



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Psicología

Trabajo de Fin de Grado

"Mind Wandering, rumiación y afectividad negativa:
un modelo de mediación moderada en relación a la
sintomatología ansioso-depresiva"

Maria Victòria Copoví Gomila

Grado de Psicología

Año académico 2021-22

Trabajo tutelado por Alfonso Morillas

Departamento de Psicología

Palabras claves del trabajo: Mind Wandering, afectividad negativa, rumiación, ansiedad, depresión.

Índice

	Página
1. <i>Introducción</i>	5
2. <i>Materiales y métodos</i>	11
2.1. <i>Participantes</i>	11
2.2. <i>Materiales y procedimiento</i>	12
2.2.1. <i>Medidas autoinformadas</i>	12
2.3. <i>Análisis estadísticos</i>	14
3. <i>Resultados</i>	15
3.1. <i>Estadísticos descriptivos y estudio correlacional entre las variables de interés</i>	16
3.2. <i>Modelo de mediación entre las variables de interés</i>	17
3.3. <i>Modelo de mediación moderada entre las variables de interés</i>	17
4. <i>Discusión</i>	19
5. <i>Referencias bibliográficas</i>	25
6. <i>Anexos</i>	33

Resumen

Investigaciones anteriores han remarcado el impacto del Mind Wandering (MW) espontáneo, la rumiación y la afectividad negativa (AN) en una mayor tendencia a experimentar sintomatología ansioso-depresiva. Pese a que dichos factores se han relacionado directa e individualmente con la sintomatología ansioso-depresiva, la mayoría de los estudios los han analizado de forma independiente y sin tratar de trazar una trayectoria de las posibles relaciones entre estos, por lo que cómo afectan los unos en los otros sigue sin estar claro. Con esto en mente, este estudio pretende colaborar a esclarecer las interrelaciones entre MW, rumiación y AN en relación a una mayor propensión a presentar sintomatología ansioso-depresiva en una amplia muestra de población sana ($n = 425$). Nuestros resultados dibujan un modelo de mediación moderada en el que la rumiación mediaría la relación entre MW y ansioso-depresiva y, a su vez, la AN moderaría la relación existente entre MW y rumiación. Nuestros resultados remarcán la importancia de la AN para que el MW espontáneo tome forma de rumiación y derive, en última instancia, en una mayor propensión a presentar sintomatología ansioso-depresiva.

Palabras clave: *Mind Wandering, afectividad negativa, rumiación, sintomatología ansioso-depresiva.*

Abstract

Previous research has highlighted the impact of spontaneous Mind Wandering (MW), rumination and negative affectivity (AN) on an increased tendency to experience anxious-depressive symptomatology. Although these factors have been directly and individually related to anxious-depressive symptomatology, most studies have analyzed them independently and without attempting to trace a trajectory of possible relationships between them, so how they affect each other remains unclear. Thus, the present study aims to collaborate to clarify the interrelationships between MW, rumination and AN in relation to an increased tendency to present anxious-depressive symptomatology in a large sample of healthy population (n = 425). Our results draw a model of moderated mediation in which rumination would mediate the relationship between MW and anxiety-depression and, in turn, AN would moderate the relationship between MW and rumination. Our results highlight the importance of AN for spontaneous MW to take the form of rumination and ultimately lead to a greater propensity to present anxious-depressive symptomatology.

Keywords: *Mind Wandering, negative affect, rumination, anxious-depressive symptomatology.*

1. Introducción

Muy probablemente le haya ocurrido en alguna ocasión que está conduciendo de camino a casa, ha salido del trabajo, el día está finalizando y se encuentra cansado/a. Casi sin saber cómo, se da cuenta de que ya está en casa: ha conducido desde el trabajo y le costaría responder si le pidieran que describiera alguna cosa que ocurrió durante el trayecto. Si se lo explica a algún conocido seguramente pronuncie la frase “iba en piloto automático” o similar. Pero, ¿qué ocurre cuando vamos en “piloto automático” y parece que nuestro cuerpo sabe perfectamente qué hacer, sin importar que nuestra mente esté pensando en aquel proyecto que tenemos que terminar, qué cocinaremos mañana para la cena que tenemos en casa o repasando las palabras exactas que nos ha dicho hoy nuestro jefe y pensando en si eso supondrá un despido o sencillamente tenía un mal día?

A este fenómeno, exclusivo de los seres humanos y que ocupa aproximadamente un 50% del tiempo que estamos despiertos (Killingsworth & Gilbert, 2010), se le ha dado el nombre de “pensamiento no relacionado a la tarea”, “pensamiento independiente del estímulo”, “pensamiento autogenerado” o “Mind Wandering (MW)” (Villena, 2019). Las propias etiquetas comentadas son, hasta cierto punto, autodescriptivas del fenómeno: el MW es un proceso mediante el cual la atención se desvía de su línea de pensamiento (a menudo relacionada con la tarea que se está llevando a cabo) hacia un contenido mental generado por el propio individuo y que no está necesariamente relacionado con el entorno (Smallwood & Schooler, 2015). Este desvío aparece independientemente de la actividad que se esté llevando a cabo (Killingsworth & Gilbert, 2010) y se asociaría tanto con una disminución del bienestar emocional de las personas que lo realizan (Vago & Zeidan, 2016) como con aspectos

positivos como la creatividad, la planificación de proyectos o la solución de problemas (Villena-González, 2019).

Gran parte de la literatura sobre el MW (Deng et al., 2012; Killingsworth & Gilbert, 2010; Poerio et al., 2013) ofrece una visión general de este fenómeno pero, tal y como se plantea en los trabajos de Seli et al. (2015) o Carriere, Seli y Smilek, (2013), resultaría necesario realizar una distinción entre los dos tipos de MW para entender esta aparente dualidad de funciones positivas y negativas. Por una parte, el MW deliberado es aquel que aparece de forma consciente e intencional, generalmente relacionado con la creatividad y la resolución de problemas difíciles (Figueiredo et al., 2020; Seli et al., 2016). Este tipo de MW permite integrar las experiencias pasadas y presentes para planificar el futuro y permite la resolución de objetivos y metas (Ottaviani et al., 2016). Por otra parte, el MW espontáneo ocurriría sin intencionalidad o consciencia de que se está llevando a cabo. Así, éste último, se ha relacionado frecuentemente con disfunciones ejecutivas y déficits atencionales (Figueiredo et al., 2020; Seli et al., 2016). La supresión atencional que ocurre durante el MW espontáneo conllevaría otras consecuencias negativas, como la inhibición del procesamiento de la información externa (que en determinados contextos puede resultar extremadamente peligroso) y un peor desempeño de las tareas (Villena-González, 2019). Asimismo, un exceso de MW espontáneo se ha visto asociado a un peor estado de ánimo (Killingsworth & Gilbert, 2010; Smallwood & Schooler, 2015), mayores niveles de neuroticismo y ansiedad (Christoff et al., 2016), menores niveles de mindfulness disposicional (Deng et al., 2014), mayores niveles de sintomatología depresiva (Marchetti et al., 2014), y se ha considerado un componente nuclear en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Franklin et al., 2017).

En base a lo comentado y a muy grandes rasgos, se podría asociar el MW deliberado a las consecuencias beneficiosas y el espontáneo a las negativas (Figueiredo et al., 2020; Ottaviani et al., 2015; Seli et al., 2016). Ahora bien, ¿qué mecanismos pueden estar detrás de la comentada asociación entre el MW espontáneo y una mayor tendencia a la sintomatología ansioso-depresiva?

En primer lugar, los fallos y sesgos atencionales, excesivas preocupaciones orientadas al futuro (y, por tanto no centradas en el momento presente), una elevada afectividad negativa, y una mayor tendencia a presentar pensamientos negativos parecen ser factores compartidos entre la sintomatología ansiosa y el MW de tipo espontáneo (Christoff et al., 2016; Seli et al., 2019). Esta asociación cobraría mayor sentido aún si consideramos que se han establecido relaciones significativas entre una mayor tendencia al MW espontáneo y una mayor sintomatología ansiosa, tal y como se ha comentado anteriormente (Figueiredo et al., 2020; Poerio et al., 2013). Sin embargo, a pesar de este aparente solapamiento a nivel teórico de algunos factores claves, siguen siendo necesarios más estudios que contribuyan a esclarecer cómo se relacionan estos factores entre sí.

Por otra parte, un solapamiento parecido se daría en relación con la sintomatología depresiva. Así, una mayor sintomatología depresiva se ha visto asociada a sesgos atencionales hacia estímulos percibidos de forma consciente que pueden ser evaluados como peligrosos o amenazantes y que generan una corriente de pensamientos e imágenes negativas de las cuales resulta complicado desconectar (Christoff et al., 2016). Esto desembocaría en un ánimo triste, vacío o irritable que se acompaña de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional del individuo, déficits en la resolución de problemas y aumento de los recuerdos y pensamientos negativos recíclcos (Gil Hernández et al., 2019; Smallwood & Schooler, 2015). En

relación con esto último, especial relevancia cobra la rumiación como fenómeno nuclear propio de las personas con tendencia a presentar un mayor estado de ánimo negativo (Ottaviani et al., 2015, 2016). La rumiación se puede definir como la focalización repetitiva y persistente en la experimentación pasiva de los estados negativos y angustiosos, analizando su causa y consecuencia y manteniéndose fijados en los problemas que esto supone y las emociones experimentadas (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

En base a las definiciones comentadas del MW espontáneo y la rumiación, se pueden observar varias características compartidas: (1) una marcada focalización de los procesos atencionales en una información, generalmente de valencia negativa, (2) la desconexión del “aquí y ahora”, proceso cognitivo que aparece de forma espontánea y no deliberada, y (3) la asociación de ambos fenómenos con la sintomatología ansioso-depresiva (Smallwood et al., 2007). Considerando este solapamiento, uno/a puede plantearse diversas cuestiones: ¿qué diferencia estos dos procesos cognitivos? ¿Son variaciones del mismo fenómeno? ¿Es la rumiación únicamente una forma de MW disfuncional? ¿Tiene sentido diferenciarlos? ¿Cómo se relacionan entre ellos?

Por una parte, Christoff et al., (2016) postulan que la rumiación sería un tipo de MW, siendo el MW un continuo de pensamientos espontáneos que se relacionan tanto con el pensamiento creativo y los sueños, como con la ansiedad y la depresión. Según esta propuesta, cuando este pensamiento espontáneo se singulariza por estar excesivamente centrado en aspectos negativos de forma repetitiva hablaríamos de rumiación.

Por otra parte, diversos estudios sugieren que el MW y la rumiación se asociarían de diferente manera con índices fisiológicos (i.e. HR), sugiriendo de alguna manera que nos encontramos ante dos fenómenos relacionados pero diferentes

(Christoff et al., 2016). El MW no sería per se disfuncional, sino que se asociaría con mayor inflexibilidad cognitiva (menor variación de la frecuencia cardíaca) solo cuando toma la forma de rumiación (Ottaviani et al., 2015). En cualquier caso, parece claro que se necesitan más estudios para tratar de esclarecer las potenciales relaciones existentes entre ambos fenómenos.

En este sentido, es tentador especular que aquello que media la relación entre el MW y una mayor tendencia a la sintomatología ansioso-depresiva, sea la rumiación. Es decir, en el momento en que el foco de pensamientos característico del MW deja de ser voluntario y centrado en aspectos que promueven la creatividad y pasa a centrarse en aspectos negativos de forma repetitiva y que suponen un desvío de los procesos ejecutivos a informaciones no centradas en la tarea nos encontramos ante la posibilidad de que esta corriente de pensamiento pase a ser rumiativa, llevando eso a una mayor presencia de sintomatología ansiosa (Deng et al., 2012; Ottaviani et al., 2015; Ottaviani & Couyoumdjian, 2013; Smallwood & Schooler, 2015). Es decir, es tentador especular que un mayor MW espontáneo se asociaría con una mayor sintomatología ansioso-depresiva cuando este MW toma la forma de rumiación en base a las características de los pensamientos (centrados en el futuro, con valencia negativa y recíclicos). Sin embargo, hasta donde alcanza nuestro conocimiento, ningún estudio ha explorado esta posible mediación de manera concreta.

Adicionalmente, otra pregunta derivada de los comentado hasta ahora es, si un mayor MW espontáneo se asocia a una mayor sintomatología ansioso-depresiva vía una mayor rumiación, ¿qué hace que el MW pase a ser rumiación? Es decir, ¿por qué el MW pasaría a ser rumiación y desembocaría, finalmente, en la sintomatología mencionada anteriormente? ¿Qué factor es el determinante?

Una firme candidata en este sentido es, el papel de la afectividad negativa (AN). La afectividad negativa ha sido el factor temperamental más relacionado con la emergencia y desarrollo de trastornos emocionales y con niveles más elevados de sintomatología ansiosa y depresiva (Lonigan & Vasey, 2009) y se define como la tendencia a experimentar una amplia gama de emociones negativas (como angustia, enfado, tristeza, baja concentración, culpabilidad, inquietud etc.) en numerosos y variados contextos aún en ausencia de estresores objetivos que las susciten, lo que provocaría a su vez la activación de sistemas motivacionales defensivos (González et al., 2004; Lonigan & Vasey, 2009; Toro et al., 2018). La AN, además, muestra una relación bidireccional con la rumiación, es decir, la presencia de AN refuerza la rumiación y viceversa (Paez & Rovira, 2004), aspecto que tiene sentido al ser la AN un factor temperamental relacionado con las emociones negativas, al igual que la rumiación.

Resumiendo lo comentado hasta ahora, sabemos por los estudios previos realizados centrados en la AN, MW, rumiación y cómo afectan a la sintomatología ansiosa y depresiva (Deng et al., 2012; Killingsworth & Gilbert, 2010; Poerio et al., 2013; Seli et al., 2019; Seli, Carriere, et al., 2015; Smallwood & Schooler, 2015) que (1) el MW se asocia a la aparición de síntomas ansiosos y depresivos (Figueiredo et al., 2020; Seli et al., 2016), (2) la rumiación se asocia, también, con estos síntomas (Ottaviani et al., 2015), y (3) que el MW y la rumiación comparten características comunes (Smallwood et al., 2007). Sin embargo, existen escasos estudios que exploren simultáneamente las interrelaciones entre dichos factores y las posibles vías de interacción entre los mismos a la hora de entender su papel en una mayor propensión a presentar sintomatología ansioso-depresiva.

En base a todo lo comentado, el primer objetivo del presente estudio será explorar si la rumiación media la relación entre el MW y los síntomas ansiosos y depresivos. De esta manera, también estaremos contribuyendo a esclarecer las relaciones existentes entre dos fenómenos tan aparentemente solapados en base a sus características como son la rumiación y el MW espontáneo.

Por otra parte, el segundo objetivo del presente estudio será explorar si la AN modera la relación entre el MW y la rumiación y ésta a su vez se relaciona con una mayor tendencia a presentar sintomatología ansioso-depresiva. Es decir, en conjunto, se plantea un modelo de mediación moderada en el que una mayor tendencia a la rumiación mediaría las relaciones entre un mayor MW espontáneo y una mayor sintomatología ansioso-depresiva y, paralelamente, se explorará si la relación entre el MW espontáneo y la rumiación estaría a su vez moderada por la AN. Si esto fuera así, se explorarán cómo distintos niveles de AN afectan a la potencia de la relación entre estos tres factores (i.e. MW, rumiación y sintomatología depresiva).

En conjunto, este trabajo pretende colaborar a esclarecer, en población sana, las interrelaciones existentes entre MW, rumiación y AN en relación a una mayor propensión a presentar sintomatología ansiosa-depresiva.

2. Materiales y métodos

2.1. Participantes

La muestra total de este estudio está compuesta por 425 participantes ($M = 26,84$ años ; $D.E. = 11,40$; Rango = 18-70 años ; 78,1% mujeres) miembros de tres universidades españolas distintas (Universitat de les Illes Balears, Universidad de Granada y Universidad Complutense de Madrid) y de la población general, que

accedieron a participar en el estudio voluntariamente y firmaron un consentimiento informado. Todos los participantes fueron reclutados a través de correo electrónico y posters, así como charlas informativas sobre el estudio. No se llevó a cabo una selección en base a ninguna característica psicológica y/o sociodemográfica.

2.2. Materiales y procedimiento

El presente estudio se encuentra enmarcado en un estudio más amplio en el que se pretende explorar el papel del MW en el desarrollo de sintomatología ansioso-depresiva y la regulación emocional (PTQ2018-009836). Todos los procedimientos han sido aprobados por el Comité de Ética de Investigación de las Islas Baleares (IB4093/20PI), siguiendo la normativa vigente y se ha llevado a cabo con respecto a los propios enunciados de la Declaración de Helsinki y a las normas de la buena práctica clínica.

En primer lugar, los participantes firmaron un documento de consentimiento informado y, posteriormente, se recogieron las medidas autoinformadas mediante versiones online de los cuestionarios pertinentes y sesiones grupales presenciales en las que se impartían charlas informativas después de las cuáles se recogían estas medidas en papel.

2.2.1. Medidas autoinformadas

Mindwandering

Mind Excessively Wandering Scale (MEWS). Se utilizó la versión española del cuestionario Mind Excessively Wandering Scale (Morillas-Romero, et al., under review) cuestionario destinado a la evaluación de la tendencia general de la persona a experimentar MW espontáneo. La escala original (MEWS; Mowlem et al., 2016) está compuesta por un total de 12 ítems que se deben puntuar en una escala Likert de 4 puntos (0 = nada o raramente ; 3 = casi todo el tiempo o constantemente) en la medida

en la que se experimentan los enunciados planteados. La versión española de esta escala reduce los 12 ítems a 10 sin perder propiedades psicométricas, por lo que, siguiendo lo propuesto por los autores, en el presente estudio no se consideran los ítems 1 y 3 de la escala original. Para nuestra muestra, el valor alfa de Cronbach de consistencia interna fue $\alpha=.900$.

Afecto Negativo

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Se utilizó la subescala de Afecto Negativo del cuestionario PANAS (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Esta subescala consiste en 10 enunciados que describen diferentes sentimientos negativos y estados emocionales que se deben puntuar en una escala Likert de 5 puntos (1 = poco o nada ; 5 = mucho) en la medida en la que el enunciado se adapta a la tendencia global del sujeto. Para nuestra muestra, la consistencia interna fue $\alpha=.881$.

Rumiación

Shortened Rumiative Response Scale (RRS). Para evaluar la tendencia a la rumiación cognitiva se utilizó la RRS (RRS; Treynor et al., 2003). La RRS se divide en dos subescalas: "brooding" o ensimismamiento y reflexión, aunque en esta investigación se utilizó una puntuación total que incluye las dos subescalas. Cada subescala consiste en un total de cinco ítems que se deben puntuar siguiendo una escala Likert de cuatro puntos (1 = Totalmente en desacuerdo ; 4 = Totalmente de acuerdo) en relación a la frecuencia en que aparecen respuestas rumiativas cuando se experimenta un estado de ánimo disfórico. Para nuestra muestra, el nivel de consistencia interna fue $\alpha=.784$

Sintomatología ansiosa

Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). El cuestionario GAD-7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006) es un cuestionario auto-informado que recoge un total de 7 ítems que se deben puntuar siguiendo una escala Likert (0 = nunca ; 3 = casi todos los días) y que se corresponden con la sintomatología característica del Trastorno de Ansiedad Generalizada y qué tan presente ha estado en las dos semanas previas a la realización del cuestionario. Estos síntomas incluyen sentimientos de nerviosismo o inquietud, incapacidad de detener o controlar las preocupaciones, preocupación por diferentes cosas, problemas para relajarse, inquietud extrema que impide quedarse quieto, facilidad para irritarse o enfadarse y sentir miedo de que algo horrible pueda ocurrir (Spitzer et al., 2006). Para nuestra muestra, la consistencia interna fue $\alpha=,886$.

Sintomatología depresiva

Patient Health Questionnaire (PHQ-9). El cuestionario PHQ-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) consta de un total de 9 ítems que recogen la sintomatología depresiva y se evalúa a través de afirmaciones que deben puntuarse siguiendo una escala Likert (0 = nunca ; 3 = todos los días) en base a la presencia de estos síntomas en las últimas dos semanas previas a la entrevista (Saldivia et al., 2019). Para nuestra muestra, la consistencia interna fue $\alpha= ,884$).

2.3. Análisis estadísticos

Las relaciones existentes entre variables de interés fueron analizadas inicialmente mediante un análisis correlacional. De cara a explorar los modelos de mediación y moderación propuestos entre MW, Rumiación, AN, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva, hemos utilizado la extensión PROCESS (PROCESS; Hayes, 2016) instalada en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (Statistical Package

for the Social Sciences) para Mac Version 25.0 (SPSS Inc., IBM, Chicago, IL, USA).

Este macro para SPSS permite analizar la mediación moderada de las variables examinando los efectos indirectos condicionales de la variable mediadora en todos los niveles de la variable moderadora utilizando procedimientos de bootstrapping (Hayes, 2012).

El modelo de mediación (Hayes, 2016) es utilizado en los casos en los que se plantea una hipótesis que explica la relación entre dos variables X e Y (siendo en nuestro trabajo $X = \text{MEWS}$ e $Y = \text{PHQ-9} + \text{GAD-7}$). En el modelo entra una tercera variable, M (en nuestro trabajo $M = \text{RRS}$). Cuando se cumple el modelo (con un índice c significativo o un IC que no incluye 0) se puede ratificar que X impacta en Y porque X afecta a la variable mediadora M, y este efecto se trasmite a Y (Hayes & Rockwood, 2017). En otras palabras, X impacta en Y mediante el efecto de M ($X \rightarrow M \rightarrow Y$).

En adición, el modelo de mediación moderada (Hayes, 2016) incluye una variable adicional al modelo de mediación planteado anteriormente. La variable W toma la forma de variable moderadora. A diferencia de la variable mediadora, que explica cómo ocurre una interacción, la variable moderadora explica cuándo o bajo qué circunstancias ocurre la interacción. En conjunto, el modelo explica cómo ocurre la interacción de X e Y demostrando que X impacta en M, siendo afectado este impacto por una mayor o menor presencia de W, y finalmente M impacta en Y (Hayes & Rockwood, 2017).

3. Resultados

3.1. Estadísticos descriptivos y estudio correlacional entre variables de interés

En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos y un primer análisis correlacional bivariado con el objetivo de comprobar la relación estadística entre las variables de interés (ver Tabla 1).

Tabla 1.*Media, desviación estándar y Correlación de Pearson de las variables de interés*

	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	1	2	3	4	5
1. MEWS	14.522	6.969	1	.432**	.589**	.641**	.635**
2. RRS	23.715	5.542		1	.474**	.491**	.497**
3. GAD-7	7.944	4.910			1	.762**	.737**
4. PHQ-9	8.725	6.037				1	.716**
5. PANAS	21.486	7.175					1

Nota: MEWS = Mind Excessively Wandering Scale, RRS = Shortened Rumiative Response Scale, GAD-7 = Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire, PANAS = Positive and Negative Affect Schedule. * $p < .05$ (bilateral). ** $p < .01$ (bilateral).

Los resultados obtenidos en los análisis de correlación muestran que tanto las puntuaciones MEWS como las RRS y PANAS correlacionan positivamente con la sintomatología ansiosa (GAD-7) y depresiva (PHQ-9), con valores más altos de MW, AN y rumiación asociados a valores más altos de sintomatología ansioso-depresiva. En adición, la correlación entre MEWS y PANAS es positiva y significativa, aspecto que se cumple también entre MEWS y RRS, lo que demuestra la correlación entre estos tres aspectos y justifica el modelo que se plantea en el presente estudio.

Debido a la alta correlación entre la sintomatología ansiosa y depresiva, y a la información obtenida que esclarece la similitud de ambas en cuanto a su relación con el MW, AN y rumiación, se ha creado un índice conjunto "PHQ-9+GAD-7" para los subsiguientes análisis.

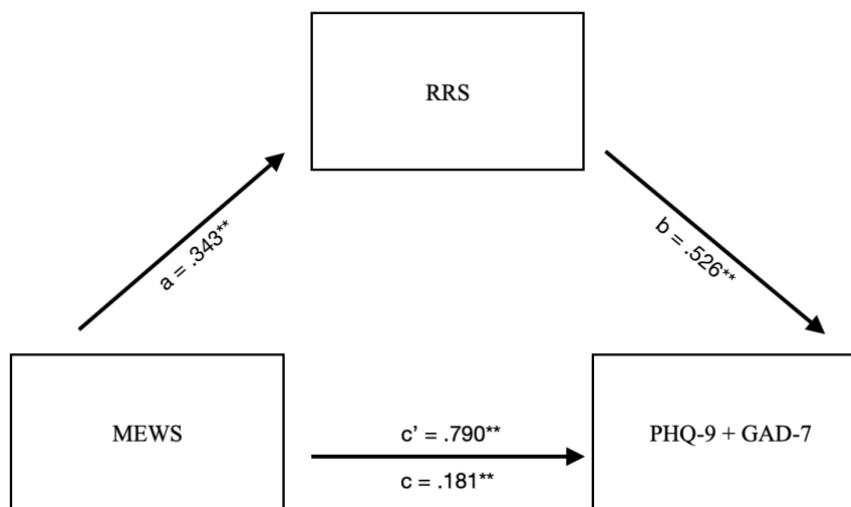
3.2. Modelo de mediación entre las variables de interés

El resultado del análisis de mediación propuesto en este estudio se presenta en la Figura 1 en la que se incluyen los coeficientes de interacción entre estas variables (ver

Figura 1). Como se puede observar, todos los coeficientes son significativos lo que demuestra la relación entre variables y el efecto indirecto del MW sobre la sintomatología ansiosa y depresiva ($c = .181$) tomando en cuenta la rumiación como variable mediadora. Además, el intervalo de confianza con un nivel de confianza del 95% [.123, .245] no incluye 0 lo que demuestra, una vez más la significación del modelo y el efecto mediador de la rumiación en la relación entre el MW y la sintomatología ansiosa y depresiva.

Figura 1.

Representación del modelo de mediación, en el que la rumiación (RRS) media la relación entre el MW (MEWS) y las puntuaciones compuestas por las escalas de sintomatología ansiosa y depresiva (PHQ-9 + GAD-7)



Nota. * $p < .05$ (bilateral) ; * $p < .01$ (bilateral).

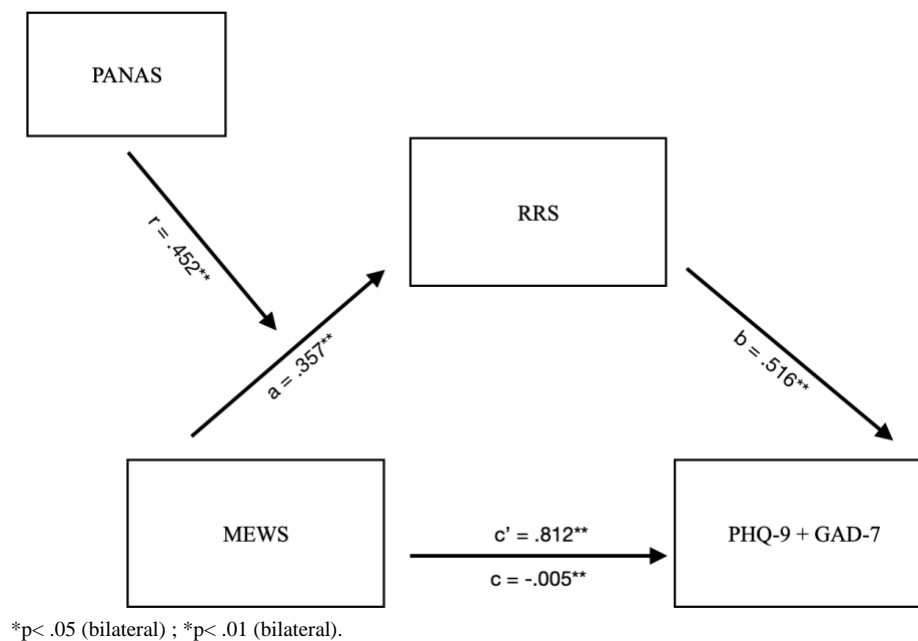
3.3. Modelo de mediación moderada entre las variables de interés

El modelo de mediación moderada presentado en la figura 2 demuestra que el efecto de mediación de la rumiación es moderado por la AN y resulta estadísticamente significativo ($c = -.005$). El intervalo de confianza con una confianza del 95% [-.010, -.001] no incluye el 0 por lo que se demuestra el efecto moderador de la AN en la mediación ejercida por la rumiación entre el MW y la sintomatología ansiosa y depresiva. Al ser un coeficiente negativo se indica que la relación es inversa, es decir,

cuando las puntuaciones en AN son más altas, se debilita la relación entre MW y rumiación.

Figura 2.

Representación del modelo de mediación moderada, en el que la AN (PANAS) modera la mediación de la rumiación (RRS) entre el MW (MEWS) y las puntuaciones compuestas por las escalas de sintomatología ansiosa y depresiva (PHQ-9 + GAD-7)



En la tabla 2 se muestran los coeficientes c del modelo obtenidos en base a tres niveles de AN, generados automáticamente por la extensión de PROCESS (Hayes, 2016), que corresponden a una AN baja (14,0000), media (20,5000) y alta (29,0000) tomando las puntuaciones de los participantes para calcular estos tres niveles (ver Tabla 2). Observamos que el modelo solo se cumple en aquellos casos en que la AN es baja y media. Es decir, cuando la AN es alta no se cumple el modelo de mediación moderada, y en los casos de AN baja y media sí se cumple.

Tabla 2.

Coefficientes obtenidos en el modelo de mediación moderada en función de un nivel alto, medio o bajo del PANAS y su índice de confianza.

PANAS	Coefficiente	Intervalo confianza
14,0000	,1163	[,0590 ; ,1762]
20,5000	,0849	[,0383 ; ,1308]
29,0000	,0493	[-,0176 ; ,0950]

4. Discusión

El primer objetivo del presente estudio ha sido explorar, por primera vez hasta donde alcanza nuestro conocimiento, si la rumiación media la relación entre el MW espontáneo y la sintomatología ansioso-depresiva en población sana. Adicionalmente, se ha pretendido explorar si, en dicha potencial relación de mediación, la afectividad negativa moderaría a su vez las relaciones entre el MW y la rumiación, tomando forma en un modelo de mediación moderada.

Empezando por el primer objetivo, nuestros resultados muestran que se cumpliría un modelo de mediación que permitiría trazar un camino entre el MW y la mayor o menor propensión a presentar sintomatología ansioso-depresiva destacando el papel mediador de la rumiación. En otras palabras, la rumiación media las relaciones entre MW espontáneo y disposicional y una mayor tendencia a presentar sintomatología ansioso-depresiva. Desde un inicio, los resultados obtenidos en los análisis de correlación ya apuntaban de forma significativa hacia la existencia de relaciones significativas entre MW y la rumiación en relación con la sintomatología ansioso-

depresiva, indicando que ambos factores correlacionan de forma significativa y positiva con mayor sintomatología. En los análisis de mediación y mediación moderada realizados, se ha concebido el MW espontáneo como un factor disposicional, tal y como se extrae de la literatura previa (Godwin et al., 2017 ; Christoff et al., 2016), y que está casi al mismo nivel que la AN en cuanto a factor temperamental, por lo que ha sido el primer factor explicativo del modelo y del que han partido el resto de relaciones planteadas.

Estos resultados irían en línea con la literatura previa que plantea un cierto solapamiento a nivel conceptual y clínico entre las características propias del MW y la rumiación (Christoff et al., 2016; Smallwood & Schooler, 2015) y, a su vez, la relación de ambos con la sintomatología ansioso-depresiva. Concretamente, destacando los dos por su focalización en una información generalmente de valencia negativa, suponiendo una desconexión del aquí y ahora, y mostrando una clara vinculación con la sintomatología ansioso-depresiva (Smallwood et al., 2007). Sin embargo, hay estudios que ponen especial hincapié en la importancia de analizarlos como procesos distintos, principalmente a raíz del hallazgo de correlatos fisiológicos diferenciados en ambos procesos (Ottaviani & Couyoumdjian, 2013). Nuestros resultados apoyan parcialmente esta noción ya que si el MW y la rumiación fueran exactamente el mismo proceso el análisis de correlación habría resultado en una correlación positiva perfecta y, además, no necesariamente habría cumplido el modelo de mediación moderada.

Entonces, partiendo de la distinción entre el MW y la rumiación, y de los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos concluir, que lo que explica la asociación entre el MW y la sintomatología ansioso-depresiva es la rumiación. Es decir, el MW espontáneo desemboca en una mayor propensión a la sintomatología ansioso-depresiva cuando este toma la forma de rumiación. Además, los resultados del análisis

de mediación apuntan a que cuando el MW toma la forma de rumiación (focalización repetitiva y persistente en la experimentación pasiva de los estados negativos y angustiosos, analizando su causa y consecuencia y manteniéndose fijados en los problemas que esto supone y las emociones experimentadas) (Nolen-Hoeksema, 1991) aumenta la propensión a presentar sintomatología ansioso-depresiva, cumpliéndose así nuestra primera hipótesis y, por tanto, el modelo de mediación entre el MW espontáneo y la sintomatología ansioso-depresiva.

Otros estudios (p.ej. Farber et al., 2021; Liu et al., 2021) han demostrado, ya, el papel mediador de la rumiación respecto a la sintomatología tanto ansiosa como depresiva, lo que confirma la clara relación e impacto de la rumiación con esta sintomatología y remarca la importancia de la rumiación como factor mediador, al funcionar de puente por el que un factor determinado desembocará en sintomatología ansioso-depresiva.

En relación al segundo objetivo, que plantea el modelo de mediación moderada para explicar la relación entre MW y sintomatología ansioso-depresiva tomando como variable mediadora la rumiación y como variable moderadora la afectividad negativa, los resultados obtenidos han seguido la línea de nuestra hipótesis que planteaba la importancia de la afectividad negativa como factor determinante en el paso de MW espontáneo a rumiación, que finalmente desembocaría en una mayor propensión a experimentar sintomatología ansioso-depresiva. Los resultados obtenidos en este análisis indican que niveles bajos y medios de afectividad negativa debilitan la relación entre MW y rumiación. Estos resultados siguen las líneas de la literatura previa que ya plantea la relación de la AN con la emergencia y el desarrollo de los trastornos ansioso-depresivos, así como la relación de este factor con los patrones atencionales centrados

en estímulos amenazantes y de valencia negativa (Lonigan & Vasey, 2009) y la tendencia a desconectar del "aquí y ahora" característica del MW (Poerio et al., 2013). Dicho de otra forma, el modelo de mediación moderada se cumple en todos los casos exceptuando aquellos en que los niveles de AN son altos, lo que nos conduce a especular que aquellos casos en que los niveles de AN son altos, no es necesario contar con la rumiación para que aparezca la sintomatología ansioso-depresiva, sino que con los elevados niveles de AN es suficiente para que esta sintomatología aparezca. Este aspecto tiene sentido si se toma en consideración la literatura que recalca la relación entre la AN y la sintomatología ansioso-depresiva (Lonigan & Vasey, 2009) y los análisis de correlación planteados en este estudio.

En este sentido, y afín a la hipótesis planteada, se cumple el modelo de mediación moderada que plantea la aparición de sintomatología ansioso-depresiva en aquellos casos en que el MW espontáneo toma forma de rumiación, ocurriendo esto cuando los niveles de AN son altos. En conjunto, y tras los análisis e interpretaciones pertinentes, los resultados del presente estudio tientan a concluir que el MW espontáneo toma la forma de rumiación en aquellas personas que presentan un nivel de afectividad negativa significativo y sería justo este aspecto el que conduciría a una mayor tendencia a la aparición de sintomatología ansioso-depresiva.

Resulta relevante comentar las principales limitaciones del estudio. En primer lugar, es conveniente señalar que este estudio se ha llevado a cabo en población sana y no clínica. Por este motivo, los resultados obtenidos no son generalizables a personas que ya tienen un diagnóstico en trastorno de ansiedad y/o depresión. Sin embargo, es relevante resaltar en este punto que el objetivo del presente estudio era estudiar la AN, el MW y la rumiación como potenciales factores de vulnerabilidad a presentar esta sintomatología por lo que no se ha trabajado con población clínica que ya se caracteriza

por la presencia de los trastornos en cuestión. Así, podría resultar de especial interés realizar el presente estudio en población clínica, de cara a replicar el modelo de mediación moderada observado y obtener, de esta forma, resultados de utilidad clínica que permitan diseñar planes terapéuticos específicos para las personas con trastornos ansioso-depresivos que se ajusten a este modelo.

En segundo lugar, algunos cuestionarios del presente estudio han sido realizados online y otros de forma presencial en papel, aspecto que puede alterar los resultados obtenidos. Diversos estudios (Ebert et al., 2018; Weber et al., 2005) han demostrado que aquellos cuestionarios realizados en papel tienden a presentar más valores perdidos. Además, los cuestionarios online muestran una mayor fiabilidad y precisión de los datos recogidos ya que debido a que se trabaja con ordenadores se reduce significativamente la probabilidad de realizar errores de cara al registro de los datos. Vemos así que no se puede esperar conseguir los mismos resultados de cuestionarios administrados en papel o cuestionarios administrados online. Adicionalmente, cabe recalcar que en los casos en que se administran cuestionarios vía electrónica se llega inevitablemente a una población más joven y con más estudios y recursos (Díaz de Rada, 2012).

En tercer lugar, aunque el rango de edad se sitúa entre los 18 y los 74 años, la media de edad de la muestra del estudio es de 26,84 años por lo que vemos una clara inclinación hacia la población de más joven edad. No obstante, cabe señalar que la edad media de emergencia de los trastornos de ansiedad y depresión se sitúa entre los 30 y los 35 años (Solmi et al., 2021) por lo que nuestro estudio se enmarcaría en esta franja y tendría sentido plantear el modelo de mediación moderada que analiza los factores predictores de la sintomatología ansioso-depresiva en población sana en una muestra de media de edad de 26,84 años.

De cara a posibles líneas y trabajos de investigación futuros, sería interesante analizar el modelo de mediación moderada en población clínica para, como se ha comentado con anterioridad, contribuir a guiar y mejorar los objetivos terapéuticos con una mayor precisión, aumentando la eficiencia de los mismos en base a la evidencia empírica disponible. En la actualidad, el mindfulness es una terapia muy utilizada en el tratamiento de los trastornos ansioso-depresivos y tiene como objetivo principal reducir el MW y la rumiación aceptando el momento presente (Rahl et al., 2017). Sin embargo, tras el estudio realizado tenemos información que apunta a la importancia de la AN en cuanto a la predisposición a experimentar sintomatología ansioso-depresiva, por lo que sería interesante que se tomara en cuenta esta información en trabajos de investigación futuros que analizaran si el modelo se cumple en población clínica ya que, si esto fuese así, la AN podría tener un papel esencial en el tratamiento de estos trastornos. Podemos especular que aquellas personas con menor AN mostrarían mejores respuestas al tratamiento de mindfulness ya que no tienden a presentar altos niveles de rumiación, a diferencia de las personas con puntuaciones más elevadas en AN que necesitarían un tratamiento centrado en la AN para reducir el efecto de esta y evitar el impacto en la rumiación y, por tanto, la mayor tendencia a presentar trastornos ansioso-depresivos. Además de aquellas personas en que el mero hecho de presentar AN, por los altos niveles de esta, con un simple tratamiento centrado en su reducción sería suficiente para prevenir y/o reducir la presencia de sintomatología ansioso-depresiva.

El presente estudio es el primero en proponer una primera aproximación de modelo explicativo que contribuiría a arrojar luz sobre la relación entre el MW y la sintomatología ansioso-depresiva en población sana destacando el papel de la rumiación y la AN. Los resultados obtenidos dan soporte a las investigaciones anteriores que planteaban ya la relación entre el MW, la rumiación y la AN con la sintomatología

ansioso-depresiva y da pie, en consecuencia, a continuar la investigación en estas líneas para profundizar en el estudio de estos factores nucleares en el desarrollo y mantenimiento de sintomatología propia de trastornos de ansiedad y depresión, dos de los trastornos más frecuentes en la actualidad (Saldivia et al., 2019).

5. Referencias bibliográficas

Christoff, K., Irving, Z. C., Fox, K. C. R., Spreng, R. N., & Andrews-Hanna, J. R.

(2016). Mind-wandering as spontaneous thought: a dynamic framework. *Nature Reviews Neuroscience* 2016 17:11, 17(11), 718–731.

<https://doi.org/10.1038/nrn.2016.113>

Deng, Y. Q., Li, S., & Tang, Y. Y. (2012). The Relationship Between Wandering Mind, Depression and Mindfulness. *Mindfulness* 2012 5:2, 5(2), 124–128.

<https://doi.org/10.1007/S12671-012-0157-7>

Deng, Y.-Q., Li, S., & Tang, Y.-Y. (2014). The Relationship Between Wandering Mind,

Depression and Mindfulness. *Mindfulness*, 5(2). [https://doi.org/10.1007/s12671-](https://doi.org/10.1007/s12671-012-0157-7)

[012-0157-7](https://doi.org/10.1007/s12671-012-0157-7)

Díaz de Rada, V. (2012). Ventajas e inconvenientes de la encuesta por internet. *Papers.*

Revista de Sociologia, 97(1), 193. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v97n1.71>

Ebert, J. F., Huibers, L., Christensen, B., & Christensen, M. B. (2018). Paper- or Web-

Based Questionnaire Invitations as a Method for Data Collection: Cross-Sectional

Comparative Study of Differences in Response Rate, Completeness of Data, and

Financial Cost. *Journal of Medical Internet Research*, 20(1).

<https://doi.org/10.2196/JMIR.8353>

Farber, R., Wedell, E., Herchenroeder, L., Dickter, C. L., Pearson, M. R., & Bravo, A. J.

(2021). Microaggressions and Psychological Health Among College Students: A Moderated Mediation Model of Rumination and Social Structure Beliefs. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 8(1), 245–255.

<https://doi.org/10.1007/S40615-020-00778-8/TABLES/2>

Fernández-Castillo, E., Pérez Molerio, O., Grau, R., & Peña Cruz, A. (2016). Negative

affectivity in university students: An exploratory study. *Ansiedad y Estrés*, 22(1),

28–32. <https://doi.org/10.1016/J.ANYES.2016.03.001>

Figueiredo, T., Lima, G., Erthal, P., Martins, R., Corção, P., Leonel, M., Ayrão, V.,

Fortes, D., & Mattos, P. (2020). Mind-wandering, depression, anxiety and ADHD: Disentangling the relationship. *Psychiatry Research*, 285, 112798.

<https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.112798>

Franklin, M. S., Mrazek, M. D., Anderson, C. L., Johnston, C., Smallwood, J.,

Kingstone, A., & Schooler, J. W. (2017). Tracking Distraction. *Journal of*

Attention Disorders, 21(6), 475–486. <https://doi.org/10.1177/1087054714543494>

Gil Hernández, Y., Elena, M., Acosta, H., Hernández Barba, C., Adelina, K., &

Montelongo, Q. (2019). CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁ-FICA DE PACIENTES CON INVALIDEZ LABORAL POR DEPRESIÓN Y TRAS-

TORNO ANSIOSO DEPRESIVO SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERI-

ZATION OF PATIENTS WITH WORK DISABILITY DUE TO DEPRESSION

AND ANXIETY DEPRESSIVE DISORDER. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 20(2), 52–56.

Godwin, C. A., Hunter, M. A., A, B. M., & Lieberman, G. (2017). Functional connectivity within and between intrinsic brain networks correlates with trait mind wandering. *Elsevier*, 103, 140–153.

González, M., Herrero, M., & Viña, C. M. (2004). EL MODELO TRIPARTITO: RELACIONES CONCEPTUALES V EMPIRICAS ENTRE ANSIEDAD, DEPRESION V AFECTO NEGATIVO Universidad de La Laguna, España. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 289–304.

Hayes, A. F. (2012). Introduction to Mediation, Moderation and Conditional Process Analysis. A regression based approach. In *The Designing for Growth Field Book*. The Guilford Press. <https://doi.org/10.7312/lie18789-006>

Hayes, A. F., & Rockwood, N. J. (2017). Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behaviour Research and Therapy*, 98, 39–57. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2016.11.001>

Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932. https://doi.org/10.1126/SCIENCE.1192439/SUPPL_FILE/KILLINGSWORTH.SO
M.PDF

Kroenke., et al. (2001). *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*.

- Liu, J., Wang, W., Hu, Q., Wang, P., Lei, L., & Jiang, S. (2021). The relationship between phubbing and the depression of primary and secondary school teachers: A moderated mediation model of rumination and job burnout. *Journal of Affective Disorders, 295*, 498–504. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2021.08.070>
- Lonigan, C. J., & Vasey, M. W. (2009). Negative affectivity, effortful control, and attention to threat-relevant Stimuli. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*(3), 387–399. <https://doi.org/10.1007/S10802-008-9284-Y/TABLES/6>
- Marchetti, I., Van de Putte, E., & Koster, E. H. W. (2014). Self-generated thoughts and depression: from daydreaming to depressive symptoms. *Frontiers in Human Neuroscience, 8*(MAR), 131. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00131>
- Moreno, L. R., Arques, S., Barberá, M., & Livianos, L. (2014). PREVALENCIA Y COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA DE ESCOLARES ADOLESCENTES. *Researchgate.Net*. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Moreno-51/publication/320776984_Prevalencia_y_comorbilidad_del_trastorno_de_ansiedad_generalizada_en_una_muestra_espanola_de_escolares_adolescentes/links/5ebd00a092851c11a8678d56/Prevalencia-y-comorbilidad-del-trastorno-de-ansiedad-generalizada-en-una-muestra-espanola-de-escolares-adolescentes.pdf
- Mowlem, F. D., et al. (2016). *Mind Excessively Wandering Scale (MEWS)*.
- Mowlem, F. D., Agnew-Blais, J., Pingault, J. B., & Asherson, P. (2019). Evaluating a scale of excessive mind wandering among males and females with and without

attention-deficit/hyperactivity disorder from a population sample. *Scientific Reports* 2019 9:1, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-39227-w>

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

Ottaviani, C., & Couyoumdjian, A. (2013). Pros and cons of a wandering mind: A prospective study. *Frontiers in Psychology*, 4(AUG), 524. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2013.00524/BIBTEX>

Ottaviani, C., Shahabi, L., Tarvainen, M., Cook, I., Abrams, M., & Shapiro, D. (2015). Cognitive, behavioral, and autonomic correlates of mind wandering and perseverative cognition in major depression. *Frontiers in Neuroscience*, 9(JAN), 433. <https://doi.org/10.3389/FNINS.2014.00433/BIBTEX>

Ottaviani, C., Thayer, J. F., Verkuil, B., Lonigro, A., Medea, B., Couyoumdjian, A., & Brosschot, J. F. (2016). Physiological concomitants of perseverative cognition: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 142(3), 231–259. <https://doi.org/10.1037/BUL0000036>

Paez, D., & Rovira, D. (2004). *Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Un meta-análisis de 13 estudios Related papers*.

Poerio, G. L., Totterdell, P., & Miles, E. (2013). Mind-wandering and negative mood: Does one thing really lead to another? *Consciousness and Cognition*, 22(4), 1412–1421. <https://doi.org/10.1016/J.CONCOG.2013.09.012>

- Rahl, H. A., Lindsay, E. K., Pacilio, L. E., Brown, K. W., & David Creswell, J. (2017). Brief Mindfulness Meditation Training Reduces Mind-Wandering: The Critical Role of Acceptance. *Emotion (Washington, D.C.)*, *17*(2), 224. <https://doi.org/10.1037/EMO0000250>
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., Rincón, P., Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., & Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista Médica de Chile*, *147*(1), 53–60. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>
- Seli, P., Beaty, R., Theory, J. M.-D.-... :, Research, undefined, and, undefined, & 2019, undefined. (2019). Depression, anxiety, and stress and the distinction between intentional and unintentional mind wandering. *Psycnet.Apa.Org*. <https://doi.org/10.1037/cns0000182>
- Seli, P., Carriere, J. S. A., & Smilek, D. (2015). Not all mind wandering is created equal: dissociating deliberate from spontaneous mind wandering. *Psychological Research*, *79*(5), 750–758. <https://doi.org/10.1007/S00426-014-0617-X>
- Seli, P., Risko, E. F., & Smilek, D. (2016). On the Necessity of Distinguishing Between Unintentional and Intentional Mind Wandering. *Psychological Science*, *27*(5), 685–691. <https://doi.org/10.1177/0956797616634068>
- Seli, P., Smallwood, J., Cheyne, J. A., & Smilek, D. (2015). On the relation of mind wandering and ADHD symptomatology. *Psychonomic Bulletin and Review*, *22*(3), 629–636. <https://doi.org/10.3758/S13423-014-0793-0/FIGURES/2>

Smallwood, J., O’connor, R. C., Sudbery, M. V., & Obonsawin, M. (2007). *Mind-wandering and dysphoria*. *21*(4), 816–842.

<https://doi.org/10.1080/02699930600911531>

Smallwood, J., O’Connor, R. C., & Heim, D. (2005). Rumination, Dysphoria, and Subjective Experience. *Imagination, Cognition and Personality*, *24*(4), 355–367.

<https://doi.org/10.2190/AE18-AD1V-YF7L-EKBX>

Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2015). The science of mind wandering: Empirically navigating the stream of consciousness. *Annual Review of Psychology*, *66*, 487–

518. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-PSYCH-010814-015331>

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry* *2021 27:1*, *27*(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

Spitzer., et al. (2006). *Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)*.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). *A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7*. *166*, 1092–1097.

www.archinternmed.com

Tomas Baader, M., José Luis Molina, F., Silvia Venezian, B., Carmen Rojas, C., Renata Farías, S., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M., & Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico

de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(1), 10–22. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>

Toro, R., Alzate, L., Santana, L., & Ramírez, I. (2018). Afecto negativo como mediador entre intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 24(2), 112–118. <https://doi.org/10.1016/J.ANYES.2018.09.001>

Treynor., et al., (2003). *Shortened Rumiative Response Scale (RRS)*.

Vago, D. R., & Zeidan, F. (2016). The brain on silent: mind wandering, mindful awareness, and states of mental tranquility. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373(1), 96. <https://doi.org/10.1111/NYAS.13171>

Villena-González, M. (2019). *Huellas de una mente errante: un terreno fértil para el florecimiento de la creatividad* (p. 59).

Watson, Clark, & Tellegen. (1988). *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*.

Weber, B. A., Yarandi, H., Rowe, M. A., & Weber, J. P. (2005). A comparison study: Paper-based versus web-based data collection and management. *Applied Nursing Research*, 18(3), 182–185. <https://doi.org/10.1016/J.APNR.2004.11.003>

6. Anexos

A. Mind Excessively Wandering Scale (MEWS)

Por favor, indica hasta qué punto te identificas con cada una de estas afirmaciones de manera general

0	1	2	3
En absoluto/Rara vez	A veces	La mayor parte del tiempo	Casi todo el tiempo/Constantemente

1.Tengo dificultad para controlar mis pensamientos	0	1	2	3
2.Me resulta difícil apagar/desconectar mis pensamientos	0	1	2	3
3.Tengo dos o más pensamientos diferentes ocurriendo a la vez	0	1	2	3
4.Mis pensamientos están desorganizados y fuera de control	0	1	2	3
5.Mis pensamientos están muy activos todo el tiempo	0	1	2	3
6.Experimento actividad mental incesante	0	1	2	3
7.Me resulta difícil pensar en una cosa sin que otro pensamiento entre en mi mente	0	1	2	3
8.Encuentro que mis pensamientos me distraen y me impiden concentrarme en lo que estoy haciendo	0	1	2	3
9.Tengo dificultad para reducir la velocidad de mis pensamientos y concentrarme sólo en una cosa a la vez	0	1	2	3
10.Me resulta difícil pensar con claridad, como si mi mente estuviera nublada	0	1	2	3
11.Me encuentro revoloteando de un lado a otro entre diferentes pensamientos	0	1	2	3
12.Sólo puedo enfocar mis pensamientos en una cosa a la vez realizando un esfuerzo considerable	0	1	2	3

C. Shortened Rumiative Response Scale (RRS)

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

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

1. Piensas: "¿Qué he hecho yo para merecerme esto?"	1	2	3	4
2. Analizas los sucesos recientes para entender porqué estás deprimido	1	2	3	4
3. Piensas "¿Por qué siempre reacciono de esta forma?"	1	2	3	4
4. Te vas por ahí solo/a y piensas en por qué te sientes así	1	2	3	4
5. Escribes lo que estás pensando y lo analizas	1	2	3	4
6. Piensas acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera ido mejor	1	2	3	4
7. Piensas "¿Por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen?"	1	2	3	4
8. Piensas: "¿Por qué no puedo controlar las cosas mejor?"	1	2	3	4
9. Analizas tu forma de ser para intentar comprender porqué estás deprimido/a	1	2	3	4
10. Te vas solo/a a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes	1	2	3	4

D. Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7).

Durante las últimas 2 semanas, ¿hasta qué punto ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Marque con un círculo una cruz para indicar su respuesta.

0	1	2	3
Ningún día	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días

1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

E. Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

Durante las últimas 2 semanas, ¿hasta qué punto ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Marque con un círculo una cruz para indicar su respuesta.

0	1	2	3
Ningún día	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días

1. Poco interés en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído (a), deprimido (a), o sin esperanza	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Se ha sentido sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil