

11241 8  
Lej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y  
SALUD MENTAL

Título:

Estudio de frecuencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes: su relación con el aprovechamiento escolar y el perfil caracterológico.

Alumno:

Alfredo Estrada Avilés.

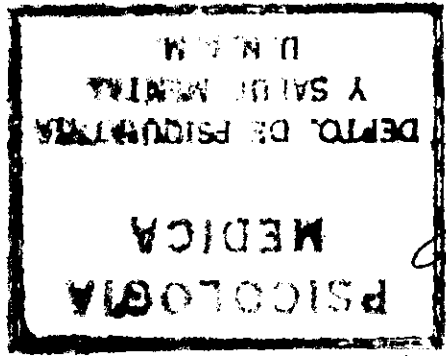
TUTOR TEORICO

Dr. Francisco De la Peña Olvera.

TUTOR METODOLOGICO

Dr. Francisco Páez Agraz.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGIA



265364

AÑO: 1998

*Handwritten signatures and initials*

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INDICE :**

**I. INTRODUCCION**

<b>1. ANTECEDENTES HISTORICOS</b>	<b>1</b>
<b>2 PRESENTACION CLINICA Y FENOMENOLOGIA</b>	<b>2</b>
<b>3. PREVALENCIA</b>	<b>3</b>
<b>4. DIAGNOSTICOS Y EVALUACION</b>	<b>4</b>
<b>5. COMORBILIDAD</b>	<b>5</b>
<b>6. PROBLEMAS ESCOLARES : FRACASO ACADEMICO Y PSICOPATOLOGIA</b>	<b>9</b>
<b>7. EVALUACION DE LA PERSONALIDAD</b>	<b>11</b>

**II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** **11**

**III. OBJETIVOS** **12**

**IV. METODO** **12**

**V. PROCEDIMIENTO** **13**

**VI. INSTRUMENTOS :**

**A. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA ADOLESCENTES (ESA)** **13**

**B. INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER (ITC)** **15**

**C. TRADUCCION Y CONFIABILIDAD DEL ITC** **17**

**VII. ANALISIS ESTADISTICO** **18**

**VIII. RESULTADOS** **19**

**IX. DISCUSION** **21**

**X. CONCLUSIONES** **24**

**XI. BIBLIOGRAFIA** **25**

# **ESTUDIO DE FRECUENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN ADOLESCENTES: SU RELACION CON EL APROVECHAMIENTO ESCOLAR Y EL PERFIL CARACTEROLOGICO.**

## **Introducción.**

### **Antecedentes históricos.**

La depresión fue descrita en niños y adolescentes desde el siglo XVII y la melancolía a mediados del siglo pasado. Hasta antes de la década de los 60's se dudaba de la existencia de la depresión en esta población, por ejemplo, Rie en 1966 mencionaba que la inmadurez del Super yo en ese grupo de edad no permitiría el desarrollo de este trastorno (3,4,25). El hallazgo de importantes síntomas depresivos en niños y adolescentes en poblaciones clínicas llevó a pensar que se podía establecer el diagnóstico de depresión en esta población desde finales de los 60's. En 1970 durante el IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría se acordó que esta era una de las patologías mentales más frecuentes en niños y adolescentes. En 1972 Cytryn propuso un sistema de clasificación de la depresión infantil en aguda, crónica y enmascarada. Diferenció a las dos primeras en cuanto a su ajuste premórbido y antecedentes de depresión parental. El término de depresión enmascarada abrió la posibilidad de que la depresión pudiera tener diferentes presentaciones y correlatos psicopatológicos (3). Reafirmando la presencia del episodio depresivo como diagnóstico, aparecieron las clasificaciones internacionales de trastornos psiquiátricos infantiles, el ICD-9 incluía 14 diagnósticos y algunos señalaban la presencia de síntomas depresivos.

Es conveniente aclarar que el DSM-III-R y el DSM-IV (1,2) han usado los mismos criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor (EDM) en adultos y niños cambiando “pérdida ponderal” en adultos por “falta de ganancia de peso” en niños, además el DSM-IV

“pérdida ponderal” en adultos por “falta de ganancia de peso” en niños, además el DSM-IV incluye dentro de los criterios diagnósticos el deterioro en el funcionamiento psicosocial del paciente, particularmente en el rendimiento escolar.

### **Presentación Clínica y Fenomenología.**

La evidencia epidemiológica sugiere que los síntomas depresivos son mucho más comunes después de la pubertad, cuando resulta aparente la preponderancia de estos síntomas en mujeres. Puig-Antich sugieren que los trastornos del sueño se presentaron en adolescentes deprimidos. Mc Conville en 1973 describió tres formas de depresión caracterizadas por síntomas afectivos, culpa y baja autoestima, el primer tipo aparecía más comúnmente en niños de 6 a 8 años, la autoestima baja era más frecuente en edades tardías, el tipo culposo se presentaba más después de los 11 años, la desesperanza también se observa con mayor frecuencia en adolescentes que en niños pequeños (3).

La taxonomía actual considera a la depresión en adolescentes semejante a la depresión en adultos, el suicidio se asocia a la desesperanza y el uso de sustancias y alcohol es elevado, la prevalencia de depresión aumenta en el sexo femenino en este grupo de edad.

María Kovacs en 1984 realizó un estudio longitudinal prospectivo y controlado para establecer las características y validez diagnóstica del trastorno depresivo mayor, distimia y reacciones de ajuste con ánimo depresivo en niños escolares. Encontró prevalencia similar de la distimia y el episodio depresivo mayor al compararla con la prevalencia de otros trastornos, así como riesgo aumentado de presentar recurrencias durante la infancia, la edad temprana de inicio era predictora de mayor severidad y duración de la enfermedad, también comenzó a describir las complicaciones de esta enfermedad, como los problemas en el

rendimiento escolar y la disfunción psicosocial durante el desarrollo, así como su baja respuesta al tratamiento farmacológico (15,16).

En investigaciones posteriores pudo esta misma investigadora establecer las diferencias entre estos diagnósticos al comparar un grupo de pacientes de entre los 8 y los 13 años con distimia con un grupo de pacientes deprimidos en un estudio prospectivo. Confirmó que la presencia del trastorno distímico es un marcador temprano para trastornos afectivos recurrentes y describió como el episodio depresivo mayor es de aparición más tardía y puede distinguirse de la distimia por mayor presencia de anhedonia, síntomas somáticos como alteraciones en el sueño y el apetito, fatiga, culpa, preocupaciones excesivas y deterioro social. En este estudio se menciona la frecuente comorbilidad del episodio depresivo mayor (EDM) con otros trastornos psiquiátricos (62%) (18).

#### **Prevalencia.**

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes ha sido revisada por varios autores desde la década de los 60's. La prevalencia del episodio depresivo en adolescentes ha sido descrita por diferentes autores. Kashani y Sherman en 1988 señalan una prevalencia del 4.7 % en población general mientras que Robbins en una muestra de población clínica señala el 27% de los sujetos. Harrington en su estudio de 1984 encontró que 60% de los adultos diagnosticados con EDM en la niñez tuvieron otro episodio en etapas más tardías de su vida, 20-30% de las personas que tuvieron su primer episodio depresivo en la niñez serán diagnosticadas más tarde con trastorno bipolar, comparado con 10% de aquéllos cuyo primer episodio depresivo ocurrió en la edad adulta. También las

investigaciones de María Kovacs señalan la mayor presentación de trastornos bipolares en aquellos individuos que cursaron con padecimientos afectivos en la infancia (18).

Kashani dirigió un estudio donde estableció la psicopatología en 150 adolescentes en población abierta mediante una entrevista estructurada, encontró que 41.3% de los adolescentes tenían al menos un trastorno psiquiátrico. Cuando se estableció el diagnóstico de mal funcionamiento y necesidad de tratamiento por dos clínicos independientes se realizaron 67 diagnósticos: siete de los adolescentes sólo tenían un trastorno, 10 tenían 2 trastornos, 4 tenían 3 y 7 tenían 4. El promedio de diagnósticos fue de 2.4, los 3 diagnósticos más comunes fueron: trastorno de conducta, trastorno de ansiedad y depresión. Encontró mayor tendencia en los hombres a presentar trastornos externalizados (aquellos relacionados fundamentalmente con el trastorno de conducta, desafiante oposicionista y déficit de atención) y en las mujeres a presentar síntomas somáticos (14).

Coffey en 1996 menciona que el EDM es una de las formas de psicopatología más comúnmente vistas en la edad pediátrica. Durante la adolescencia, 15-20% de los niños con enfermedad psiquiátrica detectada habían presentado al menos un episodio de depresión.

Kovacs en 1984 documentó que el episodio depresivo en la niñez tendía a la cronicidad y frecuentemente era precedido por un trastorno distímico (30%) (7,10).

### **Diagnóstico y Evaluación.**

El diagnóstico operacionalizado con los criterios del DSM-III, DSM-III-R y actualmente el DSM-IV, son prioridad fundamental con la que deben contar los instrumentos para la investigación sistemática de los síntomas, de modo que podamos agruparlos como síndromes y diagnósticos. Sólo así se pueden realizar estudios de

investigación con criterios uniformes. Se han desarrollado entrevistas estructuradas y semiestructuradas, a fin de dar al paciente la oportunidad de describir sus síntomas, y no inferirlos a través de la información proporcionada en entrevistas con los padres o a través del juego, esto es particularmente importante en el estudio de los trastornos internalizados (aquellos relacionados con el trastorno depresivo mayor, la distimia y la ansiedad). Para poder realizar diagnósticos sistematizados se han creado entrevistas como el Kiddie SADS (versión para niños de Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) que sigue los criterios diagnósticos del DSM-III-R y que ha demostrado confiabilidad aceptable para el diagnóstico de trastornos afectivos ( $r > .50$  en prueba-reprueba) (9).

El DIS (Diagnostic Interview Schedule), es una entrevista estructurada desarrollada para propósitos epidemiológicos, utiliza el proyecto de la ECA, presenta concordancia con la entrevista clínica del 0.79 al 0.96 (19). Su versión para niños (DISC), está siendo actualizada por un grupo de expertos.

En México, se ha desarrollado dentro de la Clínica de Adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), que ha demostrado una confiabilidad interevaluador adecuada para padecimientos internalizados  $K=0.85$  y para padecimientos externalizados  $K=0.90$  (26).

### **Comorbilidad.**

Las razones para estudiar los efectos de la comorbilidad comprenden diferentes áreas. Con respecto a la etiología, Klein en 1993 se cuestiona acerca de la existencia de una causa común a ambos trastornos o si un trastorno precede en forma típica a otro, el primer trastorno puede considerarse un factor de vulnerabilidad para el desarrollo del segundo. En



cuanto al curso se ha señalado que la presencia de una condición comórbida que no es evaluada, puede confundir en los síntomas observados, la comorbilidad puede tener implicaciones sobre hechos clínicos como la conducta suicida, los problemas académicos y la disfunción dentro de los roles establecidos (21). La terapéutica tanto la farmacológica como la psicosocial, dependerá en gran medida de la comorbilidad. La mayor cantidad de investigaciones en torno a la terapéutica farmacológica giran con los antidepresivos tricíclicos, y falta aún un mayor número de investigaciones con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en esta área. Es igualmente importante considerar los términos del desarrollo en las principales líneas, como la social, la académica, etc. Desde la perspectiva nosológica debe redefinirse el constructo teórico de la enfermedad, si dos trastornos tienen comorbilidad alta, probablemente se pueden agrupar dentro de una categoría diagnóstica (4). O puedan establecerse híbridos patológicos como se ha reportado para el trastorno por déficit de atención y el trastorno de conducta.

Levy realizó un estudio en 1989 para determinar los efectos de la depresión y el abuso de sustancias en la ideación y conducta suicida en el que utilizó el DIS, encontrando mayor riesgo de ideación o conducta suicida en pacientes comórbidos con EDM y abuso de sustancias (19). Angold menciona que la depresión es más frecuentemente comórbida con algunos trastornos en específico, por ejemplo, se han encontrado trastornos de conducta y oposicionista 3.6 a 9.5 veces más en sujetos deprimidos que en no deprimidos; los trastornos por ansiedad se han reportado de 2 hasta 9.5 veces más frecuentes en deprimidos, así como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el abuso de sustancias se encontró con mayor frecuencia en pacientes deprimidos.

Se ha visto que la comorbilidad de trastornos mentales en adolescentes es común en población abierta y población clínica, Rohde en 1991 encontró que la comorbilidad de los trastornos depresivos en adolescentes es mayor que en los adultos y se ha asociado con un mayor número de episodios depresivos previos, mayor frecuencia de búsqueda de tratamiento (23) y mayor frecuencia de intentos suicidas (en este punto podemos citar el mayor riesgo de intentos suicidas en sujetos con comorbilidad depresión y trastornos de conducta), McCracken en 1993, describió mayor utilización de servicios de salud mental en los adolescentes con esta comorbilidad. En relación a esto Lewinsohn en 1995 realizó un estudio prospectivo en adolescentes, a quienes realizó dos entrevistas para establecer diagnóstico a lo largo de la vida, utilizando el K-SADS con un intervalo de 13.8 meses entre ellas enfocándose en las manifestaciones clínicas de la comorbilidad con trastornos internalizados y externalizados y sus repercusiones en distintas áreas del funcionamiento del sujeto. Encontró que de 342 sujetos con diagnóstico de depresión en la segunda entrevista 156 sujetos tenían trastornos comórbidos. El impacto de comorbilidad fue mayor para problemas académicos, uso de servicios de salud mental e intentos suicidas, esto se incrementaba en los sujetos con comorbilidad múltiple. En cuanto a las diferencias entre géneros, encontró que los trastornos depresivos y de ansiedad (trastornos internalizados) fueron más prevalentes en mujeres, mientras que los trastornos de conducta (externalizados) fueron los más frecuentes en hombres. Se encontró que las mujeres tenían sólo el diagnóstico de depresión sin comorbilidad con mayor frecuencia que los hombres, aunque la mayoría de la comorbilidad con abuso de sustancias se encontró en hombres, la asociación consumo de sustancias y trastorno de ansiedad era más frecuente en mujeres; se

encontró mayor tendencia en las mujeres a buscar tratamiento, intentos suicidas y mayor número de síntomas físicos que los hombres.

Rhode en su estudio de adolescentes y adultos deprimidos encontró diferencias en la comorbilidad con trastornos de conducta y de la alimentación. Corrobora la observación hecha por Achencbach en 1994, en cuanto a la co-ocurrencia de trastornos internalizados y externalizados. De aquí se desprende que cuando se presenta un paciente que además de un trastorno psiquiátrico tiene disfunción grave en varias áreas, debe sospecharse comorbilidad, así como la necesidad de intervenciones tempranas en los pacientes con antecedentes de intentos suicidas y problemas en el funcionamiento académico.

Kovacs y colaboradores, en su estudio longitudinal de la depresión en niños encontró que 41% de los pacientes estudiados tenían un trastorno de ansiedad comórbido con la depresión, de éstos, el más frecuente fue el trastorno por ansiedad de separación, el riesgo a lo largo de la vida para esta comorbilidad fue reportada de 0.47, con edad de aparición promedio a los 12 años; los pacientes que presentaban ansiedad comórbida desarrollaron depresión en edad más temprana. El trastorno ansioso precedió a la depresión en 2/3 de los pacientes y a menudo persistió después de que la depresión remitió, la patología materna incrementó el riesgo de trastorno de ansiedad en estos pacientes.

En su estudio de comorbilidad psiquiátrica, Biederman en 1995 reportó que más del 95% de los pacientes de su muestra que eran diagnosticados con depresión moderada a grave tenían al menos un trastorno comórbido y más del 80% tenían más de dos trastornos comórbidos, los pacientes más severamente deprimidos presentaban mayor frecuencia de trastorno por ansiedad, de conducta, desafiante oposicionista, obsesivo-compulsivo y enuresis; en la mayoría de los casos estos trastornos precedieron a la aparición de la

enuresis; en la mayoría de los casos estos trastornos precedieron a la aparición de la depresión (6). Este hallazgo es corroborado por el estudio de Rhode (23), aunque él no encontró mayor severidad de la depresión cuando tenía comorbilidad.

Cuando se examina el orden temporal de los trastornos depresivos y ansiosos, se ve que los últimos generalmente preceden a los primeros. Alloy sugiere que el orden temporal de los trastornos comórbidos puede corresponder a la manera en que las personas responden a los estresores de la vida, siendo la primera respuesta ansiedad y agitación, seguida por desesperanza y depresión (23).

El mal funcionamiento psicosocial y la intensidad de la sintomatología depresiva en aquellos adolescentes deprimidos y comórbidos con otros padecimientos psiquiátricos ha sido elemento poco considerado en diferentes investigaciones que evalúan la respuesta a los tratamientos farmacológicos (28,29), consideramos que la comorbilidad debe ser un elemento que deteriore tanto el funcionamiento psicosocial, como el aumento en la severidad de los síntomas de la depresión.

#### **Problemas escolares: fracaso académico y psicopatología.**

Los problemas escolares a menudo indican dificultades psicológicas o ambientales subyacentes. El fracaso académico es común durante la adolescencia, como reflejo del aumento de las exigencias escolares y de la incapacidad del adolescente para satisfacer esas exigencias por varias razones. Hay que buscar las causas del fracaso académico. Una evaluación cuidadosa del comportamiento puede identificar una depresión no diagnosticada. Deben buscarse los registros escolares para comparar la capacidad académica medida por las pruebas de inteligencia, las observaciones por parte del profesor

de las capacidades del estudiante y su rendimiento actual reflejado en las notas escolares (42).

Los procesos psicopatológicos en los adolescentes, especialmente los trastornos afectivos como la depresión, pueden afectar el desarrollo y funcionamiento del sujeto, inclusive en forma crónica, la comorbilidad entre varios padecimientos psiquiátricos dificulta el manejo de estos pacientes y empobrece su pronóstico, pues se presenta un peor funcionamiento psicosocial (especialmente en cuanto a su rendimiento escolar) y una mayor severidad de los síntomas.

La presencia de trastornos psiquiátricos en etapas tempranas causa alteraciones en la totalidad de las áreas de funcionamiento de niños y adolescentes. Rutter mencionó en 1988 que las experiencias adversas durante la infancia conllevan a dificultades adaptativas, mostrando problemas psiquiátricos, cognoscitivos y funcionales (6).

Rohde, en su estudio prospectivo de adolescentes en población abierta diagnosticó EDM en 45 sujetos, en los que estudió antes y después de su trastorno depresivo la aparición de problemas internalizados (que convertían a los pacientes en sobrecontrolados, inhibidos, tímidos y ansiosos), eventos estresantes durante su vida, confianza excesiva en otros, tabaquismo, síntomas depresivos subsindromáticos, problemas físicos, encontrando que los problemas internalizados y excesiva confianza en otros se comportaban como cicatrices depresivas y que los trastornos físicos diferenciaban al grupo de deprimidos del grupo de no deprimidos desde antes de presentar el episodio (24).

La determinación de la comorbilidad indica cómo se presentan los distintos trastornos psiquiátricos en una población abierta de adolescentes, qué factores inciden sobre la severidad del cuadro, cuáles son las complicaciones esperadas y el manejo conjunto de

la severidad del cuadro, cuáles son las complicaciones esperadas y el manejo conjunto de ambas patologías, también la observación de dos trastornos frecuentemente comórbidos puede hablar de factores etiológicos compartidos.

### **Evaluación de la personalidad.**

En algunos aspectos, medir la personalidad se asemeja mucho a evaluar la inteligencia. En uno y otro caso, se intenta cuantificar algo que no podemos tocar ni ver. Y en ambos casos, una “buena prueba” ha de ser confiable y válida a la vez. Debe proporcionar resultados confiables y congruentes y medir lo que pretende medir. Pero presenta problemas especiales medir algunos aspectos de la personalidad que no se han encontrado al cuantificar la inteligencia y la capacidad académica. La personalidad refleja un comportamiento característico: cómo un individuo reacciona normalmente en su ambiente. Al evaluar la personalidad, no nos interesa pues la mejor conducta. Lo que queremos averiguar es la conducta típica del sujeto, es decir, cómo suele comportarse en situaciones ordinarias. Este proceso se complica aún más por el hecho de que elementos como el cansancio, el deseo de impresionar al examinador o el miedo a ser examinado puede afectar profundamente el comportamiento de un individuo en una evaluación de la personalidad.

### **Planteamiento del problema.**

- Debido a lo anteriormente expuesto es de gran importancia la realización de estudios en poblaciones abiertas para determinar la prevalencia de problemas psiquiátricos.

- Establecer su relación directa con problemas de tipo académico para elaborar programas dirigidos hacia el diagnóstico, establecimiento de medidas preventivas y de tratamiento.
- Identificar además los rasgos caracterológicos asociados a los padecimientos psicopatológicos.

### **Objetivos.**

- Determinar la frecuencia de trastornos psiquiátricos en una población abierta de adolescentes por medio de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA).
- Establecer una correlación entre los padecimientos psiquiátricos con el rendimiento y conducta escolares.
- Correlacionar los padecimientos psiquiátricos con los rasgos de temperamento y carácter del ITC.

### **Método.**

Se entrevistaron 40 adolescentes de la secundaria del Colegio Simón Bolívar turno vespertino durante los meses de noviembre y diciembre de 1997. Se seleccionaron 72 alumnos aleatoriamente de un total de 310. Los alumnos pertenecían a primero, segundo y tercer grado de forma balanceada. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del adolescente y el padre que le acompañaba cuando se realizó la entrevista.

Se realizará comparación entre los alumnos con padecimiento psiquiátrico contra aquéllos que no lo tengan en dos apartados:

- Rendimiento y comportamiento escolares, mediante el promedio de calificaciones de las materias de matemáticas, español e inglés así como del promedio de las evaluaciones de conducta y disciplina.

- Perfil caracterológico por medio de la utilización del Inventario de Temperamento y Carácter con sus respectivas subescalas de temperamento (cuatro) y carácter (tres).

### **Procedimiento.**

Durante la entrevista, los alumnos fueron acompañados por uno o los dos padres, quienes confirmaban o ampliaban la información dada por los adolescentes en caso de que se les requiriera, también aportaban datos demográficos, perinatales y del desarrollo, así como antecedentes patológicos de sus hijos o familiares. Los diagnósticos fueron reportados de acuerdo al orden de importancia clínica y severidad de los síntomas, basándose en los criterios del DSM-IV. La ESA permite establecer diagnósticos tanto en el momento actual como a lo largo de la vida. El mismo día de la entrevista se les entregaba un inventario de temperamento y carácter para ser constestado por los alumnos, el cual entregaban una semana después del día que fueron entrevistados.

### **Instrumentos.**

- **Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA).**

La ESA es una entrevista semiestructurada desarrollada en la Clínica de Adolescentes, del Instituto Mexicano de Psiquiatría, que como Instrumento diagnóstico permite establecer las principales categorías señaladas dentro del DSM-IV. Esta entrevista cubre los principales padecimientos externalizados e internalizados. Permite establecer el diagnóstico, en el momento actual, a lo largo de la vida o bien la identificación de síntomas como rasgos en el paciente.

Se han publicado resultados de los estudios de confiabilidad interevaluador y temporal. Los coeficientes de correlación Kappa (K) en el estudio de confiabilidad



interevaluador a la presencia del diagnóstico fueron: trastorno depresivo mayor (TDM) 0.92; trastorno distímico (TD) 0.81; trastorno de ansiedad de separación (TAS) 0.74; trastorno por déficit de atención (TDA) 0.75; trastorno de conducta (TC) 0.97 y trastorno desafiante oposicionista (TDO) 0.92. Los coeficientes de correlación Kappa (K) en el estudio de confiabilidad temporal (test-retest) fueron: TDM 0.59, TD 0.40, TAS 0.58, TDA 0.78, TC 0.85, TDO 0.51 (26).

Los coeficientes de correlación K interevaluador para las principales categorías diagnósticas expresan un rango de 0.74 a 0.97 con media de 0.85 (26), estos resultados son muy similares a los que otros investigadores han reportado con diferentes entrevistas semiestructuradas; el Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) reporta un rango de 0.65 a 0.96 con media de 0.87 (32,33); el Interview Schedule for Children (ISC) reporta un rango de 0.64 a 1 con media de 0.85 (34).

Al comparar los coeficientes de correlación K de la ESA con entrevistas altamente estructuradas como el Diagnostic Interview Schedule for Children Revised (DISC-R), para el conjunto de los padecimientos internalizados y externalizados se encontró una gran similitud. La ESA reporta un promedio para padecimientos externalizados  $K=0.71$  y para padecimientos internalizados  $K=0.52$  (26). El DISC-R reporta un promedio para padecimientos externalizados  $K=0.75$  y para padecimientos internalizados  $K=0.55$  (35).

La ESA incluye la versión traducida y adaptada de la escala LIFE, el LIFEMEX para funcionamiento psicosocial. Este instrumento funciona como un reporte subjetivo de calidad de vida de los pacientes. Esta escala comprende 12 reactivos que pueden ser calificados del 1 al 5, considerándose la calificación inferior como buen funcionamiento y la superior como muy malo (30,31).

- **Inventario de Temperamento y Carácter (ITC).**

El Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) es un instrumento autoaplicable que describe la personalidad dentro de un modelo psicobiológico elaborado por Cloninger.

El modelo de Cloninger parte de la observación de la conducta animal ante la respuesta a un estímulo. El temperamento, que es descrito como altamente heredable y permanente en el individuo, lo divide en cuatro dimensiones: búsqueda de la novedad, evitación al daño, dependencia a la recompensa y persistencia. En cambio el carácter se describe como determinado por el entorno del individuo y es modificable a lo largo de la vida. Este se conforma en tres dimensiones: autodirección, cooperatividad y autotranscendencia (43).

C. Robert Cloninger presentó su teoría biosocial de la personalidad fundamentada en un sistema dimensional no categórico (36,37,38). Basándose en conocimientos biogenéticos sobre la estructura que modifica la respuesta adaptativa del individuo hacia el daño, la evitación y la recompensa, formuló un sistema que describe el temperamento del individuo según la interacción de estas dimensiones. Tiempo después Cloninger complementó esta descripción temperamental del individuo, con la descripción de otras tres dimensiones caracterológicas centradas más en el aprendizaje consciente y social del individuo que en su entorno (38, 39, 40).

Las dimensiones del temperamento se definieron en términos de las diferencias individuales en el aprendizaje asociativo, en la respuesta a la novedad, al peligro y al castigo o a la recompensa.

El primer factor del temperamento, búsqueda de la novedad, es visto como un rasgo heredable que determina el inicio o la activación de comportamientos como: la exploración

en respuesta a una novedad, la toma de decisiones de manera impulsiva, o la extravagancia en búsqueda de una recompensa, así como involucración a una rápida pérdida del temperamento, y una evitación activa ante la frustración. El segundo factor del temperamento, evitación al daño, es visto como un rasgo heredable sobre la inhibición o terminación del comportamiento como: una preocupación pesimista ante la anticipación de problemas futuros; conductas pasivas y evasivas, como miedo a la incertidumbre; timidez ante desconocidos y facilidad para cansarse. El tercer factor de temperamento, dependencia a la recompensa, es visto como un rasgo heredable sobre el mantenimiento o continuación de comportamiento, y se manifiesta de la siguiente manera: sensibilidad, necesidad de vinculación social, y dependencia a ser aprobado por otras personas (41).

El ITC evalúa siete rasgos de personalidad o de comportamiento de nivel superior. Estos incluyen cuatro dimensiones de temperamento de nivel superior, y tres dimensiones de carácter de nivel superior. Cada uno de estos factores de temperamento y de carácter de nivel superior, son multidimensionales y están formados por rasgos de nivel inferior. En total se consideran veinticinco rasgos de nivel inferior, doce de temperamento y trece de carácter.

El temperamento se refiere a las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. En contraste el carácter se refiere a autoconceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían elecciones y tienen influencia en el significado que el individuo le da a las experiencias de la vida. Las diferencias en el carácter se encuentran moderadamente influenciadas por el aprendizaje sociocultural y maduran de manera progresiva a lo largo de la vida. Los aspectos de la personalidad (autodirección, cooperatividad y autotrascendencia) interactúan para promover

una adaptación a las experiencias de la vida y a la vez guardan influencia en la susceptibilidad del individuo hacia los trastornos emocionales y del comportamiento (41).

### **Traducción y confiabilidad del ITC.**

En el estudio de Sánchez de Carmona y cols. se utilizó una muestra de población tipo censo con la disponibilidad de 269 sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años de edad. Una parte de esa muestra (125 sujetos), fue obtenida del grupo de alumnos que aspiraron a ingresar a la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac durante la convocatoria de 1995. La otra parte (144 sujetos) fue de un grupo de personas que asistieron de manera abierta a un centro cultural de la ciudad de México (46).

Para la traducción del ITC se contó con la versión original de la prueba diseñada para mayores de 18 años de edad y que consta de 240 reactivos.

La muestra estuvo conformada por 53.5% del sexo masculino, y con una media de edad de 25.67 años  $\pm$  8.86.

Los resultados de la consistencia interna de las subescalas de temperamento y de carácter, fueron similares a las reportadas por Cloninger. El valor más bajo de la  $\alpha$  de Cronbach encontrado correspondió a la subescala de carácter C3, mientras que el resto se mantuvo dentro del rango descrito por los autores del ITC (41).

La traducción al español del ITC se comportó, desde el punto de vista psicométrico, en forma similar a la reportada para la versión original (41).

Los promedios y las desviaciones estándar de las subescalas no fueron diferentes. A pesar de las obvias diferencias culturales, el instrumento conserva de una manera bastante sólida la consistencia descrita por sus autores. Al realizar la traducción del ITC, se temía que los reactivos referentes a las subescalas de carácter fueran a perder su valor, en especial

los que cubren la escala de autotrascendencia ya que manejan material relacionado con la religión y la moral, y se pensaba que en México se comportaría de manera diferente. Sin embargo, la correlación de la subescala con el resto de las subescalas de carácter, se comportó de manera similar a la descrita por Cloninger (41).

La evidencia última de la utilidad de un instrumento es, sin lugar a dudas, el hecho de que discrimine adecuadamente a poblaciones particulares en proyectos concretos.

La versión traducida al castellano del ITC ha sido usada en diferentes trabajos de investigación clínica en nuestro medio, con resultados congruentes. Ortiz reportó que la escala de búsqueda de la novedad fue significativamente más elevada en pacientes neumópatas deprimidos que en neumópatas no deprimidos (43). Armendariz encontró diferencia en las escalas de persistencia y autotrascendencia entre mujeres con trastorno disfórico premenstrual y controles (44).

El instrumento desarrollado por Cloninger ha demostrado ser útil para el estudio de enlace entre la personalidad y los factores biológicos. Esto se ve reflejado en el artículo publicado por Epstein, en donde un polimorfismo del alelo del receptor para dopamina D4, marcó diferencias en la escala de búsqueda de lo novedoso del ITC (45).

Se considera que la disponibilidad de una versión en castellano puede contribuir al desarrollo de líneas de investigación clínica, en este sentido, en los países latinoamericanos o en las poblaciones de habla hispana.

#### **Análisis estadístico.**

Para el presente estudio se utilizó el Análisis de Medidas Repetidas (ANOVA). Para fines estadísticos se agruparon los sujetos con padecimientos externalizados con los sujetos sanos. Los valores de p que se consideraron significativos fueron  $\leq 0.05$ .

## Resultados.

La muestra estuvo formada por 40 alumnos que asistieron a la entrevista de un total de 72 aleatoriamente seleccionados, equilibrados por año escolar de un global de 310, todos del sexo masculino. Los resultados se expresan en dos grupos, de acuerdo al diagnóstico establecido mediante la aplicación de la ESA. El primero, que incluye a los adolescentes con padecimientos internalizados (n=9); el 2o. grupo es el de los adolescentes sin diagnóstico (n=29), al que se le suman los adolescentes con padecimiento externalizado (n=2), debido a que por ser muy pocos no era posible el análisis como grupo independiente. (Tabla 1).

El porcentaje de padecimientos psiquiátricos encontrados en la muestra estudiada fue de 27.5%. El 22.5% corresponde a los trastornos internalizados y el 5% a los externalizados. El índice de respuesta fue de 55.5%.

**TABLA 1**

### Distribución de trastornos psiquiátricos por grupos.

T. internalizados	Sujetos	%	T. externalizados	Sujetos	%
Depresión	5	12.5	TDA	1	2.5
Distimia	3	7.5	T. conducta	1	2.5
Fobia	1	2.5			
Total	9	22.5	Total	2	5

Al comparar el grupo de adolescentes con padecimiento internalizado contra los adolescentes sin diagnóstico + externalizado, se encontraron diferencias significativas en las evaluaciones de Español, ( $t=2.34$ ;  $gl=38$ ;  $p=0.024$ ) e Inglés, ( $t=2.23$ ;  $gl=38$ ;

**ESTA TESIS NO DEBE  
CALIR DE LA BIBLIOTECA**

$p=0.032$ ). No hubieron diferencias significativas para matemáticas, disciplina y conducta (Tabla 2).

**TABLA 2**

**Rendimiento y conducta por grupos de comparación**

<b>Materias</b>	<b>T. internalizados (n=9)</b>	<b>Sin Dx + T. externalizados (n=31)</b>
Matemáticas	6.6 (1.5)	7.4 (1.8)
Español	6.3 (2.2)	8.0 (1.7) (*)
Inglés	6.6 (1.6)	8.0 (1.6) (**)
Conducta	10	10
Disciplina	8.8 (2.2)	9.3 (1.2)

- Los resultados se expresan en media y desviación estándar.
- (\*)  $t=2.34$ ;  $gl=28$ ;  $p=0.024$
- (\*\*)  $t=2.23$ ;  $gl=38$ ;  $p=0.032$

Los resultados del ITC fueron agrupados conforme a las 4 subescalas de temperamento (búsqueda de la novedad, evitación al daño, dependencia a recompensa y persistencia) y las 3 subescalas de carácter (autodirección, cooperatividad, autotrascendencia).

El grupo de adolescentes con padecimientos internalizados muestran una puntuación significativamente menor que los adolescentes sin Dx. y con padecimiento externalizado en la subescala de evitación al daño ( $x=16.44$  vs  $x=21.83$ ) ( $t=3.11$ ;  $gl=38$ ;  $p=0.004$ ) (Tabla 3).

En la subescala de autodirección se encontró una puntuación significativamente mayor en los adolescentes con padecimientos internalizados al compararlos con los adolescentes sin diagnóstico o padecimiento externalizado ( $x=20.5$  vs  $x=16.19$ ) ( $t=2.64$ ;  $gl=24$ ;  $p=0.014$ ) (Tabla 4).

**TABLA 3****Subescalas de temperamento y grupos comparados**

Subescalas	T. internalizados (n=9)	Sin Dx + T. externalizados (n=31)
Busqueda de novedad	18.55 (4.9)	20.38 (4.69)
Evitación al daño	16.44 (4.3)	21.83 (4.6) (*)
Dependencia a recompensa	9.66 (3.6)	11.00 (3.8)
Persistencia	4.44 (0.7)	3.51 (1.9)

- Los resultados se expresan en media y desviación estándar.
- (\*) t=3.11; gl=38; p=0.004

**TABLA 4****Subescalas de carácter y grupos comparados**

Subescalas	T. internalizados (n=9)	Sin Dx + T. externalizados (n=31)
Autodirección	20.5 (3.5)	16.1 (6.3) (*)
Cooperatividad	14.7 (4.5)	16.0 (5.4)
Autotrascendencia	14.6 (6.0)	16.2 (5.9)

- Los resultados se expresan en media y desviación estándar.
- (\*) t=2.64; gl=24; p=0.014

**Discusión.**

De acuerdo a los resultados presentados, el porcentaje de trastornos psiquiátricos encontrados en la muestra estudiada correspondió al 27.5%, correspondiendo el 22.5% a padecimientos internalizados y el 5% a externalizados. Los principales padecimientos internalizados fueron la depresión (5 alumnos) seguida por la ansiedad (3 alumnos). Si lo comparamos con la prevalencia reportada por otros autores se observa que Robbins señaló un porcentaje de 27% en una población clínica mientras que en estudios en poblaciones abiertas se ha descrito un porcentaje mucho menor (4.7%) (18). Para la población estudiada en este trabajo el porcentaje encontrado fue casi similar al de una población clínica lo cual



puede interpretarse como una situación de vigilancia, ya que como se ha descrito desde los antecedentes, la depresión y otros trastornos psiquiátricos pueden estar presentes en muchos adolescentes y llegar a pasar desapercibidos condicionando en el alumno que los presenta un problema de funcionamiento en sus actividades escolares.

Es motivo de llamar la atención el hecho de que solamente hayan asistido 40 alumnos a la entrevista de los 72 seleccionados aleatoriamente. La explicación podría encontrar respuesta en la existencia de una falta de cooperación de parte de los padres así como una tendencia cultural de rechazo hacia los aspectos psicológicos y psiquiátricos que se observan y describen las personas dedicadas al cuidado de la salud mental. Las familias que participaron quizá fueron motivadas por haber notado cierta tendencia a algún problema psicológico en sus hijos y esto los estimuló para acercarse al estudio. Algunos más pudieron haber asistido por simple curiosidad hacia el mismo.

Conviene aclarar que una limitación importante de este trabajo radica en el hecho de que la muestra estuvo formada por alumnos del sexo masculino, lo cual no puede interpretarse como representativo para ambos géneros. Kashani reportó que es más frecuente en el sexo masculino la presencia de trastornos externalizados y en el femenino las quejas somáticas (14). En el presente trabajo no hubo una respuesta similar ya que se encontró un predominio de trastornos internalizados, sin embargo, existieron 3 alumnos que si bien no cumplieron con los criterios diagnósticos para un trastorno externalizado si presentaban cierta tendencia a lo que podría corresponder a un trastorno adaptativo con síntomas conductuales. Debido a la falta de un apartado que incluya los problemas adaptativos dentro de los diagnósticos de la ESA se excluyeron y no participaron dentro del análisis estadístico. Sería conveniente incluir posteriormente un apartado para este tipo de

ESA se excluyeron y no participaron dentro del análisis estadístico. Sería conveniente incluir posteriormente un apartado para este tipo de padecimientos.

De acuerdo a los resultados presentados en cuanto a las calificaciones de los alumnos con padecimientos internalizados, se observó menor nivel de aprovechamiento de este grupo en español e inglés al compararlo con los sujetos sin diagnóstico + trastorno externalizado. En matemáticas se vió que los alumnos de este último grupo también presentaron calificaciones bajas comparadas con las de los alumnos con problemas internalizados lo cual puede interpretarse como una dificultad inherente para los alumnos en general de esta materia y esto fue responsable de que no hubiera una diferencia significativa. Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto a las calificaciones de conducta y disciplina ya que estas evaluaciones para los alumnos fueron elevadas en términos generales. El método de separar ambos aspectos, conducta y disciplina, puede hacer difícil la interpretación de los aspectos que se están evaluando, inclusive sin llegar a ser claro para los maestros que los evalúan.

En lo que se refiere al estudio de los aspectos de temperamento y carácter llamó la atención el resultado significativo de una diferencia en la subescala de evitación al daño que presentaron los alumnos con problema internalizado. Contrario a lo que podría esperarse, este rasgo se encontró disminuido en estos alumnos. También se puede describir que existen diferencias en cuanto a lo que se ha reportado en los resultados de este instrumento cuando se aplica en adultos. Sin embargo, actualmente investigaciones en curso con este instrumento en poblaciones de adolescentes, muestra tendencias similares a las que observamos en nuestra población de estudio. Lo anterior puede explicarse porque los alumnos quizá debido a su edad no han tenido contacto con algunas de las situaciones que

alumnos quizá debido a su edad no han tenido contacto con algunas de las situaciones que se les proponen en el cuestionario o tal vez, se les dificulta el entendimiento de algunas de las aseveraciones. Otro aspecto que podría influir es que debido a la extensión del instrumento, los alumnos contesten aleatoriamente muchos de los reactivos. Esto último hace pensar en que no sea conveniente la aplicación de un instrumento diseñado para poblaciones de adultos en adolescentes.

### **Conclusiones.**

1. Los trastornos con mayor frecuencia encontrados en este estudio correspondieron a los padecimientos internalizados. De estos, el más frecuente fue la depresión.
2. Se observó una diferencia significativa en las calificaciones de español e inglés en los alumnos con problemas internalizados en comparación con los que no tenían diagnóstico o era externalizado.
3. El comportamiento del ITC en poblaciones de adolescentes difiere al observado en poblaciones de adultos para las que originalmente fue diseñado.

## **Bibliografía.**

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders. Tercera edición revisada (DSMIII-R).
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders. Cuarta edición, 1994.
3. Angold A. Childhood and Adolescent Depression II: Research in Clinical Populations. *Br J Psychiatry* 1988, 153:476-492.
4. Angold A, Costello E. Depressive Comorbidity in Children and Adolescents: Empirical, Theoretical and Methodological Issues. *Am J Psychiatry* 1993, 150:1779-1791.
5. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Conduct, Depressive, Anxiety and Other Disorders. *Am J Psychiatry* 1991, 148:564-577.
6. Biederman J, Faraone S, Mick E. Psychiatric Comorbidity among Referred Juveniles with Major Depression: Factor or Artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34:570-590.
7. Biederman J, et al. Impact of Adversity on Functioning and Comorbidity in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34:1495-1503.
8. Biederman J, et al. Child Behavior Checklist Findings further Support Comorbidity between ADHD and Major Depression in Referred Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:734-742.
9. Chambers W, et al. The Assesment of Affective Disorders in Children and Adolescents by Semistructured Interview. *Arch Gen Psychiatry* 1985,42:696-702
10. Coffey B. Psychopharmacology for Childhood Affective Disorders. U.S: Psychiatric & Mental Health Congress, 1996.
11. De la Peña F, Berlanga C, Lara C, Patiño M, Ulloa RE, Cruz E. Confiabilidad Interevaluador de una Entrevista Diagnóstica para Adolescentes. *Rev. Fac. Med, UNAM.* 1996, Vol 39(supl 1), 16.
12. De la Peña F y cols. Traducción al español y validez de la escala de Birlson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental* 1996, Oct. supl 16: 17-23.

13. Dupaul G, Barkley R, McMurray M. Response of Children with ADHD to Methylphenidate: Interaction with Internalizing Symptoms. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33:894-903.
14. Kashani J, et al. Psychiatric Disorders in a Community Sample of Adolescents. *Am J Psychiatry* 1987, 144:584-589.
15. Kovacs M, et al. Depressive Disorders in Childhood I: A Longitudinal Prospective Study of Characteristics and Recovery. *Arch Gen Psychiatry* 1984, 41:229-237.
16. Kovacs M, et al. Depressive Disorders In Childhood II: A Longitudinal Study of Risk for a Subsequent Major Depression. *Arch gen Psychiatry* 1984, 41:643-649.
17. Kovacs M, et al. Depressive Disorders in Childhood IV: Longitudinal Study of Comorbidity with Risk for Anxiety Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1989, 46:776-782.
18. Kovacs M, et al. Childhood-Onset Dysthymic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51:365-374.
19. Levy J, Deykin E. Suicidality, Depression and Substance Abuse in Adolescence. *Am J Psychiatry* 1989, 146:1462-1467.
20. Lewinsohn P, et al. Comorbidity of Unipolar Depression: I Major Depression with Dysthymia. *J Abnormal Psychol* 1991, 100:205-213.
21. Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J. Adolescent Psychopathology III: The Clinical Consequences of Comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34:510-519.
22. Rey J, et al. Continuities Between Psychiatric Disorders in Adolescents and Personality Disorders in Young Adults. *Am J Psychiatry* 1995, 152:895-900.
23. Rohde P, Lewinsohn P, Seeley J. Comorbidity of Unipolar Depression: II Comorbidity with other Mental Disorders in Adolescents and Adults. *J Abnormal Psychol* 1991, 100:214-222.
24. Rohde P, Lewinsohn P, Seeley J. Are Adolescents Changed by Episode of Major Depression? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33:1289-1298.
25. Weller E. and Weller D. Mood Disorders. *Lewis Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*, Baltimore 1991, pp 646-663.
26. De la Peña F, Cruz E, Ulloa y cols. Estudio de Confiabilidad Interevaluador de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). *Rev Fac Med UNAM*, 1996, 67(supl):16.

27. Russell S. y Tannock R. Test of Four Hypotheses for The Comorbidity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34:639-648.
28. Boulos C, Kutcher S, Marton y cols. Response to Desipramine Treatment in Adolescent Major Depression. *Psychopharmacology Bull* 1991, 27:59-65.
29. Koutcher S, Boulos C, Ward B y cols. Response to Desipramine in Adolescent Depression: Fixed-Dose, Placebo-Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33:686-694.
30. Keller D, Lavori P, Friedman B y cols. The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation: A Comprehensive Method for Assessing Outcome in Prospective Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44:540-548.
31. Rao U, Ryan N, Birmaher B y cols. Unipolar Depression in Adolescents: Clinical Outcome in Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34:566-578.
32. Puig-Antich J & Chambers W. The Shedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children. Unpublished interview schedule, New York State Psychiatric Institute, 1978.
33. Chambers W. Puig Antich J, Hirsch M, et al. The Assesment of Affective Disorders in Children and Adolescents by Semistructured Interview: Test-Retest Reliability of the KSADSA-P. *Arch Gen Psychiatry* 1985, 42:696-702.
34. Kovacs M. The Interview Schedule for Children (ISC): Interrater and parent-child agreement. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh, Unpublished manuscript, 1983.
35. Shaffer D, Schwab-Stone M, Fisher P, et al. The Diagnostic Interview for Children-Revised Version (DISC-R): I Preparation, field testing, inter-rater reliability and acceptability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32:643-650.
36. Cloninger CR: Neurogenetic adaptative mechanisms in alcoholism. *Science*, 236:410-416, 1987.
37. Cloninger CR: A systematic method for clinical description and classification of personality variantes. *Arch Gen Psychiatry*, 44:573-588, 1987.
38. Cloninger CR: A unified biosocial theory of personality and its rol in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*, 3:167-226, 1986.
39. Cloninger CR: A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch gen Psychiatry*, 44:573-588, 1987.

40. Cloninger CR, Giligan SB: Neurogenetic mechanisms of learning a phylogenetic perspective. *J Psychiatr Res*, 21:457-472, 1987.
41. Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M: Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism*, 12:494-505, 1988.
42. Behrman RE, Vaughan VC: *Tratado de Pediatría de Nelson*. 13a. de. McGraw-Hill. Interamericana de España, 1989, Sec 2.61-2.66.
43. Ortiz Flores MP: La depresión mayor en el anciano con enfermedad pulmonar crónica. Estudio de prevalencia, temperamento y carácter y funcionamiento psicosocial. Tesis para obtener el diploma en especialista en psiquiatría. Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina, UNAM, 1996.
44. Armendariz V: Asociación del trastorno disfórico menstrual con dimensiones de temperamento y carácter. Tesis para obtener el diploma en especialista en psiquiatría. Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM, 1996.
45. Epstein RP, Novick O, Priel N, Osher Y: Dopamine D4 receptor (D4Dr) exon III polymorphism associated with human personality trait of novelty seeking. *Nature Genetics*, 12:78-80, 1996.
46. Sánchez de Carmona M, Páez F, López J, Nicolini H: Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). *Salud Mental*, V.19, Supl. Octubre 1996.