

A. Pelaz Antolín (1), MF Valdivia Martin (2), F. Ruiz Sanz (3), O. Granada Jimenez (4), C. Herrera Martin de Valmaseda (5), M. De los Reyes Montoya (6)

(1) Psiquiatra infantil del Hospital Clínico San Carlos, Madrid. (2) Psiquiatra del centro de salud mental de Santa Faz, Alicante. (3) Psiquiatra infantil del complejo asistencial de Palencia. (4) Psiquiatra infantil del Complejo Hospitalario de Toledo. (5) Psiquiatra infantil del centro de salud mental de Chamartín, Madrid. (6) MIR de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Correspondencia:

Antonio Pelaz Antolín
C/ Caribe 4. 28027 Madrid. Spain
Teléfono: +34677537913
Mail: apelaz@gmail.com

Temperamento, carácter y psicopatología. Un estudio preliminar de casos y controles.

Temperament, character and psychopathology. A case-control preliminary study.

RESUMEN

El objetivo principal del estudio es comparar las dimensiones de temperamento y carácter entre una muestra de niños con psicopatología y controles sanos. Se aplicó el Inventario Infanto Juvenil de Temperamento y Carácter de Cloninger (JTCI) a una muestra de 31 casos y 32 controles, todos ellos entre los 9 y los 13 años de edad. El diagnóstico más frecuente en la muestra de casos fue el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (48,38%). Las dimensiones Persistencia (P), Autodirección (AD) y Cooperación (C) presentaron unos valores medios más bajos en la muestra de casos que en los controles ($p < 0,05$). La baja Persistencia se puede explicar por el elevado número de TDAH en la muestra de casos y la baja AD y baja C con el hecho de presentar cualquier psicopatología. El JTCI puede resultar útil en el diagnóstico y en el diagnóstico diferencial.

Palabras clave: Temperamento, Carácter, Psicopatología, Inventario Infanto Juvenil de temperamento y Carácter

ABSTRACT

The main objective of the study is to compare the dimensions of temperament and character between a sample with psychopathology and other of healthy controls. Junior Temperament and Character Inventory of Cloninger (JTCI) were applied to a sample of 31 cases and

32 controls, all between 9 and 13 years old. The most common diagnosis in the sample of cases was attention deficit disorder with or without hyperactivity (48.38%). Persistence (P), Self-Directedness (SD), and Cooperativeness (C) were lower in the sample of cases than in controls ($p < 0.005$). Lower persistence can be explained by the high number of ADHD cases in the sample and lower AD and lower C with any psychopathology. The JTCI may be useful in the diagnosis and differential diagnosis.

Keywords: Temperament, Character, Psychopathology, Junior Temperament and Character Inventory

INTRODUCCION

El modelo integrador biopsicosocial de la personalidad que propone Cloninger considera la personalidad como un fenómeno multidimensional en el que resulta importante distinguir entre temperamento y carácter¹. El temperamento determina lo que un individuo tiende a percibir, es moderadamente heredable, implica respuestas automáticas ante estímulos emocionales, regula hábitos y emociones y se mantiene más o menos estable y no influenciado a lo largo de la vida. Incluye cuatro dimensiones:

- Búsqueda de Novedades (BN): tendencia a una intensa excitación como respuesta a estímulos nuevos que lleva a una actividad exploradora, con reacciones que pueden llegar a ser impulsivas y

A. Pelaz Antolín, MF Valdivia Martín, F. Ruiz Sanz, O. Granada Jimenez, C. Herraiz Martín de Valmaseda, M. De los Reyes Montoya

extravagantes.

- Evitación del Daño (ED): tendencia a responder de forma intensa ante estímulos adversos provocando una inhibición de ciertos comportamientos para evitar el castigo o situaciones nuevas y mostrar conductas de pesimismo, cansancio y timidez.
- Dependencia de la Recompensa (DR): tendencia a mantener la conducta en respuesta a señales sociales, lo que hace que un individuo se muestre sentimental, sensible y sociable
- Persistencia (P): perseverancia a pesar de la fatiga. Es el afán por el logro, la ambición, el perfeccionismo.

El carácter no es tan heredable, se refiere a los procesos cognitivos que influyen en nuestras intenciones y actitudes, y al ser influenciado por factores sociales, culturales, familiares y biográficos, modifica el significado de lo percibido. Tres son las dimensiones del carácter:

- Autodirección (AD): describe el grado en que un

DIAGNOSTICO	n (%)
Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad	15 (48,38%)
Trastorno adaptativo	4 (12,9%)
Ansiedad	3 (9,6%)
Depresión	2 (6,4%)
Trastorno conversivo	1 (3,2%)
Enuresis	1 (3,2%)
Pica	1 (3,2%)
Tics	1 (3,2%)
Trastorno obsesivo compulsivo	1 (3,2%)
Tricotilomanía	1 (3,2%)
Trastorno negativista desafiante	1 (3,2%)

individuo se conoce a sí mismo, está seguro de él, tiene autodeterminación, fuerza de voluntad, autocontrol y objetivos.

- Cooperación (C): es el grado en que una persona se percibe como parte integral de una sociedad, es la identificación con los demás y la aceptación de los otros. Se refiere a la empatía, compasión y ayuda.
- Autotranscendencia (AT): se refiere al grado en que

Temperamento, carácter y psicopatología. Un estudio preliminar de casos y controles

un individuo se percibe como parte del universo. Supone un razonamiento más intuitivo que analítico.

A partir de este modelo se han desarrollado instrumentos de análisis como es el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI) para adultos cuyos 240 ítems describen las siete dimensiones con distintas subescalas^{2,3}. Su conocida fiabilidad y validez hizo pensar a los autores en la utilidad de una versión que pudiera emplearse en niños de 9 a 13 años, el Inventario Infanto-Juvenil de Temperamento y Carácter (Junior Temperament and Character Inventory-JTCI) cuyos 108 ítems se responden con Verdadero-Falso y describe ocho dimensiones pues la AT del carácter la desglosa en Fantasía y Espiritualidad⁴. Este cuestionario ha sido validado en varios países⁵⁻⁷, incluido España⁸.

Existen ya diversos estudios que correlacionan rasgos de temperamento y carácter con psicopatología. De forma general, los trastornos de conducta se han relacionado con puntuaciones elevadas en BN, los trastornos internalizados con elevada ED y una baja AD con cualquier psicopatología⁹⁻¹¹. Por diagnósticos concretos, el trastorno bipolar aparece asociado a una elevada BN con baja P y baja AD; el trastorno por déficit de atención con hiperactividad con elevada BN, baja P, baja AD y baja C; el trastorno obsesivo compulsivo y las fobias con elevada ED; la fobia social y los síntomas depresivos y ansiosos con elevada ED y baja AD¹²⁻¹⁵. Por último, la combinación de una baja puntuación en las dimensiones AD y C del carácter se asocia con el riesgo de presentar un trastorno de la personalidad¹⁶.

OBJETIVOS

El objetivo principal del presente estudio es comparar las dimensiones de temperamento y carácter en una muestra de casos atendidos en salud mental infantil con una muestra de controles procedente de atención primaria.

MATERIAL Y METODOS

Descripción de la muestra

La muestra de casos está compuesta por 31 casos entre 9 y 13 años, seleccionados de forma correlativa de las

consultas del programa infanto-juvenil de un centro de salud mental. El diagnóstico está basado en la impresión clínica del profesional que lo atendió, siguiendo criterios CIE 10. El 77,4% eran varones y la edad media fue de 10,8 años. La distribución por diagnósticos aparece en la tabla 1, siendo el más frecuente el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, presente en 16 chicos (48,38%).

Los muestra control estaba formada por 32 niños entre 9 y 13 años, procedentes de las consultas de pediatría de atención primaria que no habían sido atendidos nunca en salud mental. La edad media fue de 10,8 años, once de ellos eran varones y 21 eran niñas.

Pruebas aplicadas

Para la evaluación del temperamento y el carácter se empleó la versión española del Inventario Infanto Juvenil de Temperamento y Carácter de Cloninger⁸.

Pruebas estadísticas

Se empleó la prueba de t de Student para comparar las medias de la puntuación de cada una de las dimensiones de temperamento y carácter en función de los diagnósticos.

El programa estadístico empleado fue la versión 10.0 del SPSS.

RESULTADOS

En cuanto al temperamento, en la dimensión Búsqueda de Novedades (BN) los pacientes de la muestra tuvieron una puntuación media de 6'61, y los del grupo control

una media de 5'44. En la dimensión de Evitación del Daño (ED), la puntuación media de los pacientes de la muestra fue de 10'23, y la del grupo control fue de 8'75. En la dimensión Dependencia de la Recompensa (DR), los pacientes de la muestra tuvieron una puntuación media de 4'65, y los controles de 5'06. Y en la dimensión Persistencia (P), la puntuación media de la muestra fue de 3'52 y la de los controles fue de 4'44. Sólo la puntuación media de la dimensión Persistencia presentó diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre el grupo control y el grupo de casos (Figura 1).

En cuanto al carácter, en la dimensión Autodirección (AD), los pacientes de la muestra tuvieron una puntuación media de 11'74, mientras que en la media del grupo control fue de 14'78. En la dimensión Cooperación (C), la puntuación media de la muestra fue de 15'94 y la puntuación media de los controles fue de 17'28. En la dimensión Fantasía (F), la media de la muestra fue de 1'39 y la media de los controles fue de 1. Y en la dimensión Espiritualidad, la muestra obtuvo una puntuación media de 2'42 y los pacientes del grupo control una media de 2'66. Las medias de las dimensiones AD y C presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre el grupo control y el grupo de casos (Figura 2).

DISCUSION

El objetivo de este estudio piloto era estudiar la posible relación entre la existencia de psicopatología y las distintas dimensiones de temperamento y carácter según

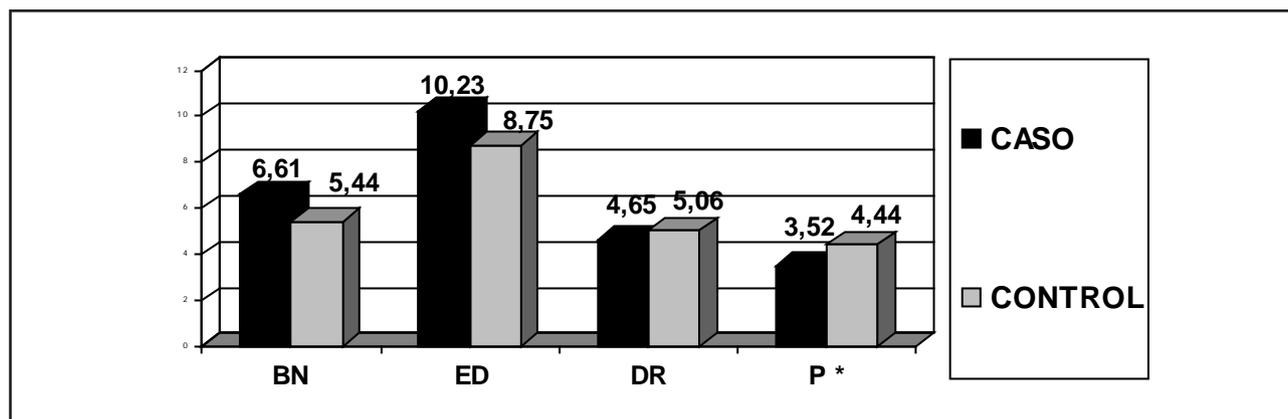


Figura 1. Comparación de las medias de las dimensiones del temperamento entre el grupo control y el grupo de casos. (* $p < 0,05$). (BN: Búsqueda de Novedades, ED: Evitación del Daño, DR: Dependencia de la Recompensa, P: Persistencia).

el modelo de Cloninger. Entre las limitaciones que presenta este trabajo está el número elevado de casos con diagnóstico TDAH (48,38%) que, por otro lado, es el reflejo del quehacer diario en las consultas de psiquiatría infantil, en las que este diagnóstico es el principal motivo de atención. Otra limitación es el pequeño tamaño de la muestra de casos que no permite sacar conclusiones por diagnósticos concretos.

Los resultados más bajos en Persistencia (P) en la muestra de casos con respecto a los del grupo control probablemente tienen que ver con ese número tan elevado de casos de TDAH en los que una baja P es característico (13).

No se puede sacar una conclusión de la correlación existente entre psicopatología determinada y las dimensiones del temperamento pues salvo en la dimensión P, no existen diferencias estadísticamente significativas con las demás dimensiones. En cuanto a las dimensiones del carácter podemos decir que una puntuación media más baja en Autodirección (AD) (baja autoestima, mal autoconcepto, pocos proyectos de futuro, etc.) en la muestra de casos concuerda con los resultados aportados en otros estudios que correlacionan esta dimensión del carácter con cualquier psicopatología (9,11,14) y que nos está informando de una afectación en el desarrollo personal del menor en términos de autonomía, autodeterminación, autosuficiencia y aceptación.

La dimensión del carácter Cooperación (C) (integración, aceptación de los otros, identificación con los demás, empatía y capacidad de ayudar) también aparece

con valores medios más bajos en el grupo de casos que en el grupo control. Si bien la combinación de puntuaciones bajas en las dimensiones AD y C se correlacionan con riesgo de presentar un trastorno de personalidad en el adulto ¹⁶, en el caso de nuestra muestra puede tener que ver con las dificultades que presentan los menores con psicopatología para integrarse, especialmente los que tienen diagnóstico de TDAH por el impacto psicosocial que frecuentemente sufren ^{17, 18} o bien como en el caso de otros diagnósticos como los trastornos de ansiedad o depresivos por el aislamiento social al que suelen tender para evitar situaciones que pueden vivir como estresantes ¹⁴.

Por último, el hecho de encontrar puntuaciones más bajas en dimensiones de Carácter – el aspecto más influido por el ambiente de la personalidad- en población infantil que presenta psicopatología, nos señala hasta qué punto es importante lograr la estabilidad clínica de los pacientes, así como trabajar sobre las consecuencias de la enfermedad, especialmente de aquellas que influyen en la AD y C, con el fin de prevenir la persistencia de trastornos de la personalidad en la edad adulta.

CONCLUSIONES

El Inventario Infanto Juvenil de Temperamento y Carácter (JTIC) de Cloninger es una herramienta que contribuye a la evaluación de la psicopatología y su afectación a nivel individual y de integración.

Sería conveniente realizar un estudio comparativo por patologías para establecer si existen diferencias en el

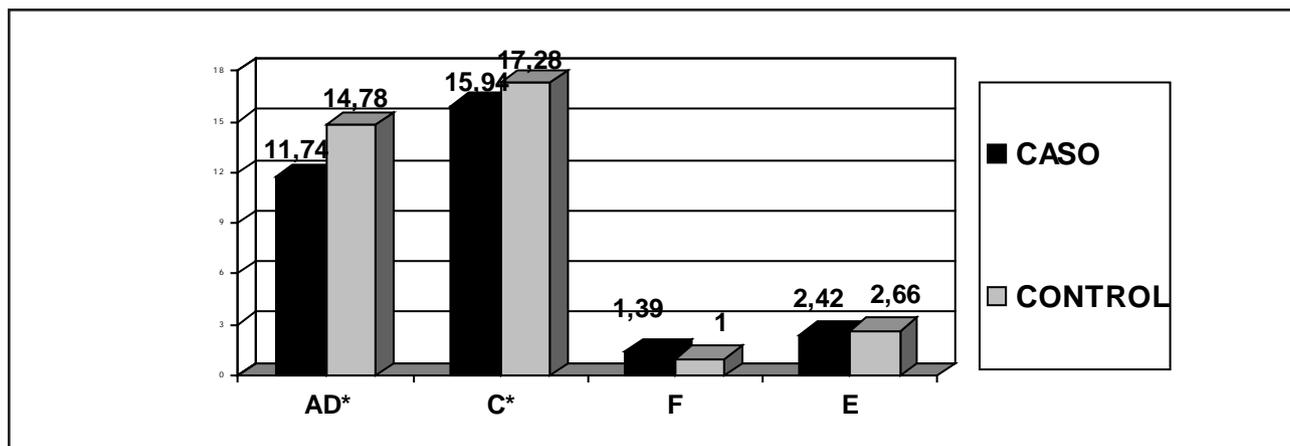


Figura 2. Comparación de las medias de las dimensiones del carácter entre el grupo control y el grupo de casos. (* p<0,05). (AD: Autodirección, C: Cooperación, F: Fantasía, E: Espiritualidad).

temperamento que predispongan a determinada psicopatología y por tanto que el conocimiento de estas dimensiones ayude al diagnóstico. De esta forma se contribuiría a mejorar el diagnóstico diferencial en casos en los que puedan existir dudas diagnósticas o en caso de comorbilidades.

BIBLIOGRAFIA

1. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arc Gen Psychiatry*. 1993; 50: 975-990.
2. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM y Wetzel RD: Manual of the Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. St Louis, MO: Center of Psychobiology of Personality. Washington Univ, 1994.
3. Gutierrez-Zotes JA, Bayon C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR, Fernández-Aranda F. Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004; 32 (1): 8-15.
4. Luby JL, Svrakic DM: The Junior Temperament and Character Inventory: Preliminary validation of a child self-report measure. *Psychol Rep*. 1999; 84: 1127-1138.
5. Asch, M., Córtese, S., Perez-Diaz, F., Pelissolo, A., Aubron, Y, Orejarena, S., Acquaviva, E., Mouren, M-C, Michel, G., Gorwood, P., & Purper-Ouakil, D. Psychometric properties of a French version of the junior temperament and character inventory. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2009; 18: 144-53.
6. Schmeck K, Goth K, Poustka P, Cloninger RC. Reliability and validity of the Junior Temperament and Character Inventory. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2001; 10 (4): 172-182.
7. Lyoo IK, Han CH, Yune SK, Ha JH, Chung SJ, Choi H, Seo CS, Hong KEM. The reliability and validity of the Junior Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry*. 2004; 45 (2): 121-128.
8. Pelaz Antolín A, Bayón Perez C, Fernández Liria A, Rodríguez Ramos P. Inventario Infanto-Juvenil de Temperamento y Carácter. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 2010; 27 (4): 319-330.
9. Schmeck K, Poustka F. Temperament and disruptive behavior disorders. *Psychopathology*. 2001; 34: 159-63.
10. Tillman R, Seller B, Craney JL, Bolhofner K, Williams M, Zimerman B, et al. Temperament and character factors in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2003; 13: 531-43.
11. Rettew DC, Copeland W, Stanger C, Hudziak, JJ. Associations between temperament and DSM-IV externalizing disorders in children and adolescents. *J Dev Behav Pediatr*. 2004; 25: 383-91.
12. Gothelf D, Aharonovsky O, Horesh N, Carty T, Apter A. Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Compr Psychiatry*. 2004; 45: 192-8.
13. Yoo HJ, Kim M, Ha JH, Chung A, Sim M, Kim SJ, Lyoo IK. Biogenetic Temperament and Character and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Korean Children. *Psychopathology*. 2006; 39: 25-31.
14. Pelaz Antolín A, Bayón Perez C, Fernández Liria A, Rodríguez Ramos P. Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*. 2008; 10 (40): 617-25.
15. Cho SC, Kim BN, Hwang JW, Shin MS, Kim JW, Chung DS, Kim HW. Temperament and character among Korean children and adolescents with anxiety disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 18: 60-64.
16. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50: 991-9.
17. Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psych*. 2002; 63 (Suppl 12): 10-15.
18. Olvera RL, Fonseca M, Caetano SC, Hatch JP, Hunter K, Nicoletti M, Steven R, Pliszka SR, Cloninger CR, Soares JC. Assessment of Personality Dimensions in Children and Adolescents with Bipolar Disorder Using the Junior Temperament and Character Inventory. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009; 19 (1): 13-21.