



## **INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL**

Beatriz Vallejo Sánchez<sup>1</sup>, Ana María Pérez García<sup>2</sup>, Carlamarina Rodríguez Pereira<sup>1</sup>, Agustín Sicilia Martín<sup>1</sup>, Dolores Rivera Murillo<sup>1</sup>, Elisa León López<sup>1</sup>, María Ángeles Moreno Gómez<sup>1</sup>, Julio Martínez Arnaiz<sup>1</sup>, Cristina García Blanco<sup>1</sup>

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

[bvallejo@sescam.jccm.es](mailto:bvallejo@sescam.jccm.es)

Personality. Coping. Stress. Adjustment disorder.

### **RESUMEN**

**Introducción:** Aunque numerosos estudios han encontrado que tanto la personalidad como las estrategias de afrontamiento utilizadas frente al estrés tienen un importante papel en el desarrollo de problemas de salud mental, apenas se ha sido muy frecuente el diagnóstico de "Trastorno o Reacción adaptativa" cuando el sujeto presenta síntomas emocionales o comportamentales de mayor gravedad de lo esperable. Sin embargo, no existen muchos estudios que analicen con estas muestras la influencia de la personalidad en la elección o puesta en marcha de un tipo u otro de afrontamiento ante el estrés.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue, primero, analizar las diferencias entre el grupo clínico (pacientes con trastorno adaptativo; N=80) y el grupo control (personas sometidas a estrés similar pero sin psicopatología; N=80) en personalidad, afrontamiento y algunas variables sociodemográficas; y segundo, comprobar la capacidad predictiva de la personalidad sobre el estilo de afrontamiento utilizado.

**Resultados:** El grupo clínico presentó menor extraversión y especialmente mayor neuroticismo que el grupo control. Además, recurrió en mayor medida al uso de estrategias de falta de compromiso, y en menor medida al humor. Finalmente, se encontró que la personalidad apenas predecía el afrontamiento en el grupo clínico, mientras que en el control las relaciones entre personalidad y afrontamiento eran más esperables y consistentes, teniendo el neuroticismo en este caso la mayor capacidad predictiva.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos apoyan los hallazgos previos en cuanto a que la personalidad influye de forma directa en la psicopatología, e indirecta, a través de su influencia sobre las estrategias y el estilo de afrontamiento utilizado ante el estrés. Además, aportan evidencia empírica en relación a una categoría diagnóstica controvertida y escasamente investigada, y orientan en cuanto a la intervención

# **INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL**

## **INTRODUCCIÓN**

Las personas debemos enfrentarnos a lo largo de la vida a diferentes situaciones estresantes ante las cuales pueden fallar los procesos de adaptación, dando lugar a diferentes síntomas que pueden requerir de ayuda o tratamiento. En relación a los factores etiopatogénicos relacionados con el desarrollo de psicopatología, además de la presencia de circunstancias vitales estresantes, influyen de forma importante en su desarrollo otros factores de vulnerabilidad personal. En concreto, en la literatura se ha encontrado que resultan clave algunas dimensiones de personalidad (especialmente el neuroticismo, aunque también otras dentro del "modelo de los Cinco Grandes" como extraversión, afabilidad y tesón) (Lahey 2009; Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005) y el uso de estrategias de afrontamiento más desadaptativas (principalmente el uso de estrategias que buscan distanciarse del estresor o de sentimientos asociados, o también llamadas "de falta de compromiso", como son la negación o el abandono) (Carver y Connor-Smith, 2010; Taylor y Stanton, 2007).

Se sabe que la influencia de la personalidad en la psicopatología ocurre en cuanto que afecta a la exposición al estrés, la reactividad o la autopercepción sobre los recursos de afrontamiento disponibles, pero también ocurre de forma indirecta, influyendo en el afrontamiento, esto es, afectando en la elección e implementación de estrategias de afrontamiento determinadas ante el estrés (Connor-Smith y Flachsbar, 2007; Folkman y Moskowitz, 2000). que a su vez influirá en la salud mental. Y a su vez, el afrontamiento influirá en la salud mental. En concreto, se sabe que en general un afrontamiento orientado hacia la fuente de estrés o hacia las emociones asociadas, que se conoce en la literatura como afrontamiento de compromiso (en contraposición al de falta de compromiso) suele ser más eficaz y promover una mejor salud mental, en cuanto que maximiza la probabilidad de manejar adecuadamente la situación (Carver y Connor-Smith, 2010).

Debido a esta influencia de la personalidad sobre el afrontamiento, y a la relación de ambas sobre la psicopatología, resulta tan importante su estudio en muestras clínicas. La investigación previa ha concluido que las dimensiones de personalidad más claramente relacionadas con el afrontamiento son el neuroticismo, la extraversión y la afabilidad (Connor-Smith y Flachsbar, 2007), aunque el conocimiento de esta relación es aún limitado. Más aún en muestras clínicas con diagnóstico de "Trastorno adaptativo" (TA) o "reacción de adaptación" (APA, 2013; WHO, 1992), una condición sobre la que existe muy poca investigación, con alguna excepción (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a,b), en parte debido a las importantes controversias diagnósticas en torno a ella (Casey, Dowrick y Wilkinson, 2001), pero que constituye un importante problema de salud con elevados costes personales, sociales y económicos y diagnosticado con frecuencia (Andreasen y Hoenck, 1982; Ayuso-Mateos et al., 2001; Maercker et al., 2012; Qin, 2011).

# INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL

Los objetivos de este trabajo fueron examinar las diferencias en personalidad y afrontamiento entre un grupo de pacientes diagnosticados con TA y un grupo control de personas que, habiendo experimentado un acontecimiento estresante de similar importancia, no habían desarrollado dicho trastorno. Se esperaba que el grupo clínico presentara rasgos de personalidad más negativos, especialmente mayor neuroticismo, y un afrontamiento menos adaptativo que el grupo control. Por otra parte, se planteó como objetivo ver en qué medida la personalidad, junto con otros aspectos socio-demográficos, conjuntamente considerados, podrían predecir el uso de determinadas estrategias de afrontamiento.

## MÉTODO

### Participantes

El estudio, transversal y descriptivo, se ha realizado con 160 sujetos divididos en dos grupos: uno de pacientes con TA y otro de la población general. Las características sociodemográficas más importantes de ambos grupos se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los grupos clínico y control.

	Grupo clínico (N = 80)	Grupo control (N = 80)
<i>Edad [Media (DT)]</i>	36,14 (13,47)	39,84 (11,53)
<i>Sexo [n (%)]</i>		
Hombres	25 (31,3)	32 (40,0)
Mujeres	55 (68,8)	48 (60,0)
<i>Estado civil [n (%)]</i>		
Soltero	36 (45,0)	32 (40,0)
Casado	34 (42,5)	43 (53,8)
Separado/Divorciado	8 (10,0)	5 (6,3)
Viudo	2 (2,5)	0 (0)
<i>Situación laboral [n (%)]</i>		
Activa	18 (22,5)	58 (72,5)
No activa	62 (77,5)	22 (27,5)
<i>Nivel educativo [n (%)]</i>		
Básico (primaria o menos)	39 (48,8)	10 (12,5)
Medio (secundaria o FP)	28 (35,0)	44 (55,0)
Superior (universitaria)	13 (16,3)	26 (32,5)
<i>Nivel económico [n (%)]</i>		
Bajo	31 (38,8)	9 (11,3)
Medio	48 (60,0)	69 (86,3)
Alto	1 (1,3)	2 (2,5)

## **INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL**

El grupo clínico estuvo constituido por 80 pacientes que acudieron a la Unidad de Salud Mental (USM) del Hospital Santa Bárbara de Puertollano (Ciudad Real, España) en 2012 y fueron diagnosticados de TA (en su mayoría, con síntomas mixtos ansioso-depresivos): La valoración fue realizada por psicólogos clínicos o psiquiatras experimentados a través de la entrevista clínica inicial usual y en base a criterios diagnósticos de la CIE-10 (WHO, 1992) o del DSM-IV-TR (APA, 2000). No fueron incluidos en el estudio aquellos pacientes que presentaban comórbidamente otra psicopatología grave del Eje I o II del DSM-IV-TR, lo cual fue valorado a través de las entrevistas estructuradas *International Mini Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan et al., 1997) e *International Personality Disorders Examination* (IPDE; Loranger, 1996); tampoco se incluyó a sujetos que habían realizado tratamiento psicológico o psiquiátrico en los últimos dos años, aquellos cuyas edades no estuviesen comprendidas entre los 18 y 65 años y los que presentasen condiciones que dificultasen la aplicación de los instrumentos de estudio (deterioro cognitivo y/o médico, o nivel educativo o intelectual insuficiente).

El grupo control estuvo formado por 80 personas seleccionadas en base a la facilidad de acceso e intentando garantizar la mayor representatividad posible, que habían sufrido en los últimos dos años una situación estresante importante pero que no habían precisado de tratamiento, ya sea farmacológico o psicoterapéutico, además de no presentar ninguno de los criterios de exclusión ya descritos para la muestra clínica. En concreto, personas valoradas en la Unidad y dadas de alta por no presentar patología, así como profesionales del hospital, familiares de éstos últimos y familiares de pacientes de la USM.

### **Instrumentos y procedimiento**

Para medir la personalidad se utilizó el *Big Five Inventory-44* (BFI-44; Benet-Martínez y John, 1998). Se trata de un inventario autoaplicado que consta de 44 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (desde 1= Muy en desacuerdo a 5=Muy de acuerdo), que evalúa las cinco grandes dimensiones de personalidad normal descritas según el "Modelo de los Cinco Grandes" (Costa y McCrae, 1992; McCrae y Costa, 1985): Extraversión, Afabilidad o Cordialidad, Tesón o Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura mental o Apertura a la experiencia. Este instrumento muestra muy buenas propiedades psicométricas (Benet-Martínez y John, 1998; Rammstedt y John, 2007).

Para medir el afrontamiento se utilizó el *Brief COPE* (Carver, 1997; versión española de Pérez-García, 2008). Se trata de un inventario autoaplicado de 28 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, y organizado inicialmente en 14 escalas (descritas por Morán, Landero y González, 2010), que valora la forma habitual de afrontar el estrés (versión disposicional). En este estudio se valoran cinco estilos de afrontamiento, resultantes de la agrupación de ítems a través de análisis factorial (ya descrito previamente en Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a): afrontamiento de compromiso, que incluye el uso de estrategias de afrontamiento activo,

## **INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL**

planificación, reevaluación positiva y aceptación; afrontamiento de falta de compromiso, compuesto por estrategias de negación, abandono, autculpa y desahogo; búsqueda de apoyo social, tanto emocional como instrumental; uso del humor, y religión. Dos de estas agrupaciones coinciden con una distinción muy utilizada actualmente en la literatura, que diferencia entre afrontamiento de compromiso (*engagement*), y afrontamiento de falta de compromiso (*disengagement*).

Todos los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión fueron evaluados a través de un protocolo, previa aprobación por el comité de revisión institucional, que incluía una ficha con datos sociodemográficos y los anteriores instrumentos, que fueron completados en el domicilio. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

### **ANÁLISIS DE DATOS**

Se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows, versión 19.0 (IBM Corp, 2010). Para comprobar si había diferencias entre los grupos en las variables sociodemográficas medidas, se utilizó la prueba de  $\chi^2$  en las variables categóricas, y análisis de varianza de un factor en el caso de la edad. Para comprobar las diferencias en personalidad y afrontamiento entre los grupos clínico y control se utilizaron análisis de varianza multivariados (MANOVA), tomando como covariantes las variables sociodemográficas significativas. Finalmente, para analizar los factores de personalidad y sociodemográficos asociados con las distintas estrategias de afrontamiento se utilizaron análisis de regresión múltiple siguiendo el procedimiento de pasos sucesivos.

### **RESULTADOS**

#### **Datos preliminares**

El análisis de las variables sociodemográficas entre los grupos clínico y control (ver Tabla 1) indicó que no había diferencias significativas en la distribución de las variables sexo ( $\chi^2 = 1.335$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0,161$ ) y estado civil ( $\chi^2 = 3.980$ ,  $gl = 3$ ,  $p = 0,264$ ). Sin embargo, sí que se encontraron diferencias en las variables situación laboral ( $\chi^2 = 40.100$ ,  $gl = 1$ ,  $p < 0,001$ ), nivel educativo ( $\chi^2 = 25.052$ ,  $gl = 2$ ,  $p < .001$ ) y nivel económico ( $\chi^2 = 16,203$ ,  $gl = 2$ ,  $p < 0,001$ ), siendo casi significativas las diferencias en edad [ $F(1,158) = 3.485$ ,  $p = 0,064$ ]. Todas aquellas variables sociodemográficas que resultaron significativamente diferentes entre el grupo clínico y control (situación laboral, nivel educativo, nivel económico y edad) fueron consideradas en los análisis estadísticos posteriores.

Los datos descriptivos de todas las variables analizadas en las escalas de personalidad y afrontamiento pueden consultarse en la Tabla 2. En todos los casos la fiabilidad de las escalas fue buena, estando entre 0,70 y 0,84 para los rasgos de personalidad (excepto para afabilidad

## INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL

que fue aceptable, con un índice de 0,59) y entre 0,70 y 0,87 para las escalas de afrontamiento consideradas.

Tabla 2. Datos descriptivos de las escalas de personalidad y de afrontamiento

	Media (D.T.)	Mín. – Máx. posible	Mín. – Máx. real	Nº ítems	$\alpha$
<i>Personalidad</i>					
Extraversión	25,96 (5,73)	8-40	11-38	8	0,70
Neuroticismo	23,31 (7,65)	8-40	8-39	8	0,84
Afabilidad	34,78 (4,86)	9-45	23-45	9	0,59
Tesón	32,84 (5,65)	9-45	18-44	9	0,70
Apertura	33,52 (6,51)	10-50	17-47	10	0,74
<i>Afrontamiento<sup>(1)</sup></i>					
Compromiso	1,91 (0,61)	0-3	0,13-3	8	0,82
Apoyo	1,85 (0,80)	0-3	0-3	4	0,87
Falta de Compromiso	0,88 (0,53)	0-3	0-3	8	0,70
Humor	0,92 (0,94)	0-3	0-3	2	0,82
Religión	0,99 (1,05)	0-3	0-3	2	0,84

<sup>(1)</sup> Las puntuaciones en afrontamiento se obtienen dividiendo la suma de las puntuaciones obtenidas en cada escala entre el número de ítems que incluye

### Análisis de las diferencias en personalidad y afrontamiento entre el grupo clínico y el control

Se estudiaron a través de dos análisis de varianza multivariados (MANOVA) de un factor, grupo (clínico y control), tomando como variables dependientes, en el primero, las cinco dimensiones de personalidad, y en el segundo, los cinco tipos de afrontamiento analizados (ver Tabla 3), controlando en ambos casos las variables sociodemográficas relevantes (sexo) o que habían resultado significativamente diferentes entre los grupos (nivel educativo, nivel económico, situación laboral y edad).

## INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL

Tabla 3. Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) y  $F$  de los análisis de los efectos entre los grupos clínico y control en personalidad y afrontamiento ( $N=160$ ).

	Grupo clínico ( $N=80$ )	Grupo control ( $N=80$ )	$F$	$\eta^2_p$
<i>Personalidad</i>				
Extraversión	24,46 (6,02)	27,46 (5,04)	8,94**	0,06
Neuroticismo	27,60 (5,80)	19,01 (6,83)	41,78***	0,21
Afabilidad	33,88 (4,40)	33,88 (5,14)	1,42	0,01
Tesón	32,33 (5,44)	33,35 (5,84)	0,01	0,00
Apertura	32,91 (7,13)	32,91 (5,82)	0,03	0,00
<i>Afrontamiento</i>				
Compromiso	1,79 (0,68)	2,02 (0,50)	0,23	0,00
Apoyo	1,86 (0,81)	1,84 (0,79)	1,06	0,01
Falta de compromiso	1,08 (0,53)	0,68 (0,45)	16,55***	0,10
Humor	0,62 (0,86)	1,21 (0,93)	11,68***	0,07
Religión	0,94 (1,02)	1,04 (1,08)	0,48	0,00

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

En el primero se encontró que las distintas dimensiones de personalidad fueron afectadas significativamente por el grupo ( $\lambda=0,74$ ;  $F_{(5,149)}=10,40$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p=0,26$ ). En concreto, el grupo clínico fue significativamente menos extravertido y más neurótico que el grupo control, siendo el tamaño del efecto del neuroticismo más relevante. No hubo diferencias entre ambos grupos en los factores de afabilidad, tesón y apertura.

Por otra parte, en el segundo análisis también se encontró que las distintas estrategias de afrontamiento eran afectadas significativamente por el grupo ( $\lambda=0,82$ ;  $F_{(5,149)}=6,44$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p=0,18$ ). El grupo clínico utilizaba más las estrategias de falta de compromiso que el control, y menos el humor, siendo en ambos casos la fuerza de la relación entre leve y moderada. En el resto de estrategias las diferencias no resultaron significativas.

### Análisis de la capacidad predictiva de la personalidad sobre el afrontamiento

Se realizaron análisis de regresión múltiple (por pasos sucesivos) por separado para cada grupo (debido a las diferencias encontradas en análisis preliminares), para comprobar la capacidad predictiva de los cinco factores de personalidad y de las cinco variables sociodemográficas relevantes sobre cada estrategia de afrontamiento.

En el grupo clínico (ver Tabla 4) se obtuvieron modelos significativos para tres de las cinco estrategias (explicando los factores solo entre el 7 y el 14% de la varianza, según el tipo de afrontamiento considerado). En concreto el neuroticismo se asociaba con menor uso de afrontamiento de compromiso y de humor. Este tipo de afrontamiento también se relacionaba

## INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL

con un nivel educativo más alto. A su vez, la utilización del afrontamiento de falta de compromiso se potenciaba cuando el tesón era bajo.

Tabla 4. Modelos finales significativos de los análisis de regresión múltiple de las variables de personalidad y sociodemográficas sobre el afrontamiento en el grupo clínico (N=80).

Criterio	Predictor(es)	B	SEB	$\beta$	F	R <sup>2</sup> ajustada
Compromiso	Neuroticismo	-0,03	0,01	-0,29**	6,99**	0,07
Falta Compromiso	Tesón	-0,03	0,01	-0,28**	6,51**	0,07
Humor	Nivel educativo	0,35	0,12	0,30**	7,32***	0,14
	Neuroticismo	-0,04	0,02	-0,27**		

Nota: \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

En el grupo control (ver Tabla 5) se obtuvieron modelos significativos para los cinco tipos de afrontamiento, con capacidades predictivas mayores (entre el 15 y el 38% de la varianza explicada, según el tipo de afrontamiento). En este caso el neuroticismo se asociaba únicamente al uso de estrategias de falta de compromiso, mostrando este modelo una capacidad predictiva del 38%. Las demás ecuaciones también resultaron superiores en capacidad predictiva en comparación con el grupo clínico, con valores entre el 15 y el 33%. Así, el afrontamiento de compromiso era predicho por un mayor tesón y un nivel educativo más alto. El uso de estrategias de apoyo era mayor cuanto mayor nivel educativo, menor edad, y sexo femenino, así como a mayor afabilidad. También esta dimensión de personalidad, junto con una menor edad, favorecía el uso del humor. Y por último, el afrontamiento basado en la religión era mayor a menor extraversión, mayor apertura, y especialmente, en las mujeres.

Tabla 5. Modelos finales significativos de los análisis de regresión múltiple de las variables de personalidad y sociodemográficas sobre el afrontamiento en el grupo control (N=80).

Criterio	Predictor(es)	B	SEB	$\beta$	F	R <sup>2</sup> ajustada
Compromiso	Nivel educativo	0,24	0,08	0,30**	10,99***	0,20
	Tesón	0,03	0,01	0,31**		
Apoyo	Nivel educativo	0,31	0,12	0,25*	10,91***	0,33
	Sexo	0,48	0,16	0,30**		
	Edad	-0,02	0,01	-0,28**		
	Afabilidad	0,03	0,02	0,21*		
Falta de Compromiso	Neuroticismo	0,04	0,01	0,62***	48,84***	0,38
Humor	Edad	-0,03	0,01	-0,39***	7,74***	0,15
	Afabilidad	0,04	0,02	0,21*		
Religión	Sexo	1,03	0,23	0,47***	8,37***	0,22
	Extraversión	-0,08	0,02	-0,39***		
	Apertura	0,05	0,02	0,27*		

Notas: (1) \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ . (2) Sexo: Hombre=0, Mujer=1

# **INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL**

## **DISCUSIÓN**

El objetivo de esta investigación fue profundizar en el estudio de los trastornos adaptativos, analizando las diferencias en personalidad y afrontamiento con respecto a la población general, así como la influencia de la personalidad y otras variables sociodemográficas sobre el estilo de afrontamiento utilizado frente al estrés.

En primer lugar, en cuanto a la personalidad, se encontró que el grupo de personas con trastorno adaptativo presentaba mayor neuroticismo y menor extraversión que el grupo control, resultando compatible con lo encontrado en la literatura previa, que considera la personalidad un factor de vulnerabilidad (o resiliencia) para el desarrollo de psicopatología. Así, en el metaanálisis de Malouff y colaboradores (2005) se concluye que todos los factores excepto apertura se asociaban con la presencia de síntomas clínicos, el neuroticismo en sentido positivo y el resto (extraversión, tesón y afabilidad) en sentido negativo. Algunos autores consideran que esta relación está mediada por factores como las valoraciones que realizan los sujetos sobre la situación estresante y sobre los propios recursos disponibles para el afrontamiento (Schneider, Rench, Lyons y Riffle, 2012). Los estudios específicos con personas diagnosticadas de trastorno adaptativo son muy escasos, aunque van en la línea de los anteriores resultados. Así, por ejemplo, For-Wey, Fei-Yin y Bih-Ching (2006) encontraron que un mayor neuroticismo y una menor extraversión aumentaban el riesgo de desarrollar un trastorno adaptativo en una muestra de soldados.

En segundo lugar, con respecto al afrontamiento, se encontraron diferencias entre los grupos clínico y control en varias estrategias. El grupo con TA se caracterizó por un afrontamiento más desadaptativo, con mayor uso de estrategias de falta de compromiso, y menor uso del humor. Los resultados fueron acordes a lo esperado y a lo encontrado en la literatura previa, es decir, que las estrategias de afrontamiento activas, como el afrontamiento de compromiso, suelen ser más adaptativas y exitosas, favoreciendo el bienestar y el ajuste psicológico, mientras que las formas pasivas y de evitación, como son las estrategias de falta de compromiso, son consideradas como menos exitosas, disfuncionales y desadaptativas, prediciendo mayores índices de ansiedad y depresión (Carver et al., 1989; Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986). No obstante, se asume en general que lo más importante es la flexibilidad del afrontamiento, esto es, la capacidad del sujeto para utilizar la estrategia más apropiada en función de las demandas contextuales, por ejemplo, de la controlabilidad del suceso (Cheng, 2003). En un estudio reciente, Vallejo-Sánchez y Pérez-García (2005b) encuentran que el afrontamiento de falta de compromiso es un factor de riesgo del desarrollo de un TA, mientras que el uso del humor es un factor de protección importante.

Por último, se confirmó la hipótesis de que diferentes rasgos de personalidad, así como el sexo, la edad y el nivel educativo, predicen el uso de diferentes estrategias de afrontamiento, aunque

## **INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL**

se encontró que en el grupo clínico la capacidad predictiva de las variables consideradas era menor, lo cual podría deberse a la similaridad de las personas que pasan por una situación altamente estresante, donde los determinantes situacionales podrían resultar más importantes que los personales, frente a otras personas que pasan por situaciones estresantes más heterogéneas, en las que las características individuales alcanzan un mayor peso explicativo de la conducta y de las consecuencias resultantes (ver Pérez-García, 2003, para una revisión). En concreto, el neuroticismo fue el predictor más fuerte del afrontamiento utilizado, especialmente en el grupo control, aunque su influencia fue únicamente moderada. En el grupo clínico resultó además predictivo el tesón. Mientras que en el caso del grupo control, todas las dimensiones de personalidad predijeron el uso de diferentes estrategias de afrontamiento. Estos resultados coinciden parcialmente con la literatura, habiendo concluido anteriormente Connor-Smith y Flachsbart (2007) que solo se había encontrado una influencia de la personalidad sobre el afrontamiento entre pequeña y moderada, mucho menor de la esperada, y probablemente debida a limitaciones metodológicas y al escaso conocimiento sobre los factores moduladores de la relación.

Con respecto a las variables sociodemográficas, su influencia en el desarrollo de psicopatología ha sido ampliamente estudiada, aunque algunos autores consideran que su peso estaría explicado en cuanto a su relación con la cantidad de recursos personales y sociales que posee la persona (González, Fernández, Pérez y Amigo, 2007).

En conclusión, los resultados de este trabajo apoyan la idea de que tanto la personalidad como el afrontamiento pueden considerarse factores de vulnerabilidad en la salud mental, y en concreto, en los trastornos adaptativos, y que la personalidad puede influir en el afrontamiento, probablemente determinando estilos o disposiciones más estables y consistentes de afrontar el estrés, frente a las estrategias de afrontamiento más situacionales y que dependen menos de la personalidad.

Las aplicaciones clínicas son evidentes, debiendo considerarse tanto la personalidad como los recursos de afrontamiento en la valoración de aquellas personas expuestas a situaciones de estrés significativo. Éstos parecen ser aspectos importantes para el diagnóstico de los trastornos adaptativos y la implementación de objetivos de tratamiento, pero podrían ser incluso más relevantes en aquellas personas que no han desarrollado problemas de salud mental. En este sentido, existen muchos datos en la literatura que apoyan el valor de las "intervenciones en crisis" para la prevención a largo plazo de trastornos mentales, pero desde aproximaciones y contextos más preventivos y comunitarios, frente al anterior más psiquiátrico (para una revisión ver Gil, 2013).

Los resultados por tanto resultan relevantes en cuanto que aportan evidencia empírica en relación a una categoría diagnóstica controvertida y escasamente investigada, y orientan en la

## **INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL**

construcción de guías de tratamiento que en este trastorno son muy escasas, así como en la prevención primaria.

A pesar de lo anterior, el estudio realizado tiene algunas limitaciones que sería recomendable corregir en estudios posteriores. En primer lugar, se trata de un estudio transversal y correlacional por lo que no se pueden establecer relaciones de causalidad. En segundo lugar, en cuanto a las medidas, solo se usan autoinformes retrospectivos, con los sesgos que éstos implican. Así por ejemplo, la propia psicopatología puede influir en la autopercepción o autodescripción que las personas hacen de su personalidad (Costa, Bagby, Herbst y McCrae, 2005). Finalmente, no se han estudiado otras variables que pueden influir en los resultados como las características de los estresores. Además, es posible que utilizándose medidas que incluyesen subfacetas de personalidad, y no solo dimensiones, o bien otras dimensiones de personalidad no recogidas a través de este modelo de personalidad (como autoeficacia u optimismo), y medidas de afrontamiento más específicas de la situación, frente a medidas generales, se hubiesen encontrado relaciones más significativas entre las variables medidas (Carver y Connor-Smith, 2010; Felipe y León, 2010; Rueda y Pérez-García, 2004).

### **REFERENCES**

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Text Revised. DSM-IV-TR*. Washington: APA.

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. DSM-V*. Arlington: APA.

Andreasen, N.C. y Hoenck, P.R. (1982). The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 139, 62-66.

Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G. y Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316. doi: 10.1192/bjp.179.4.308

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](https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.3.729)

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

## **INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL**

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.

Cheng, C. (2003). Cognitive and Motivational Processes Underlying Coping Flexibility: A Dual-Process Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 425-438. doi:10.1037//0022-3514.84.2.425

Connor-Smith, J.K. y Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107. doi: 10.1037/0022-3514.93.6.1080

Costa, P.T., Bagby, R.M., Herbst, J.F. y McCrae, R.R. (2005). Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 89, 45-55. doi: 10.1016/j.jad.2005.06.010

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.

Diefenbacher, A. y Strain, J.J. (2002). Consultation-liaison psychiatry: Stability and change over a 10-year period. *General Hospital Psychiatry*, 24, 249-256.

Felipe, E. y León, B. (2010). Coping strategies and interpersonal behavior profiles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 245-257.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R. y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-79. doi: 10.1037/0022-3514.50.3.571

Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654. doi:10.1037/0003-066X.55.6.647

For-Wey, L., Fei-Yin, L. y Bih-Ching, S. (2006). The premorbid personality in military students with adjustment disorder. *Military Psychology*, 18, 77-88. doi: 10.1207/s15327876mp1801\_5

Gil, T. (2013). From crisis to adjustment disorder: a medicalization of a concept? *Turkish Journal of Psychiatry*, 24, 50-54.

González, S., Fernández, C., Pérez, J. y Amigo, I. (2007). Outcome predictors in a depression secondary prevention program. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 13-26.

IBM Corp (2010). *IBM SPSS. Statistics for Windows, Version 19.0*. Armonk, NY: IBM Corp.

Lahey, B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241-256. doi: 10.1037/a0015309

## **INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL**

Loranger, A.W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950030051005

Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brähler, E. y Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1745-1752. doi: 10.1007/s00127-012-0493-x

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*, 27, 101-114. doi: 10.1007/s10862-005-5384-y

McCrae, R. R. y Costa, P.T. (1985). Updating Norman's "adequate taxonomy": Intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 710-721. doi: 10.1037/0022-3514.49.3.710

Morán, C., Landero, R. y González, M.T. (2010). COPE-28: A psychometric analysis of Brief COPE Spanish version. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.

Pérez-García, A.M. (2003). Determinantes externos: Situación y cultura [External determinants: Situation and culture], In J. Bermúdez, A.M. Pérez-García, & P. Sanjuán (Eds.), *Psicología de la personalidad: Teoría e Investigación* (vol. 1, pp. 237-277). Madrid: UNED.

Pérez-García, A.M. (2008). *Versión española de la escala Brief-COPE de Carver (1997) [Spanish version of the Carver's Brief-COPE (1997)]*. Unpublished document. Madrid: UNED.

Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1445-1452. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.06.002

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

Rueda, B. y Pérez-García, A.M. (2004). Personality and self-efficacy: Influence on well-being and coping with health problems. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 205-219.

Schneider, T., Rench, T., Lyons, J. y Riffle, R. (2012). The influence of neuroticism, extraversion and openness on stress responses. *Stress & Health*, 28, 102-110. <http://dx.doi.org/10.1002/smi.1409>

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A. et al. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241. doi: 10.1016/S0924-9338(97)83297-X

## **INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO: ANÁLISIS DIFERENCIAL ENTRE UNA MUESTRA CLÍNICA Y UNA CONTROL**

Taylor, S.E. y Stanton, A.L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108

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*. doi: 10.1111/cp.12064

World Health Organization (WHO) (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Ginebra: WHO.