal association between rumination and somatic symptoms and moderation by stress: A daily diary study among Chinese college students. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 16(2), 460-476. <https://doi.org/10.1111/aphw.12499>

- Cheung, J. C., Sorgi-Wilson, K. M., Ciesinski, N. K., & McCloskey, M. S. (2024). Examining the relationship between subtypes of rumination and non-suicidal self-injury: A meta-analytic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(3), 528-555.
<https://doi.org/10.1111/sltb.13051>
- Christoff, K., Irving, Z., Fox, K., Spreng, R. & Andrews-Hanna, J. (2016). Mind-wandering as spontaneous thought: a dynamic framework. *Nature Reviews Neuroscience*, 17, 718-731.
<https://doi.org/10.1038/nrn.2016.113>
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry*, 196(3), 173-178.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066001>
- Degtyarev, Z. (2023). *The effect of a brief mindfulness induction on experimentally-induced anxiety* (Order No. 30696201). Available from ProQuest One Academic. ISBN: 979-8381167788.
- De Raedt, R., Remue, J., Loeys, T., Hooley, J. M., & Baeken, C. (2017). The effect of transcranial direct current stimulation of the prefrontal cortex on implicit self-esteem is mediated by rumination after criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 99, 138–146.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.10.009>
- Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, 27(2), 125–156. <https://doi.org/10.1023/A:1024521920068>

- Donohue, H.E., Modini, M., & Abbott, M.J. (2024). Psychological interventions for pre-event and post-event rumination in social anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 102, 102823. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102823>
- 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/10.1680/ijct.2008.1.3.192>
- Eisma, M., Frazen, M., Paauw, M., Bleeker, A. & Het. M. Rumination, Worry and Negative and Positive Affect in Prolonged Grief: A Daily Diary Study. *Clinical psychology & psychotherapy* 29(1), 299-312. DOI: 10.1002/cpp.2635
- Estrada, B. D., Delgado, C., Landero, R. & González, M. T. (2013). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1), 125-136. doi: 10.11144/Javeriana.upsy14-1.ppmb
- Etu, S. F., & Gray, J. J. (2010). A preliminary investigation of the relationship between induced rumination and state body image dissatisfaction and anxiety. *Body Image*, 7(1), 8285. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.004>.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2023). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023 (ENSANUT).
- Ferguson, E., Busch, A. M., Anderson, B., Abrantes, A. M., Pinkston, M. M., Baker, J. V., Stein, M. D., & Uebelacker, L. A. (2024). Avoidance and rumination as predictors of substance use, mental health, and pain outcomes among people living with hiv. *Behavior Therapy*, <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.02.008>

- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-Compassion Interventions and Psychosocial Outcomes: a Meta-Analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10(8), 1455–1473. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- George, M. G., & Collard, J. J. (2024). The influence of core self-evaluation, mindfulness, and rumination on emotional distress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, <https://doi.org/10.1007/s10942-023-00536-9>
- Goldstein, J., Hale, T., Foster, S., Tobet, S. & Handa, R. (2018). Sex differences in major depression and comorbidity of cardiometabolic disorders: impact of prenatal stress and immune exposures. *Neuropsychopharmacology* 0, 1–12. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0146-1>
- Goodman FR, Kelso KC, Wiernik BM, Kashdan TB. Social comparisons and social anxiety in daily life: *An experience-sampling approach*. *J Abnorm Psychol*, 130(5):468-489. doi: 10.1037/abn0000671
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 285–312. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131>
- Greenaway, A., Hwang, F., Nasuto, S., & Ho, A. K. (2024). Rumination in dementia and its relationship with depression, anxiety, and attentional biases. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, <https://doi.org/10.1080/13825585.2024.2327679>

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gu, J., Strauss, C., Crane, C., Barnhofer, T., Karl, A., Cavanagh, K., & Kuyken, W. (2016). Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire before and after mindfulness-based cognitive therapy for people with recurrent depression. *Psychological Assessment*, 28(7), 791–802. <https://doi.org/10.1037/pas0000263>
- Guinther, P. M., & Dougher, M. J. (2014). Partial contextual control of semantic false memories in the form of derived relational intrusions following training. *The Psychological Record*, 64(3), 457–473. <https://doi.org/10.1007/s40732-014-0012-4>
- Hall, A., Gregg, L., O'Ceallaigh, B., & Wittkowski, A. (2025). Transdiagnostic patient experiences of dialectical behavioural therapy: a systematic review and metasynthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1640341>
- Harned, M.S., Schmidt, S.C., Korslund, K.E. et al. Development and Evaluation of a Pragmatic Measure of Adherence to Dialectical Behavior Therapy: The DBT Adherence Checklist for Individual Therapy. *Adm Policy Ment Health* 50, 734–749. <https://doi.org/10.1007/s10488-023-01274-x>
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198528883.001.0001>
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289–303. <https://doi.org/10.1007/BF03392677>

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
- Hawley, L., Lisi, D., Richter, M., Selchen, S. & Rector, N. (2024). The Relationship of Rumination, Worry and OCD Symptoms During Technology Supported Mindfulness Therapy for OCD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(4), 1-12.
<https://doi.org/10.1002/cpp.3018>
- Hilt, L. M., Swords, C. M., Austria, N., Webb, C. A., Wahl, J., & Eklund, L. (2024). Nonjudgment mediates the effect of a brief smartphone-delivered mindfulness intervention on rumination in a randomized controlled trial with adolescents. *Mindfulness*, 15(5), 1208-1219. doi:<https://doi.org/10.1007/s12671-024-02363-0>
- Hineline, P. (1980). The Language of behavior Analysis: its community, its functions, and its limitations. *Behaviorism*, 8 (1), 67-86. <https://www.jstor.org/stable/27758952>
- Hineline, P. (2018). Narrative: Why It's Important, and How It Works. *Association for Behavior Analysis International*, 41, 471-501. <https://doi.org/10.1007/s40614-018-0137-x>
- Hineline, P. & Groeling, S. (2019). Behavior-Analytic Language and Interventions for Autism. *Temple University*.
- Hoge, E. A., Bui, E., Mete, M., Dutton, M. A., Baker, A. W., & Simon, N. M. (2023). Mindfulness-Based Stress Reduction vs Escitalopram for the Treatment of Adults With Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 80(1), 13–21.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3679>

- Hood, P., Marau, M., McMair, S. F., Kuo, J. R., & Chapman, A. L. (2024). The role of mindfulness and emotion regulation in dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 15(2), 134-145. <https://doi.org/10.1037/per0000640>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geográficas. (2023). Informe Anual de Actividades y Resultados 2023.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geográficas. (2023). (Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE).
- Instituto Municipal de Investigación y Planeación. (2023). Radiografía socioeconómica del municipio de Juárez 2023, así comenzó el 2024. ISBN/ISSN 978-607-59342-4-2
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). Instituto Mexicano del Seguro Social Juárez.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Jia, F., Chen, X., Du, X., Tang, Z., Ma, X., Ning, T., Zou, S., Zuo, S., Li, H., Cui, S., Deng, Z., Fu, J., Fu, X., Huang, Y., Li, X., Lian, T., Liao, Y., Liu, L., Lu, B., . . . Liu, Y. (2023). Aberrant degree centrality profiles during rumination in major depressive disorder. *Human Brain Mapping*, 44(17), 6245-6257. <https://doi.org/10.1002/hbm.26510>
- Joormann, J., & Vanderlind, W. M. (2014). Emotion regulation in depression: The role of biased cognition and reduced cognitive control. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 402–421. <https://doi.org/10.1177/2167702614536163>

- Joubert, A., Moulds, M., Werner-Seidler, A., Sharrock, M., Popovic, B. & Newby, J. (2022). Understanding the experience of rumination and worry: A descriptive qualitative survey study. *The British psychological society*, 2, 929-945. DOI: 10.1111/bjc.12367
- Joubert, A., Grierson, A., Li, I., Sharrock, M., Moulds, M., Werner-Seidler, A., Stech, E., Mahoney, A. & Newby, J. (2023). Managing Rumination and worry: A randomised controlled trial of an internet intervention targeting repetitive negative thinking delivered with and without clinician guidance. *Elsevier*, 168, 1-14. doi: 10.1016/j.brat.2023.104378.
- Junkes, L., Gherman, B. R., Appolinario, J. C., & Nardi, A. E. (2024). Dialectical Behavior Therapy as an intervention for Treatment Resistant Depression in adults: A protocol for systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 19(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303967>
- Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 4(1), 33-47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3.
- Kabat-Zinn, J. (2013), *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. (2^a ed.). Delta Trade Paperbacks.
- Kandegir, A., Odabaş Ünal, Ş., Ergün, M. T., & Yavuz Ataşlar, E. (2024). Excessive mind wandering, rumination, and mindfulness mediate the relationship between ADHD symptoms and anxiety and depression in adults with ADHD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1)<https://doi.org/10.1002/cpp.2940>
- Kavanagh, D. J., Andrade, J., & May, J. (2005). Imaginary Relish and Exquisite Torture: The Elaborated Intrusion Theory of Desire. *Psychological Review*, 112(2), 446–467. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.112.2.446>

- Kearns, N. P., Shawyer, F., Brooker, J. E., Graham, A. L., Enticott, J. C., Martin, P. R., & Meadows, G. N. (2015). Does rumination mediate the relationship between mindfulness and depressive relapse? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(1), 33–49. Portico. <https://doi.org/10.1111/papt.12064>
- Kim BN, Kang HS, Park J. The transdiagnostic role of event-related rumination on internalizing and externalizing symptoms during the pandemic: a two-wave longitudinal study. *Front Psychol*, 16. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1421958.
- Kim, S., Yu, B. H., Lee, D. S., & Kim, J.-H. (2012). Ruminative response in clinical patients with major depressive disorder, bipolar disorder, and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 136(1–2), e77–e81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.034>
- Kim, H. & Newman, M. (2023). Worry and rumination enhance a positive emotional contrast based on the framework of the Contrast Avoidance Model. *Journal of Anxiety Disorders*, 94, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102671>
- Koster, EH., De Lissnyder, E., Derakshan, N. & De Raedt, R. Understanding depressive rumination from a cognitive science perspective: the impaired disengagement hypothesis. *Clinical Psychoogy Review*, 31(1):138-45. doi: 10.1016/j.cpr.2010.08.005.
- Kocsel, N., Szabó, E., Galambos, A., Édes, A., Pap, D., Elliott, R., Kozák, L. R., Bagdy, G., Juhász, G., & Kökönyei, G. (2017). Trait rumination influences neural correlates of the anticipation but not the consumption phase of reward processing. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 11, 10. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2017.00085>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27(2), 173-187. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.001>

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- Linehan, J., Harrison, O., Han, S., Byrd, A., Vujkovic-Cvijin, I., Villarino, A., Sen, S., Shaik, J., Smelkinson, M., Tamoutounour, S., Collins, N., Bouladoux, N., Dzutsev, A., Rosshart, S., Arbuckle, J., Wang, C., Kristie, T., Rehermann, B., Trinchieri, G., Brenchley, J., O'Shea, J. & Belkaid, Y. Non-classical Immunity Controls Microbiota Impact on Skin Immunity and Tissue Repair. *Cell*, 172(4):784-796.e18. doi: 10.1016/j.cell.2017.12.033.
- Li, S. H., Corkish, B., Richardson, C., Christensen, H., & Werner-Seidler, A. (2024). The role of rumination in the relationship between symptoms of insomnia and depression in adolescents. *Journal of Sleep Research*, 33(2), 10. <https://doi.org/10.1111/jsr.13932>
- Liu, X., Tai, Q., Meng, F., Tian, Y., Wang, D., Fan, F., Yang, Y., Fu, F., Wei, D., Tang, S., Chen, J., Du, Y., Zhu, R., Wang, W., Liu, S., Wan, J., Zhang, W., Liang, Q., Li, Y., . . . Zhang, X. (2024). The association between rumination and craving in Chinese methamphetamine-dependent patients: The masking effect of depression. *Substance use & Misuse*, 59(10), 1455. <https://doi.org/10.1080/10826084.2024.2352617>
- López, A., Mondragón, R., Sánchez, R. y Moreno, A. B. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Autocompasión (SCS) en México. *Psicología y Salud*, 33(1), 217-228. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2785>
- Lynch, T. R., & Cuijpers, P. (2019). *Dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder: A meta-analysis of outcomes*. *Journal of Personality Disorders*, 33(6), 731-754.

- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Marchetti, J., Sankey, C. & Varescon, I. (2016). Psychological predictors of problematic involvement in massively multiplayer online role-playing games. *Psychology Research*, 6(11), 676-683. doi:10.17265/2159-5542/2016.11.006
- Macher, J. A. & Mejía, R. C. Adaptación de la “Escala de Autocrítica Rumiativa” de Smith, Peters y Baer en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. (2020). Universidad de Lima.
- Mak, W. W. S., Tong, A. C. Y., Fu, A. C. M., Leung, I. W. Y., Jung, O. H. C., Watkins, E. R., & Lui, W. W. S. (2024). Efficacy of internet-based rumination-focused cognitive behavioral therapy and mindfulness-based intervention with guided support in reducing risks of depression and anxiety: A randomized controlled trial. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 16(2), 696-722. <https://doi.org/10.1111/aphw.12512>
- Marín-Chollom, A. & Panjwani, A. Relaciones entre la intolerancia a la incertidumbre, la preocupación, la rumiación y la angustia en estudiantes universitarios durante la pandemia de coronavirus: El papel de las evaluaciones de amenaza de la COVID-19. *Revista Internacional de Medicina del Comportamiento*, 30(4):522–531. doi: 10.1007/s12529-022-10116-3
- Martin, L. L., Shrira, I., & Startup, H. M. (2003). Rumination as a Function of Goal Progress, Stop Rules, and Cerebral Lateralization. In *Depressive Rumination* (pp. 153–175). Wiley; Portico. <https://doi.org/10.1002/9780470713853.ch8>

- Mckay, M., C. Wood, J. & Brantley, J. (2023). *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*. Descleé De Brouwer, S. A. 6a ed.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20–33. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>
- Michael, T., Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 307–317. <https://doi.org/10.1002/da.20228>
- Michel-Kröhler, A., Kryś, S., & Berti, S. (2024). Rumination in the context of individual goal achievement: A cross-sectional study using a multisport sample. *Zeitschrift Für Sportpsychologie*, 31(2), 49-57. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/rumination-context-individual-goal-achievement/docview/3090629579/se-2>
- Monteregge, S., Tsagkalidou, A., Cuijpers, P., & Spinhoven, P. (2020). The effects of different types of treatment for anxiety on repetitive negative thinking: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2), Article e12316. <https://doi.org/10.1037/h0101777>
- Moore, J. Methodological Behaviorism from the Standpoint of a Radical Behaviorist. *Behav Anal*, 36(2):197-208. doi: 10.1007/BF03392306.
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). *Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial*. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40-51.
- Neff, K. & Germer, C. (2018). *The Mindful Self- Compassion Workbook: a proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive*. The Guilford Press.

- Naumann, E., Tuschen-Caffier, B., Voderholzer, U., Schäfer, J., & Svaldi, J. (2016). Effects of emotional acceptance and rumination on media-induced body dissatisfaction in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 82, 119–125.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.07.021>
- Nolen-Hoeksema, S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol.* 2000 Aug;109(3):504-11. PMID: 11016119.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., Grayson, C. & Larson, J. (1999). Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072.
DOI: [10.1037//0022-3514.77.5.1061](https://doi.org/10.1037//0022-3514.77.5.1061)
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115–121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A Heuristic for Developing Transdiagnostic Models of Psychopathology. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589–609.
doi:10.1177/1745691611419672

- O'Connor, D., Wilding, S., Ferguson, E., Cleare, S., Wetherall, K., McClelland, H., Melson, A., Niedzwiedz, C., O'Carroll, R., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Robb, K. & O'Connor, R. Effects of COVID-19-related worry and rumination on mental health and loneliness during the pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 mental health & wellbeing study. *J Ment Health*, 32(6), 1122-1133. doi: 10.1080/09638237.2022.2069716.
- O'Donohue, W., & Kitchener, R. (1999). *Handbook of behaviorism*. Academic Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.
- Organización Mundial de la Salud. (2 de septiembre del 2025). *Más de mil millones de personas viven con trastornos de salud mental: urge ampliar los servicios*. Recuperado de: https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up?utm_source=chatgpt.com
- Organización Mundial de la Salud. (30 de septiembre del 2025). *Trastornos mentales*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders?utm_source=chatgpt.com
- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296–321. doi:10.1016/j.brat.2007.12.005
- Park, J., Ju, S. & Kang, GY. (2020). The Effects of Dialectical Behavior Therapy(DBT) Skill Training on Depression and Alcohol Abstinence Self-efficacy of Patients with Alcohol Use Disorder. *Medico-legal*, 20(1), 1497-1503. DOI: 10.37506/v20/i1/2020/mlu/194514

- Park, H., Kuplicki, R., Paulus, M. P., & Guinjoan, S. M. (2024). Rumination and overrecruitment of cognitive control circuits in depression. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 9(8), 800-808. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2024.04.013>
- Padrós, F., Montoyaa, K., Bravo, M. y Martínez, M. (2020). P ropiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26, 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Patel, A., Daros, A. R., Irwin, S. H., Lau, P., Hope, I. M., Perkovic, S. J. M., Laposa, J. M., Husain, M. I., Levitan, R. D., Kloiber, S., & Quilty, L. C. (2023). Associations between rumination, depression, and distress tolerance during CBT treatment for depression in a tertiary care setting. *Journal of Affective Disorders*, 339, 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.063>
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. (2008). Desenredamiento auto-reflexivo y activación conductual: claves para la terapia. *Prolepsis*, 0, 17-43.
- Pérez, M. (2014). *Contingencia y drama: la psicología según el conductismo*. Minerva ediciones. ISBN: 978-84-16169-24-5
- Petwal, P., Sudhir, P. M., & Mehrotra, S. (2023). The role of rumination in anxiety disorders. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 41(4), 950-966. <https://doi.org/10.1007/s10942-023-00513-2>
- Plan Estratégico de Juárez, A.C., (2024). Informe Así Estamos Juárez 2024. Ciudad Juárez, México: Plan Estratégico de Juárez, A.C.
- Prakash, N., Pokowitz, E. & Deldin, P.. Mood Lifters for graduate students: Preventing the escalation of anxiety. *J Am Coll Health*, 73(9):3490-3496. doi: 10.1080/07448481.2024.2422324.

- Prillinger, K., Goreis, A., Macura, S., Hajek Gross, C., Lozar, A., Fanninger, S., Mayer, A., Oppenauer, C., Plener, P. L., & Kothgassner, O. D. (2024). A systematic review and meta-analysis on the efficacy of dialectical behavior therapy variants for the treatment of post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1).
<https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2406662>
- Qu, W., Liu, M., & Ge, Y. (2024). Mindfulness decreases driving anger expression: The mediating effect of driving anger and anger rumination. *Accident Analysis & Prevention*, 203, Article 107642. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2024.107642>
- Rachlin, H. (1994). *Behavior and mind: The roots of modern psychology*. Oxford University Press.
- Renna, M., Spaeth, P., Quintero, J., O'Toole, M., Sandman, C., Fresco, D. & Mennin, D. (2023). A randomized controlled trial comparing two doses of emotion regulation therapy: Preliminary evidence that gains in attentional and metacognitive regulation reduce worry, rumination, and distress. *Behaviour Research and Therapy*, 170.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104420>
- Riley, K. E., Park, C. L., & Laurenceau, J.-P. (2018). A Daily Diary Study of Rumination and Health Behaviors: Modeling Moderators and Mediators. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(8), 743–755. <https://doi.org/10.1093/abm/kay081>
- Ritschel, L., Guy, L. & Maddox, B. A pilot study of dialectical behaviour therapy skills training for autistic adults. *Behav Cogn Psychother*. 50(2):187-202. doi: 10.1017/S1352465821000370
- Roberts, H., Watkins, E. & Wills, A. Cueing an unresolved personal goal causes persistent ruminative self-focus: An experimental evaluation of control theories of rumination.

- Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 449-455.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.05.004>.
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S., Nolen-Hoeksema, S. & Schouten, E.. The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.*, 29(7):607-16. doi: 10.1016/j.cpr.2009.07.001
- Rosenfeld, E. A., Lyman, C., Wojcik, C. M., Macia, K. S., & Roberts, J. E. (2023). Reassessing Rumination: Validity of the Day Reconstruction Method for Rumination (DRM-R) to Assess Episodes of Rumination in Daily Life. *Psychological Assessment*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/pas0001282>
- Rotmenas. (07 de diciembre del 2024). *Aquejan a juarenses ansiedad y depresión*.
https://www.chihuahuaenred.com/archivos/24457?utm_source=chatgpt.com
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(3), 333–357.
- Ruiz, F. J., Riaño Hernández, D., Suárez Falcón, J. C., & Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 16(3), 213–233.
- Padrós, F., Montoya, K., Bravo, M. & Martínez, M. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26, 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Puccetti, N., Stamatis, C., Timpano, K. & Heller, A. (2024). Worry and rumination elicit similar neural representations: neuroimaging evidence for repetitive negative thinking. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. <https://doi.org/10.3758/s13415-024-01239-z>

- Safer, D., Telch, C. & Agras, W. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 158(4), 632. doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.632.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: Ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas [Techniques for the analysis of single-case designs in clinical practice: Examples of application in the treatment of victims of terrorist attacks]. *Clínica y Salud*, 26(3), 167–180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2021). CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 86–113. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>
- Shadish, W., Cook, T., & Campbell, D. (2002). *Experimental and quasi experimental designs for generalized causal inference*. Houghton, Mifflin and Company.
- Segal, Z. V., G., W. J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach*. Guilford Press.
- Shapero, B. G., Greenberg, J., Pedrelli, P., de Jong, M., & Desbordes, G. (2018). Mindfulness-Based Interventions in Psychiatry. *Focus*, 16(1), 32–39.
doi:10.1176/appi.focus.20170039
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol*, 62(3):373-86. doi: 10.1002/jclp.20237.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre conductismo*. Trad. R. Dávila. Ediciones Martínez Roca, S.A. (1987).
- Sloan, D., Marx, B., Resick, P., Young-McCaughan, S., Dondanville, K., Straud, C., Mintz, J.,

- Litz, B. & Peterson, A. (2022). Effect of Written Exposure Therapy vs Cognitive Processing Therapy on Increasing Treatment Efficiency Among Military Service Members With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Trial. *JAMA Netw Open*, 5(1). doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.40911
- Smalley, S. & Winston, D. (2012). *Conciencia Plena: La Ciencia, el Arte y la Practica del Mindfulness*. OBELISCO..
- Smith, K., Mason, T. & Lavender, J. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 9-21.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.004>
- Soler, J., Pasqual, J. C., Campins, J., Barrachina, J., Puigdemont, D., et al. (2005). Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1221–1224.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... & Pérez, V. (2009). *Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 12-month randomised controlled trial. Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353-358.
- Southward, M., Howard, K. & Cheavens, J. (2023). Less is More: Decreasing the Frequency of Maladaptive Coping Predicts Improvements in DBT More Consistently Than Increasing the Frequency of Adaptive Coping. *Elsevier*, 163.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104288>
- Statista. (2025). *Mental health in Mexico – Statistics & Facts*.
https://www.statista.com/topics/9853/mental-health-in-mexico/?utm_source=chatgpt.com#topicOverview
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J. & Lau, M. (2000). Prevention of

- relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*, 68(4):615-23. doi: 10.1037//0022-006x.68.4.615.
- Treynor, W. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259. <https://doi.org/10.1023/a:1023910315561>
- Tunheim, K., Dammen, T., Baardstu, S., Moum, T., Munkhaugen, J. & Papageorgiou, C. (2022). Relationships between depression, anxiety, type D personality, and worry and rumination in patients with coronary heart disease. *Health Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.929410>
- Türkarslan, K. & Canel, D. (2024). Insomnia Severity Predicts Psychiatric Symptoms: A Cross-Sectional Study Investigating the Partial Mediations of Worry and Rumination. *Psychiatry*, 87(2), 179-193. DOI: 10.1080/00332747.2024.2347100
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751–770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- Van, S. (2012). *DBT, made simple: A Step-by-Step Guide to Dialectical Behavior Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Valentine, S., Bankoff, S., Poulin, R., Reidler, E. & Pantalone, D. (2014). The Use of Dialectical Behavior Therapy Skills Training as Stand-Alone Treatment: A Systematic Review of the Treatment Outcome Literature. *Journal of clinical psychology*, 00 (00), 1-20. DOI: 10.1002/jclp.22114
- Wakelin, K. E., Perman, G., & Simonds, L. M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 1–25. Portico. <https://doi.org/10.1002/cpp.2586>

- Watkins, P. C. (2004). Gratitude and Subjective Well-Being. In R. A. Emmons & M. E. McCullough (Eds.), *The psychology of gratitude* (pp. 167–192). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195150100.003.0009>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206.
- Watkins, E. R. (2016). *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression*. The Guilford Press.
- Watkins, E. R., & Nolen-Hoeksema, S. (2014). A habit-goal framework of depressive rumination. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5(2), 180-199.
- Watkins, E. R. & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
- Weickert, C. S., Hyde, T. M., Lipska, B. K., Herman, M. M., Weinberger, D. R., & Kleinman, J. E. (2003). Reduced brain-derived neurotrophic factor in prefrontal cortex of patients with schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 8(6), 592–610. doi:10.1038/sj.mp.4001308
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: a clinical perspective*. Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Whisman, M. A., Johnson, D. P., Li, A., & Robustelli, B. L. (2014). Intimate relationship involvement, intimate relationship quality, and psychiatric disorders in adolescents. *Journal of Family Psychology*, 28(6), 908-914. <https://doi.org/10.1037/fam0000026>

- Wong, S., Chen, E., Y.Lee, M., Suen, Y. & Hui, C. (2023). Rumination as a Transdiagnostic Phenomenon in the 21st Century: The Flow Model of Rumination. *Brain sciences*, 13. [https:// doi.org/10.3390/brainsci13071041](https://doi.org/10.3390/brainsci13071041)
- Yang, Y., Cao, S., Shields, G., Zhaojun, M. & Liu, Y. (2016). The relationships between rumination and core executive functions: A meta-analysis. *Depress Anxiety*, 00, 1-14. DOI:10.1002/da.22539
- Yeon, S. & Newman, M. (2023). The transdiagnostic use of worry and rumination to avoid negative emotional contrasts following negative events: A momentary assessment study. *Journal of Anxiety Disorders*, 95, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102679>
- Yamasaki, K., Sampei, A. & Miyata, H. (2024). Relationship between rumination, self-compassion, and psychological health among Japanese university students: A cross-sectional study. *PLoS One*, 19(1):e0297691. doi: 10.1371/journal.pone.0297691.
- Yu, T., Hu, J., & Zhao, J. (2024). Childhood emotional abuse and depression symptoms among Chinese adolescents: The sequential masking effect of ruminative thinking and deliberate rumination. *Child Abuse & Neglect*, 154, 106854. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106854>
- Yu, M., & Wang, J. (2024). Interpretation bias and adolescent social anxiety: The mediating effect of pre- and post-event rumination. *Cognitive Therapy and Research*, <https://doi.org/10.1007/s10608-024-10479-9>
- Zhang, H., Zhou, Z. E., Zhang, L., Liu, Y., & Shi, Y. (2024). How customer mistreatment hinders employee sleep quality and next-morning vigor: The effects of affective rumination and mindfulness. *Applied Psychology*, 73(3), 1188-1211. <https://doi.org/10.1111/apps.12507>

Zhu, J., Zhang, W., Chen, Y., & Teicher, M. H. (2024). Joint trajectories of depression and rumination: Experiential predictors and risk of nonsuicidal self-injury. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.01.014>

Zhu, J., Liu, M., Lu, Z., Gong, X., Zhou, Y., Kang, Y., Cheng, A. S. & Xie, J. (2026). Mechanisms of rumination in depression: neuroendocrine dysregulation, circadian disruption, and therapeutic interventions. *Journal of Psychiatric Research*, 193, 493-503.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.12.027>

Anexos

Anexo A. Escala de Respuestas Rumiativas

ESCALA DE RESPUESTAS RUMIATIVAS

(Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991;

Adaptado a población mexicana Hernández, García, Valencia & Ortega, 2016)

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

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

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

Anexo B. Inventario Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Estado Civil: Edad: Sexo:
Ocupación Educación: Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo C. Inventario de Bienestar Subjetivo

EBS-8

Instrucciones: Indica qué tan de acuerdo estás con cada una de las siguientes oraciones considerando los últimos 7 días.

Afecto positivo	Rara vez	A veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces	Casi siempre	Siempre
Disfruto de mi vida	1	2	3	4	5	6	7
Mi vida me trae alegría	1	2	3	4	5	6	7
Soy una persona feliz	1	2	3	4	5	6	7
Estoy "de buenas"	1	2	3	4	5	6	7
Satisfacción con la vida	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Mi vida es maravillosa	1	2	3	4	5	6	7
Estoy satisfecho(a) con mi vida	1	2	3	4	5	6	7
Me gusta mi vida	1	2	3	4	5	6	7
Mi vida es feliz	1	2	3	4	5	6	7

Anexo D. Escala de Autocompasión

Traducción final
1. Me desapruebo y me juzgo por mis defectos y limitaciones.
2. Cuando me siento desanimado tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que está mal.
3. Cuando las cosas van mal para mí, veo las dificultades como una parte de la vida por la que todos pasan.
4. Cuando pienso en mis limitaciones tiendo a sentirme más separado y aislado del resto del mundo.
5. Intento ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento dolor emocional.
6. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de insuficiencia.
7. Cuando me siento desanimado y triste, me recuerdo a mí mismo que hay muchas otras personas en el mundo que se sienten como yo.
8. Cuando atravieso épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.
9. Cuando algo me molesta, trato de mantener mis emociones en equilibrio.
10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que esos sentimientos de incapacidad son compartidos por la mayoría de las personas.
11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.
12. Cuando atravieso una situación muy difícil, yo mismo/a me proporciono el cuidado y cariño que necesito.
13. Cuando me siento desanimado/a, tiendo a sentir que probablemente la mayoría de las personas son más felices que yo.
14. Cuando sucede algo doloroso, trato de tener una visión equilibrada de la situación.
15. Intento ver mis fallas como parte de la condición humana.
16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me deprimó.
17. Cuando me equivoco en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.
18. Cuando realmente estoy en problemas, tiendo a sentir que a otras personas les debe resultar más fácil.
19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.
21. Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando experimento sufrimiento.
22. Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y mente abierta.
23. Soy intolerante con mis propios defectos y limitaciones.
24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a exagerar la gravedad del incidente.
25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.
26. Intento ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

Anexo E. Inventario de Ansiedad de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	☐	☐	☐	☐
2 Acalorado.	☐	☐	☐	☐
3 Con temblor en las piernas.	☐	☐	☐	☐
4 Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☐
5 Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☐	☐	☐
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	☐	☐	☐	☐
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☐	☐	☐	☐
8 Inestable.	☐	☐	☐	☐
9 Atemorizado o asustado.	☐	☐	☐	☐
10 Nervioso.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	☐	☐	☐	☐
12 Con temblores en las manos.	☐	☐	☐	☐
13 Inquieto, inseguro.	☐	☐	☐	☐
14 Con miedo a perder el control.	☐	☐	☐	☐
15 Con sensación de ahogo.	☐	☐	☐	☐
16 Con temor a morir.	☐	☐	☐	☐
17 Con miedo.	☐	☐	☐	☐
18 Con problemas digestivos.	☐	☐	☐	☐
19 Con desvanecimientos.	☐	☐	☐	☐
20 Con rubor facial.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, frios o calientes.	☐	☐	☐	☐

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación **"Rumiación: una intervención basada en Terapia Dialéctico Conductual y Mindfulness"** que tiene como objetivo evaluar e implementar un programa de intervención psicológica para disminuir la rumiación depresiva. Se trata de una intervención pactada a 9 sesiones con frecuencia de 1 sesión semanal con duración de 50 minutos en las cuales se trabajarán diversos temas que le aporten herramientas para mejorar su calidad de vida y hacer frente a los pensamientos abrumadores.

Su participación consistirá en asistir a 10 reuniones presenciales en las instalaciones del centro psicológico de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez en el horario acordado. Deberá de asistir a todas las sesiones de manera puntual y permanecer en el lugar durante los 60 minutos de duración. Las sesiones incluirán actividades terapéuticas que se llevarán a cabo en el lugar, así como otras que deberá hacer de forma individual fuera de sesión a manera de tarea para un óptimo avance en el proceso terapéutico. Con el objetivo de visualizar el progreso logrado, antes de iniciar el tratamiento y después de finalizarlo deberá de responder las siguientes pruebas psicométricas:

- Escala de Respuestas ~~Rumiativas~~, evalúa el nivel de rumiación.
- Entrevista para recopilación de información pertinente para la intervención.
- Inventario de Depresión de Beck, mide la sintomatología de depresión.

Esta investigación es categoría II, con riesgo mínimo; debido a que puede presentar malestares emocionales durante las sesiones por lo difíciles que le pueden parecer los temas a trabajar. En caso de ser necesario se le brindará atención especializada se le referirá con un profesional especializado en el área.

El estudio presenta los siguientes beneficios: adquirir herramientas para hacer frente a situaciones cotidianas que provoquen malestar emocional como estrés, ansiedad, síntomas depresivos y pensamientos abrumadores.

Los investigadores se comprometen a entregar y explicar a los participantes la información obtenida del estudio sin que signifique gasto alguno.

Su participación es voluntaria, usted es libre de abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte su relación con la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez o con los investigadores involucrados.

Se le garantiza que toda la información recabada durante la investigación, incluidos los datos personales serán resguardados por el equipo de investigación, utilizando claves para referirse a su identidad en todos los documentos creados y omitiendo sus datos de identificación en productos académicos y científicos.

Todo lo que se ha mencionado en este documento fue explicado verbalmente.

Con fecha _____ y, habiendo comprendido lo anterior, manifiesto que todas mis dudas fueron aclaradas y que acepto participar en este proyecto de investigación.

Nombre y firma de la participante

Firma del investigador principal

Apéndice B. Formato de autorregistro

Actividad 1. Registro de pensamientos. *Registra los pensamientos que se repiten a lo largo de tu día.*

Indicaciones: Puedes usar un cuaderno donde anotes estos pensamientos siguiendo e identificando cada punto: *Fecha y hora, Dimensión vital, Contexto de preocupación, pensamiento y acción.* No hay un límite.

Fecha y hora: Registra la fecha y hora en que tuviste los pensamientos.

Ejemplo: 13 de enero del 2025 a las 2:00 p.m.

Dimensión vital: Registra el área de tu vida de dichos pensamientos repetitivos. Pareja, familia, laboral, sexualidad, salud, otro.

Ejemplo: Familia

Contexto de preocupación: Aquí se describirá un contexto de la situación (fecha, hora, lugar, qué estaba haciendo, etc).

Ejemplo: Estoy en mi cuarto, acabo de despertar porque mi mamá me gritó que se me va a hacer tarde para el trabajo.

Pensamiento: El punto de esta parte del registro es que arrojes todos los pensamientos que repites una y otra vez en tu mente, no hay un límite ni forma correcta, regístralo tal cual lo estás pensando en el momento en que está pasando (en vez de solo pensarlo, escríbelo).

Ejemplo: No sé qué hace falta que me pase para entender. ¿Y si mi mamá un día se enferma y por mi irresponsabilidad no puedo mantenerla? No sé qué haría sin ella. Pero la verdad me siento tan cansado, no debería de sentirme así si estoy joven y no tengo ninguna enfermedad, la verdad es que casi siempre me siento un estúpido, pero ¿y si siempre me siento así? No tengo ganas de ir al trabajo, pero estoy seguro que mi jefe me va a correr, últimamente no me saluda cuando llega.

Acción: Aquí vas a describir lo que hiciste debido a esos pensamientos.

Ejemplo: Abro tik tok y busco videos para ser más productivo.

Tabla 1. Registro de rumia 1: Este registro de rumia es para iniciar y para pacientes que no han registrado rumia con anterioridad. Para el primer paso de registro de rumia, es necesario que se registre una vez y que identifique porqué rumia. El propósito es que el paciente identifique de qué temas suele rumiar (por eso sólo registrará una vez lo que rumia en su día).

Liste aquí los inicios de la rumia, por ejemplo, "y si", "pero", "siempre", etc.	
Registre aquí las imágenes y frases que te generan malestar y activación	
Registre aquí los temas sobre lo que suele rumiar Ejemplo: perder mi empleo	

Tabla 3. Registro de rumia 2: En esta parte el paciente ya identificó de qué trata la rumia y sobre qué temas suele rumiar, ahora va a aprender a detallar su rumiación para desmantelarla.

Dimensión vital: Pareja, Familia, Laboral, Sexualidad, Salud, Otro	
Contexto en el que me preocupé y rumie: ¿Dónde estaba? ¿Qué estaba haciendo?	

Disparadores: SON COSAS, NUNCA INTERPRETACIONES. Ambiental: Algo o un conjunto de cosas fuera de mi que iniciaron o donde se inició la preocupación. Cognitivo: El primer pensamiento que tuve. Físico: Una sensación o síntoma que aparece y detona rumia o preocupación.	
Rumia Las verbalizaciones posteriores; <i>TRANSCRIBIR no DESCRIBIR</i> Transcribir (poner los pensamientos tal cual): “Soy un tonto, ¿por qué siempre me equivoco?” Descripción: “Pensé que era malo haciendo todo y que nunca me salía nada bien” Algunos estilos de rumiación: Sobreanalizar (Repasan todas las aristas de un problema de forma desorganizada) Hedónicas (Soñar despierto, Ilusionarse, Desear) Catastróficas (Son negativas y magnifican los problemas futuros)	

Dramáticas (Son negativas y desesperanzadoras) Sobre el pasado (Cuestionan o repasan los hechos pasados, de forma negativa, positiva)	
---	--

Tabla 4. Registro de rumia 3: Esto se añadirá al registro de rumia anterior que hizo.	
¿Qué me preocupa? Operacionalizar la descripción de la preocupación. paro la rumia y me pregunto brevemente, ¿Qué es lo que más me preocupa? ya que por ello ESTOY pensando.	

¿Qué emoción me hace sentir la rumia? ¿Con qué intensidad del 1-10? Me aseguro de despegarme de la rumia al menos por un momento y observar lo que sentía al pensar. <i>Tristeza, Ira, Ansiedad, Confusión, Desmotivación, Angustia</i> ¿Qué hice para parar la rumia? ¿Aumentó o disminuyó? Al parar la rumia... ¿Qué pasó con la emoción?, ¿aumentó o disminuyó? Conductas de seguridad. ¿Hice algo para intentar disminuir la preocupación o temor? <i>Las conductas de seguridad disminuyen la preocupación a corto plazo pero hacen que el temor vuelva y se haga cada vez más intenso.</i> Señales de seguridad. ¿Hay algo que me da seguridad sobre lo que me preocupa? Algo que está afuera, no es una conclusión a la que llego por sobrepensar, es algo existente. <i>Las señales de seguridad pueden estar y a veces no las vemos.</i>	
--	--

Tabla 5. Registro de rumia 4: Esto se añadirá al registro de rumia anterior que hizo.

¿Cómo tendría que exponerme? ¿Lo hice? Otras preguntas que pueden ayudar a entender este campo... ¿Qué tendría que hacer para vencer este miedo o preocupación? Ejemplo: Tolerancia al malestar, tolerancia a la incertidumbre, habilidades sociales, etc. ¿Qué apoyos debería retirar? ¿Qué debería hacer?	
¿Cuánto tiempo tardé en iniciar el registro y el evento que inició la rumia?	