

**ORIGINAL
 BREVE**

Recibido: 24/10/2022
 Aceptado: 28/2/2023
 Publicado: 22/3/2023
 e202303022

e1-e12

Sex as a moderating variable
 of internalizing and externalizing
 symptomatology in childhood

Las autoras declaran
 que no existe ningún
 conflicto de intereses

CORRESPONDENCIA

Mayelin Rey Bruguera
 Centro de Salud Mental Ciudad Lineal.
 C/ del Doctor Cirujas, 20, 3º.
 CP 28017, Madrid, España.
 mayelin.rey@salud.madrid.org

CITA SUGERIDA

Rey Bruguera M, Calonge Romano I,
 Martínez Arias MR, Thomas Currás H.
 Sexo como variable moderadora
 de la sintomatología internalizante
 y externalizante en la infancia.
 Rev Esp Salud Pública. 2023; 97:
 16 de marzo e202303022.

Sexo como variable moderadora de la sintomatología internalizante y externalizante en la infancia

AUTORES

Mayelin Rey Bruguera	(1,4)	[ORCID: 0000-0003-0438-7575]
Isabel Calonge Romano	(2)	
María del Rosario Martínez Arias	(3)	[ORCID: 0000-0001-5321-0165]
Helena Thomas Currás	(4)	[ORCID: 0000-0001-6995-7087]

FILIACIONES

- (1)** Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España.
- (2)** Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
- (3)** Departamento de Psicobiología y Metodología en las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
- (4)** Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Madrid, España.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // Uno de cada cien menores tiene algún problema de salud mental. La sintomatología varía según el sexo. La mayoría de las investigaciones son realizadas con población general. El objetivo de este estudio fue analizar el papel moderador del sexo en la presencia de sintomatología internalizante (alteraciones emocionales, ansiedad y depresión) y externalizante (alteraciones comportamentales e hiperactividad) en la infancia, así como comparar población general con población clínica.

MÉTODOS // Se realizó un estudio descriptivo transversal con 552 niños y niñas entre diez y doce años, 94 pacientes de salud mental y 458 escolares. Los participantes cumplimentaron medidas de autoinforme: *Cuestionario de capacidades y dificultades* (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ-Cas), *Escala de depresión modificada* (*Modified Depression Scale*, MDS) y un cuestionario de información sociodemográfica. Para el análisis de datos se realizaron los estadísticos descriptivos y comparaciones de medias multivariantes y univariantes, por procedimientos paramétricos y de remuestreo.

RESULTADOS // Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos clínico y de la población escolar en sintomatología externalizante, internalizante y depresiva ($p < 0,001$). No se hallaron diferencias de sexo en sintomatología externalizante ni depresiva. En los síntomas internalizantes se encontraron diferencias de sexo ($p < 0,001$, $p_{\text{inter}} < 0,001$), así como efectos de interacción con el grupo ($p = 0,016$). Las niñas tuvieron puntuaciones más altas que los niños, con mayores diferencias en el grupo clínico ($p < 0,001$, $p_{\text{boot}} = 0,003$).

CONCLUSIONES // Las investigaciones con pacientes de salud mental son fundamentales para verificar la existencia o no de diferencias con la población general, así como las diferencias por sexo, lo que permitirá adaptar las estrategias preventivas y de intervención a cada caso.

PALABRAS CLAVE // Síntomas externalizantes; Síntomas internalizantes; Síntomas depresivos; Salud mental; Infancia; Niño; Niña; Sexo; Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ).

ABSTRACT

BACKGROUND // One in one hundred minors has some mental health problem. Symptomatology varies according to gender. Most research has been conducted with the general population. The objective of this paper was to analyze the moderating role of sex in the presence of internalizing (emotional disorders, anxiety and depression) and externalizing symptomatology (behavioral disorders and hyperactivity) in childhood, as well as to compare the general population with the clinical population.

METHODS // A descriptive cross-sectional study was conducted with 552 boys and girls between ten and twelve years of age, 94 mental health patients and 458 schoolchildren. Participants completed self-report measures: *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ-Cas), *Modified Depression Scale* (MDS) and a sociodemographic information questionnaire. For data analysis, descriptive statistics and multivariate and univariate mean comparisons were performed by parametric and re-sampling procedures.

RESULTS // Statistically significant differences were observed between clinical and school population groups in externalizing, internalizing and depressive symptomatology ($p < 0,001$). No sex differences were found in externalizing and depressive symptomatology. Sex differences were found in internalizing symptoms ($p < 0,001$, $p_{\text{inter}} < 0,001$) as well as group interaction effects ($p = 0,016$), girls had higher scores than boys, with greater differences in the clinical group ($p < 0,001$, $p_{\text{boot}} = 0,003$).

CONCLUSIONS // Research with mental health patients is essential to verify the existence or not of differences with the general population as well as differences by sex, which will allow adapting preventive and intervention strategies to each case.

KEYWORDS // Externalizing symptoms; Internalizing symptoms; Depressive Symptoms; Mental Health; Childhood; Boy; Girl; Sex; Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

INTRODUCCIÓN



EN ESPAÑA, UNO DE CADA DIEZ ADULTOS Y uno de cada cien menores de cero a catorce años tienen algún problema de salud mental; además, las mujeres presentan casi el doble de problemas que los hombres y, por el contrario, los niños más que las niñas, según la *Encuesta Nacional de Salud España (ENSE) 2017* (1). La prevalencia de los trastornos de la salud mental en la infancia es mayor en varones, excepto la depresión y la ansiedad, encontrándose una mayor diferencia por sexos en los trastornos de la conducta y la hiperactividad (1). En esta última ENSE disponible, de nuevo los datos han sido recogidos con la información aportada por los progenitores mediante el *Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)* (2,3). En pacientes de salud mental diagnosticados se han hallado resultados estadísticamente significativos en esta dirección: mayor presencia en los chicos de trastornos de conducta y, en las chicas, de ansiedad (4).

El predominio de la sintomatología depresiva en la población general entre las mujeres adolescentes y adultas está bien documentado (5). Estas diferencias se empiezan a observar a partir de los doce-trece años en los síntomas depresivos (6,7,8), y a partir de los trece-catorce años en el diagnóstico de depresión o distimia (8). El modelo de emergencia de las diferencias de sexo en depresión a partir de la adolescencia fue propuesto por Nolen-Hoeksema (9). El fenómeno denominado *brecha de género (gender gap)* se refiere a la mayor tasa de alteraciones emocionales, en concreto de síntomas depresivos, en las chicas en comparación con los chicos, que aparece de manera consistente a los catorce años (10), circunstancia que se produce de manera transcultural (11). Asimismo, se han observado diferencias de sexo en sintomatología internalizante (síntomas emocionales, como ansiedad y depresión) y externalizante (síntomas comportamentales e hiperactividad) en la adolescencia, eva-

luada mediante el SDQ (2,3) en población española, obteniendo las mujeres mayores puntuaciones en los síntomas emocionales y los hombres en los problemas de conducta e hiperactividad (12,13). Estos hallazgos se repiten al emplear otros instrumentos: mayores puntuaciones en síntomas depresivos e internalizantes en las chicas, y en hiperactividad y agresividad en los chicos (14). Parece que, a partir de los doce años, las chicas tienen más probabilidad de presentar síntomas psicológicos (15). Aunque las tasas de depresión aumentan en la adolescencia media o tardía, la diferencia de sexo en síntomas depresivos emerge antes, sobre los doce años (16).

Los estudios realizados en momentos previos a la adolescencia muestran resultados dispares. El sexo femenino se ha asociado con los síntomas emocionales en escolares a partir de los once años (17), y con los síntomas depresivos (18) y los síntomas internalizantes en la infancia y la adolescencia (19); incluso se ha observado la diferente evolución de los síntomas depresivos desde la primera infancia (20). También se ha informado de un patrón contrario en población clínica: mayor presencia de trastornos emocionales (depresivos y de ansiedad) en los niños antes de los doce años, edad a partir de la cual el patrón se invierte, predominando esta sintomatología en las chicas (21). En cambio, otras investigaciones no han hallado diferencias estadísticamente significativas en la infancia (22,23). La transición puberal se ha asociado con un incremento de síntomas internalizantes y externalizantes, pero sin hallar diferencias de sexo (24).

En el momento de inicio de la pubertad, el sexo puede actuar como moderador de las diferencias en problemas internalizantes y externalizantes asociados con la adolescencia temprana, es decir, el desarrollo puberal impacta en los procesos psicológicos y comportamentales, tales como los síntomas depresivos y el comportamiento externalizante. Sin embargo, los resultados no son concluyentes (25).

Sexo como variable moderadora de la sintomatología internalizante y externalizante en la infancia

MAYELIN REY BRUGUERA et al.

Por otra parte, es fundamental tener en cuenta quién es el informante de los síntomas, puesto que se han observado discrepancias entre la información aportada por los progenitores y por los propios menores, siendo éstos últimos mejores informantes de los síntomas internalizantes (23), mientras que los progenitores lo son de los síntomas externalizantes (26). Los adultos pueden ser más sensibles a las dificultades de los chicos que a las de las chicas, y es posible que las niñas que reciban atención en los servicios de salud mental en la escuela presenten dificultades más graves (27).

Hay que destacar que la mayoría de las investigaciones, salvo algunas excepciones (21,26), suelen realizarse con población general, lo que limita el conocimiento en la población clínica.

Respecto al instrumento de medida de la sintomatología internalizante y externalizante, el SDQ (2,3), además de ser una herramienta útil para la detección de los problemas emocionales y del comportamiento (28,27,30), su precisión diagnóstica es comparable a otros instrumentos como entrevistas de diagnóstico clínico (26), con capacidad para identificar los cambios (31).

El objetivo de este trabajo fue analizar el efecto moderador del sexo en la sintomatología internalizante y externalizante en la infancia mediante la información aportada por los menores, así como comparar población general con población clínica atendida en salud mental.

SUJETOS Y MÉTODOS

Participantes. En el estudio participaron 552 niños y niñas de diez a doce años de edad. Los participantes procedieron de dos grupos: un grupo clínico de salud mental formado por pacientes de tres centros de la Red Pública de los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil del área sanitaria del Hospital Universitario Ramón y Cajal, que pertenece al Servicio Madrileño de Salud (Comunidad de Madrid), y un grupo comunitario, formado por escolares

de siete centros educativos públicos y concertados de la misma zona de la capital.

Los criterios de exclusión del grupo clínico fueron: la presencia de alteraciones mentales y del comportamiento o con trastornos del neurodesarrollo según la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE 10) (32); déficits sensoriales que limitasen su capacidad de atención, comprensión o respuesta; dificultades en el manejo del idioma castellano; y modalidad educativa de ACNEE (alumno con necesidades educativas especiales) y ACNEAE (necesidades específicas de apoyo educativo en el área del lenguaje). Los criterios de exclusión en el grupo comunitario fueron: acudir a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en el momento de la aplicación del protocolo de investigación, además de los mencionados para el grupo clínico.

Las principales características de los participantes se presentan en la **TABLA 1**. En el grupo clínico había 94 pacientes (17%) y, en el grupo comunitario, 458 alumnos (83%). La distribución por sexos fue un 53,4% de niños y un 46,6% de niñas. Los menores estaban escolarizados en los cursos de 4º a 6º de Educación Primaria.

En el grupo clínico, respecto al tipo de tratamiento, el 68,1% estaba en tratamiento psicológico, el 27,7% en tratamiento psiquiátrico y el 4,3% recibía tratamiento combinado; además, el 21,3% tenía tratamiento farmacológico, siendo el tipo de fármaco más frecuente los estimulantes (13,8%).

Variables e instrumentos de medida. Se registraron los datos sociodemográficos, como edad, sexo y curso escolar, con un instrumento diseñado ad hoc para el estudio. En el grupo clínico se registró información sobre algunas cuestiones relacionadas con el paciente y su tratamiento de salud mental, tales como el diagnóstico según la CIE 10 (32), el tipo de tratamiento (psicológico, psiquiátrico o combinado) y el tratamiento farmacológico.

Sexo como variable moderadora de la sintomatología internalizante y externalizante en la infancia

MAYELIN REY BRUGUERA et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
22/3/2023
e202303022

Variables		Total		Grupo Clínico		Grupo Comunitario	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Niño	295	53,4	59	62,8	236	51,5
	Niña	257	46,6	35	37,2	222	48,5
Edad	10 años	169	30,6	38	40,4	131	28,6
	11 años	268	48,6	33	35,1	235	51,3
	12 años	115	20,9	23	24,5	92	21,1
Media edad/DT/rango		10,91/0,72/10-12		10,84/0,79/10-12		10,92/0,70/10-12	
TOTAL		N=552		n=94		n=458	

La sintomatología internalizante y externa se evaluó mediante el *Cuestionario de capacidades y dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ-Cas)* (2,3), versión de Goodman de 2005 (33). Éste es un cuestionario de autoinforme para niños y adolescentes, de entre once y dieciséis años, que consta de veinticinco ítems, con tres alternativas de respuesta, valoradas de 0 (no es verdad) a 2 (verdaderamente sí). Se obtiene una puntuación del total de dificultades (SDQ-T), de los dos factores de segundo orden (síntomas externalizantes [SDQ-E] y síntomas internalizantes [SDQ-I]), y de las cinco subescalas (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas de relación con iguales y escala prosocial —esta última no fue incluida—). El SDQ-Cas se considera un instrumento útil para valorar las dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil española (30). La consistencia interna α de Cronbach fue de 0,72 para SDQ-E y de 0,70 para SDQ-I. Estos valores fueron similares a los obtenidos por otros investigadores en España (29,30) y con niños de menor edad (34,35,36).

Para los síntomas depresivos se empleó la *Modified Depression Scale (MDS)* (37). Es un autoinforme que evalúa síntomas depre-

sivos en el último mes, compuesto por seis ítems con cinco alternativas de respuesta de 1 (nunca) a 5 (siempre). Se recomienda aplicarlo desde los diez a los dieciocho años. Tiene una buena consistencia interna, entre 0,75 a 0,84 (37,38). Se realizó la traducción y adaptación siguiendo las directrices de la Comisión Internacional de Tests (ITC) (39). La consistencia interna del estudio presente fue de 0,65. La depresión se incluye dentro de la sintomatología internalizante; no obstante, se decidió incluir este instrumento debido a que el SDQ (2,3) sólo contiene un ítem específico de depresión, incluyendo más ítems de sintomatología de ansiedad.

Procedimiento. La investigación fue aprobada por el Comité Ético y de Investigación Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de la Comunidad de Madrid. Al tratarse de población infantil, se entregó a los progenitores o tutores legales por escrito el documento de consentimiento informado. Asimismo, a los niños/as del estudio se les informó, se les pidió su colaboración y consentimiento, señalando claramente que su participación era voluntaria.

Los instrumentos se administraron durante el curso académico, a los participantes del

grupo clínico el día que acudían a la consulta, y en el grupo comunitario, en el aula en el horario escolar.

Previo a la investigación, se desarrolló un estudio piloto que incluyó la traducción y retrotraducción del MDS (37) y la aplicación de todos los autoinformes a niños de nueve a doce años, por lo que se comprobó que el SDQ-Cas (2,3) se podía aplicar en la franja de edad de la investigación. Por último, dado que en el grupo clínico el protocolo se iba a aplicar de manera individual y en el grupo comunitario de forma colectiva, en uno de los centros escolares se compararon ambas modalidades de aplicación, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Análisis de datos. Los análisis de datos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS versión 27 (40). Se obtuvieron los estadísticos descriptivos de las variables examinadas teniendo en cuenta el grupo y el sexo de los sujetos. En todos los grupos se cumplía el supuesto de homogeneidad de varianzas, pero el de normalidad solamente en MDS y SDQ-E en el grupo de los pacientes. Dada la correlación existente entre las variables, se realizó en primer lugar un análisis multivariante de la varianza (MANOVA), con el contraste Lambda de Wilks (Λ), seguido de un análisis de varianza univariante para cada una de las variables con dos factores: sexo por grupo. Dada la falta de cumplimiento del supuesto de normalidad, también se realizó un procedimiento *Bootstrap* (remuestreo) con 1.000 muestras y el procedimiento sesgo corregido y acelerado (BCa). Se analizaron las correlaciones entre las tres variables y de todas con la edad.

RESULTADOS



EN LA **TABLA 2** SE PRESENTAN LAS CORRELACIONES entre las tres variables analizadas y con la edad de los participantes. Puede observarse que las correlaciones con la edad fueron nulas en el caso del grupo comunitario, pero que la edad mostró una correlación negativa

y significativa con los síntomas externalizantes (SDQ-E) en el grupo clínico. Las correlaciones entre los tres tipos de síntomas fueron estadísticamente significativas en los dos grupos, aunque ligeramente superiores en grupo comunitario.

En la **TABLA 3** se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y sexo para SDQ-E y SDQ-I y síntomas depresivos MDS.

Dadas las correlaciones entre las tres variables se utilizó el procedimiento de análisis multivariante de la varianza (MANOVA, por sus siglas en inglés). El análisis multivariante se completó con los correspondientes contrastes univariantes, utilizando la corrección de Bonferroni para las comparaciones múltiples. El estadístico de Levene mostró la homogeneidad de las varianzas en los dos grupos en dos de las variables analizadas ($p > 0,05$), SDQ-E y MDS, pero no en SDQ-I ($p < 0,01$). La prueba de Box de igualdad de las matrices de covarianza de los grupos rechazó la hipótesis nula de la igualdad. Las pruebas de normalidad realizadas con el test de Shapiro-Wilks mostraron que el supuesto se cumple en los grupos clínicos, pero no en los comunitarios.

El MANOVA paramétrico mostró diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones de grupos entre los grupos clínico y comunitario [$\Lambda = 0,943$; $F(3, 546) = 15,14$; $p < 0,001$; Eta cuadrado parcial = $0,077$]. En la comparación por sexos, el resultado fue igualmente estadísticamente significativo [$\Lambda = 0,948$, $F(3, 546) = 9,94$; $p < 0,001$; Eta cuadrado parcial = $0,052$]. En cuanto al efecto de la interacción Grupo por Sexo, el resultado está próximo a los niveles de significación convencionales, pero es ligeramente inferior [$\Lambda = 0,987$; $F(3, 546) = 2,42$; $p = 0,06$; Eta cuadrado parcial = $0,013$].

En las comparaciones univariantes se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos clínico y comunitario en las tres variables en las que el grupo clínico

Sexo como variable moderadora de la sintomatología internalizante y externalizante en la infancia

MAYELIN REY BRUGUERA et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
22/3/2023
e202303022

Tabla 2
Correlaciones entre las variables analizadas y la edad.

Grupo		Edad	SDQ-E	SDQ-I	MDS
Clínico	SDQ-E	-0,0230 ^(*)	-		
	SDQ-I	-0,058	0,258 ^(*)	-	
	MDS	-0,064	0,384 ^(***)	0,497 ^(***)	.
Comunitario	SDQ-E	0,022	-		
	SDQ-I	-0,031	0,408 ^(***)	-	
	MDS	0,006	0,442 ^(***)	0,523 ^(***)	-

SDQ: Cuestionario de capacidades y dificultades; SDQ-E: síntomas externalizantes; SDQ-I: síntomas internalizantes; MDS: *Modified Depression Scale*.

Tabla 3
Estadísticos descriptivos de sintomatología por grupo y sexo.

Grupo	Sexo	N	SDQ-E		SDQ-I		MDS	
			M	DT	M	DT	M	DT
Clínico	Niño	59	8,73	3,71	4,47	2,74	15,15	4,21
	Niña	35	8,26	3,85	6,97	4,05	16,14	5,50
	Total	94	8,55	3,75	5,40	3,49	15,52	4,73
Comunitario	Niño	236	6,35	3,36	4,14	3,02	13,31	4,13
	Niña	222	5,36	3,25	4,72	3,76	14,06	4,72
	Total	458	5,87	3,34	4,42	3,41	13,67	4,43
Total	Niño	295	6,82	3,56	4,20	2,96	13,68	4,20
	Niña	257	5,75	3,47	5,03	3,87	14,34	4,87
	Total	552	6,33	3,56	4,59	3,44	13,99	4,53

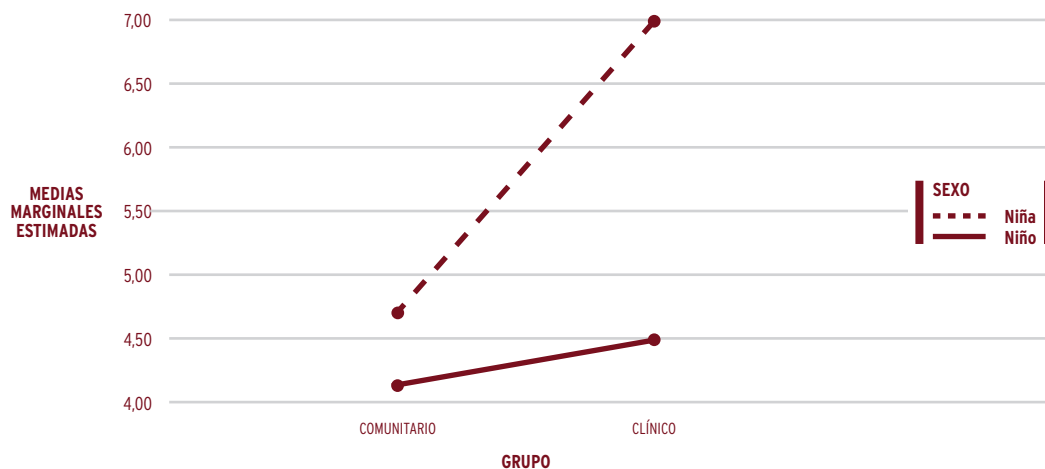
M: Media; DT: Desviación típica; SDQ: Cuestionario de capacidades y dificultades; SDQ-E: síntomas externalizantes; SDQ-I: síntomas internalizantes; MDS: *Modified Depression Scale*.

Clínico superaba al comunitario, tanto con el análisis de varianza convencional como en el realizado con remuestreo (p_{boot}): SDQ-E, $F(1, 548)=44,75$; $p<0,001$, $p_{boot}<0,001$; Eta cuadrado parcial=0,08 / SDQ-I, $F(1, 548)=10,81$; $p<0,001$, $p_{boot}=0,003$; Eta cuadrado par-

cial=0,02 / MDS, $F(1, 548)=14,16$; $p<0,001$; $p_{boot}=0,004$; Eta cuadrado parcial=0,03.

En relación con el sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre niñas y niños en MDS [$F(1, 548)=2,77$;

Figura 1
SDQ-Internalizante y Grupo por Sexo.



$p=0,097$; $p_{boot}=0,124$; Eta cuadrado parcial= $0,005$]. Tampoco se mostraron diferencias estadísticamente significativas en SDQ-E [F (1, 548)=3,42; $p=0,065$; $p_{boot}=0,079$; Eta cuadrado parcial= $0,006$]. Únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en SDQ-I [F (1, 548)=15,31; $p<0,001$; $p_{boot}<0,001$; Eta cuadrado parcial= $0,03$].

En cuanto a los efectos de interacción Grupo por Sexo, no se encontraron efectos estadísticamente significativos ni en MDS ni en SDQ-E [MDS, F (1, 548)=0,055; $p=0,814$; $p_{boot}=0,124$; Eta cuadrado parcial= $0,005$ / SDQ-E, F (1, 548)=0,427; $p=0,514$; $p_{boot}=0,545$; Eta cuadrado parcial= $0,001$]. Solamente resultó estadísticamente significativo el efecto de interacción en SDQ-I [F (1, 548)=5,89; $p=0,016$, Eta cuadrado parcial= $0,011$]. Este efecto puede observarse claramente en la **FIGURA 1**. En el grupo comunitario no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre niñas y niños ($p=0,491$, $p_{boot}=0,545$), mientras que sí difirieron en el grupo clínico ($p<0,001$, $p_{boot}=0,003$), en el que las niñas obtuvieron puntuaciones medias superiores a las de los niños.

DISCUSIÓN



LA PRESENTE INVESTIGACIÓN EXAMINA EL papel moderador del sexo en la sintomatología internalizante y externalizante en niños y niñas de diez a doce años, comparando pacientes que acudían a tratamiento en salud mental con alumnos de centros educativos que no estaban en tratamiento.

En primer lugar, se procedió a examinar la posible existencia de diferencias entre los grupos en las puntuaciones de los instrumentos empleados. Los resultados van en la dirección esperada, observándose diferencias estadísticamente significativas entre el grupo clínico y el grupo comunitario, con mayor presencia de síntomas externalizantes, internalizantes y depresivos en el primero en comparación con el segundo. Es lógico que los pacientes que estaban en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico tengan una mayor alteración (32), lo que además indicaría que las pruebas administradas discriminan entre ambos grupos. Estos resultados confirman que el SDQ (2,3) posee una buena precisión diagnóstica (26).

Sexo como variable moderadora de la sintomatología internalizante y externalizante en la infancia

MAYELIN REY BRUGUERA et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
22/3/2023
e202303022

Asimismo, arroja hallazgos en la misma dirección en la prueba empleada para los síntomas depresivos, la MDS (37).

En segundo lugar, se analizaron las posibles diferencias de sexo en los dos grupos de participantes en los síntomas externalizantes, internalizantes y depresivos. Respecto a los síntomas externalizantes no se hallan diferencias entre chicos y chicas, ni efecto de interacción del sexo con el grupo. Esto mismo ocurre con los síntomas depresivos. No obstante, resultados diversos muestran los síntomas internalizantes, donde, además de las diferencias entre los grupos, resultan significativas las diferencias de sexo y de interacción sexo y tipo de participante, siendo más altas las puntuaciones para las niñas y, en especial, en el grupo clínico.

Los hallazgos obtenidos van, al menos parcialmente, en contra de la evidencia que señala que los síntomas externalizantes son más frecuentes en los chicos y los internalizantes en las chicas (1,13,14). El hecho que no aparezcan diferencias en los síntomas externalizantes puede deberse a la fuente de información empleada en este estudio: los propios menores. Se observa que niños y adolescentes son mejores informantes de los síntomas internalizantes (23), mientras que otras fuentes (progenitores o docentes) ofrecen información más ajustada de los comportamientos externalizantes (26).

En cuanto a los síntomas depresivos, los resultados coinciden con los de otras investigaciones que no observan diferencias estadísticamente significativas de sexo antes de los trece años (6,7,8).

Las diferencias de sexo en los síntomas internalizantes podrían suponer la existencia de una brecha de género, no sólo como se conoce para los síntomas depresivos, sino también para los síntomas internalizantes, y que, además, estas diferencias se producen en momentos evolutivos previos. Además, un

resultado sorprendente es que las niñas del grupo clínico presentan mayores niveles de síntomas internalizantes, dato preocupante que apoyaría que las niñas que reciben atención de salud mental presentan dificultades más graves (27).

Este estudio destaca por su aportación al escaso número de investigaciones con población infantil y, en particular, de salud mental, así como por analizar las diferencias de sexo en la sintomatología antes de la adolescencia. Los resultados tienen implicaciones en los ámbitos educativo y clínico de cara a desarrollar estrategias preventivas y de intervención en la infancia adaptadas a las características de los menores. La tendencia de investigar con población general y equiparar los hallazgos a la población clínica debería ser cuestionada, como sugieren los resultados de este estudio.

Las principales limitaciones de este trabajo se refieren a los aspectos metodológicos: además del diseño transversal, serían la participación voluntaria, la autorización de los tutores legales o la selección incidental. Esto ha podido suponer sesgos de pérdida de información relevante como, por ejemplo, que no hayan aceptado participar aquellos menores o familias con mayores dificultades. Además, no podemos olvidar las limitaciones derivadas del empleo exclusivo de medidas de autoinforme, sin contrastar con otras fuentes de información. Esta circunstancia, paradójicamente, constituye una fortaleza, en especial en el caso de los síntomas internalizantes, dado que los menores han sido los que informaron de su propio malestar, en contraste con la línea habitual de la investigación en la infancia que suele realizarse desde la perspectiva de los adultos. Es más, uno de los instrumentos es la versión autoinforme del cuestionario empleado en la ENSE 2017 (1) que, dado los resultados obtenidos, sugerimos que sea incluido en estudios epidemiológicos, así como en los protocolos de evaluación en el ámbito clínico.


Sexo como variable moderadora de la sintomatología internalizante y externalizante en la infancia

MAYELIN REY BRUGUERA et al.

En definitiva, este trabajo pone la mirada en la etapa de la infancia y en los niños/ niñas que acuden a tratamiento en salud mental, y pretende ser una aportación al estudio de las diferencias de sexo previas a la adolescencia. Consideramos que profundizar en el conocimiento de la psicopatología en la infancia contribuye a una mejor atención en este momento evolutivo y en posteriores etapas de la vida, teniendo en cuenta las implicaciones en la prevención y la intervención en salud mental.

AGRADECIMIENTOS



Nuestro agradecimiento a los niños y niñas participantes; a los progenitores; a los directores, docentes y orientadores de los centros educativos; a los facultativos de psicología clínica y de psiquiatría; a los directores de los centros de salud mental; y al jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal. 



Sexo como variable moderadora de la sintomatología internalizante y externalizante en la infancia

MAYELIN
REY BRUGUERA
et al.



1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017*. Serie informes monográficos #1-SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019.
2. Goodman R. *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note*. J Child Psychol Psychiatry. 1997;38(5):581-586.
3. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1998;7(3):125-130.
4. Navarro-Pardo E, Meléndez Moral JC, Sales Galán A, Sancerni Beitia MD. *Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género*. Psicothema. 2012;24(3):377-383.
5. Wang K, Lu H, Cheung EF, Neumann DL, Shum DH, Chan RC. *“Female preponderance” of depression in non-clinical populations: a meta-analytic study*. Front Psychol [Internet]. 2016;15(7):1398. <https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01398>
6. Jaureguizar J, Bernaras E, Soroa M, Sarasa M, Garaigordobil M. *Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico*. Behavioral Psychology/Psicología Conductual. 2015;23(2):245-264.
7. Regan T, Harris B, Fields SA. *Are relationships between impulsivity and depressive symptoms in adolescents sex-dependent?* Heliyon[Internet]. 2019; 5(10): e02696. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S240584401936356X> (último acceso 02/08/2022).
8. Salk RH, Petersen JL, Abramson LY, Hyde JS. *The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: development and chronicity*. J Affect Disord. 2016;205:28-35.
9. Nolen-Hoeksema S. *An interactive model for the emergence of gender differences in depression in adolescence*. Psychol Bull. 1994;115(3):424-443. https://dx.doi.org/10.1207/s15327795jra0404_5
10. Wade TJ, Cairney J, Pevalin DJ. *Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(2):190-198. <https://dx.doi.org/10.1097/00004583-200202000-00013>
11. Alves DE, Roysamb E, Oppedal B, Zachrisson HD. *Emotional problems in preadolescents in Norway: the role of gender, ethnic minority status, and home-and school-related hassles*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health [Internet]. 2011;5(1):37. Disponible en: <http://www.capmh.com/content/5/1/37> (último acceso 02/08/2022).
12. Fajardo-Bullón F, Rasskin-Gutman I, León-del Barco B, Ribeiro dos Santos EJ, Iglesias Gallego D. *International and Spanish findings in scientific literature about minors’ mental health: predictive factors using the strengths and difficulties questionnaire*. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2019;16(9):1603. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2329069313?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true> (último acceso 02/08/2022).
13. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. *Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2011;16(1):17-25.
14. Matos AP, Salvador MC, Costa JJ, Pinheiro R, Arnarson EO, Craighead WE. *The relationship between internalizing and externalizing problems in adolescence: does gender make a difference?* Can Int J Soc Sci Educ. 2017;8:45-63.
15. Castro K, Kirchner T. *Coping and Psychopathological Profile in Nonsuicidal Self-Injurious Chilean Adolescents*. J Clin Psychol. 2018;74(1):147-160. <https://dx.doi.org/10.1002/jclp.22493>
16. Hankin BL, Young JF, Abela JR, Smolen A, Jenness JL, Gulley LD, Technow JR, Barrocas Gottlieb A, Cohen JR, Oppenheimer CW. *Depression from childhood into late adolescence: influence of gender, development, genetic susceptibility, and peer stress*. J Abnorm Psy-

Sexo como variable moderadora de la sintomatología internalizante y externalizante en la infancia

MAYELIN REY BRUGUERA et al.

chol. 2015;124(4):803-816. <https://dx.doi.org/10.1037/abn0000089>

17. Meilstrup C, Ersbøll AK, Nielsen L, Koushede V, Bendtsen P, Due P, Holstein BE. *Emotional symptoms among adolescents: epidemiological analysis of individual-, classroom- and school-level factors*. Eur J Public Health. 2015;25(4):644-649. <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv046>

18. Castelao CF, Kröner-Herwig B. *Different trajectories of depressive symptoms in children and adolescents: predictors and differences in girls and boys*. J Youth Adolesc 2013;42(8):1169-1182. <https://dx.doi.org/10.1007/s10964-012-9858-4>

19. Martinsen KD, Neumer SP, Holen S, Waaktaar T, Sund AM, Kendall PC. *Self-reported quality of life and self-esteem in sad and anxious school children*. BMC psychology. 2016; 4(1):1-10. <https://dx.doi.org/10.1186/s40359-016-0153-0>

20. Whalen DJ, Luby JL, Tilman R, Mike A, Barch D, Belden AC. *Latent class profiles of depressive symptoms from early to middle childhood: predictors, outcomes, and gender effects*. J Child Psychol Psychiatry. 2016;57(7):794-804. <https://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12518>

21. Wesselhoeft R, Pedersen CB, Mortensen PB, Mors O, Bilenberg N. *Gender-age interaction in incidence rates of childhood emotional disorders*. Psychol Med. 2015;45(4):829-839. <https://dx.doi.org/10.1017/S0033291714001901>

22. Parkes A, Sweeting H, Wight D. *Early childhood precursors and school age correlates of different internalising problem trajectories among young children*. J Abnorm Child Psychol. 2016;44(7):1333-1346. <https://dx.doi.org/10.1007/s10802-015-0116-6>

23. Van de Looij-Jansen PM, Jansen W, de Wilde EJ, Donker MC, Verhulst FC. *Discrepancies between parent-child reports of internalizing problems among preadolescent children: relationships with gender, ethnic background, and future internalizing problems*. J Early Adolesc. 2011;31(3):443-462. <https://dx.doi.org/10.1177/0272431610366243>

24. Ge X, Brody GH, Conger RD, Simons RL. *Pubertal*

maturity and African American children's internalizing and externalizing symptoms. J Youth Adolesc. 2006;35(4):528-537. <https://dx.doi.org/10.1007/s10964-006-9046-5>

25. Negriff S, Susman EJ. *Pubertal timing, depression, and externalizing problems: A framework, review, and examination of gender differences*. J Res Adolesc. 2011;21(3):717-746. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00708.x>

26. Kovacs S, Sharp C. *Criterion validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) with inpatient adolescents*. Psychiatry Res. 2014;219(3):651-657. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.019>

27. Verlaan P, Déry M, Temcheff CE, Toupin J. *Longitudinal determinants of school-based mental health service use for girls and boys with externalizing behavior problems*. School Ment Health. 2018;10(3):322-337. <https://dx.doi.org/10.1007/s12310-018-9249-4>

28. Becker A, Rothenberger A, Sohn A, BELLA Study Group. *Six years ahead: a longitudinal analysis regarding course and predictive value of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in children and adolescents*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015; 24(6):715-725. <https://dx.doi.org/10.1007/s00787-014-0640-x>

29. Español-Martín G, Pagerols M, Prat R, Rivas C, Sixto L, Valero S, Soler Artigas M, Ribasés M, Ramos-Quiroga JA, Casas M, Bosch R. *Strengths and Difficulties Questionnaire: psychometric properties and normative data for Spanish 5-to 17-year-olds*. Assessment. 2021; 28(5):1445-1458. <https://dx.doi.org/10.1177/1073191120918929>

30. Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Paino M, Sastre S, Muñiz J. *Screening mental health problems during adolescence: psychometric properties of the Spanish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire*. J Adolesc. 2015;38:49-56. <https://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.11.001>

31. Mason WA, Chmelka MB, Thompson RW. *Responsiveness of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a sample of high-risk youth in residential treatment*. In Child & Youth Care Forum; Springer US. 2012 October; 41(5):479-492. <https://dx.doi.org/10.1007/s10566-012-9179-5>

- ◀
32. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. 10ª versión, CIE 10. (Orig. 1992). Madrid: Meditor, DL; 2004.
33. Goodman Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas). [Internet]. 2005. Disponible en: <https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Spanish> (último acceso 02/08/2022).
34. Curvis W, McNulty S, Qualter P. *The validation of the self report Strengths and Difficulties Questionnaire for use by 6-to 10-year-old children in the UK*. Br J Clin Psychol. 2014;53(1):131-137. <https://dx.doi.org/10.1111/bjc.12025>
35. Hobbs MJ, Laurens KR. *Psychometric Comparability of Self-Report by Children Aged 9–10 versus 11 Years on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. Child Indic Res. 2020;13(1):301-318. <https://dx.doi.org/10.1007/s12187-019-09633-7>
36. Muris P, Meesters C, Eijkelenboom A, Vincken M. *The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: its psychometric properties in 8-to 13-year-old non-clinical children*. Br J Clin Psychol. 2004; 43(4):437-448.
37. Dahlberg LL, Toal SB, Swahn M, Behrens CB. *Measuring violence-related attitudes, behaviors, and influences among youths: a compendium of assessment tools (2ª ed.)*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. 2005. Disponible en: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/yv_compendium.pdf (último acceso 02/08/2022).
38. Ingram KM, Espelage DL, Davis JP, Merrin GJ. *Family violence, sibling, and peer aggression during adolescence: associations with behavioral health outcomes*. Front Psychiatry. 2020 [Internet];11, 26. <https://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.00026>
39. Muñoz J, Elosua P, Hambleton RK. *Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición*. Psicothema. 2013;25(2):151-157.
40. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows [programa de ordenador]. Versión 27. Armonk, NY: IBM Corp.; 2020.

Sexo como variable moderadora de la sintomatología internalizante y externalizante en la infancia

MAYELIN
REY BRUGUERA
et al.