

## PERSONALIDAD, POSITIVIDAD Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO ADAPTATIVO

Beatriz Vallejo-Sánchez<sup>1\*</sup> y Ana M. Pérez-García<sup>\*\*</sup>

*\*Dra. Psicología. Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España; \*\*Dra. Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España*

**RESUMEN.** Antecedentes: Según numerosos estudios, la personalidad y las estrategias de afrontamiento utilizadas constituyen algunos de los principales factores predictivos de psicopatología en situaciones vitales estresantes. Estas variables, sin embargo, han sido poco investigadas en pacientes con trastorno adaptativo (TA). Método: Se analizaron las diferencias entre un grupo de pacientes con TA (N=80) y un grupo control (N=80) en personalidad (Cinco Grandes factores y positividad) y afrontamiento; y segundo, se estudió si esas variables podían predecir la presencia de un TA. Resultados: El grupo clínico presentó mayores puntuaciones en neuroticismo y menores en extraversión, afabilidad y positividad. Así mismo, utilizó en mayor medida estrategias de falta de compromiso y en menor medida estrategias de compromiso y humor. Además, la presencia de un TA se podía predecir correctamente en el 88% de los casos a partir de las variables medidas. Conclusiones: Tanto la personalidad como el afrontamiento resultaron factores de riesgo relevantes para el desarrollo de TA.

*Palabras clave:* Personalidad, positividad; afrontamiento; estrés; trastorno adaptativo.

**ABSTRACT.** Introduction: Numerous studies have found that both personality and coping strategies used regarding stress play an important role in the development of mental health problems. However, these variables have been little investigated in patients with Adjustment Disorders (AD). Method: Firstly, we analyze the differences in personality (Big Five dimensions and positivity) and coping between the clinical (N=80) and control group (N=80). Secondly, we study whether these variables could predict the presence of an AD. Results: The clinical group showed greater neuroticism and less extraversion, agreeableness and positivity. Furthermore, the clinical group used more disengagement strategies, and less engagement and humor strategies. The presence of AD were predicted with an 88% of success rate. Conclusions: Both personality and coping were relevant risk factors for the development of AD.

*Keywords:* Personality, positivity, coping, stress, adjustment disorder.

<sup>1</sup>Correspondencia: Beatriz Vallejo-Sánchez. Unidad de Salud Mental. Centro de Salud I Barataria, Planta baja. Avenida Primero de Mayo, 32, 13500 Puertollano, Ciudad Real (España). E-mail: bvallejo@sescam.jccm.es

## Introducción

A lo largo de la vida las personas experimentamos múltiples situaciones estresantes que pueden dar lugar a problemas de adaptación superiores a lo esperable o un malestar excesivo que puede requerir de ayuda o tratamiento. Un diagnóstico muy frecuente ante esta situación es el de reacción adaptativa o trastorno adaptativo (TA, en adelante), caracterizado por el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales variados en respuesta a un estresor identificable (American Psychiatric Association [APA], 2000). No obstante, hay una notable escasez de trabajos de investigación con muestras con este diagnóstico (Casey, Dowrick y Wilkinson, 2001), a lo que probablemente han contribuido las diferentes controversias existentes en torno a esta categoría, con criterios vagos y escasamente definidos que dificultan su diferenciación con otros trastornos mentales y con la normalidad.

Algunos de los factores más consistentemente asociados al desarrollo de psicopatología, y de TA en particular, son la personalidad y el afrontamiento (Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005; Mirnics et al., 2013; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015b), aunque no está clara la importancia relativa de cada uno. Dentro de la personalidad, que en los últimos años se ha estudiado principalmente desde el modelo de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1992), el neuroticismo es el rasgo más consistentemente asociado (Lahey, 2009; Widiger, 2009), aunque estudios recientes también han encontrado relaciones muy significativas de la salud mental con la positividad, un constructo recientemente desarrollado y entendido como la propensión de las personas a hacer valoraciones positivas sobre sí mismas, la vida y el futuro (Caprara et al., 2012; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a).

Por otro lado, también existe un gran consenso en cuanto a que las estrategias que el sujeto pone en marcha para afrontar al estrés juegan un papel importante como mediador entre las circunstancias estresantes y la salud mental (Li, Cooper, Bradley, Shulman y Livingston, 2012), habiéndose encontrado en este caso también una influencia en el desarrollo de TA (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a; 2015b).

Los objetivos de este estudio fueron, en primer lugar, analizar las diferencias en personalidad, positividad y afrontamiento entre un grupo con TA y otro control, y en segundo lugar, comprobar la capacidad predictiva de estas variables sobre la presencia de un TA.

## Método

### *Participantes*

El estudio fue realizado con 160 sujetos, divididos en dos grupos: un grupo clínico, constituido por 80 pacientes adultos que acudieron a una Unidad de Salud Mental (USM) en 2012, y fueron diagnosticados de TA en base a criterios diagnósticos de la CIE-10 (World Health Organization [WHO], 1992) o del DSM-IV-TR (APA, 2000); y un grupo control de similar tamaño.

### *Instrumentos*

Se utilizaron los siguientes cuestionarios autoaplicados:

- *Big Five Inventory-44* (Benet-Martínez y John, 1998), que consta de 44 ítems y evalúa las Cinco Grandes dimensiones de personalidad (neuroticismo, extraversión, afabilidad, tesón y apertura a la experiencia). Muestra muy buenas propiedades psicométricas, con un  $\alpha$  de 0,71 (Rammstedt y John, 2007), similar al promedio obtenido en nuestro estudio.

- *Escala de Positividad* (Caprara et al., 2012), de 8 ítems, y que evalúa la positividad, presentando una estructura unidimensional y adecuadas propiedades psicométricas (Caprara et al., 2012), con índices de fiabilidad incluso superiores con nuestra muestra ( $\alpha=0,83$ ).

- *Brief COPE o COPE-28* (Carver, 1997; versión española de Pérez-García, 2008), de 28 ítems, que evalúa 14 estrategias diferentes de afrontamiento ante el estrés agrupadas en 5 tipos (obtenidos a través de análisis factorial, tal como recomienda el autor, y cuyo procedimiento ha sido descrito previamente en Vallejo-Sánchez y Pérez-García (2015<sup>a</sup>): afrontamiento de compromiso, de falta de compromiso, búsqueda de apoyo social, uso del humor, y religión. La fiabilidad promedio de los cinco factores fue adecuada ( $\alpha=0,80$ ).

### *Procedimiento y diseño*

Se trata de un estudio de tipo transversal y descriptivo, que fue realizado contando con la aprobación del comité de revisión institucional. Se realizaron análisis de diferencias entre variables a través de análisis multivariados de varianza de un factor, y análisis de la capacidad predictiva sobre la pertenencia al grupo clínico (es decir, la presencia de un TA) a través de regresión logística binaria, incluyendo variables sociodemográficas significativas (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a; 2015b).

## **Resultados**

A) *Análisis de las diferencias en personalidad y afrontamiento entre los grupos* (Tabla 1).

El primer análisis mostró que las distintas dimensiones de personalidad (los Cinco Grandes y la positividad) fueron afectadas significativamente por el grupo ( $\lambda=0,61$ ;  $F_{(6,153)}=16,04$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p=0,39$ ). En concreto, el grupo clínico, mostró menor extraversión y positividad que el control, y mayor neuroticismo, siendo el tamaño del efecto pequeño en el primer caso, y moderado en el caso de la positividad y el neuroticismo. No hubo diferencias en los factores de afabilidad, tesón y apertura.

El segundo análisis mostró que las distintas estrategias de afrontamiento fueron afectadas significativamente por el grupo ( $\lambda=0,77$ ;  $F_{(5,154)}=9,29$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p=0,23$ ). El grupo clínico recurría en mayor medida a estrategias de falta de compromiso, y en menor medida al humor y al afrontamiento de compromiso, siendo en los dos primeros casos el tamaño del efecto entre leve y moderado, y pequeño en el caso del uso del compromiso. En el resto de estrategias las diferencias no resultaron significativas.

Tabla 1

*Resultados de los análisis de las diferencias entre grupo clínico y control en personalidad (Cinco Grandes y positividad) y afrontamiento: Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) y ANOVA (N=160)*

|                     | Grupo clínico<br>(N=80) | Grupo control<br>(N=80) | F        | $\eta^2_p$ |
|---------------------|-------------------------|-------------------------|----------|------------|
| Extraversión        | 24,46 (6,02)            | 27,46 (5,04)            | 11,69**  | 0,07       |
| Neuroticismo        | 27,60 (5,80)            | 19,01 (6,83)            | 73,44*** | 0,32       |
| Afabilidad          | 33,88 (4,40)            | 35,68 (5,14)            | 5,66*    | 0,04       |
| Tesón               | 32,33 (5,44)            | 33,35 (5,84)            | 1,29     | 0,01       |
| Apertura            | 32,91 (7,13)            | 34,13 (5,82)            | 1,42     | 0,01       |
| Positividad         | 21,86 (5,14)            | 28,400 (5,90)           | 55,82*** | 0,26       |
| Compromiso          | 1,79 (,68)              | 2,02 (,50)              | 5,59*    | 0,03       |
| Apoyo               | 1,86 (,81)              | 1,84 (,79)              | 0,02     | 0,00       |
| Falta de compromiso | 1,08 (,53)              | ,68 (,45)               | 26,04*** | 0,14       |
| Humor               | ,62 (,86)               | 1,21 (,93)              | 17,54*** | 0,10       |
| Religión            | ,94 (1,02)              | 1,04 (1,08)             | 0,32     | 0,00       |

Notas: (1) \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; (2)  $\eta^2_p$  para calcular el tamaño del efecto

*B) Análisis de la capacidad predictiva de las variables analizadas (personalidad, positividad, afrontamiento y sociodemográficas) sobre el grupo (Tabla 2).*

Inicialmente se realizaron análisis de regresión preliminares con el afrontamiento, la positividad y algunas variables sociodemográficas relevantes (edad, situación laboral, nivel educativo y económico) para analizar si se confirmaban los resultados de un estudio realizado recientemente con una muestra menor (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a). Se encontraron resultados similares, e igual que anteriormente, el modelo resultó significativo [ $\chi^2(10)=124,73$ ,  $N=160$ ,  $p < 0,001$ ], con índices  $R^2$  elevados [Cox y Snell=0,54; Nagelkerke=0,72], de forma que la combinación lineal de estas variables explicaban entre un 54 y 72% de la varianza. En concreto, se encontró que una baja positividad, bajo humor, alto uso de afrontamiento de falta de compromiso y de búsqueda de apoyo social, tener un menor nivel educativo y económico y estar parado predecían la pertenencia al grupo clínico. Así mismo, se predecía correctamente la pertenencia al grupo en el 88% del grupo clínico (70 de 80 sujetos) y en el 89% del control (71 de 80) a partir de las anteriores variables.

En segundo lugar, se realizaron análisis introduciendo como variables predictoras las Cinco Grandes dimensiones de personalidad junto a las variables sociodemográficas, y en este caso el modelo también resultó significativo [ $\chi^2(9)= 107,42$ ,  $N=160$ ,  $p < 0,001$ ], con índices  $R^2$  elevados [ $R^2$  Cox y Snell=0,49;  $R^2$  Nagelkerke=0,65]. En este caso, se predecía correctamente el 86% del grupo control (69 de 80) y el 85% del clínico (68 de 80), resultando predictoras significativas de la pertenencia al grupo clínico un alto neuroticismo y tesón, estar en paro, y tener menor edad y nivel educativo.

Por último, en el tercer análisis de regresión se consideraron conjuntamente todas las variables de afrontamiento, personalidad (Cinco Grandes y positividad), y sociodemográficas, resultando el modelo igualmente significativo [ $\chi^2(15) =137,17$ ,  $N=160$ ,  $p < 0,001$ ;  $R^2$  Cox y Snell=0,55;  $R^2$  Nagelkerke=0,74]. La capacidad predictiva fue algo superior a la anterior, del 89% en el grupo clínico (71 de 80) y del 88% en el control (70 de 80), perdiendo en este caso los Cinco Grandes su significación, y resultando predictoras de la pertenencia al grupo clínico: alto uso del afrontamiento de

falta de compromiso y de apoyo, bajo uso del humor, baja positividad, estar en paro y un bajo nivel educativo.

Tabla 2

*Resultados de los análisis de regresión sucesivos sobre la pertenencia al grupo en la muestra total (N=160)*

| Primer análisis  |       |                |                       |            |
|--|-------|----------------|-----------------------|------------|
| Predictoras: afrontamiento, positividad y sociodemográficas                  | Coef. | Error estándar | Chi <sup>2</sup> Wald | Odds Ratio |
| Positividad  | -0,26 | 0,06           | 18,80***              | 0,77       |
| Afrontamiento de Humor   | -0,53 | 0,17           | 10,41**               | 0,59       |
| Afrontamiento de Apoyo   | 0,36  | 0,12           | 9,19**                | 1,43       |
| Afrontamiento de Falta compromiso  | 0,22  | 0,08           | 7,57**                | 1,24       |
| Situación Laboral (no activa)  | 2,49  | 0,60           | 17,16***              | 12,08      |
| Nivel Educativo  | -0,80 | 0,43           | 3,49 <sup>o</sup>     | 0,45       |
| Nivel económico  | -1,30 | 0,67           | 3,76*                 | 0,27       |
| Segundo análisis   |       |                |                       |            |
| Predictoras: “Cinco Grandes” y sociodemográficas.                            | Coef. | Error estándar | Chi <sup>2</sup> Wald | Odds Ratio |
| Tesón  | 0,10  | 0,05           | 4,04*                 | 1.10       |
| Neuroticismo   | 0,22  | 0,04           | 25,67***              | 1,25       |
| Situación laboral (no activa)  | 1,83  | 0,49           | 13,95***              | 6,25       |
| Edad   | -0,05 | 0,02           | 4,54*                 | 0,96       |
| Nivel educativo  | -1,23 | 0,40           | 9,76**                | 0,29       |
| Tercer análisis  |       |                |                       |            |
| Predictoras: Afrontamiento, positividad, “Cinco Grandes” y sociodemográficas | Coef. | Error estándar | Chi <sup>2</sup> Wald | Odds Ratio |
| Afrontamiento de Falta de compromiso   | 0,18  | 0,09           | 4,36*                 | 1,20       |
| Afrontamiento de Apoyo   | 0,36  | 0,12           | 9,33**                | 1,44       |
| Afrontamiento de Humor   | -0,38 | 0,18           | 4,53*                 | 0,68       |
| Positividad  | -0,20 | 0,08           | 6,82**                | 0,82       |
| Situación laboral (no activa)  | 2,36  | 0,64           | 13,55***              | 10,57      |
| Nivel educativo  | -1,01 | 0,47           | 4,69*                 | 0,27       |

Nota: <sup>o</sup> p<0,07 \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

### Discusión/Conclusiones

El objetivo de este estudio fue profundizar en el conocimiento de los factores de vulnerabilidad personal para el desarrollo de psicopatología, en concreto de los TA.

En primer lugar, con respecto a la personalidad, se encontró que las personas con TA presentaban mayores puntuaciones en neuroticismo y menores en extraversión y afabilidad, resultando compatible con lo encontrado en la literatura previa, que considera la personalidad como un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de psicopatología, especialmente el neuroticismo (Lahey, 2009; Malouff et al., 2005; Widiger, 2009). Los estudios específicos con personas diagnosticadas de TA son muy escasos, aunque van en la misma línea (For-Wey, Fei-Yin y Bih-Ching, 2002; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015b). En cuanto a la positividad, los datos, aún escasos, apuntan a que es un predictor importante del bienestar y la salud, relacionándose

negativamente con la presencia de síntomas depresivos (Alessandri, Caprara y Tisak, 2012; Caprara et al., 2012), y de TA en particular (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a).

En segundo lugar, con respecto al afrontamiento, el grupo clínico utilizó el afrontamiento de falta de compromiso y de búsqueda de apoyo en mayor medida que el grupo control, y el humor en menor medida, siendo por tanto el afrontamiento de los sujetos con TA en general más desadaptativo. Este resultado resulta coherente con lo encontrado en la literatura previa, que en general ha encontrado que las conductas de afrontamiento orientadas hacia la fuente de estrés (afrontamiento de compromiso), para intentar manejar la situación o las emociones asociadas a la misma, resultan más adaptativas y se relacionan con una mejor salud mental, mientras que el afrontamiento que busca distanciarse del estresor o sentimientos relacionados (afrontamiento de falta de compromiso), hace a los sujetos más propensos al desarrollo de trastornos psicopatológicos, especialmente ansiosos y depresivos (Carver y Connor-Smith, 2010; Li et al., 2012; Marín, Palacio, Orrego y Aguirre, 2008). También hay estudios que relacionan el afrontamiento con el desarrollo de TA (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a; 2015b).

Y por último, y en consonancia con la investigación previa (Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortés, 2004; Mazokopakis et al., 2002), los factores sociodemográficos también resultaron factores de predicción significativos del desarrollo de TA (especialmente estar en paro), que además de suponer factores de estrés en sí mismos, se relacionan con el afrontamiento, en cuanto que las personas que no trabajan y aquellas con menos edad, nivel educativo o económico, disponen de menos recursos para enfrentarse a las dificultades.

En conclusión, las estrategias de afrontamiento y algunas características de personalidad como la positividad pueden considerarse factores de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental tras una vivencia estresante, por lo que deben ser consideradas tanto en la evaluación como en el desarrollo de estrategias preventivas o de intervención.

En cuanto a las limitaciones, se trata de un estudio correlacional por lo que no pueden establecerse relaciones de causalidad; se utilizan únicamente medidas de autoinforme retrospectivas, con los sesgos que éstas implican (Gärling y Gamble, 2012); y por último, no se han considerado otras posibles variables psicosociales importantes que pueden predisponer al desarrollo de un trastorno adaptativo (p.ej. características personales o de los estresores).

### Referencias

- Alessandri, G., Caprara, G. V., y Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning: Further explorations. *European Psychologist*, *17*, 44-54. doi: 10.1027/1016-9040/a000070
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, Text Revised (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: APA.
- Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V., y Cortés, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 24-35. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138>
- Benet-Martínez, V., y John, O. P. (1998). *Los Cinco Grandes* across cultures and ethnic groups: Multitrait Multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English.

- Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729-750. doi:10.1037/0022-3514.75.3.729
- Caprara, G.V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G., et al. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, 24, 701-712. doi: 10.1037/a0026681
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- Carver, C. S., y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481. doi: 10.1192/bjp.179.6.479
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- For-Wey, L., Fei-Yin, L., y Bih-Ching, S. (2002). The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan. *Military Medicine*, 167, 678-682.
- Gärling, T., y Gamble, A. (2012). Influences on current mood of eliciting life-satisfaction judgments. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to Furthering Research and Promoting Good Practice*, 7, 219-229. doi: 10.1080/17439760.2012.674547
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241-256. doi: 10.1037/a0015309
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A. y Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family caregivers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 139, 1-11. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.055
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. y Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114. doi:10.1007/s10862-005-5384-y
- Marín, C. A., Palacio, Y. J., Orrego, Y., y Aguirre, D. C. (2008). Descripción del estado de salud mental y estrategias de afrontamiento en víctimas de asalto a mano armada en la ciudad de Medellín (Colombia). *International Journal of Psychological Research*, 1, 31-40. Recuperado de <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web/article/view/421/412>
- Mazokopakis, E. E., Vlachonikolis, I. G., Sgantzios, M. N., Polychronidis, I. E., Mavreas, V. G. y Lionis, C. D. (2002). Mental distress and sociodemographic variables: A study of Greek warship personnel. *Military Medicine*, 167, 883-888.
- Mirnic, Z., Heincz, O., Bagdy, G., Surányi, Z., Gonda, X., Benko, A., et al. (2013). The relationship between the big five personality dimensions and acute psychopathology: mediating and moderating effects of coping strategies. *Psychiatria Danuina*, 25, 379-88.
- Pérez-García, A. M. (2008). *Documento del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos* (Versión española de la escala Brief-COPE de Carver 1997). Madrid: UNED.

- Rammstedt, B., y John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less. A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality, 41*, 203-212. doi:10.1016/j.jrp.2006.02.001
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A. M. (2015a). Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anales de Psicología, 31*, 462-471. doi:10.6018/analesps.31.2.176631
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A. M. (2015b). The Role of Personality and Coping in Adjustment Disorder. *Clinical Psychologist, 19*(1). doi:10.1111/cp.12064
- Widiger, T. A. (2009). Neuroticism. En M.R. Leary y R.H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 129–146). Nueva York: Guilford.
- World Health Organization (WHO). (1992). *International classification of diseases and related health problems* (10th revision). Ginebra: WHO.