

## **RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON DOS MECANISMOS TRANSDIAGNÓSTICOS: EL PERFECCIONISMO Y LA RUMIACIÓN**

Lucía Ferrer<sup>1</sup>, María Martín-Vivar<sup>1</sup>, David Pineda<sup>2</sup>,  
Bonifacio Sandín<sup>2</sup> y José A. Piqueras<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Miguel Hernández de Elche; <sup>2</sup>Universidad Nacional de Educación a Distancia (España)

### **Resumen**

En el reciente enfoque clínico basado en el transdiagnóstico, la rumiación y el perfeccionismo son propuestos como posibles factores transdiagnósticos asociados al desarrollo y mantenimiento de trastornos emocionales. El presente estudio pretende analizar en qué medida la presencia de sintomatología general y síntomas específicos de ansiedad y depresión, evaluados con la versión española de la "Escala de ansiedad y depresión infantil revisada" (RCADS), se relaciona con la rumiación (reflexión y rumiación negativa) y con el perfeccionismo (socialmente orientado y orientado hacia sí mismo), evaluados con la versión española de la "Escala de respuestas rumiativas" (RRS) y la "Escala de perfeccionismo para adolescentes y niños" (CAPS). La muestra estuvo constituida por 314 adolescentes (145 chicos y 169 chicas) de entre 12 y 17 años. Los resultados confirmaron que perfeccionismo y rumiación están asociados con la sintomatología ansiosa y depresiva general y con los síntomas específicos de cada trastorno. Los hallazgos tienen implicaciones relevantes para el diseño de programas de prevención e intervención temprana en la infancia y adolescencia desde el marco de la terapia cognitivo conductual transdiagnóstica.

**PALABRAS CLAVE:** *transdiagnóstico, perfeccionismo, rumiación, depresión, ansiedad, RCADS, adolescencia.*

### **Abstract**

Transdiagnostic treatment is a new approach in clinical psychology, in which rumination and perfectionism have been proposed as transdiagnostic factors involved in development and maintenance of emotional disorders. The present study aims to analyze whether the presence of general and specific symptoms of anxiety and depression, assessed by the Spanish version of the Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS), are related to rumination (reflection and negative rumination) and perfectionism (self-oriented and socially oriented perfectionism), assessed by the Spanish versions of the Ruminative Responses Scale (RRS) and Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS). The sample consisted of 314 adolescents (145 boys and 169 girls) aged between 12 and 17

years. The results confirmed that both perfectionism and rumination were associated with general anxiety and depression symptoms, and with specific symptoms of each disorder. The findings have implications for implementation of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy-based preventive interventions for anxiety and depression among youths.

KEY WORDS: *transdiagnostic, perfectionism, rumination, depression, anxiety, RCADS, adolescence.*

## Introducción

Los problemas de salud mental tienen un gran impacto en nuestra sociedad, generando un elevado coste sociosanitario (Layard, 2012). Los más frecuentes son los trastornos del estado de ánimo, tales como la ansiedad y la depresión. Más del 30% de jóvenes presentan síntomas y el número de personas afectadas se espera que crezca en el futuro (Merikangas *et al.*, 2010). De acuerdo con un estudio de revisión sistemática y meta-análisis reciente, la prevalencia mundial de estos trastornos está en torno al 6,5 % para los trastornos de ansiedad y al 2,6% para los trastornos depresivos en población infantojuvenil (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015). En España, los datos epidemiológicos incluso señalan una prevalencia superior para la ansiedad (17-26%) y la depresión (4-14%) (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Ezpeleta *et al.* 2007). Además, la comorbilidad entre ambos trastornos es muy elevada (Cummings, Caporino y Kendall, 2014), estimándose que entre el 15% y el 70% de niños y adolescentes que tienen un diagnóstico de depresión, presentan comorbilidad con trastornos de ansiedad. En consecuencia, estos problemas emocionales están asociados con dificultades en el funcionamiento social y académico y predicen la aparición y desarrollo de trastornos en la edad adulta (González y Villamizar, 2014; Pine, Cohen, Gurley, Brook y Ma, 1998).

Se puede afirmar que la ansiedad y la depresión son problemas altamente prevalentes, crónicos, incapacitantes y con frecuencia son infradiagnosticados e infratratados entre niños y adolescentes (Chisholm *et al.*, 2016; Cummings *et al.*, 2014; Erskine *et al.*, 2015).

Un mejor conocimiento de los factores de riesgo podría ser de utilidad para prevenir el desarrollo de estos trastornos en la población de niños y adolescentes (Sánchez-Hernández, Méndez y Garber, 2014). En concreto, en adolescentes la prevención primaria se ha identificado como la mejor estrategia para reducir el riesgo de desarrollar problemas emocionales (Ahlen, Lenhard y Ghaderi, 2015; Patton *et al.*, 2016; Stockings *et al.*, 2016). Sin embargo, las intervenciones existentes de prevención dirigidas a jóvenes en riesgo de desarrollar ansiedad o depresión rara vez se dirigen a ambas condiciones conjuntamente, a pesar de la elevada comorbilidad y la presencia de factores de riesgo comunes (Perez-Edgar y Fox, 2005).

Durante los últimos años se han producido importantes avances sobre la psicopatología de los trastornos del estado del ánimo, siendo una de las principales aportaciones el enfoque transdiagnóstico. Esto supone una nueva perspectiva en el campo de la psicología clínica debido al nuevo análisis que se hace de los

trastornos mentales centrándose en los factores que tienen en común. De esta forma existen mecanismos o procesos psicopatológicos denominados transdiagnósticos cuando están relacionados etiológicamente (génesis o mantenimiento) con un conjunto de trastornos mentales (Sandín, 2012).

En el caso de la ansiedad y la depresión, y previo a este nuevo enfoque psicopatológico, ya existía cierto consenso respecto a la presencia de una serie de factores de riesgo y de protección, tanto de carácter externo (familiares, socioambientales) como interno (genéticos, cognitivos). Esto parece contribuir a la aparición y desarrollo de la ansiedad y la depresión infantil y adolescente (Sandín, Chorot y Valiente, 2012) y se han empleado para identificar a los jóvenes participantes en programas de prevención selectiva (Stockings *et al.*, 2016). Entre los procesos psicopatológicos transdiagnósticos que pueden contribuir a su desarrollo y mantenimiento, algunos estudios han destacado el posible papel del perfeccionismo (Asseraf y Vaillancourt, 2015; Egan, Wade y Shafran, 2010, 2012; Flett *et al.*, 2016) y la rumiación (Aldao, 2012; Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Arditte, Shaw y Timpano, 2016; Bijttebier, Raes, Vasey, Bastin y Ehring, 2015; Drost, van der Does, van Hernert, Penninx y Spinhoven, 2014).

Estudios recientes han señalado que el perfeccionismo es un factor de vulnerabilidad psicológica implicado en la etiología y mantenimiento de los trastornos de ansiedad, depresión, conducta alimentaria, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de personalidad obsesivo compulsivo y trastornos somatoformes, entre otros, en niños y adolescentes (Egan *et al.*, 2012; Morris y Lomax, 2014). El perfeccionista patológico o desadaptado se anticipa en exceso al fracaso, realiza una disminución en la valoración de sus éxitos, percibe los errores como algo devastador y tiene un fuerte sentimiento de inferioridad y baja autoestima (Ashby y Cotana, 1996). Dentro del perfeccionismo, Hewitt y Flett distinguen tres dimensiones: El perfeccionismo orientado hacia sí mismo, incluyendo metas personales poco realistas, elevada sobreexigencia y altos estándares de logro autoimpuestos; El perfeccionismo orientado a otros, estableciendo expectativas que otros deben alcanzar y el perfeccionismo socialmente prescrito u orientado, cumpliendo las expectativas que otros tienen sobre uno mismo para lograr la aprobación y aceptación social (Hewitt, Flett y Ediger, 1996).

Por tanto, es posible considerar que estas formas de perfeccionismo acentúan o mantienen la sintomatología ansiosa y depresiva (Asseraf y Vaillancourt, 2015; Flett *et al.*, 2016). Esta realidad la muestran diversos estudios, tales como el de Flett, Blankstein y Hewitt (2009). En dicho estudio, realizado sobre una muestra de niños y adolescentes, se halló una asociación entre el perfeccionismo orientado hacia sí mismo y depresión y ansiedad. Así mismo el perfeccionismo socialmente orientado correlacionaba positivamente con depresión, ansiedad, estrés social e ira dirigida hacia el exterior. Por otro lado, Flett, Hewitt y Cheng (2008) hallaron una asociación entre perfeccionismo, creencias irracionales y estrés en adolescentes. Asseraf y Vaillancourt (2015) hallaron que la sintomatología depresiva se relaciona con mayores puntuaciones en perfeccionismo socialmente prescrito, pero no con el perfeccionismo orientado hacia sí mismo.

Por último, Flett *et al.* (2016) hallaron que el perfeccionismo orientado hacia sí mismo se asociaba negativamente con la sintomatología de problemas de relación social, alienación y autodevaluación, mientras que el perfeccionismo socialmente prescrito se asoció positivamente con sintomatología psiquiátrica general y con depresión, pero no con síntomas de problemas de relación social.

Egan *et al.* (2010) afirma que el perfeccionismo es un proceso transdiagnóstico, y lo considera un factor de riesgo para la evolución de diversos trastornos. Esto implicaría que, a mayores niveles de perfeccionismo, mayor interferencia en la eficacia del tratamiento de diferentes patologías, pudiendo ser necesario el tratamiento específico de este perfeccionismo para reducir dicha psicopatología.

Respecto a la rumiación, se le considera una de las estrategias de regulación emocional implicada en los trastornos emocionales. Se entiende por rumiación el pensamiento pasivo y repetitivo sobre el malestar anímico, sus posibles causas y consecuencias (Nolen-Hoeksema, 2004). La teoría de los estilos de respuesta define la forma en que las personas responden a los primeros síntomas depresivos como un factor de vulnerabilidad a la depresión. Esto es debido a que el pensamiento pasivo, repetitivo y focalizado en los propios estados de tristeza y abatimiento, contribuye a la gravedad y mantenimiento del bajo estado de ánimo y los síntomas y trastornos depresivos (Nolen-Hoeksema, 1991).

Diferentes estudios transversales y longitudinales han corroborado la relación existente entre la rumiación y el desarrollo de síntomas y trastornos depresivos y ansiosos tanto en adultos como en adolescentes (Cova, Rincón y Melipillán, 2007, 2009; Kuyken, Watkins, Holden y Cook, 2006; Muris, Roelofs, Meesters y Boomsma, 2004; Nolen-Hoeksema, 2000). La rumiación no parece consistir en un constructo unitario sino más bien en dos conceptos diferentes: la reflexión y la rumiación negativa (*brooding*) (Treyner, González y Nolen-Hoeksema, 2003). La reflexión podría considerarse una estrategia de regulación emocional adaptativa debido a su relación concurrente y momentánea con la sintomatología depresiva. La rumiación negativa, con un carácter mucho más longitudinal en su relación con la sintomatología depresiva se considera una estrategia de regulación emocional desadaptativa. Este hecho se ha confirmado en diferentes estudios, encontrando a la rumiación negativa como la estrategia más perjudicial y desadaptativa tanto en adultos (Moberly y Watkins, 2008; Treyner *et al.*, 2003) como en niños y adolescentes (Burwell y Shirk, 2007; Cova *et al.*, 2009; Muris *et al.*, 2004).

Diversos estudios han relacionado los trastornos de ansiedad y depresivos con la rumiación (Aldao, 2012; Aldao *et al.*, 2010) y el perfeccionismo (Egan *et al.*, 2010; 2012) en adultos. Sin embargo, son escasos los que han relacionado estas dos variables conjuntamente en niños y adolescentes. Destaca el estudio de Flett, Madorsky, Hewitt y Heisel (2002), mostrando una correlación positiva entre elevadas puntuaciones en respuestas perfeccionistas y respuestas rumiativas a través de pensamientos e imágenes intrusivas tras una experiencia estresante. La falta de más estudios y sobre muestras más amplias puede ser debido a la fase inicial del desarrollo del enfoque transdiagnóstico en la que nos encontramos. No obstante, un reciente metaanálisis indica que los resultados apoyan la eficacia de la terapia cognitivo conductual transdiagnóstica para los trastornos emocionales,

tanto en adultos como en adolescentes y niños, identificando al menos cinco estudios con población de niños y adolescentes, con tamaños del efecto medios en ansiedad y depresión (García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales y Sandín, 2016).

Entre los estudios que hemos revisado no hemos encontrado ninguno que haya analizado la relación entre las variables de perfeccionismo y rumiación, así como sus diferentes dimensiones, y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en población no clínica infantil y adolescente española. En consecuencia, este estudio se ha focalizado en el análisis de la relación entre la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva y la tendencia a presentar una conducta perfeccionista, así como también en examinar el estilo cognitivo rumiativo en una muestra no clínica de adolescentes. En este estudio se espera encontrar una asociación de las puntuaciones en rumiación y perfeccionismo con la presencia de sintomatología ansioso-depresiva general, y con sintomatología específica para el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la fobia social (FS), el trastorno de ansiedad por separación (TAS), el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno de pánico con o sin agorafobia (TP).

Esta asociación de sintomatología ansiosa y depresiva con rumiación y perfeccionismo se obtiene a partir de las puntuaciones obtenidas con las dos versiones en español de la "Escala de ansiedad y depresión infantil revisada" (*Revised Child Anxiety and Depression Scale*; RCADS, Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis, 2000), la versión española de la RCADS original (Sandín, Valiente y Chorot, 2009) y la versión abreviada de 30 ítems (RCADS-30, Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010), examinando, a su vez, la validez criterial de la versión abreviada contrastándolo con la versión original. Una revisión reciente indica que las diferentes versiones del RCADS son equivalentes en cuanto a consistencia interna tanto en población comunitaria como clínica (Piqueras, Martín-Vivar, San Luis, Sandín, Pineda, 2017).

## Método

### *Participantes*

Se realizó un muestreo de conveniencia en la provincia de Almería que incluyó dos institutos. El total de sujetos reclutados fue de 322 estudiantes de 1º a 4º de la ESO, de los que ocho (2,48%) fueron excluidos por omisión de respuestas o errores en su cumplimentación. La muestra definitiva se compuso de 314 estudiantes con un rango de edad de 12 a 17 años ( $M= 14,19$ ;  $DT= 1,48$ ). De los 314 sujetos, 145 fueron chicos (46,2%) y 169 chicas (53,8%). La prueba Chi-cuadrado de homogeneidad de la distribución de frecuencias reveló la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y la edad de la muestra ( $\chi^2= 7,53$ ;  $p= 0,18$ ).

### Instrumentos

- a) "Escala de ansiedad y depresión infantil revisada" (*Revised Child Anxiety and Depression Scale*; RCADS, Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis, 2000) versión española de Sandín, Valiente y Chorot (2009). Se trata de un instrumento de autoinforme para evaluar la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes. Consta de 47 ítems y sus correspondientes subescalas, permite evaluar los síntomas de los siguientes trastornos: TAS: 7 ítems; fobia social (FS): 9 ítems; trastorno de ansiedad generalizada (TAG): 6 ítems; pánico y/o agorafobia (TP): 9 ítems; trastorno obsesivo compulsivo (TOC): 6 ítems y trastorno depresivo mayor (TDM): 10 ítems. La puntuación oscila entre 0 y 3 puntos correspondiente a "nunca", "a veces", "muchas veces" y "siempre". La escala ha mostrado excelentes propiedades psicométricas con población española (Sandín *et al.*, 2009). En esta muestra los valores de consistencia interna de las puntuaciones fueron los siguientes: TAS (0,68), FS (0,81), TAG (0,72), TP (0,82), TOC (0,69), TDM (0,83) y total de la escala (0,93). La RCADS cuenta con una versión abreviada de 30 ítems que incluye cinco ítems por subescala (RCADS-30; Sandín *et al.*, 2010). Ha mostrado propiedades psicométricas similares a la versión original, suponiendo un instrumento más breve y eficiente que respeta la estructura factorial original (Piqueras, Pineda, Martín-Vivar y Sandí, 2017). En este trabajo se extrajeron las puntuaciones de la RCADS-30 a partir de los ítems correspondientes de la RCADS original. Así, en nuestra muestra la RCADS-30 mostró los siguientes valores: TAS (0,68), FS (0,77), TAG (0,73), TP (0,79), TOC (0,67), TDM (0,73) y total de la escala ( $\alpha=0,90$ ).
- b) "Escala de respuestas rumiativas" (*Ruminative Responses Scale*; RRS, Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) versión española de Hervás (2008). Esta escala evalúa la presencia del estilo de respuesta rumiativo, es decir, valora la presencia de un patrón de respuesta que consiste en una excesiva focalización en las causas y consecuencias de los síntomas depresivos. Para este estudio se empleó una modificación posterior realizada por Treynor *et al.* (2003). Esta versión permite identificar dos factores de rumiación: reflexión (reflection), que se relaciona con el análisis de las experiencias vividas y "brooding" o rumiación negativa, relacionada con el sentimiento negativo focalizado en el malestar experimentado y en una evaluación negativa de sí mismo. La escala RRS consta de 22 ítems con una escala tipo Likert de 1 a 4 puntos desde "casi nunca" a "casi siempre". El estilo rumiativo se obtiene a partir de los 22 ítems, mientras que las subescalas de Reflexión y Rumiación negativa están formadas por 5 ítems cada una de ellas. Así, en este estudio la consistencia interna de las puntuaciones fue la siguiente: Total de la escala (0,93), Rumiación negativa (0,78) y Reflexión (0,73).
- c) "Escala de perfeccionismo infantil y adolescente" (*Child and Adolescent Perfectionism Scale*; CAPS, Donaldson, Spirito y Farnett, 2000) versión española de Castro-Fornieles *et al.* (2004). Es un cuestionario de 22 ítems con buenas propiedades psicométricas, que incluye dos subescalas: perfeccionismo orientado a uno mismo (tener normas exigentes para uno mismo, evaluar la

propia conducta severamente y luchar para lograr la perfección y evitar el fracaso) y perfeccionismo socialmente orientado (creer que los demás tienen normas excesivamente elevadas respecto a uno y que le evaluarán rigurosamente). En el presente estudio la consistencia interna de las puntuaciones fue la siguiente: 0,83 para el total 0,81 perfeccionismo socialmente orientado y 0,71 perfeccionismo orientado hacia sí mismo.

### *Procedimiento*

Se contactó con diferentes institutos de la provincia de Almería. Tras la aprobación por parte de la dirección de los centros, se procedió a solicitar el permiso para su realización en la Delegación de Educación de Almería y se remitió a los padres un consentimiento informado para autorizar la participación de sus hijos. Los cuestionarios fueron contestados de manera grupal, voluntaria y anónima en el aula. El tiempo medio de aplicación fue de 20-30 minutos.

### *Análisis de datos*

En primer lugar, se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach de las escalas y de sus factores, para poder aportar estimaciones de la consistencia interna de las puntuaciones en nuestra muestra. Tras estos análisis, se calcularon las correlaciones entre las variables de estudio. También se interpretaron las magnitudes de las asociaciones siguiendo los criterios de Cohen (1988) según los cuales se considera un tamaño de relación pequeño cuando éste es menor o igual a 0,10, medio cuando está en torno a 0,30 y grande cuando es igual o mayor a 0,50 (Cohen, 1988; Lipis y Wilson, 2001). Como paso previo a los diferentes análisis de regresión se analizaron las correlaciones entre todas las variables predictoras o independientes, con el fin de comprobar que dichas correlaciones bivariadas eran menores a 0,70 y poder así descartar la existencia de multicolinealidad (Tabachnick y Fidell, 1996). Por último, para establecer el valor predictivo de las variables consideradas en el trabajo, se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple jerárquica, tomando como variables criterio cada una de las subescalas del RCADS (versión de 47 y 30 ítems) y su puntuación total. En el primer bloque se introdujeron las variables sociodemográficas (sexo y edad), en el segundo bloque las dimensiones o escalas de perfeccionismo y de rumiación. De este modo se pudo examinar la contribución de las variables de estudio (dimensiones de perfeccionismo y rumiación) que se introdujeron posteriormente en la ecuación. También se pudo establecer si se produjo un incremento significativo en la varianza explicada del criterio cuando se introduce el segundo bloque de variables en la ecuación. Es decir, con este tipo de análisis se trató de establecer la contribución específica de las variables objeto del estudio (perfeccionismo y rumiación), una vez controlado el efecto de las variables sociodemográficas. El nivel de significación estadística requerido en todas las pruebas ha sido de  $p < 0,05$ . Por último, se incluyó el coeficiente  $sr^2$  de cada variable predictora, o coeficiente de correlación semiparcial, calculado a partir de las correlaciones semiparciales. Este coeficiente informa de la correlación entre la

variable criterio y las variables predictoras eliminando el efecto del resto de predictoras sobre el criterio, de modo que se interpreta como el porcentaje de varianza explicada de cada variable una vez controlado el efecto del resto de variables.

## Resultados

### *Asociación de la sintomatología general con perfeccionismo y rumiación*

Las dimensiones de perfeccionismo y rumiación y las puntuaciones totales correlacionaron positivamente con la sintomatología ansioso depresiva general según el RCADS. Las magnitudes fueron grandes para la asociación del RCADS total con la puntuación total de rumiación y las dimensiones *Reflexión* y *Rumiación negativa*, mientras que fueron medianas con el *perfeccionismo*. Con las puntuaciones de la versión corta del RCADS (RCADS-30) se hallaron resultados prácticamente idénticos (tabla 1).

**Tabla 1**

Correlaciones entre sintomatología depresiva y ansiosa con rumiación y perfeccionismo

	TAS	FS	TAG	TP	TOC	TDM	Total	RCADS
CAPS								
Perfeccionismo orientado hacia sí mismo	0,12* 0,09	0,31** 0,29**	0,25** 0,27**	0,12* 0,15**	0,31** 0,30**	0,10 0,10	0,26** 0,29**	RCADS-47 <sup>a</sup> RCADS-30 <sup>b</sup>
Perfeccionismo socialmente orientado	0,08 0,07	0,16** 0,13*	0,22** 0,20**	0,27** 0,27**	0,30** 0,25**	0,26** 0,23**	0,29** 0,27**	RCADS-47 RCADS-30
Puntuación total	0,11* 0,09	0,27** 0,24**	0,27** 0,27**	0,23** 0,25**	0,36** 0,32**	0,22** 0,20**	0,32** 0,32**	RCADS-47 RCADS-30
RRS								
Rumiación negativa	0,29** 0,27**	0,54** 0,54**	0,51** 0,45**	0,51** 0,49**	0,39** 0,39**	0,60** 0,62**	0,64** 0,64**	RCADS-47 RCADS-30
Reflexión	0,24** 0,20**	0,42** 0,40**	0,40** 0,35**	0,48** 0,46**	0,34** 0,34**	0,50** 0,51**	0,54** 0,52**	RCADS-47 RCADS-30
Puntuación total	0,33** 0,28**	0,54** 0,54**	0,52** 0,45**	0,58** 0,57**	0,45** 0,44**	0,69** 0,70**	0,70** 0,69**	RCADS-47 RCADS-30

Notas: CAPS= *Child and Adolescent Perfectionism Scale*; RRS= *Ruminative Responses Scale* (Hervás, 2008); RCADS= *Revised Child Anxiety and Depression Scale*; TAS= trastorno de ansiedad de separación; FS= fobia social; TAG= trastorno de ansiedad generalizada; TP= pánico y/o agorafobia; TOC= trastorno obsesivo compulsivo; TDM= trastorno depresivo mayor. <sup>a</sup>Se presentan valores para las subescalas y el total de la versión de 47 ítems del RCADS; <sup>b</sup>se presentan valores para la subescala y el total de la versión de 30 ítems del RCADS. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

En la tabla 2 aparecen los resultados referentes a los análisis de regresión múltiple de tipo jerárquico donde han sido introducidas las variables tomando como criterio la puntuación total del RCADS (y el RCADS-30) y cada una de las subescalas de ansiedad y depresión.





		RCADS-47															
VC	V	Paso 1				Paso 2				Paso 1				Paso 2			
		B	ETB	$\beta$	$r^a$	B	ETB	$\beta$	$r^a$	B	ETB	$\beta$	$r^a$	B	ETB	$\beta$	$r^a$
TDM	Edad	0,14	0,18	0,04	0,04	0,04	0,15	0,01	0,01	0,14	0,10	0,08	,08	0,08	0,08	0,05	0,05
	Sexo	2,10	0,54	0,22***	0,22	0,05	0,46	0,01	0,01	1,04	0,30	0,20***	,20	-0,12	0,25	-0,02	-0,02
	PAO					-0,06	0,04	-0,08	-0,07					-0,03	0,02	-0,08	-0,07
	PSO					0,08	0,03	0,12*	0,11					0,03	0,02	0,09	0,07
	Reflex					0,18	0,08	0,14*	0,10					0,10	0,04	0,15*	0,10
	Rumi					0,58	0,08	0,49***	0,34					0,34	0,04	0,51***	0,36
	R <sup>2</sup>						0,39										0,40
	F						7,86***										34,33***

Notas: VC= variable predictor; VP= variable predictora. RCADS-47= Revised Child Anxiety and Depression Scale-47; RCADS-30= Revised Child Anxiety and Depression Scale-30; total= puntuación total de RCADS; TAS= trastorno de ansiedad por separación; FS= fobia social; TAG= trastorno de ansiedad generalizada; TP= pánico y/o agorafobia; TOC= trastorno obsesivo compulsivo; TDM= trastorno depresivo mayor; CAPS= Child and Adolescent Perfectionism Scale; PAO= perfeccionismo auto-orientado de CAPS; PSO= perfeccionismo socialmente orientado de CAPS; RSS= Ruminative Responses Scale; Reflex= subescala de reflexión del RSS; Rumi= subescala de rumiación negativa del RSS. <sup>a</sup>Correlación semiparcial. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

En primer lugar, la contribución del bloque de variables sociodemográficas fue significativo en el modelo para el RCADS total, de forma idéntica en ambas versiones del RCADS (7% varianza total explicada;  $p=0,001$ ). Con la inclusión del segundo bloque de variables relativas a las puntuaciones de perfeccionismo y rumiación, se produjo un aumento significativo de la varianza explicada de un 39% ( $p=0,001$ ). Los resultados del análisis de regresión jerárquica con el RCADS original ponen de manifiesto que el modelo para la puntuación total explica el 46% de varianza total explicada de la sintomatología de ansiedad y depresión general, relacionándose significativamente con la edad ( $sr^2=1,2\%$ ), el *Perfeccionismo orientado hacia sí mismo* ( $sr^2=0,8\%$ ), la *Reflexión* ( $sr^2=1,44\%$ ) y la *Rumiación negativa* ( $sr^2=11,56\%$ ). Los datos con el RCADS-30 fueron similares (véase tabla 2).

#### *Asociación de los diferentes tipos de trastornos con perfeccionismo y rumiación*

La contribución del bloque de variables sociodemográficas fue significativa en todos los modelos (entre el 4% y el 9% de la varianza total explicada), excepto para el TOC. La inclusión del segundo bloque con las dimensiones de perfeccionismo y rumiación produjo un aumento significativo de la varianza explicada total en todos los modelos (TDM=34%, FS=29%; TP=27%, TOC=24%, TAG=23% y TAS 7%).

Así, el modelo para el TAS explicó el 13% de varianza total explicada, siendo significativas las contribuciones de las variables edad ( $sr^2=2,89\%$ ) y *Rumiación Negativa* ( $sr^2=1,3\%$ ). El modelo para la FS explicó el 37% de la varianza, mostrando asociación significativa con edad ( $sr^2=2,25\%$ ), *Perfeccionismo orientado hacia sí mismo* ( $sr^2=4,84\%$ ) y *Rumiación Negativa* ( $sr^2=9\%$ ). El modelo para el TAG explicó el 30% de varianza total, hallándose asociación significativa con *Perfeccionismo orientado hacia sí mismo* ( $sr^2=1,44\%$ ) y *Rumiación negativa* ( $sr^2=7,84\%$ ). El modelo predictivo para el TP explicó un 31% de varianza total, mostrando asociación *Perfeccionismo socialmente orientado* ( $sr^2=1,44\%$ ), *Rumiación negativa* ( $sr^2=5,29\%$ ) y *Reflexión* ( $sr^2=2,56\%$ ). Para el TOC, el modelo explicó el 25% de varianza total. Las variables asociadas a esta sintomatología fueron: Sexo ( $sr^2=1,44\%$ ); *Perfeccionismo orientado hacia sí mismo* ( $sr^2=2,56\%$ ) y *Rumiación Negativa* ( $sr^2=3,61\%$ ). Por último, la depresión mayor fue explicada por el modelo en un 39%, mostrándose una asociación significativa con *Perfeccionismo socialmente orientado* ( $sr^2=1,21\%$ ), *Rumiación negativa* ( $sr^2=11,56\%$ ) y *Reflexión* ( $sr^2=1\%$ ). Como puede observarse en la tabla 2, los datos con la RCADS-30 fueron similares.

En resumen, los resultados del análisis de regresión jerárquica ponen de manifiesto que la única variable que mantuvo en todos los modelos fue *Rumiación negativa*, con porcentajes de varianza explicada entre el 1,3% y el 5,29% para TAS, Pánico y TOC; con varianzas explicadas en torno al 8-9% para FS y TAG; y porcentajes de varianza de casi el 12% para depresión mayor). La otra dimensión de la rumiación (*Reflexión*) solo se mantuvo en el modelo del pánico y en la depresión mayor, si bien explica en torno al 1-3% de la varianza.

El *Perfeccionismo orientado hacia sí mismo* se mantuvo en los modelos para

la FS, TAG y TOC, explicando en torno al 5%, 1% y 3% de la varianza, respectivamente. Por su parte el *Perfeccionismo socialmente orientado* se mostró asociado con pánico y depresión mayor (% varianza en torno al 1%).

La edad mostró una asociación negativa (a mayor edad menor sintomatología) en los modelos finales en el TAS y en la FS, si bien con un porcentaje de varianza explicada del 2-3%. La variable sexo únicamente se asoció con el TOC presentando mayor asociación con sexo masculino, si bien la magnitud de la asociación es pequeña (porcentaje de la varianza del 1,44%).

## Discusión

Este estudio tenía como objetivo principal analizarla relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y dos de los procesos psicopatológicos transdiagnósticos (rumiación y perfeccionismo) en adolescentes. Se esperaba hallar asociaciones significativas entre mayores puntuaciones de las dimensiones de ansiedad y depresión con elevadas puntuaciones en perfeccionismo y rumiación.

Al igual que otros estudios previos, los resultados muestran que tanto la rumiación (Aldao, 2012; Aldao *et al.*, 2010; Arditte *et al.*, 2016; Bijttebier *et al.*, 2015; Calmes y Roberts, 2007; Cova *et al.*, 2009; Muris *et al.*, 2004, Muris, Roelofs, Rassin, Franken y Mayer, 2005; Watkins, 2009) como el perfeccionismo (Egan *et al.*, 2010, 2012; Harvey, Ehlers y Clark, 2005) se relacionaron significativamente con las dimensiones de ansiedad y depresión., identificándose como factores transdiagnósticos en la sintomatología general de ansiedad y depresión. Sin embargo, tras controlar la influencia de variables sociodemográficas, solo el *Perfeccionismo orientado hacia sí mismo*, la *Reflexión*, y la *Rumiación negativa* mantienen dicha relación. Estos resultados apoyan la relación entre trastornos emocionales y estas variables transdiagnósticas. No obstante, la asociación con Reflexión puede considerarse una relación concurrente tan solo momentánea, ya que como señalan los autores, la reflexión podría considerarse una estrategia de regulación emocional adaptativa frente a la rumiación negativa, que tiene un carácter mucho más longitudinal en su relación con la sintomatología depresiva y se considera una estrategia de regulación emocional desadaptativa (Burwell y Shirk, 2007; Cova *et al.*, 2009; Moberly y Watkins, 2008; Muris *et al.*, 2004; Treynor *et al.*, 2003).

En cuanto a la asociación entre los diferentes tipos de sintomatología ansioso-depresiva, rumiación y perfeccionismo, no se halló la misma magnitud para todos los trastornos, de modo que se confirman los resultados hallados por estudios previos. Así, la rumiación se asoció en mayor grado con TDM (Cova *et al.*, 2007; Hankin, 2008; Hervás, 2008; Nolen-Hoeksema, 2000; Papadakis, Prince, Jones y Strauman, 2006; Salvador, Oliveira, Matos y Arnarson, 2015), FS (Harvey *et al.*, 2005; Jose, Wilkins y Spendelow, 2012; Kocovski, Endler, Rector y Flett, 2005; Salvador *et al.*, 2015) y Pánico (Drost *et al.*, 2014) y TAG (Watkins, 2009). También lo hizo con TAS y TOC (Drost *et al.*, 2014; Watkins, 2009), pero en menor medida. Estos resultados son congruentes con estudios recientes en los que la rumiación influye en la asociación con los distintos trastornos de ansiedad y depresión, suponiendo un factor de vulnerabilidad general para experimentar síntomas

emocionales (Arditte *et al.*, 2016; Bijttebier *et al.*, 2015; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011; Thomsen, 2006). Por otro lado, cuando la rumiación se divide en las dimensiones reflexión y rumiación negativa aparecen diferencias destacables.

La *Rumiación Negativa*, relacionada con una mayor asociación e influencia negativa para el desarrollo de este tipo de sintomatología de manera concurrente y longitudinal, se relacionó con todos los trastornos (especialmente con TDM, FS y TAG) mientras que la *Reflexión* lo hizo con Pánico y Depresión Mayor, con tamaños del efecto más pequeños, mostrando concordancia con estudios previos (Joorman, Dkane y Gotlib, 2006; Pimentel y Cova, 2011; Treynor *et al.*, 2003).

Por su parte, el perfeccionismo presentó una relación significativa con todos los trastornos evaluados en este estudio siendo congruente con el trabajo de Egan *et al.* (2010). El perfeccionismo orientado hacia sí mismo mostró una relación significativa con FS, TAG y TOC (Rodríguez-Jiménez, Blasco y Piqueras, 2014), mientras que el perfeccionismo socialmente orientado, considerado como el más desadaptativo (Frost, Heimberg, Holt, Mattia y Neubauer, 1993) estuvo relacionado, al igual que en estudios previos, con TDM (Flett *et al.* 2002; Hewitt *et al.*, 1996; Huggins, Davis, Rooney y Kane, 2008) y Pánico (Antony, Purdon, Huta y Swinson, 1998; Frost y Steketee, 1997; Iketani *et al.*, 2002). Estos resultados también concuerdan con otros estudios que analizan la importancia de la autocrítica tras el fracaso (Riley y Shafran, 2005) y apoyan la idea de la asociación entre el perfeccionismo orientado hacia sí mismo y el perfeccionismo socialmente orientado con mayores niveles de vergüenza y culpa tras el fracaso (Stoeber, Kempe y Keogh, 2008).

Respecto a la asociación con variables sociodemográficas, la edad fue una variable asociada con la sintomatología de TAS y FS, obteniéndose a mayor edad, menores puntuaciones. Este mismo efecto ha sido hallado por otros trabajos (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras, 2012), siendo la misma tendencia en FS más inconsistente. En este mismo estudio, el efecto encontrado es el contrario, los adolescentes más mayores presentaban mayor ansiedad social. En cualquier caso, en este estudio no se han examinado las diferencias en función de grupos de edad por lo que la comparación no es posible. Respecto al sexo, en nuestro estudio esta variable solo estuvo asociada con el TOC, y se relacionó ser varón con mayores puntuaciones en síntomas de TOC. Este hallazgo también es coherente con la literatura previa, hallando mayores puntuaciones en todos los trastornos de ansiedad y depresión entre las mujeres con la excepción del TOC donde no hay diferencias o incluso se invierte como en este caso (García-Olcina, Piqueras y Martínez-González, 2014; Orgilés *et al.*, 2012).

Por último, respecto al objetivo secundario de este estudio, en los análisis realizados las puntuaciones obtenidas a partir de la versión breve del RCADS (RCADS-30) se comportan de forma similar a las obtenidas con las escalas originales. Esto supone una evidencia a favor de su validez de criterio y equivalencia con el RCADS-47. Siendo, además, una escala más eficiente debido a que es más breve, requiere menos tiempo para su realización, respeta la estructura de la escala original y hace más viable su aplicación en el ámbito clínico e investigador. Estos resultados son consistentes con los trabajos previos que han

empleado esta versión abreviada (Chorot, Valiente, Magaz, Santed y Sandín, 2017; García-Olcina *et al.*, 2014; Sandín *et al.*, 2010).

Las limitaciones de este estudio que se deben tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados son varias. La primera limitación fue la aplicación de las pruebas a una muestra de adolescentes pertenecientes a institutos en zonas de clase media y media-alta sin analizar el nivel socioeconómico de la muestra de manera individual. En segundo lugar, la utilización del autoinforme pese a que numerosas investigaciones confirman su bondad psicométrica, puede presentar sesgos a la hora de su cumplimentación e interpretación para identificar emociones o conductas. A pesar de ser la manera más sencilla y rápida de recoger información, es conveniente tener en cuenta para futuros estudios la ampliación de la información obtenida con entrevistas estructuradas u otras medidas. Por último, la muestra fue tomada en institutos con población no clínica por lo que los resultados deben entenderse como posibles factores de riesgo ante la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Estos resultados no son extrapolables a población clínica.

En conclusión, este estudio sugiere la importancia de las respuestas rumiativas y perfeccionistas en la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva encontrándose como factores de riesgo, mantenimiento o intensificación de las patologías transdiagnósticos. Este hallazgo tiene implicaciones clínicas de cara a su consideración en el diseño de estrategias de prevención y tratamiento de todos estos trastornos, es decir, para ajustar programas de prevención y desarrollar estrategias transdiagnósticas para trastornos emocionales.

## Referencias

- Ahlen, J., Lenhard, F. y Ghaderi, A. (2015). Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: a meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. *The Journal of Primary Prevention*, *36*, 387-403.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, *12*, 525-532.
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: a closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*, 261-277.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *30*, 217-237.
- Antony, M., Purdon, C. L., Huta, V. y Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 1143-1154.
- Arditte, K. A., Shaw, A. M. y Timpano, K. R. (2016). Repetitive negative thinking: a transdiagnostic correlate of affective disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *35*, 181.
- Ashby, J. y Kottman, T. (1996). Inferiority as a distinction between normal and neurotic perfectionism. *Individual Psychology*, *52*, 237-245.
- Asseraf, M. y Vaillancourt, T. (2015). Longitudinal links between perfectionism and depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*, 895-908.
- Bijttebier, P., Raes, F., Vasey, M. W., Bastin, M. y Ehring, T. W. (2015). Assessment of Repetitive Negative Thinking in Children: the Perseverative Thinking Questionnaire-

- Child Version (PTQ-C). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 164-170.
- Burwell, R. y Shirk, S. (2007). Subtypes of Rumination in Adolescence: associations between Brooding, Reflection, Depressive Symptoms, and Coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 56-65.
- Calmes, C. y Roberts, J. (2007). Repetitive thought and emotional distress: rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 343-356.
- Castro-Fornieles, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B. y Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescence Health*, 35(3), 392-398.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. y Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 415-424.
- Chorot, P., Valiente, R.M., Magaz, A., Santed, M.A. y Sandin, B. (2017). Perceived parental child rearing and attachment as predictors of anxiety and depressive disorder symptoms in children: the mediational role of attachment. *Psychiatry Research*, 253, 287-295.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C. E., Umemoto, L. A. y Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM IV anxiety and depression in children: a Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835-855.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2ª ed.). In. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cova, F., Rincón G., P. y Melipillán A. R. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 24, 175-183.
- Cova, F., Rincón, P. y Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica*, 27, 155-160.
- Cummings, C.M., Caporino, N.E. y Kendall, P.C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140, 816-845.
- Donaldson, D, Spirito, A. y Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry and Human Development*, 31, 99-111.
- Drost, J., van der Does, W., van Hemert, A. M., Penninx, B. W. y Spinhoven, P. (2014). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: a conceptual replication. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 177-183.
- Egan, S.J., Wade, T.D. y Shafran, R. (2010). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212.
- Egan, S. J., Wade, T. D. y Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 279-294.
- Erskine, H., Moffitt, T., Copeland, W., Costello, E., Ferrari, A., Patton, G. y Scott, J. (2015). A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in youth. *Psychological Medicine* 45, 1551-1563.
- Ezpeleta, L., Guillamon, N., Granero, R., de la Osa, N., Domenech, J. M. y Moya, I. (2007). Prevalence of mental disorders in children and adolescents from a Spanish slum. *Social Science & Medicine*, 64, 842-849.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R. y Hewitt, P. L. (2009). Perfectionism, performance, and state positive affect and negative affect after a classroom test. *Canadian Journal of School Psychology*, 24, 4-18.

- Flett, G. L., Hewitt, P. L. y Cheng, W. M. W. (2008). Perfectionism, Distress, and Irrational Beliefs in High School Students: Analyses with an Abbreviated Survey of Personal Beliefs for Adolescents. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26, 194-205.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Besser, A., Su, C., Vaillancourt, T., Boucher, D. y Gale, O. (2016). The Child-Adolescent Perfectionism Scale: development, psychometric properties, and associations with stress, distress, and psychiatric symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34, 634-652.
- Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P.L. y Heisel, M. J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 33-47.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I. y Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality & Individual Differences*, 14, 119-126.
- Frost, R.O. y Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M. y Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: a meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 147-175.
- García-Olcina, M., Piqueras, J.A. y Martínez-González, A. E. (2014). Datos preliminares de la validación del Cuestionario de Detección vía Web para los trastornos emocionales (DETECTA-WEB) en adolescentes españoles. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1, 69-77.
- Hankin, B.L. (2008). Rumination and depression in adolescence: investigating symptom specificity in a multiwave prospective study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 1-13.
- Harvey, A., Ehlers, A. y Clark, D. (2005). Learning history in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 257-271.
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas llamativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 111-121.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. y Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 276-280.
- Huggins, L., Davis, M. C. Rooney, R. y Kane, R. (2008). Socially prescribed and self-oriented perfectionism as predictors of depressive diagnosis in preadolescents. *Journal of Psychologist and Counsellors in Schools*, 18, 182-194.
- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N. y Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism and agoraphobia in patients with panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 119-128.
- Jose, P. E., Wilkins, H. y Spindel, J. S. (2012). Does social anxiety predict rumination and co-rumination among adolescents? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 86-91.
- Joorman, J., Dkane, M. y Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37, 269-280.
- Kocovski, N. L., Endler, N. S., Rector, N. A. y Flett, G. L. (2005). Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behavioral Research Therapy*, 43, 971-984.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E. y Cook, W. (2006). Rumination in adolescents at risk for depression. *Journal of Affective Disorders*, 96, 39-47.

- Layard, R. (2012). *How mental illness loses out in the NHS*. London: The London School of Economics and Political Science.
- Lipsey, M. y Wilson, D. (2001). *Practical Meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- McLaughlin, K. A. y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 186-193.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L. y Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*, 980-989.
- Moberly N.J. y Watkins E.R. (2008). Ruminative self-focus and negative affect: an experience sampling study. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*, 314-323.
- Morris, L. y Lomax, C. (2014). Review: assessment, development, and treatment of childhood perfectionism: a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, *19*, 225-234
- Muris, P., Roelofs, J., Meesters, C. y Boomsma, P. (2004). Rumination and worry in nonclinical adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, *28*, 539-554.
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I. y Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, *39*, 1105-1111.
- Navarro, I. y García-Villamizar, D. A. (2014). Impacto de la sintomatología interiorizada y de las funciones ejecutivas en el rendimiento académico en educación primaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *19*, 117-127
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. y 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*, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response styles theory. In C. Papa Georgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment* (pp. 107-124). New York: Wiley.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L. y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *5*, 115-120.
- Papadakis, A. A., Prince, R. P., Jones, N. P. y Strauman, T. J. (2006). Self-regulation, rumination, and vulnerability to depression in adolescent girls. *Development Psychopathology*, *18*, 815-829.
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petron, S., Reavley, N., Taiwo, K., Waldfoegel, J., Wickremarathne, D., Barroso, C., Bhutta, Z., Fatusi, A. O., Mattoo, A., Diers, J., Fang, J., Ferguson, J., Ssewamala, F. y Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, *387*, 2423-2478.
- Perez-Edgar, K. y Fox, N. A. (2005). Temperament and anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *14*, 681-706.
- Pimentel, M. y Cova, F. (2011). Efectos de la Rumiación y la Preocupación en el Desarrollo de Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, *29*, 43-52

- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. y Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Piqueras, J.A., Martín-Vivar, M., Sandín, B., San Luis, C. y Pineda, D. (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale: a systematic review and reliability generalization meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 153-169.
- Piqueras, J.A., Pineda, D., Martín-Vivar, M. y Sandín, B. (2017). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale-30 (RCADS-30) in clinical and non-clinical samples. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 183-196.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. y Rohde, L. A. (2015). Annual research review: a meta analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 345-365.
- Riley, C. y Shafran, R. (2005). Clinical perfectionism: a preliminary qualitative analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 369-374.
- Rodríguez-Jiménez, R., Blasco, L. y Piqueras, J. A. (2014). Relación entre subtipos de sintomatología obsesivo compulsiva y de perfeccionismo en adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 203-217.
- Salvador, M. C., Oliveira, S. A., Matos, A. P. y Arnarson, E. (2015, Septiembre). *A silent pathway to depression: social anxiety and emotion regulation as predictors of depressive symptoms*. Paper presented at the GAI International Academic Conferences (p. 328), En GAI International Academic Conferences Proceedings, Praga, República Checa. Disponible en: <http://www.globalacademicinstitute.com/wp-content/uploads/2015-prague-conference-proceedings.pdf>
- Sánchez-Hernández, O. y Méndez, F. X. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19, 63-76.
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 181-184.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en Psicología Clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203.
- Sandín, B., Valiente, P. y Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 193-206.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Chorpita, B.F. (2010). Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 165-178.
- Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. A. y Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46, 11-26.
- Stoeber, J., Kempe, T. y Keogh, E. J. (2008). Facets of self-oriented and socially prescribed perfectionism and feelings of pride, shame and guilt following success and failure. *Personality and Individual Differences*, 44, 1506-1516.
- Tabachnick, B.G. y Fidell, L.S. (1996). *Using multivariate statistics* (3ª ed.). Nueva York, NY: Harper Collins College Publisher.
- Thomsen, D. (2006). The association between rumination and negative affect: A review. *Cognition and Emotion*, 20, 1216-1235.
- Treynor, W., González, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.

Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27, 160-175.

RECIBIDO: 11 de febrero de 2017

ACEPTADO: 20 de junio de 2017