

TRABAJO FINAL DE GRADO

RUMIA COGNITIVA COMO MECANISMO TRANSDIAGNÓSTICO:
vínculo con los problemas internalizantes en jóvenes.

Lucia Garibotto Figari
4.808.316-9
Octubre, 2025.
Montevideo, Uruguay.

Tutora: Prof. Agda. Dra. Gabriela Fernández Theoduloz.
Revisora: Prof. Adj. Dra. Valentina Paz.



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Agradecimientos:

A mi mamá, que me escucha incondicionalmente y me dio fuerza cada vez que la necesité.

A mi papá, que con su sensatez y sencillez me supo guiar cada vez que sentía que me perdía.

A mis hermanas, por acompañarme y por ayudarme, casi sin darse cuenta, a creer un poco más en mí.

A Mati, mi amiga y compañera indiscutible para todo. Sin ella no hubiera sido lo mismo este recorrido.

A Dani y Loli, por recordarme siempre que no camino sola.

A mis amigas, por estar, escuchar y celebrar conmigo cada paso como si fuera propio.

A Gaby, por hacer este proceso más divertido y ser una referente que inspira.

A todas las personas que, de una u otra manera, fueron parte de este proceso y me acompañaron en cada paso.

La capacidad de asombrarme, la valentía de nombrar lo que importa y ser fiel a mí misma son mi manera de resistir, incluso cuando el mundo sugiere lo contrario.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	3
Introducción.....	4
1. Adolescencia y adultez emergente: entre la vulnerabilidad y la oportunidad.....	5
1.1. Delimitación conceptual de la adolescencia y la adultez emergente.....	5
1.2 Principales procesos del neurodesarrollo: maduración cortical y reorganización funcional.....	8
1.3 Regulación emocional en desarrollo: sistema límbico y modelo de sistemas duales	10
2. Problemas internalizantes en jóvenes: revisión clínica de la ansiedad y depresión y crítica al modelo categorial.....	12
2.1. Trastornos mentales en jóvenes: prevalencia, impacto y edad de inicio.....	12
2.2. Definiciones clínicas tradicionales: ansiedad y depresión.....	14
2.3. Datos epidemiológicos sobre la ansiedad y depresión en jóvenes.....	16
2.4. Tensiones y limitaciones del enfoque categorial.....	18
3. Enfoque transdiagnóstico: hacia una nueva comprensión de la psicopatología.....	19
3.1. Emergencia del paradigma transdiagnóstico: de los síntomas compartidos a los procesos subyacentes.....	19
3.2. Principales modelos transdiagnósticos en psicopatología.....	22
3.3. Mecanismos transdiagnósticos de la psicopatología internalizante.....	26
4. Rumia cognitiva como factor transdiagnóstico: definición y mecanismos psicobiológicos.....	28
4.1. ¿Qué es la rumia cognitiva? Definición y distinción.....	28
4.3. Rumiación cognitiva como mecanismo transdiagnóstico en jóvenes.....	37
Reflexiones finales.....	40
Referencias.....	42

Resumen

La presente monografía aborda la comprensión de los problemas internalizantes en la adolescencia y la adultez emergente, con especial énfasis en la depresión y la ansiedad, a partir de una revisión teórico-crítica. Se parte del reconocimiento de que ambas etapas constituyen períodos de alta vulnerabilidad emocional y de profunda plasticidad cerebral, lo que las convierte en ventanas privilegiadas para la prevención y la intervención temprana en salud mental. Desde una revisión de la literatura científica, se cuestionan los límites del modelo categorial tradicional, que fragmenta la experiencia del malestar en categorías diagnósticas discretas y dificulta la identificación de los mecanismos psicológicos comunes. En contraposición, se analiza el enfoque transdiagnóstico como marco explicativo alternativo, centrando la atención en la rumiación cognitiva como proceso transversal implicado en la etiología, mantenimiento y recurrencia de la psicopatología internalizante. Finalmente, se discuten las implicancias teóricas y clínicas de este modelo, subrayando la necesidad de perspectivas más integradoras, sensibles al desarrollo y ajustadas a la complejidad de la salud mental juvenil.

Palabras clave: adolescencia; adultez emergente; depresión; ansiedad; enfoque transdiagnóstico; rumiación cognitiva.

Abstract

This monograph explores the understanding of internalizing problems during adolescence and emerging adulthood, with a particular focus on depression and anxiety, through a theoretical and critical review. It is based on the recognition that both stages represent periods of high emotional vulnerability and profound brain plasticity, making them privileged windows for prevention and early intervention in mental health. Drawing on a review of the scientific literature, the work questions the limitations of the traditional categorical model, which fragments the experience of distress into discrete diagnostic categories and hinders the identification of common psychological mechanisms. In contrast, it examines the transdiagnostic approach as an alternative explanatory framework, focusing on cognitive rumination as a cross-cutting process involved in the etiology, maintenance, and recurrence of internalizing psychopathology. Finally, the theoretical and clinical implications of this model are discussed, emphasizing the need for more integrative and developmentally sensitive perspectives that better account for the complexity of youth mental health.

Key words: Adolescence; emerging adulthood; depression; anxiety; transdiagnostic approach; cognitive rumination.

Introducción

La adolescencia y la adultez emergente constituyen etapas del desarrollo atravesadas por profundos cambios neurobiológicos, psicológicos y sociales (Arnett, 2000; Sharma et al., 2013). Comprender estas etapas como fases dinámicas —y no meras transiciones— permite reconocer su papel central en la configuración de la salud mental a lo largo del ciclo vital (Sawyer et al., 2018). Estas etapas se caracterizan por la coexistencia de una alta vulnerabilidad al malestar psíquico y una marcada plasticidad cerebral y emocional (Berry, 2004; Sharma et al., 2013; Steinberg, 2010), lo que las convierte en ventanas privilegiadas para la prevención e intervención temprana. En particular, los problemas internalizantes adquieren especial relevancia en esa etapa. La internalización se define como la predisposición a manifestar la angustia hacia adentro y algunos de los problemas internalizantes más frecuentes son los problemas depresivos, de ansiedad y de estrés (Krueger, 1999). Estos presentan durante este período sus mayores índices de incidencia (Berry, 2004) y tienden a estabilizarse clínicamente, impactando de manera significativa en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial (Agudelo et al., 2006; Ferrer et al., 2018).

A pesar de esta vulnerabilidad, la forma en que estos cuadros clínicos son conceptualizados, diagnosticados y tratados continúa respondiendo, en gran medida, a un enfoque categorial, sustentado en los manuales nosográficos tradicionales como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-11; World Health Organization, 2019). Esta perspectiva tiende a segmentar el malestar en categorías diagnósticas discretas, dejando relegados los procesos psicológicos subyacentes (González et al., 2023). En este marco, el enfoque transdiagnóstico ha ganado relevancia como una alternativa teórica y clínica orientada a superar las limitaciones del modelo categorial, al centrarse en mecanismos subyacentes comunes a diversos trastornos (Ferrer et al., 2018).

Dentro de esta perspectiva, se han propuesto diversos factores transdiagnósticos —como el afecto negativo, las dificultades en la regulación emocional y los sesgos cognitivos— que permiten comprender mejor la heterogeneidad y la comorbilidad en psicopatología (Ferrer et al., 2018; Sandín, 2012). Entre ellos, la rumia cognitiva se destaca por su alta prevalencia y su fuerte asociación con los problemas internalizantes (Toro et al., 2020; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

La rumia cognitiva se define como un estilo de pensamiento repetitivo, pasivo y autorreferencial, centrado en las causas y consecuencias del malestar emocional. Suele focalizarse en acontecimientos del pasado. Numerosos estudios han demostrado que su presencia se asocia tanto con el inicio como con el mantenimiento y la recurrencia de

diversos cuadros psicopatológicos (Ferrer et al., 2018; Nolen-Hoeksema, 2000; Song et al., 2022; Toro et al., 2020; Watkins, 2009; Wong et al., 2023). En este sentido, la rumia como factor transdiagnóstico, lejos de constituir un epifenómeno clínico, puede entenderse como un mecanismo central que interfiere en la regulación emocional, incrementa la reactividad al estrés y dificulta la recuperación (Ferrer et al., 2018; Nolen-Hoeksema, 2000; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011; Toro et al., 2020; Watkins, 2009; Watkins y Roberts, 2020).

En este marco, el presente trabajo tiene como objetivo analizar el papel de la rumiación cognitiva como un mecanismo transdiagnóstico central en la comprensión de los problemas internalizantes durante la adolescencia y la adultez emergente. Para ello, se propone un recorrido que articula una revisión crítica del conocimiento actual, una problematización de los límites del modelo categorial en el abordaje de la salud mental y un análisis integrador de los aportes del enfoque transdiagnóstico. Al mismo tiempo, se adopta una perspectiva que reconoce el valor de estas etapas del desarrollo no sólo como momentos de riesgo y vulnerabilidad, sino también como ventanas de oportunidad, en las que la plasticidad cerebral y la consolidación de hábitos psicológicos —aunque presentes a lo largo de toda la vida— se manifiestan de manera particularmente marcada.

La monografía se estructura en cuatro capítulos principales y una sección de reflexiones finales. En el primer capítulo, se presentan las características centrales de la adolescencia y la adultez emergente, destacando los procesos de neurodesarrollo, regulación emocional y vulnerabilidad psicopatológica propios de esta etapa. El segundo capítulo ofrece una revisión clínica de los problemas internalizantes —propensión a expresar el malestar internamente— desde una perspectiva categorial, analizando su prevalencia, manifestaciones y limitaciones diagnósticas. En el tercer capítulo se desarrolla el enfoque transdiagnóstico, sus fundamentos teóricos y su potencial clínico. El cuarto capítulo profundiza en la rumiación cognitiva como factor transdiagnóstico, explorando su definición, correlatos neuronales y su impacto en adolescentes y adultos emergentes. El trabajo culmina con una reflexión integradora sobre las implicancias teóricas y prácticas de la rumiación como un mecanismo transdiagnóstico en la salud mental juvenil, así como propuestas para futuras líneas de investigación e intervención.

1. Adolescencia y adultez emergente: entre la vulnerabilidad y la oportunidad

1.1. Delimitación conceptual de la adolescencia y la adultez emergente

La adolescencia y la adultez emergente constituyen períodos del desarrollo que se encuentran profundamente marcados por diversas transformaciones, tanto a nivel subjetivo

como social. Lejos de ser simples transiciones hacia la adultez, ambas etapas conforman momentos vitales con características propias, que se entrelazan y se solapan más que sucederse de forma lineal. En las últimas décadas, diversos autores han señalado que los cambios demográficos, educativos y culturales han modificado sustancialmente la trayectoria del desarrollo, complejizando aún más los límites entre la adolescencia y la adultez (Arnett, 2000).

Si bien no hay un consenso al respecto, la adolescencia ha sido tradicionalmente comprendida como el período de la vida que comienza con los cambios biológicos de la pubertad hasta la asunción de un rol autónomo y estable en la sociedad (Blakemore, 2018). Organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) la delimitan entre los 10 y los 19 años. Sin embargo, hay que considerar que su inicio y finalización dependen de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales y no están definidos de forma permanente. Según Sharma et al. (2013), la literatura es consistente en considerar la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 24 años, que a su vez puede dividirse en sub etapas específicas del desarrollo físico, cognitivo y socioemocional. Por eso, muchos modelos teóricos amplían su duración, reconociendo que sus límites no son universales ni fijos (Sawyer et al., 2018).

Blakemore (2018) sugiere que se trata de una etapa crucial del desarrollo, caracterizada por intensos cambios cerebrales que afectan la toma de decisiones, la toma de riesgos y la forma en que las personas se relacionan. Lejos de concebirse como un período de disfunción, representa una etapa fundamental en la construcción de la individualidad y la inserción social. Asimismo, la autora sostiene que, aunque existen diferencias culturales respecto a los roles esperados, hay comportamientos comunes a esta etapa, como la búsqueda de autonomía, la sensibilidad al juicio de los pares o la exploración identitaria.

En un contexto de transformaciones sociales y culturales que han prolongado los años de transición entre la adolescencia y la vida adulta, diversos autores han señalado la necesidad de replantear cómo se comprende este período del desarrollo. Entre ellos, Jeffrey Jensen Arnett realizó importantes aportes teóricos proponiendo el concepto de “adultez emergente” (AE), definida inicialmente como una etapa con características propias que abarca aproximadamente entre los 18 y 25 años (Arnett, 2000). No obstante, debido a las tendencias demográficas hacia una mayor permanencia en el sistema educativo y una edad más tardía para contraer matrimonio y ser padres, la conceptualización se ha extendido para definir la adultez emergente como una nueva etapa vital que dura desde los 18 años hasta los 29 años aproximadamente (Arnett et al., 2014).

Esta etapa no debe entenderse simplemente como una prolongación de la adolescencia ni como la entrada definitiva en la adultez, sino como un período distinto con desafíos y particularidades específicas. Se caracteriza por la exploración y búsqueda de cambios, una relativa independencia de los roles sociales tradicionales y una fuerte incertidumbre respecto al futuro. Debido a que eventos como el matrimonio, la maternidad/paternidad o la inserción laboral estable ocurren cada vez más tarde, esta franja etaria ha dejado de representar el ingreso definitivo a la vida adulta. Se comprende, en cambio, como un período autónomo, atravesado por procesos de toma de decisiones, desarrollo de metas personales y construcción de la identidad en distintas áreas como el trabajo, las relaciones interpersonales y las creencias (Arnett, 2000; Arnett et al., 2014).

La propuesta de Arnett (2014) no busca negar la continuidad con momentos del desarrollo anteriores como la adolescencia, sino destacar que, para muchos jóvenes, el período que transcurre entre el final de la adolescencia y el inicio de la adultez se configura hoy como una etapa diferenciada, y que no reconocerla como tal no es inocuo, especialmente para la comprensión de la psicopatología. En este contexto, como plantea Berry (2004), resulta fundamental contar con un marco teórico que permita comprender las particularidades de este momento vital que guíe la comprensión de los fenómenos psicopatológicos ya que, por ejemplo, cuadros como la depresión pueden manifestarse de manera distinta según la edad.

Así, si bien desde un punto de vista cronológico puede parecer que ambas etapas se solapan, desde una perspectiva funcional y sociocultural, es posible distinguirlas. Mientras que la adolescencia se caracteriza por ciertos procesos puberales, la búsqueda de autonomía y la construcción de la identidad en el contexto de una relativa dependencia, la adultez emergente implica una exploración más activa y prolongada de roles y elecciones vitales en un contexto de mayor independencia. Esta última etapa no está biológicamente determinada ni es universal; más bien, constituye una construcción sociohistórica propia de sociedades postindustriales (Arnett et al., 2014; Arnett, 2000). Así, Arnett (2000) plantea que la adultez emergente es distinta en términos demográficos, subjetivos y en cuanto a la exploración de la identidad.

En primer lugar, es demográficamente distinta por su alta variabilidad y falta de normatividad. Arnett (2000), señala que esta es la única etapa en la que no es posible predecir la situación demográfica de una persona solo con base en su edad. Tal característica se ha acentuado en las últimas décadas como respuesta a cambios estructurales en las sociedades: la transición a economías basadas en los servicios ha extendido la permanencia en el sistema educativo y retrasado hitos tradicionales como el

matrimonio o maternidad/paternidad. En este marco, Arnett et al. (2014) destaca que la primera veintena, que solía representar una etapa de consolidación de responsabilidades laborales y familiares, ha pasado a ser un periodo marcado por la inestabilidad y la exploración.

Por otra parte, es distinta subjetivamente ya que en esta etapa las personas no se consideran completamente adultas, pero tampoco adolescentes. Se trata de un período sin un nombre definido en la sociedad, lo que refleja —y a la vez refuerza— esta vivencia de estar en un estado intermedio e indefinido (Arnett, 2000). Por eso, la denominación de “aduldez emergente”, tal como la plantea el autor, se propone capturar esa cualidad de transición fluida y dinámica.

Finalmente, aunque el desarrollo de la identidad ha sido históricamente asociado a la adolescencia, se sostiene que en la aduldez emergente estas exploraciones se mantienen e incluso se acentúan, especialmente en áreas como el amor, el trabajo y la visión del mundo. Esto es debido a que en dicha etapa las personas suelen contar con mayor independencia y mayores recursos personales que facilitan llevar adelante esa exploración con más libertad (Arnett, 2000).

En síntesis, la aduldez emergente constituye un nuevo paradigma que redefine la mirada sobre el desarrollo de la adolescencia tardía y la aduldez joven. Aporta herramientas teóricas para pensar este periodo como una fase única, marcada por la heterogeneidad, la exploración y la transformación. En línea con esta perspectiva, y reconociendo la continuidad de los procesos que atraviesan estas etapas, en el presente trabajo se utilizará el término *jóvenes* de manera abarcativa para hacer referencia principalmente al periodo comprendido entre la adolescencia tardía y los primeros años de la aduldez emergente. Esta elección responde a un enfoque que concibe el desarrollo como un proceso dinámico y continuo, en el que, si bien existen diferencias importantes entre ambas etapas, también se observan características compartidas y vulnerabilidades comunes, así como procesos del neurodesarrollo y la regulación emocional que aún se encuentran en curso.

1.2 Principales procesos del neurodesarrollo: maduración cortical y reorganización funcional

Como se ha visto, en las últimas décadas la literatura respalda que la adolescencia no concluye necesariamente con el fin de la pubertad, sino que se ha extendido abarcando aproximadamente desde los 10 hasta los 24 años (Sharma et al., 2013). Esta ampliación del rango etario responde al reconocimiento de que el desarrollo no ocurre de manera

homogénea, sino que involucra múltiples dimensiones —biológica, cognitiva, emocional y social— que maduran a ritmos distintos (Arnett, 2000; Shulman et al., 2016). En este marco, comprender el neurodesarrollo adolescente en relación con estos otros planos permite acceder a una mirada más integral del desarrollo juvenil en general y de la psicopatología en particular.

Sharma et al. (2013) exponen que durante estas etapas el sistema nervioso central atraviesa una serie de cambios estructurales y funcionales que no solo permiten el aprendizaje y la adaptación, sino que también configuran patrones específicos de vulnerabilidad. La maduración cerebral está influida por una multiplicidad de factores: genéticos, epigenéticos, hormonales y ambientales. En este sentido, se pueden identificar ciertos hitos relativos al desarrollo del cerebro: la proliferación, la poda sináptica, la mielinización y la plasticidad cerebral. Estos procesos comienzan en los primeros años de vida, pero continúan hasta la primera veintena (Sawyer et al., 2018).

Durante la adolescencia y la adultez emergente, el cerebro humano atraviesa una etapa de profunda reorganización estructural y funcional (Shulman et al., 2016). Uno de los procesos más relevantes en este período es la proliferación neuronal, que implica un aumento en el número de conexiones sinápticas. Esta segunda oleada de sinaptogénesis, comparable en magnitud a la que ocurre durante la infancia, se produce justo antes del inicio de la pubertad y da lugar a un engrosamiento de la materia gris, particularmente en regiones asociadas con la cognición compleja y la regulación emocional (Sharma et al., 2013).

Posteriormente, el cerebro inicia un proceso de reorganización conocido como poda sináptica —fenómeno que ya ocurre en los primeros años de vida— mediante el cual se eliminan las conexiones menos utilizadas y se consolidan aquellas más eficientes. Este refinamiento ocurre de forma especialmente intensa desde el inicio de la pubertad hasta mediados de la veintena y se acompaña de una progresiva mielinización de los axones, que incrementa la velocidad de transmisión de los impulsos eléctricos entre distintas regiones cerebrales. La mielinización mejora la conectividad entre áreas distantes del cerebro y optimiza el procesamiento de información, lo que propicia una mayor eficiencia en funciones como la planificación, el control atencional y la toma de decisiones (Paus, 2005; Sharma et al., 2013; Rakic et al., 1994).

A su vez, se mantiene una alta plasticidad cerebral, es decir, una capacidad del sistema nervioso para reorganizarse en respuesta al entorno. Esta plasticidad, si bien es un recurso adaptativo que permite incorporar aprendizajes y desarrollar habilidades, también

representa una ventana de vulnerabilidad. Por ello, factores como el estrés, el consumo de sustancias o la exposición a contextos adversos pueden afectar negativamente estos procesos, influyendo en la configuración de los circuitos neuronales y aumentando el riesgo de dificultades emocionales o conductuales (Sharma et al., 2013).

Uno de los hallazgos más relevantes en el estudio del neurodesarrollo es que la corteza prefrontal (de ahora en adelante, CPF) se encuentra entre las últimas regiones cerebrales en alcanzar su maduración completa (Pfeifer et al., 2011). Ubicada en los lóbulos frontales, esta estructura cumple un rol central en las funciones ejecutivas, incluyendo la regulación emocional, la inhibición de impulsos, la toma de decisiones, la planificación y el juicio moral. El cerebro sigue un patrón de desarrollo postero-anterior —de atrás hacia adelante—, lo que explica que la CPF continúe reorganizándose hasta aproximadamente los 25 años (Casey et al., 2019; Huttenlocher, 1979; Sharma et al., 2013).

En síntesis, los procesos de proliferación, poda, mielinización y plasticidad, junto con la maduración tardía de la corteza prefrontal, constituyen hitos centrales en el neurodesarrollo juvenil. Comprenderlos permite no solo explicar ciertas conductas características de estas etapas, sino también identificar oportunidades de intervención y prevención, en tanto el cerebro aún conserva una notable capacidad de cambio y reorganización.

1.3 Regulación emocional en desarrollo: sistema límbico y modelo de sistemas duales

Durante la juventud, la regulación emocional representa uno de los desafíos más importantes del desarrollo psicológico. Se trata de una habilidad compleja que implica reconocer, comprender y modular las propias emociones, y que se construye gradualmente a lo largo del tiempo. Su desarrollo está estrechamente vinculado a la maduración de circuitos cerebrales que no se activan ni evolucionan al mismo ritmo, lo que puede explicar, en parte, por qué en estas etapas suele haber mayor variabilidad y vulnerabilidad en la gestión emocional (Casey et al., 2019).

La literatura sobre la reorganización dinámica de los circuitos neurales durante la adolescencia indica que este período constituye una fase de desarrollo sensible en la que la capacidad de regular las emociones puede ser especialmente vulnerable a las influencias del entorno social y emocional. Asimismo, se observa que esta etapa coincide con un aumento en la incidencia de diversos trastornos mentales asociados a la desregulación emocional, como por ejemplo los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y el abuso de sustancias, lo que refuerza la importancia de comprender cómo los cambios

dinámicos en los circuitos límbicos y prefrontales influyen en la conducta emocional (Casey et al., 2019).

Desde una perspectiva neuropsicológica, los modelos teóricos del desarrollo neurobiológico han buscado explicar la vulnerabilidad al comportamiento de riesgo en esta etapa evolutiva. Uno de los más influyentes es el modelo de sistemas duales, que postula la interacción entre un sistema socioemocional (o motivacional de recompensa-incentivo) que se desarrolla muy rápido, y un sistema de control cognitivo que madura de forma más lenta (Casey et al., 2008; Shulman et al., 2016; Steinberg, 2010). El primero se localiza en áreas límbicas y paralímbicas incluyendo regiones como la amígdala, el cuerpo estriado ventral, la corteza orbitofrontal y la prefrontal medial, todas ellas implicadas en la reactividad emocional, la motivación y la búsqueda de recompensas. Durante la pubertad, este sistema experimenta un aumento significativo en la actividad dopamínérgica, lo que intensifica la sensibilidad a estímulos placenteros y promueve conductas de riesgo (Steinberg, 2008).

Por su parte, el sistema de control cognitivo —asociado a la corteza prefrontal lateral y parietal— madura de forma más lenta y sostenida, extendiéndose hasta los primeros años de la adultez. Este sistema permite el desarrollo de funciones ejecutivas como la inhibición de respuestas, la planificación y la autorregulación emocional. La diferencia en el desarrollo de cada uno de los sistemas, es decir, entre el desarrollo del sistema socioemocional y la maduración del sistema de control cognitivo, crea un período de desequilibrio funcional (Steinberg, 2010; Shulman et al., 2016). Esta brecha temporal, como la denomina Steinberg (2008), puede contribuir a explicar por qué durante estos años es más frecuente la aparición de conductas impulsivas o riesgosas, incluso cuando ya se han adquirido habilidades cognitivas avanzadas.

De forma complementaria, Luciana et al. (2012) proponen que la adolescencia es un período de desafío no lineal para el desarrollo de la autorregulación emocional. Esto se debe a la actividad elevada de los sistemas motivacionales de recompensa-incentivo (subcorticales), que experimentan un pico temprano frente a un desarrollo más lineal y gradual del sistema de control cognitivo-conductual (cortical). Esta activación temprana del sistema socioemocional puede interferir o incluso socavar transitoriamente la capacidad regulatoria del sistema de control cognitivo aún en desarrollo, generando un desequilibrio funcional que, impulsado por cambios en la neurotransmisión dopamínérgica, explica la mayor vulnerabilidad de los adolescentes al comportamiento de riesgo.

Si bien los modelos neurobiológicos ofrecen aportes significativos para comprender ciertos aspectos del comportamiento adolescente, no es intención de este trabajo otorgar primacía a las explicaciones biológicas por sobre aquellas de índole psicológica o contextual. Tal como advierte Steinberg (2008), “en algún nivel, por supuesto, cada aspecto del comportamiento adolescente tiene una base biológica; lo que importa es si comprender la base biológica nos ayuda a comprender el fenómeno psicológico” (p. 4). En línea con esta postura, se sostiene que el desarrollo psicológico resulta de la interacción dinámica entre factores biológicos, individuales y socioculturales, y que solo una mirada integradora permite captar la complejidad de esta etapa vital.

2. Problemas internalizantes en jóvenes: revisión clínica de la ansiedad y depresión y crítica al modelo categorial

2.1. Trastornos mentales en jóvenes: prevalencia, impacto y edad de inicio

Según la OMS (2022), la salud mental es un derecho humano esencial y un componente central para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. Lejos de reducirse a la ausencia de trastornos, constituye un proceso dinámico y multifacético que cada persona experimenta de forma singular, con distintos niveles de malestar y consecuencias clínicas o sociales variables.

Este estado de bienestar psicológico permite afrontar los retos y momentos de estrés propios de la vida, desarrollar plenamente las capacidades individuales y colectivas, aprender y trabajar de manera productiva y participar activamente en la vida comunitaria. Asimismo, impulsa la construcción de relaciones significativas y la participación responsable en la toma de decisiones, contribuyendo a modelar el entorno social y cultural en el que vivimos (OMS, 2022).

Partiendo de esta concepción integral de la salud mental, es relevante destacar que a lo largo del ciclo vital, diversos factores individuales, sociales y estructurales pueden influir y condicionar su desarrollo y mantenimiento (OMS, 2022). En consonancia con ello, un análisis reciente realizado por Fan et al. (2025) señala que los trastornos mentales representan una carga significativa para la salud pública a nivel mundial y son una de las principales causas de enfermedad global. Si bien este estudio actualiza estimaciones e incorpora datos recientes, incluidos los del período de la pandemia, sus conclusiones se inscriben en una línea de evidencia sostenida desde hace décadas: trabajos previos, como las primeras ediciones del Estudio de la Carga Global de Enfermedad (GBD 1990), ya

habían destacado el peso epidemiológico y el impacto sostenido de los trastornos mentales a nivel mundial (Bedirhan, 2001).

Para comprender mejor esta problemática, el estudio de Fan et al. (2025) se propuso como objetivo principal proporcionar estimaciones globales, regionales y nacionales de la carga de los trastornos mentales desde 1990 hasta 2021, incluyendo el período de la pandemia de COVID-19 (2019-2021). Para ello, recopilaron datos del Estudio de la Carga Global de Enfermedades 2021 (GBD por sus siglas en inglés), abarcando la incidencia, los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALYs por su sigla en inglés¹), la tasa de incidencia estandarizada por edad (ASIR en inglés) y la tasa de DALYs estandarizada por edad (ASR en inglés) de 12 categorías de trastornos mentales en 204 países y regiones. La tasa de DALYs estandarizada por edad (ASR) global fue de 1909,14 en 2021, lo que representa un aumento del 17,28 % en comparación con 1990. Además, durante el período de la pandemia de COVID-19, de 2019 a 2021, la ASR de los trastornos mentales mostró un incremento del 10,18 %.

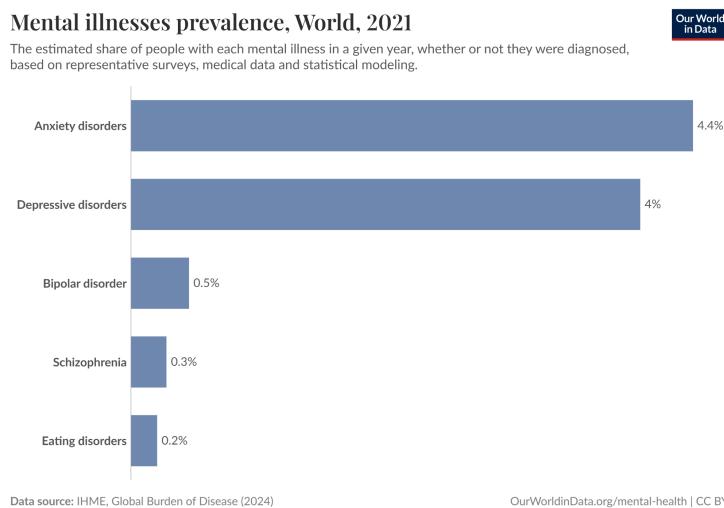
Estas condiciones afectan múltiples dimensiones del desarrollo individual y colectivo: reducen la calidad de vida, limitan el rendimiento educativo y laboral, y aumentan el riesgo de conductas perjudiciales como el aislamiento, consumo de sustancias o suicidio (Our World in Data, 2024). Aunque tradicionalmente se ha señalado que muchos trastornos mentales se manifiestan por primera vez en la juventud (Kessler et al., 2005), Solmi et al. (2022) advierten que no es posible establecer una edad de inicio universal, ya que los hallazgos al respecto son inconsistentes y metodológicamente limitados. Sin embargo, el mismo estudio señala que, en términos generales, el primer episodio de un trastorno mental ocurre antes de los 14 años en un tercio de los individuos, antes de los 18 años en casi la mitad (48,4 %) y antes de los 25 años en el 62,5 %, con una edad pico y mediana de inicio de 14,5 y 18 años respectivamente. A pesar de observarse una considerable variabilidad entre distintos trastornos, estos datos permiten orientar estrategias de intervención oportuna y prevención más eficaces.

En síntesis, los trastornos mentales representan una carga significativa para la salud global. De acuerdo con estimaciones del *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) en el marco del estudio *Global Burden of Disease* (2024), sistematizadas por *Our World in*

¹ Un AVAD representa la pérdida del equivalente a un año de salud plena. Los AVAD para una enfermedad o afección son la suma de los años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVPP) y los años de vida sana perdidos por discapacidad (AVD) debido a la prevalencia de la enfermedad o afección en una población (OMS, s.f.).

Data, tal como se muestra en la figura 1, la prevalencia de los trastornos de salud mental se distribuye de la siguiente manera a nivel mundial:

Figura 1.



Nota. Adaptado de Prevalencia de enfermedades mentales, mundo, 2021. Datos tomados por Our World in Data, 2024.

<https://ourworldindata.org/grapher/mental-illnesses-prevalence?time=latest>.

Licencia CC BY

2.2. Definiciones clínicas tradicionales: ansiedad y depresión

Desde una perspectiva clínica tradicional, tanto los trastornos depresivos como los trastornos de ansiedad han sido ampliamente estudiados y clasificados en los principales sistemas diagnósticos internacionales, como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-11).

Los trastornos depresivos incluyen el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Las características que comparten estos trastornos incluyen un estado de ánimo bajo, vacío o irritable, junto con alteraciones somáticas y cognitivas que repercuten

de manera significativa en el funcionamiento cotidiano. Estos cuadros se distinguen por su duración, presentación temporal o la supuesta etiología. Afecta múltiples dimensiones de la vida de la persona, desde su bienestar subjetivo y relaciones interpersonales hasta el desempeño académico o laboral (Chand & Arif, 2023; DSM-5, 2013).

Si bien la sintomatología puede —y suele— variar de una persona a otra, los síntomas centrales incluyen: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o disfrute, alteraciones en el apetito y el peso, insomnio o hipersomnia, fatiga persistente, disminución de la capacidad de concentración, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos de muerte o ideación suicida. Estos síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas y generar un malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento diario (Chand & Arif, 2023).

En cuanto a su etiología, se sostiene un enfoque multifactorial. Existen factores genéticos, como el hecho de que los familiares de primer grado de personas con depresión tienen mayor riesgo de desarrollar el trastorno. También se reconocen desequilibrios bioquímicos en neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina, así como la asociación con enfermedades médicas crónicas o neurodegenerativas, especialmente en personas mayores. Por otro lado, eventos vitales estresantes —como el duelo, el aislamiento social, las dificultades económicas o los conflictos interpersonales— pueden actuar como desencadenantes de un episodio depresivo. También se identifican factores de riesgo individuales como la baja autoestima, el estilo de afrontamiento evitativo y una historia de experiencias adversas en la infancia (Chand & Arif, 2023).

Por su parte, los trastornos de ansiedad se definen por una preocupación o miedo excesivos y persistentes frente a situaciones percibidas como amenazantes. Aunque la ansiedad es una respuesta adaptativa ante ciertos estímulos, en estos casos se vuelve desproporcionada, difícil de controlar y genera una interferencia significativa en las actividades cotidianas. Los síntomas abarcan tanto manifestaciones psicológicas (preocupación constante, inquietud, sensación de peligro) como físicas (taquicardia, sudoración, temblores, malestar gastrointestinal, tensión muscular) y conductuales (evitación activa de situaciones temidas) (OMS, 2023).

Existen distintos tipos de trastornos de ansiedad, entre los que se incluyen el trastorno de ansiedad generalizada (preocupación crónica ante múltiples aspectos de la vida), el trastorno de angustia (crisis de angustia y miedo a que sigan produciéndose), el trastorno de ansiedad social (miedo intenso al juicio o rechazo en situaciones sociales), la agorafobia (temor a lugares o contextos de los que sería difícil escapar), el trastorno de

ansiedad por separación (miedo o preocupación excesivos por estar separado de las personas con las que se tiene un vínculo emocional estrecho), fobias específicas (miedos irracionales a objetos o situaciones concretas) y el mutismo selectivo (incapacidad de hablar en determinados contextos, pese a hacerlo con normalidad en otros) (OMS, 2023, DSM-5, 2013). Es frecuente que una misma persona presente más de un tipo de trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Davies et al., 2023).

Al igual que la depresión, en la etiología de los trastornos de ansiedad se reconoce una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Las experiencias adversas tempranas (como abuso, negligencia o pérdidas significativas), una sensibilidad aumentada al estrés o ciertas condiciones médicas pueden aumentar la vulnerabilidad. A su vez, los trastornos de ansiedad mantienen una estrecha relación con la salud física, la cual puede influir significativamente en su aparición y evolución (OMS, 2023)

2.3. Datos epidemiológicos sobre la ansiedad y depresión en jóvenes

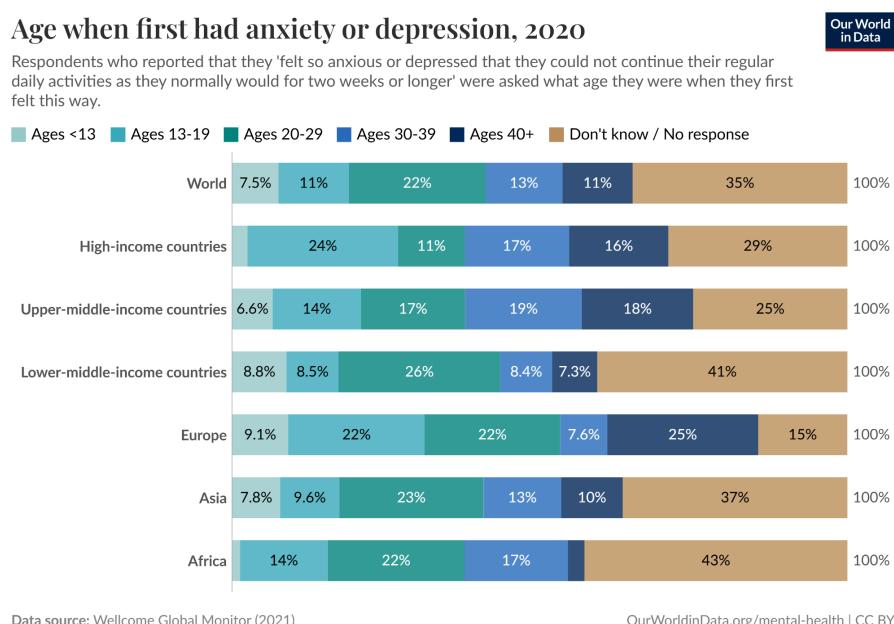
Como ya se mencionó, la depresión y la ansiedad se encuentran entre las condiciones de salud mental con más prevalencia a nivel global. Según datos ofrecidos por Our World in Data (2024), se estima que los trastornos depresivos afectan aproximadamente a un 4 % de la población mundial, en tanto los trastornos de ansiedad afectan a un 4.4 %. En cifras absolutas, esto representa a más de 300 millones de personas afectadas a nivel global, con una prevalencia mayor en mujeres que en hombres (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2021)².

Según los datos del *Global Burden of Disease Study 2021* (GBD 2021) del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2021), entre los 12 subtipos de trastornos mentales estudiados, el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad presentan la mayor carga en términos de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs). En 2021, el trastorno depresivo mayor fue responsable de aproximadamente 46,02 millones de DALYs, mientras que los trastornos de ansiedad causaron alrededor de 42,51 millones. Ambos mostraron un aumento sostenido en sus tasas estandarizadas por edad desde 1990, siendo los trastornos de ansiedad los que registraron el incremento más marcado.

² Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation. Usado con permiso. Todos los derechos reservados .

Estos datos evidencian la elevada carga que representan la ansiedad y la depresión para la salud pública, especialmente durante la adolescencia y la adultez emergente, etapas caracterizadas por intensos procesos de desarrollo neuropsicológico y contextos sociales particulares. A su vez, encuestas globales como la realizada por el *Wellcome Global Monitor* (2021) y procesada por *Our World in Data*, permiten estimar la edad de aparición de estos trastornos. La Figura 2 presenta, de manera aproximada, la distribución etaria de los primeros síntomas de ansiedad y depresión a nivel mundial según distintos grupos de ingresos de los países:

Figura 2.



Nota. Extraído de *Age when first had anxiety or depression, 2020*, de Our World in Data, 2021. <https://ourworldindata.org/grapher/age-when-first-had-anxiety-depression>. Licencia CC BY.

Un aspecto especialmente complejo de este tipo de trastornos es la dificultad para diferenciar los síntomas propios de cada uno, dado el elevado grado de solapamiento entre ellos. Aunque los manuales diagnósticos establecen definiciones claras, en la práctica clínica resulta complejo distinguir entre ambos trastornos o determinar, a lo largo de su evolución, cuál de ellos se presentó primero (Morales Rodríguez y Díaz Barajas, 2024).

Como sostienen Agudelo et al. (2007), muchos síntomas tradicionalmente asociados a la ansiedad también aparecen en la depresión y viceversa, lo que ha llevado a describir una alta comorbilidad clínica. Dicha superposición puede explicarse tanto por la coexistencia real de ambos trastornos como por limitaciones inherentes a los instrumentos

diagnósticos, que tienden a privilegiar ciertos indicadores según su marco teórico y omitir otros aspectos igualmente relevantes. En esta línea, González et al. (2023) reportan que la ansiedad y la depresión comparten un 59 % de la varianza en muestras comunitarias y un 53 % en muestras clínicas, lo que respalda empíricamente el grado de solapamiento y la dificultad para diferenciarlos con claridad en la práctica.

La coexistencia de síntomas incrementa la gravedad, la cronicidad y la probabilidad de aumentar la resistencia al tratamiento, y complica tanto la identificación temprana como el diseño de intervenciones eficaces (Morales Rodríguez y Díaz Barajas, 2024). En relación a esto, y como una de las formas de explicación al solapamiento de síntomas, se ha propuesto que la ansiedad y la depresión comparten un núcleo de alta afectividad negativa, diferenciándose por componentes específicos: la ansiedad se asocia a una elevada activación fisiológica, mientras que la depresión se caracteriza por una baja afectividad positiva (Agudelo et al., 2007).

Además, la literatura señala que la complejidad de la depresión, y en muchos casos también de la ansiedad, no radica únicamente en la frecuencia de síntomas individuales, sino en la amplia variabilidad de combinaciones sintomáticas que pueden presentarse. De hecho, la configuración más habitual de síntomas se observa en menos del 2 % de los pacientes, lo que pone de manifiesto la diversidad de manifestaciones clínicas. A esto se suma que los síntomas no permanecen estáticos, sino que pueden modificarse en el tiempo, tanto en su naturaleza como en su intensidad, lo que añade un desafío adicional para el diagnóstico y seguimiento clínico (Our World in Data, 2024).

De este modo, la evidencia acumulada subraya que, por un lado, la adolescencia y la adultez emergente son períodos de alto riesgo para la aparición y cronificación de síntomas depresivos y ansiosos, y por el otro, dada la alta comorbilidad, refuerza la importancia de contar con herramientas de evaluación precisas y fiables que permitan discriminar entre ambos trastornos y orientar estrategias de intervención más efectivas (Agudelo et al., 2007).

2.4. Tensiones y limitaciones del enfoque categorial

El análisis de la ansiedad y depresión en jóvenes permite advertir cómo el enfoque categorial, pese a su relevancia histórica y operativa, presenta importantes limitaciones a la hora de capturar la complejidad clínica. Al basarse en categorías diagnósticas discretas —y bajo el supuesto de entidades relativamente homogéneas— este modelo tiende a simplificar

fenómenos que, en la práctica, se presentan de manera heterogénea, con elevada comorbilidad y de formas muy diversas (Davies et al., 2023; González Pando et al., 2018).

En el caso de la depresión y la ansiedad, este reduccionismo resulta especialmente evidente ya que, como se ha visto, los síntomas pueden variar considerablemente entre individuos y a lo largo del tiempo, lo que dificulta encasillarlos en categorías fijas. Además, la edad de inicio, el curso clínico y la coexistencia con otros problemas de salud mental muestran que estas condiciones no se ajustan a modelos uniformes, sino que reflejan un entramado complejo de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Estas tensiones no anulan la utilidad del modelo categorial, pero sí ponen de relieve que resulta insuficiente como único marco de referencia. En jóvenes, donde los procesos de desarrollo aún están en curso, esta limitación se vuelve aún más notoria, ya que las categorías diagnósticas corren el riesgo de sobregeneralizar o patologizar experiencias propias de la etapa vital. Esto abre el camino hacia propuestas alternativas que buscan superar sus limitaciones y ofrecer una visión más flexible e integral de la psicopatología. El enfoque transdiagnóstico, que se desarrollará en el capítulo siguiente, constituye una de las respuestas más influyentes en este desafío.

3. Enfoque transdiagnóstico: hacia una nueva comprensión de la psicopatología

3.1. Emergencia del paradigma transdiagnóstico: de los síntomas compartidos a los procesos subyacentes

La descripción nosológica de los trastornos mentales ha cumplido un papel central para la comprensión de la psicopatología. Su importancia radica en que permite unificar la nomenclatura, profundizar en la teoría, facilitar la investigación y orientar tanto la práctica clínica como la definición de criterios diagnósticos específicos.

Como se mencionó en el capítulo anterior, tradicionalmente, los trastornos mentales se han clasificado mediante taxonomías discretas, entre las que destacan el DSM-5 y la CIE-11. Sin embargo, desde hace ya varios años, el enfoque categorial se encuentra en tensión debido a sus limitaciones. Dentro de este panorama, en el que la psicopatología atraviesa un período de revisión paradigmática, han surgido los enfoques dimensionales que buscan superar esas restricciones al reconocer que entre la normalidad y la patología no existen —a priori— límites fijos y predeterminados (Sandín, 2012; Sandín, 2014).

Ante las limitaciones inherentes de los sistemas categoriales, una de las primeras propuestas alternativas —citada por González Pando (2018)— fue la de Persons (1986) y

Bentall (1990), quienes hace más de tres décadas plantearon la necesidad de centrar el análisis en los síntomas de manera aislada, considerando que estos podían identificarse y evaluarse con mayor precisión. Sin embargo, la investigación psicopatológica posterior evidenció que, si bien la consideración de síntomas aislados puede entenderse como el elemento transdiagnóstico más simple, este enfoque no resultó suficiente para el diagnóstico, dado que muchos de ellos también se manifiestan en personas sin un trastorno psicopatológico y no logra resolver la alta comorbilidad entre la ansiedad y la depresión (Agudelo et al., 2007; Clark & Watson, 1991).

En respuesta a la necesidad de establecer criterios de diferenciación más sólidos, Clark y Watson (1991) propusieron el Modelo Tripartito, una alternativa explicativa que aborda la superposición de síntomas de depresión y ansiedad a través de tres dimensiones (Agudelo et al., 2007; Clark & Watson, 1991). Este modelo postula que la concurrencia de síntomas comunes (como la tristeza, la irritabilidad o la inquietud) se debe a un factor compartido de afectividad negativa, el cual representa el malestar subjetivo general. La distinción crucial entre ambos trastornos se establece mediante dos componentes específicos: la baja afectividad positiva (o anhedonia), que es el elemento que caracteriza la depresión, y la alta activación fisiológica (arousal o síntomas vegetativos), que es el factor distintivo de la ansiedad. De esta forma, la depresión se define por una alta afectividad negativa junto con una baja afectividad positiva; mientras que la ansiedad se caracteriza por una alta afectividad negativa unida a altos niveles de activación fisiológica (Agudelo et al., 2007).

En esta línea de desarrollos posteriores, Sandín (2012) plantea que, aunque los enfoques categoriales pueden resultar útiles para trastornos homogéneos y claramente diferenciados, la práctica clínica muestra con frecuencia cuadros más complejos y heterogéneos. Esta constatación ha motivado el desarrollo del enfoque transdiagnóstico situado dentro del modelo dimensional. Dicho enfoque propone comprender los mecanismos subyacentes a los distintos cuadros pensando a la psicopatología como un continuo (Clark et al., 2017). Como señalan González Pando et al. (2018), el valor del transdiagnóstico reside no sólo en su capacidad para superar las limitaciones de los sistemas taxonómicos tradicionales, sino también en la posibilidad que ofrecen de aproximarse a la fenomenología, enfocada en las estructuras esenciales y experiencias nucleares de los fenómenos clínicos.

La perspectiva transdiagnóstica fue propuesta por primera vez por Fairburn et al. (2003) para los trastornos alimentarios. Su aporte se basó en definir mecanismos psicopatológicos nucleares comunes a todos los trastornos alimentarios, como la

sobrevaloración de la comida o el peso, las dietas y otras conductas de control del peso, que interactúan con procesos más generales como el perfeccionismo, la baja autoestima, la intolerancia emocional y las dificultades interpersonales (Sandín, 2014). A partir de estas observaciones, los autores propusieron una teoría transdiagnóstica sobre el mantenimiento de todo el espectro de los trastornos alimentarios, constituyendo así la primera formulación sistemática de un enfoque transdiagnóstico formal en el campo clínico (Sandín, 2012).

En continuidad con lo anterior, Sandín (2012) sostiene que el enfoque transdiagnóstico permite integrar los modelos categoriales y dimensionales, tradicionalmente considerados opuestos. Aunque se apoya principalmente en una perspectiva dimensional, este enfoque reconoce la utilidad de los diagnósticos categoriales, ya que estos permiten describir y explicar los distintos trastornos mentales a partir de dimensiones generales compartidas entre ellos, facilitando así la comprensión de su heterogeneidad clínica. La génesis de los modelos transdiagnósticos puede explicarse principalmente a partir de tres factores interrelacionados: la creciente insatisfacción con los sistemas diagnósticos tradicionales, la elevada comorbilidad entre trastornos y el riesgo de introducir la psicopatología a la vida cotidiana (González Pando et al., 2018).

En primer lugar, una de las principales críticas dirigidas a los manuales diagnósticos como el DSM-5 y la CIE-11 se vincula con su insuficiente validez. A diferencia de lo que ocurre en otras ramas de la medicina, los trastornos psicopatológicos no pueden identificarse mediante pruebas de laboratorio o marcadores biológicos, por lo que el diagnóstico depende fundamentalmente de la descripción clínica de los síntomas (González Pando et al., 2018).

Se ha señalado que fallan en sus tres dimensiones fundamentales: validez discriminante, conceptual y predictiva. La validez discriminante alude a la capacidad de distinguir de manera clara un trastorno respecto a otros y frente a la normalidad, algo que en la práctica no siempre se logra. La validez conceptual hace referencia a la definición misma de los fenómenos clínicos: qué se entiende, por ejemplo, por esquizofrenia o depresión, y cuáles son sus límites, cuestión que permanece abierta y en debate debido a que esa delimitación suele ser bastante arbitraria. Finalmente, la validez predictiva evalúa si el diagnóstico permite anticipar la evolución del cuadro y la respuesta al tratamiento, algo que tampoco se cumple de forma consistente (González Pando et al., 2018).

En conjunto, estas limitaciones evidencian que los diagnósticos psicopatológicos no logran establecer de manera inequívoca la presencia o ausencia de un trastorno, describen de forma parcial las experiencias clínicas de los pacientes y muestran una gran debilidad a

la hora de predecir el curso clínico y la eficacia de las intervenciones (González Pando et al., 2018).

En segundo lugar, la elevada comorbilidad constituye otro de los principales desafíos. Como señala Belloch (2012), los síntomas patognomónicos de un trastorno, como las compulsiones, el pánico, entre otros, en realidad aparecen con gran frecuencia en otros diagnósticos y no de manera tangencial o secundaria. Así, manifestaciones como el insomnio, la tristeza patológica o las somatizaciones no se restringen a un único cuadro, sino que se presentan en múltiples trastornos. Esta superposición sintomática se vincula, además, con la desmesurada proliferación diagnóstica: de las 106 categorías incluidas en el DSM-I (1952) se pasó a más de 300 en el DSM-5 (2013). Este crecimiento no solo refleja la complejidad de la psicopatología, sino que también ha contribuido a desdibujar los límites entre normalidad y patología, ampliando el riesgo de sobrediagnóstico y de una clasificación cada vez menos precisa.

En tercer y último lugar, se advierte el riesgo de que las clasificaciones contribuyan a la patologización de experiencias vitales. González Pando et al. (2018) sostienen que, a medida que aumenta el número de diagnósticos, y considerando la indefinición de sus límites, crece también la probabilidad de que cualquier persona sea incluida en una o varias categorías diagnósticas. Por ejemplo, el amplio número de diagnósticos descritos en los manuales ha generado que experiencias habituales o propias de determinadas etapas del desarrollo sean interpretadas como patológicas. Así, conductas como la inquietud en la infancia pueden clasificarse como hiperactividad, la timidez como fobia social, la tristeza tras una pérdida como depresión o las rabietas infantiles como un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

En síntesis, la emergencia del enfoque transdiagnóstico representa un cambio de paradigma en la comprensión de la psicopatología. Este modelo no se limita a cuestionar la validez de las categorías diagnósticas, sino que propone un marco más integrador, orientado a identificar los procesos psicológicos subyacentes a distintos cuadros clínicos. Al desplazar el foco desde los síntomas hacia los mecanismos que los sostienen, el paradigma transdiagnóstico amplía las posibilidades de investigación y de intervención, ofreciendo una comprensión más dinámica, dimensional y coherente con la complejidad del sufrimiento psíquico.

3.2. Principales modelos transdiagnósticos en psicopatología

El campo transdiagnóstico ha generado modelos relevantes que buscan avanzar en la comprensión y el manejo de la psicopatología. A continuación, se revisarán algunos de los más influyentes. En primer lugar, el modelo Research Domain Criteria (RDoC), impulsado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos en 2009, se presenta como un marco de investigación traslacional (Clark et al., 2017; Insel et al., 2010; Vilar et al., 2019), es decir, una propuesta que busca tender puentes entre la investigación básica y la práctica clínica (Vilar et al., 2019), organizando hallazgos de la neurociencia, la genética, la fisiología y la psicología de manera que puedan traducirse en herramientas útiles para la evaluación y el tratamiento (Clark et al., 2017; Insel et al., 2010; Vilar et al., 2019). No constituye un sistema diagnóstico en sí mismo, sino un marco destinado a guiar la investigación hacia una comprensión más precisa de los mecanismos subyacentes de la psicopatología y, a largo plazo, contribuir al desarrollo de intervenciones más personalizadas (Clark et al., 2017; Insel et al., 2010; Vilar et al., 2019).

Su propuesta central es la denominada matriz RDoC, que combina dominios funcionales y unidades de análisis como ejes de investigación (Clark et al., 2017; Insel et al., 2011; Vilar et al., 2019). Los dominios representan grandes sistemas psicobiológicos relevantes para la psicopatología: valencia negativa (procesamiento de amenazas y respuestas de miedo o ansiedad), valencia positiva (procesamiento de la recompensa y la motivación), sistemas cognitivos (atención, percepción, memoria de trabajo, memoria declarativa, lenguaje y control cognitivo), procesos sociales (afiliación, apego, comunicación social, percepción y comprensión de uno mismo y de los otros) y sistemas de activación y regulación (arousal, ritmos biológicos y sueño-vigilia) (Clark et al., 2017; Vilar et al., 2019). Cada uno de estos dominios puede ser estudiado a través de siete unidades de análisis que van desde lo más micro hasta lo más macro: genes, moléculas, células, circuitos neurales, fisiología, conducta y autoinformes. Además, la matriz incluye una columna de paradigmas, destinada a organizar las tareas, diseños y métodos que permiten operacionalizar cada constructo. De esta manera, el RDoC promueve investigaciones que integren múltiples niveles de evidencia para un mismo fenómeno, favoreciendo una visión más completa del funcionamiento normal y alterado (Clark et al., 2017; Insel et al., 2010; Vilar et al., 2019).

En contraste con los sistemas categoriales como el DSM o la CIE, que parten de un conjunto de síntomas consensuados para definir una enfermedad (*top-down*), el RDoC propone un abordaje inverso (*bottom-up*), en el que la psicopatología se entiende como desviaciones de procesos básicos presentes en todos los individuos. Esta perspectiva es explícitamente dimensional, pues concibe la salud y la enfermedad en un continuo y subraya la relevancia de los endofenotipos (marcadores intermedios medibles a nivel

biológico o neuropsicológico) como claves para comprender los mecanismos etiológicos más allá de los síntomas clínicos observables (Clark et al., 2017; Vilar et al., 2019).

En segundo lugar, la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP por sus siglas en inglés) constituye un modelo alternativo frente a las ya mencionadas limitaciones de los sistemas diagnósticos tradicionales (Ruggero et al., 2019). Este enfoque organiza la psicopatología de manera jerárquica y dimensional, estructurando los fenómenos clínicos en niveles que van desde componentes de signos y síntomas y rasgos desadaptativos, hasta síndromes, subfactores, espectros amplios y un factor general de psicopatología (*p*). De este modo, se logra integrar la complejidad de los trastornos y las relaciones entre ellos, ofreciendo un marco más coherente para comprender los mecanismos subyacentes (Ruggero et al., 2019). La construcción del modelo se basa en evidencia empírica de estudios de clasificación psicopatológica basados en datos, lo que lo posiciona como una alternativa guiada por la investigación frente a las clasificaciones tradicionales. Este enfoque incorpora las dimensiones replicadas con respaldo sólido, asigna un estatus provisional a aquellas con evidencia emergente y excluye las dimensiones con soporte insuficiente o inconsistente (Ruggero et al., 2019).

HiTOP adopta un enfoque dimensional, describiendo la psicopatología a lo largo de continuos de gravedad en lugar de categorías dicotómicas de “presente” o “ausente”. Reconoce que los síntomas subsindrómicos son inherentes al continuo psicopatológico y permite integrar criterios categoriales de manera pragmática, por ejemplo, estableciendo rangos de corte para guiar decisiones clínicas de acuerdo con la gravedad o el riesgo, de manera similar a lo que se hace en otras áreas de la medicina. De este modo, HiTOP ofrece un marco basado en evidencia que mejora la fiabilidad y validez de la clasificación de los trastornos, si bien su plena implementación clínica sigue siendo un desafío pendiente (Kotov et al., 2017; Ruggero et al., 2019).

Dentro de su estructura jerárquica, el modelo destaca los espectros internalizante y externalizante como dos agrupaciones amplias que organizan gran parte de la psicopatología. El espectro internalizante reúne los trastornos caracterizados por el malestar dirigido hacia uno mismo, incluyendo los cuadros depresivos, de ansiedad, de estrés postraumático, alimentarios, sexuales y obsesivo-compulsivos. A su vez, se asocia con la afectividad negativa en la personalidad y puede subdividirse en factores más específicos, como el clúster de angustia (p. ej., depresión mayor, ansiedad generalizada, estrés postraumático), el clúster de miedo (p. ej., pánico y fobias), además de la patología alimentaria y las disfunciones sexuales (Kotov et al., 2017; Ruggero et al., 2019).

Por otro lado, el espectro externalizante se vincula con el descontrol conductual y la impulsividad, abarcando los trastornos por consumo de sustancias, el trastorno negativista desafiante, el trastorno de conducta, el comportamiento antisocial en adultos, el trastorno explosivo intermitente y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Se relaciona con dos dimensiones centrales de la personalidad: la desinhibición, especialmente vinculada a los problemas de consumo, y el antagonismo, característico de varios trastornos de personalidad (narcisista, histriónico, paranoide, límite). Ambos factores conforman un superspectro externalizante, que se desglosa en una dimensión de comportamiento antisocial (combinando desinhibición y antagonismo) y otra de abuso de sustancias (predominantemente desinhibida) (Kotov et al., 2017; Ruggero et al., 2019).

Por último, el factor general de la psicopatología (factor *p*). Esta es una propuesta dimensional que unifica la propensión general a padecer trastornos mentales bajo un solo continuo transdiagnóstico. El término *p* fue introducido por analogía con el factor general de inteligencia (*g*), planteando que así como *g* refleja la capacidad cognitiva general de un individuo, *p* representaría el nivel general de severidad psicopatológica que una persona puede presentar (Caspi et. al., 2018).

Diversos estudios empíricos han brindado sustento a la existencia de este factor general. Análisis factoriales en grandes muestras han demostrado que los síntomas de cientos de manifestaciones psiquiátricas se organizan en una estructura jerárquica: múltiples síntomas se agrupan en síndromes específicos, estos se agrupan en dimensiones amplias tradicionales (como *internalización*, *externalización* y *trastornos del pensamiento*), y finalmente todas esas categorías comparten una única dimensión de psicopatología general (*p*) (Caspi et al., 2014; Caspi et al., 2018).

En la práctica de la evaluación clínica, esto implica que, además de identificar síntomas para determinar un diagnóstico categorial (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, etc.), el profesional debería apreciar el nivel global de afectación psicológica del individuo. Se promueve el uso de herramientas que cuantifiquen la severidad psicopatológica general, tales como inventarios de síntomas totales o índices globales de malestar, para captar cuán elevada es la carga transdiagnóstica (*p*) en cada caso, lo cual tiene valor pronóstico y orienta la planificación del tratamiento (Caspi, 2018; Montes y Sanchez, 2019).

En cuanto a las intervenciones terapéuticas, el modelo transdiagnóstico del factor *p* invita a desarrollar y aplicar tratamientos más integrados y flexibles, dirigidos a los procesos comunes subyacentes en lugar de protocolos exclusivamente diseñados para diagnósticos

únicos. La principal implicación clínica del factor *p* es que los profesionales podrían potencialmente usar el mismo tratamiento para individuos con trastornos mentales diferentes y comórbidos, buscando apuntar a las características comunes compartidas entre los trastornos con las mismas intervenciones de tratamiento (Meier & Meier, 2018).

Décadas de evidencia han mostrado que muchas psicoterapias eficaces para un trastorno suelen ser igualmente efectivas para otros. Por ejemplo, el Protocolo Unificado (UP), desarrollado inicialmente para la ansiedad y la depresión, ha demostrado ser eficaz también para el trastorno bipolar (Kasten et al., 2024). De manera similar, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés), creada inicialmente para el trastorno límite de la personalidad, ha mostrado efectividad para los trastornos por uso de sustancias, trastornos alimentarios, depresión y trastorno bipolar (De La Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013; Soler et al., 2016). Además, técnicas cognitivo-conductuales como la reestructuración cognitiva o la exposición se emplean exitosamente en distintos cuadros clínicos. Esto se alinea con la idea de que las intervenciones están actuando sobre componentes nucleares compartidos de la psicopatología, respaldada por una creciente literatura que examina los procesos transdiagnósticos como posibles mecanismos de cambio, mencionando, por ejemplo, que la rumiación puede ser uno de ellos (Clark et al., 2017; Vilar et al., 2019).

En síntesis, la solidez explicativa compartida por distintos modelos sugiere que, más allá de las etiquetas diagnósticas, existen procesos psicológicos fundamentales que operan como factores comunes en la génesis y el mantenimiento de la psicopatología. Entre estos, los procesos emocionales han cobrado especial relevancia, particularmente en el ámbito de los problemas internalizantes, en los que las dificultades en la regulación de las emociones emergen como un núcleo explicativo clave (Clark et al., 2017).

3.3. Mecanismos transdiagnósticos de la psicopatología internalizante

Dado que el eje central de este trabajo se orienta hacia la rumiación cognitiva como proceso transdiagnóstico, resulta necesario en primer lugar situarla dentro de un marco más amplio: la regulación emocional. La mayoría de los trastornos emocionales descritos en los manuales diagnósticos presentan dificultades en la experiencia y gestión de las emociones, por lo que comprender este mecanismo resulta fundamental para analizar los problemas internalizantes (Rodríguez et al., 2024). En esta línea, antes de profundizar en la rumiación como estrategia específica, este apartado abordará la regulación emocional como proceso transdiagnóstico.

La emoción es un proceso psicológico básico que cumple funciones adaptativas fundamentales, orientando la conducta, la cognición y la fisiología, y proporcionando información valiosa sobre nuestro estado interno y las demandas del entorno. Los estados y tendencias emocionales se viven de manera subjetiva, modulan la personalidad y la conducta, y facilitan la comunicación e interacción social. En este sentido, las emociones no solo matizan la experiencia humana, sino que también cumplen una función orientativa, señalando lo que es relevante y contribuyendo a la adaptación al medio. Comprender cómo las personas experimentan y manejan sus emociones resulta clave para analizar los procesos subyacentes a la psicopatología (Antuña Camblor et al., 2023; Belli y Villanueva, 2021; Vera Albero, 2020).

Como se expuso en apartados anteriores, los problemas internalizantes presentan una elevada prevalencia y constituyen un importante desafío para la salud pública. Su comprensión requiere atender no solo a los diagnósticos específicos, sino también a los procesos transdiagnósticos que intervienen en su desarrollo y mantenimiento.

En este marco, la investigación reciente ha destacado que los trastornos emocionales —entre ellos la depresión y la ansiedad— se vinculan de manera consistente con dificultades en la regulación de las emociones (Aldao et al., 2012; Bullis et al., 2019). De hecho, los problemas en la regulación emocional no solo se asocian con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, sino que también se han incorporado en los modelos explicativos de una amplia gama de psicopatologías, incluyendo el trastorno límite de la personalidad, los trastornos alimentarios y los trastornos por consumo de sustancias (Aldao et al., 2010; Antuña Camblor et al., 2023).

Desde una perspectiva transdiagnóstica, la regulación emocional ha sido definida como el conjunto de procesos mediante los cuales las personas influyen en las emociones que experimentan, en el momento en que lo hacen, en cómo las sienten y en la manera en que las expresan (Gross, 2015). Una regulación eficaz permite ajustar las respuestas emocionales a las demandas situacionales, facilitando el logro de objetivos personales y el funcionamiento psicosocial. Por el contrario, la desregulación emocional se ha descrito como un patrón de experiencias o expresiones que interfieren con la conducta dirigida a metas, constituyendo un factor de riesgo para múltiples formas de psicopatología (McRae y Gross, 2020).

El interés en este constructo se ha visto reforzado por la evidencia que lo vincula con la etiología y el mantenimiento de diversos cuadros clínicos. En esta línea, se ha observado que mientras una regulación emocional adecuada se asocia con mejores resultados de

salud mental y física, los déficits en este dominio incrementan significativamente el riesgo de desarrollar problemas psicopatológicos (McRae y Gross, 2020).

Asimismo, dentro del marco de la regulación emocional, la literatura ha distinguido entre estrategias adaptativas y desadaptativas. Dentro de las primeras se encuentran, por ejemplo, la reevaluación cognitiva o la aceptación, mientras que entre las segundas destacan la evitación, la supresión emocional, la preocupación excesiva y la rumiación (Fernández-Álvarez et al., 2018). Estas últimas, al perpetuar estados afectivos negativos o dificultar su resolución, desempeñan un papel central en la vulnerabilidad a los problemas internalizantes (Aldao, 2012; Gross, 2015).

De este modo, la regulación emocional constituye un mecanismo explicativo transversal a múltiples psicopatologías y ofrece un marco idóneo para comprender las trayectorias clínicas de los problemas internalizantes. En particular, estrategias como la rumiación han cobrado un interés creciente en tanto procesos específicos que, además de estar ampliamente distribuidos entre distintas categorías diagnósticas, se han identificado como factores centrales en el inicio, el mantenimiento y la recurrencia de la ansiedad y la depresión.

4. Rumia cognitiva como factor transdiagnóstico: definición y mecanismos psicobiológicos

4.1. ¿Qué es la rumia cognitiva? Definición y distinción

En las últimas décadas, la rumiación cognitiva (RC) ha recibido cada vez más atención en la investigación psicológica debido a sus efectos perjudiciales sobre el bienestar (Wong et al., 2023). Este constructo se define como un patrón de pensamiento repetitivo y pasivo en el que la atención se centra una y otra vez en los síntomas de malestar anímico, así como en sus posibles causas y consecuencias, generalmente asociado a hechos del pasado (Ferrer et al., 2018; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Song et al., 2022). Ya en el siglo XIX se reconocía este fenómeno, descrito como *ideas fijas* (*idées fixes*, en francés) o como la *compulsión a repetir* (*Wiederholungszwang*, en alemán) (Wong et al., 2023). La rumiación se caracteriza por ser un proceso incontrolable y autorreflexivo que mantiene a la persona atrapada en ciertos contenidos mentales, interfiriendo con sus actividades cotidianas. Lo distintivo no es tanto el contenido negativo en sí, sino la forma repetitiva y autorreferencial de procesar los pensamientos (Mor y Winquist, 2002; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Wong

et al., 2023), con un foco frecuente en el malestar y en autoevaluaciones negativas (Mor y Winquist, 2002).

La teoría de los estilos de respuesta (RST, por sus siglas en inglés), formulada por Nolen-Hoeksema (1991, 2000), planteó que este estilo de afrontamiento prolonga y agrava los estados afectivos negativos, especialmente los depresivos. Esto ocurre porque potencia el pensamiento negativo, dificulta la resolución de problemas, interfiere con el comportamiento instrumental, fomenta interpretaciones pesimistas y deteriora el apoyo social (Nolen-Hoeksema et al., 1993; Nolen-Hoeksema et al., 2008). De hecho, la rumiación contribuye tanto a la gravedad como al mantenimiento del bajo estado de ánimo y de los trastornos depresivos (Ferrer et al., 2018; Nolen-Hoeksema et al., 1993; Nolen-Hoeksema, 2000; Song et al., 2022). Hoy se la reconoce como un proceso transdiagnóstico, es decir, un mecanismo implicado en el desarrollo y persistencia de distintos trastornos, especialmente de los llamados trastornos emocionales (Ferrer et al., 2018; Watkins, 2009; Wong et al., 2023).

Como se mencionó, la evidencia científica muestra que la rumiación predice de manera consistente el desarrollo y mantenimiento de síntomas internalizantes, pero también se asocia a conductas evitativas, como el consumo excesivo de alcohol o los atracones de comida (Nolen-Hoeksema et al., 2008), y se ha vinculado con la ideación y los comportamientos suicidas (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Song et al., 2022; Wong et al., 2023). En concreto, se la ha relacionado con múltiples trastornos internalizantes: trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), fobia social (FS), trastorno de ansiedad por separación (TAS), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno de pánico (TP) (Ferrer et al., 2018; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins, 2009; Wong et al., 2023). Estudios en adolescentes han corroborado esta asociación de manera consistente (Ferrer et al., 2018). En cambio, su influencia sobre síntomas externalizantes, como la agresión o la delincuencia, parece ser menos específica (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Los efectos de la rumiación son predominantemente negativos y desadaptativos. Este proceso intensifica los recuerdos negativos sobre el pasado, incrementa la autocritica y la culpa frente a problemas actuales, y favorece interpretaciones distorsionadas y pesimistas de eventos hipotéticos (Nolen-Hoeksema et al., 2008). De esta manera, las personas con alta tendencia a rumiar suelen mostrar menor optimismo y menos confianza en sus propias capacidades. Aunque quienes rumian creen estar comprendiendo o resolviendo sus problemas, lo que ocurre en la práctica es que terminan implementando

menos soluciones efectivas, dudando más de sus propias decisiones y posponiendo la acción (Nolen-Hoeksema, 2000, 2008).

Ejemplos típicos de pensamientos rumiantivos incluyen centrarse en la falta de motivación (“simplemente no tengo ganas de hacer nada”), cuestionarse por qué uno se siente deprimido (“¿qué me pasa para sentirme así?”) o preocuparse por las consecuencias de los síntomas (“no puedo terminar mi trabajo si me siento así”) (Nolen-Hoeksema et al., 1993). Otros ejemplos son interrogantes abstractos como “¿qué estoy haciendo para merecer esto?” o “¿por qué tengo problemas que otras personas no tienen?” (Chen et al., 2024; Treynor et al., 2003).

En un estudio reciente, participantes que reportaban rumiación describieron sus pensamientos como más centrados en el pasado, en sí mismos y en contenidos negativos; además, aparecían en forma de discurso interno y generaban un aumento de la tristeza, a diferencia de la distracción. Esta distinción es fundamental ya que la distracción, utilizada de forma flexible, se caracteriza precisamente por la ausencia de esos contenidos negativos y de la no intensificación del afecto negativo (Chen et al., 2024).

La rumiación, en contraste, se mantiene debido a un déficit en el control atencional y la baja flexibilidad cognitiva (Watkins, 2009). Esta es una característica clave, ya que el proceso de auto-foco en eventos internos es inherentemente disruptivo para la atención y la ejecución de tareas ambientales (Borkovec et al., 1983). Por lo tanto, mientras que la rumiación impide la disrupción de la cadena de pensamientos negativos, la distracción funciona como un mecanismo eficaz de interrupción de la actividad cognitiva (Nolen-Hoeksema et al., 1993; Wong et al., 2023), siempre y cuando la atención se enfoque en estímulos externos demandantes (Borkovec et al., 1983). Por ello, es crucial diferenciar la distracción adaptativa de las conductas evitativas, ya que esta estrategia puede volverse desadaptativa o prolongar la problemática de fondo. El uso crónico de la distracción sin abordar la resolución de problemas puede transformarse en evitación de emociones negativas mediante conductas desadaptativas (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Además, las distracciones efectivas no incluyen actividades inherentemente peligrosas o autodestructivas, como el abuso de sustancias, el consumo excesivo de alcohol o las conductas agresivas.

Una comprensión más precisa de la rumiación requiere diferenciarla de la preocupación, dado que, si bien ambas comparten algunas características, constituyen procesos distintos. Según la literatura, la preocupación se define como una sucesión de pensamientos e imágenes caracterizada por su carga afectiva negativa y su relativa

incontrolabilidad. Este proceso representa un intento de solución mental de problemas respecto a situaciones con desenlace incierto, pero que implican riesgo de resultados adversos (Borkovec et al., 1983). Mientras que la preocupación se centra en amenazas futuras e intenta anticipar soluciones, la rumiación se focaliza en estados afectivos presentes o en experiencias pasadas (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Pese a tratarse de fenómenos diferenciables, es posible identificar características comunes. Ambos son pensamientos repetitivos y perseverantes centrados en el yo, con un estilo abstracto y sobregeneralizado, baja flexibilidad cognitiva y dificultad para desviar la atención de estímulos negativos (Watkins, 2009). Las personas que experimentan preocupación reportan consistentemente emociones como ansiedad, tensión e inquietud (Borkovec et al., 1983; Joubert et al., 2022). Sin embargo, lo que distingue especialmente a quienes se identifican como “preocupados” es la dificultad para detener los pensamientos intrusivos una vez que se inician, lo que evidencia la incontrolabilidad cognitiva del proceso (Borkovec et al., 1983; Toro et al., 2020).

Esta actividad incontrolable se vincula con problemas de concentración, dificultades para la resolución de problemas y una implementación deficiente de soluciones (Watkins, 2009). En particular, la focalización de la atención en eventos internos, característica de la preocupación, puede interrumpir el compromiso con tareas ambientales, reduciendo la capacidad de atención focalizada y aumentando las intrusiones cognitivas negativas (Borkovec et al., 1983). No obstante, preocupación y rumiación difieren marcadamente en sus funciones: mientras que la rumiación se centra predominantemente en el pasado o presente, la preocupación se orienta al futuro y a la anticipación de amenazas. La distinción crucial reside en que la preocupación opera, a un nivel inconsciente, como un mecanismo de evitación del afecto negativo central y las imágenes aversivas. Esta evitación se logra porque la naturaleza lingüística y verbal de la preocupación restringe el acceso consciente a imágenes vívidas o dolorosas (Nolen-Hoeksema et al., 2008). En términos de control percibido, la preocupación implica cierta creencia de que el esfuerzo puede modificar los resultados, mientras que la rumiación se asocia con la sensación de que los resultados importantes son incontrolables (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins, 2009). Tanto la rumiación como la preocupación se engloban dentro de la categoría más amplia de cognición perseverante (Watkins & Roberts, 2020).

La RC no es un fenómeno unitario, sino que se conceptualiza como un constructo bidimensional (Ferrer et al., 2018; Toro et al., 2020). Las dos dimensiones principales son la reflexión o *reflection*, que implica un análisis introspectivo y potencialmente funcional, y la rumia negativista, melancólica o *brooding*, que es un pensamiento pasivo y autocrítico

centrado en la incapacidad de superar el malestar (Treynor et al., 2003; Wong et al., 2023). Para su evaluación inicial, Nolen-Hoeksema y Morrow (1991) desarrollaron la Escala de Respuestas Rumiantivas (RRS), un autoinforme de 22 ítems diseñado para medir conductas al experimentar tristeza o decaimiento (Cova et al., 2007). Sin embargo, debido a que el instrumento original contenía ítems con una superposición sustancial con la sintomatología depresiva, Treynor et al. (2003) realizaron una revisión. Esta depuración, que eliminó los ítems contaminados por síntomas, confirmó la existencia de las dos dimensiones —*brooding* y *reflection*— como factores psicométricamente distintos, proporcionando una base sólida para el estudio de sus efectos diferenciales en la psicopatología (Treynor et al., 2003).

La reflexión se entiende como un proceso introspectivo orientado a la solución de problemas cognitivos, y se conceptualiza como un constructo funcional que le permite al individuo solucionar problemas y aliviar estados de ánimo bajos (Toro et al., 2020). Se describe como una forma de autoobservación más propositiva o “auto-reflexión intelectual”, en la que la persona analiza sus experiencias vividas con la intención de comprenderlas o resolver dificultades (Cova et al., 2007).

Aunque la reflexión se ha asociado de manera concurrente con síntomas depresivos, estudios longitudinales han mostrado que, con el tiempo, puede relacionarse con una disminución de la sintomatología (Cova et al., 2007; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Treynor et al., 2003). De esta manera, la reflexión puede funcionar como una estrategia de regulación emocional adaptativa (Ferrer et al., 2018) vinculada a un sentido de agencia personal (Cova et al., 2007). Este sentido de agencia se deriva de que la reflexión se conceptualiza como un proceso introspectivo funcional orientado a la solución de problemas cognitivos (Toro et al., 2020), en el cual el individuo analiza sus experiencias vividas con la intención de comprenderlas o resolver dificultades (Cova et al., 2007; Toro et al., 2020). No obstante, el núcleo problemático de la rumiación reside en el pensamiento perseverativo, por lo que su carácter repetitivo puede convertir incluso a la reflexión en un patrón disfuncional si se mantiene en un modo abstracto o evaluativo sin llegar a la acción (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

En contraste, la rumia negativista o melancólica (*brooding*) constituye la dimensión más desadaptativa de la RC. Este patrón se caracteriza por un pensamiento cargado de afecto negativo, basado en comparaciones pasivas con estándares inalcanzables, acompañado de autoevaluaciones negativas y cuestionamientos abstractos como “¿qué he hecho para merecer esto?” o “¿por qué tengo problemas que otras personas no tienen?” (Cova et al., 2007; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Toro et al., 2020; Treynor et al., 2003).

Este patrón se ha vinculado de manera consistente con la vulnerabilidad y el mantenimiento de síntomas depresivos y ansiosos tanto en adultos como en jóvenes (Cova et al., 2007; Ferrer et al., 2018; Toro et al., 2020). Además, se ha demostrado que la rumia negativista predice mayores niveles de depresión y ansiedad, manteniendo este vínculo patológico incluso después de que en las investigaciones se controle estadísticamente el efecto de la reflexión. Este hallazgo es fundamental porque indica que el efecto perjudicial del *brooding* es independiente de si la persona también tiende a la reflexión (la dimensión funcional) (Treynor et al., 2003).

Específicamente, en estudios longitudinales, el *brooding* predice el incremento de la depresión futura (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Treynor et al., 2003; Watkins, 2009), incluso después de controlar los niveles de depresión iniciales (Treynor et al., 2003). Por el contrario, la reflexión (*reflection*) se asocia con una reducción prospectiva de la sintomatología depresiva evaluada posteriormente (Cova et al., 2007; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Treynor et al., 2003; Watkins, 2009). Esta distinción subraya la idea de que el *brooding* es la única dimensión que consistentemente predice un aumento de la psicopatología (Treynor et al., 2003; Watkins, 2009), mostrando mayores correlaciones con los síntomas de ansiedad, depresión y preocupación que la reflexión (Watkins, 2009).

De hecho, en adolescentes, la rumiación negativista o melancólica se ha mostrado como un predictor significativo en distintos trastornos internalizantes (Ferrer et al., 2018; Toro et al., 2020), siendo la única variable que se mantuvo en todos los modelos predictivos para los trastornos internalizantes evaluados (Ferrer et al., 2018). Además, en población adolescente, la rumiación actúa como un mediador completo de la asociación longitudinal entre los síntomas depresivos iniciales y la posterior aparición de síntomas de ansiedad (Ferrer et al., 2018; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Toro et al., 2020; Watkins, 2009).

En síntesis, la rumiación, entendida como un estilo de pensamiento pasivo, repetitivo y autorreferencial que se centra en el malestar más que en la búsqueda de soluciones, constituye un factor de vulnerabilidad para los problemas internalizantes, especialmente en la adolescencia y adulzete emergente.

4.2. Mecanismos psicobiológicos: correlatos neuronales de la rumia

La comprensión actual de la rumiación ha trascendido su concepción como un fenómeno puramente cognitivo-conductual, pues estudios recientes han identificado correlatos biológicos y neurofisiológicos relevantes. La investigación moderna busca

identificar la base neural subyacente de este proceso (Chen et al., 2024; Wong et al., 2023). Por ejemplo, se han encontrado correlatos neurofisiológicos intracraneales (iEEG) durante un estado de rumiación activa, lo que ha aportado evidencia empírica de una base electrofisiológica directa en humanos (Chen et al., 2024).

En particular, la rumia cognitiva se ha vinculado con déficits en el control inhibitorio (Song et al., 2022; Watkins, 2009; Wong et al., 2023), los cuales podrían explicarse por alteraciones en la interacción de redes neuronales como la red neuronal por defecto (DMN, por sus siglas en inglés) (Chen et al., 2024; Song et al., 2022). Estos hallazgos permiten comprender cómo un patrón de pensamiento repetitivo y pasivo puede sostener la intensidad del afecto negativo y potenciar la vulnerabilidad a problemas internalizantes, al funcionar como una estrategia de regulación emocional desadaptativa (Ferrer et al., 2018; Toro et al., 2020) y mediar la relación entre rasgos como el neuroticismo y la sintomatología ansioso-depresiva (Ferrer et al., 2018; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

La red neuronal por defecto constituye el principal sustrato neural de la rumiación (Chen et al., 2024; Song et al., 2022) y ha sido identificada de manera consistente en estudios de neuroimagen (Kim et al., 2023). Su descubrimiento se originó al observar que un conjunto de áreas corticales disminuía sistemáticamente su actividad durante tareas dirigidas a objetivos externos, en comparación con estados de reposo o quietud (Raichle et al., 2001; Raichle, 2015; Shulman et al., 1997). A partir de este hallazgo se propuso la existencia de un modo por defecto en la función cerebral (Raichle et al., 2001). Funcionalmente, la DMN participa en procesos internos como el pensamiento autorreferencial, la memoria autobiográfica y la experiencia emocional (Satpute & Lindquist, 2019; Kim et al., 2023). La investigación ha mostrado que la rumiación desadaptativa, en particular en pacientes con trastorno depresivo mayor, se asocia con una hiperactividad de la DMN o con una menor capacidad de desactivación frente a estímulos externos (Sheline et al., 2009; Jacob et al., 2020).

En este marco, la DMN se considera una red heterogénea compuesta por subsistemas interactuantes. El subsistema dorsomedial, que incluye el córtex prefrontal dorsomedial (dmPFC por sus siglas en inglés), es el más estrechamente vinculado al pensamiento rumiativo, ya que sostiene procesos reflexivos de alto nivel (Kim et al., 2023). Un hallazgo particular indica que una menor conectividad del precúneo derecho dentro de la red cerebral global se asocia con niveles más elevados de rumiación desadaptativa en el TDM (Jacob et al., 2020). Entre otras regiones relevantes, se encuentran el precúneo (PCUN) y el córtex cingulado posterior (PCC), implicados en el procesamiento autorreferencial y la recuperación de memoria episódica (Song et al., 2022). También se ha

observado que una mayor propensión a rumiar se relaciona con una disminución en la influencia del córtex orbitofrontal medial (MOFC) izquierdo sobre el precúneo derecho en pacientes con TDM (Jacob et al., 2020).

El control inhibitorio es un subcomponente central de la función ejecutiva y se entiende como la capacidad de detener o cancelar un pensamiento o comportamiento o de inhibir respuestas automáticas o dominantes. Este control resulta crucial en la regulación de la memoria, ya que su déficit compromete la supresión de recuerdos inapropiados (Song et al., 2022). La rumiación, como estilo de afrontamiento desadaptativo, ha demostrado consistentemente ser un factor que contribuye a la aparición de estas deficiencias. El pensamiento rumiativo perseverativo se asocia con dificultades para cambiar la atención de estímulos negativos (Nolen-Hoeksema et al., 2008) y predice el deterioro del rendimiento, problemas de concentración y una pobre resolución de problemas, consecuencias que son propias de un control inhibitorio deficiente (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins, 2009).

A nivel neurobiológico, esta dificultad para desligarse de los pensamientos internos se explica por la interacción antagónica y competitiva entre dos redes cerebrales principales: la red neuronal por defecto (DMN) y la red frontoparietal (FPN) (Song et al., 2022; Chen et al., 2024). La FPN es la red más implicada en el control inhibitorio y las funciones ejecutivas (Camilleri et al., 2018; Song et al., 2022). Su función es facilitar el control *top-down* (de arriba hacia abajo) de la atención. Este control *top-down* se refiere a la capacidad de la red para dirigir la atención hacia información dirigida a objetivos, mientras bloquea activamente los estímulos o pensamientos irrelevantes para la tarea en curso (Camilleri et al., 2018). No obstante, en contextos depresivos o rumiativos, la DMN (vinculada al procesamiento autorreferencial y la cognición interna) tiende a mostrar una actividad aberrantemente alta, mientras que la FPN (vinculada al control) puede verse debilitada. Esta desincronización o déficit en el control inhibitorio compromete la capacidad del individuo para suprimir la recuperación de memorias inapropiadas o ideas internas irrelevantes, promoviendo así el ciclo rumiativo (Song et al., 2022).

Las regiones que se activan tanto en la rumiación como en el control inhibitorio incluyen el precúneo bilateral, el giro frontal superior derecho, el cíngulo mediano y paracingulado bilateral (DCG), y la parte triangular izquierda del giro frontal inferior (IFG) (Song et al., 2022). Estas áreas comunes, que se distribuyen equitativamente entre la FPN y la DMN (Song et al., 2022), reflejan su participación en procesos de inhibición, recuperación de memoria y autorreferencia (Song et al., 2022).

En el plano neurofisiológico, la investigación se centra en el registro directo de la actividad eléctrica cerebral mediante la electroencefalografía intracraneal (iEEG), una técnica que ofrece una precisión espacial a nivel milimétrico y temporal a nivel de milisegundos, registrando la actividad neuronal a nivel poblacional (Chen et al., 2024). Varios estudios que utilizan iEEG han revelado un patrón disociado de oscilaciones en el precúneo y el hipocampo durante la rumiación activa (Chen et al., 2024). Específicamente, en el precúneo —una región cerebral destacada en los mecanismos neurales de la rumiación—, se observó un aumento en la potencia de los ritmos lentos (oscilaciones de baja frecuencia, 1–8 Hz) (Chen et al., 2024). Este rango de baja frecuencia se define por la combinación de las bandas delta (1–4 Hz) y theta (4–8 Hz) (Chen et al., 2024), y se ha vinculado en humanos con procesos de control cognitivo y memoria de trabajo (Chen et al., 2024).

En contraste, en el hipocampo se registró una reducción significativa en los ritmos rápidos (potencia de alta gamma, 70–150 Hz). La potencia de alta gamma es un indicador crucial, ya que se considera el sustrato neurofisiológico directo de la activación neural local o el disparo neuronal (Chen et al., 2024). Esta disminución en la actividad hipocampal —que es vital para la memoria episódica con detalles concretos— coincide con la idea de que el pensamiento rumiativo es abstracto y verbal, más que específico y detallado (Chen et al., 2024; Watkins, 2009).

En esencia, lo que sucede es que el precúneo, al estar hiperactivado con ritmos theta (relacionados con el control cognitivo y el autoenfoque), está inhibiendo activamente la función local del hipocampo, lo cual se manifiesta como la supresión de su actividad gamma. Este proceso de supresión desde el precúneo hacia el hipocampo es lo que podría mantener la rumiación en un modo abstracto y repetitivo, al impedir el acceso a los detalles de memoria episódica concreta que el hipocampo normalmente proporciona (Chen et al., 2024).

En síntesis, los correlatos neurobiológicos de la rumiación (Chen et al., 2024; Wong et al., 2023) revelan alteraciones en la interacción de la red neuronal por defecto (DMN) y la red frontoparietal (FPN), lo que se asocia con déficits en el control inhibitorio (Song et al., 2022; Watkins, 2009). Todos estos correlatos neurobiológicos consolidan la rumiación como una estrategia de regulación emocional desadaptativa (Ferrer et al., 2018; Toro et al., 2020) que logra sostener la intensidad del afecto negativo (Chen et al., 2024) y potenciar la vulnerabilidad a los problemas internalizantes (Ferrer et al., 2018; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Toro et al., 2020). De esta manera, se explica su papel como un mecanismo clave en

el desarrollo y persistencia de múltiples trastornos emocionales (Ferrer et al., 2018; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Wong et al., 2023).

4.3. Rumiación cognitiva como mecanismo transdiagnóstico en jóvenes

La rumiación cognitiva (RC) se ha consolidado como un proceso psicológico transdiagnóstico central, fundamental para comprender la psicopatología internalizante debido a su rol en el desarrollo, mantenimiento y recurrencia de múltiples cuadros clínicos (Ferrer et al., 2018; Toro et al., 2020; Wong et al., 2023). Como ya se mencionó, se la ha definido como un estilo de pensamiento repetitivo, pasivo y autorreferencial centrado en el malestar emocional y en sus posibles causas y consecuencias (Ferrer et al., 2018; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Song et al., 2022; Toro et al., 2020; Wong et al., 2023). Su carácter transdiagnóstico radica tanto en su amplia presencia vinculada a diversos cuadros como en los mecanismos funcionales que sostienen esa repetitividad, impactando en diversas dimensiones psicopatológicas (Ferrer et al., 2018; Toro et al., 2020).

De acuerdo con lo señalado, la evidencia empírica ha vinculado consistentemente la RC con una amplia gama de trastornos internalizantes (Ferrer et al., 2018; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins, 2009; Wong et al., 2023). Este fenómeno es particularmente relevante en la salud mental juvenil (Cova et al., 2007; Ferrer et al., 2018), donde la RC actúa como un factor de vulnerabilidad general para la aparición de síntomas emocionales (Ferrer et al., 2018; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Watkins, 2009). De hecho, se ha examinado la RC tanto transversal como longitudinalmente en adolescentes y adultos, constatando que la presencia de rumiación, al acompañar a síntomas depresivos, incrementa posteriormente la probabilidad de síntomas de ansiedad (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011).

McLaughlin & Nolen-Hoeksema (2011), demostraron que la rumiación medió completamente la asociación transversal entre síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes, mientras que en adultos funcionó como un mediador parcial. Este hallazgo respalda la idea de que la rumiación es un factor transdiagnóstico que explica la concurrencia de ambos cuadros en diferentes etapas del desarrollo, aunque con un peso diferencial. A su vez, plantean que la rumia desempeña un papel particularmente relevante en la adolescencia, ya que en esta etapa los síntomas internalizantes tienden a manifestarse de forma menos diferenciada que en la adultez. Diversas investigaciones han mostrado que, en población juvenil, la depresión y la ansiedad se agrupan en una dimensión unitaria de afecto negativo, mientras que en adultos se distinguen con mayor claridad en factores separados. Este patrón sugiere que existen procesos nucleares

compartidos que sostienen la psicopatología internalizante en adolescentes, siendo la rumiación uno de los más relevantes (Ferrer et al., 2018; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011; Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008; Toro et al., 2020).

Asimismo, McLaughlin y Nolen-Hoeksema (2011) señalan que la rumia puede tener un impacto mayor en la génesis de los síntomas de ansiedad durante la adolescencia que en la adultez. En sus resultados, la rumiación se asoció de forma más fuerte con ansiedad que con depresión, tanto en el plano transversal como en el prospectivo, en la muestra adolescente. No obstante, también explicaba una parte significativa de la co-ocurrencia en adultos, lo que sugiere que si bien en etapas posteriores intervienen otros factores adicionales, la rumiación mantiene un papel central en la vulnerabilidad transdiagnóstica.

Otro de los principales mecanismos explicativos que sustenta su valor transdiagnóstico es su función como estrategia de regulación emocional desadaptativa (Aldao, 2012; Ferrer et al., 2018; Watkins, 2009). La investigación reciente ha conceptualizado la regulación emocional como un proceso transdiagnóstico (Aldao, 2012), y se ha demostrado que el uso persistente de estrategias desadaptativas, como la rumiación, predice la aparición de síntomas psicopatológicos (Aldao, 2012). En esta línea, McLaughlin y Nolen-Hoeksema (2011) concluyen que la rumia opera como un mediador entre el afecto negativo y la emergencia de síntomas internalizantes múltiples, explicando la elevada comorbilidad y la cronicidad que caracteriza a los problemas emocionales en la adolescencia.

Asimismo, la RC se ha relacionado consistentemente con anhedonia y alteraciones del sueño. En el plano sintomático, la RC contribuye a los síntomas depresivos, como la falta de sueño e insomnio, funcionando como un mecanismo psicológico que vincula directamente el afecto negativo con la alteración del descanso (Toro et al., 2020). Esta asociación es especialmente crítica en la noche, la cual se ha identificado como un momento de especial vulnerabilidad para el pensamiento negativo repetitivo (RNT por sus siglas en inglés), que incluye la rumiación y la preocupación. De hecho, estudios cualitativos han reportado que la mayoría de los participantes identifica el período "por la noche/en la cama" como el momento más común para rumiar y/o preocuparse (Joubert et al., 2022).

Reconocer la RC como proceso transdiagnóstico es fundamental para la clínica (Chen et al., 2024; Ferrer et al., 2018; Toro et al., 2020; Wong et al., 2023). Su abordaje específico aumenta la probabilidad de éxito terapéutico, ya que actúa como mediador clave en la efectividad de tratamientos transdiagnósticos dirigidos a los trastornos emocionales (Toro et al., 2020). Con este fin, las intervenciones buscan contrarrestar la inactividad y la

desesperanza que genera, enseñando a las personas a distanciarse y cuestionar la validez de sus pensamientos (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Las estrategias terapéuticas incluyen la distracción neutral o placentera a corto plazo para interrumpir el ciclo rumiativo y, una vez regulado el estado de ánimo, avanzar en la resolución de problemas (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Nolen-Hoeksema et al., 2008). Además, dado el riesgo del pensamiento repetitivo nocturno, este momento debe considerarse un objetivo terapéutico prioritario (Joubert et al., 2022).

En esta línea, enfoques contemporáneos como la terapia cognitivo-conductual centrada en la rumiación (RFCBT por su sigla en inglés) y las terapias basadas en *mindfulness* (MBCTs por su sigla en inglés) apuntan a reducir la rigidez del pensamiento repetitivo y potenciar la flexibilidad cognitiva, contrarrestando la limitada flexibilidad mental y los déficits en el control atencional que caracterizan a la RC (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins, 2009; Wong et al., 2023).

La RFCBT ha demostrado ser efectiva para mejorar la rumiación depresiva, así como los trastornos del ánimo y de ansiedad (Watkins y Roberts, 2020; Wong et al., 2023; Treynor et al., 2003). Esta intervención se estructura mediante el análisis funcional para identificar detalladamente cómo, cuándo y por qué ocurre la rumiación, incluyendo sus posibles desencadenantes y su función. El objetivo es ayudar a los individuos a modificar este patrón pasivo y autorreferencial, enseñándoles a distanciarse de los pensamientos rumiativos y cuestionar su validez, promoviendo en su lugar estilos de pensamiento que conduzcan a la resolución activa de problemas (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

De manera complementaria, las terapias MBCTs se han utilizado para reducir la rigidez del pensamiento repetitivo (Wong et al., 2023) a través de la combinación de prácticas cognitivas y *mindfulness*, que promueven una conciencia sin juicios de los pensamientos y las emociones angustiantes (Toro et al., 2020; Wong et al., 2023). Este enfoque terapéutico facilita la redirección de la atención del contenido rumiativo automático hacia la experiencia corporal consciente, interrumpiendo así los ciclos de pensamiento negativo. Se ha señalado que complementar el tratamiento con entrenamiento de la atención puede aumentar aún más la flexibilidad cognitiva (Wong et al., 2023) al mejorar la capacidad de inhibir pensamientos negativos y desplazar la atención fuera de la rumiación (Song et al., 2022).

En conjunto, la evidencia revisada permite afirmar que la rumiación cognitiva funciona como un mecanismo transdiagnóstico clave en la psicopatología internalizante, mostrando una especial vulnerabilidad durante la adolescencia y la adultez emergente. En estas etapas del desarrollo, donde los límites entre ansiedad y depresión suelen ser más difusos, la rumiación contribuye tanto a la aparición conjunta de síntomas como a su persistencia en el tiempo. Este patrón refuerza su valor teórico como proceso subyacente a distintos trastornos y subraya la importancia de intervenir sobre ella de forma específica en la práctica clínica.

Trabajar clínicamente sobre la rumiación no solo permite aliviar el malestar emocional, sino también reducir la vulnerabilidad transdiagnóstica en jóvenes, consolidándose como una estrategia efectiva para la prevención y el tratamiento de los problemas internalizantes.

Reflexiones finales

Revalorar la adolescencia y la adultez emergente como etapas críticas del desarrollo implica reconocerlas no sólo como momentos de vulnerabilidad, sino también como oportunidades preventivas privilegiadas. Durante estos períodos se consolidan los procesos de regulación emocional y se definen patrones cognitivos y afectivos que pueden funcionar como factores de riesgo o de protección frente a la psicopatología. En este sentido, una comprensión transdiagnóstica y sensible al desarrollo permite anticipar el surgimiento de dificultades antes de que se estructuren en cuadros clínicos definidos, favoreciendo la detección temprana y la promoción de recursos psicológicos adaptativos.

En esta línea, la rumiación cognitiva se destaca como un marcador temprano y un blanco terapéutico prioritario. Su presencia persistente en la adolescencia se asocia con un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos y ansiosos, lo que la posiciona como un proceso clave para la prevención e intervención inicial. Identificar la rumiación y abordarla en fases tempranas puede contribuir a interrumpir los ciclos de pensamiento repetitivo y afecto negativo que caracterizan a los problemas internalizantes, potenciando la eficacia de las intervenciones clínicas. Desde esta perspectiva, el estudio de la rumiación no solo amplía la comprensión de los mecanismos transdiagnósticos, sino que también ofrece herramientas concretas para el diseño de estrategias terapéuticas más ajustadas a las necesidades de los jóvenes.

Ahora bien, el análisis de estos procesos no puede desvincularse del contexto en el que emergen. Las diferencias de género, la presión académica, las dinámicas propias de

las redes sociales y las condiciones socioculturales moldean la forma en que los adolescentes y adultos emergentes viven, interpretan y expresan su malestar emocional. Ignorar estas influencias supondría reducir la complejidad de la experiencia subjetiva a procesos intrapsíquicos aislados. Por ello, resulta imprescindible adoptar una mirada que integre los factores individuales y contextuales, reconociendo que los problemas internalizantes se configuran en la intersección entre la individualidad y las condiciones del entorno.

En este sentido, una posible línea de investigación e intervención futura podría centrarse en la naturaleza multifactorial de los problemas de salud mental en la juventud, profundizando en cómo los factores contextuales modulan la vulnerabilidad (Anderson et al., 2025). La literatura enfatiza la importancia de examinar el rol del género, las dinámicas familiares y la disminución de las redes de apoyo social, así como otros factores como la presión académica y el uso de tecnología digital y redes sociales, que han demostrado contribuir al aumento del riesgo de problemas de salud mental (Anderson et al., 2025).

Integrar el entendimiento de estos factores con la consideración del contexto social permite desarrollar una psicología capaz de identificar y gestionar riesgos de manera más oportuna, promoviendo intervenciones integrales que consideren las necesidades individuales y contextuales (Anderson et al., 2025).

El presente trabajo configura un gran aporte al campo de la psicología al integrar de manera articulada evidencia contemporánea con conocimientos ya establecidos, mostrando cómo la rumiación cognitiva se consolida como un mecanismo central en la comprensión de los trastornos internalizantes. Aunque se trata de un fenómeno estudiado desde hace décadas, su abordaje en clave transdiagnóstica y contextualizada en la adolescencia y adultez emergente constituye un enfoque aún en desarrollo. Este TFG contribuye a fortalecer esa línea con literatura reciente y evidenciando la continuidad de hallazgos previos, lo que refuerza la relevancia clínica y teórica del tema y subraya la necesidad de seguir investigando.

Referencias

- Agudelo, D., Buela-Casal, G., Spielberger, C. D., Agudelo, D., Buela-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud mental*, 30(2), 33-41.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- 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.
- Anderson, T. L., Valiauga, R., Tallo, C., Hong, C. B., Manoranjithan, S., Domingo, C., Paudel, M., Untaroiu, A., Barr, S., & Goldhaber, K. (2025). Contributing Factors to the Rise in Adolescent Anxiety and Associated Mental Health Disorders: A Narrative Review of Current Literature. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 38(1), e70009. <https://doi.org/10.1111/jcap.70009>
- Antuña Camblor, C., Cano-Vindel, A., Carballo, M. E., Juarros-Basterretxea, J., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2023). Inteligencia emocional y regulación emocional: Factores transdiagnósticos claves en problemas emocionales, trastornos de ansiedad y depresión. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 16(1), 44-52. <https://doi.org/10.24310/espiescpsi.v16i1.14771>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569-576. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)

- Bedirhan, T. (2001). Rationale and Application to the Cost-Effectiveness of Mental Health Care Interventions. *Psychiat Prax.*
- Belli, S., & Villanueva, C. F. (2021). Psicología Social de las Emociones: Breve panorama del giro visual y del giro digital. *Revista Española de Sociología*, 30(2), a37-a37. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.37>
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones= Proposals for a transdiagnostic perspective of mental and behavioural disorders: evidence, usefulness, and limitations
- Berry, D. (2004). The Relationship Between Depression and Emerging Adulthood: Theory Generation. *Advances in Nursing Science*, 27(1), 53-69. <https://doi.org/10.1097/00012272-200401000-00007>
- Blakemore, S.-J. (2018). *La invención de uno mismo: La vida secreta del cerebro adolescente* (J. Soler Chic, Trad.). Editorial Ariel. (Trabajo original publicado en 2017)
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)
- Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28(1), 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.003>
- Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G., & Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience Letters*, 693, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.11.055>

Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137.

<https://doi.org/10.1177/2167702613497473>

Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension. *The American journal of psychiatry*, 175(9), 831–844.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17121383>

Camilleri, J. A., Müller, V. I., Fox, P., Laird, A. R., Hoffstaedter, F., Kalenscher, T., & Eickhoff, S. B. (2018). Definition and characterization of an extended multiple-demand network. *NeuroImage*, 165, 138-147.

<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.10.020>

Chand SP, Arif H. Depresión. [Actualizado el 17 de julio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>

Chen, X., Fan, Z., Chen, D., Wang, L., Chen, L., & Yan, C.-G. (2024). Intracranial neurophysiological correlates of rumination: A cross-sectional observational study. *Medicine Plus*, 1, 100048. <https://doi.org/10.1016/j.medp.2024.100048>

Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72-145.

<https://doi.org/10.1177/1529100617727266> (Original work published 2017)

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>

- Cova, F., Rincón G., P., & Melipillán A. R. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 175–183.
- Davies, M. R., Glen, K., Mundy, J., ter Kuile, A. R., Adey, B. N., Armour, C., Assary, E., Coleman, J. R. I., Goldsmith, K. A., Hirsch, C. R., Hotopf, M., Hübel, C., Jones, I. R., Kalsi, G., Krebs, G., McIntosh, A. M., Morneau-Vaillancourt, G., Peel, A. J., Purves, K. L., ... Eley, T. C. (2023). Factors associated with anxiety disorder comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 323, 280-291.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.051>
- De La Vega-Rodríguez, I., & Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56.
<https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fan, Y., Fan, A., Yang, Z. et al. Carga mundial de trastornos mentales en 204 países y territorios, 1990-2021: resultados del estudio de carga mundial de enfermedad de 2021. *BMC Psychiatry* 25 , 486 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06932-y>
- Ferrer, L., Martín-Vivar, M., Pineda, D., Sandín, B., & Piqueras, J. A. (2018). Relación de la ansiedad y la depresión en adolescentes con dos mecanismos transdiagnósticos: El perfeccionismo y la rumiación. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(1), 55–74.
- Fernández-Álvarez, J., Molinari, G., Colombo, D., García-Palacios, A., Riva, G., & Botella, C. (2018). La regulación emocional como factor transdiagnóstico en psicoterapia: Luces y sombras de un campo en desarrollo. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 17-35. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.245>

Gonzalez-Pando, David & Martínez, Antonio & Alonso Pérez, Fernando & García, Palma & Basauri, Víctor. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. 38. DOI: 10.4321/S0211-57352018000100008.

González, M., González, M., Lorenzo, L., & Rascón, P. (2023). *Síntomas de ansiedad y depresión en población general y clínica: Contribución diferencial de las estrategias de regulación emocional.*

Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 (2022). *The Lancet Psychiatry*, Volume 9, Issue 2, 137 - 150

Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

Huttenlocher P. R. (1979). Synaptic density in human frontal cortex - developmental changes and effects of aging. *Brain research*, 163(2), 195–205. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(79\)90349-4](https://doi.org/10.1016/0006-8993(79)90349-4)

IHME, Global Burden of Disease (2024) – with major processing by Our World in Data. “Depressive disorders” [dataset]. IHME, Global Burden of Disease, “Global Burden of Disease - Mental Health Prevalence” [original data].

Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2021). Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) results. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Jacob, Y., Morris, L. S., Huang, K.-H., Schneider, M., Rutter, S., Verma, G., Murrough, J. W., & Balchandani, P. (2020). Neural correlates of rumination in major depressive disorder: A brain network analysis. *NeuroImage: Clinical*, 25, 102142. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.102142>

- Joubert, A. E., Moulds, M. L., Werner-Seidler, A., Sharrock, M., Popovic, B., & Newby, J. M. (2022). Understanding the experience of rumination and worry: A descriptive qualitative survey study. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 929-946. <https://doi.org/10.1111/bjc.12367>
- Kasten, E. E., Cantó, P. R., & Fernández-Álvarez, J. (2024). Abordajes transdiagnósticos en los trastornos emocionales a nivel iberoamericano: Una revisión crítica. *Revista de Psicoterapia*, 35(127), Article 127. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i127.39801>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kim, J., Andrews-Hanna, J. R., Eisenbarth, H., Lux, B. K., Kim, H. J., Lee, E., Lindquist, M. A., Losin, E. A. R., Wager, T. D., & Woo, C.-W. (2023). A dorsomedial prefrontal cortex-based dynamic functional connectivity model of rumination. *Nature Communications*, 14(1), 3540. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-39142-9>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Krueger, R. F. (1999). The Structure of Common Mental Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 921. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.921>
- Luciana, M., Wahlstrom, D., Porter, J. N., & Collins, P. F. (2012). Dopaminergic modulation of incentive motivation in adolescence: age-related changes in signaling, individual differences, and implications for the development of

- self-regulation. *Developmental psychology*, 48(3), 844–861.
<https://doi.org/10.1037/a0027432>
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- McRae, K. y Gross, JJ (2020). Regulación emocional. *Emoción*, 20 (1), 1–9.
<https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Meier, M. A., & Meier, M. H. (2017, June 1). Clinical implications of a general psychopathology factor: A cognitive-behavioral transdiagnostic group treatment for community mental health. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000095>
- Montes, S. A., & Sanchez, R. O. (2019). El factor p. ¿La estructura subyacente a la psicopatología? *Revista Evaluar*, 19(3), 20-41.
<https://doi.org/10.35670/1667-4545.v19.n3.26774>
- Morales Rodríguez, M., & Díaz Barajas, D. (2024). Depresión y ansiedad en adolescentes: impacto de variables individuales y relacionales de la salud mental. *Religación*, 9(42), e2401270. <https://doi.org/10.46652/rgn.v9i42.1270>
- Morales Rodríguez, M., & Díaz Barajas, D. (2024). Depresión y ansiedad en adolescentes: Impacto de variables individuales y relacionales de la salud mental. *Religación*, 9(42), e2401270. <https://doi.org/10.46652/rgn.v9i42.1270>
- Mor, N., & Winquist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(4), 638–662
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.638>
- Muñoz, K., Arévalo, K., Tipan, M., y Morocho, M. (2021). Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 22(1), 1-8.
<https://doi.org/10.52011/0008>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582.

- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(1), 115–121.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(1), 20–28.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504–511.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*(5), 400–424.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Salud del adolescente.
https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. OMS.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023). Depresión. OMS.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (27 de septiembre de 2023). Trastornos de ansiedad. OMS.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Our World in Data. (2024). *Mental Health*. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Paus, T. (2005). Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences, 9*(2), 60-68.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.008>
- Pfeifer, J. H., Masten, C. L., Moore, W. E., 3rd, Oswald, T. M., Mazziotta, J. C., Iacoboni, M., & Dapretto, M. (2011). Entering adolescence: resistance to peer influence, risky

- behavior, and neural changes in emotion reactivity. *Neuron*, 69(5), 1029–1036.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.02.019>
- Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A., & Shulman, G. L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(2), 676-682.
<https://doi.org/10.1073/pnas.98.2.676>
- Raichle, M. E. (2015). The Brain's Default Mode Network. *Annual Review of Neuroscience*, 38(1), 433-447.
<https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-071013-014030>
- Rakic, P., Bourgeois, J. P., & Goldman-Rakic, P. S. (1994). Synaptic development of the cerebral cortex: implications for learning, memory, and mental illness. *Progress in brain research*, 102, 227–243. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(08\)60543-9](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(08)60543-9)
- Rodríguez, M. G., Rovella, A. T., & González, M. (2024). Las dificultades de regulación de las emociones y el miedo a las mismas como mediadores entre la intolerancia a la incertidumbre y síntomas psicopatológicos en una muestra de la población general. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 16(1).
<https://doi.org/10.32870/rmip.v16i1.643>
- Ruggero, C. J., Kotov, R., Hopwood, C. J., First, M., Clark, L. A., Skodol, A. E., Mullins-Sweatt, S. N., Patrick, C. J., Bach, B., Cicero, D. C., Docherty, A., Simms, L. J., Bagby, R. M., Krueger, R. F., Callahan, J. L., Chmielewski, M., Conway, C. C., De Clercq, B., Dornbach-Bender, A., ... Zimmermann, J. (2019). Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1069-1084.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000452>
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17.
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico: Nueva Frontera En Psicología Clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17.

- Saloni Dattani, Lucas Rodés-Guirao, Hannah Ritchie, and Max Roser (2023) - "Mental Health" Published online at OurWorldinData.org. Retrieved from: '<https://ourworldindata.org/mental-health>' [Online Resource]
- Satpute, A. B., & Lindquist, K. A. (2019). The Default Mode Network's Role in Discrete Emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 23(10), 851-864.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.07.003>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228.
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Sharma, S., Arain, Mathur, Rais, Nel, Sandhu, Haque, & Johal. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 449.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S39776>
- Sheline, Y. I., Barch, D. M., Price, J. L., Rundle, M. M., Vaishnavi, S. N., Snyder, A. Z., Mintun, M. A., Wang, S., Coalson, R. S., & Raichle, M. E. (2009). The default mode network and self-referential processes in depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(6), 1942-1947.
<https://doi.org/10.1073/pnas.0812686106>
- Shulman, G. L., Fiez, J. A., Corbetta, M., Buckner, R. L., Miezin, F. M., Raichle, M. E. & Petersen, S. E. (1997). Common blood flow changes across visual tasks: II. Decreases in cerebral cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 9(5), 648-663
- Shulman, E. P., Smith, A. R., Silva, K., Icenogle, G., Duell, N., Chein, J., & Steinberg, L. (2016). The dual systems model: Review, reappraisal, and reaffirmation. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 17, 103-117.
<https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.12.010>
- Soler, J., Eliges, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: Aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-66).
<https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2793>

- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., ... & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Song, X., Long, J., Wang, C., Zhang, R., & Lee, T. M. C. (2022). The inter-relationships of the neural basis of rumination and inhibitory control: neuroimaging-based meta-analyses. *Psychoradiology*, 2(1), 11–22. <https://doi.org/10.1093/psyrad/kkac002>
- Steinberg, L. (2008). A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Developmental review : DR*, 28(1), 78. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychobiology*, 52(3), 216-224. <https://doi.org/10.1002/dev.20445>
- Toro, R. A., Valbuena-Martín, M., Riveros-López, D., Zapata-Orjuela, M., & Flórez-Tovar, A. (2020). Rumición cognitiva y su relación con las psicopatologías internalizantes: una revisión sistemática. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), e1255
- Treynor, W., González, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259.
- Vera Albero, P. (2020). *Regulación emocional como proceso de transdiagnóstico a través de los trastornos depresivos y ansiedad* [Tesis de doctorado, Universitat de València]. Repositorio institucional de la Universitat de València.
- Vilar, A., Pérez-Sola, V., Blasco, M. J., Pérez-Gallo, E., Ballester Coma, L., Batlle Vila, S., Alonso, J., Serrano-Blanco, A., & Forero, C. G. (2019). Investigación traslacional en psiquiatría: El marco Research Domain Criteria (RDoC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(3), 187-195. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.04.002>

- Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27(3), 160–175.
- Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
- Wellcome Global Monitor (2021) – processed by Our World in Data. “Ages <13” [dataset]. Wellcome Global Monitor (2021) [original data].
- World Health Organization (s.f.). *Global health estimates: Leading causes of DALYs*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
- Wong, S. M. Y., Chen, E. Y. H., Lee, M. C. Y., Suen, Y. N., & Hui, C. L. M. (2023). Rumination as a transdiagnostic phenomenon in the 21st Century: The flow model of rumination. *Brain Sciences*, 13(7), 1041. <https://doi.org/10.3390/brainsci13071041>