

---

# Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil

A. Pelaz Antolín<sup>a</sup>, C. Bayón Pérez<sup>b</sup>, A. Fernández Liria<sup>c</sup>, P. Rodríguez Ramos<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Psiquiatra Infantil. Centro de Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud, Área 3. Alcalá de Henares, Madrid.

<sup>b</sup>Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Servicio Madrileño de Salud, Área 5. Madrid.

<sup>c</sup>Psiquiatra. Hospital Príncipe de Asturias. Servicio Madrileño de Salud, Área 3. Alcalá de Henares, Madrid.

<sup>d</sup>Psiquiatra Infantil. Centro de Salud Mental de Tetuán. Servicio Madrileño de Salud, Área 5. Madrid.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:617-25

Antonio Pelaz Antolín, apelaz@gmail.com

## Resumen

**Introducción:** el objetivo principal de este estudio es investigar la relación entre los rasgos de temperamento y carácter y síntomas de ansiedad y depresión en población general infantil.

**Material y métodos:** se administró el Inventario infanto juvenil de temperamento y carácter de Cloninger, el inventario de depresión infantil de Kovacs y el cuestionario autoaplicado de ansiedad estado/rasgo de Spielberger a 827 niños entre 9 y 13 años de edad, 342 niñas y 481 niños.

**Resultados:** todas las dimensiones del temperamento y carácter presentaron correlaciones estadísticamente significativas con las puntuaciones en los cuestionarios de ansiedad y depresión. Los valores más elevados fueron con evitación del daño y autodirección, que resultaron ser positivo y negativo respectivamente.

**Conclusiones:** el inventario infantojuvenil de temperamento y carácter de Cloninger puede resultar una herramienta interesante para la detección de niños en riesgo de padecer algún trastorno psicopatológico.

**Palabras clave:** Temperamento, Carácter, Ansiedad, Depresión.

## Abstract

**Introduction:** the main aim of this study is to investigate the relation between the traits of temperament and character and symptoms of anxiety and depression in the general child population.

**Material and methods:** Junior Temperament and Character Inventory, Kovacs's Children Depression Inventory and Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory for Children were administered to 827 children of between 9 and 13 years, 342 girls and 481 boys.

**Results:** all the dimensions of temperament and character presented statistically significant correlations with the scores in the questionnaires of anxiety and depression. We found

---

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

*the highest values in harm avoidance and self-directedness, which resulted positive and negative respectively.*

**Conclusions:** *the Junior Temperament and Character Inventory of Cloninger could be an interesting tool to detect children in risk of suffering some psychopathological disorder.*

**Key words:** *Temperament, Character, Anxiety, Depression.*

## Introducción

S. Chess y A. Thomas<sup>1</sup> definieron el temperamento como un estilo de conducta, como la forma en que las personas se comportan, independientemente de la motivación o lo bien o mal que lo hagan; probablemente de origen biológico, y que va a influir en el desarrollo del individuo. Realizaron un proyecto longitudinal y prospectivo con el que determinaron la existencia de tres categorías de temperamento: fácil, "de calentamiento lento" y difícil. Este trabajo ha sido el punto de partida de otros como el *Dunedin Study*<sup>2</sup> que concluye que el temperamento observado a los tres años de edad permite predecir los trastornos de conducta, la estructura de la personalidad y la calidad de las relaciones interpersonales en el adulto joven, así como la adaptación social, laboral e incluso el riesgo para padecer un trastorno psiquiátrico.

Graham y Rutter<sup>3</sup> señalan la importancia de distinguir entre síntomas de enfermedad y rasgos de personalidad, pues en ocasiones existen características del temperamento tan adversas que resultan

complicadas de distinguir de verdaderos síntomas afectivos o comportamentales, e incluso que existen características del temperamento muy predictivas de la aparición posterior de algún trastorno psiquiátrico. En esta misma línea están las aportaciones de autores como Buss y Plomin<sup>4,5</sup> que argumentan la existencia de tres rasgos principales del temperamento: emotividad, actividad y sociabilidad. Aparecen desde la infancia y muestran una gran heredabilidad, pero su forma de expresión final dependerá de la interacción con el ambiente. Aunque de forma general la emotividad se relaciona con cuadros depresivos, la actividad con problemas atencionales y la sociabilidad con delincuencia, esta evolución del temperamento no es similar en todos e incluso existen diferencias por sexos. Rende<sup>6</sup> describe que las niñas con trastornos ansiosos y depresivos presentan un temperamento en la infancia caracterizado por una alta emotividad y baja sociabilidad, mientras que en los niños se caracteriza solo por una alta emotividad. Los problemas atencionales aparecen en niños con alta actividad y alta emotividad, pero es-

ta asociación no se da en las niñas. En el caso de la sociabilidad, esta se relacionaba con un comportamiento delincente en ambos sexos.

En la actualidad, una propuesta interesante en relación con los modelos psicobiológicos de la personalidad es la que realiza Cloninger<sup>7</sup>. Para este autor resulta importante distinguir entre temperamento y carácter. El temperamento se refiere al componente de la personalidad que se hereda de forma moderada, se mantiene estable a lo largo de la vida y está en relación con los hábitos, emociones y respuestas automáticas<sup>8-12</sup>. Incluye cuatro dimensiones: búsqueda de novedades (BN), evitación del daño (ED), dependencia de la recompensa (DR), y persistencia (P). El carácter se refiere a los procesos cognitivos que influyen en nuestras intenciones y actitudes. Es menos heredable, moderadamente influenciado por factores sociales y culturales, y madura desde la infancia<sup>13,14</sup>. Tres son las dimensiones que componen el carácter: autodirección (AD), cooperación (C), y transcendencia (T). Este modelo resulta de utilidad pues a partir de él se han desarrollado instrumentos de análisis como es el inventario de temperamento y carácter (TCI)<sup>15</sup> del que existe una versión para aplicar a niños entre los 9 y los 13 años de edad (inventario infantojuvenil de tempe-

ramento y carácter [JTCI])<sup>16</sup>. En todos los resultados de este trabajo aparecen diferenciadas fantasía (F) y espiritualidad (E) como dimensiones independientes y no como subescalas de la transcendencia al considerar que esta dimensión todavía no está bien desarrollada en la infancia. El JT-CI ha sido empleado para estudiar la relación entre los rasgos de temperamento y carácter y la psicopatología de los niños y adolescentes<sup>17,22</sup>.

El objetivo principal de este estudio es investigar la correlación entre los rasgos de temperamento y carácter, y síntomas de ansiedad y depresión, teniendo como hipótesis más específica que una elevada ED se relaciona con síntomas de ansiedad y depresión, asociado a una baja AD.

## Material y métodos

---

### Instrumentos aplicados

#### *1. Inventario infantojuvenil de temperamento y carácter de Cloninger (JTCI)*

El JT-CI es una modificación del TCI para poder aplicarlo a una población entre 9 y 13 años. La validación preliminar ha sido llevada a cabo en Estados Unidos<sup>16</sup> y otros países<sup>21,23,24</sup>. Consta de 108 preguntas con 2 respuestas posi-

bles de tipo verdadero/falso, 105 para valorar los rasgos de personalidad y 3 la validez o sinceridad del encuestado. Las preguntas no están ordenadas por rasgos. En la portada aparecen unas preguntas acerca de los datos personales, rendimiento académico y una que hace referencia a haber acudido a un profesional, alguien como un médico, psicólogo o trabajador social, por problemas de conducta o emocionales.

### *2. Inventario de depresión infantil de Kovacs (Children's Depression Inventory [CDI])<sup>25</sup>*

El CDI es una escala autoaplicable a niños de entre 7 y 17 años que consta de 27 ítems con 3 respuestas posibles, puntuadas de 0 a 2, de ausencia a mayor gravedad de los síntomas explorados. Las puntuaciones totales están entre 0 y 54, y aunque no es un instrumento de diagnóstico sino de gravedad del trastorno, Kovacs determina el valor 19 como el umbral que discrimina a los niños deprimidos<sup>26</sup>.

Los ítems describen síntomas como tristeza, sentimientos de culpa, anhedonia, baja autoestima, problemas de sueño, fatiga e ideas suicidas. Cada uno de ellos debe ser valorado por el niño atendiendo a los sentimientos y pensamientos de los últimos dos meses. Su fiabili-

dad y validez han sido corroboradas en varios estudios<sup>27-29</sup> y ha sido empleado en numerosos trabajos de investigación<sup>30-36</sup>.

### *3. Cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado/rasgo en niños de Spielberg (State-Trait Anxiety Inventory for Children [STAIC])<sup>37</sup>*

Este cuestionario procede del *test State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*<sup>38</sup> del mismo autor, que se diseñó inicialmente como instrumento de investigación. Consta de 2 escalas independientes para medir la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. Cada una con 20 ítems con 3 respuestas posibles. Es un cuestionario autoaplicable que se puede administrar de forma individual o colectiva a niños entre los 9 y los 15 años. Se aplica en una única sesión que dura aproximadamente 15 ó 20 minutos.

La ansiedad-estado hace referencia a situaciones transitorias de ansiedad, a sentimientos de aprensión, tensión y preocupación que varían con el tiempo. La medida ansiedad-rasgo evalúa la tendencia a mostrar ansiedad de forma general. En las instrucciones de la portada de este instrumento se aclara perfectamente la diferencia entre ambas escalas, señalando que en la primera el niño ha de tener en cuenta cómo se siente "ahora

mismo", y en la segunda cómo se siente "en general". La puntuación mínima de cada escala es de 20 puntos y la máxima de 60. Los baremos establecen el percentil 50 para una puntuación entre 29 y 37, dependiendo de la edad y el sexo.

Todos los cuestionarios del estudio se administraron de forma colectiva.

### Descripción de la muestra

La muestra fue de 827 niños de 3 colegios de la Comunidad de Madrid, cuyos directores dieron su consentimiento verbal. De ellos 342 son niñas, 481 son niños y 4 no contestaron. La distribución por edades fue la siguiente: 132 niños de 9 años, 180 de 10 años, 191 de 11 años, 163 de 12 años y 161 de 13 años.

### Análisis de los datos

El estudio de las dimensiones de temperamento y carácter atendiendo a haber acudido al psicólogo fue con la prueba *t* de Student para comparar los valores medios.

La relación entre las dimensiones de temperamento y carácter y las puntuaciones en los cuestionarios de ansiedad y depresión se evaluaron con el coeficiente de correlación de Pearson.

Todo el estudio estadístico fue desarrollado con el programa SPSS® versión 6.0 para Windows®.

### Resultados

De los 827 niños, 75 contestaron que habían acudido en alguna ocasión a un profesional por problemas emocionales o de conducta. En la tabla I se presentan las diferencias en las medias de las dimensiones de temperamento y de carácter en función de haber acudido o no a un profesional por problemas emocionales o de conducta.

La puntuación media en el cuestionario STAIC de ansiedad de rasgo fue de  $32,12 \pm 6,63$ , la puntuación media en ansiedad de estado fue de  $27,32 \pm 6,25$ , y en el cuestionario CDI la puntuación media fue de  $8,66 \pm 5,31$ . En la tabla II aparecen las correlaciones entre las dimensiones de temperamento y carácter y las puntuaciones en el cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado/rasgo en niños de Spielberg (STAIC) y en el inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI).

Los niños que habían contestado afirmativamente respecto a la asistencia a un profesional sólo presentaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en las dimensiones autodirección y cooperación, siendo el valor de su media menor en ambas dimensiones.

Todas las correlaciones entre las dimensiones del JTCI y los resultados en el cuestionario de ansiedad (STAIC) y en

**Tabla I.** Valores medios de las dimensiones del JTCI en función de haber acudido a un profesional por problemas emocionales o no

Profesional	n	BN	ED	DR	P	AD	C	F	E
No	750	5,69	7,99	5,20	4,29	15,19	16,80	1,12	3,11
Sí	75	5,79	8,93	5,02	4,05	13,61	15,69	1,29	3,17
						( $p < 0,05$ )	( $p < 0,05$ )		

BN: búsqueda de novedades; ED: evitación del daño; DR: dependencia de la recompensa; P: persistencia; AD: autodirección; C: cooperación; F: fantasía; E: espiritualidad.

**Tabla II.** Coeficiente de correlación de Pearson entre las dimensiones del JTCI y los cuestionarios STAIC-r, STAIC-e y CDI

	BN	ED	DR	P	AD	C	F	E
STAIC-r	0,0757	0,4345	-0,1852	-0,1144	-0,3310	-0,1104	0,2649	0,1285
STAIC-e	0,1440	0,2925	-0,1724	-0,1706	-0,3552	-0,2541	0,2659	0,0923
CDI	0,2452	0,4005	-0,2992	-0,3200	-0,5340	-0,2887	0,3176	0,0996
	( $p < 0,05$ )	( $p < 0,05$ )	( $p < 0,05$ )	( $p < 0,05$ )	( $p < 0,05$ )	( $p < 0,05$ )	( $p < 0,05$ )	( $p < 0,05$ )

STAIC-r: State-Trait Anxiety Inventory for Children (ansiedad-rasgo); STAIC-e: State-Trait Anxiety Inventory for Children (ansiedad-estado); CDI: inventario de depresión infantil de Kovacs (Children's Depression Inventory).  
BN: búsqueda de novedades; ED: evitación del daño; DR: dependencia de la recompensa; P: persistencia; AD: autodirección; C: cooperación; F: fantasía; E: espiritualidad.

el cuestionario de depresión (CDI) presentaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Los valores más elevados aparecieron en las correlaciones con las dimensiones evitación del daño y autodirección. Evitación del daño se correlacionó de forma positiva con los resultados de los cuestionarios de ansiedad (STAIC) y de depresión (CDI); y autodirección se correlacionó de forma negativa con las puntuaciones de ambos cuestionarios (STAIC y CDI).

## Discusión

En la portada del cuestionario se incluyó una pregunta acerca de haber acudido

a un profesional por problemas emocionales o de conducta. Autodirección y cooperación fueron las únicas dimensiones que presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los niños que dijeron haber acudido a un profesional y los que dijeron no haber acudido. Las puntuaciones en ambas dimensiones fueron más bajas en aquellos que contestaron afirmativamente haber acudido a un profesional, lo que implicaría que estos chicos se consideren menos integrados, menos empáticos y con autoestima más baja, y por tanto que presenten un riesgo mayor de desarrollar alguna psicopatología en edades posteriores<sup>22</sup>.

Estos resultados concordaron con los aportados por los cuestionarios de ansiedad (STAIC) y depresión (CDI), es decir, a mayor ansiedad y depresión, menor autoestima e integración. Además, estos cuestionarios presentaron correlaciones con significación estadística con todas las dimensiones del JT-CI, especialmente con evitación del daño y autodirección. Hay que tener en cuenta que aunque las puntuaciones más elevadas en las dimensiones del temperamento no son sinónimo de mala adaptación, en cierta medida van a determinar la visión que cada cual tiene de él. De forma general, los trastornos de conducta se han relacionado con puntuaciones elevadas en BN<sup>17,18</sup>, y los trastornos internalizados con elevada ED<sup>18</sup>. Por diagnósticos concretos, en el trastorno bipolar en niños se han encontrado puntuaciones elevadas en BN y bajas tanto en P como en AD<sup>19</sup>; en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) alta BN<sup>19</sup>; por otro lado el trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos de ansiedad se ha relacionado con elevada ED<sup>20</sup>. Así, los valores más altos en las dimensiones búsqueda de novedades y evitación del daño pueden repercutir de forma negativa en la propia estima (autodirección) y en la adaptación a la sociedad (cooperación). Las personas pesimistas y temerosas (alta evitación del daño) parecen te-

ner menos propósitos y recursos (baja autodirección), ser menos tolerantes socialmente y menos colaboradores (baja cooperación)<sup>9</sup>.

En este sentido, los niños que evitan más el riesgo son más ansiosos y perciben que su propia estima es menor. Respecto a los síntomas depresivos, aunque las correlaciones con las dimensiones evitación del daño y autodirección fueron semejantes a las obtenidas en el cuestionario de ansiedad, la correlación entre autodirección y sintomatología depresiva fue mayor que la correlación existente entre esta dimensión y sintomatología ansiosa.

Este trabajo reprodujo la asociación existente entre la dimensión evitación del daño y los síntomas de ansiedad y depresivos que aparece en niños y en adultos<sup>9,16,18,20,21</sup>. Además encontramos una relación importante entre estos mismos síntomas y la dimensión autodirección. En algunos trabajos se sugiere que puntuaciones bajas en la dimensión autodirección se correlacionan con cualquier psicopatología<sup>18,19,21</sup>. Por ello, el JT-CI podría resultar una herramienta útil para la detección de aquellos niños en riesgo de padecer algún trastorno psicopatológico, lo que resultaría interesante corroborar con estudios con población clínica.



## Bibliografía

1. Chess S, Thomas A. Temperament. Theory and practice. New York: Brunner and Mazel INC; 1996.
2. Caspi A. The child is the father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. *J Pers Soc Psychol.* 2000;78:158-72.
3. Graham P, Rutter M, George S. Temperamental characteristics as predictors of behavior disorders in children. *Am J Orthopsychiatry.* 1973; 43:328-39.
4. Buss AH, Plomin R. The EAS approach to temperament. In: Plomin R, Dunn J. *The study of temperament: changes, continuities and challenges.* Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum; 1986.
5. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S, et al. Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development.* 1987;58:505-29.
6. Rende RD. Longitudinal relations between temperament traits and behavioral syndromes in middle childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993;32:287-90.
7. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arc Gen Psychiatry.* 1993;50:975-90.
8. Bouchard TJJ. Genes, environment, and personality. *Science.* 1994;264:1700-1.
9. Cloninger CR, Svrakic DM. Personality dimensions as a conceptual framework for explaining variations in normal, neurotic, and personality disordered behaviour. In: Burrows GD, Roth M, Noyers R. *Handbook of Anxiety* (vol. 5). Amsterdam: Elsevier Science Publishers BV; 1992. p. 79-103.
10. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The tridimensional personality questionnaire: US normative data. *Psychol Rep.* 1991;69:1047-57.
11. Cloninger CR. A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. *Aust N Z J Psychiatr.* 1999;33:174-86.
12. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry.* 1987;44:573-88.
13. Cloninger CR. Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol.* 1994;4:266-73.
14. Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR. A general quantitative theory of personality development: fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. *Dev Psychopathol.* 1996;8: 247-72.
15. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, 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 University; 1994.
16. Luby JL, Svrakic DM. The Junior Temperament and Character Inventory: preliminary validation of a child self-report measure. *Psychol Rep.* 1999;84:1127-38.
17. Schmeck K, Poustka F. Temperament and disruptive behavior disorders. *Psychopathology.* 2001;34:159-63.
18. 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.
19. Tillman R, Seller B, Craney JL, Bolhofner K, Williams M, Zimmerman 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.
20. 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.



21. Schmeck K, Goth K, Poustka P, Cloninger RC. Reliability and validity of the Junior Temperament and Character Inventory. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2001;10:172-82.
22. 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.
23. Lyoo IK, Han CH, Yune SK, Ha JH, Chung SJ, Choi H, et al. The reliability and validity of the Junior Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry.* 2004;45:121-8.
24. Pelaz A. Validación del inventario infanto juvenil de temperamento y carácter de Cloninger en la población española. Tesis Doctoral. Departamento de Especialidades Médicas. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares; 2006.
25. Kovacs M. The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacol Bull.* 1985;21:995-8.
26. Doménech E, Polaino-Lorente A. Epidemiología de la depresión infantil. Barcelona: Espaxs; 1990.
27. Kovacs M. Children's Depression Inventory. CDI. Manual. Toronto, Ontario, Canada: Multihealth Systems, Inc.; 1992.
28. Knight D, Hensley VR, Waters B. Validation of the Children's Depression Inventory in a prepubertal sample. *J Child Psychol Psychiatry.* 1988;29: 853-63.
29. Fundudis T, Berney TP, Kolvin I, Famuyiwa O, Barrett I, Bahte S, et al. Reliability and validity of two self-rating scales in the assessment of childhood depression. *Br J Psychiatry.* 1991;159:36-40.
30. Anttila P, Sourander A, Metsahonkala L, Aromaa M, Helenius H, Sillanpaa M. Psychiatric symptoms in children with primary headache. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43:412-9.
31. Stark KD, Laurent J. Joint factor analysis of the Children's Depression Inventory and the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *J Clin Child Psychol.* 2001;30:552-67.
32. Liss H, Phares V, Liljequist L. Symptom endorsement differences on the Children's Depression Inventory with children and adolescents on an inpatient unit. *J Pers Assess.* 2001;76:396-411.
33. Renouf AG, Kovacs M. Concordance between mothers' reports and children's self-reports of depressive symptoms: a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33:208-16.
34. Polaino-Lorente A, Doménech Llaberia E. La depresión en los niños españoles de 4.º de EGB. Barcelona: CAYFOSA; 1988.
35. Frigerio A, Pesenti S, Molteni M, Snider J, Battaglia M. Síntomas depresivos medidos por la CDI en una población de niños del norte de Italia. *Eur Psychiatr (ed. esp.).* 2001;8:164-9.
36. Ferrán Viñas JC, Gras ME, Ros C, Doménech-Llaberia E. Psychological and family factors associated with suicidal ideation in pre-adolescents. *Span J Psychol.* 2002;5:20-8.
37. Spielberger CD, Edwards CD, Lushene RE, Montuori J, Platzeck C. Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños. Madrid: TEA Ediciones; 1990.
38. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI. Madrid: TEA Ediciones; 1982.

