

Depresión, ansiedad, autorregulación emocional, percepción del soporte social y familiar en estudiantes**Depressão, ansiedade, autorregulação emocional, percepção do suporte social e familiar em escolares****Depression, anxiety, emotional self-regulation, perception of social and family support in schoolchildren****Recibido: 30/08/2020****Aprobado: 28/12/2020****Publicado: 27/01/2021****Makilim Nunes Baptista¹**
Katya Luciane de Oliveira²
Andrea Carvalho Beluce³
Evandro Morais Peixoto⁴

Esta es una encuesta longitudinal realizada en un municipio del norte del estado de Paraná, Brasil, en el año 2019, cuyo objetivo fue analizar, en un grupo de estudiantes, si la depresión, la ansiedad, la percepción del soporte social/familiar y la autorregulación emocional cambiaban debido al sexo y al inicio de la menarquia. Fueron aplicadas herramientas validadas en Brasil para evaluar la ansiedad, la depresión, la autorregulación emocional y la percepción de los soportes social y familiar. Hubo 453 estudiantes, de 6^o al 9^o año de la educación primaria, el 58,3% del sexo femenino. Las chicas obtuvieron puntuaciones más altas en ansiedad somática/vegetativa, cognitiva y parálisis, pesimismo, evaluación de la experiencia y en las puntuaciones negativas de autorregulación y mayor sintomatología depresiva. Las chicas que ya tenían la menarquia presentaban una mayor sintomatología de ansiedad somática/vegetativa y ansiedad en general, además de mayores puntuaciones en parálisis, pesimismo y en la combinación de dimensiones negativas de autorregulación. También tuvieron puntuaciones más bajas en la confrontación de problemas y en la Percepción de Soporte Social, mayor sintomatología depresiva y menor adaptación en relación con la familia. Los chicos y las chicas pueden tener funcionamientos distintos y es necesario considerar las cuestiones orgánicas también como asociadas a este funcionamiento, como es el caso de la menarquia en las chicas.

Descriptor: Depresión; Ansiedad; Regulación emocional; Apoyo social.

Esta é uma pesquisa longitudinal realizada em um município do norte do estado do Paraná, no ano de 2019, cujo objetivo foi analisar, em um grupo de escolares, se a depressão, ansiedade, percepção dos suportes social/familiar e a autorregulação emocional se modificavam em razão do sexo e do início da menarca. Aplicou-instrumentos validados no Brasil para avaliar ansiedade, depressão, autorregulação emocional e percepção dos suportes social e familiar. Participaram 453 escolares, de uma escola pública, do 6^o ao 9^o ano do fundamental, das quais 58,3% do sexo feminino. As meninas obtiveram escores maiores em ansiedade somático/vegetativo, cognitivo e paralização, pessimismo, avaliação da experiência e nos escores negativos da autorregulação e maior sintomatologia depressiva. Meninas que já tiveram a menarca apresentaram maior sintomatologia de ansiedade somático/vegetativo e na ansiedade geral, além de maiores pontuações em paralização, pessimismo e na combinação das dimensões negativas da autorregulação. Também tiveram menores escores no enfrentamento de problemas e na Percepção de Suporte Social, maior sintomatologia depressiva e mais inadaptação em relação à família. Meninos e meninas podem ter funcionamento distintos e há que se olhar para as questões orgánicas também como associadas a esse funcionamento, como é o caso da menarca nas meninas.

Descritores: Depressão; Ansiedade; Regulação emocional; Apoio social.

This is a longitudinal research conducted in a municipality in the north of the state of Paraná, Brazil, in the year 2019, whose objective was to analyze, in a group of students, whether depression, anxiety, perception of social/family support and emotional self-regulation changed. due to sex and the onset of menarche. Instruments validated in Brazil were applied to assess anxiety, depression, emotional self-regulation and perception of social and family support. 453 students, from a public school, from the 6th to the 9th grade of elementary school participated, of which 58.3% were female. The girls obtained higher scores in somatic/vegetative, cognitive and paralysis anxiety, pessimism, experience evaluation and negative self-regulation scores and greater depressive symptoms. Girls who already had menarche had higher symptoms of somatic/vegetative anxiety and general anxiety, in addition to higher scores in paralysis, pessimism and in the combination of negative dimensions of self-regulation. They also had lower scores in facing problems and in the Perception of Social Support, greater depressive symptoms and more inadequacy in relation to the family. Boys and girls may have different functioning and it is necessary to look at organic issues as also associated with this functioning, as is the case with menarche in girls.

Descriptors: Depression; Anxiety; Emotional regulation; Social support.

1. Psicólogo. Mestre em Psicologia. Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica. Professor da Universidade São Francisco (USF), Campinas, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-6519-254X E-mail: makilim01@gmail.com

2. Psicóloga. Mestre em Psicologia. Doutora em Educação. Professora Associada da Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil. ORCID: 0000-0002-2030-500X E-mail: katyaue@gmail.com

3. Pedagoga. Especialista em Metodologia da Ação Docente. Especialista em Mídias Integradas a Educação. Mestre e Doutora em Educação. Professora e Diretora Educacional da Escola de Governo de Londrina, PR, Brasil. ORCID: 0000-0001-9855-1449 E-mail: andreabeluce@gmail.com

4. Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia. Professor da USF, Campinas, SP, Brasil ORCID: 0000-0003-1007-3433 E-mail: empeixoto@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El paso de la infancia a la adolescencia es marcado por transformaciones físicas, biológicas y psíquicas que deben tenerse en cuenta para hacer posible una comprensión biopsicosocial del sujeto en esta etapa del desarrollo. Esta concepción ha llevado a un creciente interés de los investigadores en el estudio de los síntomas depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes^{1,2}.

También hay un aumento de los estudios que tratan de comprender cómo la autorregulación emocional y/o el apoyo familiar afectan a estos síntomas en sujetos en esta etapa del desarrollo³⁻⁵. La mayoría de estas inversiones en investigación se justifican por las importantes consecuencias negativas que la depresión y la ansiedad pueden traer a las diferentes esferas de la vida de estas personas, que pueden estar asociadas al sexo y a hitos biopsicosociales en la vida de la persona, como la menarquia en las chicas, que pueden traer como daños un menor rendimiento escolar, un mayor riesgo de suicidio e incluso una mayor probabilidad de experimentar depresión en la edad adulta^{6,7}.

En el caso de la depresión, la acumulación de conocimientos en esta esfera ha indicado que la depresión en la adolescencia no puede explicarse únicamente por factores intrapersonales como los aspectos biológicos, los rasgos de la personalidad, la capacidad de autorregulación y el enfrentamiento a eventos estresantes, sino también por las características de las relaciones interpersonales y las experiencias sociales que experimentan estos adolescentes. Todavía son pocas y necesarias las inversiones en investigaciones que asocien la sintomatología depresiva y ansiosa, presentada por representantes de esta parte de la población, con la calidad de los vínculos y la percepción del soporte familiar y social, además de lo que pocos estudios abordan la cuestión de la diferencia de sexo en las variables protectoras de los síntomas psicopatológicos⁸.

La depresión es un trastorno mental y se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés y placer en la realización de actividades. También se observan sentimientos de culpa, baja autoestima y dificultad de concentración. Hay un deterioro de las actividades diarias de la persona y de las relaciones interpersonales, además de que la sintomatología depresiva puede ocurrir independientemente de un diagnóstico cerrado, de manera subsindrómica, perjudicando también varias esferas de la vida del individuo⁹.

A *World Health Organization*¹⁰ indica que este trastorno se da más en las mujeres que en los hombres y se caracteriza por ser una de las enfermedades más incapacitantes, que afecta a unos 300 millones de personas en todo el mundo. También se observan síntomas depresivos en la infancia y la adolescencia, aunque muchas veces esos síntomas no se consideran o son subtratados, con una mayor prevalencia en los adolescentes en comparación con los niños. Al igual que en los adultos, la depresión infantil y juvenil se manifiesta comúnmente a partir de un conjunto de factores que pueden incluir el aislamiento social, la disforia, la fatiga, los comportamientos autodestructivos y el deterioro del rendimiento escolar¹¹.

La ansiedad, aunque no tiene una definición unívoca, puede definirse como un conjunto de reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales que son activadas por el sistema cerebral, desencadenando reacciones de escape, lucha, evasión u otras que evitan el contacto con el estímulo generador de ansiedad¹². Por lo tanto, puede ser considerada como un comportamiento común de todo ser humano, visto como protectora en ciertas situaciones. Sin embargo, desde el punto de vista patológico, cuando el comportamiento ansioso deja de ser adaptativo, se convierte en un problema en la vida de la persona. La ansiedad también representa una de las psicopatologías de alta prevalencia entre los niños y adolescentes, que también afecta a más mujeres que hombres, y se espera que afecte a entre el 10 y el 30% de la población¹³.

Las emociones asociadas a la sensación de un estado de alerta pueden suponer una amenaza para niños y adolescentes e interferir negativamente en diferentes aspectos como el

aprendizaje y la adaptación al contexto escolar, las relaciones interpersonales, y también acentuar los conflictos con la familia, los amigos y conducir a situaciones de aislamiento social⁴. A pesar de la ansiedad y la dinámica familiar, se observa la influencia de los padres en la reactividad emocional de los jóvenes ansiosos, vinculada a acontecimientos negativos durante la transición de la infancia a la adolescencia¹. Por lo tanto, la dinámica familiar se centra en el comportamiento ansioso del niño y en cómo interpreta las situaciones, ya que las familias con patrones menos ansiosos y agresivos tienen hijos con percepciones menos reactivas a las situaciones de angustia y miedo¹.

En vista de las posibles consecuencias de la depresión y la ansiedad en el desarrollo de los niños y adolescentes, es importante identificar las características psicológicas y sociales que, cuando bien desarrolladas, sirven como mecanismos de protección para estas psicopatologías. En este sentido, constructos psicológicos como la autorregulación emocional⁴, la percepción del soporte familiar⁸ y el soporte social¹⁴ son constructos que pueden proteger o contribuir a que los niños y adolescentes se enfrenten a síntomas de depresión y/o ansiedad².

La autorregulación emocional corresponde a la capacidad de una persona de lidiar con emociones aversivas y mantener el control de las emociones incluso ante situaciones estresantes y/o la capacidad de alterar comportamientos¹⁵. De esta manera, los estudios realizados con niños y adolescentes han demostrado que esta capacidad de manejar las emociones se asocia negativamente con los síntomas psicopatológicos, ya que las personas con niveles más altos en este constructo presentarían respuestas/estrategias emocionales y conductuales más adaptables al enfrentarse a experiencias emocionales negativas^{4,5}. Además, el sexo parece estar asociado con el tipo de regulación empleado. Por ejemplo, chicas que perdonan más también utilizan más estrategias de reevaluación cognitiva como regulación emocional¹⁴.

En lo que respecta específicamente a chicos y chicas, la comprensión y el uso de estrategias de autorregulación emocional, especialmente las destinadas a controlar la ansiedad y los síntomas depresivos, son esenciales para el desarrollo adaptativo, las funciones cognitivas, la competencia social⁵ y la percepción de bienestar de los estudiantes en edad de asistir a la escuela primaria³. Es de esperar que las medidas de intervención para enseñar y promover estrategias de gestión emocional de los estudiantes conduzcan a resultados eficaces en la reducción de las emociones desagradables o perjudiciales^{3,5}.

Cuando niños ven una situación como incontrolable y/o indeseada, se espera que inicien esfuerzos de regulación emocional que conduzcan al manejo de sus emociones para actuar sobre la realidad presentada⁵. Si la estrategia emocional adoptada resulta inadecuada, se producirá un aumento de los sentimientos negativos y, por consiguiente, un aumento del sufrimiento psicológico. Así, el niño o adolescente que experimenta repetidamente intentos frustrados o insuficientes de regular sus emociones puede evolucionar hacia un cuadro sintomatológico de trastorno de ansiedad y/o depresión⁵.

El soporte familiar corresponde a la calidad de las interacciones familiares en relación con las manifestaciones de atención, afecto y cercanía afectiva entre los miembros de la familia, así como la autonomía e independencia en la toma de decisiones diarias. Ciertamente, en el caso de chicos/as y adolescentes, esta autonomía y libertad no debe confundirse con la falta de cuidado y/o supervisión, sino como el respeto a las elecciones de estos individuos dentro de las posibilidades que caracterizan su etapa de desarrollo¹⁶.

Se ha demostrado que la percepción del soporte familiar está asociada negativamente a los síntomas depresivos¹⁵ y positivamente a los indicadores de salud general, siendo interesante observar que hay pocos estudios acerca de la diferencia de sexo en relación con este constructo. A veces no se encuentran diferencias entre chicos y chicas en cuanto al soporte familiar¹⁷. A su vez, el soporte social puede definirse como una red de apoyo que hace que el individuo crea que es amado, valorado y que pertenece a una red de comunicación y

obligaciones mutuas, además de lo que las chicas tienden a percibir este soporte como mayor, en comparación con los chicos¹⁸.

El soporte familiar también se reconoce como un factor importante para la autorregulación emocional^{19,20}. Estudios^{21,22} señalan que los chicos/as cuyos padres reaccionan a las emociones de sus hijos de forma no solidaria, con castigos, indiferencia o negligencia, presentan mayores dificultades para manejar sus emociones²¹. El soporte, el entorno familiar y la relación de apego afectan a la regulación emocional de los/as chicos/as. También se observaron pruebas que indicaban que la forma, la frecuencia y la intensidad con que los padres manifiestan sus emociones pueden servir de modelo para sus hijos, dirigiendo los estilos de regulación emocional²².

Además de las variables psicosociales, las biológicas también parecen tener una importancia primordial en la variación de los síntomas depresivos, ansiosos e incluso suicidas, ya que la pubertad trae consigo importantes cambios hormonales, especialmente en las chicas, cuando se produce el fenómeno de la primera menstruación¹⁹. Revisiones han demostrado que el ciclo reproductivo de las mujeres tiene importantes influencias en los trastornos de ansiedad²³, así como en los trastornos afectivos (incluida la autorregulación emocional), especialmente cuando la edad de la menarquia se produce de manera temprana²⁴.

Hay estudios que han demostrado que los trastornos depresivos en las chicas son más evidentes en las que han experimentado su primera menstruación, y que las chicas que experimentaron la menarquia a una edad temprana pueden seguir informando de una alta psicopatología en la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta, sin embargo, en otros estudios no se encontraron tales resultados^{7,24,25}.

El sexo, así como la menarquia temprana también se asocian con trastornos del estado de ánimo o de ansiedad⁶. Los niveles de ansiedad fueron más altos en las chicas que comenzaron a menstruar a una edad más temprana y, como en el caso de la depresión⁷, la menarquia temprana parece actuar como predictor de los trastornos de ansiedad en la edad adulta⁶. Así, el objetivo de este estudio fue analizar, en un grupo de estudiantes, si la depresión, la ansiedad, la percepción de soporte social/familiar y la autorregulación emocional cambiaban debido al sexo y a la aparición de la menarquia.

MÉTODO

Este es un estudio longitudinal realizado en un municipio del estado del norte de Paraná en el año 2019. El estudio utilizó diferentes escalas para recoger datos de los participantes, además de un cuestionario sociodemográfico. Por lo tanto, para medir la autorregulación emocional de los estudiantes, se aplicó la Escala de Autorregulación Emocional para niños y adolescentes - EARE-IJ²⁶. La EARE-IJ tiene 28 elementos distribuidos entre las dimensiones: Parálisis/Incomprensión, Pesimismo/Negativismo/Visión Pesimista del Futuro, Estrategias de Confrontación y Evaluación de la Experiencia.

Para evaluar el constructo ansiedad, se aplicó la Escala de Ansiedad para Niños y Adolescentes - ESAN-IJ²⁷. La escala contiene 27 elementos que estructuran las dimensiones Somático/Vegetativo y Componente Cognitivo.

La percepción del estudiante sobre el soporte social experimentado se comprobó con la Escala de Percepción de Soporte Social, versión infantil y juvenil - EPSUS-IJ²⁸. Este instrumento, con 23 elementos, está compuesto por los factores Confrontación de Problemas, Interacciones sociales y Afectividad.

Las impresiones/percepciones del estudiante en cuanto al soporte familiar también se midieron usando el Inventario de Percepción del Soporte Familiar, versión infantil y juvenil - IPSF-IJ²⁹. Este inventario está estructurado en 42 declaraciones y tiene tres dimensiones: Afectivo-Consistente, Adaptación Familiar y Autonomía Familiar. También se utilizó la Escala Bautista de Depresión (versión infantil y juvenil) - EBADEP-IJ⁹, que consta de 27 elementos y

representa 24 descriptores (negativismo, desamparo, llanto, estado de ánimo deprimido, culpa, indecisión, pensamiento de muerte, entre otros).

Se contactó con la institución educativa participante para comprobar su disponibilidad y tan pronto como emitieron la autorización, se procedió a la recogida de datos. Las recogidas desarrolladas, con la misma muestra de estudiantes, ocurrieron en el año 2019. El procedimiento de recogida de datos se llevó a cabo en el aula, respetando el día y la hora fijados por la escuela, y tomó aproximadamente 45 minutos para completarlo. Participaron en esta encuesta estudiantes de 6º a 9º año de la enseñanza primaria de una escuela pública, situada en un municipio del norte del estado de Paraná.

Los datos, organizados en una planilla electrónica, se sometieron a estadística descriptiva (medias, desviación estándar y error estándar) e inferencial (prueba *t* de *Student* para muestras independientes) que tenían como grupos tener o no haber tenido menarquia y sexo. Los análisis se realizaron utilizando la versión 24 del *software* IBM-SPSS. Los niveles de significación inferiores a 0,05 se consideraron como indicadores de diferencia entre grupos. También se estimaron las estadísticas del tamaño del efecto *d* de Cohen, con referencia a los valores propuestos por el propio autor, a saber: *d* entre 0 y 0,19 (insignificante), entre 0,2 y 0,49 (pequeño), entre 0,50 y 0,79 (mediano) y por encima de 0,8 (grande).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidade São Francisco, en cumplimiento de los preceptos de la Resolución 510/2016 y los complementos del Consejo Nacional de Salud, según el CAAE - 06903812.4.0000.5514. Antes de la participación efectiva del estudiante, se solicitó la lectura y el acuerdo del término de consentimiento libre e informado (TCLI). A los estudiantes menores de edad se les entregó una copia del TCLI y del Término de Asentimiento Libre e Informado (TALI), solicitando también la autorización de los padres/tutores para participar en la investigación. Así, los padres y los estudiantes firmaron el documento referido.

RESULTADOS

Hubo 453 estudiantes de 6º a 9º año de la escuela fundamental, 238 chicas y 215 chicos (41,7%). La edad media de los estudiantes fue de 12,38 ($SD=1,42$) años, con una edad mínima de 10 y máxima de 16.

Para el análisis de la segunda variable (menstruación) la muestra se compuso de 238 chicas (niñas y adolescentes), sin embargo, sólo el 66,38% respondió sobre la primera menstruación, llegando a 158 chicas estudiantes. Las estudiantes que informaron no haber tenido la menarquia tenían una edad media de 11,47 ($SD=0,73$) años y una edad mínima de 10 y máxima de 14 años. Las que tuvieron la primera menstruación presentaron una edad media de 13,0 ($SD=1,15$) años y una edad mínima de 11 y máxima de 16 años.

Inicialmente se realizó un análisis inferencial considerando el sexo de los participantes (Tabla 1), siendo importante recordar que, debido al gran número de variables, sólo se presentaron aquellas que eran estadísticamente significativas. En cuanto al sexo, las chicas obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en ansiedad somática/vegetativa, cognitiva y puntuación total de ESAN, puntuaciones más altas en parálisis, pesimismo, evaluación de la experiencia y puntuaciones totales negativas en la escala de autorregulación (EARE), además de una mayor sintomatología depresiva en la EBADEP.

La Tabla 2 muestra las estadísticas de los grupos de chicas separadas por las que tuvieron o no su primera menstruación. En cuanto a la comparación de las chicas que ya tuvieron o no la primera menstruación, las que ya experimentaron este fenómeno presentaron síntomas más altos de ansiedad somática/vegetativa, cognitiva y puntuación total en la Escala de Ansiedad (ESAN), además de puntuaciones más altas en parálisis, pesimismo y la combinación de dimensiones negativas de la Escala de Autorregulación (EARE). Las chicas con menarquia también tuvieron puntuaciones más bajas en la confrontación de problemas y en la puntuación total de la Escala de Percepción de Soporte Social (EPSUS), mayor sintomatología depresiva

(EBADEP) y más inadaptación (sentimientos negativos) en relación con la familia en la Escala de Percepción de Soporte Familiar (IPSF).

Tabla 1. Estudiantes cuanto al sexo y la edad según los instrumentos. Municipio del norte de Paraná, 2019.

	Sexo	M	Desviación estándar	Error estándar del promedio	t	gl	p	d
ESAN_Soma_Veg	Fem.	9,08	7,02	0,45	4,60	449,2	<0,001	0,52
	Masc.	6,27	5,95	0,41				
ESAN_Cog	Fem.	15,87	12,23	0,79	4,20	448,2	<0,001	0,62
	Masc.	11,43	10,22	0,70				
ESAN_Total	Fem.	24,95	18,19	1,18	4,63	447,8	<0,001	0,83
	Masc.	17,70	15,11	1,03				
EARE_Paral	Fem.	15,91	7,78	0,54	6,59	385	<0,001	0,96
	Masc.	10,61	7,99	0,60				
EARE_Pes.	Fem.	11,99	9,92	0,69	5,84	381,1	<0,001	0,89
	Masc.	6,78	7,62	0,57				
EARE_Eva Ex	Fem.	7,29	3,33	0,24	2,57	363	0,011	0,27
	Masc.	6,34	3,70	0,29				
EARE_Total_NEG	Fem.	27,90	16,42	1,13	6,88	384,6	<0,001	1,38
	Masc.	17,39	13,59	1,02				
EBADEP_Tot	Fem.	18,79	11,21	0,82	4,07	341,3	<0,001	0,77
	Masc.	14,15	9,93	0,79				

*Abreviatura de las Variables observadas: Escala de Ansiedad para Niños y Adolescentes (ESAN-IJ), Escala de Autorregulación Emocional para niños y adolescentes (EARE-IJ), Escala Bautista de Depresión (versión infantil y juvenil) (EBADEP-IJ); ESAN_Soma_Veg - dimensión somática vegetativa; ESAN_Cog - dimensión cognitiva; ESAN Total - suma de todas las dimensiones; EARE_Paral - dimensión de Parálisis/Incomprensión; EARE_Pes - dimensión Pesimismo/Negativismo/Visión pesimista del futuro; EARE_EvaEx - dimensión de Evaluación de la Experiencia; EARE_Total_NEG - suma de las dos primeras dimensiones de EARE; EBADEP_Tot - suma de todos los elementos de EBADEP.

Tabla 2. Chicas estudiantes agrupadas a partir de la ocurrencia de la menarquia. Municipio del norte de Paraná, 2019.

	Estadísticas del grupo							
	Menarquia	M	Desviación estándar	Error estándar promedio	t	gl	p	d
ESAN_Soma_Veg	No	7,26	5,54	0,84	-4,62	95,70	<0,001	-0,67
	Sí	12,23	6,79	0,66				
ESAN_Cog	No	13,19	9,97	1,52	-4,02	144	<0,001	-0,82
	Sí	21,30	11,55	1,14				
ESAN_Total	No	20,44	14,44	2,20	-4,50	144	0,001	-0,11
	Sí	33,53	16,61	1,64				
EARE_Paral	No	13,19	7,58	1,16	-3,23	144	0,01	-0,58
	Sí	18,14	8,75	0,86				
EARE_Pes.	No	7,16	8,22	1,25	-4,09	144	<0,001	-0,80
	Sí	14,49	10,43	1,03				
EARE_Total_NEG	No	20,35	14,23	2,17	-4,46	93,95	<0,001	-1,03
	Sí	32,62	17,11	1,69				
EPSUS_Conf_prob	No	24,08	7,46	1,21	3,93	129	<0,001	0,66
	Sí	18,76	6,823	0,71				
EPSUS_Tot	No	52,44	15,47	2,58	2,61	121	0,010	0,66
	Sí	44,81	14,38	1,54				
EBADEP_Tot	No	15,36	10,51	1,64	-3,57	123	<0,001	0,77
	Sí	23,07	11,67	1,27				
IPSF_Adaptación	No	2,67	2,80	0,44	-2,50	118	0,014	0,29
	Sí	4,19	3,27	0,36				

*Abreviatura de las Variables observadas: Escala de Ansiedad para Niños y Adolescentes (ESAN-IJ), Escala de Autorregulación Emocional para Niños y Adolescentes (EARE-IJ), Escala de Percepción de Soporte Social, versión infantil y juvenil (EPSUS-IJ), Escala Bautista de Depresión (versión infantil y juvenil) (EBADEP-IJ) e Inventario de Percepción de Soporte Familiar, versión infantil y juvenil (PSF-IJ); ESAN_Soma_Veg - dimensión somática vegetativa; ESAN_Cog - dimensión cognitiva; ESAN Total - suma de todas las dimensiones; EARE_Paral - dimensión Parálisis/Incomprensión; EARE_Pes - dimensión Pesimismo/Negativismo/Visión pesimista del futuro; EARE_Total_NEG - suma de las dos primeras dimensiones de EARE; EPSUS_Conf_prob - dimensión Confrontación de Problemas; EPSUS_Tot - suma de las tres dimensiones de EPSUS; EBADEP_Tot - suma de todos los elementos de EBADEP; IPSF_Adaptación - dimensión Adaptación Familiar.

DISCUSIÓN

Se observó que varias variables psicosociales (soportes), personas (autorregulación) y presencia de síntomas psicopatológicos fueron diferentes entre los sexos, generalmente con peores resultados en las chicas, además, parece que la primera menstruación también trae resultados negativos en estas variables. Probablemente denotando que los aspectos psicosociales son variables importantes en estas fases del desarrollo, pero no se puede dejar de tener en cuenta los posibles aspectos biológicos, específicamente el papel de las hormonas en el ciclo de desarrollo de las mujeres.

El período entre el final de la fase infantil y la adolescencia se combina con varias variaciones en los aspectos biopsicosociales que pueden influir en la frecuencia de los síntomas, como la depresión¹¹ y la ansiedad¹³, la aparición de psicopatologías, así como los cambios en la regulación emocional y la percepción del soporte familiar y social^{4,8,14}.

Además de las cuestiones biológicas/hormonales, que parecen ser hitos importantes relacionados con los diversos problemas de internalización/externalización, también hay que tener en cuenta las cuestiones culturales del paso de los ciclos de la vida, como el aumento de las responsabilidades, la reflexión sobre la carrera profesional, el tratamiento de la imagen de sí mismo y su relación con determinados patrones sociales, la existencia en una sociedad machista y sus prejuicios, la mayor violencia dirigida contra la mujer, entre otras características⁷.

Inicialmente se observó que las chicas tuvieron puntuaciones más altas en ansiedad somática/vegetativa, cognitiva y puntuación total de ESAN y EARE en desregulación emocional (parálisis, pesimismo, evaluación de la experiencia) y en sintomatología depresiva. Estos datos concuerdan con otra investigación, ya que los trastornos de ansiedad, depresión, obsesivo-compulsivos y de la alimentación se observan más en niñas y adolescentes del sexo femenino, mientras que el abuso de sustancias, los trastornos de los aspectos autistas, la hiperactividad/déficit de atención y los trastornos de conducta son más frecuentes en los niños³⁰.

Desde la pubertad hasta los 18 años, las tasas de depresión en el sexo femenino aumentan significativamente en relación con el sexo masculino, permaneciendo hasta el final de la edad adulta y la tercera edad²⁸. Probablemente las chicas en pubertad son más susceptibles de sufrir cambios hormonales en comparación con los chicos, lo que aumentaría la probabilidad de desarrollar, por ejemplo, síntomas depresivos relacionados con la hipoactivación del eje hipotálamo-pituitario-adrenocortical^{9,10}.

Sin embargo, los factores distales (acontecimientos que ocurrieron en la historia de vida pasada) como los proximales (acontecimientos y situaciones que están ocurriendo ahora) deben considerarse en la ecuación del desarrollo de los síntomas depresivos en ambos sexos. Las chicas pueden ser más vulnerables a pensar en sus problemas, al neuroticismo, a una mayor presencia de afectos negativos y menor de afectos positivos, a la insatisfacción con el cuerpo, a mayores posibilidades de pasar por acontecimientos estresantes importantes (como el abuso sexual, violencia interpersonal) y, en general, las chicas sufren una desigualdad de género desde el punto de vista cultural (machismo). Se formula la hipótesis de que la comorbilidad entre la depresión y la ansiedad es mucho más frecuente en las chicas que en los chicos, lo que también puede explicar la mayor sintomatología de ambos problemas en las mujeres.

Las chicas con menarquia tuvieron menores puntajes de confrontación de problemas en la percepción de soporte social, mayor sintomatología depresiva y mayor incapacidad dirigida a la familia, coincidiendo con otras investigaciones^{7,24}. Sin embargo, ese resultado no siempre se demuestra².

En el contexto nacional no existen estudios que investiguen los constructos teniendo como variable discriminante la menarquia, siendo importante señalar la necesidad de que se realicen otros estudios, con el fin de comprender mejor si en realidad la sintomatología depresiva, entre otros investigados en el presente estudio, se centra más en las chicas que ya

tuvieron su menarquia, sobre todo porque si este resultado se confirma en otros estudios hay pruebas de que la sintomatología depresiva puede afectar la vida adulta²³.

Incluso las chicas que menstrúan antes tienen más probabilidades de desarrollar síntomas depresivos en la vida adulta⁷. Esta idea también puede generalizarse a los trastornos de ansiedad. En Italia, la edad de la menarquia es cada vez más temprana y también se observa un aumento de diagnósticos tempranos de depresión y ansiedad, lo que sugiere que los factores biológicos pueden explicar en gran medida esos hallazgos⁶.

Además, se considera que es necesario que en el futuro se investigue más a fondo la relación que se establece entre la menarquia y el uso de estrategias de autorregulación emocional. Los individuos que hacen uso de estrategias para regular sus emociones encuentran más facilidad en manejar las conductas impulsivas y equilibrar la intensidad de sus respuestas emocionales⁸. Parece saludable que las instituciones educativas puedan discutir y aplicar formas de intervención para desarrollar en sus estudiantes estrategias emocionales de autorregulación, con el fin de abordar de manera más saludable los conflictos existentes en la adolescencia y la preadolescencia.

En esta investigación no se encontraron diferencias en los sexos acerca del soporte social y familiar¹⁸ y es importante recordar que los modelos ofrecidos por los padres pueden afectar a las emociones de sus hijos (y, por consiguiente, a su propia regulación emocional)²¹. Por lo tanto, parece necesario en futuras investigaciones observar cómo el soporte emocional ofrecido por los padres puede afectar a la salud emocional de sus hijos e hijas¹⁹. Especialmente en el caso de las chicas, tratando de comprender cómo la variable menarquia, en esta fase de transición a la adolescencia, puede interferir negativamente en este proceso de percepción de soporte social y familiar.

Además, el análisis negativo de las propias experiencias (desregulación emocional) puede conducir a comportamientos que perjudicarían el rendimiento escolar³¹. Entre los comportamientos se encuentran el aislamiento social, el comportamiento autodestructivo y otros. Para minimizar esta situación la sintomatología depresiva puede ser minimizada con el uso de estrategias de autorregulación que lleven al sujeto a percibir emociones positivas frente a situaciones adversas que generen sentimientos/percepciones de angustia^{14,32}.

El daño en la percepción de la propia capacidad de adaptación a situaciones o cambios familiares es una condición que puede favorecer el fortalecimiento de sentimientos negativos como la ira, el aislamiento, la vergüenza, la irritabilidad, la culpa, entre otros¹⁷. Para un desarrollo adaptativo saludable, es necesario considerar la autorregulación emocional de los jóvenes estudiantes, de manera que la autorregulación emocional pueda actuar de manera preventiva en el control de la ansiedad y los síntomas depresivos⁵, siendo importante el papel de la familia y el apoyo familiar ofrecido y percibido por los jóvenes¹⁹.

La desregulación emocional puede estar asociada a la aparición de varias psicopatologías y viceversa, por lo que la observación de que las chicas con mayores síntomas depresivos también puntuaron más alto en los síntomas de ansiedad, desregulación emocional³. Y, la aparición de la menarquia, junto con otros factores psicosociales puede estar asociada, además de los síntomas psicopatológicos y la desregulación emocional, también con aspectos específicos de soporte social y la visión de las chicas sobre la familia^{16,21}.

CONCLUSIÓN

El estudio identificó que, en comparación con los chicos, las chicas presentan un empeoramiento en relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, mayor dificultad para manejar sus emociones y se perciben a sí mismas con menos apoyo familiar y social. Hubo un empeoramiento en este cuadro, especialmente en las estudiantes que ya habían experimentado su primera menstruación.

Como aspectos limitantes de la investigación, hay que la muestra investigada fue limitada y podía extenderse a otras regiones del país. Así, sería posible comprender mejor en futuros

estudios la dinámica de las variables socioafectivas en el rendimiento escolar de los estudiantes brasileños y cómo toda esta dinámica puede deponer de manera negativa o positiva la salud mental.

Como otras limitaciones del estudio, no fue posible hacer un diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, y las escalas autoinformadas se recogieron sólo con niños y adolescentes, y no se evaluaron las percepciones de los padres. Además, las comparaciones de los constructos en relación con el sexo disminuyeron drásticamente cuando se calcularon las estadísticas inferenciales sobre la menarquia, por lo que se necesitan estudios con muestras más grandes que comparen a las niñas que empezaron la menarquia o no para sostener las hipótesis encontradas en el estudio actual, además de la inserción de otras variables psicosociales (como la violencia, los prejuicios, el hecho de pensar en los problemas y otros).

En este estudio se describieron sólo dos variables importantes (sexo y menarquia) exploradas como diferencias de promedios, y en futuros estudios se pretende evaluar dichas variables junto con los constructos, a fin de realizar regresiones y/o *path analysis* insertando otras variables sociodemográficas (año estudiado/edad) y clínicas (diagnóstico previo de trastornos del estado de ánimo y/o ansiedad).

Como contribuciones del estudio es necesario pensar que las investigaciones y discusiones científicas poco exploran cuestiones que avanzan en respuestas sobre la menarquia, la edad, el sexo y preguntas vinculadas al contexto psico-educativo, como es el caso de las variables socioemocionales.

Así pues, este estudio amplía las preguntas sobre la diferencia entre los sexos, pero no de una manera que trate de indicar una relación que exprese cuál de los sexos es mejor o peor en algún factor, sino que amplía la reflexión de que los chicos y las chicas pueden tener un funcionamiento distinto y que es necesario considerar las cuestiones orgánicas también como asociadas a ese funcionamiento (como es el caso de la menarquia en las chicas).

Las instituciones educativas deberían tener un plan de acción para identificar y trabajar de manera inclusiva con los estudiantes que presentan indicadores que pueden causar daños a su salud mental. De manera macro, las formas de identificar e intervenir en los aspectos socioafectivos de los escolares deben incluirse en los Planes Políticos Pedagógicos tanto a nivel municipal como estatal. De esta manera, el papel de educar no sólo al estudiante, sino a toda la persona se cumpliría.

REFERENCIAS

1. Oppenheimer CW, Ladouceur CD, Waller JM, Ryan ND, Allen KB, Sheeber L, et al. Emotion socialization in anxious youth: parenting buffers emotional reactivity to peer negative events. *J Abnorm Child Psychol.* [Internet]. 2016 [citado en 03 nov 2020]; 44(7):1267-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-015-0125-5>
2. Guerra C, Farkas C, Moncada L. Depression, anxiety and PTSD in sexually abused adolescents: association with self-efficacy, coping and family support. *Child Abuse Negl.* [Internet]. 2018 [citado en 03 nov 2020]; 76:310-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.013>
3. Andrés ML, Castañeiras CE, Richaud Minzi MC. Contribution of cognitive emotion regulation strategies in anxiety, depression, and well-being in 10-year-old children. Preliminary results. *Psiencia* [Internet]. 2014 [citado en 03 nov 2020]; 6(2):462-71. DOI: 10.5872/psiencia/6.2.24
4. Del Valle M, Betegón E, Irurtia MJ. Efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad en adolescentes españoles. *Suma Psicol.* [Internet]. 2018 [citado en 03 nov 2020]; 25(2):153-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.7>
5. Loevaas MES, Sund AM, Patras J, Martinsen K, Hjemdal O, Neumer S-P, et al. Emotion regulation and its relation to symptoms of anxiety and depression in children aged 8–12 years: does parental gender play a differentiating role? *BMC Psychol.* [Internet]. 2018 [citado en 03 nov 2020]; 6(42):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-018-0255-y>
6. Tondo L, Pinna M, Serra G, Chiara L, Baldessarini RJ. Age at menarche predicts age at onset of major affective and anxiety disorders. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado en 03 nov 2020]; 39:80-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.08.001>

7. Mendle J, Ryan RM, McKone K M P. Age at menarche, depression, and antisocial behavior in adulthood. *Pediatrics* [Internet]. 2018 [citado en 03 nov 2020]; 141(1):e20171703 DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1703>
8. Borges L, Pacheco JTB. Sintomas depressivos, autorregulação emocional e suporte familiar: um estudo com crianças e adolescentes. *Estud Interdiscip Psicol.* [Internet]. 2018 [citado en 03 nov 2020]; 9(Supl 3):132. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2018v9n3supl132>
9. Baptista, MN, organizador. Escala Baptista de Depressão - versão infanto-juvenil (EBADEP-IJ). São Paulo: Hogrefe; 2017. 57p.
10. World Health Organization. Depression and other common mental disorders. Global health estimates. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bits-tream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
11. Reynolds WM. Depression in children and adolescents: nature, diagnosis, assessment, and treatment. *School Psych Rev.* [Internet]. 1990 [citado en 03 nov 2020]; 19(2):158-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/02796015.1990.12085454>
12. Oliveira KL, Santos AAA, Cruvinel M, Néri AL. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicol. Estud.* [Internet]. Aug 2006 [citado en 03 nov 2020]; 11(2):351-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-7372200600020001>
13. Polanczyk, GV Lamberte MTMR, organizadores. *Psiquiatria da infância e adolescência*. Barueri, SP: Manole; 2012. 429p.
14. Zhang L, Lu J, Li B, Wang X, Shangguan C. Gender differences in the mediating effects of emotion-regulation strategies: forgiveness and depression among adolescents. *Pers Individ Dif.* [Internet]. 2020 [citado en 03 nov 2020]; 163:110094. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2020.11009>
15. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatr.* [Internet]. 2016 [citado en 03 nov 2020]; 209(4):284-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>
16. Jaramillo JM, Rendón MI, Muñoz L, Weis M, Trommsdorff G. Children's self-regulation in cultural contexts: the role of parental socialization theories, goals, and practices. *Front Psychol.* [Internet]. 2017 [citado en 03 nov 2020]; 8(6):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00923>
17. Souza, MS, Baptista, MN, Alves, GAS, Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia* [Internet]. 2008; [citado en 03 nov 2020]; (28):45-59. DOI: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115012542005>
18. Alves CF, Dell'Aglio D. Percepção de apoio social de adolescentes de escolas públicas. *Rev Psicol IMED* [Internet]. 2015 [citado en 03 nov 2020]; 7(2):89-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v7n2p89-98>
19. Hurrell, KE, Hudson, JL, Schniering, CA. Parental reactions to children's negative emotions: relationships with emotion regulation in children with an anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* [Internet]. 2015 [citado en 03 nov 2020]; 29:72-82. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.10.008>
20. Machado MR Mosmann CP. Dimensões negativas da coparentalidade e sintomas internalizantes: a regulação emocional como mediadora. *Psicol Teor Pesqui.* [Internet]. 2019 [citado en 03 nov 2020]; 35(esp):e35nspe12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35nspe12>
21. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR. The role of the family context in the development of emotion regulation. *Soc Dev.* [Internet]. 2007 [citado en 03 nov 2020]; 16(2):361-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
22. Lee D, Ahn I-Y, Park C-S, Kim B-J, Lee C-S, Cha B, et al. Early menarche as a risk factor for suicidal ideation in girls: the Korea youth risk behavior web-based survey. *Psychiatry Res.* [Internet]. 2020 [citado en 03 nov 2020]; 285:112706. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112706>
23. Jalnapurkar I. Sex differences in anxiety disorders: a review. *HSOA J Psychiatry Depress Anxiety* [Internet]. 2018 [citado en 03 nov 2020]; 21(4):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.24966/pda-0150/100011>
24. Sequeira M-E, Lewis SJ, Bonilla C, Smith GD, Joinson C. Association of timing of menarche with depressive symptoms and depression in adolescence: mendelian randomisation study. *Br J Psychiatr.* [Internet]. 2017 [citado en 03 nov 2020]; 210(1):39-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168617>
25. McGuire TC, McCormick K., Koch MK, Mendle J. Pubertal maturation and longitudinal trajectories of depression during early adolescence. *Front Psychol.* [Internet]. 2019 [citado en 03 nov 2020]; 10:1362. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01362>

26. Noronha APP, Baptista MN, Batista HHV. Estudos psicométricos iniciais da Escala de Autorregulação Emocional: versões adulto e infanto-juvenil. *Estud Psicol. (Campinas)* [Internet]. 2019 [citado en 03 nov 2020]; 36:e180109. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e180109>
27. Soares TFP. Escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes (ESAN-IJ). [dissertação]. Campinas, SP: Universidade São Francisco; 2019. 102p.
28. Cardoso HF, Baptista MN. Evidência de validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) - EPSUS-A: um estudo correlacional. *Psicol Ciênc Prof.* [Internet]. 2015 [citado en 03 nov 2020]; 35(3):946-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001352013>
29. Baptista MN. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. *Psicol Ciênc Prof.* [Internet]. 2007 [citado en 03 nov 2020]; 27(3):496-509. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932007000300010>
30. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado en 03 nov 2020]; 4(2):146-58. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30263-2](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30263-2)
31. Li Y, Lynch AD, Calvin C, Liu J, Lerner RM. Peer relationships as a context for the development of school engagement during early adolescence. *Int J Behav Dev.* [Internet]. 2011 [citado en 03 nov 2020]; 6(4):1-25. DOI: <https://doi.org/10.1177/0165025411402578>
32. Yamaguchi K, Ito M, Takebayashi Y. Positive emotion in distress as a potentially effective emotion regulation strategy for depression: a preliminary investigation. *Psychol Psychother.* [Internet]. 2018 [citado en 03 nov 2020]; 91(4):509-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/papt.12176>

CONTRIBUCIONES

Makilim Nunes Baptista contribuyó al diseño del estudio, el análisis de datos y la redacción. **Katya Luciane de Oliveira** y **Andrea Carvalho Beluce** participaron en el diseño del estudio, la recogida de datos y la redacción. **Evandro Morais Peixoto** trabajó en el análisis de datos, la redacción y la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Baptista MN, Oliveira KL, Beluce AC, Peixoto EM. Depresión, ansiedad, autorregulación emocional, percepción del soporte social y familiar en estudiantes. *REFACS* [Internet]. 2020 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(1):18-28. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

BAPTISTA, M. N.; OLIVEIRA, K. L. de; BELUCE, A. C.; PEIXOTO, E. M. Depresión, ansiedad, autorregulación emocional, percepción del soporte social y familiar en estudiantes. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 9, n. 1, p. 18-28, 2020. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Baptista, M.N., Oliveira, K.L., Beluce, A.C., & Peixoto, E.M. (2020). Depresión, ansiedad, autorregulación emocional, percepción del soporte social y familiar en estudiantes. *REFACS*, 9(1), 18-28. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso de insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.