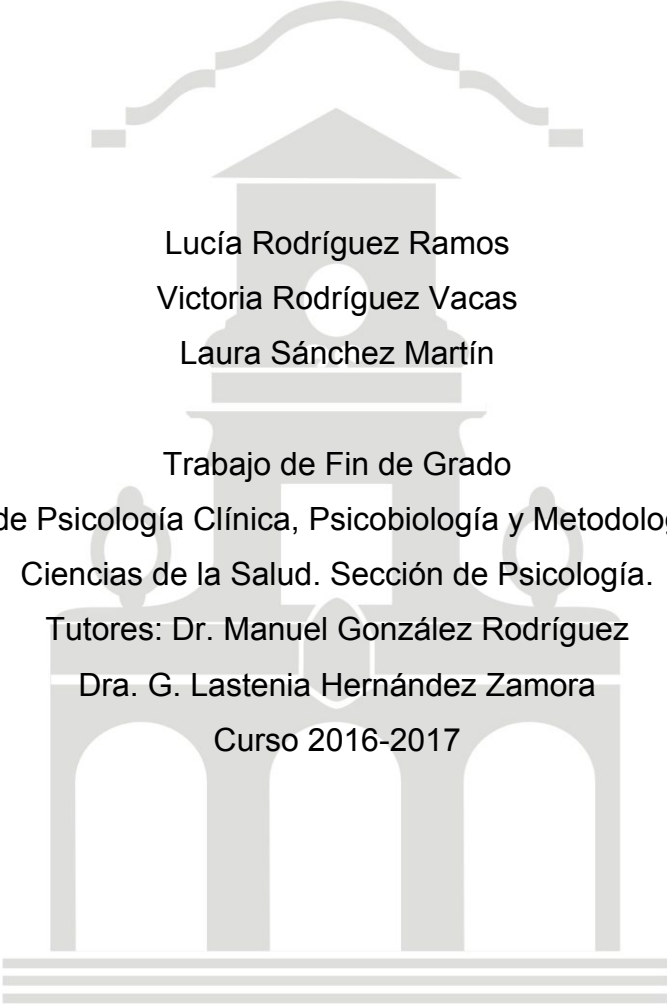


La tendencia a la preocupación y la rumiación como variables transdiagnósticas relacionadas con trastornos emocionales en adolescentes: Un estudio correlacional y de concordancia entre padres e hijos/as



Lucía Rodríguez Ramos

Victoria Rodríguez Vacas

Laura Sánchez Martín

Trabajo de Fin de Grado

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología. Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Psicología.

Tutores: Dr. Manuel González Rodríguez

Dra. G. Lastenia Hernández Zamora

Curso 2016-2017

Resumen:

La preocupación y la rumia son dos de las variables transdiagnósticas que se encuentran presentes en la mayoría de los trastornos emocionales en adolescentes. Este estudio correlacional y de concordancia entre padres e hijos/as se ha llevado a cabo con una muestra N= 303 adolescentes y N= 177 adultos padres de la isla de Tenerife y Gran Canaria. Los datos se analizaron mediante el Coeficiente de correlación r de Pearson, pruebas t de Student, ANOVAs pos-hoc (método Bonferroni) y regresión jerárquica. Se constata que la rumia y la preocupación son variables transdiagnósticas para el Trastorno Depresivo Mayor, el Trastorno de Pánico, la Fobia Social, la Ansiedad de separación, el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Además, las variables de estudio, conjuntamente con el cariño y la hostilidad de los padres percibidos por los hijos, predicen la psicopatología general y la satisfacción con la vida de los adolescentes. Se han considerado variables sociodemográficas como el género, la isla, el municipio y el tipo de centro. Así mismo, se han tenido en cuenta las variables de los padres para conocer la posible influencia de éstas sobre los hijos. Estos resultados se discuten considerando el modelo teórico de la Teoría de Estilos de Respuesta, y el modelo teórico de la preocupación.

Palabras clave: Adolescentes, Preocupación, Rumiación, Transdiagnóstico, Trastornos emocionales.

Abstract:

The worry and rumination are two of the transdiagnostic variables present in most of the teenagers emotional disorders. This correlation and concordance study between parents and children is carried out with a sample N = 303 teenagers and N = 177 adult parents from the Island of Tenerife and Gran Canaria. The study data were analyzed using the correlation coefficient r of Pearson, ANOVAs, Student t tests post-hoc (Bonferroni method) and hierarchical regression. It is verified that rumination and worry are

transdiagnostic variables for major depressive disorder, panic disorder, Social phobia, separation anxiety, generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. In addition, the variables of the study, together with the affection and hostility of the parents perceived by the children, predict general psychopathology and the satisfaction with teenagers' life. Socio-demographic variables such as gender, the island, the municipality and the type of Center have been considered. Likewise, parents variables have been kept in mind to determine the possible influence on their children. These results are discussed considering the theoretical model of Response Styles Theory, and theoretical model of worry.

Key words: Teenagers, Trait worry, Rumination, Transdiagnostic, Emotional disorder.

La adolescencia es un periodo de transición caracterizado por transformaciones físicas, cognitivas, sociales y emocionales, que muchas veces se traducen en un enfoque de vulnerabilidad en el desarrollo y en el bienestar (Días, Bastos, Marzo y García del Castillo, 2015). Esta etapa evolutiva, constituye uno de los periodos óptimos para el estudio de los trastornos emocionales, tales como la depresión, debido al considerable aumento de las tasas de prevalencia que tiene lugar en esta etapa evolutiva (Hankin y Abela, 2005; Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee, y Angell, 1998). Del mismo modo, existe una mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad, ya sea por la mayor exigencia académica, los diversos cambios físicos, psicológicos, hormonales de la pubertad o por la creciente interacción con los iguales (Aláez, Martínez-Arias, y Rodríguez-Sutil, 2000).

La perspectiva psicopatológica transdiagnóstica permite entender los trastornos emocionales desde una óptica más dimensional, a partir de la convergencia de diferentes procesos psicológicos comunes en los trastornos emocionales (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

Este enfoque fue propuesto por primera vez para los trastornos alimentarios. El modelo propuso que existían ciertos mecanismos psicopatológicos nucleares o comunes a todos los trastornos alimentarios, que interaccionaban con otros procesos más genéricos (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003).

Años más tarde, Norton partió de la premisa transdiagnóstica de que existía una vulnerabilidad temperamental común o transdiagnóstica a través de todos los trastornos de ansiedad y de depresión (p. ej., el afecto negativo), para llevar a cabo el primer ensayo clínico aleatorizado aplicando Terapia Cognitivo Conductual transdiagnóstica (Norton, 2012).

Los síntomas y trastornos de ansiedad y depresión son, con mucho, los problemas psicológicos más prevalentes, tanto en adultos como en adolescentes. Partiendo del sistema de clasificación y diagnóstico actual más utilizado en España y en todos los países occidentales, el DSM-5 (APA, 2013), al menos se reconocen los siguientes siete tipos de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Trastorno de Ansiedad de Separación, Trastorno de Pánico, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Fobia Específica, Fobia Social, Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno Obsesivo-Compulsivo. La mayor parte de los estudios epidemiológicos sugieren que los miedos y las fobias, la Ansiedad de Separación, el Trastorno de Pánico, el Trastorno de Ansiedad Generalizada y la depresión son fenómenos muy comunes en los niños y adolescentes, con tasas de prevalencia que superan cada uno el 5% de la población infantojuvenil (Echeburúa y de Corral, 2009; Méndez, Orgilés y Espada, 2009, Sandín, 1997, 2008).

Los síntomas subclínicos de estos trastornos, que se dan en niños y adolescentes, que nunca han sido clínicamente diagnosticados, se encuentran en más del 30% de la población. Otros síntomas o síndromes, como los relacionados con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo o el Trastorno de Estrés Postraumático, son menos frecuentes en la población infantojuvenil. Otro aspecto importante a resaltar es la elevada comorbilidad que se da entre los

Trastornos de Ansiedad y el Trastorno Depresivo Mayor, con tasas comunes situadas en torno al 40% (Vallance y Garralda, 2008).

Recientemente, una de las variables que ha recibido atención como constructo transdiagnóstico, son los pensamientos negativos repetitivos (PNR), que se consideran factores de vulnerabilidad cognitiva para diversos trastornos emocionales, así como un factor de riesgo común o transdiagnóstico que explicarían las elevadas tasas de comorbilidad. Se definen como “pensamientos repetitivos sobre uno o más temas negativos, que se experimentan como difíciles de controlar e implican una actividad cognitiva atenta, perseverante, frecuente, y relativamente incontrolable que se centran en los aspectos negativos del yo y el mundo” (Ehring y Watkins, 2008).

Los constructos que tienen un elemento común con pensamientos negativos repetitivos, entre otros, son la rumiación, la preocupación rasgo, los pensamientos intrusos y los obsesivos (LoSavio, Dillon y Resick, 2017). En este sentido, se ha constatado que, tanto en adolescentes como en adultos, entre la aparición de síntomas depresivos y la ansiedad se presentaba como variable mediadora la rumiación y la tendencia a la preocupación, respectivamente. Por lo tanto, la rumiación es una dimensión sintomática que no solo está presente en los trastornos de ansiedad y depresión, sino que su presencia, incrementa la probabilidad de que, en un plazo de tiempo relativamente breve, aparezcan síntomas del otro grupo de trastornos (McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011).

Según la Teoría de los Estilos de Respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991), la rumiación se define como “un patrón de pensamientos y conductas repetitivas que centran la atención en uno mismo, en los síntomas depresivos y en sus causas, significados y consecuencias de estos síntomas, en lugar de centrarse de manera activa en una solución para resolver las circunstancias que rodean esos síntomas” (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Esta teoría afirma que, la forma en que las personas responden a los primeros síntomas depresivos, podría ser un factor de vulnerabilidad a la depresión.

En distintas investigaciones revisadas se considera a la rumiación como un constructo bidimensional constituida por dos factores: la reflexión y los reproches. *La reflexión* se define como un proceso introspectivo cuyo propósito es participar en la solución de problemas cognitivos para aliviar el estado de ánimo bajo; *los reproches* se centran en la rumiación negativista sobre uno mismo y las situaciones, realizando una comparación pasiva de la situación actual con algún estándar no alcanzado (Thanoi, y Klainin-Yobas, 2015; Treynor, González y Nolen-Hoeksema, 2003). A estas dos dimensiones se las considera tipos de rumia diferentes; por un lado, los reproches son una estrategia disfuncional y se asocian a niveles más elevados de depresión, tanto al inicio como a largo plazo; por otro lado, la reflexión es una estrategia funcional y se asocia a una mayor depresión inicial, pero a una menor depresión a largo plazo (Treynor et al., 2003).

Otra variable transdiagnóstica relacionada con los trastornos emocionales en adolescentes es la *tendencia a la preocupación*, que se define como “una cadena de pensamientos, que se puede presentar como una actividad lingüística verbal o a través de imágenes (fundamentalmente las primeras) cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolables”. El proceso de preocupación representa un intento de solución mental de problemas sobre un tema cuyo resultado es incierto, aunque conlleva la posibilidad de una o más consecuencias negativas. Por lo tanto, la preocupación está muy relacionada con el proceso del miedo (Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree, 1983). Las preocupaciones son habituales a lo largo del ciclo vital, sin embargo, estas varían a lo largo del mismo. Las preocupaciones más habituales en los adolescentes son el desempeño académico o deportivo, las relaciones con los iguales y el daño físico. Por lo que se refiere a las personas adultas, los temas más recurrentes son los que representan responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de los familiares, el fracaso de sus hijos/as y otras cuestiones menores. Las personas mayores se suelen preocupar más por su salud (González, Ibáñez, Peñate y Puntons, 2011).

Al igual que la rumia, la preocupación es una característica central del Trastorno de Ansiedad Generalizada, pero también de otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Boelen, Reijntjes, y Smid, 2016; González, Ibáñez y Cubas, 2006; McEvoy y Brans, 2013). Son pensamientos perseverantes, en los que se centra la atención en lo negativo, y suponen déficits en desempeño personal, concentración y atención, son factores de riesgo tanto para la depresión como para la ansiedad, interfieren en la solución de problemas, y utilizan el proceso cognitivo de orientación negativa al problema (Watkins, Moulds y Mackintosh, 2005).

Tanto la tendencia a la preocupación como la rumiación, constituyen dos procesos distintos (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008). Por un lado, la preocupación presenta asociaciones con la ansiedad, se centra en eventos futuros, en posibles amenazas; se relaciona más con la resolución del problema, así como con la evitación del contenido amenazante. Por otro lado, la rumia se centra en los sucesos del pasado y el fracaso; en temas de pérdida, significado y autoestima; además implica una relevancia del contenido para la persona con una necesidad de comprender; y se la relaciona con la depresión (McLaughlin, Borkovec y Sibrava, 2007).

A lo largo de las diferentes investigaciones se han encontrado resultados dispares en cuanto a las diferencias de género y momento evolutivo respecto a los estilos de respuesta. A la hora de interpretar los resultados de nuestra investigación, tomaremos en consideración la variable “género”.

La Teoría de Estilos de Respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991) postula que la causa de una mayor prevalencia de los trastornos depresivos en las mujeres es debido a que parecen ser más proclives al estilo de respuesta rumiativo. Por otro lado, las mujeres puntúan más alto en depresión, orientación negativa al problema y reproches (Hasegawa, Hattori, Nishimura y Tanno, 2015). Según Serra y Irizaray-Robles (2015), las diferencias de género en el estilo de respuesta rumiativo, son claras a partir de la adolescencia y la adultez debido a la influencia de las variables de autoeficacia y escolaridad; a mayor nivel de autoeficacia y de escolaridad, menos sintomatología depresiva. En esta

investigación, llevada a cabo con una muestra de población puertorriqueña, los hombres presentaban un mayor nivel de autoeficacia y de escolarización que las mujeres. Sin embargo, en personas mayores no se encontraron diferencias en depresión por género (Serra y Irizaray-Robles, 2015). Por el contrario, en otras investigaciones no se encontraron diferencias por género en rumiación, reproches y reflexión (González, Ibáñez y Barrera, 2017; Watkins, 2009). En un estudio de metaanálisis los resultados indicaron un tamaño de efecto pequeño pero significativo entre los estudios en relación al género, para la rumiación ($d = 0,24$), para los reproches ($d = 0,19$) y la reflexión ($d = 0,17$) (Johnson y Whisman, 2013). Estos resultados parecen ser limitados en su magnitud, indicando que la Teoría de los Estilos de Respuesta no está apoyada por estos metaanálisis (Johnson y Whisman, 2013).

Otros autores, como Sandín, Valiente y Chorcot (2009), han investigado las diferencias por género en cuanto a los trastornos en adolescentes. En su estudio, en el que proporcionan una evidencia empírica para la validación de la versión española de la psicopatología general (RCADS), se han constatado diferencias significativas entre chicos y chicas para las subescalas de la RCADS: Trastorno de Depresión Mayor (TDM), Fobia Social (FS), Trastorno de Ansiedad de Separación (TAS), y Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), así como también para la puntuación total en la escala. En todas las variables anteriores, así como en el total de la escala, las chicas han obtenido una puntuación media más elevada. No obstante, y a pesar de las diferencias significativas encontradas, debemos destacar que el impacto del sexo sobre estas puntuaciones es bajo, al menos tal y como se desprende de los valores en el tamaño del efecto (Sandín et al., 2009).

Se han propuesto numerosos factores para explicar las diferencias de género en depresión, tales como el padecimiento de un mayor número de eventos estresantes en la adolescencia (como vienen a ser los cambios en la imagen corporal o el aumento del riesgo de abusos sexuales) (Nolen-Hoeksema, 1994). Así, en una investigación con adolescentes, encontraron que las chicas puntuaron más alto en reflexión que los chicos, pero no en

reproches (Burwell y Shirk, 2007).

El efecto de la influencia transgeneracional es otro factor a tener en cuenta. En esta línea de investigación, en los últimos estudios no se han encontrado evidencias de que exista un efecto transgeneracional en el Trastorno de Ansiedad Generalizada. En un estudio comparan a niños con Trastorno de Ansiedad Generalizada con niños no ansiosos en variables cognitivas de preocupación, intolerancia a la incertidumbre, creencias positivas y negativas sobre la preocupación, orientación negativa al problema y evitación cognitiva. Los padres de ambos grupos también son comparados. Pues bien, los padres de niños ansiosos no presentaron diferencias en estas variables cognitivas con respecto a padres de niños no ansiosos. Puede que en este caso se haya dado un efecto de deseabilidad social en los padres, por el hecho de que ellos acuden buscando tratamiento para sus hijos. También puede ser que ciertamente no exista un efecto transgeneracional, por lo que, son necesarios más estudios en relación a los padres y a la transmisión de su preocupación, antes de poder concluir con firmeza que dicho efecto no existe (Donovan, Holmes y Farrell, 2016). En otro estudio se observó una correlación de .16, no estadísticamente significativa entre la preocupación rasgo de los padres y la tendencia a la preocupación de los hijos (Donovan, Holmes, Farrell y Hearn, 2017).

Son muchas las investigaciones centradas en relacionar estilos educativos con diversas psicopatologías, tales como la depresión, la ansiedad, el Trastorno de Angustia, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y la hostilidad.

En un estudio de revisión entre las pautas y los estilos de crianza y el desarrollo socioafectivo durante la infancia y adolescencia concluyen que, la familia, puede ser un elemento clave en la prevención de problemas de salud mental en la infancia, tales como, depresión, agresividad, baja autoestima y ansiedad, entre otras (Cuervo, 2010). Las familias democráticas, promovían afrontamientos adaptativos y protectores ante la depresión y la soledad, mientras que las familias autoritarias generaban inseguridad, afrontamientos desadaptativos y depresión (Richard de Minzi, 2005). Asimismo, otros autores

encontraron que bajos niveles de calidez emocional y altos niveles de rechazo, control e inconsistencia por parte de los padres correlacionaron con altos niveles de ira y hostilidad entre los adolescentes (Muris, Meesters, Morren y Moorman, 2004). Finalmente, Gracia, Lila y Musitu (2005) encontraron relación entre el rechazo parental percibido por el hijo y síntomas de ansiedad, depresión, aislamiento social, autoestima negativa, problemas somáticos, agresividad y conducta disocial.

Los objetivos de este trabajo son, 1) conocer las relaciones de la tendencia a la preocupación y la rumiación con trastornos emocionales y satisfacción con la vida en adolescentes 2) conocer la influencia intergeneracional de padres a hijos entre el rasgo de preocupación de los padres y la tendencia a la preocupación en los hijos; 3) conocer la existencia de diferencias entre las variables sociodemográficas (género, isla, municipio y centro escolar) en los trastornos psicopatológicos y satisfacción con la vida en adolescentes, además de la tendencia a la preocupación y la rumiación, 4) evaluar y conocer las relaciones entre el cariño y hostilidad percibido por los adolescentes y el expresado por los padres, 5) conocer las relaciones entre el cariño y la hostilidad percibido por los adolescentes y el expresado por los padres, con variables psicopatológicas y satisfacción con la vida de los adolescentes, 6) conocer que variables intrapersonales y contextuales predicen los trastornos emocionales y la satisfacción con la vida en adolescentes.

Método

Muestra

En esta investigación participaron adolescentes y adultos, padres e hijos, respectivamente.

Muestra de adolescentes

En este estudio participaron 303 adolescentes de los cuales 56,4% eran chicas y el 43,6% chicos, siendo la media de edad de 15,12 (Dt=1,53), la moda 16 y el rango 12-17 años. Un 8,1% asistían a 1º de Educación Secundaria

Obligatoria (E.S.O.), un 6,7% a 2º de la E.S.O., un 20,9% a 3º de la E.S.O., un 27,3% a 4º curso de la E.S.O., un 21,2% a 1º de bachillerato y un 15,8% a 2º de bachillerato. El 67% asistían a un centro público, 20,5% a centros concertados y 12,5% a centros privados. Por municipios, un 26,9% eran de Santa Cruz de Tenerife, 13,3% de Gran Canaria, 7,6% de La Laguna, 32,2% del Sur de la isla de Tenerife (Arona, Candelaria, Los Cristianos), y 19,9% del Norte (La Orotava, Los Realejos, Icod de los Vinos, Puerto de la Cruz; Santa Úrsula). Procedencia según isla, un 85,5% de Tenerife y un 13,5% de Gran Canaria.

Muestra de adultos

Participaron 177 adultos, padres de los adolescentes de la muestra anterior, donde un 80,8% eran madres y un 19,2% padres. La media de edad de los padres fue de 47,51 (Dt= 5,79), la moda de 48, con un rango entre 35 y 58 años. En cuanto a las madres, la media de edad fue de 45,66 (Dt =7,4) y la moda de 45, con un rango entre 34 y 62 años. En cuanto al estado civil de los padres, el 3,1% eran solteros, 78,1% estaban casados y 18,8% estaban divorciados; de las madres, el 12,2% eran solteras, 59,7% casadas, 21,6% divorciadas y 5,8% viudas. Con respecto al nivel de estudios, el 21,9% de los padres tiene estudios primarios, 40,6% estudios medios, 31,3% diplomados y 3,1% estudios superiores. En relación a las madres, el 25,4% posee estudios primarios, 37,7% estudios medios, 23,9% estudios de diplomatura y 10,9% estudios superiores.

Instrumentos

Adolescentes:

La Escala de Respuestas Rumiativa (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Es una escala de 22 ítem de cinco puntos que van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. En este estudio se emplearon los 10 ítems que evalúan los factores de reproches ($\alpha = .80$) y la reflexión ($\alpha = .74$), pues los 12 ítems de la rumia depresiva contienen elementos comunes con el

Inventario de Depresión de Beck, de manera que podrían solaparse con los síntomas depresivos y sobrestimar de forma artefactual su capacidad predictiva (Segerstrom et al., 2000).

Escala de Ansiedad y Depresión para niños Revisada (RCADS- 30; Revised Child Anxiety and Depression Scale) (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis, 2000). La versión utilizada en esta investigación es la adaptación española de Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010). La escala evalúa los síntomas del DSM-IV (APA, 1994) de los trastornos de ansiedad y depresión. Tiene 30 ítems, los cuales se responden mediante una escala tipo Likert que va desde 0= nunca hasta 3= siempre. La RCADS incluye como subescalas, (1) Trastorno de Ansiedad de Separación (TAS; 5 ítems, $\alpha = .78$); (2) Fobia Social (FS; 5 ítems, $\alpha = .81$), (3) Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG; 5 ítems, $\alpha = .80$), (4) Trastorno de Pánico (TP; 5 ítems, $\alpha = .85$), (5) Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC; 5 ítems, $\alpha = .71$), y (6) Trastorno Depresivo Mayor (TDM; 5 ítems, $\alpha = .76$) El coeficiente de consistencia interna del total de la escala es de .89

Escala de Satisfacción con la vida (SWLS; Satisfaction with Life Scale, de Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985). En nuestro trabajo hemos utilizado la adaptación española realizada por Atienza, Pons, Balaguer y Garcí-Merita. La escala evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida. Tiene 5 ítems. Si bien en la versión original los valores de las respuestas oscilan entre 1 y 7, en la versión al castellano realizada los valores van desde 1= totalmente en desacuerdo hasta 5= totalmente de acuerdo. Debido a la diversidad de escalas de respuestas de las pruebas utilizadas, se decidió reducir el número de valores de respuestas en algunos instrumentos con el objeto de minimizar la posible confusión generada por las diferentes escalas de respuestas. La escala presenta un nivel de consistencia interna global de $\alpha = 0,89$.

Escala de Evaluación del Comportamiento Afectivo para Niños (BARS, Behavioral Affect Rating Scale) (Conger, 1989). La escala mide el cariño y la hostilidad en las relaciones entre padres e hijos. Evalúa las

relaciones familiares de diversos grupos étnicos, en adolescentes entre 12-18 años. Está compuesta por 12 ítems con los cuales se responden mediante una escala tipo Likert, que va desde 1= nunca hasta 3= casi siempre. La consistencia interna global de la escala oscila entre .82 y .94. Para la subescala de cariño (C), se obtuvo un $\alpha = .82$, mientras que para la subescala de Hostilidad un $\alpha = .94$.

El Cuestionario de Preocupación del Estado de Pennsylvania para niños y adolescentes (PSWQ-C; Penn State Worry Questionnaire-Children de Chorpita, Tracey, Brown, Collica y Barlow, 1997). La versión utilizada en esta investigación es la adaptación española realizada por Rausch (2008). Es una escala de 16 ítems que evalúa el rasgo de preocupación. De los 16 ítems del cuestionario, cinco están redactados de manera inversa, y estos con frecuencia, atendiendo a algunos autores, afectan negativamente las propiedades psicométricas de escala y han argumentado en contra de incluir esos elementos en escala desarrollo (Brown, 2006; Rodebaugh, Woods, Heimberg, 2007; Spector, Van Katwyk, Brannick, y Chen, 1997). El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,93 y la consistencia interna de 0,95.

Padres:

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Depression, Anxiety, Stress Scales), de Lovibond y Lovibond (1983, 1993). Se trata de un instrumento que mide los síntomas actuales (“durante la semana pasada”) de depresión, ansiedad y estrés. Se emplea la versión reducida de 21 ítems. Está formado por 3 escalas, cada una de las cuales contiene 7 ítems. La consistencia interna del global de la escala es de .95 y la fiabilidad test-retest de .55.

Escala de Evaluación del Comportamiento Afectivo para Niños (Behavioral Affect Rating Scale, BARS de Conger, 1989) respondida por los padres. La escala mide el cariño y la hostilidad en las relaciones entre padres e hijos. Evalúa las relaciones familiares de diversos grupos étnicos, en adolescentes entre 12-18 años. Está compuesta por 12

ítems con los cuales se responden mediante una escala tipo Likert, que va desde 1= nunca hasta 3= casi siempre. La consistencia interna global de la escala oscila entre .82 y .94.

La Escala de Respuestas Rumiativa (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Es una escala de 22 ítem de cinco puntos que van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. En este estudio se emplearon los 10 ítems que evalúan los factores de reproches ($\alpha = .80$) y la reflexión ($\alpha = .74$), pues los 12 ítems de la rumia depresiva contienen elementos comunes con el Inventario de Depresión de Beck, de manera que podrían solaparse con los síntomas depresivos y sobrestimar de forma artefactual su capacidad predictiva (Segerstrom et al., 2000).

El Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). La versión utilizada en esta investigación es la adaptación española realizada por Rausch (2008). Es una escala de 16 ítems que evalúa el rasgo de preocupación. De los 16 ítems del cuestionario, cinco están redactados de manera inversa, y estos con frecuencia, atendiendo a algunos autores, afectan negativamente las propiedades psicométricas de escala y han argumentado en contra de incluir esos elementos en escala desarrollo (Brown, 2006; Rodebaugh, Woods, Heimberg, 2007; Spector, Van Katwyk, Brannick, y Chen, 1997). El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,93 y la consistencia interna de 0,95.

Procedimiento

Este trabajo ha formado parte del Proyecto De Fin De Grado de La Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Psicología de la Universidad de La Laguna (ULL). Se enmarca dentro de un trabajo global conformado por 4 grupos de investigación. Estos grupos se distribuyeron equitativamente el trabajo por centros, islas y población. Uno de los grupos, escogió un Instituto de Las Palmas de Gran Canaria, El Poeta José Tomás Morales, cuya directora accedió a colaborar con este trabajo y eligió el grupo que consideró más

adecuado. A los estudiantes se les explicó las instrucciones de las escalas y cuestionarios, que fueron cumplimentados por niños y padres en su casa. Se obtuvo el consentimiento informado de los padres y adolescentes y se destacó el carácter confidencial del estudio.

En nuestro caso, para su elaboración, acudimos a diferentes institutos de la Isla de Tenerife. Concretamente, trabajamos con alumnos del Instituto Alcalde Bernabé Rodríguez, Colegio Echeyde I, Colegio La Pureza de María de Santa Cruz de Tenerife e Instituto Teobaldo Power. Las edades de los alumnos estaban comprendidas entre los 12-17 años.

Para comenzar, nos pusimos en contacto con el equipo directivo de los respectivos centros educativos y solicitamos su colaboración con nuestro trabajo. Una vez se nos aceptó la misma, procedimos a la entrega de autorizaciones a los alumnos, quiénes las entregaron una semana después. Una vez recolectadas todas las autorizaciones, acudimos a los centros a suministrar los cuestionarios. Para ello, explicamos al alumnado cómo se debía realizar el mismo. El tiempo que se empleó para el desarrollo del pase de pruebas fue, aproximadamente, de una hora. Una vez finalizados, fueron recogidos para el posterior análisis de datos.

Así mismo, aquellos padres que mostraron su conformidad a través de sus consentimientos sobre la participación en la investigación se les mandó, a través de sus hijos, en sobre cerrado, los cuestionarios correspondientes. Una vez rellenos, fueron devueltos por sus hijos y entregados a nosotros nuevamente.

Análisis estadístico de los datos

Para el análisis estadístico hemos utilizado el paquete estadístico SPSS.

Para el cálculo de la validez convergente y discriminante, se ha realizado un análisis correlacional mediante el coeficiente de correlación r de Pearson entre los factores de la tendencia a la preocupación y la rumiación con

variables psicopatológicas y satisfacción con la vida, que hemos denominado variables intrapersonales.

La fiabilidad, entendida como consistencia interna, se calculó mediante los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach).

Se realizan diferencias de medias mediante la *t* de Student por género y por islas en las variables evaluadas.

Se realizó un contraste de medias a través del análisis de varianza de un modo de clasificación y el método Bonferroni ($p \leq .01$) de comparaciones múltiples, que nos permite hallar las diferencias a posteriores para las variables de curso, municipio y centro.

También se realizaron análisis correlacionales entre las variables contextuales, referidas al cariño y hostilidad percibido por los adolescentes y el expresado por los padres, así como el estrés, la ansiedad y depresión de estos últimos.

Finalmente, para conocer la validez predictiva se realizó un análisis de regresión jerárquica, donde las variables independientes son los factores tanto intrapersonales como contextuales y las dependientes la puntuación total en psicopatología evaluada por el RCADS (Escala de psicopatología general) y la satisfacción con la vida.

Resultados

Presentamos en primer lugar, los análisis de los coeficientes de correlación, a continuación las diferencias de media por género e isla y, finalmente, el análisis de regresión jerárquica.

Coeficientes de correlación entre pensamientos negativos repetitivos con trastornos emocionales y satisfacción con la vida.

En la Tabla 1 se presentan los coeficientes de correlación entre las variables reflexión, reproches y la tendencia a la preocupación con los trastornos psicopatológicos y satisfacción con la vida en adolescentes.

La Tendencia a la preocupación muestra su mayor coeficiente de correlación positiva con reproches .59, seguida del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Le sucede, por encima de .40 con Trastorno Depresivo Mayor, Fobia Social, Reflexión, Trastorno de Pánico y Trastorno Obsesivo Compulsivo; en menor grado ($r_{xy} = .28$) con Ansiedad por separación. Vemos también que en el caso de Satisfacción con la vida, correlaciona negativamente ($r_{xy} = -.28$).

La variable Reproches, muestra su mayor correlación positiva con Fobia Social ($r_{xy} = .50$) seguida del Trastorno Depresivo Mayor y Reflexión. En menor medida, aunque igualmente estadísticamente significativo, alrededor del .43, le sigue el Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo Compulsivo. Finalmente, se relaciona con Trastorno de Pánico y con Ansiedad de Separación. Por el contrario, Satisfacción con la vida correlaciona negativamente ($r_{xy} = -.37$)

Por último, la variable Reflexión, el valor positivo más acusado es con el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno de Pánico y el Trastorno Depresivo Mayor con .26, seguido de cerca con el Trastorno Obsesivo Compulsivo y Fobia Social. Se observa una correlación negativa con la Satisfacción con la vida ($r_{xy} = -.14$)

	PSWQN	REPRO	REFLEX	TDM	TPANI	FOBSO	ANSEP	TAG	TOC	SWLS
SINCE	,01	,10	,01	,04	,00	-,03	-,07	-,03	,00	-,07
PSWQN		,59***	,43***	,48***	,43***	,48***	,28***	,51***	,40***	-,28***
REPRO			,48***	,49***	,36***	,50***	,24***	,43***	,42***	-,37***
REFLEX			1	,26***	,26***	,23***	,07	,26***	,24***	-,14**
α	.90(11)	.70(5)	.71(5)	.65(5)	.83(5)	.78(5)	.70(5)	.75(5)	.77(5)	.85(5)

Nota: SINCE = Sinceridad; PSWQN = Tendencia a la preocupación; REPRO = Reproches; REFLEX = Reflexión; TDM = Trastorno Depresivo Mayor; TPANI= Trastorno de Pánico; FOBSO = Fobia Social; ANSEP = Ansiedad de separación; TAG= Trastorno de Ansiedad Generalizada; TOC = Trastorno Obsesivo Compulsivo; SWLS = Satisfacción con la vida; α = índice de consistencia interna; * = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$

La consistencia interna de Sinceridad es .56 con un número de 6 ítems.

Coefficientes de correlación entre los estados educativos percibidos de los padres con trastornos emocionales y satisfacción con la vida en adolescentes.

En la tabla 2 tenemos el análisis de correlaciones entre los factores en adolescentes. La percepción de los hijos del cariño del padre correlaciona negativamente con la percepción de hostilidad percibida del hijo tanto del padre como de la madre. Además, esta correlación negativa se mantiene con la tendencia a la preocupación, los reproches, la reflexión y psicopatología general del hijo. Por otro lado, el cariño percibido del hijo sobre su padre correlaciona positivamente con la percepción de cariño de la madre y con la satisfacción con la vida del hijo.

La hostilidad percibida del niño hacia el padre correlaciona de manera negativa con la percepción de cariño del niño hacia la madre y con la satisfacción con la vida del hijo. Por otro lado, correlaciona positivamente con la percepción del hijo de hostilidad sobre su madre, así como con la preocupación, reproches, reflexión y la psicopatología general del niño.

La percepción de los niños sobre el cariño de la madre correlaciona negativamente con la hostilidad que perciben de las madres y de manera positiva con la satisfacción con la vida del niño.

La percepción de hostilidad del hijo sobre su madre correlaciona de manera positiva con los reproches del hijo y la reflexión. Por otro lado, esta percepción del hijo sobre la madre correlaciona negativamente con la satisfacción con la vida del mismo.

La preocupación de los hijos presenta una correlación positiva con la psicopatología general de estos y, correlaciona de manera negativa con su satisfacción con la vida. Por último, la psicopatología de los hijos correlaciona negativamente con la satisfacción con la vida de los mismos.

	CAR_PA	HOS_PA	CAR_MA	HOS_MA	PSWQN	REPRO	REFLEX	RCADS	SWLS
SINCE	-,10	,17**	-,11	,08	,03	,17**	,09	-,00	-,15*
CAR_PA		-,45***	,52***	-,19**	-,14*	-,24***	-,20**	-,15*	,41***
HOS_PA			-,26***	,47***	,20**	,30***	,21***	,27***	-,32***
CAR_MA				-,35***	-,04	-,08	-,09	-,02	,34***
HOS_MA					,11	,17**	,15*	,07	-,21***
PSWQN								,60***	-,28***
REPRO								,57***	-,37***
REFLEX								,31***	-,14*
RCADS									-,41***
SWLS									

Nota: CAR_PA = Percepción del adolescente del cariño del padre ; HOS_PA= Percepción del adolescente de la hostilidad del padre; CAR_MA= Percepción del adolescente del cariño de la madre; HOS_MA= Percepción del adolescente de la hostilidad de la madre ; PSWQN = Tendencia a la preocupación ; REPRO = Reproches ; REFLEX = Reflexión; RCADS= Psicopatología general ; SWLS = Satisfacción con la vida ; * = p ≤.05, ** = p ≤.01, *** = p ≤.001

Coefficientes de correlación entre padres e hijos e interinfluencia generacional.

En la Tabla 3, podemos observar que el cariño del padre percibido por el hijo presenta un coeficiente de correlación muy bajo con el cariño informado por el padre, así como un coeficiente estadísticamente negativo con la psicopatología informada por los padres de sus hijos.

La hostilidad de los padres percibida por el hijo correlaciona positivamente con la hostilidad informada del padre y de la madre. Así mismo, correlaciona positivamente con la ansiedad de los padres.

La percepción de cariño del hijo sobre su madre correlaciona positivamente con el cariño informado de la madre y del padre. Por otro lado, correlaciona negativamente con la hostilidad informada de la madre y del padre. Por último, correlaciona positivamente con la ansiedad de los padres.

La percepción de hostilidad del hijo sobre su madre correlaciona positivamente con la hostilidad informada del padre y de la madre; del mismo modo, correlaciona positivamente con la ansiedad de ambos.

La satisfacción con la vida de los hijos correlaciona negativamente con la psicopatología general de los mismos, así como con ansiedad, depresión y tendencia a la preocupación de los padres.

El cariño del padre correlaciona negativamente con la hostilidad del mismo. Por el contrario, correlaciona positivamente con el cariño de la madre.

La hostilidad del padre correlaciona positivamente con la hostilidad de la madre, así como con el estrés, la ansiedad y la depresión de ambos. Por el contrario correlaciona negativamente con el cariño de la madre.

El cariño de la madre, correlaciona negativamente con la hostilidad de esta y de manera positiva con la preocupación de ambos. La hostilidad de la madre correlaciona positivamente con el estrés, la ansiedad y la depresión.

El estrés de los padres correlaciona positivamente con la ansiedad y depresión y con la preocupación de ambos. La ansiedad de los padres correlaciona positivamente con depresión y preocupación de los mismos. La depresión de los padres correlaciona positivamente con la preocupación de éstos.

En cuanto a la influencia intergeneracional en la variable preocupación de los padres y la preocupación de los hijos, se observa una correlación positiva estadísticamente significativa de .18.

Tabla 3: Análisis de correlaciones entre padres e hijos									
HIJOS	PADRES								
	CARI_PM	HOS_PM	CAR_IM	HOSM	RCADSTOP	ESTRES	ANSIEDAD	DEPRES	PSWQPA
SINCE	-.02	.12	-.02	.12	.03	-.03	.00	.04	-.05
CAR_PA	.19*	-.09	.19	-.09	-.21**	.03	-.07	.00	.00
PSWQN	-.07	-.00	-.07	-.00	.32***	.10	.09	.10	.18**
HOS_PA	.01	.31***	.01	.31***	.22**	.08	.25**	.12	.00
CAR_MA	.37***	-.22**	.37***	-.22**	-.20**	-.08	-.16*	-.13	.15
HOS_MA	-.01	.44***	-.01	.44***	.13	.12	.21**	.14	-.05
PSWQN	-.07	-.01	-.07	-.01	.32***	.10	.10	.11	.18*
REPRO	.01	.10	.01	.10	.34***	.13	.10	.09	.13
REFLEX	.00	.04	.00	.04	.26***	.08	.06	.06	.18
RCADSTOT	-.04	.17*	-.04	.17*	.53	.19	.15*	.17*	.14
SWLS	.09	-.06	.09	-.06	-.29***	-.09	-.16*	-.17*	.20**
CARI_PM		-.15*	1.00***	-.15*	-.15*	-.08	-.12	-.15	-.08
HOS_PM			-.15*	1.00***	.16*	.35***	.34***	.27***	.00
CAR_IM				-.15*	-.15*	-.08	-.12	-.15	.32***
HOSM					.16*	.35***	.34***	.27***	.00
RCADSTOP						.31***	.28***	.30***	.32***
ESTRES							.80***	.77***	.18*
ANSIEDAD								.45***	.54***
DEPRES									.45***
α	.85(5)	.77(7)	.80(5)	.43(7)	.90(30)	.88(7)	.86(7)	.90(7)	.93(11)

Nota: SINCE = Sinceridad; CAR_PA= Percepción del adolescente del cariño del padre; PSWQN= Tendencia a la preocupación del niño; HOS_PA= Percepción del adolescente de la hostilidad del padre; CAR_MA= Percepción del adolescente del cariño de la madre; HOS_MA= Percepción del adolescente de la hostilidad de la madre; REPRO= Reproches; REFLEX= Reflexión; RCADSTOT= Psicopatología general de los adolescentes; SWLS= Satisfacción con la vida; CARI_PM= Cariño informado del padre; HOS_PM= Hostilidad informada del padre; CAR_IM= Cariño informado de la madre; HOSM= Hostilidad informada de la madre ; RCADSTOP= Psicopatología general de los padres ; ESTRES= Estrés; ANSIEDAD= Ansiedad; DEPRES= Depresión; PSWQPA= Tendencia a la preocupación de los padres; α = índice de consistencia interna; * = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$

Análisis correlacionales: concordancia entre padres e hijos

En la tabla 4, se muestra el último análisis correlacional: la concordancia entre padres e hijos en cuanto a variables psicopatológicas detectadas en los adolescentes por sus padres. Los padres observan con coeficientes de correlación más elevados la Ansiedad de Separación y la Depresión de sus hijos, y con un coeficiente más bajos la Fobia Social. Estando los coeficientes más bajos el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Tabla 4: Concordancia entre padres e hijos en cuanto a variables psicopatológicas detectadas en los adolescentes							
ADOLESCENTES	PADRES						
	TDMP	TPANIP	FOBSOCP	ANSEPP	TAGP	TOCP	RCADSTOT
TDM	,52***						
TPANI		,36***					
FOBSO			,48***				
ANSEP				,60***			
TAG					,28***		
TOC						,39***	
RCADSTOT							,53***

Nota: TDM= Trastorno Depresivo Mayor de los adolescentes; FOBSO = Fobia Social de los adolescentes; ANSEP= Ansiedad de Separación de los adolescentes; TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada de los adolescentes; TOC= Trastorno obsesivo-compulsivo de los adolescentes; RCADSTOT= Ansiedad y depresión total de los adolescentes; TDMP= Percepción de los padres de Trastorno de Depresión Mayor de los adolescentes; TPANIP= Percepción de los padres de Trastorno de Pánico de los adolescentes; FOBSOCP= Percepción de los padres de Fobia Social de los adolescentes; ANSEPP= Percepción de los padres de Ansiedad de Separación de los adolescentes; TAGP= Percepción de los padres de Trastorno de Ansiedad Generalizada de los adolescentes; TOCP= Percepción de los padres de Trastorno Obsesivo-Compulsivo de los adolescentes; RCADSTOT= Percepción de los padres de ansiedad y depresión total de los adolescentes; * = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$

A continuación se presentan las diferencias de media por género e islas:

En cuanto al género, se muestran diferencias estadísticamente significativas solo en dos factores: el Trastorno Depresivo Mayor ($M = 8,64$, $Dt = 2,95$; $M = 7,91$, $Dt = 2,57$; $t = -2,28$, $p \leq .05$), y en Fobia Social ($M = 10,66$, $Dt = 3,61$; $M = 9,78$, $Dt = 3,02$; $t = -2,28$, $p \leq .05$), donde las mujeres puntúan más elevado que los hombres en ambos trastornos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en reproches, reflexión y la tendencia a la preocupación.

En cuanto a la isla, en la tabla 5 se muestra que existen diferencias estadísticamente significativas, donde los adolescentes de la isla de Tenerife puntúan más elevado que los de Gran Canaria en Trastorno de Ansiedad Generalizada, en Trastorno Obsesivo-Compulsivo y en Trastorno Depresivo Mayor; estos tres últimos trastornos no se asumen varianzas iguales. En Fobia Social y en la Psicopatología general, sí se asumen varianzas iguales.

	Tenerife		Gran Canaria		t	p	Bonferroni
	M	DT	M	Dt			
TAG	12.04	3.16	9.65	2.43	5.56	.000	G1>G2***
TOC	8.75	2.84	7.70	2.40	2.52	.014	G1>G2*
TDM	8.43	2.89	7.60	2.26	2.06	.043	G1>G2*
FOBSO	10.47	3.49	9.12	2.54	2.38	.018	G1>G2*
RCADSTOT	53.51	12.84	47.31	9.79	2.95	.003	G1>G2**

Nota: TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada; TOC = Trastorno Obsesivo-Compulsivo; TDM = Trastorno Depresivo Mayor; FOBSO = Fobia Social; RCADS = Psicopatología general. * = p ≤.05, ** = p ≤.01, *** = p ≤.001

Anovas de un factor por tipo de centro, municipio.

En Tabla 6 se muestra la relación que existe entre la variable Satisfacción con la Vida y el tipo de centro escolar. Como se puede observar, en el Privado hay una diferencia estadísticamente significativa a favor de éste, en relación con el Público y Concertado.

	Público=1 N=195		Concertado=2 N=62		Privado =3 N=38		F	p	Bonferroni
	M	DT	M	Dt	M	Dt			
SWLS	16.46	4.52	18.66	4.15	19.02	4.23	9.31	.004 .002	G3>G1** G2>G1**

Nota: SWLS = Satisfacción con la vida; * = p ≤.05, ** = p ≤.01, *** = p ≤.001

En Tabla 7, se observa la relación existente entre el municipio y los trastornos psicopatológicos. En relación con el Trastorno de Ansiedad Generalizada, vemos como Santa Cruz puntúa más alto en relación con Gran Canaria; del mismo modo Gran Canaria puntúa más alto que el Sur y Norte de la isla de Tenerife. En el Trastorno Obsesivo, vemos que Santa Cruz puntúa más alto que Gran Canaria.

Por último, en relación a la Psicopatología general volvemos a observar como Santa Cruz puntúa más alto que Gran Canaria.

	SC=1		GC=2		SUR=3		NORTE=4				
	M	DT	M	Dt	M	Dt	M	Dt	F	p	Bonferroni
TAG	11.96	3.32	9.60	2.46	12.31	3.06	11.90	2.97		.001 .000 .004	G1>G2** G2>G3*** G2>G4**
TOC	9.26	2.91	7.60	2.32	8.47	2.68	8.91	2.78		.021	G1>G2*
RCADS	54.09	14.50	47.15	9.85	53.69	12.22	53.30	11.81		.043	G1>G2*

Nota: TAG= Trastorno de Ansiedad Generalizada; TOC= Trastorno Obsesivo Compulsivo; RCADS= Psicopatología general; * = p ≤.05, ** = p ≤.01, *** = p ≤.001

Validez predictiva

Como se puede observar en la Tabla 8, los factores que predicen Psicopatología general en adolescentes, con un 41% de varianza son la Tendencia a la preocupación, los Reproches y la hostilidad percibida de los padres; por otro lado, la Satisfacción con la vida de los adolescentes es predicha con un 27% de varianza por el cariño percibido de la madre y del padre, así como con menos Tendencia a la preocupación y Reproches.

Variabes	Bloque	Predictor	ΔR^2	Cambio en F	β	t
RCADS PSICOPATOLOGÍA	1	PSWQ-C	.32	118.68 _(1,253) ***	.56	10,89***
	2	PSWQ-C			.37	6,15***
	3	REPRO	.39	17.28 _(2,251) ***	.36	5,75***
		PSWQ-C			.37	6,13***
		REPRO			.34	5,32***
		HOS-PA	.41	2.05 _(4,247)	.17	2,71**
SWLS SATISFACCIÓN CON LA VIDA	1	PSWQ-C	.07	19,26 _(1,249) ***	-.25	-4,39***
	2	REPRO	.11	7,46 _(2,247) ***	-.29	-3,80***
	3	REPRO			-.22	-3,19**
		CA-PA			.21	3,05**
		CA-MA	.27	14,24 _(4,243) ***	.21	3,12**

Nota: PSWQ-C= Tendencia a la preocupación ; REPRO= Reproches; HOS-PA = Hostilidad del padre percibidos por los adolescentes; HOS-MA = Hostilidad de la madre percibido por los adolescentes; CA-PA = Cariño del padre percibido por los adolescentes; CA-MA= Cariño de la madre percibido por los adolescentes; * = p ≤.05; ** = p ≤.01; *** = p ≤.001

Discusión

El objetivo general de este estudio es conocer cómo la tendencia a la preocupación y la rumia son dos factores que aparecen en la adolescencia, la reciprocidad que se observa entre ambos y el papel que juegan en los trastornos psicopatológicos y en la satisfacción con la vida. Del mismo modo,

se ha querido analizar el papel mediador de los estilos parentales y las variables sociodemográficas sobre el funcionamiento psicológico de los adolescentes.

Se ha comprobado la relación que se da entre la tendencia a la preocupación y la rumia en adolescentes. Se evidencia que ambos constructos están relacionados entre sí y que presentan relaciones positivas con los trastornos psicopatológicos (Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Pánico, Fobia Social, Ansiedad de Separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Obsesivo Compulsivo). Así mismo se observa una relación negativa con la satisfacción con la vida. Estos resultados son concordantes con las investigaciones realizadas tanto por el equipo de Boelen, Reijntjes y Smid, (2016), como por González, Ibáñez y Cubas (2006) y McEvoy y Brans (2013); los cuales determinaron que la rumia, al igual que la preocupación es una característica del Trastorno de Ansiedad Generalizada y de otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. La presencia de estas variables se puede explicar por la necesidad que manifiestan las personas con este tipo de trastornos de encontrar una solución o respuestas ante los sucesos vitales, lo que aumentaría su sensación de control (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, y Ladouceur, 1994) y su creencia sobre la prevención de consecuencias indeseables (Ladouceur, Gosselin y Dugas, 2000).

No podemos destacar una gran influencia intergeneracional de padres a hijos en la tendencia a la preocupación. Este resultado concuerda con otra investigación realizada por Donovan, Holmes y Farrell, (2016), en la cual tras comparar padres de niños no ansiosos y padres de niños con Trastorno de Ansiedad Generalizada, no se presentaron diferencias en las variables cognitivas de preocupación de los padres. La explicación que aportan los autores a este resultado puede ser, o bien un efecto de deseabilidad social, o bien que ciertamente no exista un efecto transgeneracional. Por lo tanto, consideramos que para poder afirmar que el efecto no existe, serían necesarios más estudios en relación a los padres y a la transmisión de su preocupación a los hijos.

En cuanto al género, cabe destacar las diferencias a favor de las mujeres en Trastorno Depresivo Mayor y Fobia Social. Estos resultados se ajustan a la investigación llevada a cabo por Sandín, Valiente y Chorcot (2009), donde se encontraron diferencias significativas en Trastorno Depresivo Mayor, Fobia Social, y trastornos de ansiedad entre chicos y chicas, teniendo estas últimas una media mayor.

Estos datos muestran similitudes, en parte, con la Teoría de los Estilos de Respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991) puesto que en ambas, las mujeres puntúan más elevado en depresión. Sin embargo, difieren en la explicación de dicho resultado; mientras que la Teoría de Estilos de Respuesta apela a la variable rumia como causante de estas diferencias de género, en nuestra investigación, al igual que las llevadas a cabo por Gonzalez, Ibáñez y Barrera (2017); Watkins (2009) y el metaanálisis de Johnson y Whisman (2013) no se encontraron diferencias significativas en cuanto al género en las variables tendencia a la preocupación, reproches y reflexión. Una posible explicación a las diferencias de género en el Trastorno Depresivo Mayor y Fobia Social sería la influencia de otro tipo de variables como el estatus socioeconómico, el nivel de estudio y una mayor propensión al estrés en mujeres.

Con respecto al tipo de centro escolar, los adolescentes que se encuentran en los colegios privados presentan una mayor satisfacción con la vida en relación a los públicos y concertados. Una posible argumentación a estas diferencias significativas podría ser que en los centros privados acuden alumnos con un mayor nivel económico. Esto se traduce en una menor cantidad de preocupaciones económicas en el contexto familiar, lo que amplía el abanico de oportunidades a la hora de adquirir experiencias y disponer de recursos materiales. Todo esto influiría en la calidad de vida de la familia.

En cuanto a la residencia por islas, los resultados evidencian una mayor presencia de psicopatología general, Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Fobia Social en Tenerife con respecto a Gran Canaria.

Sin embargo, teniendo en cuenta los municipios, Santa Cruz presenta una mayor tendencia que Gran Canaria al Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo Compulsivo y psicopatología general.

Una interpretación de estos resultados podría ser las diferencias existentes en cada isla en cuanto al estilo de vida. Santa Cruz, al tener una mayor densidad de población por metro cuadrado, posee una distribución que se asemeja más a la de una pequeña ciudad o a la de un pueblo, lo que da lugar a un estilo de vida característico de los mismos, es decir, unas relaciones sociales más próximas y numerosas, un mayor contacto y compromiso entre los miembros de la comunidad, potenciando así la presión social, lo que llevaría a más estrés y riesgo de sufrir una psicopatología. Probablemente estos resultados se vean sesgados por el tamaño de la muestra.

Cabe destacar, la baja concordancia entre el cariño y la hostilidad que perciben los adolescentes y la expresada por los padres. Este resultado puede deberse al efecto de deseabilidad social por parte de los padres a la hora de cumplimentar el cuestionario. Además, podría estar influyendo un posible sesgo por parte de los adolescentes, quienes perciben en mayor medida los aspectos negativos de la conducta afectiva de sus padres, debido al momento evolutivo en el que se encuentran.

Así mismo, se observó que a mayor percepción de cariño de los hijos sobre el padre, mayor satisfacción con la vida y menor tendencia a la preocupación, reproches, reflexión, y psicopatología general. Llama la atención, la importancia que tiene el cariño del padre, sobre el de la madre para la satisfacción con la vida del adolescente. Este hecho se podría explicar por una mayor valoración de las muestras de cariño del padre, ya que éstas suelen ser menos frecuentes que las de la madre y, por lo tanto, llaman más la atención cuando se producen.

En nuestra investigación, las variables que predicen psicopatología general en adolescentes son la tendencia a la preocupación, reproches y la hostilidad del padre; y, los que predicen la satisfacción con la vida de los

adolescentes son el cariño del padre y de la madre y una baja puntuación en preocupación y reproches de los mismos.

A pesar de no haber encontrado investigaciones que evidencien estos resultados, si hay estudios que confirman que algunos estilos parentales, como por ejemplo el democrático, en comparación con el autoritario, proporcionan una mayor autoestima y seguridad, por lo que suponemos que se refleja en una mayor satisfacción con la vida y una menor vulnerabilidad psicopatológica.

Ante la evidencia encontrada de la influencia intergeneracional existente entre padres e hijos, y las consecuencias que tiene para la salud mental, el bienestar emocional y la satisfacción con la vida de los adolescentes, se destaca la importancia de llevar a cabo más estudios que incluyan una mayor muestra poblacional, así como muestras de otras poblaciones nacionales e internacionales. Además, consideramos relevante que en las investigaciones se incluyan otro tipo de variables, distintas a las utilizadas en nuestro estudio, que pueden influir en el desarrollo evolutivo de las personas como por ejemplo: la idiosincrasia de cada centro educativo, el método de enseñanza del profesorado, la relación con los iguales, el manejo de nuevas tecnologías y otras variables en la relación padres e hijos diferentes a cariño y hostilidad. Por último, sería importante valorar de una manera más exhaustiva las características psicopatológicas de los progenitores y la influencia que tienen sobre sus hijos. De este modo, se podrían contemplar los diversos factores que afectan a los adolescentes y así, no poner límites a este tipo de estudios, tal como ha ocurrido en el nuestro, dónde hemos tenido barreras al encontrar investigaciones anteriores en población canaria, así como en la influencia de los estilos educativos, tanto en el contexto familiar como escolar, en la psicopatología y la satisfacción con la vida de los adolescentes.

Referencias

- Aláez, M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y género. *Psicothema*, 12, 525-532
- Boelen, P. A., Reijntjes, A., y Smid, G. E. (2016). Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression after bereavement. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 65–72
- Borkovec, R., Robinsinon, E., Pruzinsky, T. y Depree, J. (1983) Preliminary exploration of worry: Some characteristic and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- 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.
- Cuervo, M. A, (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6 (1), 111-121.
- Dias, P. C, Bastos, A. S, Marzo, J. C y García del Castillo, J.A (2015). Bienestar, calidad de vida y regulación afectiva en adolescentes portugueses. *Atención primaria*, 48 (7), 432-439
- Donovan, C. L., Holmes, M. C., y Farrell, L .J., (2016). Investigation of the cognitive variables associated with worry in children with generalized anxiety disorder and their parents. *Journal of Affective Disorders*, 192, 1–7.
- Donovan, C. L., Holmes, M. C., y Farrell, L. J., Hearn, C. S., (2017). Thinking about worry: Investigation of the cognitive components of worry in children. *Journal of Affective Disorders*, 208, 230-237.
- Echeburúa, E., y de Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

- Ehring T, y Watkins, E. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192–205.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- González, M, Ibáñez, I y Barrera, A. (2017). La rumiación, la preocupación y la orientación negativa al problema: procesos transdiagnósticos de los trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria y del estado de ánimo.
- González, M., Ibáñez, I., y Cubas, R. (2006). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 23-39.
- González, M., Ibáñez, I., Peñate, W y Puntons, N. (2011) y referencia. Primeros datos de validación de la escala de control afectivo (eca): medida del miedo a las emociones. *Revista de Investigación y Divulgación en Psicología y Logopedia*, 2 (1), 56-61.
- Gracia, E., Lila, M. y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28 (2), 73-81.
- Hankin, B.L. y Abela, J.R.Z. (2005). Depression from childhood through adolescence and adulthood. En B.L. Hankin y J.R.Z. Abela (Eds.). *Development of Psychopathology. A vulnerability-stress perspective* 245-287. London: Sage Publications.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R. y Angell, K.E. (1998). Development of depression from preadolescence to young

adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 128-140.

Hasegawa, A., Hattori, Y., Nishimura, H., y Tanno, Y. (2015). Prospective associations of depressive rumination and social problem solving with depression: a 6-month longitudinal study. *Psychological Reports, 116*, 870-888.

Johnson, D. y Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences, 52*. 367-374.

Ladouceur, R., Gosselin, P. y Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 933-994.

LoSavio, S. T., Dillon, K. H., y Resick, P. A. (2017). Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology, 14*, 18-22.

McEvoy, P. M. y Brans, S. (2013). Common Versus Unique Variance Across Measures of Worry and Rumination: Predictive Utility and Mediational Models for Anxiety and Depression. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 183–196.

McLaughlin, A. y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a Transdiagnostic Factor in Depression and Anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 186–193.

McLaughlin, K. A., Borkovec, T. D. y Sibrava, N. J. (2007). The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavior Therapy, 38*, 23–38.

Méndez, X., Orgilés, M., y Espada, J.P. (2008). *Ansiedad de separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Muris, P., Meesters, C., Morren, M. y Moorman, L. (2004). Anger and hostility in adolescents: relationship with self-reported attachment style and

perceived parental rearing styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 257- 64.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.

Nolen-Hoeksema, S. (1994). An interactive model for the emergence of gender differences in depression in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 519-534.

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., Wisco, B. E. y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400–424

Norton, P.J. (2012). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorder: Efficacy, acceptability, and beyond. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 205-217.

Richard de Minzi, M. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (1), 47-58.

Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.

Sandín, B. (Ed.) (2008). *Las fobias específicas* (ed. rev.). Madrid: Klinik.

Sandín, B., Valiente, R.M., y Chorcot, 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., y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*, 185-203.
- Serra, J. A. y Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología, 18 (1)*, 125-134.
- Thanoi, W. y Klainin-Yobas, P. (2015). Assessing rumination response style among undergraduate nursing students: A construct validation study. *Nurse Education Today, 35*, 641-646.
- Treynor, W., González, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 247-259.
- Vallance, A., y Garralda, E. (2008). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry, 7*, 325-330.
- Watkins, E. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: Evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy, 27*, 160-175.
- Watkins, E., Moulds, M. y Mackintosh, B. (2005). Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1577-1585.